



Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 **REGIONE ABRUZZO**



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo
e della Socializzazione



Università degli Studi di Siena
Dipartimento di Fisiopatologia,
Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica

Informazioni sull'editore ISBN

Questo materiale è stato elaborato nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6 – 17 anni" promosso, in attuazione del programma Guadagnare salute, dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (capitolo 4393/2005-CCM).

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*)
Prof.ssa Patrizia Lemma
Dott. Alberto Borraccino
Dott.ssa Paola Dalmasso
Dott. Alessio Zambon
Dott.ssa Lorena Charrier
Dott.ssa Sabina Colombini
Dott.ssa Paola Berchialla

Università degli Studi di Siena CREPS - Centro interdipartimentale di Ricerca Educazione e Promozione della Salute - Dip. di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica

Prof. Mariano Giacchi
Dott. Giacomo Lazzeri
Dott.ssa Valentina Pilato
Dott.ssa Stefania Rossi
Dott. Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Prof. Massimo Santinello
Dott. Alessio Vieno
Dott.ssa Francesca Chieco
Dott.ssa Michela Lenzi

Coordinamento Scientifico del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni"

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva

Dott.ssa Angela Spinelli (*Responsabile Scientifico*)
Dott. Giovanni Baglio
Dott.ssa Anna Lamberti
Dott.ssa Paola Nardone

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Dott.ssa Daniela Galeone
Dott.ssa Maria Teresa Menzano
Dott. Lorenzo Spizzichino

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

Dott.ssa Maria Teresa Silani (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)
Dott.ssa Silvana Teti (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

REGIONE ABRUZZO

Dott. Antonio Ciglia Referente regionale del progetto
Dott. Francesco Concistré Referente aziendale ASL Chieti
Dott. Silvia Spinosa Med. Specializzando Igiene Univ. L'Aquila
(presso Dip.Prev.-Asl Avezzano Sulmona-L'Aquila)

ASL (PE) – Buccella Anna Maria, Barone Andrea, Calabrese Marina, De Luca Maria Immacolata, Di Biase Giovanni, Fratamico Susanna, Marchetti Lucio, Patanè Franco, Salladini Carmela, Vendetti Patrizia, Evangelista Maria, Iezzi Annalisa, Evangelista Maria Luisa.

ASL (Chieti-Lanciano-Vasto) – Radico Silvana, Ranalli Ercole, Tano Lucia, Di Tommaso Flora, Basti Maria Rosaria, Di Biase Lorella, Marinelli Ornella, Colleluori Claudia(Referente Aziendale), Rabottini Lorenzo, Cascini Paola, Di Marzo Paolo, Salvatore Sergio, Mascetta Anna.

ASL (TE) – D'Onofrio Tiziana, Di Gialleonardo Francesco, Marconi Maria Maddalena, Ferrante Francesca, Chiodi Luigina (Referente Aziendale), Del Sole Francesca, Di Matteo Laura.

ASL (Avezzano-Sulmona-L'Aquila) – Tolone Tania, Equizi Ersilia, Mancini Cristiana (Referente Aziendale), Cialfi Debora, Di Luzio Maria, De Rubeis Domenico, Zavarella Maria Concetta, D'Andrea Elena Rita, Riccio Maria Pacifica, Perrozzi Angela, Scipioni Maddalena, Ferroni Annamaria, Mosca Graziella, Ottavi Pasquale Fausto.

Responsabilità editoriali

Il Gruppo di coordinamento nazionale HBSC, il gruppo di coordinamento scientifico del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" e il coordinamento nazionale degli Uffici Scolastici Regionali sono responsabili:

- di tutte le parti comuni dei report regionali, incluse le introduzioni ai vari capitoli, se non modificate dai responsabili regionali;
- dei dati contenuti nelle tabelle e dei grafici allegati.

I gruppi regionali sono responsabili di tutte le parti scritte a commento dei dati a loro forniti e delle parti introduttive, se modificate rispetto a quanto fornito dal gruppo nazionale.

Indice

Presentazione	<u>Errore. Il segnalibro non è definito.</u> 7
Premessa	8
Ringraziamenti	9
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	4
1.1 Introduzione.....	4
1.2 Descrizione del campione.....	5
Bibliografia capitolo 1.....	6
Capitolo 2: Il contesto familiare	7
2.1 Introduzione.....	7
2.2 La struttura familiare.....	7
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	9
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	11
2.5 Conclusioni.....	13
Bibliografia capitolo 2.....	13
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	15
3.1 Introduzione.....	15
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	15
3.3 Rapporto con gli insegnanti.....	19
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	21
3.5 Rapporto con la scuola.....	25
3.6 Conclusioni.....	27
Bibliografia capitolo 3.....	27
Capitolo 4: Sport e tempo libero	29
4.1 Introduzione.....	29
4.2 Attività fisica.....	29
4.2.1 <i>Frequenza dell'attività fisica</i>	30
4.3 Comportamenti sedentari.....	32
4.3.1 <i>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione</i>	32
4.4 Rapporti con i pari.....	37
4.5 Conclusioni.....	41
Bibliografia capitolo 4.....	42
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	43
5.1 Introduzione.....	43
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	44
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	45
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	49
5.5 Stato nutrizionale.....	51
5.6 Igiene orale.....	55
5.7 Conclusioni.....	57

Bibliografia capitolo 5.....	57
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	59
6.1 Uso di sostanze	59
6.1.1 Il fumo.....	59
6.1.2 L'alcol	62
6.1.3 Cannabis	63
6.2 Abitudini sessuali	66
6.3 Infortuni	67
6.4 Conclusioni	68
Bibliografia capitolo 6.....	69
Capitolo 7: Salute e benessere	70
7.1 Introduzione.....	70
7.2 Percezione della propria salute.....	70
7.3 La percezione del benessere.....	71
7.4 I sintomi riportati	72
7.5 Utilizzo di farmaci.....	76
7.6 Conclusioni	77
Bibliografia capitolo 7.....	78
Alcuni indicatori riassuntivi	81

Presentazione

Presentazione a cura della Regione Abruzzo

Anche la Regione Abruzzo, in linea con le indicazioni nazionali scaturenti dal programma Guadagnare salute, ha attivato sul proprio territorio lo studio HBSC.

Questo studio ha consentito di sviluppare azioni efficaci e di impatto positivo non solo tra gli operatori sanitari coinvolti ma anche e soprattutto nel target oggetto delle prescritte azioni di monitoraggio.

I risultati di questo studio costituiscono allo stato attuale anche uno strumento importante per la costruzione del Nuovo Piano regionale di prevenzione, alla luce delle indicazioni nazionali in materia.

Anche lo studio HBSC, come precedenti studi di indagine comportamentale (PASSI e OKKIO alla salute), si è rivelato una esperienza positiva la cui realizzazione è stata resa possibile grazie al sostegno e all'entusiasmo degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione del territorio, in un momento particolarmente difficile per la Regione Abruzzo dovuto agli adempimenti connessi alla attuazione del Piano di risanamento del deficit sanitario.

Altamente positiva si è rivelata la collaborazione tra scuola e sanità, rappresentando il punto di partenza per altre e prossime collaborazioni in attività che vedono coinvolti gli operatori sanitari, gli insegnanti, i dirigenti scolastici.

Soddisfatti dei risultati raggiunti l'esperienza e la professionalità maturata sarà sicuramente utilizzata per future ed efficaci azioni di promozione della salute.

Dott.ssa Manuela Di Giacomo
Responsabile Ufficio Igiene e Sanità Pubblica
Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute

Premessa

L'adolescenza rappresenta un momento importante per il passaggio alla vita adulta ed è caratterizzata da numerosi cambiamenti fisici e psicologici.

Proprio in questo periodo, possono instaurarsi stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura, come abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco, uso di sostanze stupefacenti.

Lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*) si inserisce in questo contesto, con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute.

HBSC è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa e prevede indagini ripetute ogni quattro anni.

Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982 e oggi conta 41 paesi partecipanti. L'Italia ne è entrata a far parte nel 2000 ed ha svolto finora due indagini nazionali (una nel 2001 e una del 2006).

Fino al 2007 lo studio HBSC è stato portato avanti da un network nazionale costituito da tre Università, Torino, Siena e Padova, con una estensione progressiva dell'indagine anche a livello di quattro regioni e una Provincia Autonoma (Piemonte, Veneto, Toscana, Lombardia e Provincia Autonoma di Bolzano). A partire dal 2009 HBSC è entrato a far parte del progetto, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero della Salute/CCM, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e collegato al programma europeo "Guadagnare Salute".

Nel 2010, per la prima volta, l'indagine HBSC ha previsto una rappresentatività sia nazionale che regionale, permettendo di avere dati a livello di ciascuna regione, elemento essenziale per definire politiche di intervento.

Ogni capitolo di questo rapporto presenta e analizza i dati relativi all'ambito indagato (dal contesto familiare, a quello scolastico, fino alle abitudini alimentari e ai comportamenti a rischio), andando a delineare un quadro della situazione nel territorio in osservazione. Questo permetterà di comparare i dati raccolti fra tutte le regioni italiane e di confrontarsi allo stesso tempo con il dato nazionale.

Il nostro augurio è che l'attività di monitoraggio così organizzata possa proseguire nel tempo, permettendo di verificare i mutamenti, positivi o negativi, della situazione, in rapporto alle politiche di intervento messe in atto. Ci auguriamo anche che i dati raccolti possano essere utili per lo sviluppo di una società non solo più sana ma anche più serena, obiettivo difficilmente raggiungibile senza un forte investimento in quei giovani che rappresentano il nostro futuro.

Un ringraziamento particolare è rivolto a tutti coloro che hanno reso possibile la buona riuscita dell'indagine: dai referenti di ciascuna regione, agli operatori sanitari, ai dirigenti scolastici e agli insegnanti di tutti gli istituti coinvolti. Vorremmo però soprattutto ringraziare i ragazzi che, con la loro preziosa collaborazione nel compilare i questionari, hanno reso tutto questo possibile.

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli allievi di prima media, terza media e gli studenti di seconda superiore che hanno compilato i questionari.

Si ringraziano i Docenti e i Dirigenti scolastici dei complessi scolastici che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

Si ringraziano tutte le scuole medie e istituti superiori della Regione Abruzzo, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2009-2010:

Scuole medie:

- | | |
|---|--|
| Scuola media di Balsorano (AQ) | Scuola Media di Torrevecchia Teatina (CH) |
| "G.TEDESCHI" di Pratola Peligna (AQ) | Scuola Media di San Vito Chietino (CH) |
| Scuola media di Montereale (AQ) | Scuola Media di Montenerodomo (CH) |
| " A. ANILE" di Raiano (AQ) | "D. CIAMPOLI" di Atessa (CH) |
| " MUZIO FEBONIO " di Trasacco (AQ) | Scuola Media di Casalborbino (CH) |
| "D.ALIGHIERI" di L'Aquila | Scuola Media di Orsogna (CH) |
| "G.CARDUCCI" di L'Aquila | Scuola media di Pizzoferrato (CH) |
| "G.MAZZINI" di L'Aquila | "F. MASCI" di Francavilla al mare (CH) |
| "C.CORRADINI" di Avezzano (AQ) | "G.CHIARINI - C. DE LOLLIS" di Chieti |
| "VIVENZA" di Avezzano (AQ) | "SMS G. MEZZANOTTE" di Chieti |
| "TEOFILO PATINI" di L'Aquila | Scuola Media di Casalincontrada (CH) |
| Scuola Media di Carsoli (AQ) | "SMS G.B. VICO" di Chieti |
| "TOMMASO DA CELANO" di Celano (AQ) | Scuola Media di Rapino (CH) |
| "R.DONATELLI" di Morino (AQ) | "SMS G.MAZZINI" di Lanciano (CH) |
| "P. SERAFINI - G. CAPOGRASSI" di Sulmona (AQ) | "SMS "UMBERTO I" di Lanciano (CH) |
| "IST. ONNICOMPRESIVO A.ARGOLI" di Tagliacozzo(AQ) | "SMS D. PUGLIESI" di Ortona a mare (CH) |
| | Scuola Media di Mozzagrogna (CH) |
| | "SMS V.B. SALVO D'ACQUISTO" di San Salvo (CH) |
| | "SMS R. PAOLUCCI" di Vasto (CH) |
| | "SMS G. ROSSETTI" di Vasto (CH) |
| | |
| "SMS L.CIULLI PARATORE" di Penne (PE) | Scuola Media di Basciano (TE) |
| "SMS "D.ALIGHIERI" di Spoltore (PE) | Scuola Media di Bisenti (TE) |
| "SMS P.GIOVANNI XXIII" di Pianella (PE) | "SC. MEDIA DI RIPATTONI" di Bellante (TE) |
| "SMS "L.DA VINCI" di Caramanico Terme (PE) | "E.FERMI" di Alba Adriatica (TE) |
| "B.CROCE" di San Valentino (PE) | "B.CROCE" di Castellalto (TE) |
| "SMS L.ANTONELLI" di Pescara | "F.RANALLI" di Nereto (TE) |
| "SMS B. CROCE" di Pescara | "B.CROCE" di Montorio al Vomano (TE) |
| "SMS G.D'ANNUNZIO" di Cepagatti (PE) | "B. CROCE" S'Egidio alla Vibrata (TE) |
| "SMS G.D'ANNUNZIO" di Collecervino (PE) | "C.D'ALESSANDRO" di Teramo |
| "SMS T.DELFICO" di Montesilvano (PE) | "COLOMBO" di Martinsicuro (TE) |
| "SMS V.VERROCCHIO" di Montesilvano (PE) | "GIOVANNI XXIII" di Pineto (TE) |
| "SMS I. SILONE" di Montesilvano (PE) | "D'ANNUNZIO-ROMANI" di Roseto Degli Abruzzi (TE) |
| "SMS FOSCOLO-FERMI" di Pescara | "G.PASCOLI" di Silvi (TE) |
| "SMS ROSSETTI-MAZZINI" di Pescara | "F.SAVINI" di Teramo |
| "SMS VIRGILIO-CARDUCCI" di Pescara | "M.ZIPPILLI" di Teramo |
| Scuola Media di Città Sant'Angelo (PE) | "BINDI PAGLIACCETTI" di Giulianova (TE) |
| | "MAMBELLI-BARNABEI" di Atri (TE) |

Scuole superiori:

Liceo Classico/Istituto Pedagogico "DOMENICO COTUGNO" di L'Aquila
Istituto Magistrale "VITTORIO EMANUELE II" di L'Aquila
Istituto D'Arte "VINCENZO BELLISARIO" di Avezzano (AQ)
Istituto Tecnico Commerciale "ANTONIO DE NINO" di Sulmona (AQ)
I.P.S.I.A.S.A.R. "LEONARDO DA VINCI" di L'Aquila
Liceo Classico "ALESSANDRO TORLONIA" di Avezzano (AQ)
Istituto Magistrale "BENEDETTO CROCE" di Avezzano (AQ)
Istituto Magistrale Statale "G. VICO" di Sulmona (AQ)
Liceo Scientifico "A. BAFILE" di L'Aquila
Liceo Scientifico "VITRUVIO POLLIONE" di Avezzano (AQ)
Liceo Scientifico Statale "E. FERMI" di Sulmona (AQ)
Liceo Scientifico di Carsoli (AQ)
Ist. Prof. per i Servizi Alberghieri e la Ristorazione di Roccaraso(AQ)
Ist.Tec. Commerciale e per Geometri"GIUSEPPE LIBERATORE" di Castel di Sangro (AQ)
IstitutoTecnico Industriale "AMEDEO D'AOSTA" di L'aquila
IstitutoTecnico Industriale "ETTORE MAJORANA" di Avezzano (AQ)
IstitutoTecnico Industriale "LEONARDO DA VINCI" di Pratola Peligna (AQ)
IstitutoTecnico Agrario "RIDOLFI" di Scerni (CH)
IPIA SC.AGGR. ITC di Ortona (CH)
IstitutoTecnico Commerciale"SPAVENTA" di Atessa (CH)
Istituto Classico "G.B.VICO" di Chieti
Liceo classico "V.EMANUELE II" di Lanciano (CH)
Istituto Magistrale "CESARE DE TITTA" di Lanciano (CH)
Istituto Magistrale "I.GONZAGA" di Chieti
Istituto Magistrale di Vasto "R. PANTINI" di Vasto (CH)
Liceo Scientifico "F. MASCI" di Chieti
Liceo Scientifico "G.GALILEI" di Lanciano (CH)
Liceo Scientifico "R.MATTIOLI" di Vasto (CH)
Liceo Scientifico "ALESSANDRO VOLTA" di Francavilla al mare (CH)
Ist Prof per i Servizi Commerciali e Turistici "DE GIORGIO" di Lanciano (CH)
IPSIA "U. POMILIO" di Chieti
Ist Tec Commerciale e per Geometri "E. FERMI" di Lanciano (CH)
Ist Tec Commerciale e per Geometri "FERDINANDO GALIANI" di Chieti
Istituto Tecnico Commerciale"G.SPATARO" di Gissi (CH)
Istituto Tecnico Industriale "E.MATTEI" di Vasto (CH)
Istituto Tecnico Industriale "L.DA VINCI" di Lanciano (CH)
Istituto Tecnico Industriale "L. SAVOIA" di Chieti
Istituto Tecnico Agrario "P. CUPPARI" di Alanno (PE)
Istituto Tecnico Industriale SEZIONE ASSOCIATA I.T.C.MONTESILVANO di Montesilvano (PE)
Liceo Classico "GABRIELE D'ANNUNZIO" di Pescara
Istituto Magistrale "ISTITUTO OMNICOMPrensIVO" di Città Sant'Angelo (PE)
Istituto Magistrale "G. MARCONI" di Pescara
Liceo Scientifico "LEONARDO DA VINCI" di Pescara
Liceo Scientifico "LUCA DA PENNE" di Penne (PE)
Liceo Scientifico "G.GALILEI" di Pescara
Liceo Scientifico "C.D'ASCANIO" di Montesilvano (PE)
Ist Prof per i Servizi Alberghieri e la Ristorazione IPSSA "FILIPPO DE CECCO" di Pescara
Istituto d'Arte "M. DEI FIORI"(CON SCUOLA MEDIA ASS.) di Penne (PE)
Liceo Artistico "G. MISTICONI" di Pescara
Ist Tec Commerciale e per Geometri "T. ACERBO" di Pescara
Ist Tec Commerciale e per Geometri "G.MANTHONE" di Pescara
Ist Tec Commerciale e per Geometri "G. MARCONI" di Penne (PE)
Istituto Tecnico Industriale "A. VOLTA" di Pescara
Liceo Scientifico di Nereto (TE)
Ist Prof. Industria e Artigianato "E.MARINO" di Teramo
Ist Prof. Industria e Artigianato "R.PAGLIACCETTI" di Roseto degli Abruzzi (TE)

Ist.Tec.Comm.e per Geometri "V.MORETTI" di Roseto degli Abruzzi (TE)
Liceo Classico "MELCHIORRE DELFICO" di Teramo
Liceo Classico "SAFFO2 di Roseto degli Abruzzi (TE)
Istituto Magistrale "GIANNINA MILLI" di Teramo
Liceo Scientifico "ALBERT EINSTEIN" di Teramo
Liceo Scientifico "M.CURIE" di Giulianova (TE)
Ist Prof per i Servizi Alb. Commerciali e Turistici "L. DI POPPA" di Teramo
Ist Prof per i Servizi Commerciali e Turistici "CROCETTI" di Giulianova (TE)
Istituto Tecnico Commerciale "C.ROSA" di Nereto (TE)
Istituto Tecnico Commerciale "BLAISE PASCAL" di Montorio al Vomano (TE)
Istituto Tecnico per Geometri "CARLO FORTI" di Teramo

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

La ricerca HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un progetto internazionale, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente. La ricerca HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti collegati alla salute tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. A questa indagine l'Italia ha partecipato a livello nazionale per la prima volta nel 2001-2002 (HBSC-Italia, 2004; HBSC, 2001) e successivamente nel 2006 (Cavallo, 2007). Ulteriori informazioni sulla ricerca sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.org>.

Nella nostra regione la raccolta dati HBSC del 2009-2010 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra gli operatori sanitari regionali, l'Ufficio Scolastico Regionale e, in primis, ragazzi e personale delle scuole coinvolte.

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione regionale rappresentativo della popolazione nelle fasce di età considerate. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio piemontese, fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale.

Le classi sono state stratificate sia sulla base dell'età (scuole medie inferiori e superiori), sia secondo la provincia di appartenenza, con lo scopo di assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Abruzzo, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

La numerosità campionaria è stata calcolata in circa 1200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento dal 10% al 25% in ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale, parzialmente integrato da alcune domande relative a fumo e alcol inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

- dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, alcol e fumo).

Ai quindicenni è stato inoltre somministrato un questionario contenente domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.

I questionari, auto-compilati dai ragazzi ed anonimi, sono stati somministrati nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire.

Inoltre, secondo quanto suggerito dal protocollo internazionale dell'indagine HBSC, è stata effettuata una procedura di raccolta dati relativa all'istituto scolastico di afferenza del campione di ragazzi con l'obiettivo di migliorare l'analisi e la comprensione dei dati raccolti sui giovani studenti.

E' stato dunque somministrato, contemporaneamente alla raccolta dati sui ragazzi, un questionario ai dirigenti scolastici che indagava alcune dimensioni relative ad aspetti contestuali della scuola (nello specifico: caratteristiche e risorse della scuola, misure di promozione alla salute adottate).

1.2 Descrizione del campione

Nella nostra Regione sono state selezionate 210 classi, il 64,7% delle quali nelle scuole medie inferiori. Delle classi campionate, 198 hanno restituito il questionario, con una rispondenza totale del 94% (tab. 1.1).

In tabella 1.2 è riportata la distribuzione per età e genere del campione dei 3068 ragazzi che sono stati presi in esame nel presente rapporto. Complessivamente le femmine risultano essere 1590 (51,8%) e i maschi 1478 (48,2%). La tabella 1.3 illustra la composizione del campione suddiviso per luogo di nascita ed età; complessivamente il 96% circa dei ragazzi delle tre fasce d'età risulta nato in Italia, circa il 4% all'estero.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	65	61	93.85
Classe terza media	71	66	92.96
Classe seconda superiore	74	71	95.95
Totale	210	198	94.29

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	35.66 (527)	30.06 (478)	32.76 (1005)
13 anni	33.83 (500)	34.91 (555)	34.39 (1055)
15 anni	30.51 (451)	35.03 (557)	32.86 (1008)
Totale	100 (1478)	100 (1590)	100 (3068)

Tabella 1.3: Composizione del campione per nascita in Italia ed età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	95.27 (946)	96.35 (1003)	96.90 (969)
Nato all'estero	4.73 (47)	3.65 (38)	3.10 (31)
Totale	100 (993)	100 (1041)	100 (1000)

Conclusioni

Il gradimento e la partecipazione delle scuole e delle famiglie sono risultati buoni. In questo primo anno di indagine, ha aderito il 94,2% delle scuole, con una bassa percentuale di rifiuti.

La rispondenza è stata del 93,8% per le classi di prima media (11 anni) , 92,9% per quelle di terza media e 95,9% per le seconde superiori (15 anni).

Bibliografia capitolo 1

HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at www.hbsc.org.

HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.

Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

Letture di approfondimento

Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.

Green L.W., Kreuter M.W.(1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.

King A., Wold B., Smith C.T. and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.

Smith C., Wold B. and Moore L. (1992). Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2 (2): 41-44.

The Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48.

World Health Organisation (WHO) (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

Tra i numerosi compiti che preadolescenti e adolescenti si trovano ad affrontare in questo periodo della loro vita, particolare rilevanza assumono quelli legati al mutare delle relazioni sociali. Tale periodo di sviluppo, infatti, è caratterizzato da una ridefinizione dei rapporti con i genitori, contemporaneamente a un maggiore e qualitativamente diverso investimento nelle relazioni amicali.

Certamente la famiglia, in maniera interconnessa al gruppo dei pari, rappresenta uno dei principali contesti all'interno dei quali i ragazzi imparano a rinegoziare il loro ruolo sociale, a bilanciare le richieste interne e le aspettative esterne, a conciliare differenti sistemi di valori e di regole (Lanz, 1999a, 1999b).

Questo capitolo si pone come obiettivo di approfondire la comprensione della struttura della famiglia come contesto di vita e della percezione della stessa da parte dei ragazzi.

A tal fine il presente studio ha indagato tre aspetti principali del sistema familiare che i ragazzi vivono, capaci di influenzare nel loro complesso la salute e il benessere: la struttura familiare, la relazione genitori-figli e il livello socio-economico.

2.2 La struttura familiare

Una delle strutture sociali a subire importanti modificazioni, nel corso degli ultimi anni, è stata la famiglia.

In Italia, i processi di cambiamento e di trasformazione della famiglia risultano meno evidenti e meno rapidi rispetto alla maggior parte degli altri Paesi Occidentali ma, nonostante questo, il parlare di "famiglie" e "strutture familiari non tradizionali" sta diventando una necessità legata alla sempre maggior presenza di diverse aggregazioni familiari che si distinguono da quella tradizionale (composta da genitori sposati, con figli naturali) (Lanz, 1999a).

In generale, le principali trasformazioni demografiche e familiari (a partire dal 1965) riguardano il calo della nuzialità e l'aumento delle convivenze non matrimoniali, il calo della fecondità e del conseguente numero di figli per nucleo familiare, l'aumento dell'instabilità matrimoniale (separazione e divorzi), lo spostamento dell'età nelle principali tappe della vita adulta (aumento età al primo matrimonio, o del primo figlio). Considerando la "specificità" italiana nel contesto europeo, è importante sottolineare i livelli straordinariamente bassi di fecondità e nuzialità, la persistenza di modelli di tipo tradizionale nei modi di formare la famiglia (bassa frequenza delle convivenze non matrimoniali, ancora rare le nascite fuori dal matrimonio, anche se entrambi i fenomeni sono in aumento), la solidità e durata della storia familiare (tassi bassi di separazione e divorzio rispetto alle altre nazioni, nonostante l'aumento costante di entrambi gli elementi), il più lento passaggio dei giovani all'età adulta (lunga permanenza dei giovani nella famiglia di origine, età elevata al primo matrimonio, ecc.) (Barbagli, 1990; Carrà e Marta, 1995; Claes et al., 2005; ISTAT, 2000; Saraceno, 1995).

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo invece annoverare la diminuzione dell'ampiezza familiare, l'aumento delle famiglie unipersonali (single), la diminuzione famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti), che se un tempo erano una risorsa per la famiglia stessa, ora nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani, la crescita di "nuove tipologie" familiari: monogenitoriali, famiglie ricostituite, convivenze more uxorio (Saraceno, 1995; Istat, 2002; AAVV, 2006).

Oltre alla struttura familiare tradizionale, quindi, sono sempre più frequentemente riscontrabili altre tipologie. Quelle maggiormente indagate per la popolazione adolescenziale sono, ad esempio:

- La famiglia "monoparentale": cioè le famiglie in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore. Secondo Scabini (2000), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore

di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.

- La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

Questi cambiamenti, a fianco di variabili che hanno a che fare con le relazioni interpersonali, hanno un forte impatto sulla vita degli individui, ed in particolar modo su quella dei giovani in via di sviluppo. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi un lavoro sempre attuale, considerati i forti cambiamenti a cui è sottoposta.

La maggior parte delle ricerche sulla struttura familiare ha cercato di comprendere se, il fatto di avere un solo genitore o di vivere in una famiglia ricostituita fosse davvero una condizione "a rischio" per il bambino o l'adolescente. Si può dire che i ricercatori teorizzassero inizialmente conseguenze sia positive sia negative di tali situazioni: la famiglia monoparentale può essere infatti considerata da un lato come meno supportiva, essendo formata da un unico genitore, dall'altro, soprattutto in adolescenza fonte di maggiori impegni e doveri per il giovane, che può raggiungere più facilmente autonomia e responsabilizzazione; nello stesso modo la famiglia ricostruita può essere vista da un lato come potenzialmente confusiva e angosciante, dall'altro potenzialmente arricchente dal punto di vista affettivo e adattativo (Francescato, 1994; Scabini, 2000).

Molte ricerche si sono focalizzate sui riscontri negativi che tali nuove tipologie familiari potessero avere sullo sviluppo dei figli. Molte di queste hanno individuato come il vivere in una famiglia tradizionale possa essere considerato un fattore protettivo per la salute, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite possa essere un fattore di rischio (Ardelt e Day, 2002; Coley, 1998; 2001; Griffin et al., 2000). Nonostante queste evidenze scientifiche diversi autori hanno messo in discussione tale relazione. Oliverio Ferraris (1997), ad esempio, sostiene che lo svantaggio diventa reale soltanto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, oppure uno stato di conflittualità permanente o dei problemi economici (EURISPES, Telefono Azzurro, 2002; Riccio, 1997).

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono, nella prima, e se necessario, nella seconda casa (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

La tabella 2.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari.

Come si può notare, la maggior parte delle famiglie del campione è costituita da famiglie tradizionali, ossia i figli vivono con entrambi i genitori (65,4%) e nel 20,7% dei casi da famiglie allargate, composte da entrambi i genitori più uno o due nonni.

Il restante 13% circa dei ragazzi vive però in altre tipologie familiari: la maggior parte in famiglie monogenitoriali (9,4%), l'1,8% in famiglie ricostituite con padre/madre e nuova/o compagna/o; infine circa l'1% è ospitato in una sistemazione diversa dal nucleo familiare, senza genitori o nonni.

Dalla tabella 2.2 risulta, inoltre, che nella nostra regione la maggior parte del campione (53,23%) ha un solo fratello/sorella, il 29,2% dichiara di avere due o più fratelli e il 17,5% risulta essere figlio unico (tab. 2.2).

Tabella 2.1: Tipologia di famiglia per numero assoluto di intervistati (N) e percentuale (%)

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	65.39 (1910)
Madre e padre, più uno o due nonni	20.75 (606)
Solo madre (con o senza nonni)	9.45 (276)
Solo padre (con o senza nonni)	0.99 (29)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1.85 (54)
Solo nonni (uno o due)	0.51 (15)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.06 (31)
Totale	100 (2921)

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	17.57 (242)
1 fratello o sorella	53.23 (733)
2 o più fratelli o sorelle	29.19 (402)
Totale	100 (1377)

2.3 La qualità della relazione con i genitori

La natura e la qualità delle relazioni che i ragazzi instaurano con i genitori, durante l'adolescenza, influiscono sugli aspetti collegati alla salute e benessere.

E' importante considerare le peculiarità che il rapporto genitori-figli ha assunto nella sua evoluzione storica nel comprendere questi meccanismi di influenza.

Come evidenziato dai rapporti sulla famiglia italiana (Donati, 2007), i cambiamenti strutturali non possono da soli giustificare certi aspetti delle trasformazioni della famiglia, che sono invece da ricondursi soprattutto a un mutato quadro di riferimenti valoriali e psicologici di portata sociale.

Negli ultimi anni il rapporto genitori-figli si è affinato soprattutto dal punto di vista della comunicazione (si parla molto di più, si comunicano i propri bisogni, si esprimono le motivazioni, i desideri e s'incoraggiano i figli a farlo offrendo loro il modello di come "ci si parla"). Ma si è sempre meno capaci di fornire anche modelli normativi di comportamento: ossia c'è stato – in reazione ai precedenti tipi di educazione autoritaria – un vero e proprio "ribaltamento del modello normativo in un modello comunicazionale". Così l'educazione dei figli viene a impostarsi essenzialmente sull'asse di un'etica dell'autorealizzazione, a spese di un'etica della responsabilizzazione (Lanz et al., 1999a; 1999b; Claes et al., 2005).

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. Da una parte è stato infatti dimostrato come la qualità della relazione con i genitori sia associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti; ad esempio relazioni difficoltose con i genitori sono associate a maggiore probabilità di adozione di comportamenti di consumo di sostanze tra i ragazzi (Zambon et al., 2006). Dall'altra parte, è stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possano svolgere una funzione protettiva rispetto a scelte comportamentali e al benessere generale dei ragazzi (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005) e, in

particolare, rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (Field et al., 2001), a comportamenti antisociali (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000; Vieno et al., 2009), alla scarsa autostima (Lanz et al., 1999a), a problemi scolastici (Glaskow et al., 1997). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo controllo/autorità sulla vita dei figli per risultare adattivo (Baumrind, 1991).

Nel presente studio, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa a problemi che li preoccupavano con i propri genitori (madre e padre). Le modalità di risposta a questa domanda erano distribuite su una scala a 4 punti da “molto facile” a “molto difficile”.

Nelle tabelle 2.3 e 2.4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare con il padre e con la madre di questioni che li preoccupano.

Tabella 2.3: Quanto è facile per te parlare con tuo padre di cose che ti preoccupano veramente?

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	34.73 (339)	15.00 (156)	10.13 (101)
Facile	40.47 (395)	42.02 (437)	37.41 (373)
Difficile	16.60 (162)	26.73 (278)	31.90 (318)
Molto difficile	6.05 (59)	11.83 (123)	17.75 (177)
Non ho questa persona	2.15 (21)	4.42 (46)	2.81 (28)
Totale	100 (976)	100 (1040)	100 (997)

Analizzando i dati presenti in tabella 2.3 possiamo osservare che la comunicazione con il proprio padre risulti facile o molto facile rispettivamente nel 75% degli undicenni, nel 57% dei tredicenni e nel 47% dei quindicenni, evidenziando come la comunicazione con il genitore tenda a divenire più difficile con l'aumentare dell'età.

Tabella 2.4: Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente?

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	56.43 (544)	38.40 (394)	27.34 (272)
Facile	33.20 (320)	43.18 (443)	46.83 (466)
Difficile	6.85 (66)	12.96 (133)	18.49 (184)
Molto difficile	2.39 (23)	4.09 (42)	6.43 (64)
Non ho questa persona	1.14 (11)	1.36 (14)	0.90 (9)
Totale	100 (964)	100 (1026)	100 (995)

La comunicazione con la propria madre risulta facile o molto facile rispettivamente nel 90% degli undicenni, nell' 81% dei tredicenni e nel 74% dei quindicenni evidenziando anche in questo caso come la comunicazione con il genitore tenda a divenire più difficile con l'aumentare dell'età (tab. 2.4).

Figura 2.1 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre (per genere ed età)

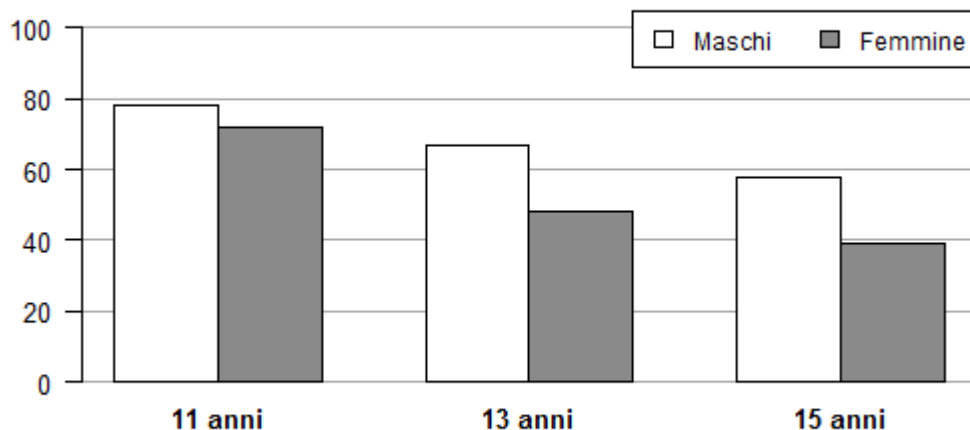
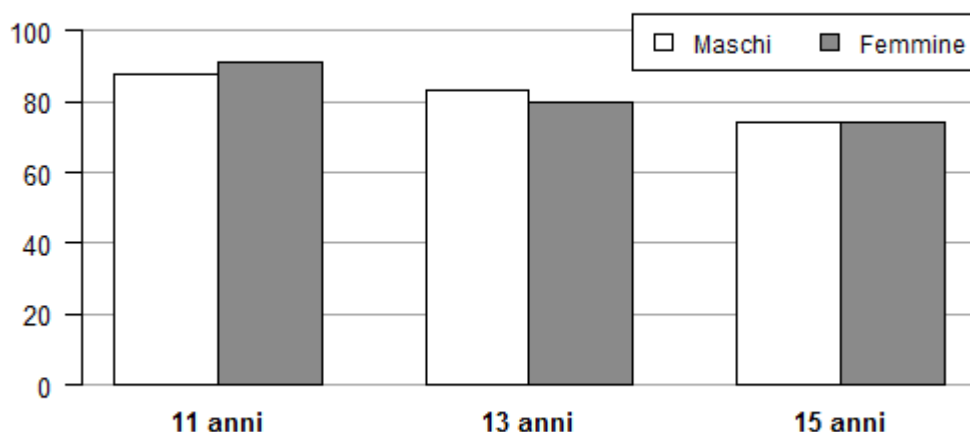


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



Risulta inoltre che le ragazze abbiano più difficoltà ad aprirsi con il padre rispetto ai maschi (figura 2.1), mentre non si evidenziano grandi differenze nel comunicare con la madre tra maschi e femmine, in tutte e tre le fasce d'età (fig. 2.2) la madre può essere considerata come la fonte principale di sostegno per ragazzi e ragazze.

2.4 Lo status socio-economico familiare

La posizione socio-economica della famiglia di origine è un'altra dimensione fondamentale della vita familiare in grado, oltre a quella relazionale, di influenzare fortemente la salute dei ragazzi: questo avviene sia direttamente, attraverso il fenomeno delle disuguaglianze sociali di salute (Albrecht et al., 2000; Mackenbach et al., 1997; Costa et al., 1998; Zambon et al., 2006), sia indirettamente. Infatti, come dimostrato da numerosi studi, un buon livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (Geckova et al., 2003; Due et al., 2003; Kosteniuk et al., 2003; Ruiz et al., 2002).

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una "misura composita che incorpora lo status economico (reddito), lo status sociale (educazione) e lo status professionale (occupazione)" (Alder, 1994), così come definito dai seguenti indicatori:

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze...) con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare) (Currie et al., 1997);
- status sociale (educazione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

A questi indicatori, si aggiunge un quarto elemento di valutazione relativo alla percezione che i ragazzi hanno dello stato di benessere della propria famiglia; ai ragazzi viene infatti chiesto di indicare quanto pensino stia bene la propria famiglia dal punto di vista economico. Le modalità di risposta a questa domanda sono distribuite su una scala a 5 punti da "Molto bene" a "Per niente bene".

Nelle tabelle a seguire si possono osservare i risultati, distinti per gli indicatori utilizzati.

Il livello socio-economico familiare del campione è risultato medio-alto nell'87,5% dei casi e basso nel 12,5% (tab. 2.5).

Tabella 2.5: Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo')

FAS	% (N)
Basso	12.54 (377)
Medio	45.18 (1358)
Alto	42.28 (1271)
Totale	100 (3006)

Dalla tabella 2.6 si evidenzia che, considerando la media per le tre fasce di età prese in esame, il 56% dei padri e il 63% delle madri risulta essere in possesso di diploma di maturità o di laurea; il 41% dei padri e il 35% delle madri risulta avere invece la licenza media o professionale.

Buona parte dei ragazzi intervistati, ha genitori con titolo medio-alto (diploma oppure laurea), secondo la letteratura, tale situazione sarebbe protettiva rispetto ad eventuali rischi correlati alla salute.

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni %	13 anni %	15 anni %	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Licenza elementare	2.90 (18)	2.60 (20)	3.53 (31)	1.73 (11)	1.14 (9)	2.03 (18)
Licenza media	26.45 (164)	25.58 (197)	25.06 (220)	22.96 (146)	25.44 (201)	25.73 (228)
Istituto professionale	13.87 (86)	16.62 (128)	15.03 (132)	10.53 (67)	10.51 (83)	9.93 (88)
Maturità	31.13 (193)	35.84 (276)	36.67 (322)	33.02 (210)	41.65 (329)	41.99 (372)
Laurea	25.65 (159)	19.35 (149)	19.70 (173)	31.76 (202)	21.27 (168)	20.32 (180)
Totale	100 (620)	100 (770)	100 (878)	100 (636)	100 (790)	100 (886)

2.5 Conclusioni

La maggior parte dei ragazzi (65,7%) dichiara di vivere con entrambi i genitori, il 20% in famiglie allargate. Le famiglie monogenitoriali risultano intorno al 10% (9% vive solo con la madre; l'1% solo con il padre).

La facilità di comunicazione con i genitori risulta più facile con le madri rispetto ai padri. La maggior parte delle famiglie presenta un livello economico medio-alto. Si evidenzia un buon numero di genitori laureati: madri laureate 24,5% e padri 21,5% rispettivamente. Le madri hanno un livello di istruzione maggiore rispetto ai padri.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.

- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana». Anno 2000*. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (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.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

In adolescenza, l'ambiente scolastico rappresenta un contesto di sviluppo privilegiato in quanto ambiente sociale prossimale in cui l'individuo trascorre buona parte della propria quotidianità e in grado dunque di influenzarne l'adattamento e il benessere.

Il contesto scolastico può agire infatti supportando l'adolescente nel suo percorso di crescita, rappresentando una fonte significativa di sostegno sociale (soprattutto rispetto alle relazioni che si instaurano con coetanei e insegnanti) e favorendo l'acquisizione di competenza, autonomia e coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007).

Il coinvolgimento e il legame con la scuola sta ricevendo sempre maggiore attenzione in letteratura internazionale (Fredricks, 2004), si evidenzia infatti come le caratteristiche della scuola (in termini di struttura, composizione e clima) siano in grado di influenzare il benessere dell'adolescente (Santinello et al., 2009), le caratteristiche del gruppo dei pari che frequenta e la partecipazione alle diverse attività scolastiche (Crosnoe e Needham, 2004).

Inoltre, il senso di appartenenza alla scuola si associa a importanti elementi motivazionali, di atteggiamento e comportamentali che sono alla base non solo del successo scolastico ma anche, in senso più ampio, del benessere bio-psico-sociale dei ragazzi (Vieno et al., 2005; 2007). In particolare, il senso di appartenenza alla comunità scolastica risulta essere associato a un maggior benessere emozionale, motivazione intrinseca, comportamenti prosociali, impegno, coinvolgimento e successo scolastico (Osterman, 2000).

La scuola può dunque rappresentare un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in relazione a comportamenti legati alla salute. Ricerche recenti (Carter, 2007) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico (oltre a quello familiare e dei pari) possa contribuire in modo significativo alla promozione di comportamenti legati alla salute. In questo senso, la percezione di un contesto scolastico in termini positivi favorisce una minor frequentazione di pari devianti oltre che essere in grado di moderare gli effetti negativi di condizioni socio-familiari sfavorevoli (Dishion, 1995).

Obiettivo di questo capitolo è da un lato approfondire la percezione del contesto scolastico attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai ragazzi ad alcuni item relativi al loro rapporto con gli insegnanti, con i compagni di classe e con la scuola in generale e dall'altro approfondire le caratteristiche (in senso strutturale e organizzativo) del contesto scolastico che i ragazzi sperimentano attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai dirigenti scolastici ad alcuni item relativi alle caratteristiche della scuola.

3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)

Nella comprensione del benessere e dei comportamenti ad esso associati, una prospettiva nuova e interessante è quella di considerare le relazioni esistenti tra fattori di ordine individuale e altri di tipo organizzativo (Subramanian, Jones & Duncan, 2003). Infatti, gli aspetti organizzativi, di ordine strutturale, relativi ai contesti di vita possono agire rinforzando il mantenimento e l'espressione di alcuni fattori individuali (es. comportamenti legati alla salute e stili di vita), contribuendo dunque in maniera più o meno diretta al benessere individuale (Vieno et al., 2005).

In questo senso, le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente (Crosnoe e Needham, 2004).

Nel presente studio, per valutare nello specifico l'impatto del contesto scolastico e delle misure di promozione alla salute adottate al suo interno sulla salute e sui comportamenti ad essa associati degli studenti, sono state raccolte informazioni specifiche relative a caratteristiche prettamente organizzative e strutturali della scuola, intesa come plesso.

E' stato dunque chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

Qui di seguito sono riportate alcune tabelle con i dati relativi alla nostra regione.

Tabella 3.1: Le risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza rispetto ai bisogni.

	Cortile/ aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Biblioteca, libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature speciali per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguito	63.33 (76)	67.21 (82)	66.39 (79)	68.60 (83)	49.18 (60)	69.67 (85)	77.05 (94)	53.28 (65)	61.34 (73)
Non adeguato	31.67 (38)	32.79 (40)	33.61 (40)	23.97 (29)	44.26 (54)	30.33 (37)	22.95 (28)	38.52 (47)	34.45 (41)
Risorsa non presente	5.00 (6)	0.00 (0)	0.00 (0)	7.44 (9)	6.56 (8)	0.00 (0)	0.00 (0)	8.20 (10)	4.20 (5)
Totale	100 (120)	1001 (122)	100 (119)	100 (121)	100 (122)	100 (122)	100 (122)	100 (122)	100 (119)

Tabella 3.2: Misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e acquisizione di competenze in aree significative per il benessere.

	Nutrizione e Alimentazione %	Attività fisica e Sport %	Violenza e bullismo %	Abuso di sostanze %
	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì abitualmente	52.89 (64)	80.17 (97)	59.17 (71)	43.33 (52)
Sì di tanto in tanto	40.50 (49)	16.53 (20)	39.17 (47)	49.17 (59)
No	6.61 (8)	3.31 (4)	1.67 (2)	7.50 (9)
Totale	100 (121)	100 (121)	100 (120)	100 (120)

Tabella 3.3: Presenza di strutture o attività associate alla nutrizione e alla fruibilità di cibo agli studenti, all'interno della scuola.

	Mensa scolastica	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt	Distributori automatici di alimenti
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	19.66 (23)	7.41 (8)	56.03 (65)
No	80.34 (94)	92.59 (100)	43.97 (51)
Totale	100.00 (117)	100.00 (108)	100.00 (116)

Dai questionari somministrati ai Dirigenti scolastici emerge che le risorse strutturali delle scuole (Cortile/aree esterne, edificio, aule e spazi, palestra, computer e softwer, risorse audiovisive, laboratori specifici) sono adeguate rispetto ai bisogni nel 60-70% dei casi; risulta pertanto una inadeguatezza di aule e spazi di circa il 30%, di biblioteche 51%; di attrezzature speciali per disabili 46%, computer 30% e palestre 23% (tab. 3.1).

Le misure di promozione alla salute abitualmente adottate dalla scuola (tab. 3.2) sono in primis quelle riguardanti l'attività fisica (80,2%), a seguire quelle inerenti violenza e bullismo (59,2%), nutrizione e alimentazione (52,9%) e in ultimo l'abuso di sostanze (43,3%).

La tabella 3.3 evidenzia inoltre la scarsa presenza nelle scuole di mense scolastiche (20%) e l'irrisoria presenza di programmi che prevedono distribuzione di alimenti "sani" (7%).

Tabella 3.4: Momento in cui sono previsti i programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt (solo per le scuole per cui sono presenti).

	Prima colazione	Spuntini di metà mattina	Merenda pomeridiana
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	25 (2)	50 (4)	25 (2)
No	75 (6)	50 (4)	75 (6)
Totale	100 (8)	100 (8)	100 (8)

Tabella 3.5: Tipologie di alimenti che vengono dispensati dai distributori automatici (solo per le scuole per cui sono presenti).

	Bibite zuccherate o gassate	Succhi di frutta	Merendine preconfezionate, caramelle, snack	Yogurt	Frutta fresca	Acqua	Bevande calde	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	70.77 (46)	78.46 (51)	78.46 (51)	24.62 (16)	3.08 (2)	92.31 (60)	89.23 (58)	12.31 (8)
No	29.23 (19)	21.54 (14)	21.54 (14)	75.38 (49)	96.92 (63)	7.69 (5)	10.77 (7)	87.69 (57)
Totale	100 (65)	100 (65)	100 (65)	100 (65)	100 (65)	100 (65)	100 (65)	100 (65)

Tabella 3.6: Classi che riescono a fare le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum.

	Classi
	%
	(N)
Tutte	87.70 (107)
Quasi tutte	11.48 (14)
Circa la metà	0.82 (1)
Poche	0.00 (0)
Totale	100 (122)

Solo in 8 delle 138 scuole campionate nella nostra regione sono previsti programmi di distribuzione di alimenti sani ai ragazzi (tabella 3.4) dei quali il 25% riguarda la prima colazione, il 50% lo spuntino di metà mattina e il 25% la merenda pomeridiana.

Risulta inoltre dai questionari somministrati ai Dirigenti scolastici che in 65 delle scuole campionate sono presenti distributori automatici di alimenti di cui il 92% dispensa acqua, l'89% bevande calde, il 78% succhi di frutta, merendine e snack, il 71% bibite zuccherate o gassate, a scapito degli alimenti sani presenti solo in piccola percentuale nei distributori, rispettivamente nel 25% lo yogurt e nel 3% la frutta fresca (tab. 3.5).

Riguardo le ore di attività fisica a scuola, risulta che l'88% delle classi campionate riescono a espletare le due ore di attività motoria curriculare, il 12% le fa quasi tutte e meno dell'1% ne fa la metà.

Tabella 3.7: Partecipazione della scuola a iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner.

	Comune	Associazione agricoltori/ allevatori	Istituzioni provinciali	Associazioni (volontariato, onlus,...)	Direzione scolastica/ insegnanti	Altro
	%	%	%	%	%	%
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì	6.45 (8)	6.45 (8)	7.26 (9)	10.48 (13)	20.97 (26)	44.35 (55)
No	93.55 (116)	93.55 (116)	92.74 (115)	89.52 (111)	79.03 (98)	55.65 (69)
Totale	100 (124)	100 (124)	100 (124)	100 (124)	100 (124)	100 (124)

Tabella 3.8: Frequenza del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola.

	Sviluppo politiche e regole	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure di promozione alla salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	%	%	%	%	%
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Frequentemente	89.26 (108)	41.82 (46)	54.31 (63)	59.17 (71)	52.10 (62)
Raramente	9.09 (11)	50.00 (55)	39.66 (46)	35.83 (43)	42.02 (50)
Mai	1.65 (2)	8.18 (9)	6.03 (7)	5.00 (6)	5.88 (7)
Totale	100 (121)	100 (110)	100 (116)	100 (120)	100 (119)

Tabella 3.9: Percezione in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola.

	Tensioni razziali/etniche	Immondizie per strada	Spaccio/consumo di sostanze	Violenze/ vandalismo	Traffico eccessivo	Edifici dismessi	Criminalità
	%	%	%	%	%	%	%
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Problema rilevante	0.85 (1)	0.00 (0)	7.63 (9)	0.83 (1)	18.18 (22)	4.13 (5)	0.83 (1)
Problema moderato/lieve	22.03 (26)	42.50 (51)	57.63 (68)	49.17 (59)	44.63 (54)	25.62 (31)	49.17 (59)
Problema non presente	75.42 (89)	57.50 (69)	23.73 (28)	47.50 (57)	37.19 (45)	67.77 (82)	40.83 (49)
Non so	1.69 (2)	0.00 (0)	11.02 (13)	2.50 (3)	0.00 (0)	2.48 (3)	9.17 (11)
Totale	100 (118)	100 (120)	100 (118)	100 (120)	100 (121)	100 (121)	100 (120)

Risulta piuttosto scarsa la partecipazione della scuola a iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner (tabella 3.7).

Gli studenti sembrano essere discretamente coinvolti nella partecipazione all'organizzazione scolastica (tabella 3.8). Analizzando le aree in cui sono situate le scuole, i dirigenti percepiscono come "problema rilevante" il traffico eccessivo nel 18% dei casi e nell' 8% lo spaccio/consumo di sostanze. Tra i problemi considerati come moderati o lievi troviamo nel 22% dei casi le tensioni razziali, nel 42% la presenza di immondizia per strada, nel 57% lo spaccio/consumo di sostanze, nel 49% atti di vandalismo, nel 45% il traffico eccessivo e nel 49% la criminalità.

3.3 Rapporto con gli insegnanti

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata come una delle componenti che maggiormente contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (Pianta e Stuhlman, 2004; Vieno et al., 2007). Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata a un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007), è predittivo della motivazione in classe, così come dell'adattamento comportamentale e scolastico (Hamre e Pianta, 2001). Alcuni studi longitudinali evidenziano (Skinner, 1998), inoltre, come la percezione di calore ed empatia degli insegnanti sia associata alla percezione che l'alunno ha della propria competenza all'interno del gruppo classe.

Inoltre, il rapporto con gli insegnanti influenza il successo scolastico (Graziano, 2007) e può essere un'importante fonte di sostegno (nell'offrire incoraggiamento e fiducia) nei momenti di crescita e cambiamento.

Alcuni studi (Graziano, 2007) hanno inoltre esaminato come la qualità del rapporto con gli insegnanti influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (Huges, 1999; Pianta e Niemetz, 1991), ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (White e Jones, 2000).

Altri studi hanno messo in luce l'influenza esercitata dalla qualità del rapporto con gli insegnanti su esiti di salute per i ragazzi, quale il mal di testa (Santinello et al. 2009).

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro (solo 15enni) di esprimere il proprio grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per

niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", "Nella mia classe sono incoraggiato a esprimere il mio punto di vista" e "Quando ho bisogno di un aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti".

Nella tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla percezione di essere trattati in modo giusto dagli insegnanti: meno della metà dei quindicenni (43,5%) sostiene di sentirsi trattato in modo equo. Sono soprattutto i maschi ad essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con la percezione di essere trattati in modo giusto (46,4% dei maschi contro il 41,2% delle femmine).

Tabella 3.10: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto": per genere, solo quindicenni

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	10.63 (47)	9.22 (51)	9.85 (98)
D'accordo	35.75 (158)	32.01 (177)	33.67 (335)
Né d'accordo né in disaccordo	34.39 (152)	35.62 (197)	35.08 (349)
Non d'accordo	13.35 (59)	15.01 (83)	14.27 (142)
Per niente d'accordo	5.88 (26)	8.14 (45)	7.14 (71)
Totale	100 (442)	100 (553)	100 (995)

Tabella 3.11: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista", per genere solo quindicenni

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	13.29 (59)	13.95 (77)	13.65 (136)
D'accordo	37.61 (167)	35.69 (197)	36.55 (364)
Né d'accordo né in disaccordo	29.28 (130)	30.62 (169)	30.02 (299)
Non d'accordo	11.49 (51)	12.86 (71)	12.25 (122)
Per niente d'accordo	8.33 (37)	6.88 (38)	7.53 (75)
Totale	100 (444)	100 (552)	100 (996)

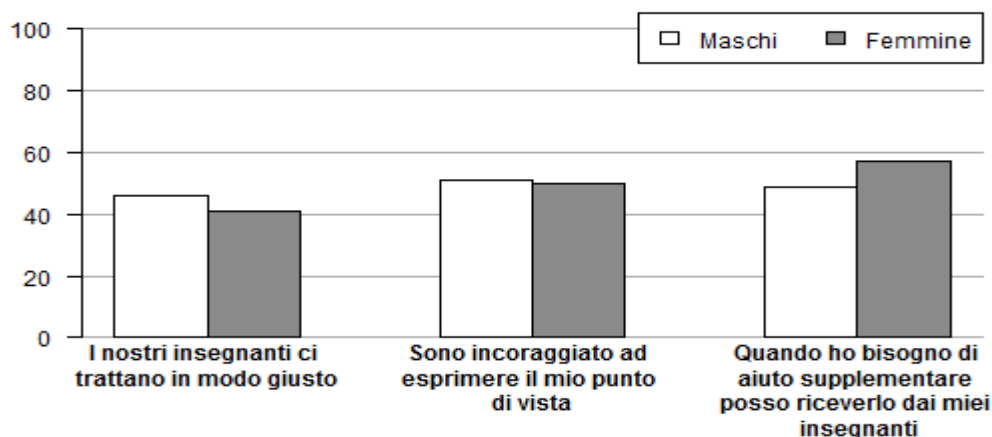
Tabella 3.12: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti", per genere solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	9.93 (44)	11.21 (62)	10.64 (106)
D'accordo	39.28 (174)	45.39 (251)	42.67 (425)
Né d'accordo né in disaccordo	32.73 (145)	28.03 (155)	30.12 (300)
Non d'accordo	11.74 (52)	11.03 (61)	11.35 (113)
Per niente d'accordo	6.32 (28)	4.34 (24)	5.22 (52)
Totale	100 (443)	100 (553)	100 (996)

Come emerge in tabella 3.11 il 50,2% dei quindicenni si sente incoraggiato ad esprimere il proprio punto di vista in classe. Sono soprattutto i maschi ad essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con questa affermazione (50,9% dei maschi, 49,6% delle femmine).

Ritiene, inoltre, di ricevere aiuto supplementare da parte degli insegnanti, in caso di bisogno, il 53,3% dei ragazzi (tab. 3.12). Sono soprattutto le femmine ad essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con questa affermazione (49,2% dei maschi, 56,6% delle femmine). Tutti i dati riportati nelle tabelle precedenti sono riassunti in forma grafica nella fig. 3.1 .

Figura 3.1 – Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" e "molto d'accordo" alle tre affermazioni sul modo con cui vengono trattati dagli insegnanti, al coinvolgimento ed alla possibilità di ricevere aiuto supplementare: per genere solo quindicenni



3.4 Rapporto con i compagni di classe

Il setting dei pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente (Barth, 2004, Goodenow, 1993). Questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti rispetto alle attività scolastiche (Lubbers, 2006), e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste infatti un legame significativo tra

relazioni con i coetanei e il rendimento scolastico: gli studenti che hanno carenti relazioni con i compagni di classe tendono ad avere voti peggiori (Wentzel, 2003, Zettergren, 2003), minor successo scolastico (Buhs, 2006), un maggior numero di assenze (Fredricks, 2004) ed un maggior rischio di drop out (Jimerson, 2000).

Al contrario, avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (Wentzel e Caldwell, 1997), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (Wentzel, 2003).

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni "La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile" e "I miei compagni mi accettano per quello che sono". (modalità di risposta da "sono molto d'accordo a "non sono per niente d'accordo"). Nelle tabelle e nelle figure a seguire sono state riportate le risposte relative a tali affermazioni.

Tabella 3.13: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	33.57 (335)	24.86 (261)	22.75 (228)
D'accordo	41.08 (410)	40.86 (429)	44.81 (449)
Né d'accordo né in disaccordo	18.14 (181)	24.76 (260)	21.66 (217)
Non d'accordo	5.41 (54)	6.67 (70)	8.58 (86)
Per niente d'accordo	1.80 (18)	2.86 (30)	2.20 (22)
Totale	100 (998)	100 (1050)	100 (1002)

La maggioranza del campione valuta i propri compagni come gentili e disponibili (tab. 3.13). Sono d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione soprattutto i ragazzi di 11 anni (74,6%), a seguire quelli di 15 anni (67,5%) e quelli di 13 anni (65,7%). Mentre a 11 anni sono le femmine a ritenere gentili e disponibili la maggior parte dei compagni di classe, si osserva una inversione di tendenza nelle fasce d'età 13-15 anni.

Figura 3.2 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età e genere

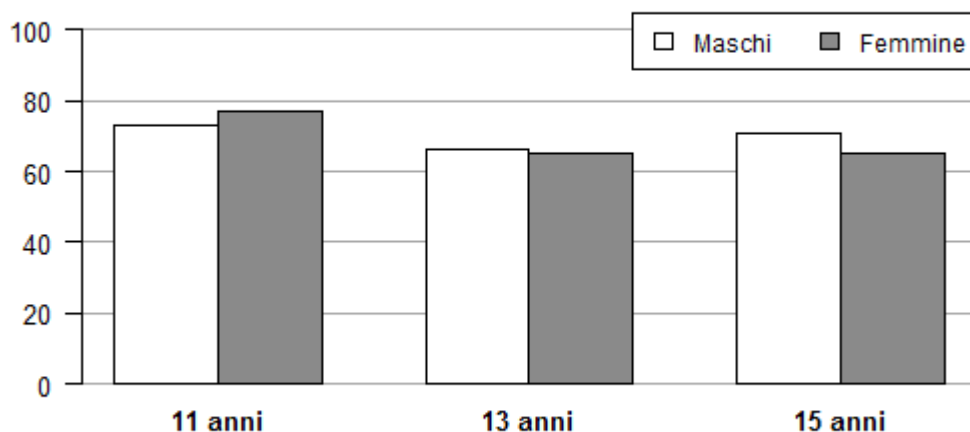


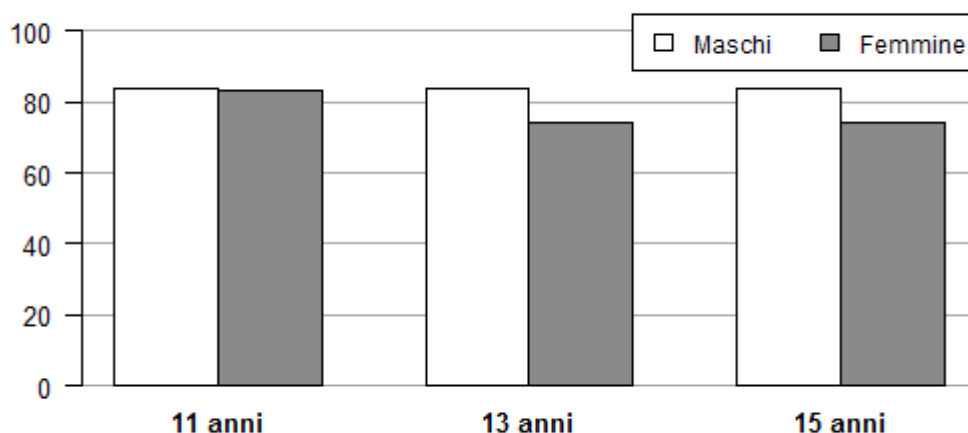
Tabella 3.14: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	48.09 (479)	40.08 (420)	30.87 (309)
D'accordo	35.54 (354)	38.45 (403)	47.55 (476)
Né d'accordo né in disaccordo	10.04 (100)	14.12 (148)	15.48 (155)
Non d'accordo	2.71 (27)	3.44 (36)	4.20 (42)
Per niente d'accordo	3.61 (36)	3.91 (41)	1.90 (19)
Totale	100 (996)	100 (1048)	100 (1001)

Come emerge in tabella 3.14, la maggioranza del campione dichiara di sentirsi accettato dai coetanei: l'80% dei ragazzi risponde “molto d'accordo” o “d'accordo”. Sono soprattutto i ragazzi di 11 anni (83,6%) a sentirsi maggiormente accettati per quello che sono dai compagni di classe rispetto ai ragazzi di 13 (78,5%) e 15 anni (78,4%).

Osservando la suddivisione per genere (fig. 3.3), è possibile riscontrare come siano soprattutto i maschi a sentirsi accettati dai coetanei. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di ragazze che si sente accettata dai pari è maggiore a 11 anni e sembra decrescere a 13 e a 15.

Figura 3.3 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere.



In questo studio, relativamente al rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola, è stato approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana".

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle 3.15 e 3.16 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

La maggioranza degli studenti, indipendentemente dall'età, riferisce di non aver mai subito atti di bullismo (tab. 3.15). Tra i ragazzi che dichiarano di averne subito (negli ultimi due mesi) si osserva una diminuzione del fenomeno con il crescere dell'età: si passa, infatti, dal 14,9% dei ragazzi di 11 anni al 10,3% dei ragazzi di 13 anni e al 5,2% dei ragazzi di 15 anni.

Tabella 3.15: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	85.08 (844)	89.63 (942)	94.72 (950)
1-2volte negli ultimi due mesi	10.38 (103)	7.33 (77)	3.89 (39)
2-3volte nell'ultimo mese	2.82 (28)	1.24 (13)	0.40 (4)
1v/sett	0.50 (5)	0.67 (7)	0.20 (2)
>1volta/sett	1.21 (12)	1.14 (12)	0.80 (8)
Totale	100 (992)	100 (1051)	100 (1003)

Per quanto riguarda le differenze di genere (fig. 3.4), si osserva come nei ragazzi di 11 anni il fenomeno coinvolga più le femmine che i maschi e come, con il crescere dell'età, le differenze di genere tendano a scomparire.

Figura 3.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età e genere

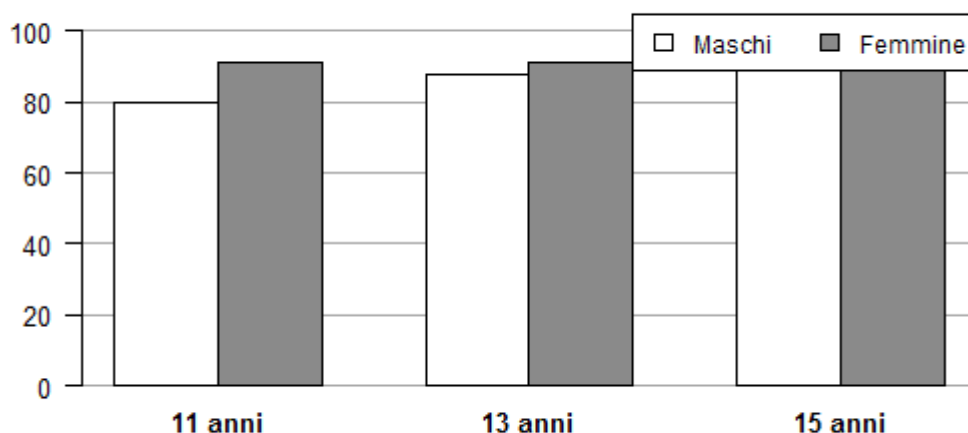


Tabella 3.16: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	66.47 (664)	62.90 (663)	64.08 (644)
Una volta	15.42 (154)	18.03 (190)	19.60 (197)
2 volte	7.11 (71)	6.83 (72)	7.36 (74)
3 volte	2.90 (29)	4.36 (46)	2.79 (28)
4 volte o più	8.11 (81)	7.87 (83)	6.17 (62)
Totale	100 (999)	100 (1054)	100 (1005)

Dichiara di non essersi mai azzuffato o picchiato con qualcuno negli ultimi 12 mesi il 66,4% dei ragazzi di 11 anni, il 62,9% dei ragazzi di 13 anni e il 64,1% di quelli di 15 anni (tab. 3.16).

Si è azzuffato o picchiato con qualcuno 4 volte o più l'8,1% degli undicenni, il 7,8% dei tredicenni e il 6,1% dei quindicenni.

3.5 Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta certamente uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" in senso più ampio e complessivo. I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). Inoltre, una

recente ricerca (Carter, 2007) evidenzia come i ragazzi che riportano un elevato legame e coinvolgimento con la scuola attuino con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute, dimostrando dunque come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio.

Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e gruppale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità di esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato all'interno del gruppo classe può facilitare negli studenti l'accettazione dell'altro oltre a sviluppare nei ragazzi la percezione del setting scolastico come ambiente supportivo e accettante (Vieno, 2005).

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente".

In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

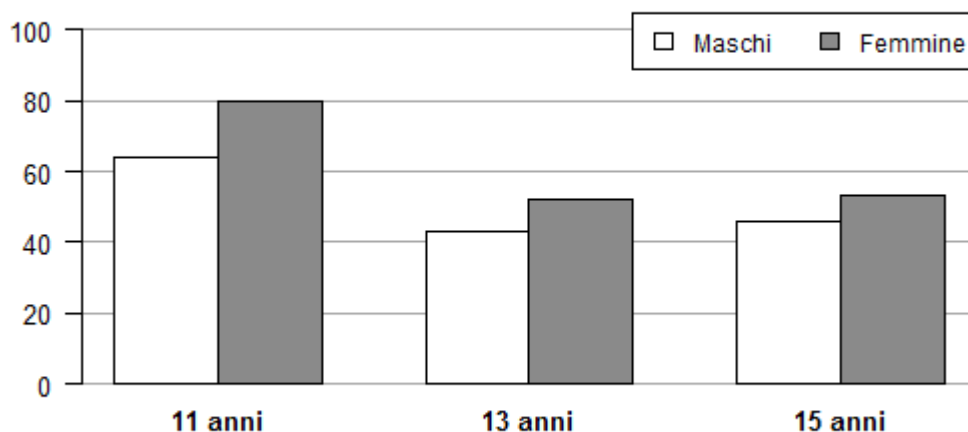
Dalle percentuali riportate in tabella, è possibile riscontrare come all'aumentare dell'età diminuisca l'interesse per la scuola, tale trend in discesa si evidenzia maggiormente nel corso del triennio della scuola media passando da un giudizio molto positivo che supera il 24% tra gli 11enni a poco più del 7% tra i 13enni e il 6% tra i 15enni.

Considerando anche le differenze di genere (fig. 3.5), sono più le femmine, che non i maschi, coloro a cui piace molto e abbastanza la scuola, in tutte e tre le fasce di età.

Tabella 3.17: "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mi piace molto	24.25 (243)	7.33 (77)	6.09 (61)
Abbastanza	47.41 (475)	40.10 (421)	44.11 (442)
Non tanto	18.36 (184)	34.48 (362)	33.93 (340)
Non mi piace per nulla	9.98 (100)	18.10 (190)	15.87 (159)
Totale	100 (1002)	100 (1050)	100 (1002)

Figura 3.5 – Percentuale di coloro a cui piace “molto” e “abbastanza” la scuola, per età e genere



3.6 Conclusioni

Dall'indagine emerge che le strutture scolastiche risultano adeguate per il 60-70% dei casi anche se si evidenziano carenze di tipo strutturale con mancanza di biblioteche, palestre e attrezzature speciali per disabili, solo in un ridotto numero di scuole sono presenti distributori di alimenti sani e risultano carenti i programmi di educazione alla corretta alimentazione, o contro il bullismo e l'abuso di sostanze.

Il gradimento nei confronti della scuola è maggiore nelle femmine e subisce un decremento con l'aumentare dell'età.

Inoltre l'80% dei ragazzi intervistati dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni di classe anche se è presente una percentuale di ragazzi che subiscono episodi di bullismo, tale fenomeno si riduce significativamente con il crescere dell'età.

Bibliografia capitolo 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*.

Roma: Edizioni Carlo Amore.

- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K. R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16
-

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

Come vivono i preadolescenti della nostra Regione il loro tempo libero? A questo proposito, al fine di comprendere come i giovani pianificano la loro giornata e gli impegni quotidiani, in questa sezione verranno indagati alcuni comportamenti come l'attività fisica, l'uso della televisione e dei videogiochi, il tempo dedicato alla frequentazione dei coetanei e la frequenza di utilizzo di tecnologie quali telefoni cellulari e computer.

Particolare significato assume la diffusione di scorretti stili di vita negli adolescenti, età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana, attraverso l'acquisizione di stili di vita salutari.

Infatti è utile ricordare, come suggeriscono alcuni studi, (WHO, 2008; Schor, 2003) che l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta.

Proprio per questo, la partecipazione a varie tipologie di attività motoria non solo rappresenta un valore rilevante per l'adozione e per il successivo mantenimento nel tempo di uno stile di vita sano ed attivo, ma consente di contrastare i rischi e i disturbi causati dalla sedentarietà (WHO, 2004; Hickman, 2000).

4.2 Attività fisica

L'attività fisica viene normalmente definita come "qualsiasi movimento del corpo associato ad una contrazione muscolare che aumenta il dispendio energetico al di sopra dei livelli di riposo". Quindi per attività fisica non si intende solo la pratica di sport organizzati e regolarmente praticati, ma l'insieme dei movimenti del corpo che favoriscono il dispendio di energia quali: camminare di buon passo, giocare, andare in bicicletta, fare le pulizie, ballare o salire le scale. (EU Working Group "Sport and Health", 2008).

L'attività fisica, la salute e la qualità della vita sono strettamente correlate (WHO 2002). Esistono, infatti, crescenti evidenze sulla relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta, oltre alle ricadute più immediate sul benessere psicosociale dei ragazzi (Hickman, 2000; Stroebe, 1997).

Numerosi studi hanno rilevato che praticare regolarmente una sufficiente attività motoria produce notevoli benefici psico-fisici, tra i più importanti: riduce i rischi cardiovascolari, previene o ritarda lo sviluppo dell'ipertensione e dell'osteoporosi, aumenta le capacità cardio-vascolari, mantiene le funzioni metaboliche, abbassando il rischio di incidenza di sviluppo del diabete di tipo 2, permette un corretto sviluppo scheletrico e muscolare, contribuisce al bilancio energetico prevenendo obesità e sovrappeso ed inoltre abbassa i livelli di stress, migliora l'autostima e la soddisfazione di sé, diminuendo il rischio di depressione (Boreham, 2001; WHO, 2008; Alfermann, 2000). E' documentata inoltre in letteratura la relazione tra inattività ed esiti di sovrappeso ed obesità per i preadolescenti (Vieno, 2005).

E' peraltro interessante notare che la partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, per divertirsi, per costruire nuove amicizie e per crescere in salute. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere (Nelson, 2006; Fox, 2000). E' ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un bambino dal praticare un'attività motoria regolare, si manifestano non solo nello sviluppo organico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia (EU Working Group "Sport and Health", 2008).

4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

Le linee guida internazionali, americane e dell'Unione Europea, raccomandano nei ragazzi in età dello sviluppo di fare una moderata o intensa attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti, in grado di generare un incremento della respirazione, della sudorazione e del senso di affaticamento (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin, 1998). Le attività moderate (da 3,5 a 7 Kcal/min) comprendono: camminare, andare in bicicletta, ballare, fare attività in palestra e in piscina, svolgere lavori domestici. Le attività intense (oltre 7 Kcal/min) comprendono: la corsa, step, karate, judo e la maggior parte degli sport competitivi (CDC, 2009; U.S. DHHS, 2008).

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?".

Osservando la tabella 4.1 e la figura 4.1, si nota che il 5,5% dei ragazzi di 11 anni, il 7,4% dei ragazzi di 13 anni e il 10,8% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana (rispettivamente il 52% degli undicenni, il 61,9% dei tredicenni e il 55% dei quindicenni).

La percentuale di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica per 5 o più giorni la settimana è rispettivamente del 23,1% a undici anni, del 22,3% a tredici anni e 20,8% a quindicenni.

Tabella 4.1: "Nell'ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	5.54 (55)	7.44 (78)	10.82 (108)
un giorno	9.26 (92)	8.87 (93)	13.33 (133)
due giorni	29.10 (289)	23.28 (244)	21.44 (214)
tre giorni	17.12 (170)	19.85 (208)	18.14 (181)
quattro giorni	15.81 (157)	18.80 (197)	15.43 (154)
cinque giorni	9.57 (95)	11.26 (118)	9.82 (98)
sei giorni	5.04 (50)	5.06 (53)	5.51 (55)
sette giorni	8.56 (85)	5.44 (57)	5.51 (55)
Totale	100 (993)	100 (1048)	100 (998)

Figura 4.1. – Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per età.

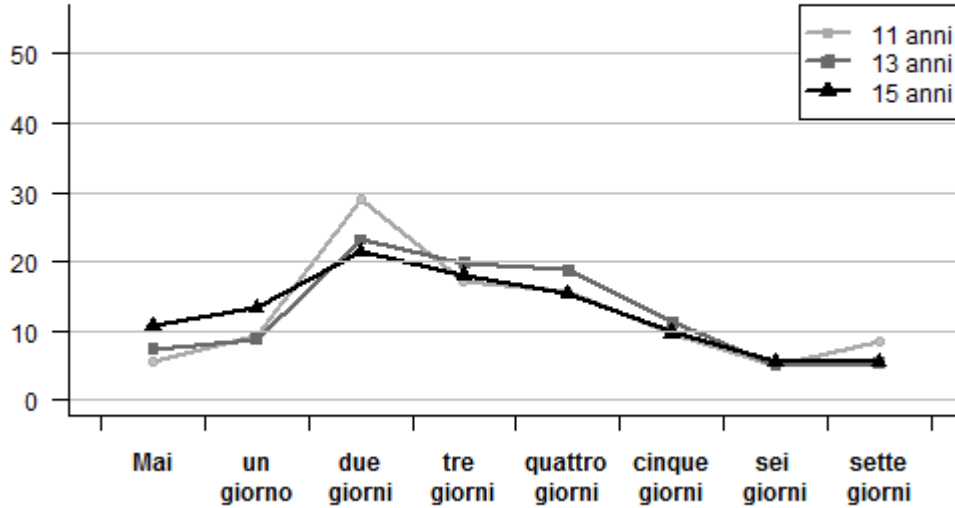
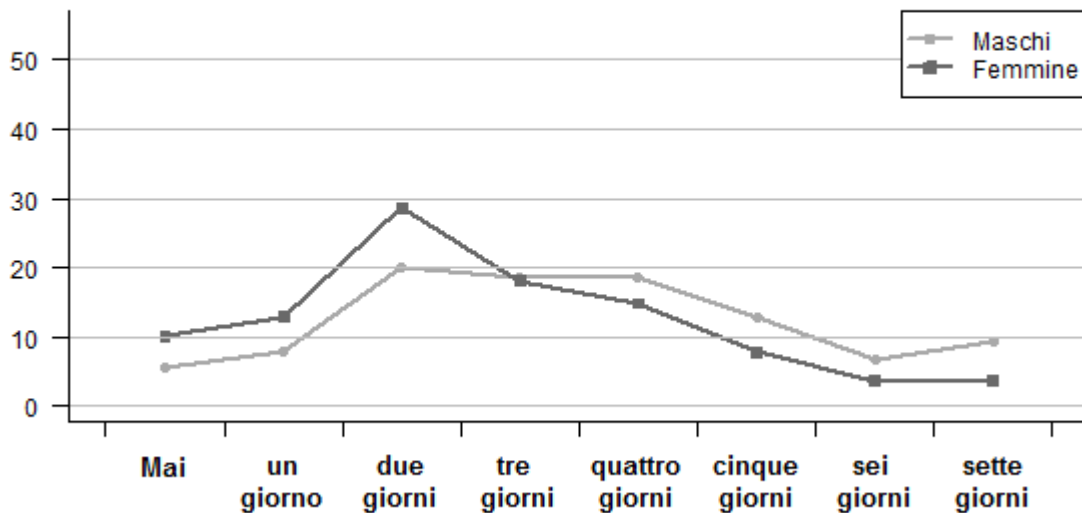


Figura 4.2 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere

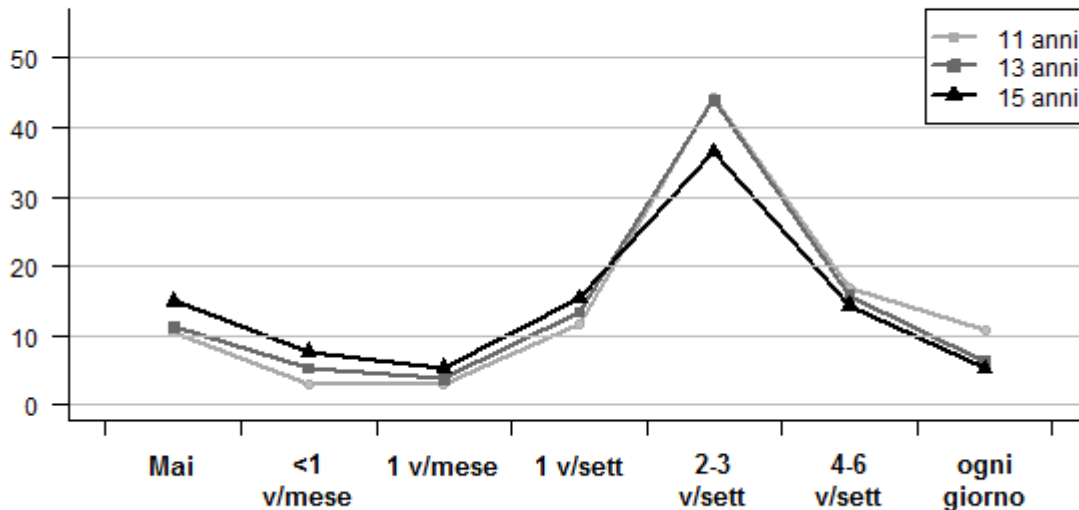


Nella figura 4.2 possiamo notare che i maschi fanno un maggior ricorso all'attività fisica per più giorni a settimana (4 giorni o più) rispetto alle femmine.

Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, sia durante l'orario scolastico che al di fuori di questo, facessero esercizio fisico intenso, tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata.

Dalla figura 4.3 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, indipendentemente dalla fascia di età, svolgono attività fisica intensa 2-3 volte a settimana.

Figura 4.3 – Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa ('volte' alla settimana) esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età



4.3 Comportamenti sedentari

La mancanza di spazi e di tempi adeguati, nonché di sicurezza nel frequentare luoghi all'aperto, ci mostra come i ragazzi siano sempre più confinati in spazi chiusi e più sicuri, in particolare in casa davanti alla televisione o ai videogame (Sonneville, 2009).

L'uso del computer e televisione sono forme di svago passive che riducono le esigenze e le opportunità di attività fisica (MMWR, 2001) e il tempo speso davanti allo schermo viene considerato come uno dei fattori responsabili dell'incremento del sovrappeso in questa fascia di età (Crespo, 2001; Troiano, 2001).

Va aggiunto che l'utilizzo di tali mezzi di svago si associa spesso all'assunzione di cibi ipercalorici che concorrono così ad uno sbilancio energetico calorico giornaliero in positivo (Powell, 2007; Utter, 2006).

L'indagine sulla pratica di attività fisica viene arricchita da alcune domande sulla sedentarietà, ovvero quante ore al giorno vengono trascorse davanti alla televisione e davanti al computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e week-end.

4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione

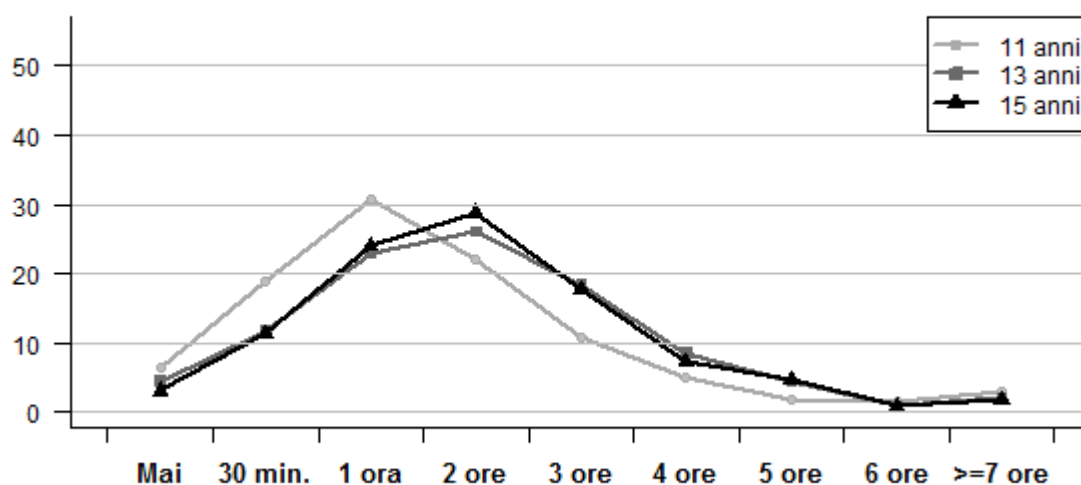
Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

La maggior parte dei ragazzi passa da 1 a 3 ore al giorno del proprio tempo libero a guardare la televisione (tab. 4.2 e fig. 4.4), e tale percentuale incrementa all'aumentare dell'età, passando dal 58% a undici anni, al 67% a tredici e al 70% a quindici anni. Inoltre, l'11,3% degli undicenni, il 16% dei tredicenni e il 14,7% dei quindicenni guarda la televisione per un tempo eccessivo, ossia dalle 4 o più ore al giorno.

Tabella 4.2: “Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la televisione (videocassette, DVD o altro)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6.39 (64)	4.56 (48)	3.18 (32)
Mezz'ora	18.86 (189)	11.79 (124)	11.34 (114)
1 ora	30.64 (307)	23.10 (243)	24.18 (243)
2 ore	22.06 (221)	26.14 (275)	28.86 (290)
3 ore	10.78 (108)	18.44 (194)	17.71 (178)
4 ore	4.99 (50)	8.56 (90)	7.26 (73)
5 ore	1.80 (18)	4.47 (47)	4.68 (47)
6 ore	1.50 (15)	0.86 (9)	0.90 (9)
>= 7 ore	2.99 (30)	2.09 (22)	1.89 (19)
Totale	100 (1002)	100 (1052)	100 (1005)

Figura 4.4 – Frequenza percentuale del tempo trascorso a guardare la televisione (videocassette, DVD o altro), per età



Nel tempo libero giocano al computer o alla play station da 1 a 3 ore il 44% degli undicenni, il 55% dei tredicenni e il 47% dei quindicenni; inoltre giocano al computer o alla play station da 4 ore a più di 7 il 7,3% degli undicenni, il 7.8% dei tredicenni e il 8,6% dei quindicenni (tab. 4.3). Si evidenzia che esiste una percentuale consistente di ragazzi che non gioca al computer o alla play station, pari al 21% dei ragazzi nelle varie fasce d'età.

Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	20.62 (206)	19.47 (205)	25.57 (257)
Mezz'ora	28.03 (280)	17.38 (183)	18.31 (184)
1 ora	25.23 (252)	27.16 (286)	23.58 (237)
2 ore	13.51 (135)	19.47 (205)	15.62 (157)
3 ore	5.31 (53)	8.74 (92)	8.26 (83)
4 ore	2.70 (27)	3.61 (38)	3.08 (31)
5 ore	1.60 (16)	2.28 (24)	2.09 (21)
6 ore	1.40 (14)	0.85 (9)	1.09 (11)
>= 7 ore	1.60 (16)	1.04 (11)	2.39 (24)
Totale	100 (999)	100 (1053)	100 (1005)

Figura 4.5 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per età

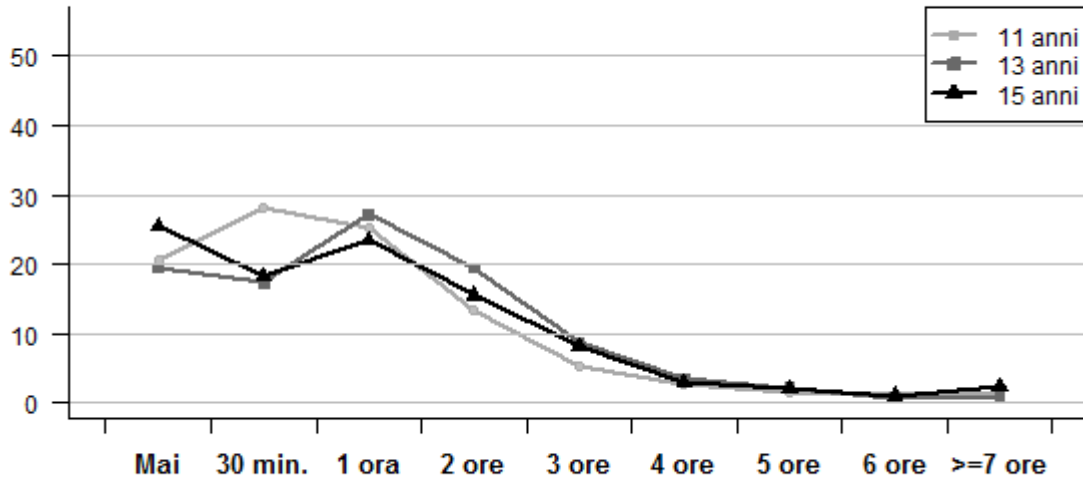


Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per genere

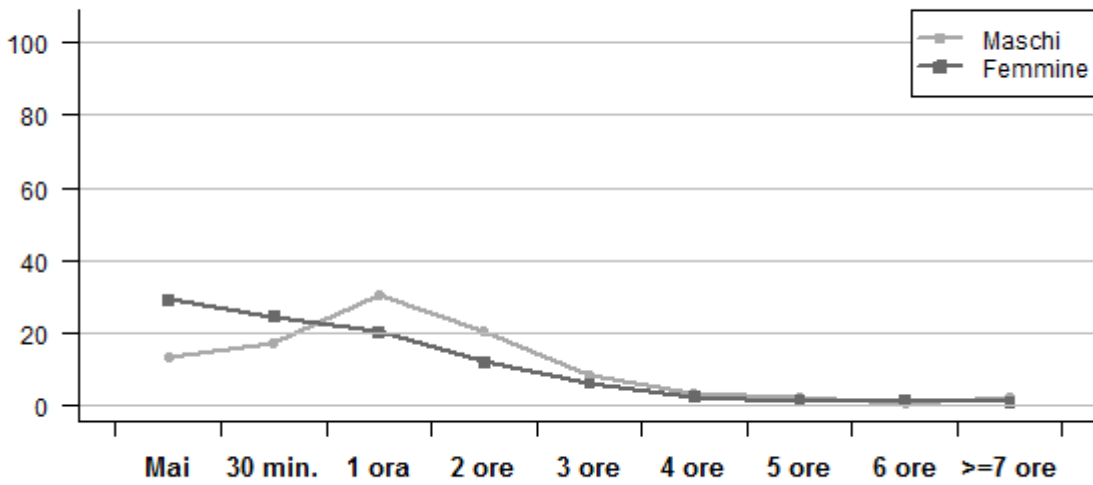
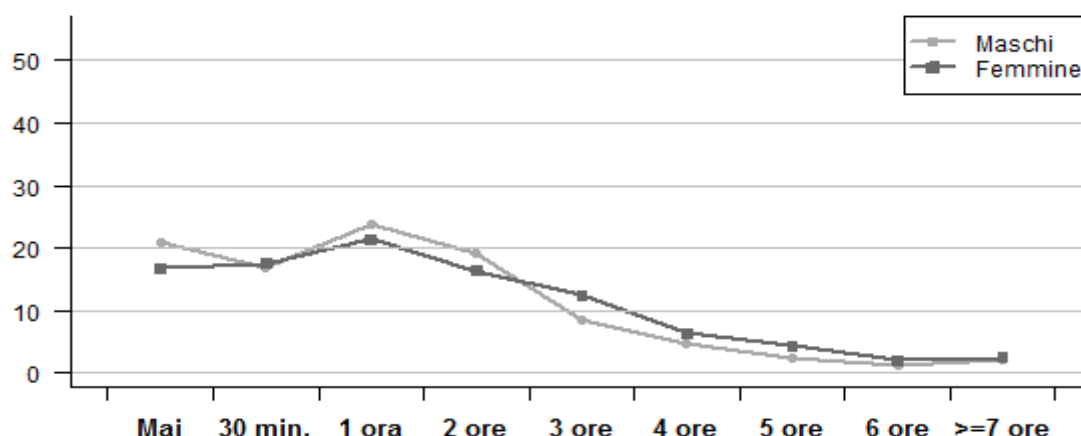


Tabella 4.4: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	31.36 (313)	14.52 (153)	10.75 (108)
Mezz'ora	21.24 (212)	14.52 (153)	16.22 (163)
1 ora	20.84 (208)	23.53 (248)	23.48 (236)
2 ore	13.23 (132)	19.83 (209)	20.00 (201)
3 ore	5.91 (59)	13.28 (140)	12.54 (126)
4 ore	2.71 (27)	6.83 (72)	6.97 (70)
5 ore	2.00 (20)	3.51 (37)	4.78 (48)
6 ore	1.20 (12)	1.99 (21)	1.69 (17)
>= 7 ore	1.50 (15)	1.99 (21)	3.58 (36)
Totale	100 (998)	100 (1054)	100 (1005)

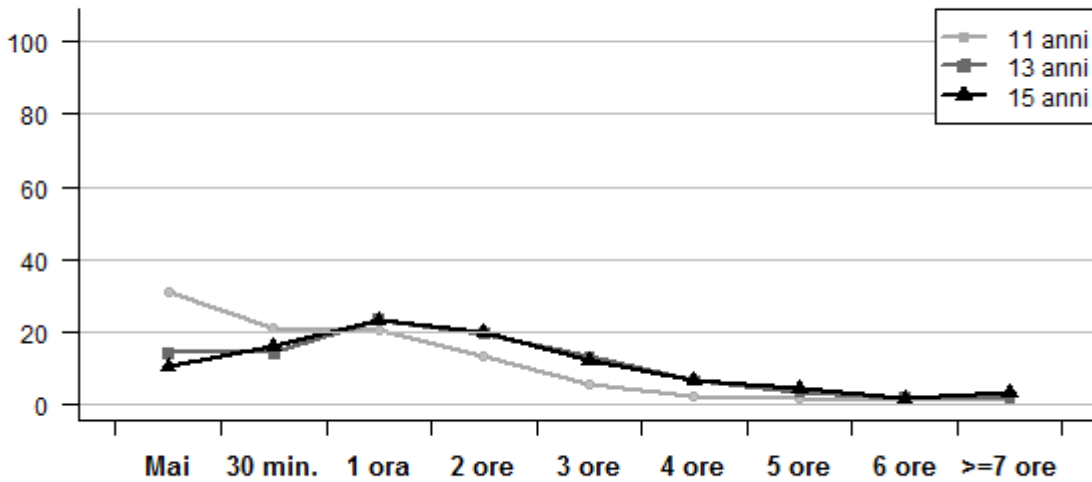
La tabella 4.4 evidenzia che il 55,3% dei ragazzi di undici anni, il 57,9% di quelli di tredici e il 59,7% di quindici dedica al computer per chattare o consultare internet o altro, da mezz'ora a due ore del proprio tempo ogni giorno. La percentuale di ragazzi che usano il pc per chat, internet etc..per un tempo eccessivo (4 ore o più) aumenta considerevolmente dagli 11(7,4%) ai 15 anni (17%).

Figura 4.7 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per genere



Osserviamo che la frequenza percentuale relativa all'utilizzo del computer è maggiore nei maschi rispetto alle femmine nella fascia oraria che va da mezz'ora a 3 ore. E' possibile notare un'inversione di tale fenomeno considerando un consumo orario superiore alle 3 ore.

Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



4.4 Rapporti con i pari

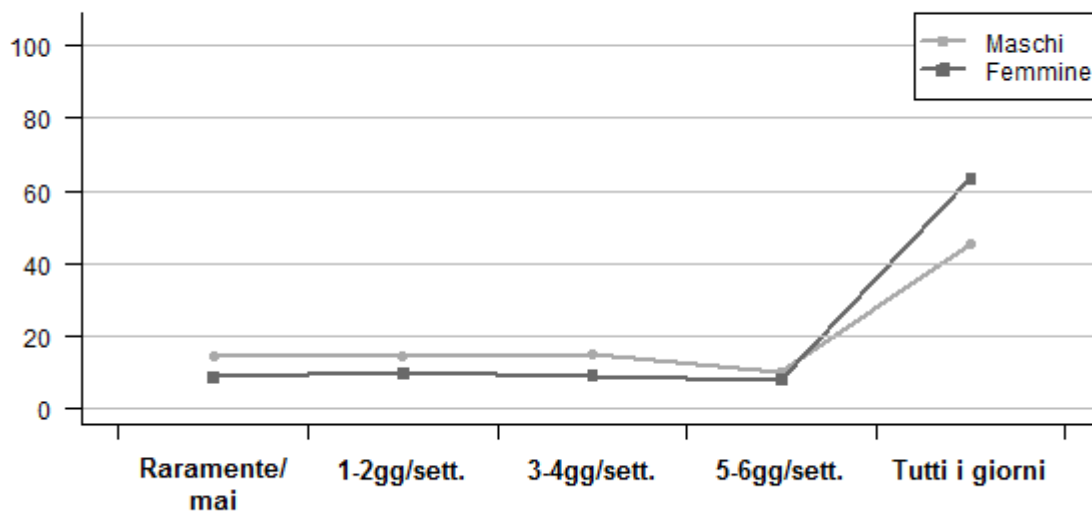
Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (Laible, 2004). Le interazioni sociali tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extra-familiare.

L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi.

Tabella 4.5: “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	22.30 (223)	9.01 (95)	3.78 (38)
1-2gg/sett.	20.60 (206)	10.72 (113)	5.68 (57)
3-4gg/sett.	16.00 (160)	10.34 (109)	10.06 (101)
5-6gg/sett.	8.60 (86)	9.30 (98)	9.26 (93)
Tutti i giorni	32.50 (325)	60.63 (639)	71.22 (715)
Totale	100 (1000)	100 (1054)	100 (1004)

Figura 4.9 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per genere



Dalla tabella 4.5 emerge che il 32,5% degli undicenni, il 60,6% dei tredicenni e il 71,2% dei quindicenni parla al telefono, manda sms o ha contatti tramite internet tutti i giorni con i propri amici. Tale fenomeno è più evidente tra le ragazze (fig. 4.9) e tra i quindicenni (fig. 4.10).

Figura 4.10 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età

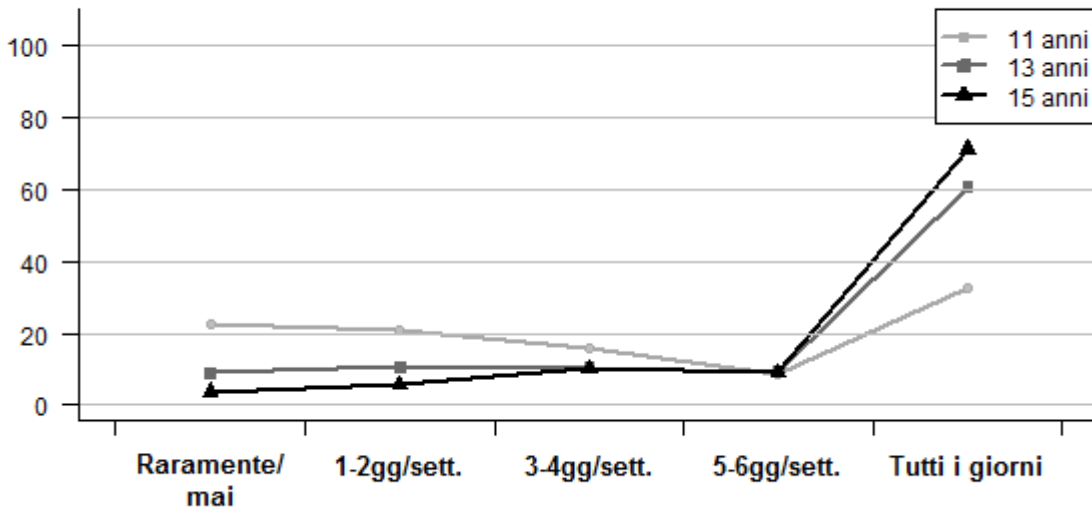
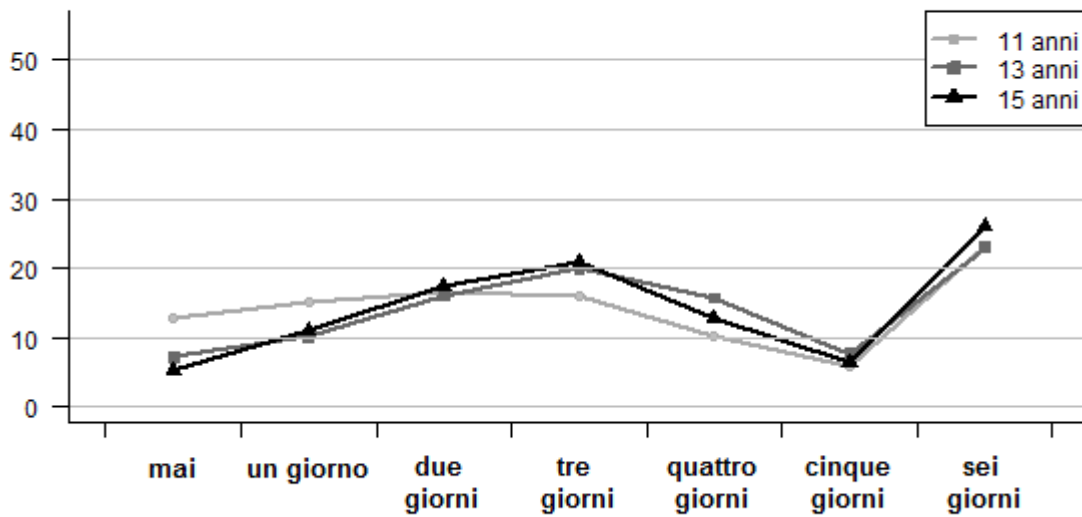
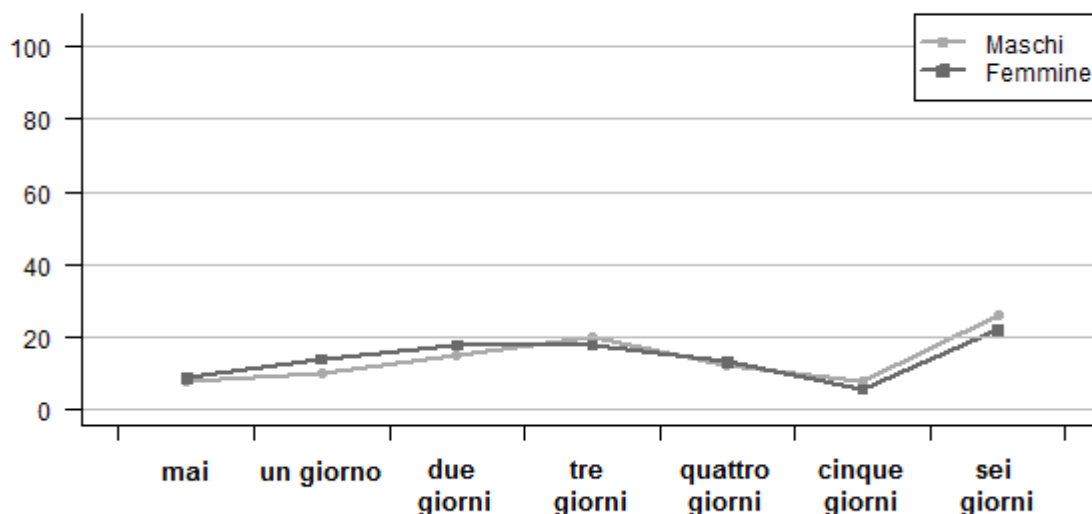


Figura 4.11 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per età



Dalla figura 4.11 emerge che escono più frequentemente con gli amici dopo scuola i ragazzi di 15 anni.

Figura 4.12 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere



La frequenza percentuale di uscite dopo scuola con gli amici sembra essere più o meno sovrapponibile in entrambi i sessi con un lieve aumento nel sesso maschile per le uscite superiori ai 5 giorni a settimana (fig. 4.12).

Figura 4.13 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per età

Dalla figura 4.13 si evidenzia che i tredicenni e i quindicenni escono più frequentemente da una a due sere a settimana; con l'adolescenza infatti è sempre più richiesta da parte dei ragazzi e concessa la parte dei genitori, l'autonomia.

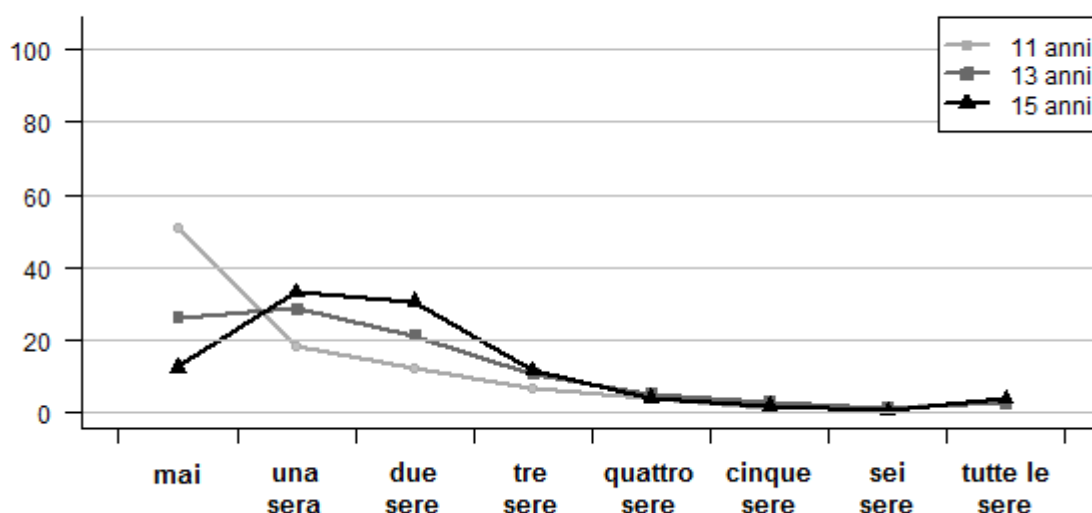
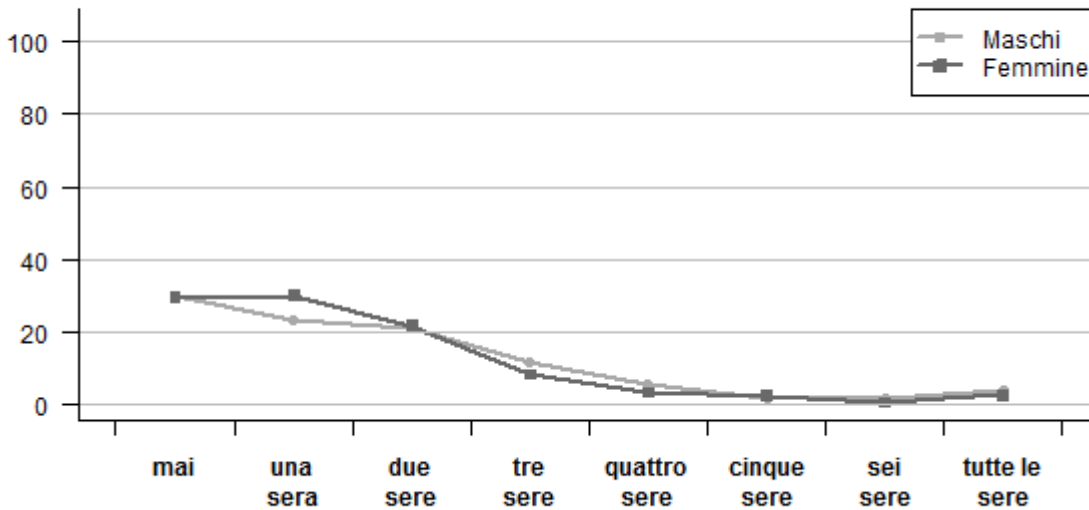


Figura 4.14 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per genere

Dalla figura 4.14 non si osservano sostanziali differenze relative alle uscite serali in relazione al genere.



4.5 Conclusioni

I dati regionali scaturiti dall'indagine HBSC evidenziano quanto i comportamenti sedentari siano particolarmente diffusi tra gli adolescenti, come noto, tali comportamenti rappresentano un vero e proprio fattore di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche in età adulta.

L'attività fisica è prevalentemente svolta durante l'orario scolastico e nell'ambito di attività sportive organizzate, mediamente 2-3 volte a settimana, esiste inoltre una percentuale piccola ma significativa di ragazzi che non pratica mai attività fisica. Possono spiegare in parte tali comportamenti sedentari ad esempio l'organizzazione dei centri urbani che non sempre favorisce il movimento a piedi o in bicicletta, la scarsa presenza di spazi all'aperto facilmente fruibili per camminare o giocare, l'abitudini sedentarie della famiglia e l'attrazione dei ragazzi verso i mezzi a motore. I benefici che si traggono dallo svolgimento di una attività motoria regolare si riflettono non solo nello sviluppo corporeo ma anche nella socialità e nell'autonomia del ragazzo, risulta utile dunque diffondere tra i ragazzi l'importanza dell'attività fisica strutturata e non, per la loro crescita.

E' importante osservare che l'attrattiva per i programmi televisivi, la disponibilità di giochi elettronici, l'evoluzione tecnologica, che permettono ai ragazzi di relazionarsi con i propri pari senza uscire di casa, alimentano i comportamenti sedentari in modo particolare nei 13-15enni particolarmente interessati ai nuovi strumenti elettronici e dalla TV.

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf

- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Crespo C.J., Smit E., Troiano R.P., Bartlett S.J., Macera C.A., Andersen R.E. (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155(3):360-5
- EU Working Group "Sport and Health" (2008) EU Physical Activity Guidelines: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc.* Dec;27(6):703-16.
- MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50:1-14
- Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics.* 118(6):e1627-34.
- Powell L.M., Szczycka G., Chaloupka F.J. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med.* 33(4 Suppl):S251-6.
- Schor E.L., Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111(6 Pt 2):1541-71.
- Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr.* 21;9:81.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Troiano R.P., Macera C.A., Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr.* 131(2S-1):451S-460S.
- UK Government. Directgov. Children and healthy weight. Last update 2010
http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIH. (2005) We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook
http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. (2006). Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr.*;9(5):606-12.
- Vieno A., Santinello M., Martini C.M. (2005). Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html
-

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

In questo capitolo sono analizzate alcune abitudini che caratterizzano lo stile di vita complessivo. Fra queste, senza dubbio, le abitudini alimentari, influenzano notevolmente la salute attuale e futura dei giovani.

5.1 Introduzione

I comportamenti alimentari acquisiti nell'adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti (Dietz, 1997) e quindi possono avere ricadute sulla prevenzione di malattie sia a medio che a lungo termine (Centers for Disease Control and Prevention, 1997).

Dal punto di vista dei fattori di rischio, l'alimentazione è stata riconosciuta come uno dei principali determinanti modificabili delle malattie croniche (WHO, 2004). Alterazioni della dieta hanno infatti forte impatto, sia in positivo che in negativo, sulla salute nel corso di tutta la vita. Cambiamenti nell'alimentazione possono condizionare non solo la salute attuale dell'individuo ma anche la probabilità di sviluppare, più avanti nella sua vita, patologie come cancro, patologie cardiovascolari e diabete (WHO, 2002). L'obesità nei bambini e nei ragazzi è associata ad un aumento di ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2 e sviluppo precoce di lesioni aterosclerotiche (Roh, 2007; Amed, 2010; Flynn, 2010). La presenza di questi fattori di rischio vascolari, se anche non dà luogo necessariamente a una morbilità nell'età dello sviluppo, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari in età adulta (Jolliffe, 2006). Sulla base di queste considerazioni l'OMS raccomanda l'implementazione di politiche e strategie atte a contrastare i rischi legati a una dieta scorretta (WHO, 2002; 2004).

I modelli di consumo alimentare nell'adolescenza sono notevolmente condizionati dalla dimensione culturale che, a partire dall'influenza del contesto familiare (Benton, 2004; Verzeletti, 2010), diventa sempre più legata anche a quella del gruppo dei pari e della società (Salvy, 2009).

Un aspetto particolarmente importante da indagare nei paesi industrializzati è il rischio del sovrappeso e dell'obesità. In tali contesti, infatti, assistiamo ad un rapido incremento nella prevalenza dell'obesità, a tutte le età, (Wang, 2006; Low, 2009) in gran parte attribuibile al cambiamento dello stile di vita, sempre più sedentario e tendente a favorire il consumo di alimenti ad alto valore energetico e basso valore nutrizionale, con conseguente bilancio calorico giornaliero positivo (NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

Lo studio HBSC rileva alcune abitudini alimentari, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati (quali frutta e verdura) e sconsigliati (quali dolci e bevande zuccherate) (INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998) assunti durante la giornata. Inoltre per poter valutare lo stato ponderale, lo studio raccoglie dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) (Currie, 2001), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e lo stato ponderale di ragazzi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. (Cole, 2000; 2007). Per la prima volta, a seguito della recente definizione dei valori soglia del sottopeso (Cole, 2007), viene riportata anche la prevalenza dei ragazzi sottopeso, attualmente poco presente in letteratura. (Lazzeri, 2008)

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie del cavo orale legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza (Mobley, 2009); anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più urgenti in termini di prevenzione (Honkala, 2000).

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

E' utile ricordare che la colazione rappresenta un pasto estremamente importante per l'equilibrio fisiologico ma anche psicologico soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, nonché favorisce il consumo disordinato di snack e "cibi spazzatura" (junk food) (Hoyland, 2009; Kant, 2008).

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

Il consumo della prima colazione, come confermano numerose osservazioni scientifiche (Berkey CS at al.2003; Toschke AM at. al. 2005,WHO 2003,Società italiana di pediatria 2006), è associato alla riduzione del rischio di sviluppare obesità, eventi cardiovascolari e diabete (Berkey Cs at al.2003;Berg C at.al.2009;Timlin MT at.al 2007). Inoltre, chi consuma la prima colazione ha più probabilità di seguire una dieta di buona qualità con un adeguato apporto di micro/macro-nutrienti e di fibre e una corretta distribuzione dei pasti durante la giornata (Matthys C at.al. 2007).

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione durante i giorni di scuola. Si osserva che, nonostante la maggioranza dei ragazzi faccia regolarmente (tutti i giorni di scuola) questo primo pasto (69% a undici anni, 60% a tredici anni e 53% a quindici anni), la frequenza della colazione diminuisce al crescere dell'età. Vi è, inoltre, una quota discreta di giovani che cominciano la giornata a digiuno (15% degli undicenni, 22% dei tredicenni e 27% dei quindicenni).

Tabella 5.1: "Di solito quante volte fai colazione (durante i giorni di scuola)?", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	14.80 (145)	21.92 (226)	26.83 (267)
Un giorno	4.69 (46)	3.49 (36)	4.52 (45)
Due giorni	3.37 (33)	5.04 (52)	6.03 (60)
Tre giorni	4.29 (42)	5.43 (56)	5.63 (56)
Quattro giorni	3.78 (37)	3.78 (39)	4.02 (40)
Cinque giorni	69.08 (677)	60.33 (622)	52.96 (527)
Totale	100 (980)	100 (1031)	100 (995)

Nella tabella 5.2 sono riportate le frequenze di consumo della merenda. Si osserva che buona parte dei ragazzi fa regolarmente merenda sia a metà mattina che nel pomeriggio (48,5% a undici anni, 53,1% a tredici anni e 45,4% a quindici anni); una buona percentuale la fa solo a metà mattina o nel pomeriggio (43,9% a undici anni, 39,1% a tredici e 41,8% a quindici). Per quanto riguarda, invece, coloro che non sono soliti fare merenda, si può notare come la percentuale salga all'aumentare dell'età, passando dal solo 7,6% degli undicenni al 12,7% dei quindicenni.

Tabella 5.2: “Di solito fai merenda?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	7.62 (75)	7.60 (80)	12.70 (128)
Solo a metà mattina	11.38 (112)	18.82 (198)	21.63 (218)
Solo nel pomeriggio	32.52 (320)	20.44 (215)	20.24 (204)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	48.48 (477)	53.14 (559)	45.44 (458)
Totale	100 (984)	100 (1052)	100 (1008)

5.3 Consumo di frutta e verdura

La rilevazione del consumo di frutta e verdura è importante per meglio connotare lo stile alimentare. Frutta, verdura e ortaggi garantiscono l'apporto di tanta acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione (Pearson, 2009; Mainvil, 2009).

A tale riguardo ci sembra opportuno ricordare che le linee guida nazionali e internazionali raccomandano il consumo di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura (WHO, 2004, INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

In tabella 5.3 possiamo vedere che dichiara di consumare frutta una o più volte al giorno tutti i giorni il 48,5% degli undicenni, il 46,8 % dei tredicenni e il 46,6% dei quindicenni. Consumano frutta dalle 2 alle 6 volte a settimana il 31,7% degli undicenni, il 31,9% dei tredicenni e il 34,8% dei quindicenni. Dichiara inoltre di consumare frutta non più di una volta a settimana il 14,8% dei ragazzi di 11 anni, il 17,1% dei ragazzi di tredici e il 14% di quelli di quindici; infine dichiara non consumare mai frutta durante la settimana il 4,8% degli undicenni, il 4,1% dei tredicenni e il 4,4% dei quindicenni..

Tabella 5.3: “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4.84 (48)	4.18 (44)	4.40 (44)
Meno di una volta a settimana	5.05 (50)	7.41 (78)	6.20 (62)
Una volta a settimana	9.79 (97)	9.69 (102)	7.80 (78)
2-4 volte a settimana	19.07 (189)	19.75 (208)	23.90 (239)
5-6 volte a settimana	12.71 (126)	12.16 (128)	11.10 (111)
Una volta al giorno tutti i giorni	26.24 (260)	24.22 (255)	24.40 (244)
Più di una volta al giorno	22.30 (221)	22.60 (238)	22.20 (222)
Totale	100 (991)	100 (1053)	100 (1000)

Figura 5.1 – Frequenza percentuale del consumo di frutta, per genere

La frequenza percentuale del consumo di frutta (una volta al giorno) è maggiore nelle femmine.

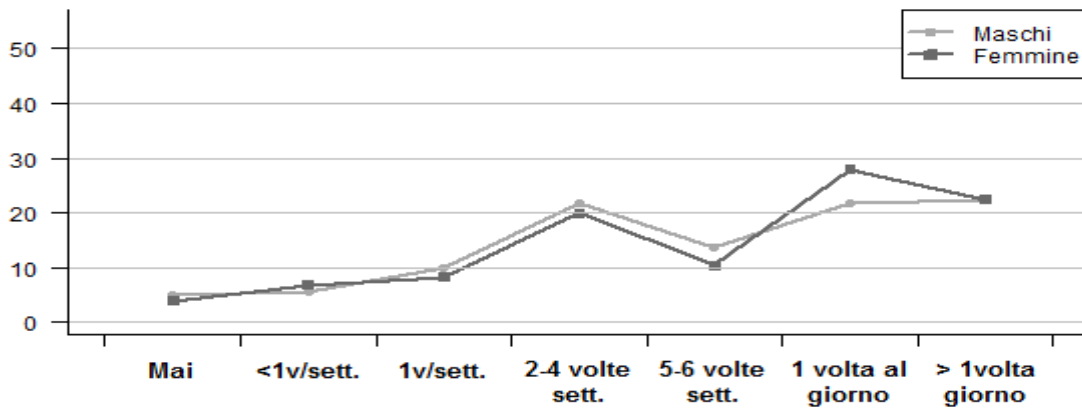
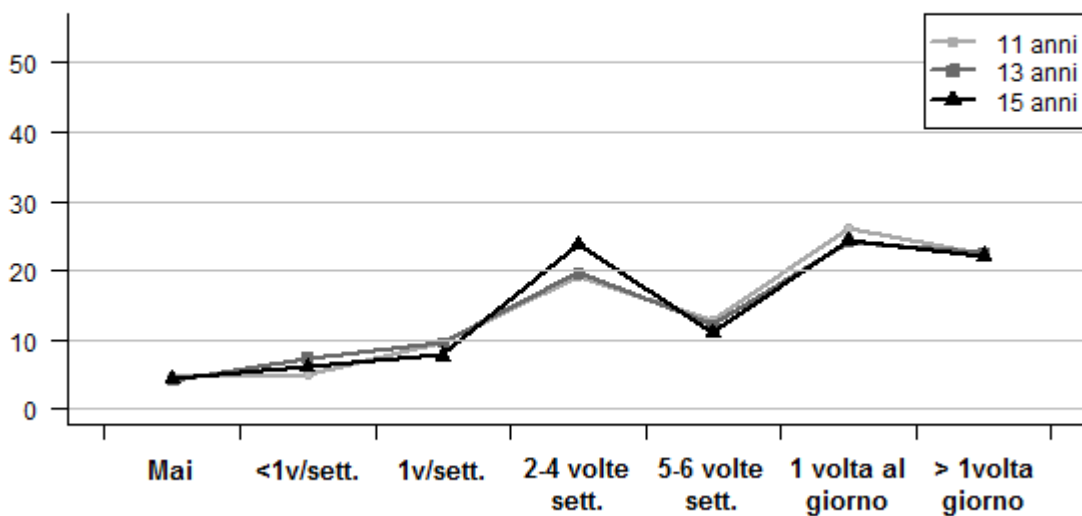


Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età



L'analisi dei dati riportati evidenzia l'opportunità di interventi in ambito educativo, sia familiare che scolastico, già nei primi anni d'età per cercare di favorire l'utilizzo di tali alimenti nella giornata a partire dalla prima colazione.

In tabella 5.4 vengono presentati i dati relativi al consumo di verdura. Si nota che tra coloro che non mangiano verdura o comunque non più di una volta alla settimana rientrano il 47% dei ragazzi di undici anni, 42% a tredici anni e 37% a quindici anni. Al contrario, dichiara di consumare verdura dalle 2 alle 4 volte a settimana il 28,5% degli undicenni, il 33,8% dei tredicenni e il 36,8% dei quindicenni, Infine il 13,6% degli undicenni, il 12,7% dei tredicenni e il 13,8% dei quindicenni mangia verdura tutti i giorni/più di una volta al giorno.

Nella fig. 5.3 si evidenzia che il consumo di verdura appare sovrapponibile nei due sessi riguardo la fascia di consumo 2-4 volte a settimana, mentre, per consumi maggiori, la frequenza di assunzione di vedura appare maggiore nelle femmine.

L'abitudine a consumare verdura una o più volte al giorno tende ad aumentare con l'età (fig.5.4).

Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	16.46 (162)	12.05 (127)	11.14 (111)
Meno di una volta a settimana	11.38 (112)	11.67 (123)	8.63 (86)
Una volta a settimana	19.31 (190)	18.03 (190)	16.97 (169)
2-4 volte a settimana	28.05 (276)	33.87 (357)	36.85 (367)
5-6 volte a settimana	11.18 (110)	11.67 (123)	12.55 (125)
Una volta al giorno tutti i giorni	7.62 (75)	8.25 (87)	8.33 (83)
Più di una volta al giorno	6.00 (59)	4.46 (47)	5.52 (55)
Totale	100 (984)	100 (1054)	100 (996)

Figura 5.3 – Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere

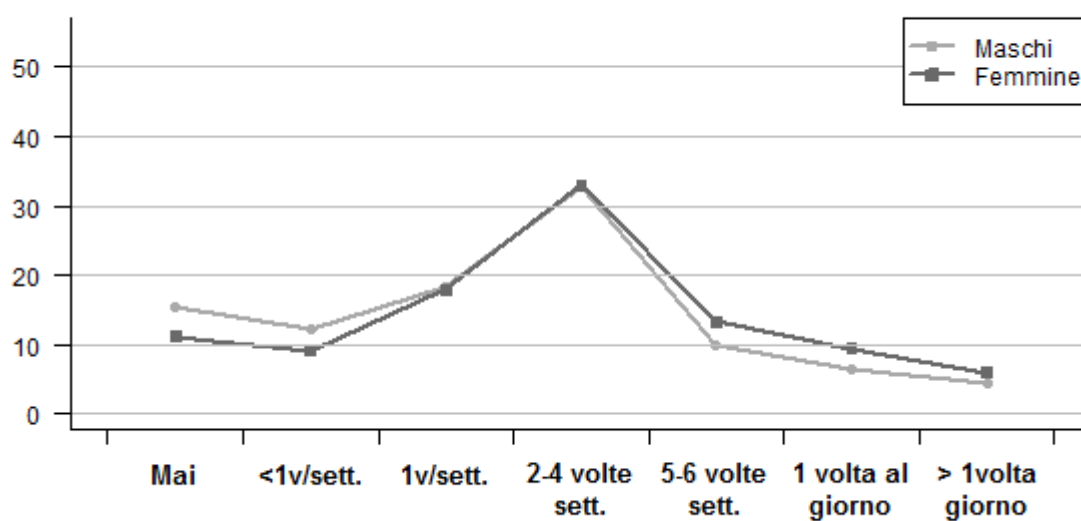
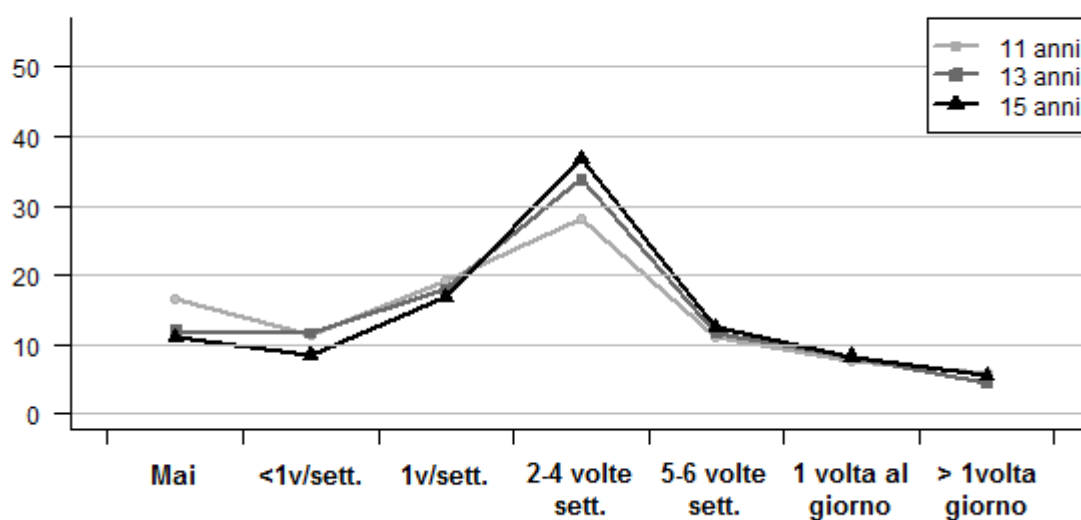


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (Ludwig, 2001).

Per quantificare l'assunzione di grassi e zuccheri è stato rilevato il consumo di dolci e bevande gassate. Il consumo quotidiano di dolci tende ad aumentare con l'età, come emerge dalla tabella 5.5 dove il 26% circa dei ragazzi intervistati di 11,13 e 15 anni, dichiara di mangiare dolci 5-6 volte la settimana/una volta al giorno; inoltre il 18% degli intervistati ne dichiara l'assunzione più di una volta al giorno. Il consumo eccessivo sembra maggiore a 15 anni(19,9%).

Tabella 5.5: “Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4.53 (45)	3.04 (32)	2.61 (26)
Meno di una volta a settimana	15.41 (153)	13.61 (143)	11.53 (115)
Una volta a settimana	18.23 (181)	15.03 (158)	13.84 (138)
2-4 volte a settimana	21.05 (209)	24.07 (253)	24.17 (241)
5-6 volte a settimana	11.78 (117)	13.42 (141)	13.54 (135)
Una volta al giorno tutti i giorni	11.68 (116)	13.99 (147)	15.15 (151)
Più di una volta al giorno	17.32 (172)	16.84 (177)	19.16 (191)
Totale	100 (993)	100 (1051)	100 (997)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

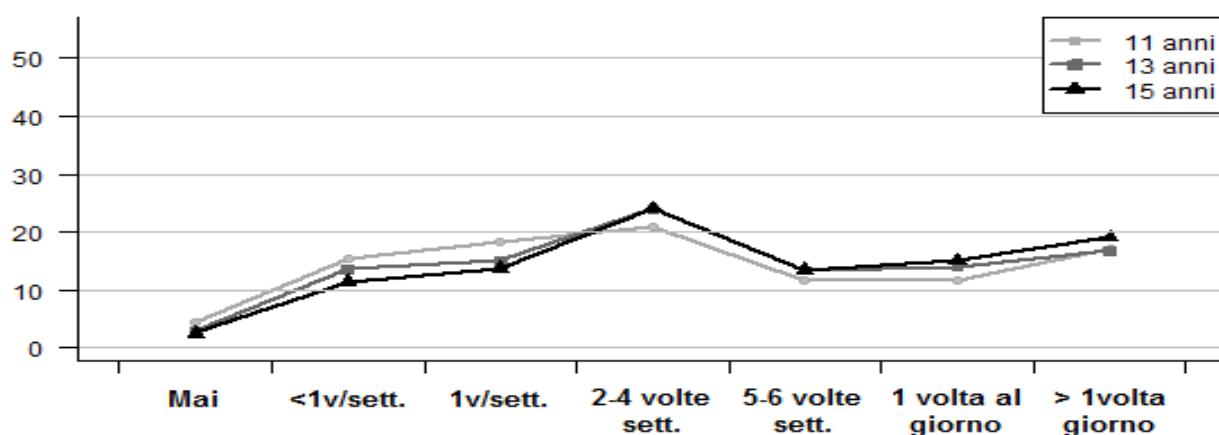
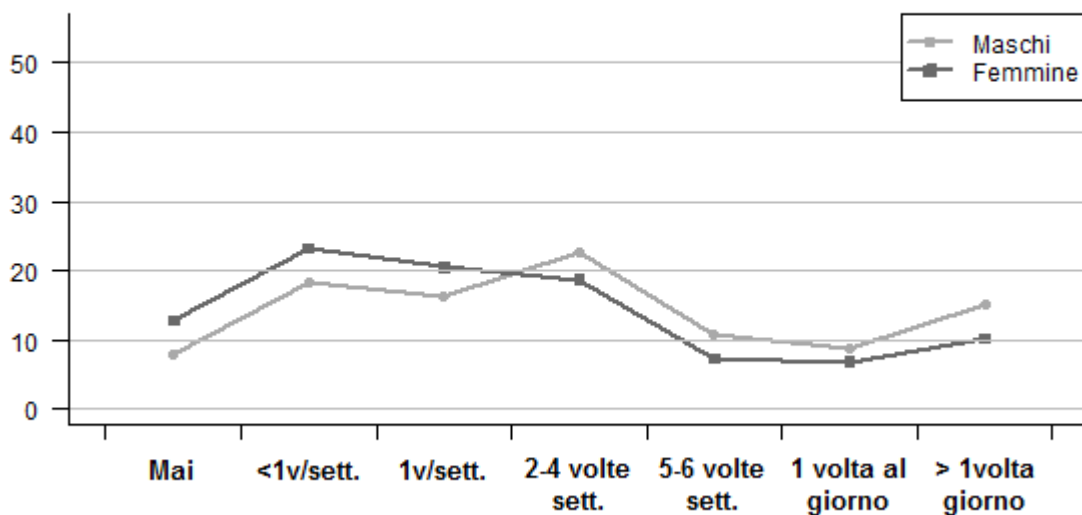


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	11.76 (116)	9.64 (101)	10.17 (102)
Meno di una volta a settimana	21.91 (216)	19.47 (204)	21.44 (215)
Una volta a settimana	20.08 (198)	17.84 (187)	17.65 (177)
2-4 volte a settimana	17.75 (175)	21.28 (223)	22.93 (230)
5-6 volte a settimana	8.01 (79)	9.64 (101)	9.17 (92)
Una volta al giorno tutti i giorni	7.61 (75)	7.82 (82)	8.08 (81)
Più di una volta al giorno	12.88 (127)	14.31 (150)	10.57 (106)
Totale	100 (986)	100 (1048)	100 (1003)

Relativamente al consumo di bibite gassate, il 12,9% di undicenni, il 14,3% di tredicenni e il 10,6% di quindicenni dichiara di consumare bibite gassate o con zucchero più di una volta al giorno (tab. 5.6) In relazione al genere bevono più bibite gassate i maschi rispetto alle femmine (fig. 5.6)

Figura 5.6 – Frequenza percentuale del consumo di bibite zuccherate, per genere



5.5 Stato nutrizionale

E' stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) e valutare la percentuale di ragazzi che possono essere considerati sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (2000, 2007) in modo separato per età e sesso.

La tabella 5.7 evidenzia la prevalenza di sovrappeso e obesità nelle varie fasce d'età oggetto di studio.

La prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso + obesità) è 23,9% a 11 anni, 23,3% a 13 anni e 19,6 a quindici anni.

Nella tabella 5.7 e fig. 5.7 viene riportata la prevalenza del sottopeso che risulta del 3,2% a 11 anni, 2,2% a 13anni e 2,6% a 15 anni con una progressiva riduzione con il crescere dell'età

Le fig. 5.8, 5.9 e 5.10 evidenziano che i maschi sono più in svrappeso rispetto alle femmine, mentre la condizione di sottopeso è maggiore nelle ragazze; tali differenze sono visibili in tutte e tre le fasce d'età considerate.

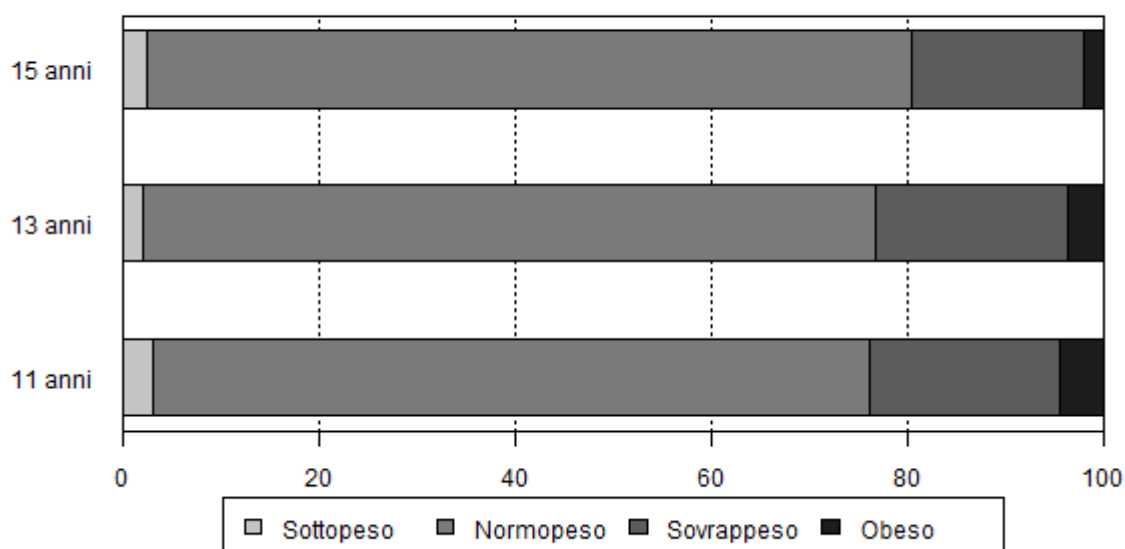
Osservando la tabella 5.7, vediamo che nelle tre classi d'età considerate la maggior parte dei giovani risulta normopeso (72,8% a undici anni, 74,5% a tredici anni e 77,8% a quindici).

Sebbene i dati autoriferiti di peso e altezza comportino una sottostima della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità, il dato ottenuto relativo all'eccesso ponderale (circa 1 ragazzo su 4) non è affatto trascurabile! La maggior parte dei giovani risulta normopeso (72,8% a 11 anni, 74,5% a tredici e 77,8% a quindici).

Tabella 5.7: Valutazione del peso in base al IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	3.23 (24)	2.20 (18)	2.58 (23)
Normopeso	72.81 (541)	74.45 (609)	77.83 (695)
Soprappeso	19.52 (145)	19.68 (161)	17.47 (156)
Obeso	4.44 (33)	3.67 (30)	2.13 (19)
Totale	100 (743)	100 (818)	100 (893)

Figura 5.7 - Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e di età



Con l'aumentare dell'età si evidenzia la diminuzione del sovrappeso e l'aumento dei ragazzi normopeso (fig. 5.7).

Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

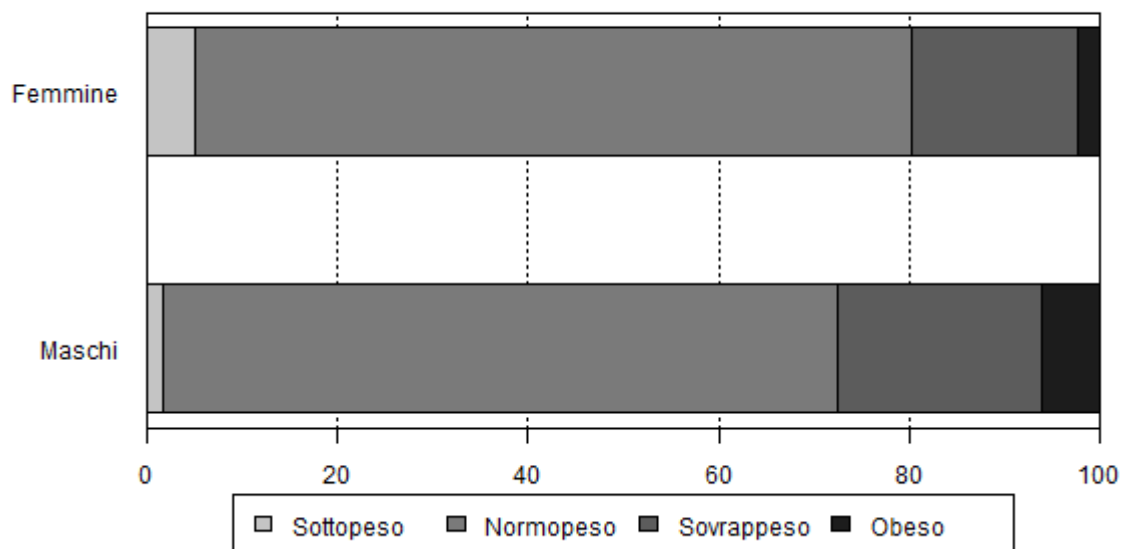


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

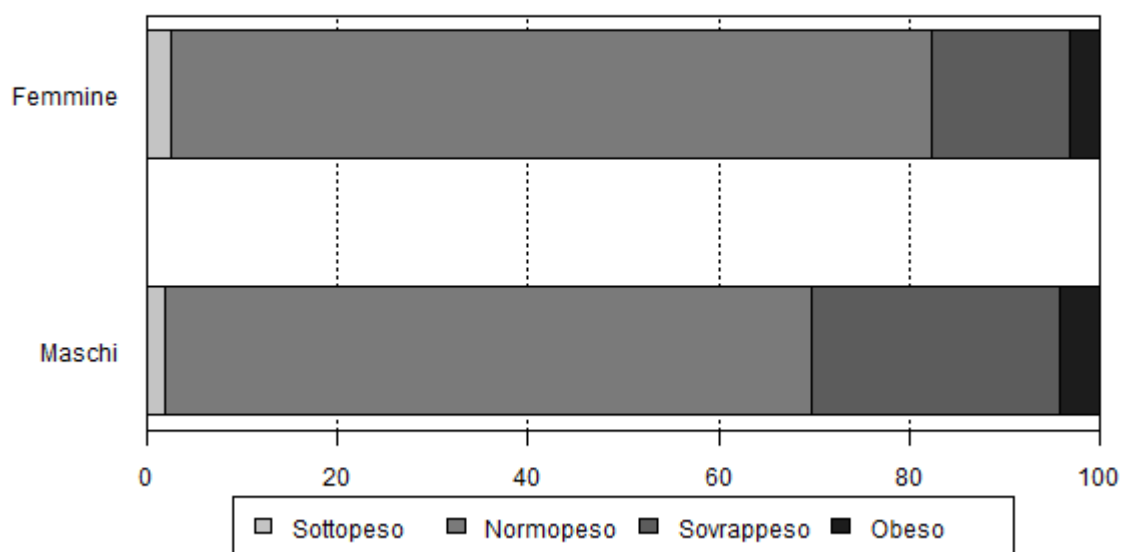


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)

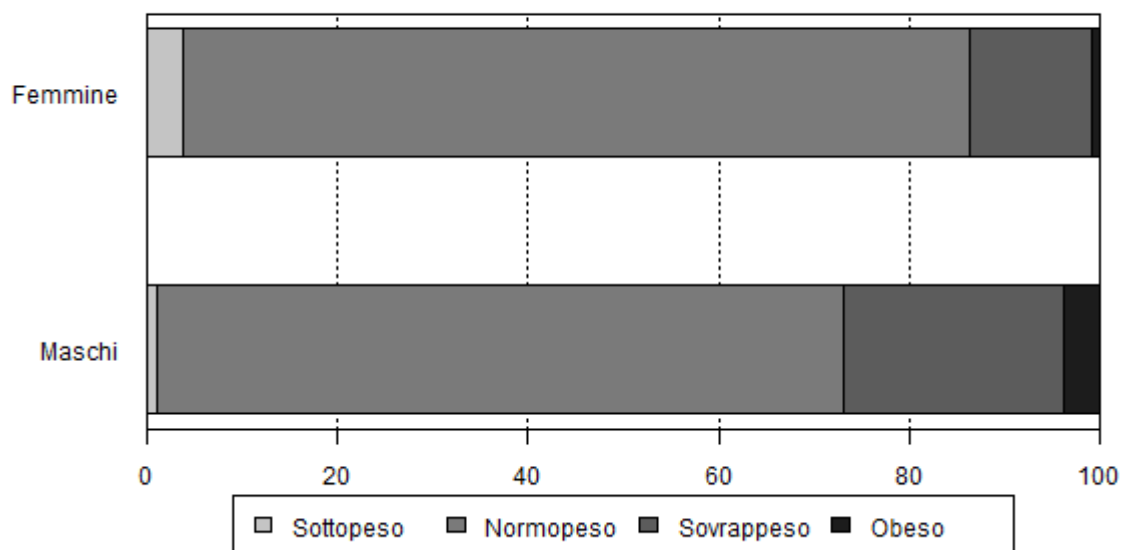


Tabella 5.8: “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	13.04 (130)	10.57 (111)	9.11 (91)
Giusto	62.69 (625)	60.95 (640)	60.36 (603)
Grasso	24.27 (242)	28.48 (299)	30.53 (305)
Totale	100 (997)	100 (1050)	100 (999)

La tabella 5.8 evidenzia che con l'aumentare dell'età aumenta la percezione del proprio corpo come “grasso”, fenomeno in controtendenza rispetto ai dati sull'eccesso ponderale oggettivi riportati nella precedente tabella. Si ritengono grassi il 24,4% degli undicenni, il 28,5% dei tredicenni e il 30,5% dei quindicenni. Nel complesso la maggioranza del campione si ritiene normopeso (61%). Ritiene inoltre di essere magro il 13% degli ragazzi di undici, il 10,5% di tredici e il 9,1% di quindici anni.

Tra coloro che si ritengono grassi si osservano differenze significative in relazione al genere.

I maschi vivono un rapporto più conflittuale con il proprio corpo a 11 anni, tale rapporto tende a migliorare con l'aumentare dell'età; contrariamente le ragazze tendono a sovrastimare il proprio peso con l'aumentare dell'età e a ritenere necessaria, in modo più frequente rispetto ai maschi, una dieta dimagrante (fig. 5.11 e 5.12).

Figura 5.11 – Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età e genere

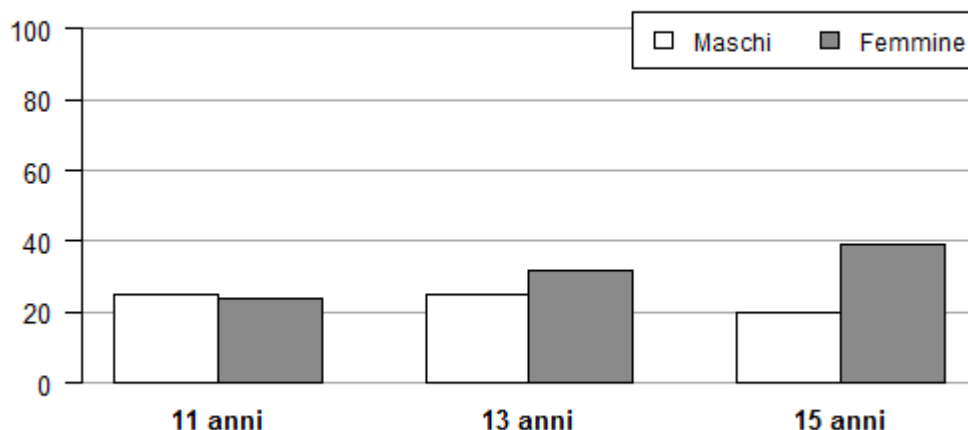
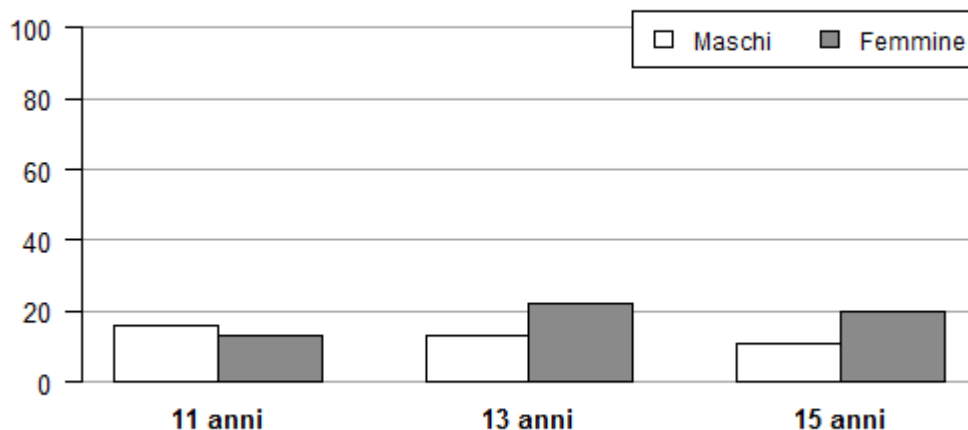


Tabella 5.9: “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	47.44 (473)	43.82 (461)	39.92 (400)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	27.08 (270)	28.42 (299)	33.53 (336)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10.93 (109)	10.08 (106)	10.28 (103)
Sì	14.54 (145)	17.68 (186)	16.27 (163)
Totale	100 (997)	100 (1052)	100 (1002)

Osservando la tabella 5.9, vediamo che il 47,4% degli undicenni, il 43,8% dei tredicenni e il 39,9% dei quindicenni dichiarano di ritenere il proprio peso corretto e quindi di non stare attuando restrizioni alimentari; mentre il 27,1% degli undicenni, il 28,4% dei tredicenni e il 33,5% dei quindicenni rispettivamente afferma che dovrebbe farlo, in quanto ha qualche chilo di troppo; Il 14,5% degli undicenni, il 17,7% dei tredicenni e il 16,3% dei quindicenni dichiara di stare facendo una dieta per dimagrire. Tra coloro che dichiarano di essere a dieta (fig. 5.12), sono le femmine a presentare le frequenze più elevate rispetto ai maschi, ad eccezione della fascia degli undicenni.

Figura 5.12 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere



5.6 Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (Mobley, 2009), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

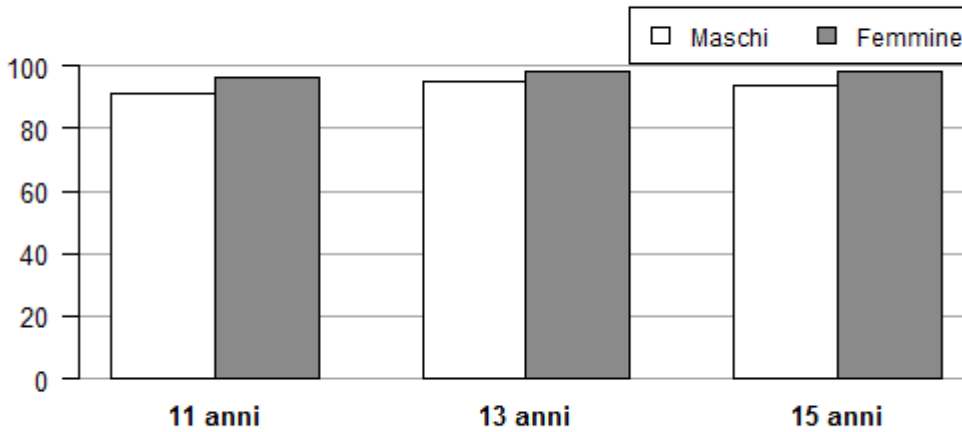
L'abitudine a lavarsi i denti una volta o più di una volta al giorno è dichiarata dal 93,1% degli undicenni, dal 96,3% dei tredicenni e dal 96,5% dei quindicenni (tab. 5.10).

La propensione alla regolare igiene orale interessa ugualmente maschi e femmine, anche se nel complesso sono le femmine a dichiarare una maggiore frequenza di pulizia (fig. 5.13)

Tabella 5.10: “Quante volte al giorno ti lavi i denti?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	65.57 (655)	70.81 (747)	76.69 (773)
Una volta al giorno	27.53 (275)	25.50 (269)	19.84 (200)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	5.11 (51)	2.94 (31)	2.28 (23)
Meno di una volta alla settimana	1.30 (13)	0.47 (5)	0.79 (8)
Mai	0.50 (5)	0.28 (3)	0.40 (4)
Totale	100 (999)	100 (1055)	100 (1008)

Figura 5.13 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, per età e genere



5.7 Conclusioni

Dall'analisi dei dati regionali, riguardanti le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei ragazzi nel periodo adolescenziale, emergono alcune problematiche su cui intervenire, tenuto conto che corretti stili di vita consentono di favorire benessere e prevenire lo sviluppo di malattie cronic-degenerative.

Un punto critico da evidenziare riguarda l'abitudine al consumo della colazione, che va diminuendo con l'aumentare dell'età. Tale abitudine alimentare scorretta, si correla in maniera diretta con l'aumento ponderale. Un altro punto critico è il consumo di frutta e verdura, risultato nettamente inferiore alla raccomandazione di almeno 5 porzioni al giorno. Solo il 22% dei ragazzi preso in esame nel campione ha dichiarato di consumare "più volte al giorno" la frutta e solo 5% la verdura.

All'opposto il consumo di dolci e bevande zuccherate risulta eccessivo. I dati attestano che tale consumo "per più di una volta al giorno" di dolci aumenta con l'età, passando in media dal 17% a oltre il 19% contrariamente quello di bevande gassate vede una sua diminuzione nel passaggio dagli 11 ai 15 anni (14% vs 10%), tale dato non deve però distogliere l'attenzione sull'uso eccessivo di tali bevande, che vengono comunque consumate in media "più volte al giorno" dal 12% dei ragazzi.

Le criticità emerse sono state riconosciute come fattori di rischio negli studi Ebp, riguardanti la prevenzione di sovrappeso e obesità e di molte patologie cronic-degenerative. Queste dovrebbero pertanto essere oggetto di intervento già a partire dai primi anni di vita, nella consapevolezza che interventi educativi attuati precocemente, con il coinvolgimento prima dei genitori e poi della scuola, possono determinare più facilmente buone abitudini che si consolidano e mantengono nel tempo (Benton D. et al, 2004; Verzelletti C. et al, 2010).

L'adolescenza appare come un momento importante per responsabilizzare i ragazzi, renderli partecipi delle scelte che li riguardano e quindi consapevoli e motivati su quanto è utile per salvaguardare e promuovere la loro salute.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, dal confronto con i dati della letteratura emerge che i dati autoriferiti di peso e altezza sottostimano l'eccesso ponderale. Vi è una maggiore prevalenza di eccesso ponderale nei maschi rispetto alle femmine e contrariamente del sottopeso nelle ragazze spia di una maggior attenzione delle stesse alla propria immagine corporea, tale dato deve essere attentamente valutato dato l'aumento delle problematiche legate ai disturbi del comportamento alimentare.

Bibliografia capitolo 5

- Amed S., Daneman D., Mahmud F.H., Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health,* 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ;*335: p. 194-7
- Currie C., Samdal O., Boyce W., Smith R. (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr,* 127:S1884-6.
- Flynn J.T. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.
- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management,* 2:171-87.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition,* 5:1396-404.
- Lazzeri G., Rossi S., Pammolli A., Pilato V., Pozzi T., Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene;* 49(1):13-21
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore.* 38(1):57-9.
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet,* 357:505-508.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot.* 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.
http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.

Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*. 54(2):394-7.

Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.*;1(1):11-25.

WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>

WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute nell'adolescenza: i comportamenti a rischio. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nello studio HBSC vengono anche indagati alcuni aspetti che riguardano la vita sessuale, quali l'uso o meno di profilattici e altri contraccettivi, e la frequenza di infortuni.

6.1 Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani al fumo e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico non solo individuali (Di Clemente et al., 1996; WHO, 1998).

La riduzione del consumo di sostanze è quindi, per l'OMS, fra gli obiettivi prioritari nel XXI secolo in tema di promozione della salute (WHO, 1998).

6.1.1 Il fumo

Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO, 2009) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. Anche eventi tragici come la morte improvvisa del neonato (SIDS-Sudden Infant Death Syndrome), condizioni come il basso peso alla nascita e alcune fra le più comuni allergie dell'infanzia riconoscono nell'esposizione del bambino al

fumo materno uno dei principali fattori di rischio (WHO, 1998). La valutazione della diffusione del fenomeno dell'abitudine al fumo rappresenta quindi un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007).

Esaminando i dati nella tabella 6.1, osserviamo che la maggior parte dei ragazzi, in ciascuna delle fasce d'età considerate, dichiara di non fumare. Tale percentuale però si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 97,5% a undici anni, all'89,2% a tredici, per finire al 73,8% a quindici anni.

La percentuale di coloro che dichiarano di fumare ogni giorno cresce in particolar modo nel passaggio tra i tredici e i quindici anni, raggiungendo in questi ultimi una percentuale del 13% circa.

Esaminando le differenze di genere, si può notare come le ragazze, in particolare quelle di quindici anni, fumino di più dei loro coetanei maschi (fig. 6.1).

E' da sottolineare inoltre che quasi il 10% dei quindicenni dichiara di aver fumato 6 o più sigarette al giorno negli ultimi 30 giorni (tab. 6.2).

Tabella 6.1: "Attualmente, quanto spesso fumi?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.60 (6)	2.00 (21)	12.92 (130)
Almeno una volta a settimana	0.50 (5)	3.90 (41)	6.46 (65)
Meno di una volta a settimana	1.40 (14)	4.94 (52)	6.86 (69)
Non fumo	97.49 (973)	89.16 (938)	73.76 (742)
Totale	100 (998)	100 (1052)	100 (1006)

Figura 6.1 – Percentuale di coloro che dichiarano di fumare ogni giorno, per età e genere

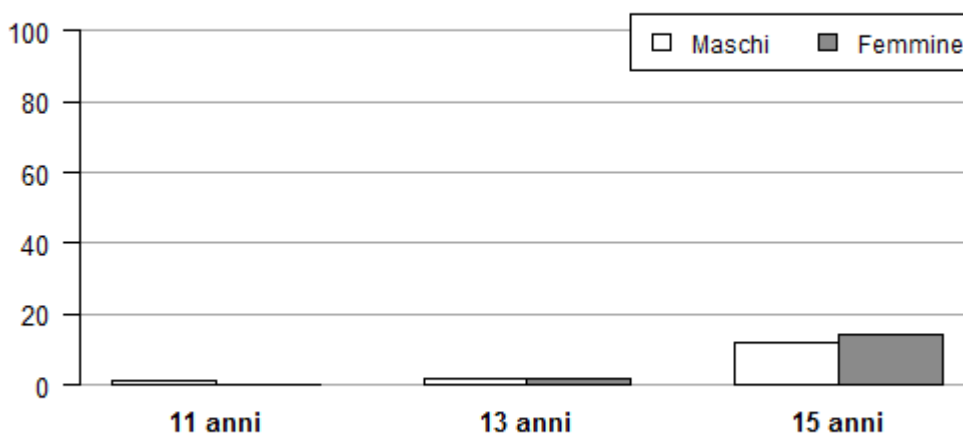


Tabella 6.2 – “Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	97.80 (977)	88.24 (923)	72.10 (721)
Meno di 1 sigaretta a settimana	1.00 (10)	4.88 (51)	7.80 (78)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.60 (6)	2.49 (26)	3.60 (36)
1-5 sigarette al giorno	0.40 (4)	2.68 (28)	6.60 (66)
6 o più sigarette al giorno	0.20 (2)	1.72 (18)	9.90 (99)
Totale	100 (999)	100 (1046)	100 (1000)

6.1.2 L'alcol

Il consumo di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta (Engels, 2000, 2006).

Come emerge dalla tabella 6.3, la percentuale di ragazzi che dichiara di consumare bevande alcoliche ogni giorno cresce al crescere dell'età, passando da 2,2% a undici anni al 3,5% a tredici anni fino a raggiungere il 6,2% a quindici. Dichiara di consumare alcolici ogni settimana rispettivamente il 3,9% degli undicenni, il 9,8% dei tredicenni e il 23,8% dei quindicenni.

La percentuale di coloro che dichiarano di non assumere alcolici diminuisce progressivamente con l'età passando dal 63,8% a 11 anni, al 38,5% a tredici anni, al 22,3% a quindici.

Il consumo quotidiano di bevande alcoliche è, inoltre, più frequente nei maschi (fig. 6.2)

Tabella 6.3 “Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	2.15 (21)	3.48 (36)	6.19 (62)
Ogni settimana	3.88 (38)	9.76 (101)	23.85 (239)
Ogni mese	4.29 (42)	8.79 (91)	12.97 (130)
Raramente	25.84 (253)	39.42 (408)	34.73 (348)
Mai	63.84 (625)	38.55 (399)	22.26 (223)
Totale	100 (979)	100 (1035)	100 (1002)

Figura 6.2. – Percentuale di coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno, per età e genere

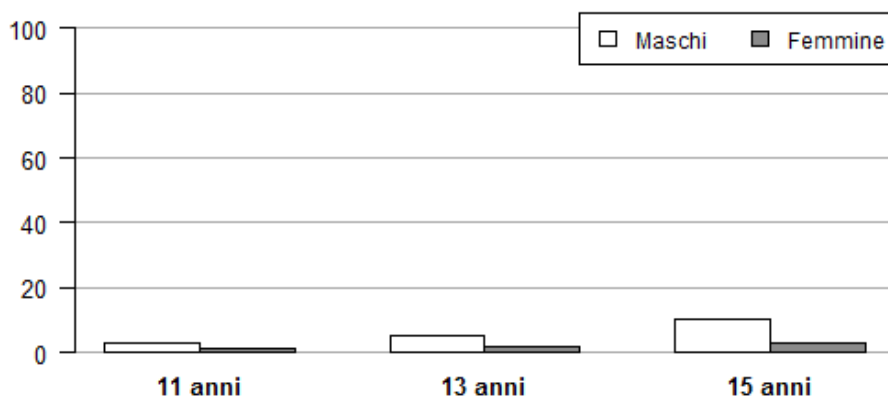


Tabella 6.4– “Nell’ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	85.67 (837)	71.72 (738)	52.90 (529)
Solo Lunedì-Venerdì	3.99 (39)	6.12 (63)	6.60 (66)
Solo Sabato e Domenica	7.88 (77)	18.17 (187)	31.80 (318)
Sia in settimana che nel week-end	1.33 (13)	2.72 (28)	5.10 (51)
Sempre	1.13 (11)	1.26 (13)	3.60 (36)
Totale	100 (977)	100 (1029)	100 (1000)

Tabella 6.5 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

	(N)	(N)	(N)
Mai	95.07	86.41	69.89
	(926)	(903)	(701)
Una volta	3.90	8.52	13.46
	(38)	(89)	(135)
2-3 volte	0.51	3.92	9.17
	(5)	(41)	(92)
4-10 volte	0.10	0.86	4.09
	(1)	(9)	(41)
Più di 10 volte	0.41	0.29	3.39
	(4)	(3)	(34)
Totale	100	100	100
	(974)	(1045)	(1003)

Emerge dalla tabella 6.4, che i ragazzi bevono soprattutto il fine settimana (Sabato e Domenica) (il 7,9% degli undicenni, il 18,2% dei tredicenni e il 31,8% dei quindicenni. con un netto incremento tra gli 11 e i 15 anni.

La percentuale di coloro che si sono ubriacati 2 volte o più (tab.6.5) aumenta con l'età (1% undicenni, 5% tredicenni, 16.6% quindicenni), tale fenomeno è di maggior riscontro nei maschi(fig.6.3).

La Figura 6.4 mostra il consumo di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione. Secondo questa indagine il comportamento “binge” riguarderebbe in modo particolare i 15 enni, soprattutto maschi, anche se tale fenomeno è presente anche a 11 e 13 anni.

Vista la propensione dei ragazzi ad adottare comportamenti a rischio in modo particolare tra i 15enni, sarebbe utile rafforzare le misure di informazione e di prevenzione a partire dalle fasce d'età precedenti ai 15 anni, monitorando le fasce d'età a maggior rischio.

Figura 6.3. – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere

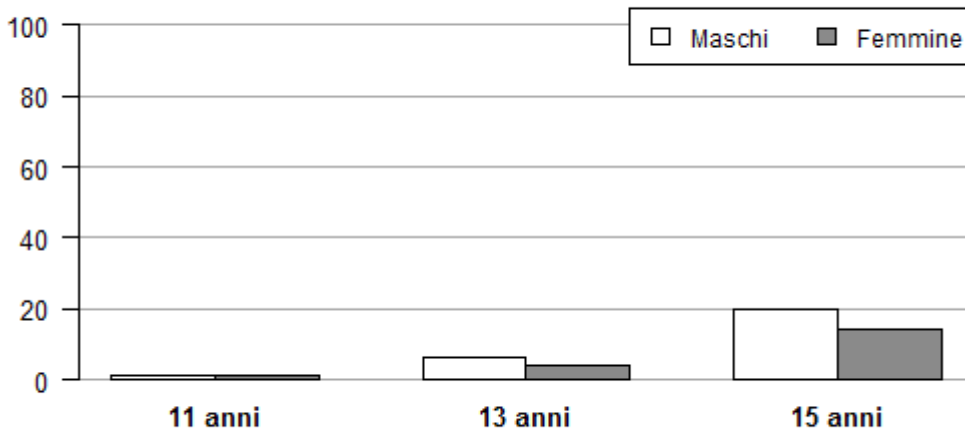
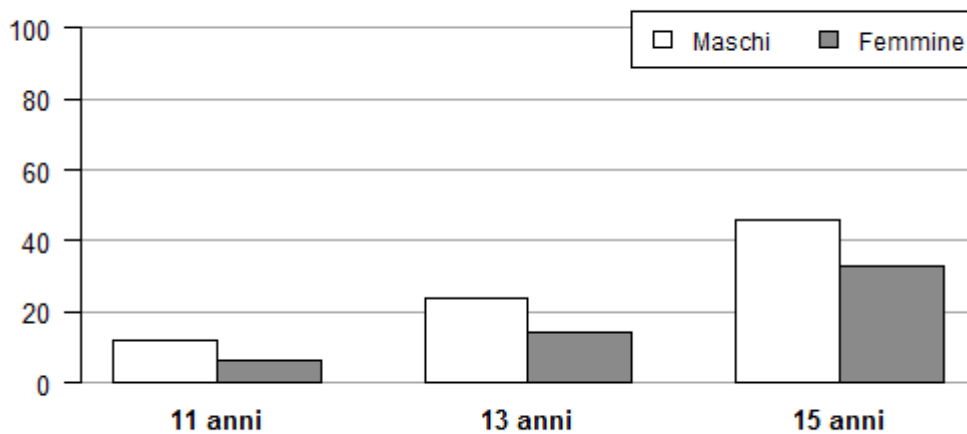


Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc.), negli ultimi 12 mesi, per genere ed età



6.1.3 Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante (Currie, 2008; Faggiano et al., 2005). Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poichè i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione (Welte, 1999; Beck, 2000).

Lo studio di questo fenomeno rimane dunque una priorità per la Sanità Pubblica, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

Nella tabella 6.6 sono riportati i risultati relativi all'uso di cannabis tra i quindicenni, suddivisi per genere. L'85% dichiara di non averne fatto mai uso, mentre dichiara di averne fatto uso una o più volte il 15% dei ragazzi e delle ragazze. Quando il consumo dichiarato è superiore alle 3 volte si osserva un consumo maggiore da parte dei maschi nella misura del 10,7% contro il 7,4% nelle femmine.

Non si rilevano grandi differenze di genere se non quelle relative al consumo sporadico di cannabis.

Appare allarmante l'utilizzo di tali sostanze illegali nella fascia d'età adolescenziale.

Tabella 6.6 “Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis?” (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	85.23 (381)	85.05 (472)	85.13 (853)
Una o due volte	4.03 (18)	7.57 (42)	5.99 (60)
3-5 volte	3.36 (15)	1.80 (10)	2.50 (25)
6-9 volte	1.57 (7)	0.90 (5)	1.20 (12)
10-19 volte	2.01 (9)	1.26 (7)	1.60 (16)
20-39 volte	2.46 (11)	1.80 (10)	2.10 (21)
>1 una volta al giorno	1.34 (6)	1.62 (9)	1.50 (15)
Totale	100 (447)	100 (555)	100 (1002)

6.2 Abitudini sessuali

La vita sessuale riveste una notevole importanza, non solo per la sua influenza sulla crescita intellettuale e lo sviluppo degli adolescenti (Raphael, 1996; Wellings, 2006), ma anche per le conseguenze che essa può avere sulla salute: le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate nelle minori sono, in tutto il mondo, tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico fra gli adolescenti (World Bank, 1993). In particolare le malattie sessualmente trasmesse che, secondo l'OMS, riconoscono nei giovani adolescenti una delle categorie a più alto rischio: dei 333 milioni di casi stimati nel mondo ogni anno (escludendo l'AIDS), 111 interessano, infatti, giovani sotto i 25 anni di età, con una maggior frequenza nelle ragazze rispetto ai coetanei maschi.

E' sempre l'OMS a stimare che entro il 2025 nasceranno nel mondo 16 milioni di bambini da ragazze di età compresa fra i 15 e i 19 anni (WHO, 1998). Tali eventi, quando indesiderati, possono essere prevenuti attraverso sforzi coordinati fra scuola, famiglia e strutture sanitarie. Lo sviluppo di interventi educativi efficaci richiede però la comprensione della natura e dell'estensione del fenomeno, unitamente all'individuazione dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio.

Le domande, rivolte soltanto ai ragazzi di 15 anni, derivano dal Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), studio americano sostenuto dai CDC di Atlanta (Brener, 1995).

La tabella 6.7 riporta le frequenze dei ragazzi che dichiarano di aver avuto un rapporto sessuale completo. Complessivamente, il 20% dei quindicenni dichiara di aver già avuto almeno un rapporto sessuale completo, con una percentuale superiore di maschi rispetto alle femmine (21,1% vs 19,4%).

Tabella 6.7 “Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche ‘fare l’amore’, ‘fare sesso’...)” (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	21.14 (93)	19.38 (106)	20.16 (199)
No	78.86 (347)	80.62 (441)	79.84 (788)
Totale	100 (440)	100 (547)	100 (987)

E' stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare una frequenza maggiore rispetto a quella reale di comportamenti protettivi, fra i quali proprio l'utilizzo del profilattico (AAVV, 2004). Per questo motivo non è stato chiesto ai ragazzi del nostro campione di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

In tabella 6.8 sono riportati numerosità e percentuale di ragazzi che dichiarano di aver utilizzato un profilattico nel loro ultimo rapporto sessuale. Complessivamente, la maggior parte dei giovani, con una frequenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine (83,5% vs 77,7%), dichiara di averne fatto uso. Di contro, bisogna sottolineare che ben il 20% non ha utilizzato il preservativo nell'ultimo rapporto sessuale.

Tabella 6.8 “L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?” (solo quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali completi)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	83.52 (76)	77.67 (80)	80.41 (156)
No	16.48 (15)	22.33 (23)	19.59 (38)
Totale	100 (91)	100 (103)	100 (194)

6.3 Infortuni

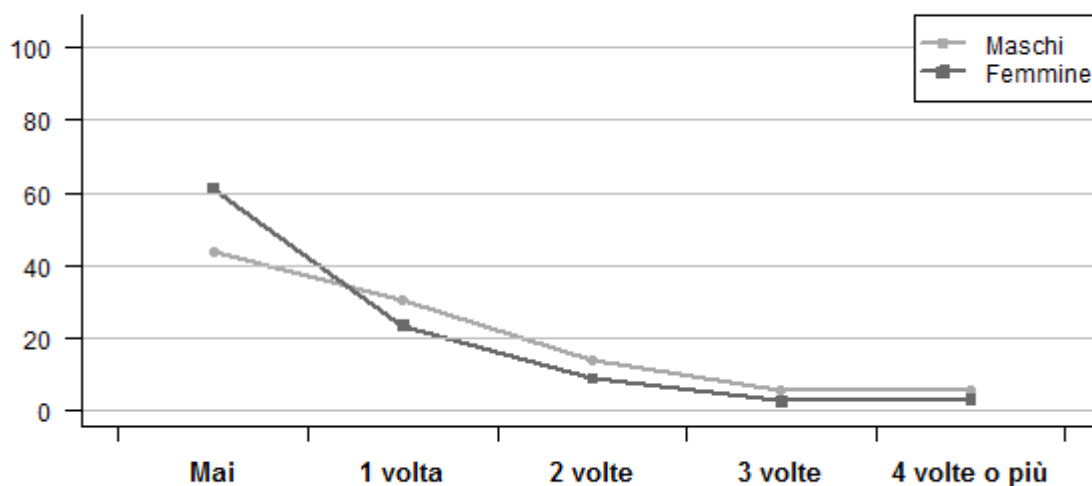
Gli infortuni sono diventati nel XX secolo una delle cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante l'adolescenza (NCDCP, 2000), ma i fattori causali non sono ancora ben noti (Scheidt, 1998; Pickett, 2005).

Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

Tabella 6.9 “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiere/a?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	54.12 (538)	53.33 (560)	51.09 (514)
Una volta	24.75 (246)	27.14 (285)	29.32 (295)
2 volte	10.46 (104)	12.57 (132)	11.03 (111)
3 volte	5.84 (58)	3.14 (33)	4.27 (43)
4 volte o più	4.83 (48)	3.81 (40)	4.27 (43)
Totale	100 (994)	100 (1050)	100 (1006)

Figura 6.5– Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere



La tabella 6.9 indica che circa il 45,8% degli undicenni, il 46,7% dei tredicenni e il 48,9% dei ragazzi di quindici anni ha avuto uno o più infortuni. Tale fenomeno, pur a fronte di differenze minime, è più frequente nel sesso maschile (fig. 6.5).

6.4 Conclusioni

Questa sezione prende in considerazione alcuni comportamenti rischiosi per la salute dei ragazzi. Sono stati indagati l'uso di tabacco, di alcol, di sostanze psicoattive, i comportamenti sessuali e quelli violenti.

Il numero dei fumatori cresce parallelamente al crescere dell'età, tale abitudine generalmente tende a consolidarsi rapidamente, il 10% dei ragazzi di 15 anni intervistati dichiara di fumare 6 o più sigarette al giorno negli ultimi giorni. Il consumo di alcol segue lo stesso andamento ossia aumenta al crescere dell'età (anche se la maggior parte del campione dichiara di non consumare bevande alcoliche), tale abitudine si concentra soprattutto nel finesettimana.

Sarebbe dunque importante portare a conoscenza i ragazzi dei rischi sulla salute derivanti comportamenti a rischio già a 11-13 anni.

Per il consumo di cannabis sembra opportuno aumentare gli sforzi da compiere a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani poiché l'utilizzo di sostanze illecite in modo particolare in età adolescenziale appare allarmante.

L'immagine che si delinea invece dall'analisi dei comportamenti sessuali (15enni) ci evidenzia che la maggior parte dei ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti, utilizzano il preservativo nell'80% dei casi, altri invece, si avvicinano a tale esperienza imprudentemente, sottovalutando i rischi per la propria salute e quella del partner, (in media il 20% dei 15enni che dichiarano avere avuto rapporti, non hanno utilizzato il preservativo). Emerge quindi l'importanza di intensificare gli Interventi Educativi volti a rendere edotti i ragazzi sui rischi derivati dai rapporti sessuali non protetti, soprattutto in relazione alle malattie sessualmente trasmesse.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars.2000>.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

La necessità di monitorare e comprendere i meccanismi di salute negli individui nasce dalla idea che quest'ultima non sia solo una delle componenti della qualità della vita degli individui, ma che arrivi a coincidere col concetto stesso di benessere (WHO, 1948). Il compito di valutazione della salute dei giovani tra 11 e 15 anni risulta difficile, poiché in questa fascia di età il livello che questa raggiunge è il più elevato di tutta la vita (con tassi di mortalità e morbosità estremamente bassi, soprattutto se confrontati con l'età adulta). In questo processo di valutazione, però, occorre considerare anche l'aspetto emotivo (WHO, 1998), che in questa fascia di età gioca un ruolo fondamentale, anche e soprattutto per l'influenza che esercita sullo stato di salute psico-fisica del futuro adulto (WHO, 2000). Questo risulta essere ancora più evidente per quanto riguarda una delle patologie in più forte espansione sia nella popolazione giovanile che in quella adulta, ovvero la depressione (European Commission, 1999).

La salute, sia fisica che mentale, rappresenta una risorsa per tutta la vita, un capitale che permette agli individui di raggiungere i propri obiettivi (Herzlich, 1973; WHO, 1998; Hastings Center, 1997), e il proprio benessere (WHO, 1999).

In questo contesto lo studio HBSC ha la possibilità di monitorare variabili molto importanti in un momento centrale dello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione del proprio stato di salute e del proprio benessere psicofisico dei ragazzi, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psicofisico del ragazzo sono prevalentemente di quattro tipi:

- a) Percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);
- b) Percezione del proprio benessere (valutato su una scala da 0 a 10);
- c) Presenza e frequenza (ogni giorno, più di 1 volta a settimana, 1 volta a settimana, 1 volta al mese, raramente o mai) di alcuni sintomi che sembrano essere importanti indicatori di benessere/malessere, e che verranno descritti più avanti all'interno di questo capitolo;
- d) Consumo di farmaci (nessun farmaco nell'ultimo mese, un farmaco o più di un farmaco nell'ultimo mese).

7.2 Percezione della propria salute

La domanda utilizzata nello studio HBSC relativamente alla percezione del proprio stato di salute è importante perché non solo riflette lo stato di salute soggettivo, ma è anche correlato, come dimostrano numerosi studi, con indicatori di salute più oggettivi, quali mortalità e morbosità, perché generalmente, soprattutto tra gli adulti, chi si sente peggio tende ad avere effettivamente una ridotta aspettativa di vita (Idler, 1997; Burstroem & Fredlund, 2001).

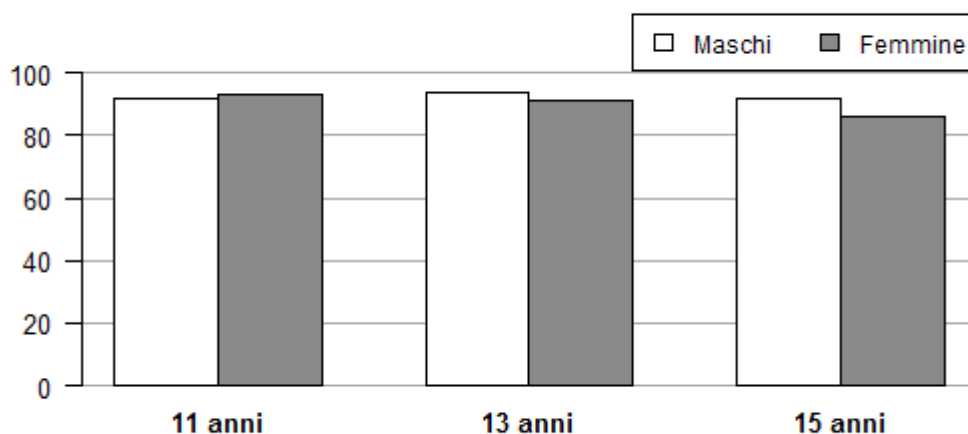
Nella tabella 7.1 è possibile vedere che la maggior parte dei ragazzi hanno una percezione della propria salute "buona o eccellente". Tale stato diminuisce però all'aumentare dell'età, in particolare nel passaggio tra i 13 e i 15 anni, passando dal 92,5% a undici, al 92,4% a tredici anni e all'88,4% a quindici anni.

Dalla figura 7.1 non si evince una grande differenza di percezione del benessere nelle femmine rispetto ai maschi, se non una diminuzione maggiore di tale percezione nelle femmine al passaggio dagli 11 ai 15 anni.

Tabella 7.1: “Diresti che la tua salute è...”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	40.50 (405)	36.63 (385)	30.56 (305)
Buona	52.00 (520)	55.76 (586)	57.92 (578)
Discreta	6.60 (66)	6.95 (73)	10.02 (100)
Scadente	0.90 (9)	0.67 (7)	1.50 (15)
Totale	100 (1000)	100 (1051)	100 (998)

Figura 7.1 – Percentuale di coloro che considerano la propria salute buona o eccellente



7.3 La percezione del benessere

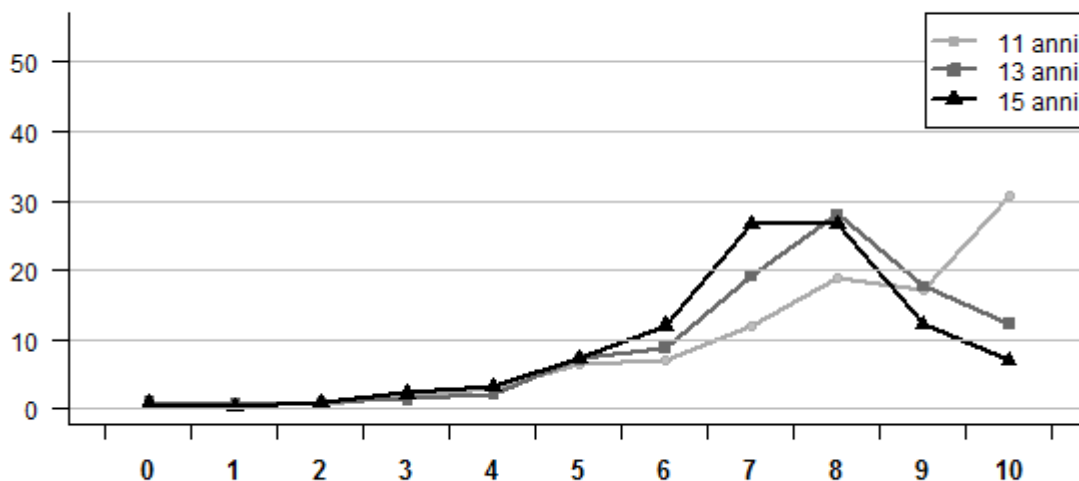
Come per la salute, anche per il concetto di benessere la percezione soggettiva costituisce una dimensione importante (Diener, 1984; Huebner, 1991). Nello studio HBSC (Cavallo et al., 2005 e 2007), è stata utilizzata una scala che misura il benessere percepito come variabile che si muove tra 0 e 10 (Cantril, 1965), che si rivelata efficace sia negli adulti, che nei ragazzi.

Dichiarano livelli di soddisfazione per la propria vita medio-alti (da 8 a 10) il 67% dei ragazzi di undici anni, l'58,2% a tredici e l'45,9% a quindici anni e si osserva una lieve riduzione dei valori con il crescere dell'età (tab. 7.2 e fig. 7.2).

Tabella 7.2: “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	0.90 (9)	1.05 (11)	0.80 (8)
1	0.70 (7)	0.76 (8)	0.50 (5)
2	0.70 (7)	0.86 (9)	1.00 (10)
3	1.80 (18)	1.52 (16)	2.30 (23)
4	3.01 (30)	2.28 (24)	3.20 (32)
5	6.61 (66)	7.23 (76)	7.40 (74)
6	7.21 (72)	8.85 (93)	12.10 (121)
7	12.02 (120)	19.22 (202)	26.80 (268)
8	19.04 (190)	28.07 (295)	26.70 (267)
9	17.23 (172)	17.79 (187)	12.20 (122)
10	30.76 (307)	12.37 (130)	7.00 (70)
Totale	100 (998)	100 (1051)	100 (1000)

Figura 7.2 – Percezione del benessere misurato su scala da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile)



7.4 I sintomi riportati

Oltre alla percezione della propria salute, ai ragazzi sono state rivolte domande circa la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti sintomi:

- avere mal di testa
- avere mal di stomaco

- avere mal di schiena
- sentirsi giù di morale
- sentirsi irritabili o di cattivo umore
- sentirsi nervoso
- avere difficoltà ad addormentarsi
- avere giramenti di testa.

Tali domande si sono rivelate, in precedenti versioni internazionali di HBSC, utili ed affidabili sia come singoli item (Torsheim, 2001) che come scala (Haugland, 2001). Come dimostrato dai risultati delle precedenti versioni dello studio, a livello regionale, nazionale e internazionale (Cavallo, 2005, 2007, 2009; Currie, 2008), non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso. La percezione della propria salute sembra essere influenzata, infatti, dalle risorse possedute per poter far fronte alle situazioni in cui si è in presenza di sintomi.

La tabella 7.3 mostra come il numero di coloro che dichiara di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati si avvicina al 30% nelle tre fasce d'età: in particolare, riguarda il 30,7% a undici anni, il 29,5% a tredici e il 32% a quindici anni. Valori simili si riscontrano tra coloro che dichiarano di presentare tali sintomi più di una volta a settimana (31,5% a undici, 35,3% a tredici e 34,1% a quindici). Si tratta evidentemente di valori molto elevati. Inoltre, le ragazze lamentano un maggior numero di sintomi rispetto ai coetanei maschi (fig. 7.3 e fig. 7.4) e tale differenza tende ad accentuarsi con l'età.

Tabella 7.3: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	30.77 (308)	29.51 (311)	32.04 (323)
Più di 1 volta a settimana	31.47 (315)	35.29 (372)	34.13 (344)
1 volta a settimana	17.88 (179)	18.41 (194)	19.44 (196)
1 volta al mese	13.39 (134)	13.66 (144)	12.10 (122)
Raramente o mai	6.49 (65)	3.13 (33)	2.28 (23)
Totale	100 (1001)	100 (1054)	100 (1008)

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere

In fig. 7.3 possiamo rilevare che i sintomi più frequenti dichiarati dai ragazzi e in particolar modo dalle femmine, sono rispettivamente: “ essere giù di morale”, avere mal di testa” e “ sentirsi nervoso/irritabile”.

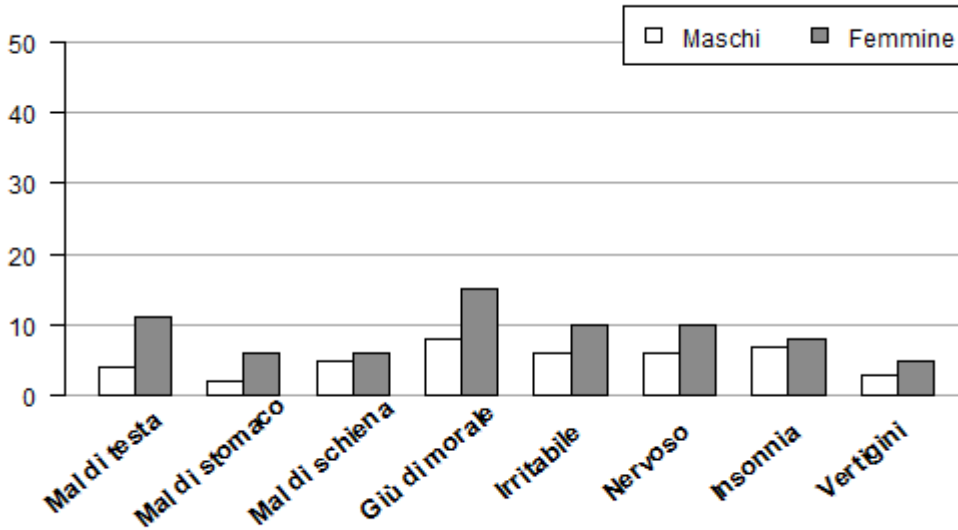
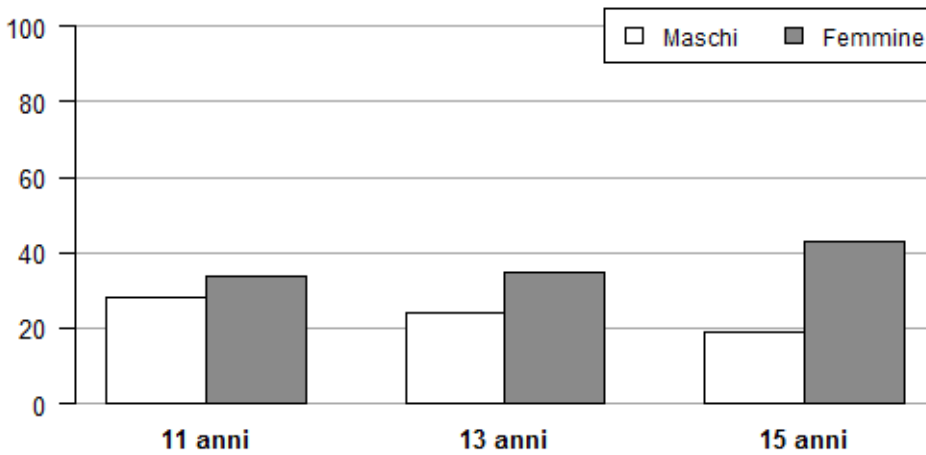


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



Come consigliato in studi precedenti relativi ai dati HBSC (Haugeland, 2001), i sintomi sono stati suddivisi, in una seconda fase di analisi, in due categorie. Una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l’aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l’altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso).

Nella tabella 7.4 vengono riportate le percentuali di coloro che dichiarano di soffrire di almeno uno dei sintomi somatici sopraelencati; dichiarano di soffrirne ogni giorno il 23% dei ragazzi di 11 anni, il 18% di quelli di tredici e il 20% dei ragazzi di quindici anni.

Nella figura 7.5 si osserva che col crescere dell'età c'è una riduzione di tali sintomi nei maschi e, al contrario, un aumento nelle ragazze.

Tabella 7.4: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi somatici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	22.59 (225)	18.63 (196)	19.94 (201)
Più di 1 volta a settimana	24.60 (245)	25.29 (266)	25.00 (252)
1 volta a settimana	19.08 (190)	18.82 (198)	19.54 (197)
1 volta al mese	18.17 (181)	25.76 (271)	25.10 (253)
Raramente o mai	15.56 (155)	11.50 (121)	10.42 (105)
Totale	100 (996)	100 (1052)	100 (1008)

Figura 7.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini

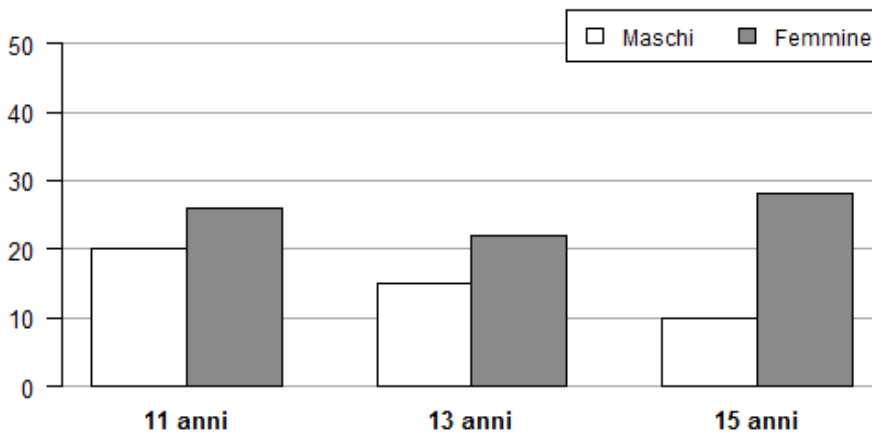
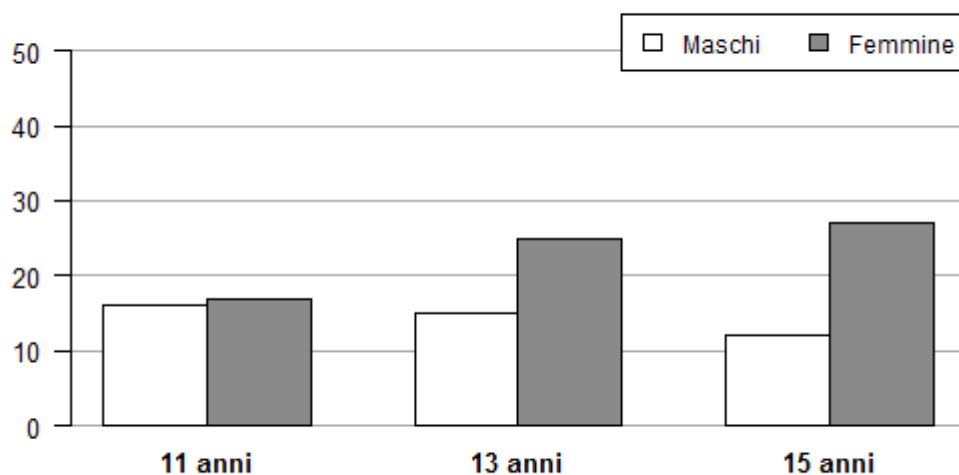


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	16.37 (163)	20.34 (214)	20.44 (206)
Più di 1 volta a settimana	27.51 (274)	28.90 (304)	33.43 (337)
1 volta a settimana	21.49 (214)	23.76 (250)	22.72 (229)
1 volta al mese	18.88 (188)	20.06 (211)	19.15 (193)
Raramente o mai	15.76 (157)	6.94 (73)	4.27 (43)
Totale	100 (996)	100 (1052)	100 (1008)

La tabella 7.5 mostra le percentuali di coloro che dichiarano di accusare sintomi psicologici: sembrano soffrirne ogni giorno il 16% dei ragazzi di 11 anni e il 20% rispettivamente a tredici e quindici anni. Ne soffre più di una volta a settimana il 27,5% a undici anni, il 28,9% a tredici e il 33,4% a quindici anni.

Figura 7.6 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: sentirsi giù, irritabile e nervoso



Come per i sintomi di natura somatica, si denota un aumento progressivo di tale sintomatologia con l'aumentare dell'età nelle ragazze e al contrario una diminuzione nei ragazzi (fig. 7.6).

7.5 Utilizzo di farmaci

Nella tabella 7.6 sono riportati i dati relativi alla frequenza del consumo di farmaci per i soli quindici anni.

Il 56% dei ragazzi dichiara di avere assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese. Inoltre, in figura 7.7 si può notare come tale percentuale sia maggiore nelle femmine rispetto ai maschi (65% vs 45%).

Nella figura 7.8 ad esempio, si evidenzia che oltre il 40% delle femmine ha assunto nell'ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per il mal di testa contro il 24% dei maschi.

Il facile ricorso a farmaci comuni come antidolorifici e antiinfiammatori probabilmente assunti per la terapia di dolori mestruali, mal di testa (sintomi segnalati con molta frequenza soprattutto nelle femmine) o fenomeni di carattere infiammatorio a carico dell'apparato respiratorio, resta, comunque, un dato meritevole di attenzione, almeno come indicatore della propensione a ricorrere a rimedi esterni per sedare un sintomo. L'assunzione di farmaci non è, infatti, associata dagli intervistati, alla percezione della propria salute: nonostante il 92% del campione descriva come eccellente e buona la percezione della propria salute, il 56% dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese.

Tabella 7.6: "Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci?", per genere (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	55.07 (239)	34.90 (186)	43.95 (425)
Sì, 1 farmaco	26.50 (115)	33.40 (178)	30.30 (293)
Sì, >1 farmaco	18.43 (80)	31.71 (169)	25.75 (249)
Totale	100 (434)	100 (533)	100 (967)

Figura 7.7 – Percentuale di coloro che hanno preso farmaci nell'ultimo mese (almeno 1), per genere (solo quindicenni)

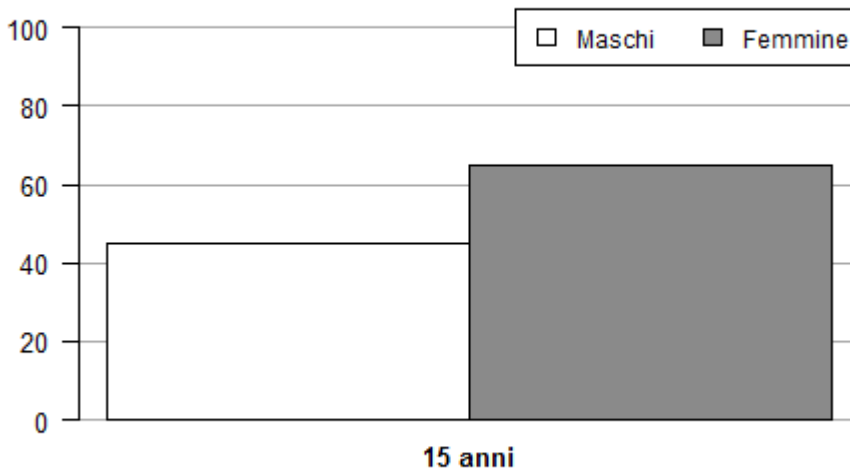
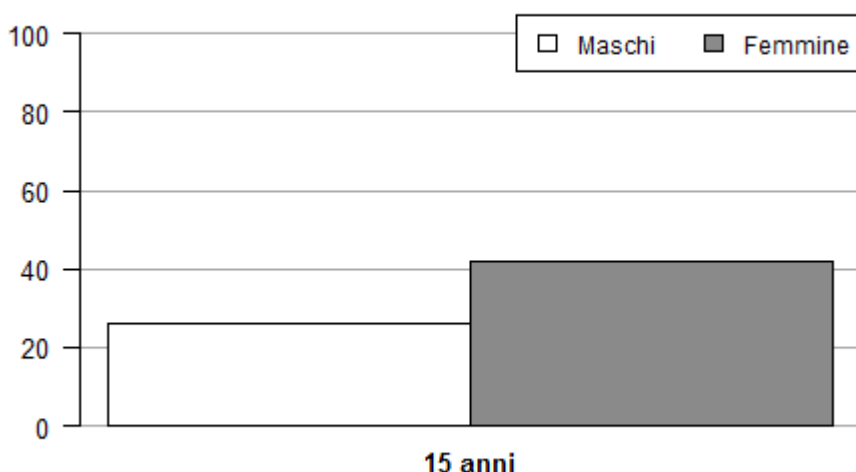


Figura 7.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per 'mal di testa', per genere (solo quindicenni)



7.6 Conclusioni

I risultati rivelano che la maggior parte dei ragazzi hanno una percezione della propria salute come buona o eccellente, tale percezione subisce un lieve decremento con l'aumentare dell'età e in relazione al sesso femminile (15 anni)

I ragazzi riferiscono soddisfazione per le proprie condizioni economiche e per le proprie relazioni familiari.

Emerge però una percentuale consistente di giovani (dal 17. al 20%) che riferiscono segni di malessere psicofisico generale e una percentuale non trascurabile di essi è portata ad un facile utilizzo di farmaci. C'è una minor propensione delle femmine ad assumere sostanze non legali a fare uso di tabacco e alcol che risulta pertanto maggiore nei maschi.

Emerge sempre di più una mancanza di relazione diretta tra pari in favore di una relazione virtuale, tramite chat, internet, sms e una sempre maggiore propensione alla sedentarietà per l'aumentato utilizzo di computer, play station a scapito dell'attività fisica intensa sia strutturata che non strutturata.

I dati relativi all'attività fisica ci dicono che si muovono di più i maschi rispetto alle femmine e solo il 40% circa dei ragazzi fa attività fisica almeno 3 ore a settimana.

Di contro sono le femmine a consumare maggiormente alimenti sani (es. verdura), risultano infatti più in sovrappeso i maschi rispetto alle femmine; le ragazze rivolgono un'attenzione più forte alla propria immagine corporea, tale elemento non deve essere trascurato a causa della maggior predisposizione delle ragazze a disturbi del comportamento alimentare.

Un indice di rischio importante è la propensione a sperimentare comportamenti relativi all'uso di sostanze, consumo di alcol, fumo a tal proposito appare cruciale il ruolo della scuola nell'intercettare segni di malessere e disagio e, in collaborazione con gli operatori sanitari, promuovere iniziative volte a rimuovere tali comportamenti a rischio.

Bibliografia capitolo 7

Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.

Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.

Cavallo F., Zambon A., Borraccino A., Raven-Sieberer U., Torsheim T., Lemma P. and the HBSC Positive Health Group (2006), Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15: 1577-1585.

- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. II Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. Journal of Adolescent Research, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneva, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Aeries No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

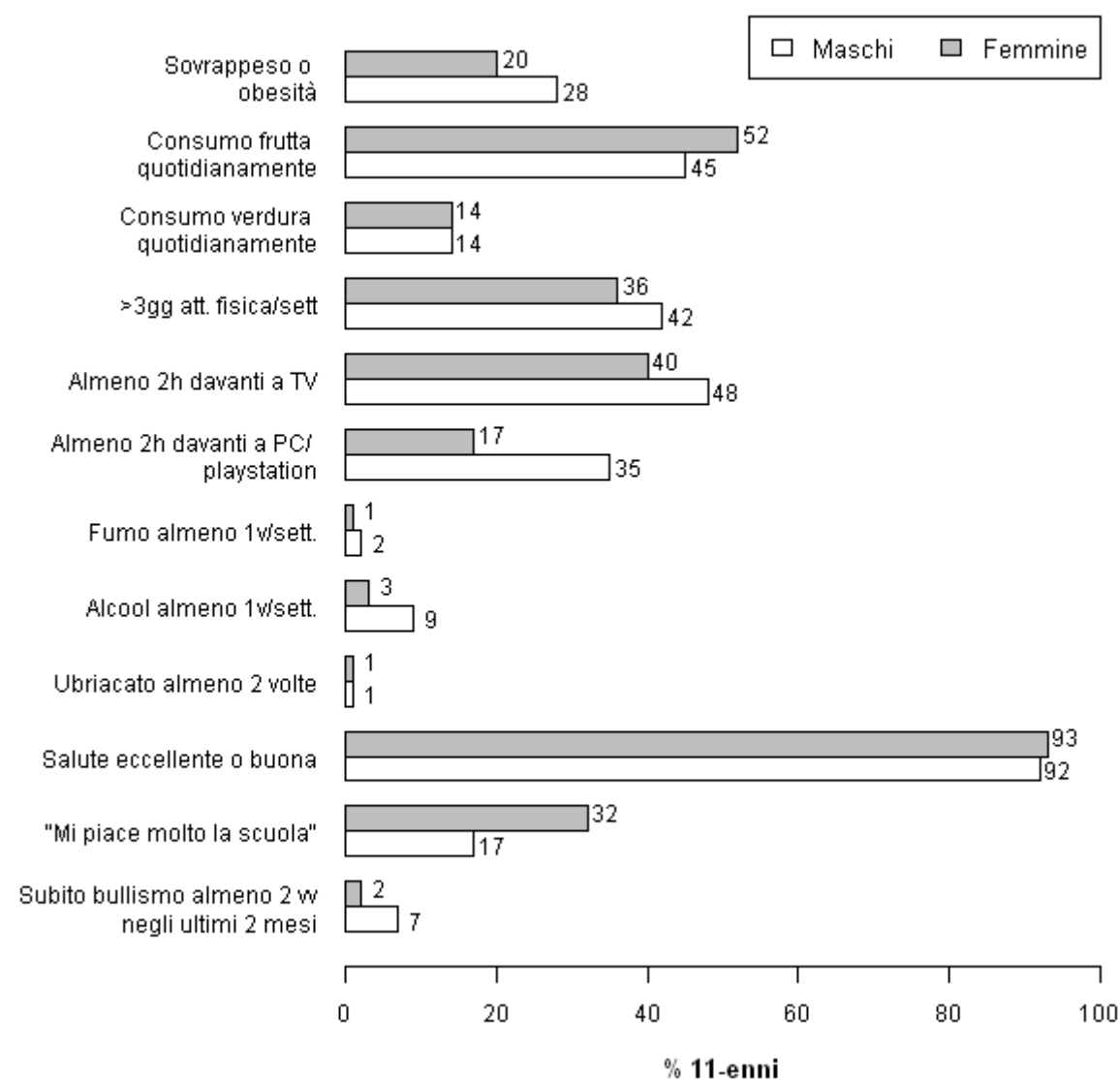
|

Alcuni indicatori riassuntivi

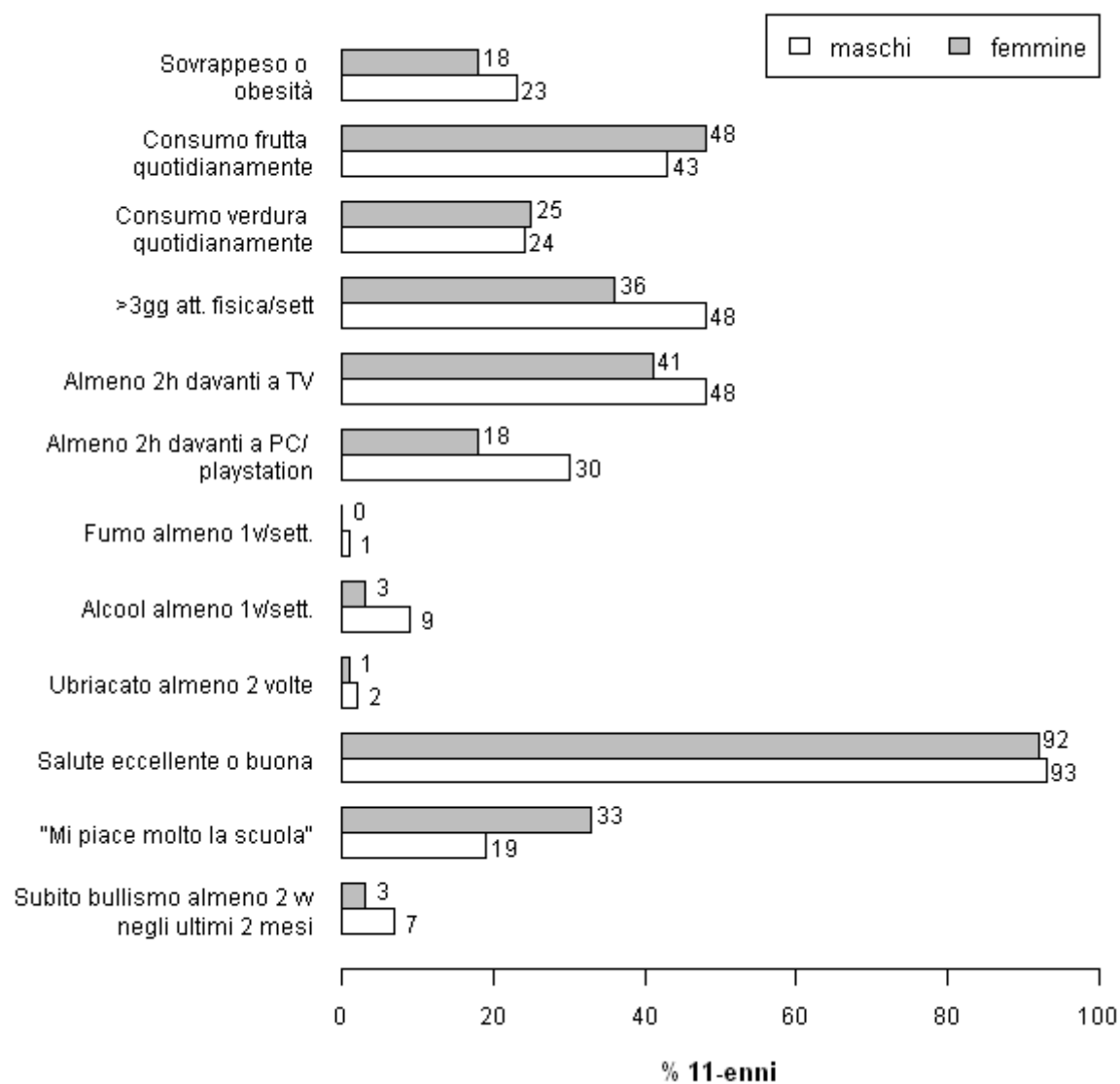
Di seguito vengono riportati i grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età:

- Indice di Massa Corporea;
- Consumo di frutta e verdura;
- Attività fisica;
- Sedentarietà;
- Benessere;
- Fumo e Alcol;
- La scuola;
- Bullismo.

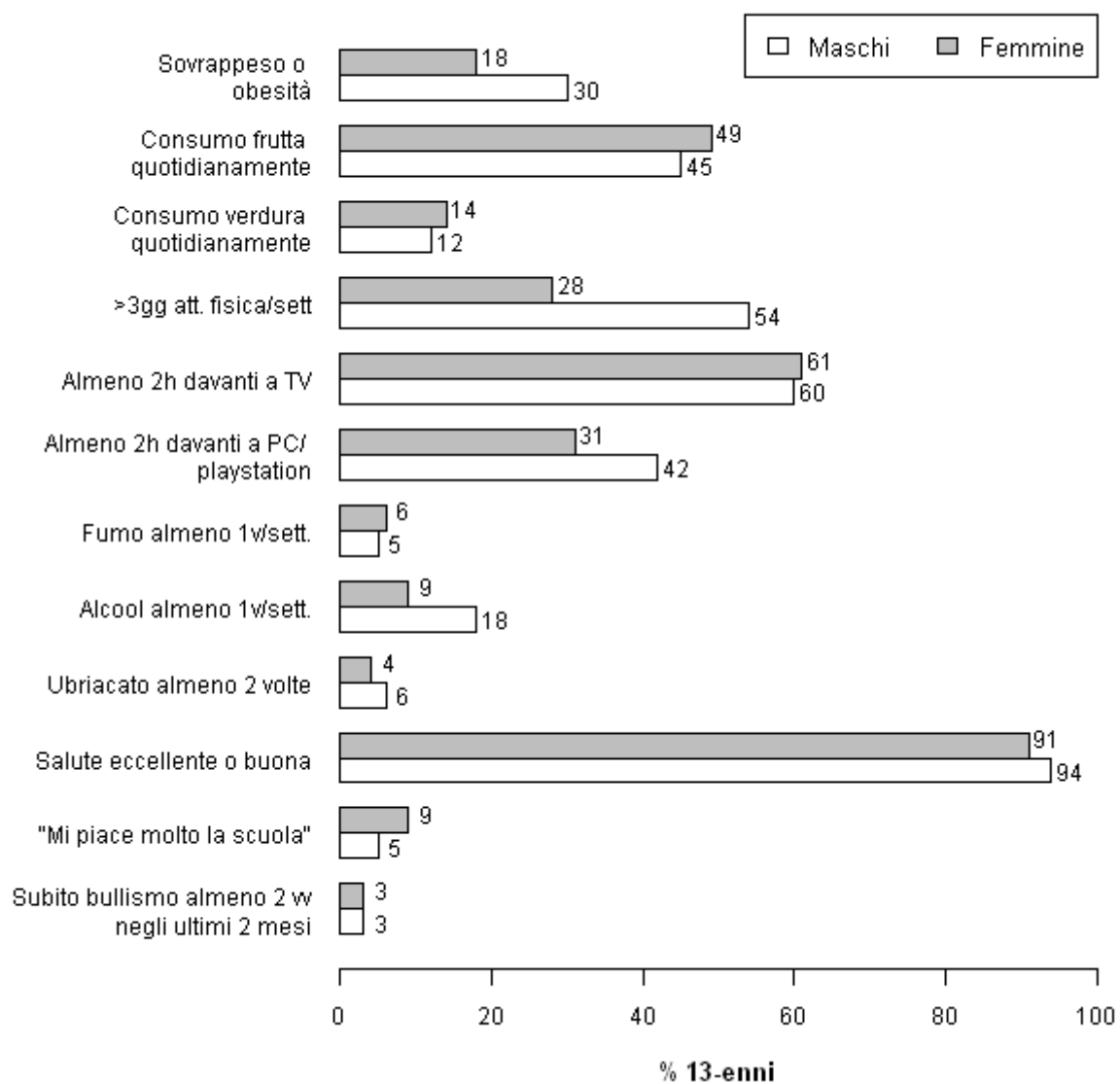
Undicenni – Dati regionali



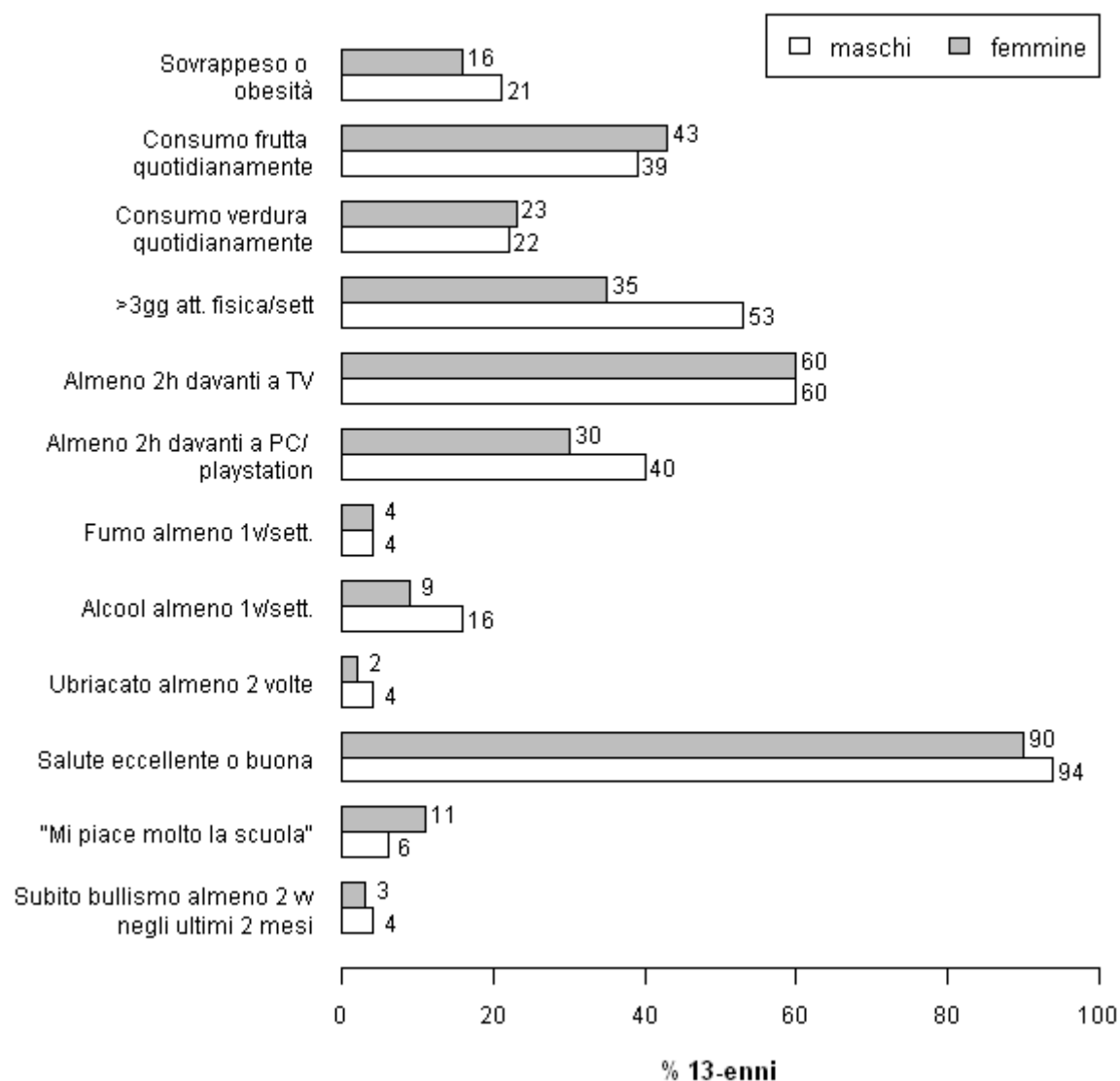
Undicenni – Dati nazionali



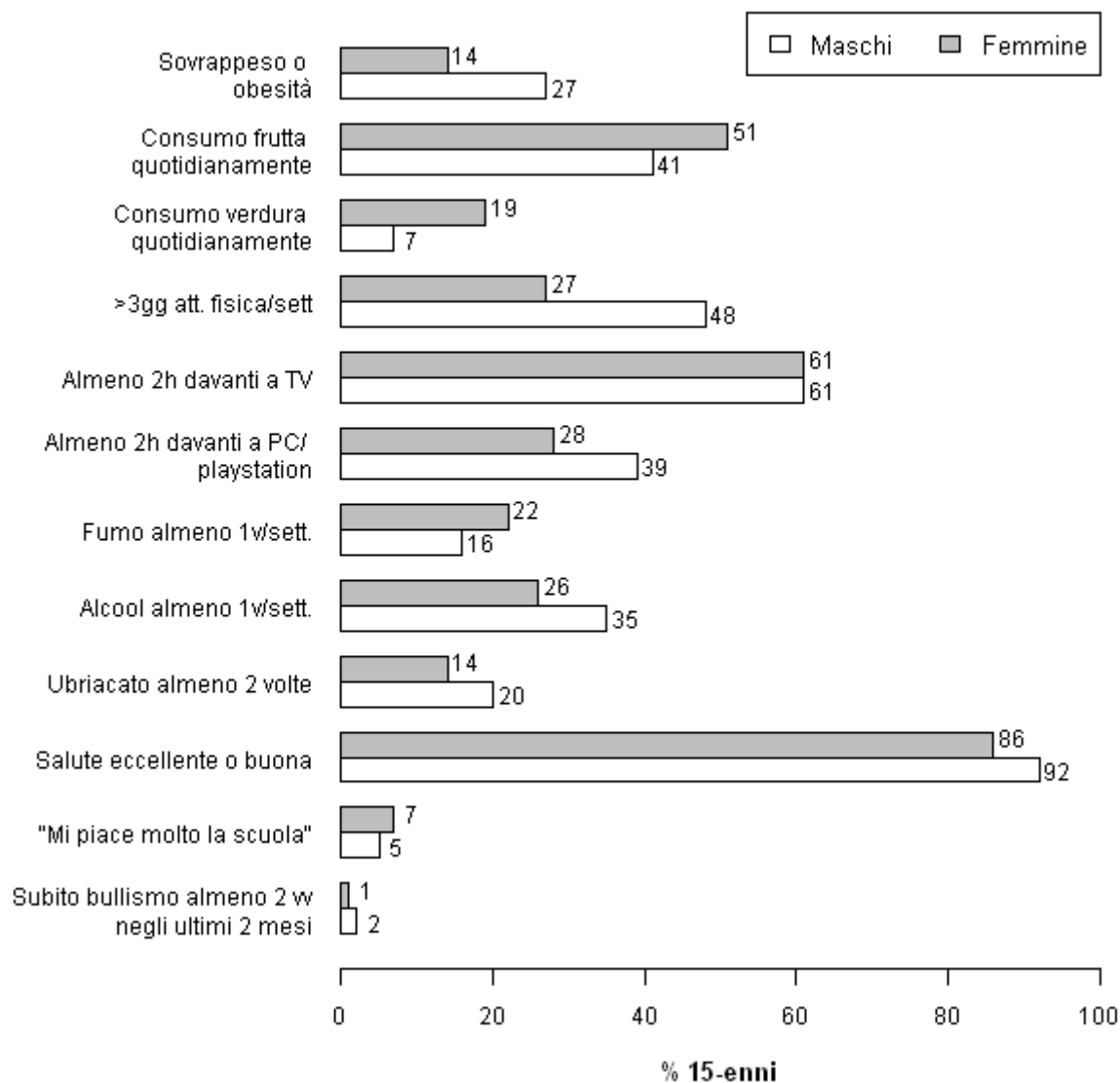
Tredicenni – Dati regionali



Tredicenni – Dati nazionali



Quindicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati nazionali

