



STILI DI VITA E SALUTE DEI GIOVANI IN ETA' SCOLARE



TOSCANA

a cura di:

Mariano V. Giacchi

Giacomo Lazzeri

Valentina Pilato

*Rapporto sui dati regionali
HBSC 2009 -2010*



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
CREPS, Dipartimento di Fisiopatologia,
Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica



Comportamenti di Salute dei Ragazzi in Età Scolare
Health Behaviour in School-aged Children

**STILI DI VITA
E SALUTE DEI
GIOVANI IN
ETA'SCOLARE**

**3° RAPPORTO SUI DATI
TOSCANI DELLO
STUDIO HBSC 2009-2010**

© 2010 –Regione Toscana
Via Cavour 18 Firenze

Regione Toscana – Giunta Regionale
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Settore Igiene Pubblica

Emanuela Balocchini

Tel 055/4383303; 055/4383804 Fax 055/4383127

ISBN 88-7145-305-7

Realizzazione editoriale: Nuova Immagine Editrice Siena
Via San Quirico, 13 – 53100 Siena

Finito di stampare
nel mese di Ottobre 2010
presso Arti Grafiche Nencini, Poggibonsi (Siena)

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 - Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica

Prof. Mariano Giacchi

Prof. Aggr. Giacomo Lazzeri

Dott.ssa Valentina Pilato

Prof. Aggr. 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 TOSCANA – GIUNTA REGIONALE

Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

Coordinamento regionale

Emanuela Balocchini

Referenti regionali

Mariano V. Giacchi
Anna Maria Giannoni

Gruppo di ricerca

Mariano V. Giacchi (Responsabile scientifico)
Giacomo Lazzeri (Coordinamento tecnico/operativo)
Stefania Rossi
Valentina Pilato
Andrea Pammolli
Rita Simi

Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana

Cesare Angotti (Direttore Generale)
Francesca Balestri (Referente regionale per il benessere e la cittadinanza: ed. alla salute, ed. ambientale, ed. alla legalità e bullismo)

Gruppo operativo territoriale delle Aziende USL toscane

ASL 1 Massa Carrara – (Resp. Mauro Vannucci), Maria Giuseppina Galli (referente), Manuela Terreni, Sergio Vivaldi, Patrizia Carignani
ASL 2 Lucca – (Resp. Baldassarre Pluchino), Fausto Bruno Morgantini (referente), Lara Lucchesi, Bianca Maria Mulini
ASL 3 Pistoia – (Resp. Zona Pistoiese Paola Picciolli), (Resp. Zona Valdinievole Monica Tognarelli), Franca Moretti (referente zona Pistoiese), Elena Tomassetto (referente zona Valdinievole)
ASL 4 Prato – (Resp. Giuseppe Vannucchi), Riccardo Innocenti (referente), Marco Bracciotti, Domenico Mariani

ASL 5 Pisa – (Resp. Eleonora Virgone), Margherita Brunetti (referente), Elena Griesi, Mariacristina Baldocchi, Scilla Boaretti, Rita Salvadorini, Paola Susini

ASL 6 Livorno – (Resp. Claudio Tofanari), Marisa Gangemi (referente), Marinella Frasca, Valleverdina Maria Pieretti, Vito Conti, Cristina Bartolini, Giuseppe Musolino, Elena Bacci

ASL 7 Siena – (Resp. Simonetta Sancasciani), Antonella Bellugi (referente), Silvia Cappelli, Chiara Cinughi De Pazzi, Veronica Meoni, Katia Moretti

ASL 8 Arezzo – (Resp. Fulvio Armellini), Renzo Paradisi (referente), Anna Lisa Filomena, Patrizia Baldaccini, Carla Caracoli, Riccardo Conti, Sara Bartolini, Rossella Leonardi

ASL 9 Grosseto – (Resp. Maurizio Spagnesi), Davide Romani (referente)

ASL 10 Firenze – (Resp. Maria Grazia Santini), Barbara Niccoli (referente), Francesca Bardi, Anita Franzin, Annalisa Matteoli, Giovanna Mereu, Valerio Sgalambro

ASL 11 Empoli – (Resp. Maria Giannotti), Francesca Chiaverini (referente), Roberta Carli, Elena Corsinovi

ASL 12 Viareggio – (Resp. Giovanna Camarlinghi), Luigi Franchini (referente)

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.

Il gruppo di ricerca della Toscana è responsabile di tutte le parti scritte a commento dei dati forniti e delle parti introduttive. Hanno contribuito allo studio la Prof. Aggr. Stefania Rossi e il Dott. Andrea Pammolli per gli aspetti statistici e la Dott.ssa Rita Simi per gli aspetti tecnico-organizzativi e la correzione delle bozze.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli allievi delle classi prima e terza della scuola secondaria di I grado e gli studenti della seconda classe della scuola secondaria di II grado che hanno compilato i questionari.

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

Si ringraziano tutti i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) del Servizio Sanitario della Toscana per il fondamentale contributo alla realizzazione del progetto.

Si ringraziano i Referenti alla salute delle articolazioni territoriali dell'Ufficio Scolastico Regionale per il supporto organizzativo.

Si ringraziano tutte le scuole di I e II grado della Regione Toscana, di seguito riportate, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2009-2010:

Arezzo e provincia

Scuole secondarie di I grado

“Unificata Sansepolcro”, Sansepolcro; “Vasari - Piero della Francesca”, Arezzo; “G. Marcelli”, Foiano della Chiana; “Giuseppe Garibaldi”, Capolona; “Loc. Badia Prataglia”, Poppi; “Cesalpino - Margaritone”, Arezzo; “Severi-IV Novembre”, Arezzo

Scuole secondarie di II grado

“Piero della Francesca”, Sansepolcro; “Giovanni da Castiglione”, Castiglion Fiorentino; “Piero della Francesca”, Arezzo; “Vittorio Fossombroni”, Arezzo; “Francesco Petrarca”, Arezzo; “Vittoria Colonna”, Arezzo; ” F. Redi” Arezzo; “Galileo Galilei”, Arezzo

Firenze e provincia

Scuole secondarie di I grado

“Sc. media non statale dell’Immacolata”, Firenze; “Paolo Uccello”, Firenze; “Lorenzo De’ Medici”, Barberino di Mugello; “Paoli”, Signa; “Boccaccio”, Certaldo; “Pratolino-Vaglia”, Vaglia; “Spinelli”, Scandicci; “Pirandello”, Firenze; “Ghiberti”, Firenze; “A. di Cambio - B. Angelico”, Firenze; “D. Compagni”, Firenze; “Bacci-Ridolfi”, Castelfiorentino; “Incisa”, Incisa in Val D’Arno; “Ippolito Nievo”, San Casciano In Val Di Pesa; “Pescetti”, Sesto Fiorentino; “Masaccio - Calvino - Don Milani”, Firenze; “Busoni – Vanghetti”, Empoli; “Guicciardini – Poliziano”, Firenze; “ Botticelli – Puccini”, Firenze

Scuole secondarie di II grado

“Gino Capponi”, Firenze; “Enriques”, Castelfiorentino; “G. Conti, Sez.Dip. I.P.S.S.”, Firenze; Ernesto Balducci, Pontassieve; “Vasari”, Figline Valdarno; “G. Ferraris”, Empoli; “Virgilio”, Empoli; “Leonardo da Vinci”, Firenze; “A. M. Enriques Agnoletti”, Sesto Fiorentino; “Galileo”, Firenze; “C/O Educ. SS.Annunziata”, Firenze; “Da Vinci”, Firenze; “Il Pontormo”, Empoli; “Giotto Ulivi”, Borgo San Lorenzo; “Niccolo' Rodolico”, Firenze; “A. Saffi”, Firenze; “Chino Chini”, Borgo San Lorenzo; “Istituto Statale D’Arte”, Sesto Fiorentino; “Piero Calamandrei”, Sesto Fiorentino; “Antonio Meucci”, Firenze

Grosseto e provincia

Scuole secondarie di I grado

“Capalbio - E. Fermi”, Capalbio; “Cinigiano - M. Buonarroti”, Cinigiano; “Orbetello - G. Carducci”, Orbetello; “MM Galilei - Da Vinci”, Grosseto

Scuole secondarie di II grado

“R. Del Rosso”, Orbetello; “Leopoldo II DI Lorena”, Grosseto; “A. Manetti”, Grosseto; “Sorano”, Sorano; “V. Fossombroni”, Grosseto

Livorno e provincia

Scuole secondarie di I grado

“Sacro Cuore”, Livorno; “Micali Giuseppe”, Livorno; “G.Borsi”, Livorno; “Galileo Galilei”, Cecina; “Fattori Giovanni”, Rosignano Marittimo; “Bartolena Giovanni”, Livorno; “Malenotti Ettore”, Castagneto Carducci

Scuole secondarie di II grado

"M.Polo", Cecina; "Mattei", Rosignano Marittimo; "LS Federigo Enriques", Livorno; "Enrico Fermi", Cecina; "C. Colombo", Livorno; "Galilei", Livorno; "B. Buontalenti", Livorno

Lucca e provincia

Scuole secondarie di I grado

"IST. Comprensivo Barga", Barga; "IST. Comprensivo Marco Polo - Viani", Viareggio; "IST. Comprensivo Castiglione di Garfagnana", Castiglione di Garfagnana; "IST. Comprensivo Massarosa 1 Pellegrini", Massarosa; "Camigliano", Capannori; "Darsena", Viareggio; "Del Prete-De Nobili-Mutigliano", Lucca; "Da Vinci Chelini", Lucca

Scuole secondarie di II grado

"Michelangelo", Forte dei Marmi; "A. Passaglia", Lucca; "M. Civitali", Lucca; "PM G.Chini", Camaiore; "A. Vallisneri", Lucca; "G.Giorgi", Lucca; "F.Carrara", Lucca; "E.Fermi", Lucca;

Massa e provincia

Scuole secondarie di I grado

"Michelangelo Buonarroti", Carrara; "Giovan Battista Giorgini", Montignoso; "Alfieri-Bertagnini", Massa; "Don Lorenzo Milani", Massa

Scuole secondarie di II grado

"Salveti", Massa; "Enrico Fermi", Massa; "P. Tacca", Carrara; "A.Meucci", Massa

Pisa e provincia

Scuole secondarie di I grado

"G. Leopardi", Vecchiano; "IST. Comprensivo Niccolini", Ponsacco; "F. Di Bartolo", Buti; "Monteverdi Marittimo", Monteverdi Marittimo; "Dante Alighieri", Capannoli; "Fibonacci", Pisa; "G. B. Niccolini", San Giuliano Terme; "Luigi Russo", Cascina

Scuole secondarie di II grado

"XXV Aprile", Pontedera; "Antonio Pesenti", Cascina; "Eugenio Montale", Pontedera; "G. Matteotti", Pisa; "A. Pacinotti", Pontedera; "Enrico Fermi", Pontedera; "G. Marconi", Pontedera

Pistoia e provincia

Scuole secondarie di I grado

"Bartolomeo Sestini", Agliana; "Leonardo Da Vinci", Pistoia; "Coluccio Salutati", Buggiano; "Roncalli", Pistoia; "Giusti-Gramsci", Monsummano Terme

Scuole secondarie di II grado

"G.Sismondi", Pescia; "Forteguerra", Pistoia; "A. di Savoia", Pistoia; "Martini", Montecatini Terme; "Anzilotti", Pescia; "Capitini", Agliana

Prato e provincia

Scuole secondarie di I grado

"Salvemini-La Pira", Montemurlo; "Curzio Malaparte", Prato; "Bartolini", Vaiano; "Leonetto Tintori", Prato; "Don Bosco", Prato; "P. Cironi", Prato

Scuole secondarie di II grado

"J. M. Keynes", Prato; "N. Copernico", Prato; "F. Datini", Prato; "Guglielmo Marconi", Prato; "T. Buzzi", Prato

Siena e provincia

Scuole secondarie di I grado

"Renato Fucini", Monteroni D'Arbia; "S. Martini", Rapolano Terme; "Galileo Galilei", Chiusi; "Virgilio", Montepulciano; "San Bernardino Da Siena", Siena

Scuole secondarie di II grado

"A. Poliziano", Montepulciano; "Cennino Cennini", Colle di Val D'Elsa; "P. Artusi", Chianciano Terme; "Tito Sarrocchi", Poggibonsi; "Galileo Galilei", Siena; "Tito Sarrocchi", Siena

Presentazione

Con la presentazione dei risultati della terza indagine HBSC condotta in Toscana si conferma l'impegno della Regione nell'approfondire la conoscenza degli stili di vita dei propri giovani per orientare meglio le politiche e le azioni indirizzate a promuovere il loro benessere.

E' motivo di orgoglio e ulteriore stimolo di attenta riflessione la disponibilità di tali informazioni, prodotte a partire dall'Accordo quadro di collaborazione stipulato con l'Ufficio Regionale per l'Europa sugli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS nel lontano 2003. Con l'avvio del progetto, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", che ha permesso di estendere lo studio a tutte le Regioni italiane, la Regione Toscana ha colto l'occasione per sviluppare il proprio progetto in tale nuova e stimolante prospettiva. Con l'adesione al progetto, ci proponiamo quindi di affinare gli strumenti della programmazione regionale integrata, in un'ottica multidimensionale e intersettoriale. Il confronto fra i diversi attori della realtà sociale, alla luce dei dati prodotti nel tempo, consente di generare linee di indirizzo e azioni conseguenti che vedano attivamente in campo le diverse articolazioni regionali in collaborazione con il servizio sanitario regionale.

Obiettivo principale rimane quello di incrementare la capacità dei giovani medesimi di essere i protagonisti principali del proprio benessere mediante il rafforzamento dei determinanti favorevoli alla salute e il cambiamento dei comportamenti a rischio.

Daniela Scaramuccia

*Assessore al Diritto alla Salute
Regione Toscana*

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 realizzato 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 in questi anni 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 che ha coinvolto anche 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, agli insegnanti di tutti gli istituti coinvolti e le famiglie. Vorremmo però rivolgere un ringraziamento particolare ad ogni ragazzo e ragazza che, con la sua preziosa collaborazione nel compilare i questionari, ha reso tutto questo possibile.

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Indice

CAPITOLO 1 - LA RICERCA E IL CAMPIONE IN STUDIO	17
1.1 Introduzione	17
1.2 Lo studio HBSC in Toscana.	19
1.3 Descrizione del campione	21
Bibliografia	23
CAPITOLO 2 - IL CONTESTO FAMILIARE	25
2.1 Introduzione	25
2.2 La struttura familiare	25
2.3 La qualità delle relazioni con i genitori	29
2.4 Lo status socio-economico familiare	32
Bibliografia	35
CAPITOLO 3 - L'AMBIENTE SCOLASTICO	37
3.1 Introduzione	37
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	38
3.3 Rapporto con gli insegnanti	43
3.4 Rapporto con i compagni di classe	46
3.4.1 Violenza e bullismo	49
3.5 Rapporto con la scuola	52
Bibliografia	55
CAPITOLO 4 - SPORT E TEMPO LIBERO	57
4.1 Introduzione	57
4.2 Attività fisica	58
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica	59
4.3 Comportamenti sedentari	63
4.3.1 Frequenza dell'uso di TV, computer e mezzi di comunicazione	63
4.4 Rapporto con i pari	69
Bibliografia	73

CAPITOLO 5 - ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE	75
5.1 Introduzione	75
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.	77
5.3 Consumo di frutta e verdura	80
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	83
5.5 Stato nutrizionale	85
5.6 Igiene orale	91
Bibliografia	94
CAPITOLO 6 - COMPORTAMENTI A RISCHIO	97
6.1 Uso di sostanze	97
6.1.1 Il fumo	98
6.1.2 L'alcol.	100
6.1.3 Cannabis	103
6.1.4 Doping	104
6.2 Abitudini sessuali	106
6.3 Infortuni	108
Bibliografia	110
CAPITOLO 7 - LA SALUTE E IL BENESSERE	113
7.1 Introduzione	113
7.2 Percezione della propria salute	114
7.3 La percezione del benessere.	115
7.4 I sintomi riportati	117
7.5 Utilizzo di farmaci	122
Bibliografia	123
RISULTATI TOSCANI E NAZIONALI A CONFRONTO	123

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 Toscana, 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%. E' 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).

Come da protocollo internazionale solo ai quindicenni è sono state proposte domande relative all'uso di sostanze stupefacenti e al comportamento sessuale.

Inoltre nella nostra regione sono state ulteriormente aggiunte delle domande di approfondimento riguardanti i pasti, l'attività sportiva e la conoscenza del doping (solo per 13 e 15 anni).

Rispetto alle rilevazioni precedenti, in cui i questionari venivano spediti tramite corriere alle scuole aderenti, quest'anno è stato svolto un corso di formazione per gli operatori sanitari delle Aziende ASL che ha permesso di condividere i materiali e di standardizzarsi sulle procedure di contatto con gli insegnanti, gli alunni e le famiglie.

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 Lo studio HBSC in Toscana

La prima indagine HBSC in Toscana risale al 2004, in virtù dell'Accordo quadro di collaborazione (delibera GRT n. 302 del 31/03/2003) stipulato con l'Ufficio Regionale per l'Europa sugli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS, finalizzato a favorire strategie integrate per l'elaborazione e la sperimentazione di politiche atte a ridurre i fattori di rischio per la salute e promuovere stili di vita sani. Tale Accordo mira a "disciplinare in modo organico e puntuale i rapporti di cooperazione e reciproco interscambio in materia di attività di ricerca, formazione, sperimentazione, realizzazione e diffusione di modelli valutativi e buone pratiche di promozione della salute derivanti dalla programmazione della Regione Toscana in tema di salute".

L'attuazione del progetto è stata resa possibile dal Protocollo di Intesa sottoscritto dalla Regione Toscana e dalla Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana del 13.02.2003.

L'indagine in Toscana, coordinata dal Centro Interdipartimentale di Ricerca in Educazione e Promozione della Salute (CREPS) dell'Università

di Siena, ha adottato il protocollo metodologico della ricerca internazionale HBSC, in tal modo permettendo, in aggiunta alla fotografia dei nostri giovani relativa all'anno scolastico di rilevazione, di procedere ai confronti con altre realtà nazionali e regionali che hanno si avvalgono dei medesimi strumenti di indagine.

L'estensione dell'indagine a tutte le altre Regioni italiane, grazie al Programma "Guadagnare Salute" promosso dal Ministero della Salute/CCM consente ulteriori approfonditi confronti con le diverse realtà regionali.

Giunti alla terza rilevazione regionale, si cominciano a delineare i *trend* temporali circa l'evoluzione dei modelli comportamentali, che consentono di trarre utili indicazioni al fine di valutare gli obiettivi e i risultati delle politiche per la salute dei giovani.

1.3 Descrizione del campione

In Toscana hanno aderito 149 scuole su 152 selezionate (98,02%) e 216 classi (98,18%) sulle 220 selezionate. La rispondenza è risultata decrescere con l'aumentare dell'età, passando da 98,53% per le classi di prima media (11 anni) a 97,44% per quelle di seconda superiore (15 anni).

Tabella 1.1 - Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	68	67	98,53
Classe terza media	74	73	98,65
Classe seconda superiore	78	76	97,44
Totale	220	216	98,18

Considerando le 216 classi rispondenti, il campione reale risulta composto da 3291 studenti, dei quali 235 (7,14%) sono risultati assenti e 39 (1,18%) non hanno dato il consenso a partecipare all'indagine (tabella 1.1).

Tabella 1.2 - Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	35,14 (598)	33,79 (537)	34,49 (1135)
13 anni	37,37 (636)	38,96 (619)	38,13 (1255)
15 anni	27,50 (468)	27,25 (433)	27,38 (901)
Totale	100,00 (1702)	100,00 (1589)	100,00 (3291)

Il campione studiato è composto da 1702 ragazzi (51,71%) e 1589 (48,29%) ragazze (tabella 1.2). Il rapporto ragazzi/ragazze si mantiene pressoché costante nelle tre fasce di età, passando da 1,11 per gli undicenni a 1,02 per i tredicenni e a 1,08 per i quindicenni.

Da segnalare come in seconda superiore siano stati interessati all'indagine 1382 ragazzi, 481 dei quali non possono essere considerati nelle analisi in quanto: 202 (14,61%) hanno un'età superiore a quella richiesta dal protocollo (maggiore di 15,6); 124 (9,00%) assenti; 7 (0,51%) rifiuti e 148 (10,71%) mancanti delle informazioni minime richieste per essere inclusi nelle analisi.

Tabella 1.3 - Composizione del campione per luogo di nascita ed età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	93,12 (1042)	92,54 (1153)	94,20 (845)
Nato all'estero	6,88 (77)	7,46 (93)	5,80 (52)
Totale	100,00 (1119)	100,00 (1246)	100,00 (897)

Dalla tabella 1.3 è possibile osservare la percentuale di ragazzi nati in Italia, che in media per le tre fasce di età è di circa il 93%.

Confronto fra i dati toscani degli anni: 2009/10 e 2005/06

Il gradimento e la partecipazione delle scuole e delle famiglie sono risultati migliori rispetto all'anno scolastico 2005-2006. In questo anno scolastico ha aderito il 98,02% delle scuole, rispetto all'83,8% del 2005/06 e soltanto l'1,18% (vs. 5,30% del 2005/06) non ha dato il consenso a partecipare all'indagine.

Anche la rispondenza è stata maggiore: 98,53% vs. 87,50% per le classi di prima media (11 anni) e 97,44% vs. 81,30% per quelle di seconda superiore (15 anni).

Da segnalare, un consistente aumento di ragazzi ripetenti: 202 in questo anno rispetto ai 113 del 2005/06.

Bibliografia

- 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. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

Lecture 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, 1999).

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 alla vita autonoma (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 di 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.

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	65,27 (2071)
Madre e padre, più uno o due nonni	16,07 (510)
Solo madre (con o senza nonni)	11,85 (376)
Solo padre (con o senza nonni)	1,23 (39)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3,56 (113)
Solo nonni (uno o due)	0,66 (21)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1,36 (43)
Totale	100,00 (3173)

Dall'analisi della tabella 2.1, emerge che la maggioranza dei ragazzi/e (81,34%) dichiara di vivere in un contesto familiare nucleare con entrambi i genitori, e in particolare il 65,27% solo con i genitori e il 16,07% con anche i nonni. Non sono pochi tuttavia quelli che riportano come contesto familiare principale una famiglia monogenitoriale (13,08%); si tratta quasi interamente di famiglie non allargate che fanno perno sulla figura materna (l'11,85%) rispetto a quella paterna (1,23%); se a queste si sommano i casi di famiglie ricostituite (materna o paterna) e le famiglie estese, (prendendo

in considerazione anche la famiglia allargata) si ha complessivamente il 17,33% di casi nei quali i genitori naturali sono separati.

Tabella 2.2 - Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	26,77 (680)
Un fratello o sorella	51,73 (1314)
Due o più fratelli o sorelle	21,50 (546)
Totale	100,00 (2540)

Il 26,77% dei ragazzi è figlio unico ed il 51,73% ha un solo fratello (tabella 2.2).

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 al 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 alcune sostanze tra i ragazzi (Zambon et al., 2006). Dall'altra parte, è stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possa 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.

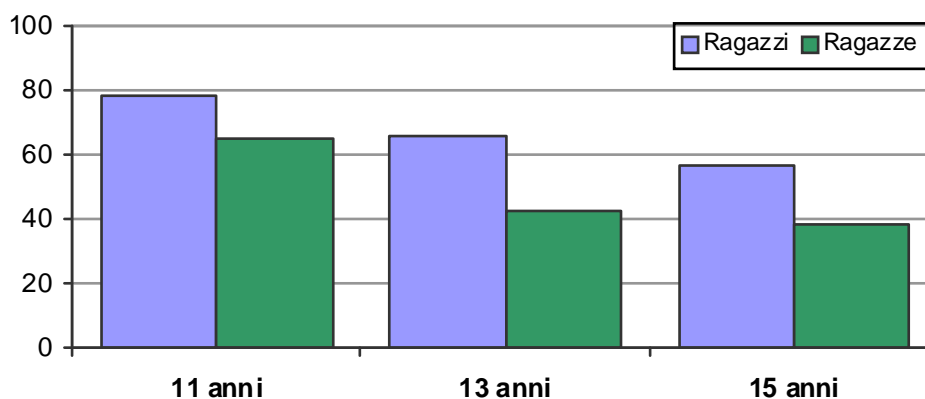
Tabella 2.3 - Quanto è facile per te parlare con tuo padre di cose che ti preoccupano veramente?

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	33,12 (365)	14,83 (183)	11,22 (100)
Facile	39,11 (431)	39,47 (487)	36,36 (324)
Difficile	18,87 (208)	29,82 (368)	31,99 (285)
Molto difficile	6,44 (71)	12,64 (156)	16,72 (149)
Non ho questa persona	2,45 (27)	3,24 (40)	3,70 (33)
Totale	100,00 (1102)	100,00 (1234)	100,00 (891)

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

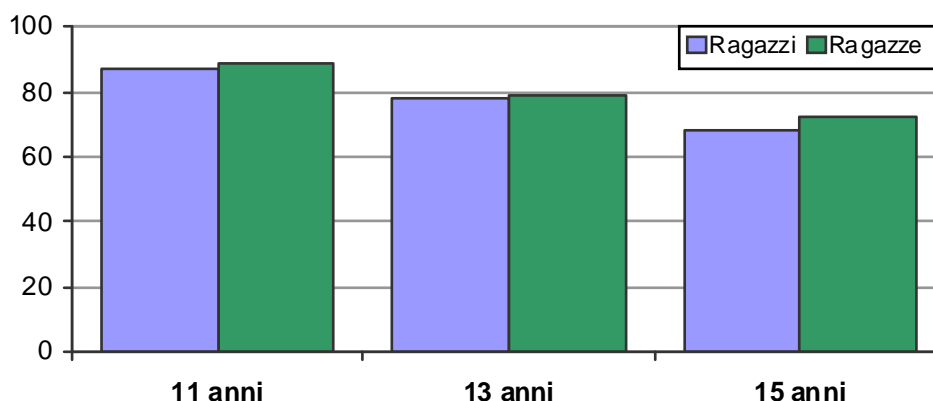
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	54,40 (594)	36,35 (446)	26,69 (237)
Facile	33,24 (363)	42,38 (520)	43,81 (389)
Difficile	8,61 (94)	15,65 (192)	22,07 (196)
Molto difficile	2,38 (26)	4,97 (61)	5,52 (49)
Non ho questa persona	1,37 (15)	0,65 (8)	1,91 (17)
Totale	100,00 (1092)	100,00 (1227)	100,00 (888)

Questi dati mostrano che il dialogo con le madri è sempre “molto facile” più che con i padri e con valori in diminuzione al crescere dell’età (a 11 anni: 54,40% delle madri contro il 33,12% dei padri; a 13 anni: 36,35% contro 14,83%; a 15 anni: 26,69% contro 11,22%). All’estremo opposto, il dialogo “molto difficile” presenta un andamento inverso, nel senso che i valori più elevati si riscontrano per i padri e sono in aumento con l’età (a 11 anni: 2,38% delle madri contro 6,44% % dei padri; a 13 anni: 4,97% contro 12,64%; a 15 anni: 5,52% contro 16,72%).

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

Sommando le risposte “molto facile” e “facile” parlare con il padre e dividendo per genere, si vede come sia più facile per i ragazzi parlare con il padre rispetto alle ragazze in tutte le fasce di età, con la consueta diminuzione con la crescita (a 11 anni: 78,55% vs. 65,27%; 65,65% vs. 42,83% a 13 anni e 56,30% vs. 38,28% a 15 anni) (figura 2.1).

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



Sommando le risposte “molto facile” e “facile” parlare con la madre e dividendo per genere, si vede come le differenze fra ragazzi e ragazze siano praticamente assenti in tutte le fasce di età, c’è la consueta diminuzione con la crescita anche se molto meno marcata rispetto al dialogo con il padre (a 11 anni: 86,99% vs. 88,69%; 78,40% vs. 78,85% a 13 anni e 68,42% vs. 72,60% a 15 anni) (figura 2.2).

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 indicatori utilizzati.

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	7,74 (249)
Medio	39,76 (1279)
Alto	52,50 (1689)
Totale	100,00 (3217)

Dalla tabella 2.5 si nota che la frequenza del livello economico alto (FAS = 3) è quella più elevata (52,50%), rispetto a quello medio (39,76%) e a quello basso (7,74%).

Tabella 2.6 - Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Lic. elementare	2,23 (14)	2,23 (20)	3,26 (26)	2,81 (19)	2,24 (21)	1,35 (11)
Licenza media	22,58 (142)	25,03 (224)	31,49 (251)	15,51 (105)	21,13 (198)	29,17 (238)
Ist. professionale	12,88 (81)	15,75 (141)	14,05 (112)	11,67 (79)	11,53 (108)	8,33 (68)
Maturità	27,50 (173)	31,06 (278)	34,13 (272)	33,68 (228)	38,63 (362)	41,42 (338)
Laurea	34,82 (219)	25,92 (232)	17,06 (136)	36,34 (246)	26,47 (248)	19,73 (161)
Totale	100,00 (629)	100,00 (895)	100,00 (797)	100,00 (677)	100,00 (937)	100,00 (816)

Il livello di istruzione dei genitori, considerato indicativo dello status sociale della famiglia, è descritto nella tabella 2.6, la quale evidenzia che complessivamente una buona percentuale di genitori ha un livello alto di istruzione (in possesso del diploma di maturità superiore e/o di laurea), in particolare, il 65,14% delle madri e il 56,44% dei padri.

Confronto fra i dati toscani degli anni: 2009/10, 2005/06 e 2003/04

Nel 2003/04 la maggior parte dei ragazzi (84,60%) dichiarava di vivere con entrambi i genitori mentre nel 2005/06 e 2009/10 le percentuali sono notevolmente diminuite al 66,00% e al 65,27% rispettivamente. Di conseguenza sono aumentate le famiglie monogenitoriali, con valori più elevati per le famiglie con sole madri rispetto a quelle con soli padri: rispettivamente 11,85% e 1,23% nel 2009/10; 8,40% e 0,90% nel 2005/06 e 8,30% e 1,00% nel 2003/04.

La facilità di comunicazione con i genitori rimane invariata nel tempo: è sempre più facile aprirsi e dialogare con le madri rispetto ai padri.

Negli ultimi anni (2009/10) la maggior parte delle famiglie presenta un livello economico alto (FAS=3), rispetto agli anni precedenti, nei quali la maggior parte delle famiglie presentava un livello economico medio (FAS=2). Si evidenzia un aumento del numero dei genitori laureati: madri laureate dal 2003/04 ad oggi 39,40%; 45,30% e 65,14% e padri laureati 38,10%; 39,60% e 56,44% rispettivamente. Le madri hanno sempre un livello di istruzione maggiore rispetto ai padri.

Bibliografia

- 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., Groenhof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Ineq 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

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 software	Risorse Audio/ visive	Attrez. speciali per disabili	Lab. specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguatezza	70,42 (100)	75,35 (107)	71,13 (101)	71,53 (103)	66,67 (96)	83,45 (121)	79,86 (115)	58,74 (84)	76,06 (108)
Non adeguata	28,17 (40)	24,65 (35)	28,87 (41)	20,14 (29)	32,64 (47)	16,55 (24)	20,14 (29)	37,06 (53)	23,94 (34)
Risorsa non presente	1,41 (2)	0,00 (0)	0,00 (0)	8,33 (12)	0,69 (1)	0,00 (0)	0,00 (0)	4,20 (6)	0,00 (0)
Totale	100,00 (142)	100,00 (142)	100,00 (142)	100,00 (144)	100,00 (144)	100,00 (145)	100,00 (144)	100,00 (143)	100,00 (142)

La maggior parte delle scuole (circa il 70%) presenta risorse strutturali adeguate, ad eccezione di biblioteca/libreria (66,67%) e attrezzature speciali per disabili (58,74%). Nell'8,33% delle scuole manca totalmente la palestra e nel 4,20% mancano le attrezzature speciali per disabili (tabella 3.1).

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 % (N)	Attività fisica e Sport % (N)	Violenza bullismo % (N)	Abuso di sostanze % (N)
Sì abitualmente	61,70 (87)	84,62 (121)	60,87 (84)	48,91 (67)
Sì di tanto in tanto	34,75 (49)	14,69 (21)	32,61 (45)	43,80 (60)
No	3,55 (5)	0,70 (1)	6,52 (9)	7,30 (10)
Totale	100,00 (141)	100,00 (143)	100,00 (138)	100,00 (137)

Tra le varie iniziative per migliorare la salute ed il benessere degli studenti, l'attività fisica e lo sport sono quelle più utilizzate dalla scuola (84,62%), seguite da interventi su nutrizione e alimentazione (61,70%) e da quelli sulla violenza e bullismo (60,87%). Programmi di educazione riguardo l'abuso di sostanze dovrebbero essere implementati e sviluppati in quanto sono presenti solo nella metà delle scuole (48,91%) (tabella 3.2).

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

	Mensa scolastica % (N)	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt % (N)	Distributori automatici di alimenti % (N)
Sì	35,21 (50)	14,81 (20)	62,86 (88)
No	64,79 (92)	85,19 (115)	37,14 (52)
Totale	100,00 (142)	100,00 (135)	100,00 (140)

Dalla tabella 3.3 possiamo vedere che il 64,79% delle scuole non presenta una mensa scolastica, che nell'85,19% non è prevista la distribuzione di alimenti sani come latte, frutta e yogurt, ma piuttosto è fornita la possibilità di accedere a distributori automatici di alimenti (62,86%).

Tabella 3.4: 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 confezionate, caramelle, snack	Yogurt	Frutta fresca	Acqua	Bevande calde	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	68,18 (60)	71,59 (63)	64,77 (57)	25,00 (22)	10,23 (9)	79,55 (70)	87,50 (77)	9,09 (8)
No	31,82 (28)	28,41 (25)	35,23 (31)	75,00 (66)	89,77 (79)	20,45 (18)	12,50 (11)	90,91 (80)
Totale	100,00 (88)	100,00 (88)	100,00 (88)	100,00 (88)	100,00 (88)	100,00 (88)	100,00 (88)	100,00 (88)

In tali distributori automatici sono contenute bibite zuccherate e gassate (68,18%), succhi di frutta (71,59%), merendine preconfezionate, caramelle, snack (64,77%) e bevande calde (87,50%). Soltanto nel 25,00% dei distributori automatici è presente lo yogurt e nel 10,23% la frutta fresca, considerati spuntini adeguati per gli studenti di questa età (tabella 3.4).

Tabella 3.5 - 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	19,73 (29)	4,76 (7)	14,29 (21)	20,41 (30)	10,20 (15)	25,85 (38)
No	80,27 (118)	95,24 (140)	85,71 (126)	79,59 (117)	89,80 (132)	74,15 (109)
Totale	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)

L'adozione di iniziative per favorire corrette scelte alimentari (tabella 3.5) sono intraprese dal 78,10% delle scuole, attraverso la collaborazione con comune (19,73%), associazioni (20,41%) e altri enti (25,85%).

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

	Classi % (N)
Tutte	96,58 (141)
Quasi tutte	0,68 (1)
Circa la metà	2,05 (3)
Poche	0,68 (1)
Totale	100,00 (146)

Per quanto riguarda l'attività motoria prevista dal curriculum, il 96,58% delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore raccomandate (tabella 3.6).

Tabella 3.7 - Frequenza percentuale del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti della organizzazione all'interno della scuola

	Sviluppo politiche regole	Organizzazione del contesto fisico della scuola	Sviluppo misure di promozione alla salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Di frequente	81,51 (119)	36,43 (51)	52,82 (75)	48,57 (68)	45,45 (65)
Raramente	17,12 (25)	51,43 (72)	42,25 (60)	45,71 (64)	48,25 (69)
Mai	1,37 (2)	12,14 (17)	4,93 (7)	5,71 (8)	6,29 (9)
Totale	100,00 (146)	100,00 (140)	100,00 (142)	100,00 (140)	100,00 (143)

A proposito dell'organizzazione interna della scuola, la tabella 3.7 mostra quanto frequentemente i ragazzi partecipino e vengano coinvolti nello sviluppo di politiche e regole (81,51%) e nello sviluppo di misure di promozione della salute (52,82%); mentre il 63,57% degli studenti viene coinvolto "mai" oppure "raramente" nell'organizzazione del contesto fisico scolastico.

Tabella 3.8 - 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)
Rilevante	2,14 (3)	2,13 (3)	4,23 (6)	0,71 (1)	15,60 (22)	0,00 (0)	0,72 (1)
Moderato	52,14 (73)	49,65 (70)	71,13 (101)	55,71 (78)	55,32 (78)	27,86 (39)	70,29 (97)
Non presente	45,71 (64)	48,23 (68)	20,42 (29)	43,57 (61)	29,08 (41)	72,14 (101)	26,09 (36)
Non so	0,00 (0)	0,00 (0)	4,23 (6)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	2,90 (4)
Totale	100,00 (140)	100,00 (141)	100,00 (142)	100,00 (140)	100,00 (141)	100,00 (140)	100,00 (138)

All'esterno della scuola, secondo i dirigenti scolastici, i problemi più rilevanti riguardano il traffico eccessivo (15,60%), mentre le tensioni razziali/etniche, le immondizie per la strada, lo spaccio/consumo di sostanze, le violenze/vandalismo e la criminalità vengono considerati come problemi moderati (tabella 3.8).

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 15 anni) 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".

Tabella 3.9 - Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto": per genere, solo quindicenni

	Ragazzi %	Ragazze %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	9,09 (42)	9,03 (39)	9,06 (81)
D'accordo	36,36 (168)	36,57 (158)	36,47 (326)
Né d'accordo né in disaccordo	34,85 (161)	37,27 (161)	36,02 (322)
Non d'accordo	13,20 (61)	13,89 (60)	13,53 (121)
Per niente d'accordo	6,49 (30)	3,24 (14)	4,92 (44)
Totale	100,00 (462)	100,00 (432)	100,00 (894)

Nella tabella 3.9 sono riportate le risposte relative alla domanda "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto" e risulta che il 45,53% dei ragazzi è "d'accordo" o "molto d'accordo" con questa affermazione. Non vi sono sostanziali differenze di risposta tra maschi e femmine.

Tabella 3.10 - Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti", per genere solo quindicenni

	Ragazzi %	Ragazze %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	11,66 (54)	10,42 (45)	11,06 (99)
D'accordo	47,08 (218)	48,15 (208)	47,60 (426)
Né d'accordo né in disaccordo	26,35 (122)	28,94 (125)	27,60 (247)
Non d'accordo	9,29 (43)	10,19 (44)	9,72 (87)
Per niente d'accordo	5,62 (26)	2,31 (10)	4,02 (36)
Totale	100,00 (463)	100,00 (432)	100,00 (895)

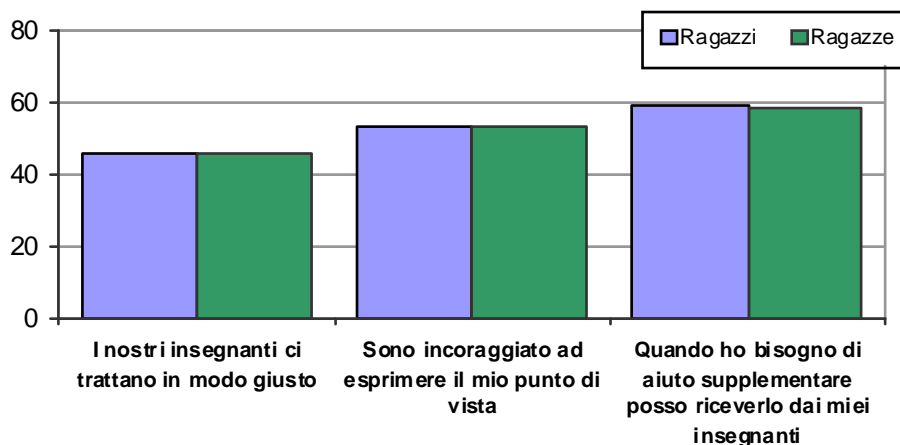
Nella tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla domanda "quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti" e risulta che il 58,66% dei ragazzi è "d'accordo" o "molto d'accordo" con questa affermazione. Non vi sono sostanziali differenze di risposta tra maschi e femmine.

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

	Ragazzi %	Ragazze %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	11,88 (55)	11,83 (51)	11,86 (106)
D'accordo	41,47 (192)	41,30 (178)	41,39 (370)
Né d'accordo né in disaccordo	27,00 (125)	29,70 (128)	28,30 (253)
Non d'accordo	11,88 (55)	11,37 (49)	11,63 (104)
Per niente d'accordo	7,78 (36)	5,80 (25)	6,82 (61)
Totale	100,00 (463)	100,00 (431)	100,00 (894)

Il 53,25% dei quindicenni (senza differenze tra maschi e femmine) dichiara che in classe è incoraggiato a esprimere il proprio punto di vista (somma delle risposte molto d'accordo e d'accordo) (tabella 3.11).

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



Infine dalla figura 3.1 possiamo vedere come poco meno della metà dei ragazzi e delle ragazze ritengano di essere trattati in modo giusto dai propri insegnanti, il 53,00% si senta incoraggiato ad esprimere il proprio punto di vista e comunque il 59,00% dei ragazzi e delle ragazze ritiene di poter ricevere un aiuto supplementare dai propri insegnanti.

3.4 Rapporto con i compagni di classe

Il gruppo 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).

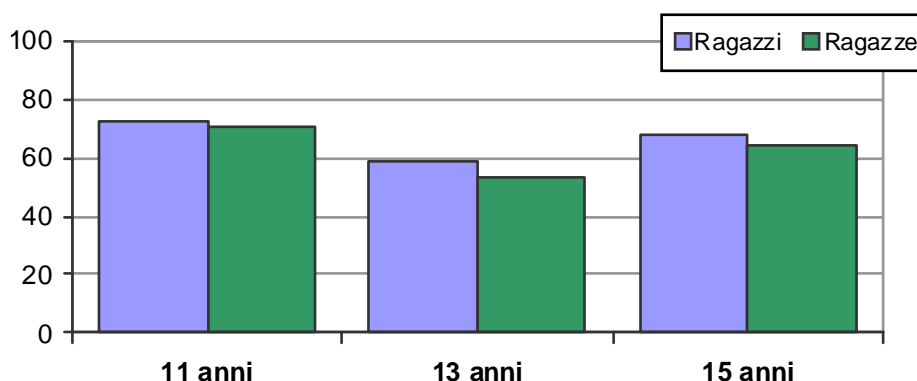
Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto di indicare il grado di accordo con le seguenti affermazioni: "La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile" e "I miei compagni mi accettano per quello che sono". Nelle tabelle 3.12 e 3.13 sono state riportate le risposte relative a tali affermazioni.

Tabella 3.12 - Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	31,20 (351)	17,37 (217)	17,93 (161)
D'accordo	40,09 (451)	38,35 (479)	48,33 (434)
Né d'accordo né in disaccordo	20,27 (228)	31,95 (399)	22,83 (205)
Non d'accordo	5,78 (65)	9,69 (121)	8,57 (77)
Per niente d'accordo	2,67 (30)	2,64 (33)	2,34 (21)
Totale	100,00 (1125)	100,00 (1249)	100,00 (898)

La maggior parte degli studenti dichiara che i propri compagni sono gentili e disponibili; sommando le risposte "molto d'accordo" e "d'accordo" si ottiene una percentuale di risposta per gli 11, 13 e 15 anni rispettivamente del 71,29%, 55,72% e 66,26% (tabella 3.12).

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



Nella figura 3.2 è possibile osservare le risposte a questa affermazione divise per genere e si evidenzia che i maschi sono tendenzialmente più d'accordo delle femmine (72,13% vs. 70,36% a 11 anni; 58,36% vs. 53,01% a 13 anni e 68,17% vs. 64,20% a 15 anni).

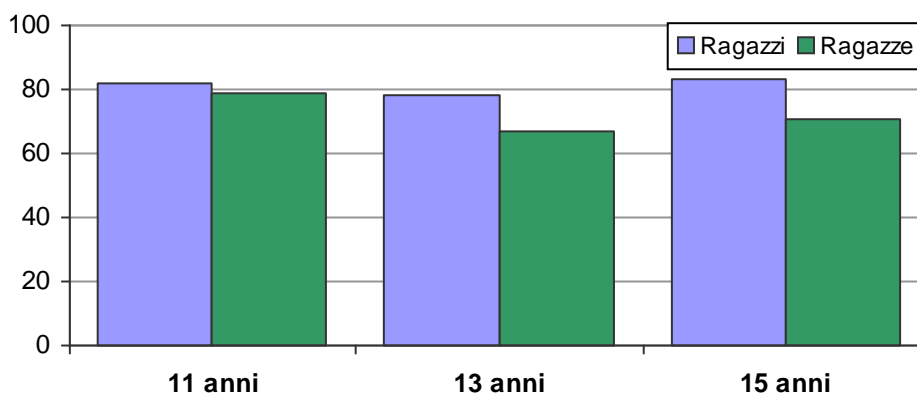
Tabella 3.13 - Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	43,49 (488)	34,05 (425)	25,64 (230)
D'accordo	36,90 (414)	38,54 (481)	51,39 (461)
Né d'accordo né in disaccordo	13,46 (151)	17,07 (213)	16,16 (145)
Non d'accordo	3,92 (44)	6,65 (83)	5,13 (46)
Per niente d'accordo	2,23 (25)	3,69 (46)	1,67 (15)
Totale	100,00 (1122)	100,00 (1248)	100,00 (897)

La maggior parte degli studenti dichiarano di essere accettati per quello che sono da parte dei compagni; sommando le risposte "molto

d'accordo" e "d'accordo" si ottiene una percentuale di risposta per gli 11, 13 e 15 anni rispettivamente del 80,39%, 72,59% e 77,03 (tabella 3.13).

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



Le ragazze mostrano percentuali sempre leggermente inferiori rispetto ai ragazzi, soprattutto a 13 (78,32% vs. 66,72) e a 15 anni (83,01% vs. 70,60%) (figura 3.3).

3.4.1 Violenza e bullismo

In questo studio, relativamente al rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola, è stato approfondito il tema delle relazioni violente e del bullismo. Con il termine "violenza" si intendono episodi di conflitto fisico tra due ragazzi più o meno pari in quanto a forza fisica, età e capacità di aggressione; si parla di bullismo quando avviene uno scontro tra un dominante e un dominato, ovvero quando chi è vittima subisce atti o parole "cattive o spiacevoli", o viene "ripetutamente stuzzicato in un modo che non gli piace" oppure "escluso apposta".

Per indagare gli episodi di violenza è stato chiesto ai ragazzi se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi. Nella tabella 3.14 sono state riportate le percentuali di frequenza delle risposte fornite dai ragazzi, per età.

Tabella 3.14 - “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	66,07 (742)	65,97 (824)	70,00 (630)
Una volta	15,67 (176)	18,41 (230)	15,44 (139)
2 volte	5,52 (62)	6,41 (80)	6,78 (61)
3 volte	3,83 (43)	3,44 (43)	2,44 (22)
4 volte o più	8,90 (100)	5,76 (72)	5,33 (48)
Totale	100,00 (1123)	100,00 (1249)	100,00 (900)

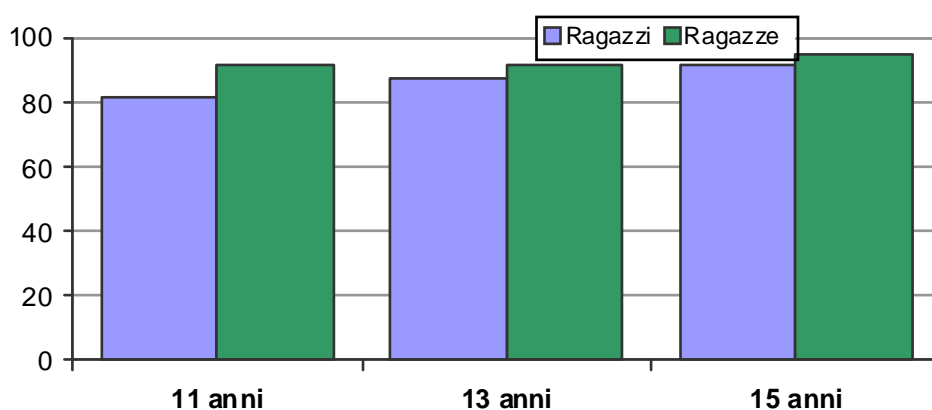
La percentuale più elevata di coloro che dichiarano di essersi azzuffati più di tre volte nell'ultimo hanno si riscontra negli undicenni (12,73%), con un decremento in quelli di tredici (9,20%) e di quindici anni (7,77%). Un andamento inverso con l'età si evidenzia se analizziamo la risposta “mai” è del 66,07% a 11 anni; del 65,97% a 13 anni e del 70,00% a 15 anni (tabella 3.14).

Il fenomeno del bullismo è stato indagato 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”.

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	86,35 (968)	89,57 (1117)	93,20 (836)
1-2 volte negli ultimi due mesi	8,74 (98)	7,38 (92)	4,57 (41)
2-3 volte nell'ultimo mese	1,69 (19)	1,76 (22)	1,00 (9)
1v/settimana	0,89 (10)	0,24 (3)	0,22 (2)
>1 volta/settimana	2,32 (26)	1,04 (13)	1,00 (9)
Totale	100,00 (1121)	100,00 (1247)	100,00 (897)

La maggior parte dei ragazzi dichiara di non avere mai subito atti di bullismo: 86,35%, 89,57% e 93,20%, rispettivamente a 11, 13 e 15 anni. Risulta evidente come per gli atti di violenza che anche per quanto riguarda l'aver subito atti di bullismo è sempre la fascia di età più bassa ad esserne interessata maggiormente (tabella 3.15).

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

Dalla figura 3.4 si può osservare che le ragazze dichiarano in maniera sempre maggiore rispetto ai maschi, di non aver mai subito atti di bullismo,

la differenza maggiore si evidenzia all'età di 11 anni (81,73% vs. 91,51% a 11 anni; 87,62% vs. 91,57% a 13 anni e 91,61% vs. 94,91% a 15 anni).

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 di gruppo 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 contesto scolastico come ambiente supportivo e accettante (Vieno, 2005).

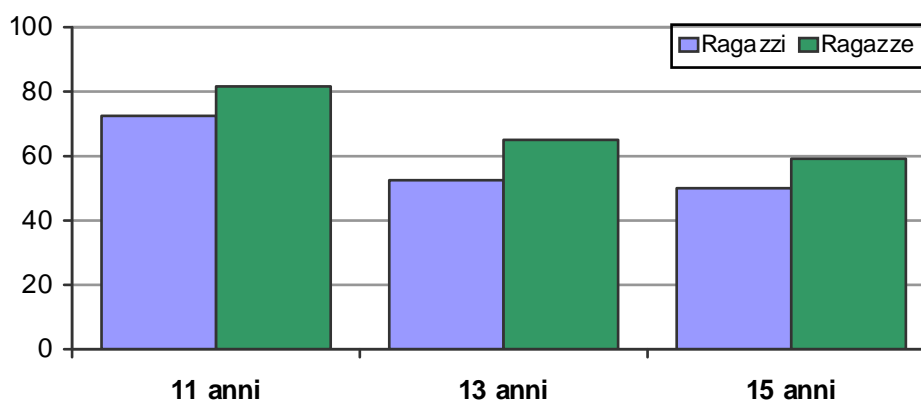
In questo studio, il rapporto dei ragazzi con l'istituzione scolastica è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della propria scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente".

In tabella 3.16 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

Tabella 3.16 - “Attualmente cosa pensi della scuola?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	28,39 (320)	9,50 (119)	7,56 (68)
Abbastanza	48,71 (549)	49,20 (616)	46,89 (422)
Non tanto	13,84 (156)	28,51 (357)	33,78 (304)
Non mi piace per nulla	9,05 (102)	12,78 (160)	11,78 (106)
Totale	100,00 (1127)	100,00 (1252)	100,00 (900)

Si evidenzia una diminuzione del gradimento della scuola con il crescere dell'età (28,39% a 11 anni, 9,50% a 13 anni e 7,56% a 15 anni. Da non trascurare le risposte negative “non tanto” e “non mi piace per nulla” difatti nei 15enni quasi la metà (45,56%) è di tale opinione.

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

Comparando le percentuali di ragazze e ragazzi per classi d'età che danno una risposta complessivamente positiva (“Mi piace abbastanza” e “Mi piace molto”), si evidenzia una certa differenza in tutte le fasce d'età tra i generi: le ragazze dichiarano di apprezzare la scuola dai 8 ai 12 punti percentuali in più (72,73% vs. 81,99% a undici anni; 52,84% vs. 64,72% a tredici anni e 50,32% vs. 58,89% a quindici anni).

Confronto fra i dati toscani degli anni:2009/10, 2005/06 e 2003/04

Le tematiche affrontate nel sottocapitolo 3.2 su struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere sono completamente nuove rispetto agli anni passati e quindi ovviamente non confrontabili.

Per quanto riguarda il rapporto con gli insegnanti, dagli anni 2003/04 ad oggi non si rilevano particolari differenze.

La qualità del rapporto dei ragazzi/e con i loro compagni di classe è rimasta invariata nel tempo per gli studenti di 11 e 13 anni, mentre a 15 anni le relazioni sono migliorate nel tempo, sia per i ragazzi che per le ragazze. Riportiamo la percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", dal 2003 ad oggi rispettivamente per i maschi 48,70%, 59,80% e 68,17% e per le femmine 45,60%, 58,60% e 64,20% e la percentuale di coloro che sono "molto d'accordo" o "d'accordo" con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono", dal 2003 ad oggi rispettivamente per i maschi 72,40%, 72,80% e 83,01% e per le femmine 63,10%, 67,60% e 70,60%.

Il fenomeno della violenza e del bullismo, sempre esistito fra i giovani, è stato recentemente evidenziato per l'allarme sociale creato. Dai nostri dati dal 2003/04 ad oggi, le percentuali di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo sono diminuite sia nei ragazzi (35,90%, 32,50% e 18,27% a 11 anni; 30,50%, 18,90% e 12,38% a 13 anni; 16,90%, 15,70% e 8,39% a 15 anni) sia nelle ragazze (27,50%, 18,70% e 8,49% a 11 anni; 29,30%, 18,20% e 8,43% a 13 anni; 11,70%, 9,30% e 5,09% a 15 anni).

L'apprezzamento per la scuola rimane sempre maggiore per le ragazze, rispetto ai coetanei maschi e dal 2003/04 piace sempre di più a tutte e tre le fasce di età.

Bibliografia

- 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 Ed. 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 toscani 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 EL, 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 et al., 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 et al., 2000; Stroebe et al., 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 et al., 2001; WHO, 2008; Alfermann et al., 2000), E' documentata inoltre in letteratura la relazione tra inattività ed esiti di sovrappeso ed obesità per i preadolescenti (Vieno et al., 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).

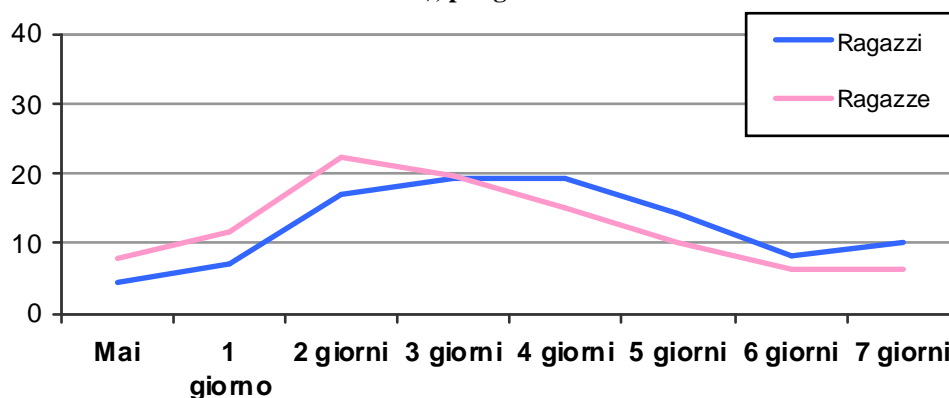
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno".

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Non faccio mai attività fisica	5,33 (59)	4,88 (61)	8,44 (76)
Un giorno	7,05 (78)	8,88 (111)	12,89 (116)
Due giorni	22,22 (246)	19,44 (243)	17,00 (153)
Tre giorni	20,51 (227)	19,28 (241)	18,22 (164)
Quattro giorni	18,43 (204)	18,08 (226)	15,33 (138)
Cinque giorni	11,02 (122)	14,64 (183)	10,78 (97)
Sei giorni	6,14 (68)	7,84 (98)	7,89 (71)
Sette giorni	9,30 (103)	6,96 (87)	9,44 (85)
Totale	100,00 (1107)	100,00 (1250)	100,00 (900)

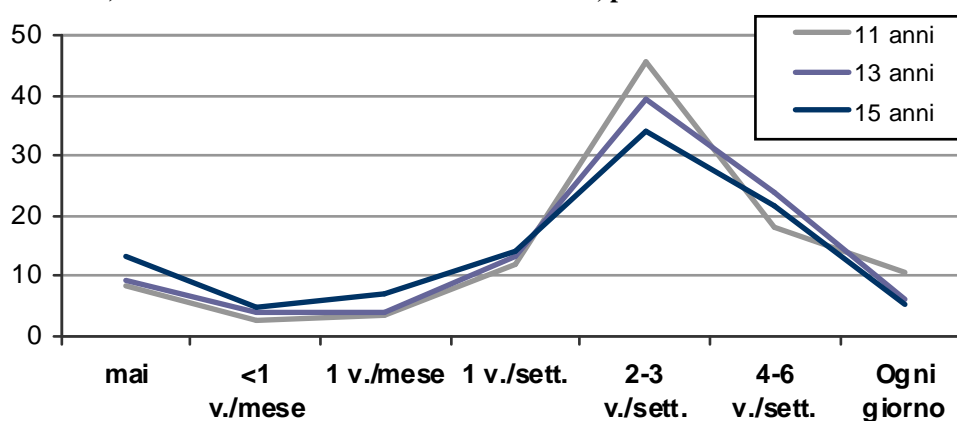
Osservando la tabella 4.1, si nota che il 5,33% degli undicenni, il 4,88% dei tredicenni e l'8,44% dei quindicenni non svolge mai attività fisica. La maggior parte pratica attività motoria dai due ai cinque giorni, mentre la frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di sette giorni alla settimana con almeno un'ora di attività fisica è rispettivamente del 9,30% a undici anni, 6,96% a tredici anni e 9,44% a quindici anni.

Figura 4.1 - Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



Se mettiamo a confronto le frequenze di quanti praticano attività fisica per genere (figura 4.1), risulta evidente che i ragazzi si muovono in generale più delle ragazze. Rispetto alle raccomandazioni delle linee guida internazionali, i ragazzi (10,33%) hanno percentuali più elevate delle ragazze (6,40%).

Inoltre è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso, tale da rimanere senza fiato o sudare.

Figura 4.2 - Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa ('volte' alla settimana) esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età

In tutte e tre le fasce di età, al di fuori dell'orario scolastico, le percentuali più elevate vengono riscontrate per "2-3 volte a settimana" con rispettivamente il 45,69%, il 39,57% e il 34,11% a 11, 13 e 15 anni (figura 4.2). E' abbastanza chiaro che la quantità di attività fisica intensa tende a diminuire al crescere dell'età.

Tabella 4.2 - "Hai mai praticato un'attività sportiva?", per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sì	97,16 (1199)	96,27 (826)
No	2,84 (35)	3,73 (32)
Totale	100,00 (1234)	100,00 (858)

Dalla tabella 4.2, possiamo vedere come il 2,84% a 13 anni e il 6,73% a 15 anni non abbia mai praticato un'attività sportiva.

Tabella 4.3 - “Pratici ancora un’attività sportiva?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sì	77,95 (930)	66,79 (549)
No	22,05 (263)	33,21 (273)
Totale	100,00 (1193)	100,00 (822)

Tra coloro che hanno risposto in maniera affermativa alla domanda precedente, il 77,95% dei tredicenni e il 66,79% dei quindicenni pratica ancora un’attività sportiva (tabella 4.3).

Tabella 4.4 - “Se sì, quale?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Atletica	4,58 (42)	3,37 (19)
Nuoto	12,44 (114)	10,30 (58)
Basket-Pallavolo	15,83 (145)	14,92 (84)
Calcio	25,76 (236)	26,64 (150)
Danza/ginnastica artistica	16,15 (148)	12,43 (70)
Tennis	8,62 (79)	7,63 (43)
Altro	16,62 (149)	24,71 (139)
Totale	100,00 (916)	100,00 (563)

Tra gli sport (tabella 4.4), quello più praticato è il calcio: 25,76% a 13 anni e 26,64% a 15 anni. Tra gli altri sport non presenti nella tabella quelli più presenti sono la palestra e le arti marziali con percentuali intorno al 5%.

Tabella 4.5 - “Se no, perché hai abbandonato l’attività sportiva?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Inconciliabilità con impegni scolastici	43,36 (124)	47,81 (131)
Troppo faticosa	10,84 (31)	13,14 (36)
Ottenevo scarsi risultati	7,69 (22)	7,66 (21)
Infortuni/salute	5,59 (16)	9,12 (25)
Mancanza piacere/voglia	13,29 (38)	6,93 (19)
Altro	19,23 (55)	15,33 (42)
Totale	100,00 (286)	100,00 (274)

Tra coloro che hanno risposto di non praticare più un’attività sportiva, la maggior parte ha risposto che non era conciliabile con gli impegni scolastici (43,36% a 13 anni e 47,81% a 15 anni) (tabella 4.5).

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 (Sonnevile et al., 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 et al., 2001; Troiano et al., 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 et al., 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 mezzi 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).

Le domande indagate nel questionario sono suddivise in giorni di scuola e fine settimana. In questo sottocapitolo vengono riportate solo le risposte riferite ai giorni di scuola.

Tabella 4.6 - "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	8,27 (93)	3,92 (49)	4,34 (39)
Mezz'ora	18,67 (210)	12,80 (160)	12,68 (114)
1 ora	28,80 (324)	24,80 (310)	24,47 (220)
2 ore	23,38 (263)	27,76 (347)	27,03 (243)
3 ore	11,02 (124)	15,92 (199)	16,91 (152)
4 ore	4,09 (46)	8,40 (105)	8,01 (72)
5 ore	2,49 (28)	3,12 (39)	3,89 (35)
6 ore	1,33 (15)	1,68 (21)	1,45 (13)
≥ 7 ore	1,96 (22)	1,60 (20)	1,22 (11)
Totale	100,00 (1125)	100,00 (1250)	100,00 (899)

Per quanto riguarda il tempo passato davanti alla televisione, il picco, in termini di frequenza percentuale, si ha intorno alle due ore al giorno fra i

tredicenni (27,76%) e i quindicenni (27,03%) e intorno a un'ora fra i più giovani (28,80%) (tabella 4.6 e figura 4.3).

Figura 4.3 - Frequenza percentuale del tempo trascorso a guardare la televisione (videocassette, DVD o altro), per età

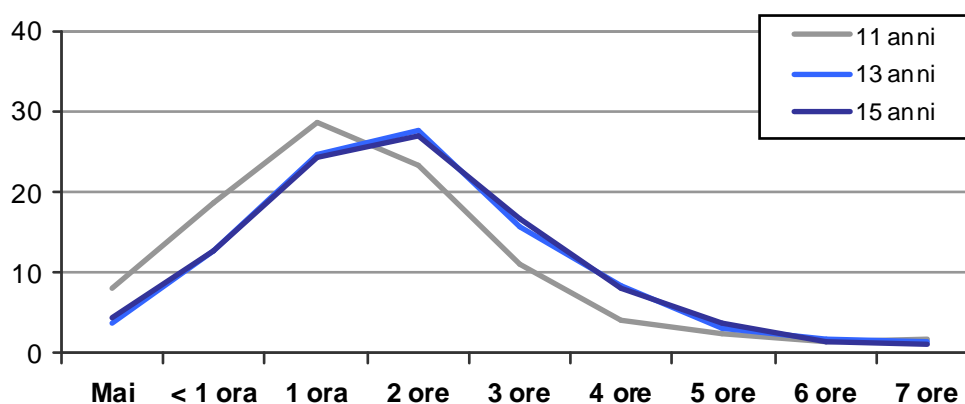
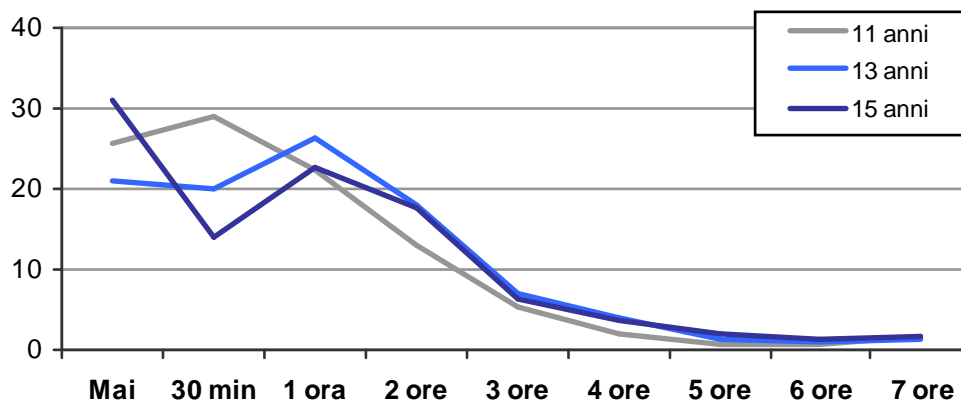


Tabella 4.7 - "Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	25,62 (288)	20,93 (261)	30,96 (278)
Mezz'ora	29,00 (326)	20,05 (250)	13,92 (125)
1 ora	22,33 (251)	26,46 (330)	22,72 (204)
2 ore	12,90 (145)	18,04 (225)	17,59 (158)
3 ore	5,25 (59)	7,06 (88)	6,35 (57)
4 ore	1,96 (22)	3,85 (48)	3,56 (32)
5 ore	0,80 (9)	1,36 (17)	1,89 (17)
6 ore	0,62 (7)	0,88 (11)	1,22 (11)
≥ 7 ore	1,51 (17)	1,36 (17)	1,78 (16)
Totale	100,00 (1124)	100,00 (1247)	100,00 (898)

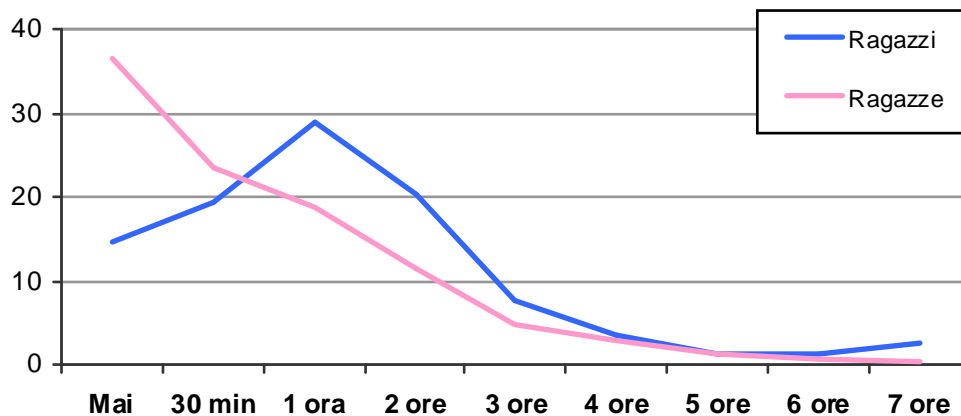
I dati relativi al tempo passato davanti al computer per giocare o alla play station mostrano livelli di utilizzo molto bassi: non lo usa “mai” il 25,62% degli studenti di 11 anni, il 20,93% di quelli di 13 anni e il 30,96% di quelli di 15 anni (tabella 4.7).

Figura 4.4 - Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per età



Le percentuali maggiori del tempo dedicato a videogiochi risultano: mezz'ora al giorno per gli 11 anni (29,00%), 1 ora per i 13 anni (26,46%) e mai per i 15 anni (30,96%) (figura 4.4).

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



Dalla figura 4.5 emerge che esistono delle differenze di genere nell'utilizzo di videogiochi. Il 36,58% delle ragazze non dedica mai tempo ai videogiochi contro il 14,74% dei ragazzi. Circa 1 ragazzo su 3 gioca ai videogiochi per 1 ora al giorno.

Tabella 4.8 - "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	37,64 (425)	12,58 (157)	7,21 (65)
Mezz'ora	20,37 (230)	19,23 (240)	13,10 (118)
1 ora	21,43 (242)	24,36 (304)	25,08 (226)
2 ore	11,07 (125)	18,27 (228)	22,86 (206)
3 ore	4,61 (52)	11,94 (149)	14,10 (127)
4 ore	2,57 (29)	6,49 (81)	7,99 (72)
5 ore	0,97 (11)	3,29 (41)	3,77 (34)
6 ore	0,44 (5)	1,68 (21)	2,55 (23)
≥7 ore	0,89 (10)	2,16 (27)	3,33 (30)
Totale	100,00 (1129)	100,00 (1248)	100,00 (901)

Per quanto riguarda l'utilizzo del computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti e simili, il 37,64% dei giovani di 11 anni non lo usa mai contro il 12,58% dei tredicenni e il 7,21% dei quindicenni. Il 24,36% dei 13 e il 25,08% dei 15 anni lo usa per 1 ora al giorno (tabella 4.8 e figura 4.6).

Figura 4.6 - Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età

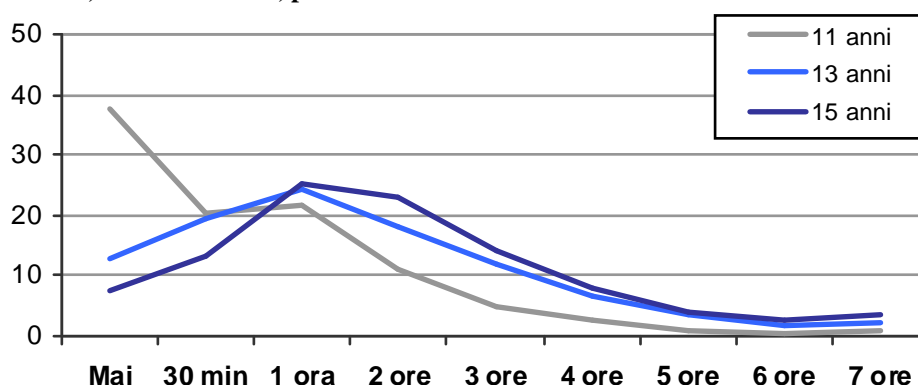
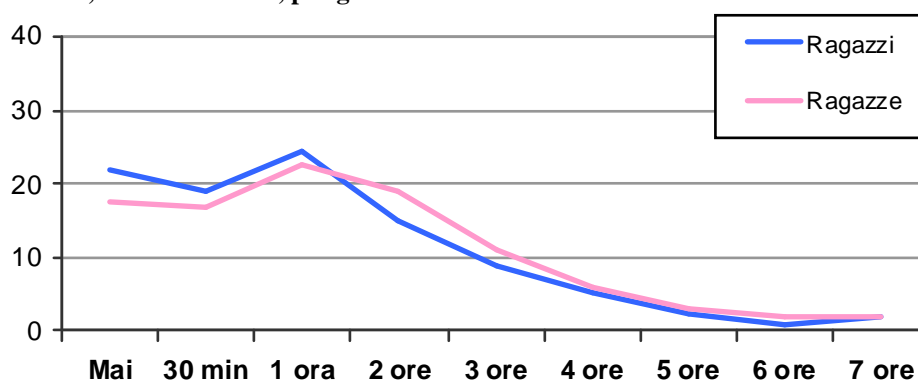


Figura 4.7 - Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per genere



Non vi sono sostanziali differenze nel tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare, scrivere e ricevere e-mail e fare i compiti tra ragazzi e ragazze (figura 4.7).

Tabella 4.9 – Tempo totale trascorso davanti ad uno schermo, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Massimo 2 ore al giorno	41,06 (466)	17,77 (223)	15,43 (139)
Più di 2 ore al giorno	58,94 (669)	82,23 (1032)	84,57 (762)
Totale	100,00 (1135)	100,00 (1255)	100,00 (901)

Sommando il tempo dedicato alle attività sedentarie (televisione, computer, videogiochi), è possibile ottenere il tempo che i giovani trascorrono davanti ad uno schermo. Nella tabella 4.9, possiamo osservare la percentuale dei giovani che supera le due ore giornaliere raccomandate: a 11 anni il 58,94%, a 13 anni l'82,23% e a 15 anni l'84,57%.

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 et al., 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 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 giovani.

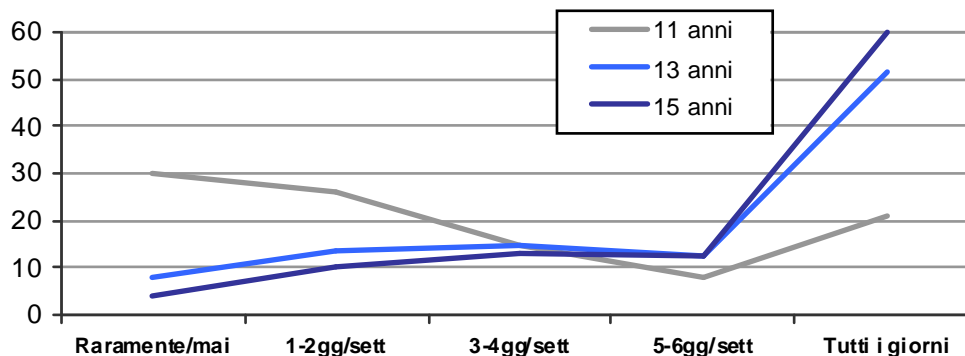
Tabella 4.10 - “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	30,19 (339)	8,15 (102)	3,79 (34)
1-2gg/settimana	26,00 (292)	13,58 (170)	10,26 (92)
3-4gg/settimana	14,69 (165)	14,70 (184)	13,04 (117)
5-6gg/settimana	8,28 (93)	12,30 (154)	12,82 (115)
Tutti i giorni	20,84 (234)	51,28 (642)	60,09 (539)
Totale	100,00 (1123)	100,00 (1252)	100,00 (897)

Osservando la tabella 4.10, possiamo dire che nella fascia degli 11 anni sono molto più frequenti le risposte “raramente o mai” (30,19%);

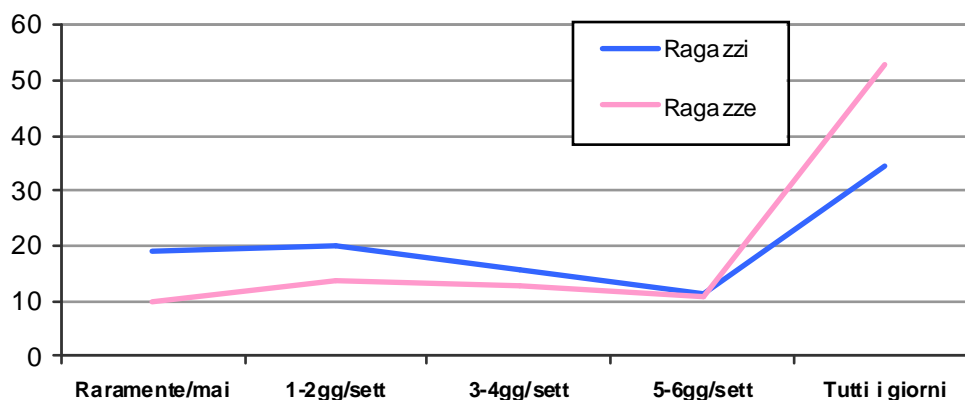
mentre nei 13 e 15 anni la risposta più frequente è “Tutti i giorni”, rispettivamente con i valori di 51,28% e 60,09%.

Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età



Da notare come per la risposta “tutti i giorni” gli undicenni risultino un terzo dei quindicenni (20,84% vs. 60,09%) (figura 4.8).

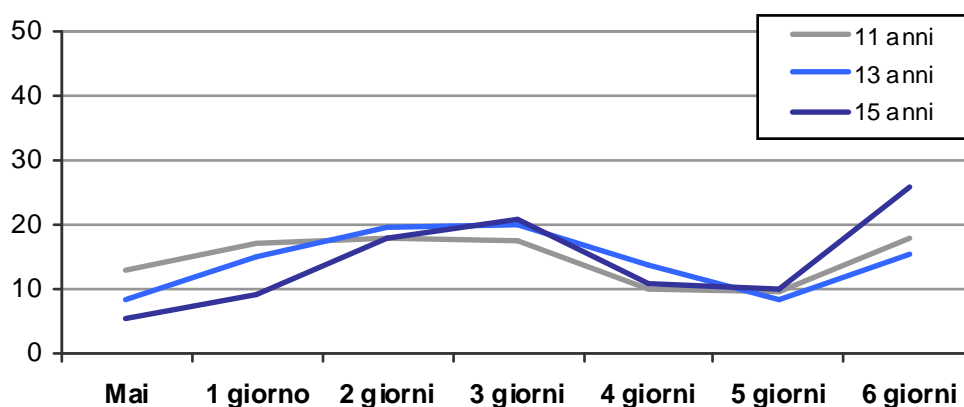
Figura 4.9 - Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per genere



La figura 4.9 mette in luce, la differenza tra ragazzi e ragazze nelle percentuali di tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet. Nell’utilizzo giornaliero risulta

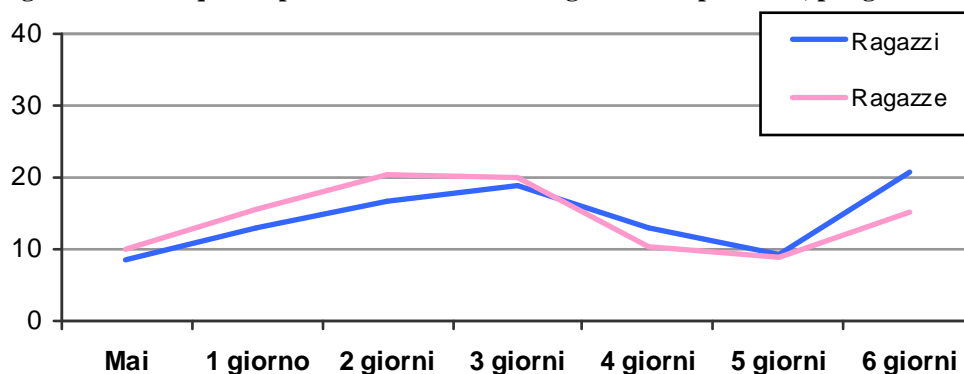
una differenza di 18,48 punti percentuali tra ragazzi e ragazze (34,30% vs. 52,78%).

Figura 4.10 - Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per età

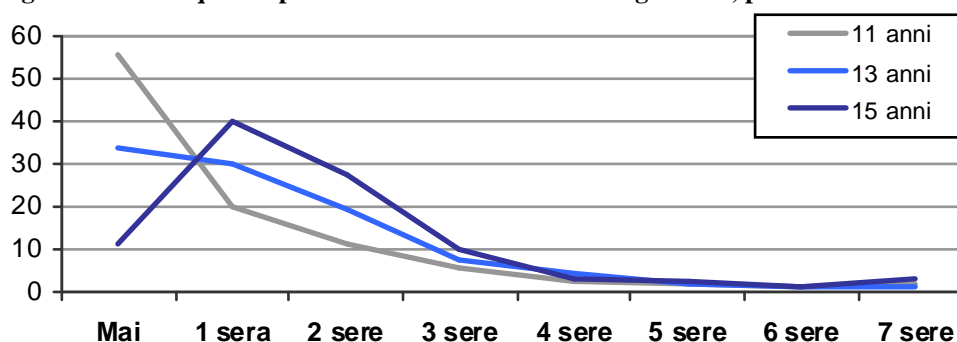


La frequentazione della rete amicale (figura 4.10) risulta naturalmente maggiore per gli studenti di 15 anni, rispetto agli 11 e 13 anni (25,76%, 17,91% e 15,36% rispettivamente).

Figura 4.11 - Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere



Si evidenzia una sostanziale uguaglianza fra ragazzi e ragazze, salvo una differenza di circa 5 punti percentuali sulla risposta sei giorni (20,79% vs. 15,15%) (figura 4.11).

Figura 4.12 - Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per età

Per quanto riguarda le uscite serali (4-5-6-7 volte a settimana) non si evidenziano particolari differenze fra le tre fasce di età (figura 4.12) e tra generi. Il 55,68% degli undicenni, il 33,82% dei tredicenni e l'11,47% dei quindicenni dichiara di non uscire "mai" la sera con gli amici.

Confronto fra i dati toscani degli anni: 2009/10, 2005/06 e 2003/04

Per quanto riguarda l'attività motoria dal 2003/04 ad oggi la percentuale dei ragazzi che non svolge attività fisica è sempre rimasta più o meno costante e comunque sempre minore del 10%. In generale i ragazzi si muovono di più rispetto alle ragazze.

I dati sulla sedentarietà mostrano che anche l'utilizzo della televisione durante i giorni di scuola è rimasto costante nel tempo: il picco, in termini di frequenza percentuale, si ha intorno alle due ore di televisione giornaliera fra i tredicenni e i quindicenni e intorno a un'ora fra i più giovani.

L'utilizzo di telefonate, sms e e-mail per tenersi in contatto tutti i giorni, è aumentato nel tempo soprattutto tra i giovani di 13 e 15 anni, con differenze sostanziali tra maschi e femmine. Dal 2003/04 ad oggi alla domanda "Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?", il 36,10%, il 42,80% e il 51,61% dei ragazzi di 15 anni e il 56,80%, 65,40% e 69,21% delle ragazze, risponde "tutti i giorni".

Per le uscite serali (4-5-6-7 volte a settimana) si riscontrano delle differenze nelle abitudini dal 2003/04 ad oggi. Sei anni fa si evidenziavano differenze tra fasce di età e generi: a 15 anni si usciva di più la sera, rispetto ai 13 e 11 anni; i maschi sempre di più delle femmine. Nel 2005/06 non si evidenziano particolari differenze tra fasce di età, ma i maschi escono sempre di più delle femmine. Oggi non si evidenziano particolari differenze fra le tre fasce di età e tra generi.

Bibliografia

- 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 sovrappeso 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/eb1344/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 WH, 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 EJ et al., 2007; Amed S et al., 2010; Flynn J, 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 D, 2004; Verzeletti et al., 2010), diventa sempre più legata anche a quella del gruppo dei pari e della società (Salvy SJ e al., 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 Y et al., 2006; Low S et al., 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 C et al., 2001), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e lo stato ponderale di ragazzi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi, (Cole TJ et al., 2000; 2007). Per la prima volta, a seguito della recente definizione dei valori soglia del sottopeso (Cole TJ et al., 2007), viene riportata anche la prevalenza dei ragazzi sottopeso, attualmente poco presente in letteratura, (Lazzeri et al., 2008).

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza (Mobley C et al., 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 et al., 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 A et al., 2009; Kant A,K, et al., 2008).

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

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	11,98 (133)	21,08 (262)	27,63 (247)
Un giorno	2,97 (33)	2,82 (35)	3,13 (28)
Due giorni	2,70 (30)	3,94 (49)	3,47 (31)
Tre giorni	3,60 (40)	4,34 (54)	5,48 (49)
Quattro giorni	3,60 (40)	4,42 (55)	3,91 (35)
Cinque giorni	75,14 (834)	63,40 (788)	56,38 (504)
Totale	100,00 (1110)	100,00 (1243)	100,00 (894)

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo. Si osserva che la maggioranza dei ragazzi fa regolarmente (cinque giorni a settimana) la colazione (75,14% a undici anni, 63,40% a tredici anni e 56,38% a quindici anni); rimane, tuttavia, una quota discreta di giovani che comincia la giornata a digiuno (11,98% degli undicenni, 21,08% dei tredicenni e 27,63% dei quindicenni). Si evidenzia, inoltre, che la frequenza della colazione diminuisce al crescere dell'età.

Tabella 5.2 - “Di solito quante volte fai colazione insieme a tua madre e/o tuo padre?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	22,28 (268)	32,03 (271)
Meno di una volta a settimana	11,14 (134)	13,12 (111)
1-2 giorni/settimana	26,35 (317)	22,34 (189)
3-4 giorni/settimana	6,57 (79)	6,26 (53)
5-6 giorni/settimana	6,82 (82)	6,50 (55)
Ogni giorno	26,85 (323)	19,74 (167)
Totale	100,00 (1203)	100,00 (846)

Chiedendo quante volte fanno colazione insieme ai genitori (madre o/e padre) rileviamo che uno studente su tre di 13 anni (33,42%) e quasi la metà di 15 anni (45,15%) la fa senza la loro presenza (tabella 5.2).

Tabella 5.3 - “Di solito quante volte fai pranzo insieme a tua madre e/o tuo padre?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	5,50 (66)	4,73 (40)
Meno di una volta a settimana	3,67 (44)	4,85 (41)
1-2 giorni/settimana	17,68 (212)	18,91 (160)
3-4 giorni/settimana	12,01 (144)	10,28 (87)
5-6 giorni/settimana	13,01 (156)	15,13 (128)
Ogni giorno	48,12 (577)	46,10 (390)
Totale	100,00 (1199)	100,00 (846)

Chiedendo quante volte fanno pranzo insieme ai genitori (madre o/e padre) rileviamo che circa il 60% degli studenti di 13 anni e di 15 anni pranzano con i genitori (61,13% e 61,23% rispettivamente) (tabella 5.3).

Tabella 5.4 - “Di solito dove fai pranzo durante i giorni di scuola?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
A scuola	8,92 (106)	2,93 (25)
A casa	83,68 (995)	85,01 (726)
A casa di qualcun altro	3,28 (39)	3,86 (33)
In un bar, in un fast-food, in un ristorante	0,76 (9)	2,22 (19)
In un altro posto	3,28 (39)	4,68 (40)
Non faccio mai un pasto caldo	0,08 (1)	1,17 (10)
Totale	100,00 (1189)	100,00 (853)

Il luogo dove viene maggiormente consumato il pasto durante i giorni di scuola risulta essere la casa con 83,68% a 13 anni e l'85,01% a 15 anni (tabella 5.4).

Tabella 5.5 - “Di solito fai merenda?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	5,40 (60)	7,41 (93)	11,23 (101)
Solo a metà mattina	13,85 (154)	15,94 (200)	20,02 (180)
Solo nel pomeriggio	27,70 (308)	19,12 (240)	18,69 (168)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	53,06 (590)	57,53 (722)	50,06 (450)
Totale	100,00 (1112)	100,00 (1255)	100,00 (899)

Il 53,06% degli undicenni, il 57,53% dei tredicenni e il 50,06% dei quindicenni dichiara di fare sia la merenda di metà mattina che quella del pomeriggio, mentre il 27,70% degli undicenni, il 19,12% dei tredicenni e il 18,69% dei quindicenni dichiara di fare solo la merenda del pomeriggio saltando quella del mattino che invece risulta essere un degli spuntini più importanti insieme alla colazione.

Tabella 5.6 - “Di solito quante volte fai cena insieme a tua madre e/o tuo padre?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	1,50 (18)	1,18 (10)
Meno di una volta a settimana	0,83 (10)	0,95 (8)
1-2 giorni/settimana	2,00 (24)	3,07 (26)
3-4 giorni/settimana	3,42 (41)	3,43 (29)
5-6 giorni/settimana	9,42 (113)	16,08 (136)
Ogni giorno	82,82 (993)	75,30 (637)
Totale	100,00 (1199)	100,00 (846)

Infine analizzando la cena possiamo vedere come la quasi totalità dei tredicenni (92,24%) e dei quindicenni (91,38%) consuma la cena quasi tutti i giorni (5-7 giorni a settimana) con almeno uno dei genitori (tabella 5.6).

5.3 Consumo di frutta e verdura

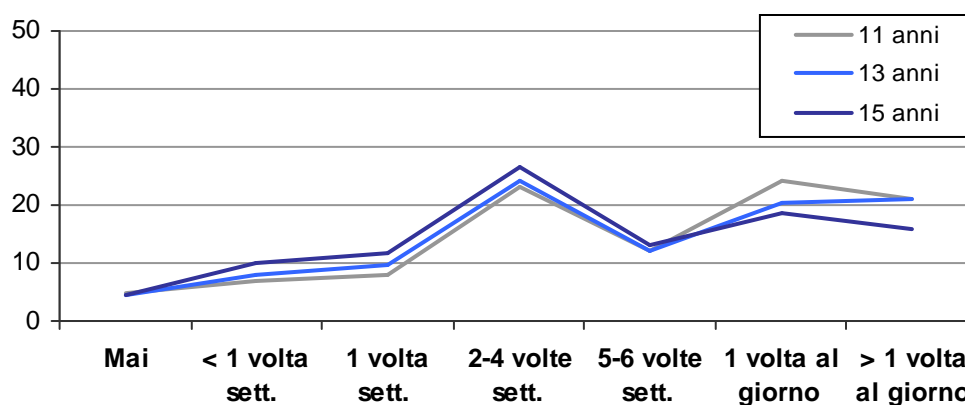
La rilevazione del consumo di frutta e verdura è importante per meglio connotare lo stile alimentare. Frutta, verdura e ortaggi garantiscono l'apporto di tanta acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione (Pearson N et al., 2009; Mainvil LA et al., 2009).

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).

Tabella 5.7 - “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4,95 (56)	4,55 (57)	4,34 (39)
Meno di una volta a settimana	6,98 (79)	7,90 (99)	10,12 (91)
Una volta a settimana	7,78 (88)	9,82 (123)	11,68 (105)
2-4 volte a settimana	22,99 (260)	24,10 (302)	26,47 (238)
5-6 volte a settimana	12,11 (137)	12,13 (152)	13,01 (117)
Una volta al giorno tutti i giorni	24,05 (272)	20,51 (257)	18,58 (167)
Più di una volta al giorno	21,13 (239)	20,99 (263)	15,80 (142)
Totale	100,00 (1131)	100,00 (1253)	100,00 (899)

Per la risposta “più di una volta al giorno tutti i giorni”, le frequenze relative di consumo di frutta risultano basse, con valori di 21,13% a 11 anni, 20,99% a 13 anni e 15,80% a 15 anni. Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai dal 4,95% al 4,55% al 4,34% a 11, 13 e 15 anni rispettivamente. Mettendo insieme i bassi consumi di frutta, la frequenza relativa della risposta “non più di una volta alla settimana” corrisponde a 19,71% a undici anni, 22,27% a tredici anni e 26,14% a quindici anni. Un andamento inverso con l’età caratterizza invece il consumo di frutta per almeno 5-6 giorni a settimana (12,11%, il 12,13% e il 13,00% rispettivamente a 11, 13 e 15 anni) (tabella 5.7 e figura 5.2).

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

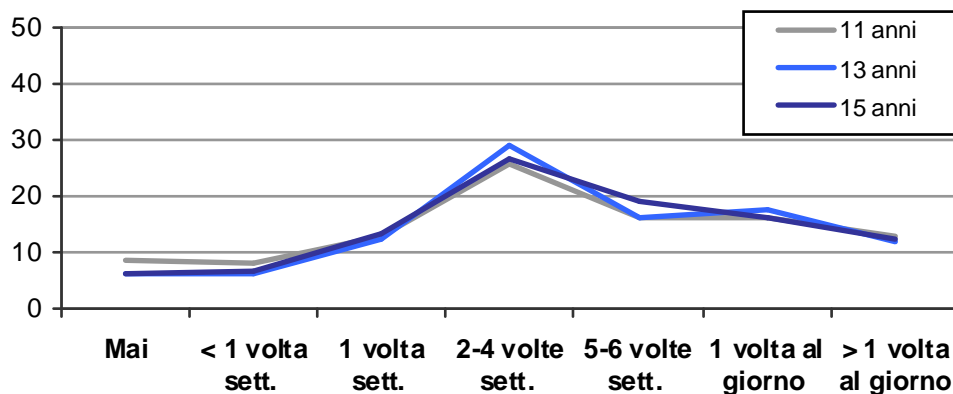
Risultano praticamente sovrapponibili le frequenze di consumo tra maschi e femmine.

Tabella 5.8 - “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	8,44 (95)	6,31 (79)	6,12 (55)
Meno di una volta a settimana	8,09 (91)	6,24 (78)	6,68 (60)
Una volta a settimana	12,71 (143)	12,47 (156)	13,14 (118)
2-4 volte a settimana	25,69 (289)	29,26 (366)	26,84 (241)
5-6 volte a settimana	16,00 (180)	16,31 (204)	18,82 (169)
Una volta al giorno tutti i giorni	16,27 (183)	17,43 (218)	16,04 (144)
Più di una volta al giorno	12,80 (144)	11,99 (150)	12,36 (111)
Totale	100,00 (1125)	100,00 (1251)	100,00 (898)

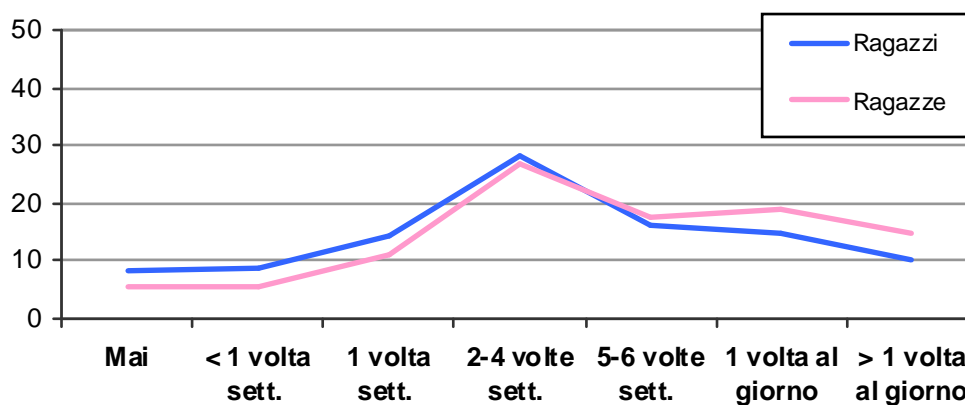
Analizzando la risposta “più di una volta al giorno tutti i giorni”, le frequenze relative del consumo di verdura risultano basse, con valori di 12,80% a 11 anni, 11,99% a 13 anni e 12,36% a 15 anni (tabella 5.8). Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai dal 8,44% al 6,31% al 6,12% a 11, 13 e 15 anni rispettivamente. Mettendo insieme i bassi consumi di verdura, la frequenza relativa della risposta “non più di una volta alla settimana” corrisponde a 29,24% a undici anni, 25,02% a tredici anni e 25,94% a quindici anni. Un andamento inverso con l’età caratterizza invece il consumo di verdura per almeno 5-6 giorni a settimana (16,00%, il 16,31% e il 18,82% rispettivamente a 11, 13 e 15 anni).

Figura 5.3 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



Dalla figura 5.3 si nota che le frequenze di consumo della verdura non presentano praticamente differenze nelle tre fasce di età.

Figura 5.4 – Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere



Dalla figura 5.4 risulta evidente come siano le ragazze ad avere frequenze di consumo di verdura più elevate rispetto ai ragazzi, in particolare per la domanda più di una volta al giorno (14,91% vs. 9,99%).

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

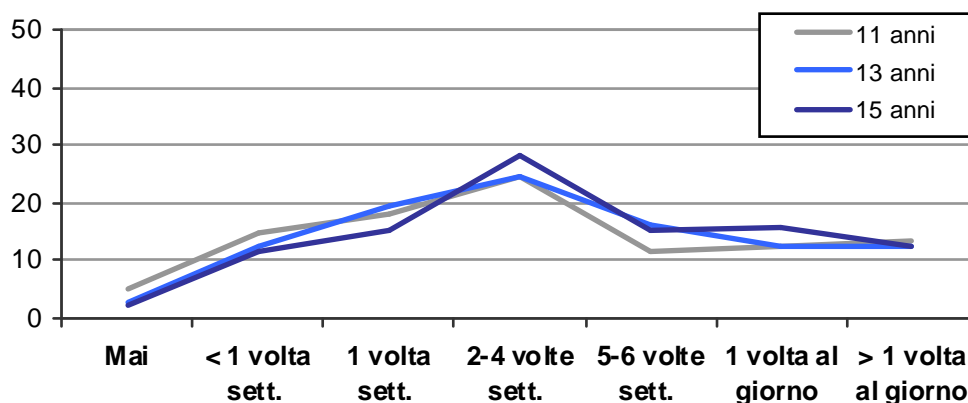
alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (Ludwig D, 2001).

Tabella 5.9 - “Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4,92 (55)	2,65 (33)	2,35 (21)
Meno di una volta a settimana	14,83 (166)	12,52 (156)	11,63 (104)
Una volta a settimana	18,23 (204)	19,26 (240)	14,99 (134)
2-4 volte a settimana	24,66 (276)	24,56 (306)	28,08 (251)
5-6 volte a settimana	11,71 (131)	16,05 (200)	15,10 (135)
Una volta al giorno tutti i giorni	12,33 (138)	12,60 (157)	15,44 (138)
Più di una volta al giorno	13,32 (149)	12,36 (154)	12,42 (111)
Totale	100,00 (1119)	100,00 (1246)	100,00 (894)

Il frequente consumo di dolci coinvolge un’elevata quota di adolescenti, infatti il 40,28% del campione dichiara di mangiare dolci almeno “5-6 giorni a settimana”, e il 12,70% di consumarne più di una volta al giorno. Praticamente sulle alte frequenze di consumo non si rilevano differenze rispetto alla fascia di età (tabella 5.9).

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età



La frequenza di consumi più elevata (più di una volta al giorno) è così distribuita: 13,32% a undici anni, 12,36% tredici anni e 12,42% di quindici anni (figura 5.5).

Tabella 5.10 - “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	14,13 (158)	10,91 (136)	10,09 (90)
Meno di una volta a settimana	24,78 (277)	22,87 (285)	20,96 (187)
Una volta a settimana	22,45 (251)	22,95 (286)	18,95 (169)
2-4 volte a settimana	16,82 (188)	21,59 (269)	24,44 (218)
5-6 volte a settimana	8,59 (96)	8,27 (103)	9,75 (87)
Una volta al giorno tutti i giorni	5,28 (59)	5,62 (70)	6,61 (59)
Più di una volta al giorno	7,96 (89)	7,78 (97)	9,19 (82)
Totale	100,00 (1118)	100,00 (1246)	100,00 (892)

Il frequente consumo di bibite zuccherate coinvolge una quota di adolescenti non trascurabile, infatti ben il 22,78% del campione dichiara l’assunzione per almeno “5-6 giorni alla settimana” (tabella 5.10). La frequenza di consumo più elevata (più di una volta al giorno) è così distribuita: 7,96% a undici anni, 7,78% tredici anni e 9,19% di quindici anni.

Non si evidenziano differenze di consumo di bibite tra ragazzi e ragazze.

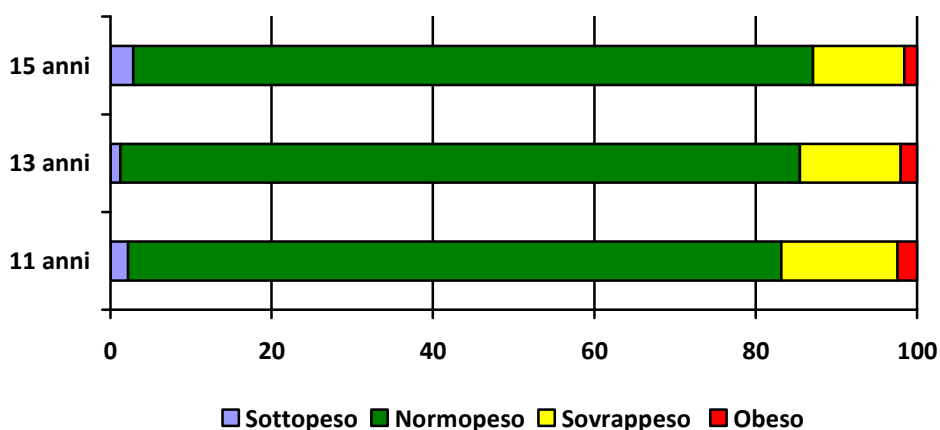
5.5 Stato nutrizionale

E’ stato chiesto agli studenti 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.

Tabella 5.11 - 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	2,18 (18)	1,21 (12)	2,80 (23)
Normopeso	81,02 (670)	84,27 (836)	84,29 (692)
Sovrappeso	14,39 (119)	12,50 (124)	11,33 (93)
Obeso	2,42 (20)	2,02 (20)	1,58 (13)
Totale	100,00 (827)	100,00 (992)	100,00 (821)

Osservando la tabella 5.11 e la figura 5.7 si nota che nelle tre le classi di età considerate la maggior parte dei giovani risulta essere normopeso (81,02% a undici anni, 84,27% a tredici anni e 84,29% a quindici anni). I valori del sovrappeso sono rispettivamente 14,39%, 12,50% e 11,33% e quelli dell'obesità 2,42%, 2,02% e 1,58%.

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

Evidenti differenze di genere emergono dalla lettura delle figure 5.8, 5.9 e 5.10. I ragazzi sono più grassi delle ragazze a tutte le età, in particolare a tredici anni se consideriamo insieme “sovrappeso” e “obesità” risultano essere quasi il doppio (19,35% vs. 10,52%) (tabella 5.9).

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

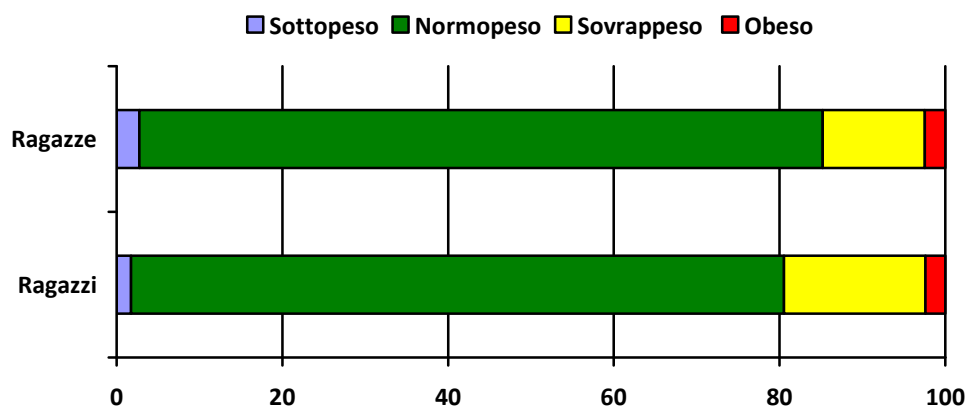


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

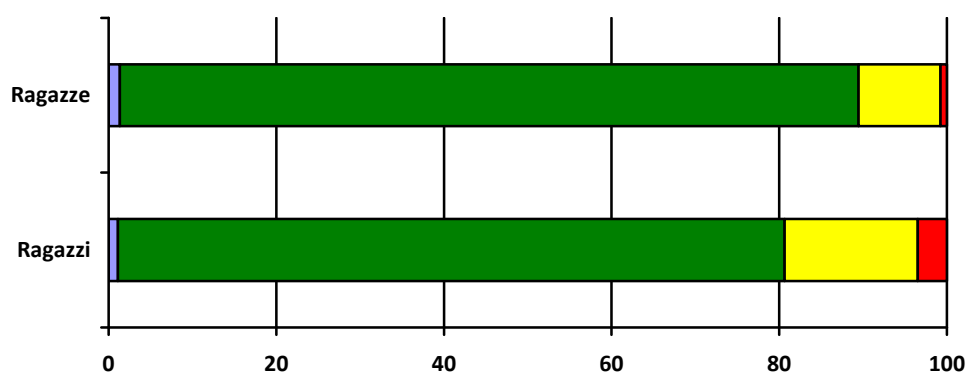
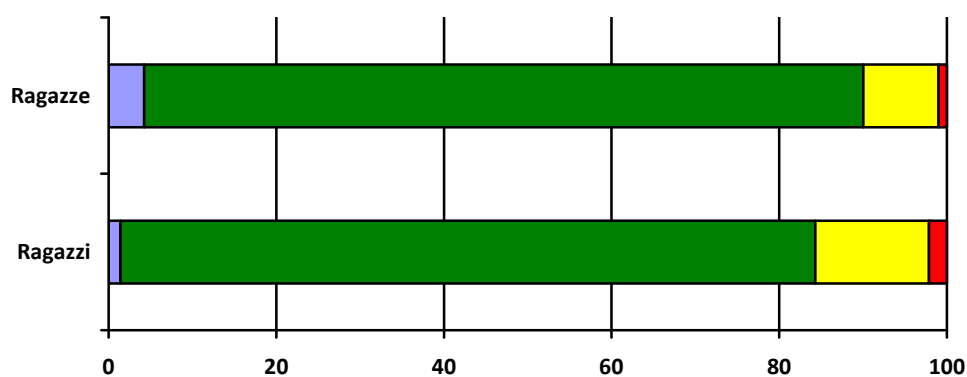


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



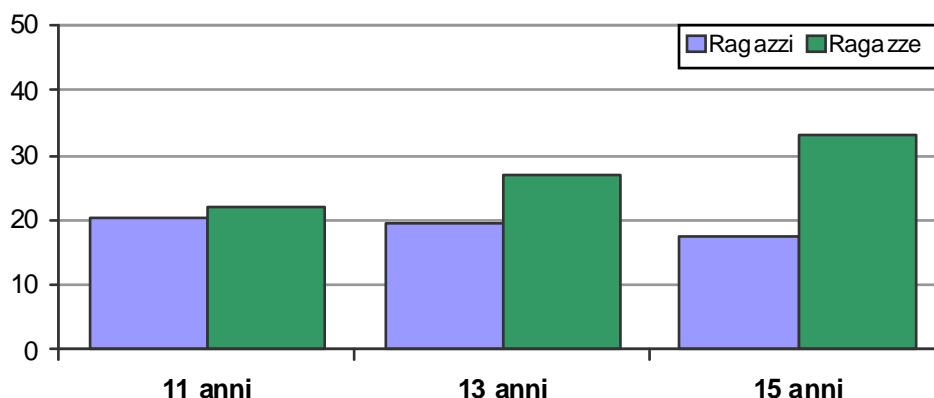
In particolare a quindici anni di età troviamo la percentuale più elevata di sottopeso nelle ragazze (4,24%) (figura 5.10).

Per quanto riguarda la percezione del proprio corpo viene posta una domanda molto diretta così formulata: “pensi che il tuo corpo sia...”: *decisamente troppo magro; un pò troppo magro; più o meno della taglia giusta; un pò troppo grasso; decisamente troppo grasso*. Inoltre si chiede se in questo periodo il ragazzo/a è a dieta o sta facendo qualcosa per dimagrire; abbiamo scelto di presentare qui anche questa domanda accostandola a quella relativa all’immagine corporea per consentire un confronto interessante.

Tabella 5.12 - “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Magro	9,96 (112)	11,24 (140)	9,50 (85)
Giusto	68,89 (775)	65,46 (815)	65,47 (586)
Grasso	21,16 (238)	23,29 (290)	25,03 (224)
Totale	100,00 (1125)	100,00 (1245)	100,00 (895)

Per quanto riguarda la sollecitazione esplicita riguardo all’immagine del proprio corpo, la tabella 5.12 e la figura 5.11 ci offrono un quadro delle risposte per età e genere: se pure una buona maggioranza di entrambi i generi e in tutte le fasce d’età ritiene più o meno giusto il proprio corpo, è evidente la differenza tra i ragazzi e le ragazze soprattutto se si guarda l’andamento delle percentuali corrispondenti alle diverse risposte con il crescere dell’età.

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

Per la popolazione maschile la percentuale che si ritiene grassa diminuisce al crescere dell'età. Per la popolazione femminile, al contrario crescono notevolmente le ragazze che si ritengono "grasse": a 15 anni queste raggiungono il 33,33% del totale, contro il 17,38% nei ragazzi (figura 5.11).

Tabella 5.13 - "Hai seguito una dieta, cambiato le tue abitudini o fatto qualcos'altro per controllare il tuo peso durante gli ultimi 12 mesi?", per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	63,91 (788)	62,33 (536)
Sì, per alcuni giorni	14,76 (182)	10,12 (87)
Sì, per una settimana	3,00 (37)	3,26 (28)
Sì, per più di una settimana, ma meno di un mese	4,30 (53)	6,16 (53)
Sì, per un mese	3,81 (47)	6,28 (54)
Sì, per più di un mese, ma meno di sei mesi	5,52 (68)	6,40 (55)
Sì, per sei mesi o più	4,70 (58)	5,47 (47)
Totale	100,00 (1233)	100,00 (860)

La maggior parte degli studenti di 13 e 15 anni (63,91% e 62,33% rispettivamente) non hanno fatto niente per controllare il loro peso nei 12

mesi trascorsi, tra quelli che invece hanno fatto qualcosa le percentuali più alte si trovano per coloro che lo hanno fatto solo per alcuni giorni (14,76% e 10,12% rispettivamente) (tabella 5.13).

Tabella 5.14 - “Quante volte hai seguito una dieta per perdere peso durante gli ultimi 12 mesi?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuna	69,09 (854)	67,13 (574)
1-2 volte	20,87 (258)	22,81 (195)
3-4 volte	5,91 (73)	4,33 (37)
5-6 volte	1,78 (22)	1,40 (12)
7 volte o più	2,35 (29)	4,33 (37)
Totale	100,00 (1236)	100,00 (855)

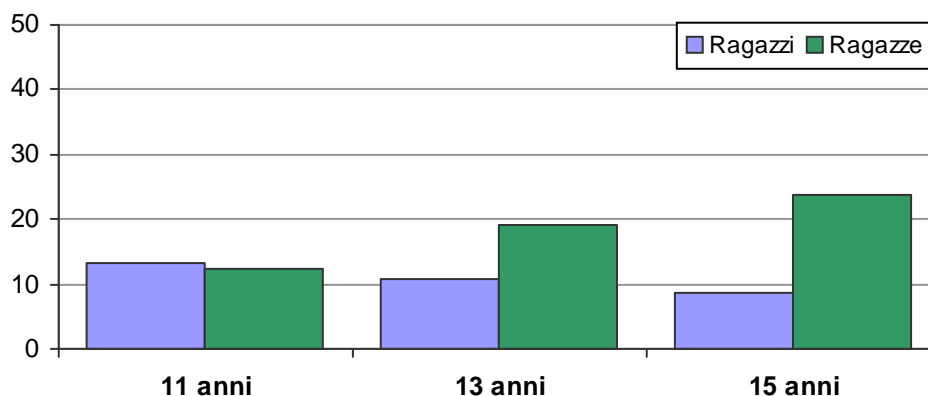
Anche per quanto riguarda aver seguito una dieta per perdere peso le percentuali più alte si ritrovano per la risposta “nessuna” con il 69,09% a 13 anni e il 67,13% a 15 anni; coloro che l’hanno fatta per 1-2 volte negli ultimi 12 mesi sono il 20,87% e il 22,81% rispettivamente (tabella 5.14).

Tabella 5.15 - “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	55,88 (632)	51,92 (649)	47,22 (425)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	22,37 (253)	24,48 (306)	27,33 (246)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	8,93 (101)	8,72 (109)	9,56 (86)
Sì	12,82 (145)	14,88 (186)	15,89 (143)
Totale	100,00 (1131)	100,00 (1250)	100,00 (900)

La tabella 5.15 ci mostra che il 12,82% degli undicenni, il 14,88% dei tredicenni e il 15,89% stanno facendo una dieta per perdere peso. Mentre il 55,88% a 11 anni, il 51,92% a 13 anni e il 47,22% a 15 anni dichiara di essere del giusto peso e perciò di non aver bisogno di seguire una dieta per dimagrire.

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



La figura 5.12 mostra una chiara differenza nelle risposte dei due generi: per i ragazzi le percentuali di chi non intraprende alcun comportamento alimentare specifico per modificare il proprio corpo diminuiscono al crescere dell'età. Per le ragazze l'andamento è opposto: con l'età la percentuale di adolescenti che si dichiarano effettivamente impegnate in un regime alimentare dimagrante cresce notevolmente (12,31% a 11 anni, 19,09% a 13 anni e il 23,84% a 15 anni) (figura 5.12).

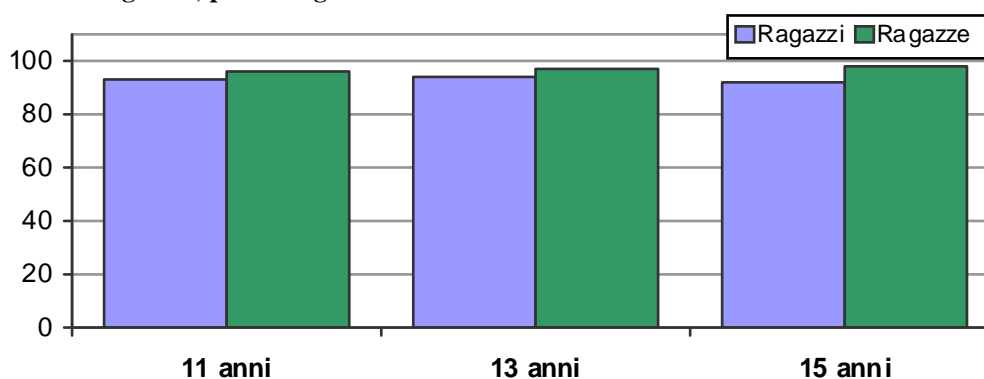
5.6 Igiene orale

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

Tabella 5.16: “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	66,34 (751)	70,31 (881)	69,70 (628)
Una volta al giorno	28,09 (318)	24,98 (313)	25,31 (228)
Almeno una volta a settimana ma non tutti i giorni	4,06 (46)	3,75 (47)	3,55 (32)
Meno di una volta alla settimana	1,15 (13)	0,72 (9)	0,33 (3)
Mai	0,35 (4)	0,24 (3)	1,11 (10)
Totale	100,00 (1132)	100,00 (1253)	100,00 (901)

Per quanto riguarda l’abitudine di lavarsi i denti (tabella 5.16) risulta che il 94,43% dei ragazzi di undici anni, il 95,29% di tredici anni e il 95,01% di 15 anni risponde di lavarsi i denti “almeno una volta al giorno”.

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

Risulta altresì che sono le ragazze ad avere comunque una maggiore cura nell’igiene orale con valori percentuali di 95,89% vs. 93,13% a undici anni, 96,93% vs. 93,70% a tredici anni e 98,38% vs. 91,88% a quindici anni (figura 5.13).

Confronto fra i dati toscani degli anni: 2009/10, 2005/06 e 2003/04

Durante i giorni di scuola, l'abitudine di fare colazione è un po' cambiata in questi anni. Dal 2003/04 ad oggi, i giovani di 11 anni che non fanno "mai" la colazione sono diminuiti: dal 15,60% nel 2003/04, al 13,10% nel 2005/06 e all'11,98% nel 2009/10. I giovani di 13 anni hanno mantenuto questa abitudine invariata nel tempo: 21,00%, 20,80% e 21,08% dichiarano di non farla mai. A 15 anni il 25,50% dichiarava nel 2003/04 di non fare mai colazione, nel 2005/06 siamo scesi al 23,20%, per poi risalire nel 2009/10 al 27,63%.

Il consumo di frutta, più di una volta al giorno, dal 2003/04 ad oggi è diminuito: a 11 anni 17,70% vs. 12,80%, a 13 anni 16,20% vs. 11,99% e a 15 anni 17,70% vs. 12,36%, con differenze trascurabili tra le diverse età. Mentre il consumo di verdure non registra sostanziali differenze negli anni.

Il consumo di bibite zuccherate "Più di una volta al giorno" è aumentato nel 2005/06, per poi diminuire nel 2009/10 a livelli inferiori del 2003/04.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, non si evidenziano particolari differenze dal 2003/04 ad oggi.

Bibliografia

- 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., eds (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/Linee20Guida.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).

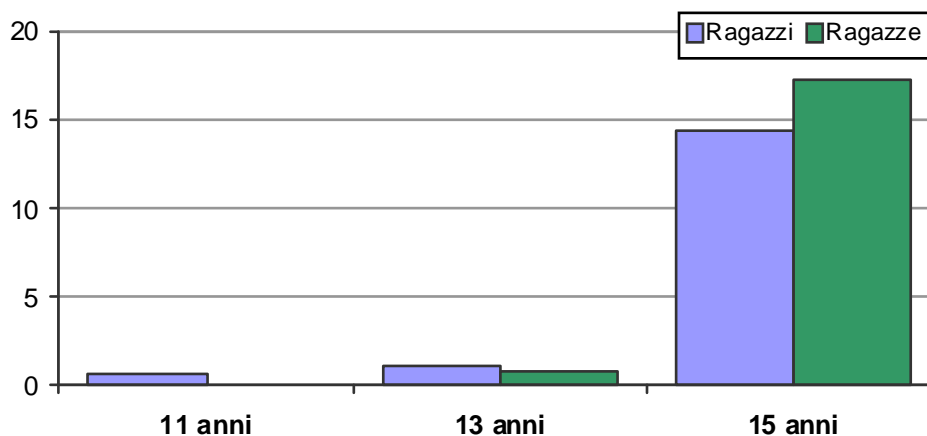
Tabella 6.1 - "Attualmente, quanto spesso fumi?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0,35 (4)	0,96 (12)	15,85 (142)
Almeno una volta a settimana	0,18 (2)	2,15 (27)	7,81 (70)
Meno di una volta a settimana	0,53 (6)	3,59 (45)	5,80 (52)
Non fumo	98,94 (1117)	93,30 (1169)	70,54 (632)
Totale	100,00 (1129)	100,00 (1253)	100,00 (896)

La tabella 6.1 mostra che la maggioranza degli adolescenti in tutte le fasce d'età dichiara di non fumare; tuttavia la proporzione di coloro che non fumano decresce maggiormente, soprattutto tra i 13 e i 15 anni (98,94% a undici, 93,30% a tredici e 70,54% a quindici anni). Analogamente si riscontrano differenze notevoli rispetto alle frequenze di fumo quotidiano

fra le diverse età. Se solo lo 0,35% degli undicenni dichiara di fumare tutti i giorni, a tredici anni il valore sale al 0,96% fino a raggiungere la quota di 15,85% a quindici anni.

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



L'analisi per fascia d'età e per genere dei soli fumatori quotidiani, ovvero di coloro che hanno risposto "tutti i giorni" alla domanda "attualmente quanto spesso fumi", evidenzia valori pari a 0,67% di ragazzi e 0,00% di ragazze a undici anni; 1,10% di ragazzi e 0,81% di ragazze a tredici anni. Tale tendenza si inverte a quindici anni, con il prevalere delle ragazze sui ragazzi (17,32% vs. 14,47%) (figura 6.1).

Tabella 6.2 - "Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	99,11 (1115)	92,70 (1156)	68,72 (615)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0,27 (3)	4,17 (52)	7,04 (63)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0,18 (2)	0,56 (7)	4,92 (44)
1-5 sigarette al giorno	0,09 (1)	1,44 (18)	9,94 (89)
6 o più sigarette al giorno	0,36 (4)	1,12 (14)	9,39 (84)
Totale	100,00 (1125)	100,00 (1247)	100,00 (895)

Negli ultimi 30 giorni più del 90% dei giovani di 11 e 13 anni ha dichiarato di non aver fumato, mentre tra i quindicenni le percentuali di “1-5 sigarette al giorno” e “6 o più sigarette al giorno” risultano rispettivamente di 9,94% e 9,39% (figura 6.2).

6.1.2 L'alcol

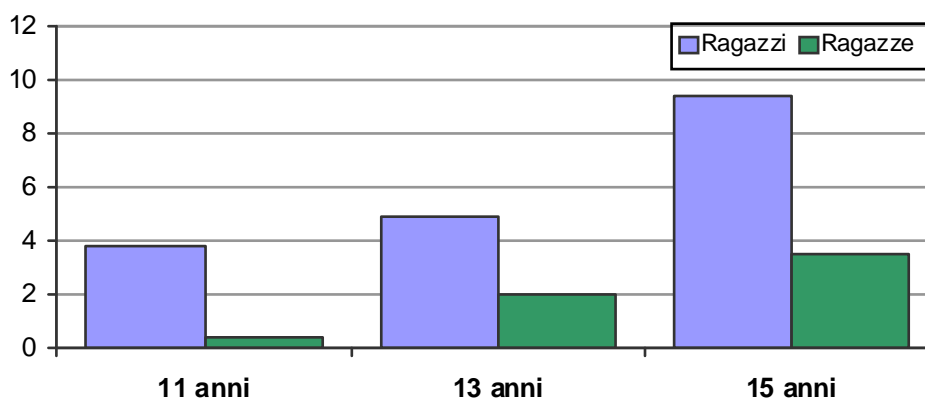
Il consumo di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; 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).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno*	2,16 (24)	3,47 (43)	6,58 (59)
Ogni settimana*	2,70 (30)	9,20 (114)	30,10 (270)
Ogni mese*	2,70 (30)	8,39 (104)	14,49 (130)
Raramente*	26,68 (297)	36,32 (450)	31,66 (284)
Mai*	65,77 (732)	42,62 (528)	17,17 (154)
Totale	100,00 (1113)	100,00 (1239)	100,00 (897)

*almeno una bibita alcolica

Il consumo di alcolici (tabella 6.3) aumenta con l'aumentare dell'età. Se a 11 anni il 65,77% dichiara di non bere, la percentuale dei non bevitori scende a 42,62% a 13 anni e a 17,17% a 15 anni.

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

Per quanto riguarda il bere alcolici “tutti i giorni” (figura 6.2) le percentuali più alte le rileviamo nei ragazzi in tutte le fasce di età. La differenza è particolarmente evidente per quindicenni dove i ragazzi che bevono tutti i giorni sono il triplo delle ragazze (9,42% vs. 3,49%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	87,13 (968)	75,22 (926)	44,96 (401)
Solo Lunedì-Venerdì	4,68 (52)	5,77 (71)	4,60 (41)
Solo Sabato e Domenica	6,03 (67)	13,00 (160)	41,48 (370)
Sia in settimana che nel week-end	1,26 (14)	4,22 (52)	6,61 (59)
Sempre	0,90 (10)	1,79 (22)	2,35 (21)
Totale	100,00 (1111)	100,00 (1231)	100,00 (892)

Andando ad indagare il consumo nell’ultima settimana, la risposta “mai” rimane quella più alta in tutte e tre le fasce di età. Nei quindicenni la

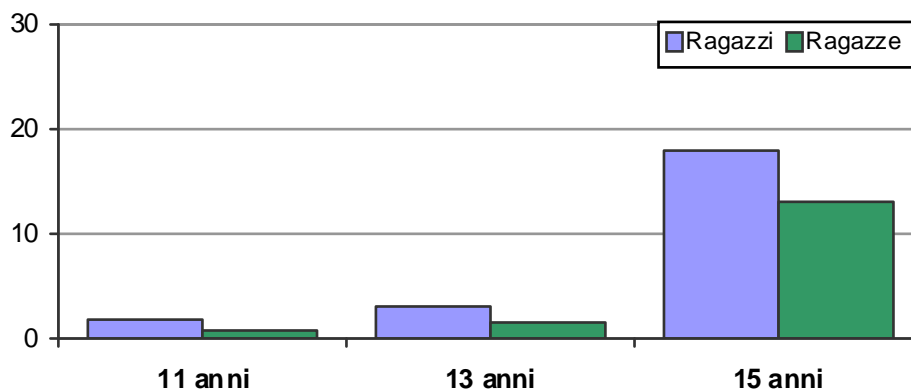
maggior parte dei giovani si divide tra quelli che non bevono 44,96% e quelli che consumano alcolici “solo il sabato e domenica” 41,48% (tabella 6.4).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	94,95 (1052)	89,98 (1122)	69,79 (626)
Una volta	3,79 (42)	7,70 (96)	14,49 (130)
2-3 volte	0,99 (11)	1,76 (22)	8,92 (80)
4-10 volte	0,09 (1)	0,24 (3)	3,68 (33)
Più di 10 volte	0,18 (2)	0,32 (4)	3,12 (28)
Totale	100,00 (1108)	100,00 (1247)	100,00 (897)

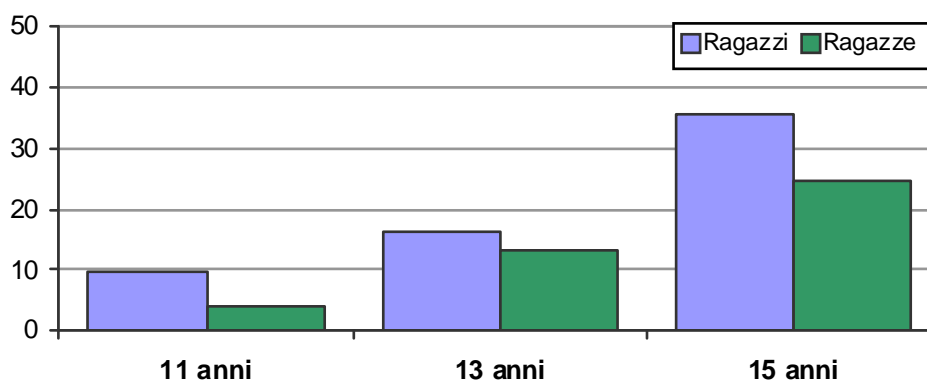
Vediamo ora cosa emerge rispetto all’esperienza di ubriachezza. La maggior parte dai ragazzi di tutte le fasce di età dichiara di non essere mai stato ubriaco, anche se nei 15 anni la percentuale di coloro che lo sono stati due o più volte risulta del 15,72% (tabella 6.5).

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



Tra i giovani che si sono ubriacati per più di 2 volte, le ragazze presentano percentuali sempre inferiori rispetto ai maschi, anche se a 11 e 13 anni le percentuali sono molto basse; in particolare a 15 anni si evidenzia la differenza maggiore (18,03% ragazzi vs. 13,23% ragazze) (figura 6.3).

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



Infine, è stato indagato il consumo di “6 bicchieri o più di bevande alcoliche”, anche diverse, in un'unica occasione (figura 6.4). A 15 anni, un ragazzo su tre (35,48%) dichiara di aver fatto questo tipo di esperienza rispetto ad una ragazza su quattro (25,46%).

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.

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

	Ragazzi %	Ragazze %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Mai	78,28 (364)	84,49 (365)	81,27 (729)
Una o due volte	8,82 (41)	7,41 (32)	8,14 (73)
3-5 volte	3,66 (17)	3,24 (14)	3,46 (31)
6-9 volte	2,37 (11)	1,16 (5)	1,78 (16)
10-19 volte	1,72 (8)	1,62 (7)	1,67 (15)
20-39 volte	2,58 (12)	1,62 (7)	2,12 (19)
>1 una volta al giorno	2,58 (12)	0,46 (2)	1,56 (14)
Totale	100,00 (465)	100,00 (432)	100,00 (897)

Per la popolazione dei 15enni toscani (tabella 6.6) emerge una larga percentuale che dichiara di non aver mai fatto uso di cannabis (81,27%); rimane comunque una percentuale del 18,63% di coloro che hanno fumato almeno una volta. Non si rilevano particolari differenze tra ragazzi e ragazze se non per il consumo quotidiano dove i ragazzi sono il 2,58% vs. lo 0,46% delle ragazze.

6.1.4 Doping

Il doping è l'uso di sostanze o medicinali con lo scopo di aumentare artificialmente il rendimento fisico e le prestazioni dell'atleta. I regolamenti sportivi vietano il doping, regolamentando strettamente le tipologie e le dosi dei farmaci consentiti.

Tabella 6.7 - “Conosci il doping?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sì	79,24 (977)	88,56 (759)
No	20,76 (256)	11,44 (98)
Totale	100,00 (1233)	100,00 (857)

Agli alunni di 13 e 15 anni è stato chiesto se sanno cos'è il doping e la maggior parte dei ragazzi ha risposto affermativamente (79,24% e 88,56% rispettivamente) (tabella 6.7).

Tabella 6.8 - “Se sì, chi te ne ha parlato?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Un medico sportivo	24,70 (228)	30,64 (223)
Amici	47,02 (434)	39,42 (287)
Altri sportivi	28,28 (261)	29,94 (218)
Totale	100,00 (923)	100,00 (728)

Nella maggior parte dei casi ne sono venuti a conoscenza parlando con amici (47,02% dei tredicenni e 39,42% dei quindicenni) (tabella 6.8).

Tabella 6.9 - “Useresti il doping per migliorare le tue prestazioni (sportive e non sportive)?”, per età

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sì	3,86 (39)	4,94 (38)
No	96,14 (971)	95,06 (731)
Totale	100,00 (1010)	100,00 (769)

Alla domanda “Useresti il doping per migliorare le tue prestazioni (sportive e non sportive)?”, la maggior parte (>95%) dei tredicenni e quindicenni risponde “No” (tabella 6.9).

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).

In generale poco più di un quarto della popolazione dei 15enni afferma di aver avuto rapporti sessuali completi

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

	Ragazzi % (N)	Ragazze % (N)	Totale % (N)
Sì	27,98 (129)	24,36 (105)	26,23 (234)
No	72,02 (332)	75,64 (326)	73,77 (658)
Totale	100,00 (461)	100,00 (431)	100,00 (892)

I ragazzi hanno avuto rapporti in una percentuale maggiore, ma la differenza è minima (27,98% vs. 24,36%) e molto inferiore a quella che emerge in molti altri paesi (tabella 6.7).

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.

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)

	Ragazzi %	Ragazze %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	82,11 (101)	69,90 (72)	76,55 (173)
No	17,89 (22)	30,10 (31)	23,45 (53)
Totale	100,00 (123)	100,00 (103)	100,00 (226)

Per quanto riguarda le frequenze di utilizzo del preservativo (tabella 6.8), il 76,55% degli adolescenti che ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi afferma di averlo utilizzato nel corso dell'ultimo rapporto; i ragazzi riportano l'82,11% di utilizzo contro il 69,90% riportato dalle ragazze.

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).

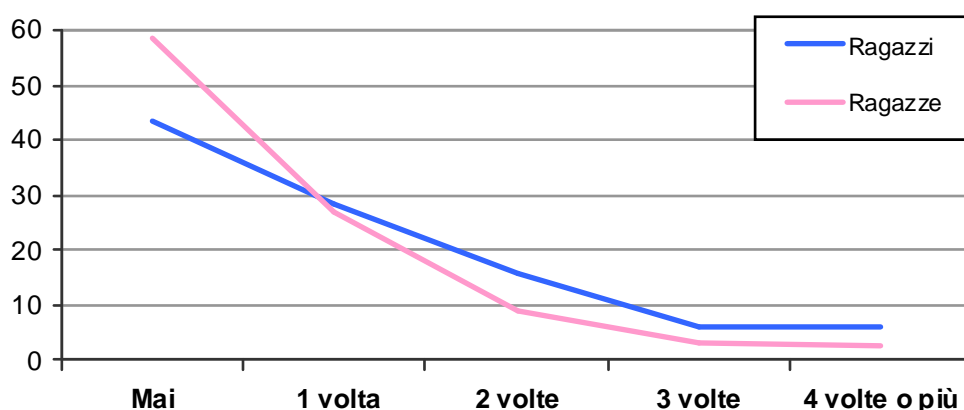
Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

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	53,80 (602)	48,08 (601)	51,06 (458)
Una volta	25,74 (288)	29,52 (369)	27,42 (246)
2 volte	11,26 (126)	13,36 (167)	12,26 (110)
3 volte	3,22 (36)	4,88 (61)	6,13 (55)
4 volte o più	5,99 (67)	4,16 (52)	3,12 (28)
Totale	100,00 (1119)	100,00 (1250)	100,00 (897)

Circa il 50% dei giovani non ha mai avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, tali da ricorrere alle cure di uno specialista (tabella 6.9). Poco meno di un terzo dichiara soltanto un episodio in un anno (25,74% 29,52% 27,42% a 11, 13 e 15 anni rispettivamente).

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



Confrontando i generi, figura 6.5, appare evidente come le ragazze abbiano dichiarato meno infortuni rispetto ai rispettivi coetanei: “mai” 43,61% vs. 58,63%.

Confronto fra i dati toscani degli anni:2009/10, 2005/06 e 2003/04

Il vizio del fumo è rimasto invariato dal 2003/04 al oggi, mentre l’uso di cannabis è diminuito notevolmente in questo ultimo anno. La percentuale di frequenza del “mai” è rimasta invariata dal 2003/04 al 2005/06, rispettivamente 68,50% e 68,20%, mentre nel 2009/10 è salita all’81,27%.

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche, si riscontrano particolari differenze solo nei giovani di 15 anni. I 15enni che non bevono sono diminuiti dal 40,90% nel 2003/04, al 28,60% nel 2005/06 fino al 17,17% in questo anno; i nostri adolescenti dichiarano quindi di bere più alcolici rispetto al passato, ma sembrerebbe in modo più responsabile dal momento che dichiarano maggiormente di non essersi mai ubriacati: 69,79% nel 2009/10 rispetto al 60% circa degli anni passati.

L’uso del preservativo nell’ultimo rapporto sessuale è diminuito rispetto al 2005/06: 76,55% vs. 95,40%.

Bibliografia

- 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. II 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-Setäläet 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.
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.

Capitolo 7

La salute e il benessere

7.1 Introduzione

La necessità di monitorare e comprendere i meccanismi di salute negli individui nasce dall'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 psico-fisico 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

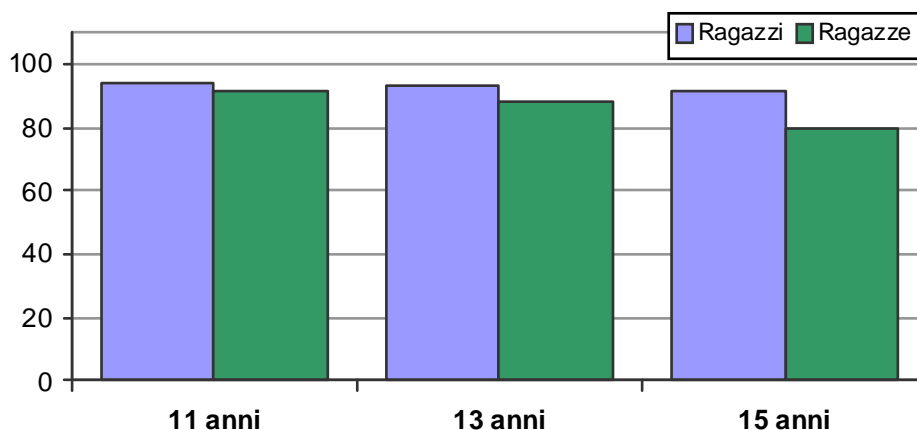
La domanda utilizzata nello studio HBSC relativamente alla percezione del proprio stato di salute è importante perché non solo riflette lo stato di salute soggettivo, ma è anche correlato, come dimostrano numerosi studi, con indicatori di salute più oggettivi, quali mortalità e morbosità. Generalmente,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

Tabella 7.1 - "Diresti che la tua salute è...", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	42,88 (485)	36,07 (452)	29,54 (265)
Buona	50,04 (566)	54,59 (684)	56,30 (505)
Discreta	6,19 (70)	8,54 (107)	13,27 (119)
Scadente	0,88 (10)	0,80 (10)	0,89 (8)
Totale	100,00 (1131)	100,00 (1253)	100,00 (897)

Per tutti (ragazzi e ragazze) cresce con l'età la proporzione di coloro che definiscono "buona" la propria salute; d'altra parte decresce la proporzione di coloro che la definiscono "eccellente" (tabella 7.1). Per tutte le età la percentuale di risposta "buona" è quella più alta: 50,04% a 11 anni, 54,59% a 13 anni e 56,30% a 15 anni.

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



Nella figura 7.1 si osservano anche le differenze tra ragazzi e ragazze che, come è già emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006), sono sempre a svantaggio delle ragazze (a 11 anni 94,29% vs. 91,42%; a 13 anni 93,39% vs. 87,86% e a 15 anni 91,18% vs. 80,09%).

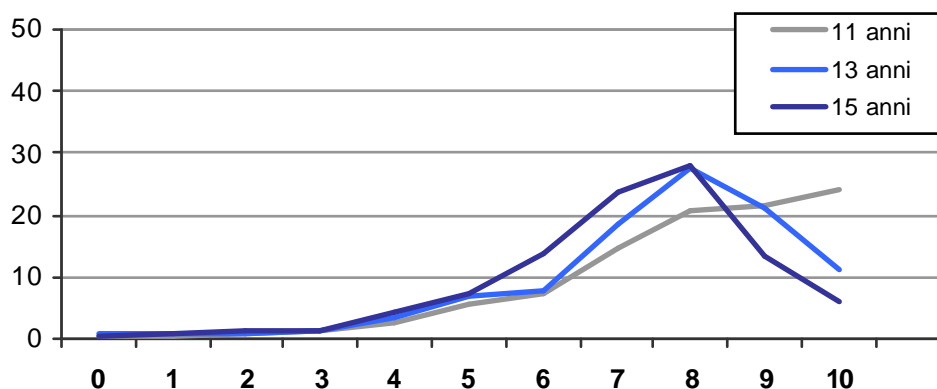
7.3 La percezione del benessere

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 (= La peggior vita possibile) e 10 (= La miglior vita possibile) (Cantril, 1965), che si è rivelata efficace sia negli adulti, che nei ragazzi.

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	0,62 (7)	0,72 (9)	0,33 (3)
1	0,44 (5)	0,72 (9)	0,78 (7)
2	0,89 (10)	0,72 (9)	1,11 (10)
3	1,51 (17)	1,36 (17)	1,11 (10)
4	2,40 (27)	3,36 (42)	4,23 (38)
5	5,78 (65)	6,79 (85)	7,45 (67)
6	7,30 (82)	7,59 (95)	13,68 (123)
7	14,77 (166)	18,39 (230)	23,69 (213)
8	20,64 (232)	27,82 (348)	28,14 (253)
9	21,62 (243)	21,26 (266)	13,35 (120)
10	24,02 (270)	11,27 (141)	6,12 (55)
Totale	100,00 (1124)	100,00 (1251)	100,00 (899)

La percentuale più elevata per ogni fascia di età si pone tra i valore “8”, “9” e “10” (24,02% a 11 anni “10”, 27,82% a 13 anni “8” e 28,14% a 15 anni “8”), dunque molto vicini ad una valutazione massima della propria vita (tabella 7.2).

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

Il valore più alto (10) è presente soprattutto negli 11 anni (24,02%), mentre subisce una flessione via via più consistente nelle classi d'età più elevate: 11,27% a 13 anni e 6,12% a 15 anni (figura 7.2).

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.

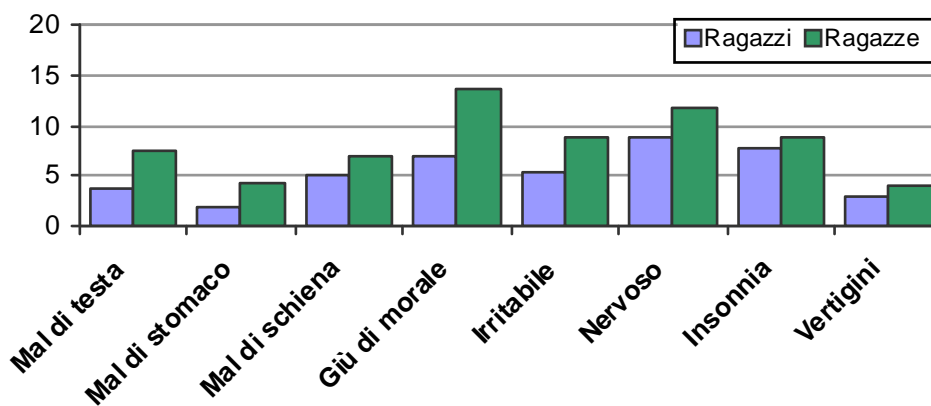
Nella tabella 7.3 e nelle figure 7.3 e 7.4 che seguono, riportiamo per classi d'età e per genere le percentuali di giovani che hanno affermato di accusare i diversi sintomi.

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	31,21 (352)	25,38 (318)	29,70 (267)
Più di 1 volta a settimana	27,84 (314)	35,20 (441)	39,60 (356)
1 volta a settimana	20,12 (227)	23,06 (289)	17,69 (159)
1 volta al mese	14,80 (167)	13,41 (168)	10,90 (98)
Raramente o mai	6,03 (68)	2,95 (37)	2,11 (19)
Totale	100,00 (1128)	100,00 (1253)	100,00 (899)

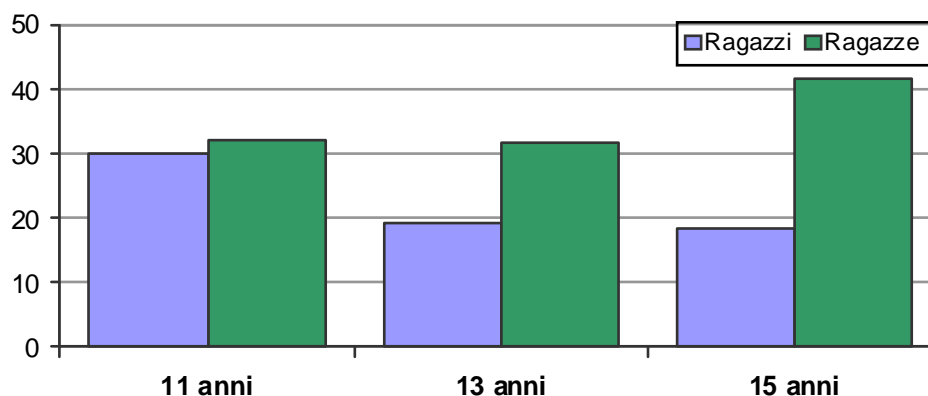
E' evidente che 1 undicenne su 3 presenta almeno un sintomo ogni giorno; mentre per i 13 e i 15enni la percentuale di frequenza più alta è “Più di 1 volta a settimana”, rispettivamente 35,20% e 39,60% (tabella 7.3).

Figura 7.3 - Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere



Analizzando complessivamente il campione e dividendolo per genere si evidenzia che sono le ragazze a riportare in tutte le categorie le percentuali più elevate (figura 7.3).

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



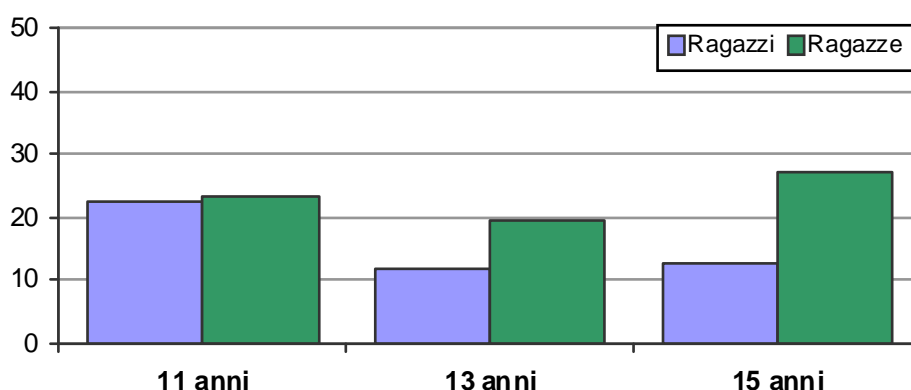
Nella popolazione femminile la proporzione di “coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo” aumenta con il crescere dell’età (32,28%, 31,72% e 41,57%), al contrario della popolazione maschile che invece diminuisce (30,24%, 19,21% e 18,67%) (figura 7.4).

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).

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	22,70 (256)	15,64 (196)	19,49 (175)
Più di 1 volta a settimana	22,16 (250)	26,18 (328)	28,95 (260)
1 volta a settimana	17,64 (199)	23,30 (292)	19,15 (172)
1 volta al mese	21,10 (238)	24,34 (305)	22,72 (204)
Raramente o mai	16,40 (185)	10,53 (132)	9,69 (87)
Totale	100,00 (1128)	100,00 (1253)	100,00 (898)

Il 22,70% dei giovani di 11 anni dichiara di soffrire di almeno uno dei sintomi somatici “ogni giorno”, mentre il 26,18% e il 28,95% di 13 e 15 anni “Più di 1 volta a settimana” (tabella 7.4).

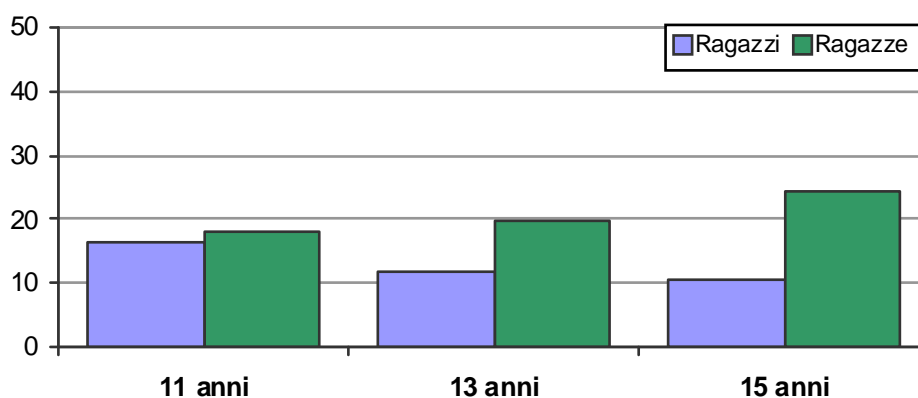
Figura 7.5 - Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini

Le ragazze soffrono di almeno un sintomo somatico, in maniera sempre maggiore col crescere dell'età, rispetto ai coetanei: 23,13% vs. 22,30% a 11 anni; 19,58% vs. 11,81% a 13 anni e 27,08% vs. 12,45% a 15 anni (figura 7.5).

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	17,24 (194)	15,75 (197)	17,35 (156)
Più di 1 volta a settimana	24,62 (277)	29,66 (371)	35,60 (320)
1 volta a settimana	24,53 (276)	24,86 (311)	25,14 (226)
1 volta al mese	20,71 (233)	21,90 (274)	17,80 (160)
Raramente o mai	12,89 (145)	7,83 (98)	4,12 (37)
Totale	100,00 (1125)	100,00 (1251)	100,00 (899)

Anche per i sintomi psicologici “Più di 1 volta a settimana”, rimane la frequenza più alta per i giovani di 13 e 15 anni, rispettivamente con 29,66% e 35,60%; mentre per gli undicenni, come osservato in tabella 7.4, prevale la frequenza “ogni giorno” per i sintomi somatici e “Più di 1 volta a settimana”, per quelli psicologici (24,62%) (tabella 7.5).

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

La differenza tra ragazzi e ragazze, appare evidente in figura 7.6 e aumenta con l'età anche per quanto riguarda i cosiddetti “sintomi

psicologici” (sentirsi giù; cattivo umore; sentirsi nervosi). La differenza in punti percentuali a 11,13 e 15 anni è, rispettivamente di 1,4 - 7,94 - 13,75.

7.5 Utilizzo di farmaci (solo 15 anni)

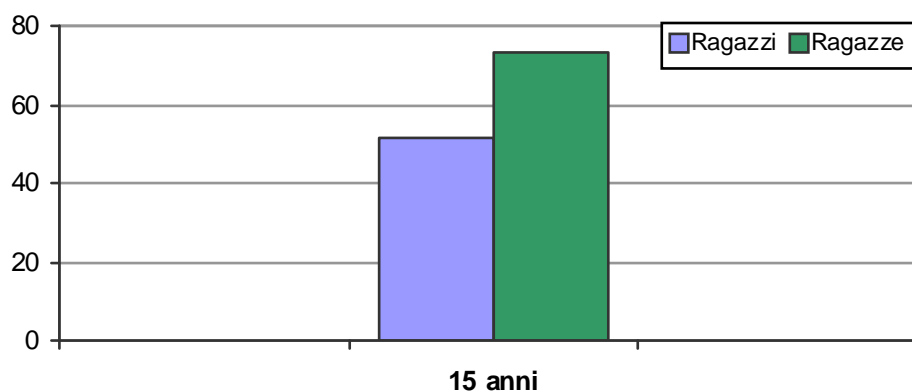
Appare evidente che esistono delle differenze nell’uso di medicinali tra i 15enni. Circa la metà dei ragazzi (48,26%) dichiara di non aver preso medicinali nell’ultimo mese, mentre la percentuale di “nessun farmaco” è del 26,89% per le ragazze (tabella 7.6).

Tabella 7.6 - “Nell’ultimo mese hai preso medicine o farmaci?”, per genere

	Ragazzi % (N)	Ragazze % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	48,26 (222)	26,89 (114)	38,01 (336)
Sì, 1 farmaco	26,09 (120)	35,14 (149)	30,43 (269)
Sì, >1 farmaco	25,65 (118)	37,97 (161)	31,56 (279)
Totale	100,00 (460)	100,00 (424)	100,00 (884)

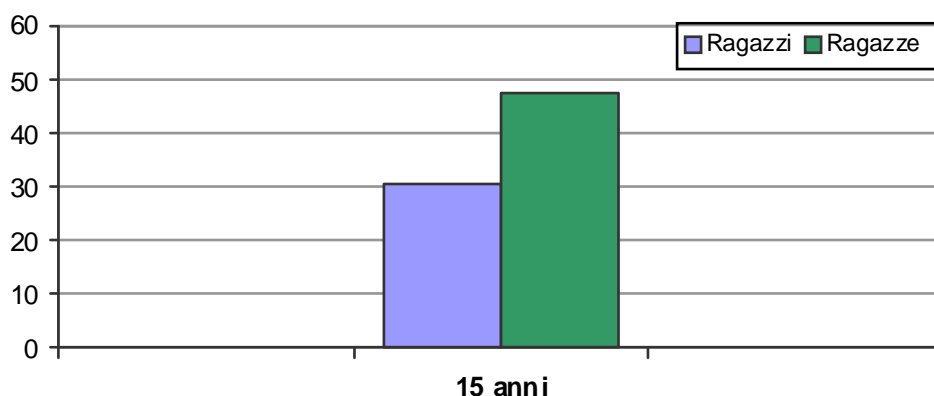
Sommando le risposte “Sì, 1 farmaco” e “Sì, >1 farmaco” è possibile osservare la percentuale di 15enni che ha preso almeno un farmaco nell’ultimo mese.

Figura 7.7 - Percentuale di coloro che hanno preso farmaci nell’ultimo mese (almeno 1), per età e genere



Le ragazze assumono farmaci molto di più rispetto ai ragazzi (73,11% vs. 51,74%). Questo fenomeno potrebbe essere in parte spiegato dall'instaurarsi del ciclo mestruale e dal delicato assestamento conseguente (figura 7.7).

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 età e genere



Le ragazze superano i coetanei anche per quanto riguarda l'assunzione di farmaci per il mal di testa, (47,56% vs. 30,82%), come illustrato in figura 7.8.

Confronto fra i dati toscani degli anni:2009, 2005/06 e 2003/04

Per quanto riguarda la percezione del benessere e della salute, non si riscontrano differenze nelle risposte dal 2003/04 ad oggi. In generale, le ragazze accusano più sintomi rispetto ai coetanei, da sempre.

Bibliografia

- 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. II 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., Godeauet 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*, Geneve, 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.

Risultati toscani e nazionali a confronto

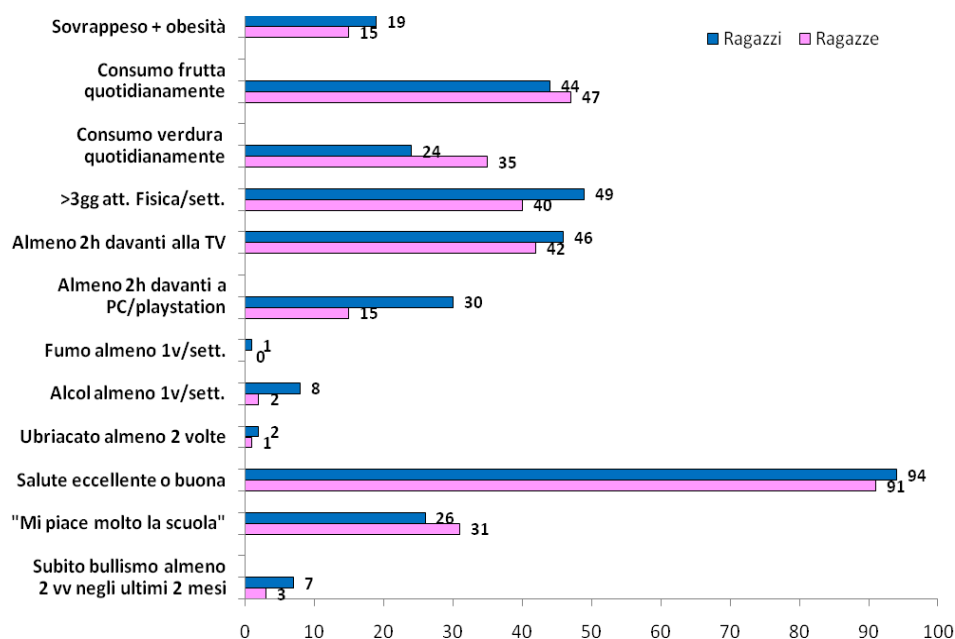
Di seguito vengono riportati i valori di alcuni indicatori riassuntivi degli stili di vita, per genere e fascia di età:

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

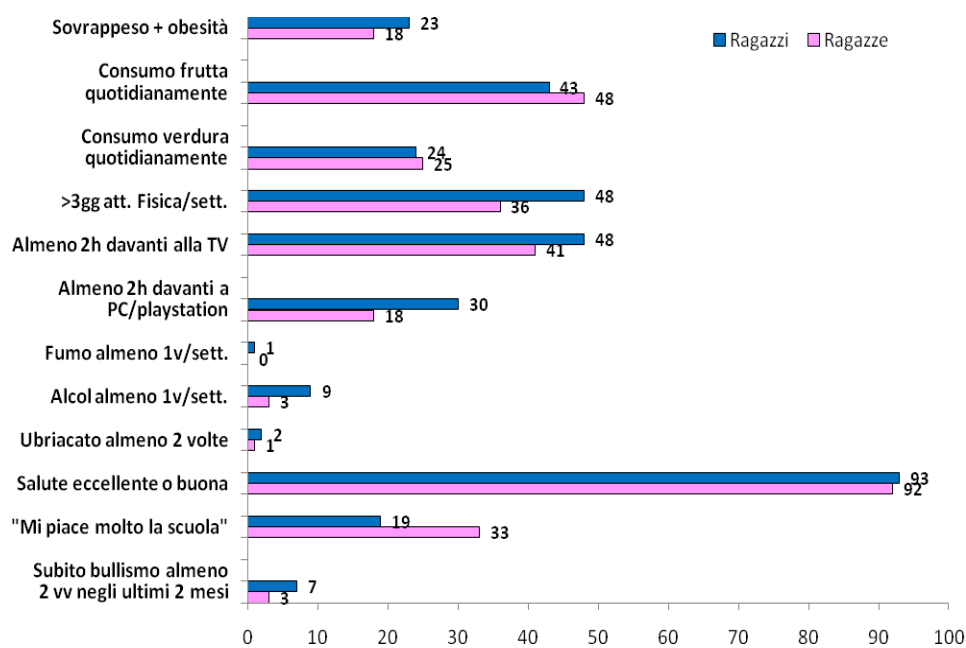
Differenze più interessanti emerse dal confronto dei dati relativi agli undicenni toscani con quelli dei coetanei del pool italiano.

- Le frequenze percentuali di ragazzi e ragazze toscani in sovrappeso risultano più basse di quelle nazionali.
- Si stima che le ragazze toscane consumino quotidianamente la verdura nel 10% dei casi in più della corrispettiva media nazionale.
- La frequenza con cui ai ragazzi toscani piace “molto la scuola” è più elevata della media nazionale.

Undicenni – Dati toscani



Undicenni – Dati nazionali



Differenze più interessanti emerse dal confronto dei dati relativi ai tredicenni toscani con quelli dei coetanei del pool italiano.

- Le frequenze percentuali di ragazzi e ragazze toscani in sovrappeso risultano più basse di quelle nazionali.
- Si stima che i ragazzi toscani consumino quotidianamente la verdura nel 5% dei casi in più della corrispettiva media nazionale e le ragazze nel 9% in più.
- Le ragazze toscane praticano attività fisica almeno per un'ora al giorno per più di tre giorni a settimana nel 6% dei casi in più della media nazionale.

Lo studio HBSC osserva i comportamenti e la salute degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni, nella fase importante e delicata del passaggio alla vita adulta.

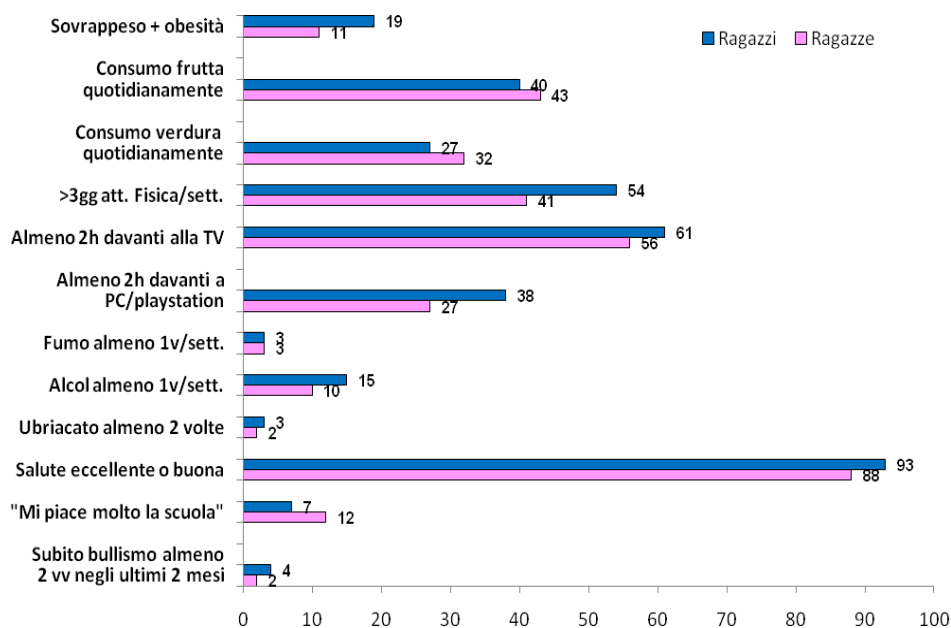
Questo rapporto, in cui vengono presentati risultati dell'indagine HBSC condotta in Toscana per la terza volta dal 2003, conferma l'impegno convinto della Regione a monitorare i comportamenti dei giovani per meglio orientare e verificare nel tempo le politiche a loro indirizzate.

In ogni capitolo, dedicato ad un'area tematica specifica (dal contesto familiare, a quello scolastico, fino alle abitudini alimentari e ai comportamenti a rischio), sono sinteticamente presentati e commentati i risultati.

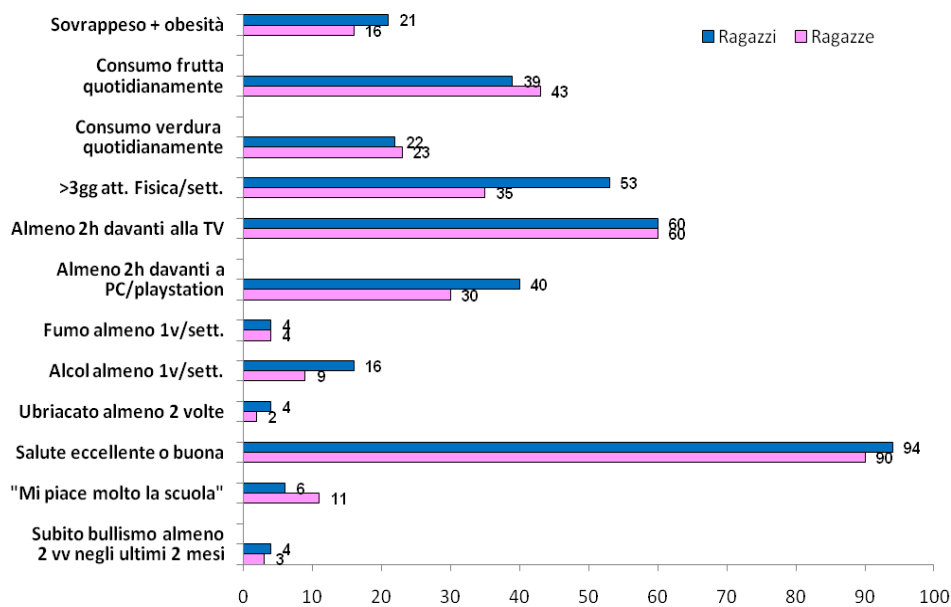
Gli Autori ringraziano i Referenti regionale e provinciali dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana, i Dirigenti scolastici e gli Insegnanti delle scuole che hanno partecipato, i Dirigenti e gli Operatori del Servizio Sanitario Regionale e soprattutto gli studenti che hanno reso possibile questo studio.

L'augurio è che il report possa essere uno strumento utile, in primo luogo ai ragazzi per riflettere sui loro stili di vita, ma anche alle famiglie e a tutti gli Operatori che lavorano quotidianamente a contatto con i giovani per sostenerli ad essere protagonisti del loro benessere.

Tredicenni – Dati regionali



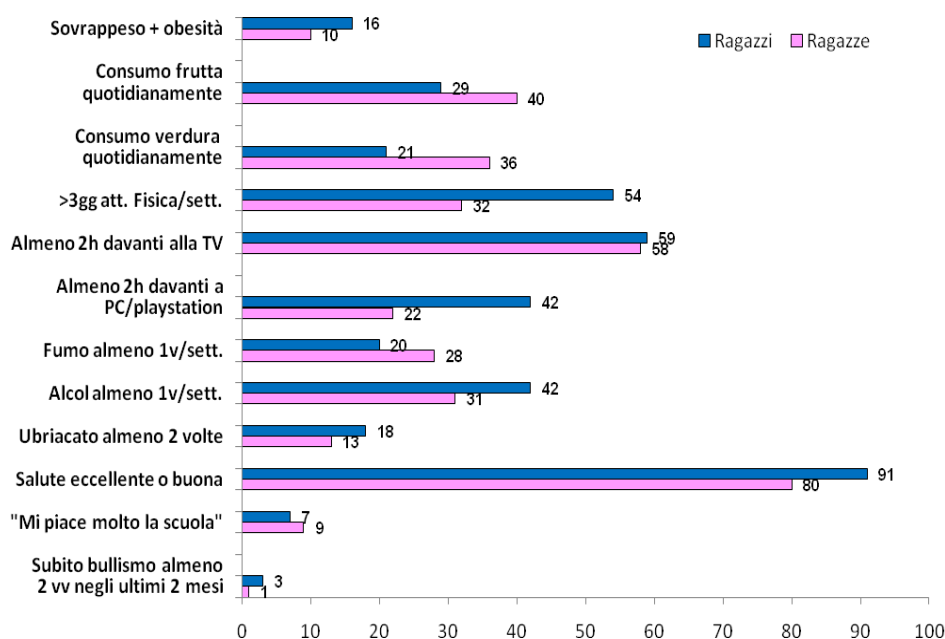
Tredicenni – Dati nazionali



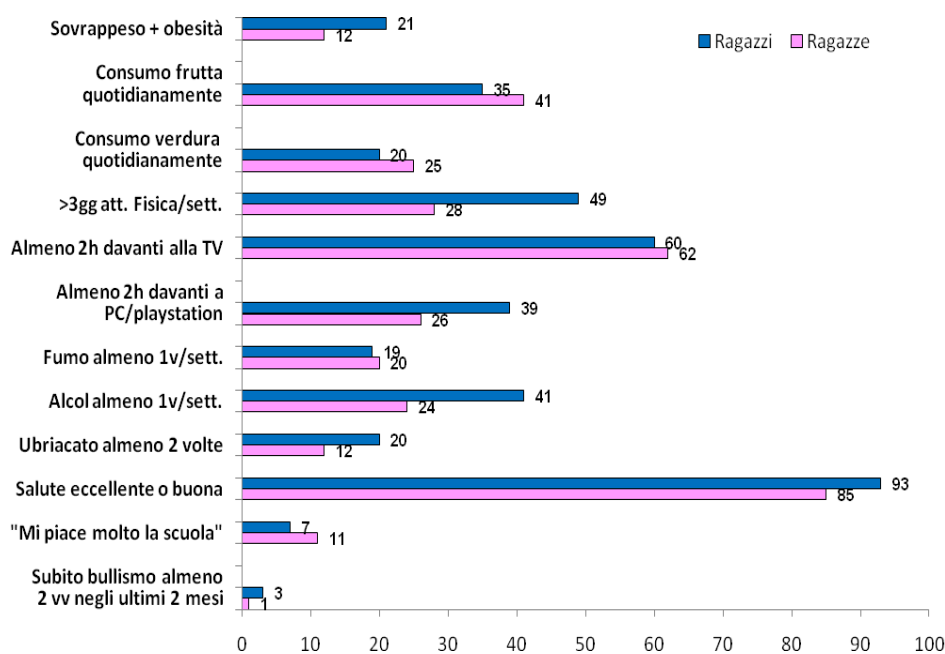
Differenze più interessanti emerse dal confronto dei dati relativi ai quindicenni toscani con quelli dei coetanei del pool italiano.

- Le frequenze percentuali di ragazzi e ragazze toscani in sovrappeso risultano più basse di quelle nazionali.
- Si stima che i ragazzi toscani consumino quotidianamente la frutta nel 6% dei casi in meno della corrispondente media nazionale
- Si stima che le ragazze toscane consumino quotidianamente la verdura nel 9% in più dei casi rispetto alla media nazionale.
- I ragazzi toscani praticano attività fisica almeno per un'ora al giorno per più di tre giorni a settimana nel 5% dei casi in più della media nazionale e le ragazze nel 4% in più.
- Si stima che le ragazze toscane fumino almeno una volta a settimana nell'8% in più dei casi rispetto alla media nazionale.
- Le ragazze toscane consumano alcol almeno una volta a settimana con una frequenza del 7% in più rispetto alle coetanee italiane.

Quindicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati nazionali



In sintesi

Considerando tutte le fasce di età interessate insieme:

- E' costante la prevalenza più bassa di sovrappeso in entrambi i generi, coerentemente con quanto emerge anche all'età di 9 anni.
- Anche se più evidente nelle ragazze, il consumo quotidiano di verdura risulta più elevato.
- La frequenza di attività fisica almeno per un'ora al giorno svolta per almeno tre giorni settimanali è maggiore negli studenti toscani.