

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

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

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

Franco Cavallo (*Principal Investigator*)

Patrizia Lemma

Alberto Borraccino

Paola Dalmasso

Alessio Zambon

Lorena Charrier

Sabina Colombini

Paola Berchiolla

Università degli Studi di Siena

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

Mariano Giacchi

Giacomo Lazzeri

Valentina Pilato

Stefania Rossi

Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Massimo Santinello

Alessio Vieno

Francesca Chieco

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

Angela Spinelli (*Responsabile Scientifico*)

Giovanni Baglio

Anna Lamberti

Paola Nardone

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Daniela Galeone

Maria Teresa Menzano

Lorenzo Spizzichino

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

Maria Teresa Silani (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

Silvana Teti (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Gabriella Furfaro (*Referente Regionale*)

Patrizia Bongiovanni (*Sovrintendenza agli Studi*)

Anna Maria Covarino (*Coordinatore aziendale*)

Operatori:

Elisa Echarlod
Elisabetta Pellegrino
Emanuela Brunero
Francesco Macrì
Graziella Truffa
Marisa Valente

Responsabilità editoriali

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

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

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

Indice

Presentazione	7
Premessa	8
Ringraziamenti	9
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	11
1.1 Introduzione.....	11
1.2 Descrizione del campione.....	12
Bibliografia capitolo 1.....	13
Capitolo 2: Il contesto familiare	14
2.1 Introduzione.....	14
2.2 La struttura familiare.....	14
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	16
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	18
2.5 Conclusioni.....	19
Bibliografia capitolo 2.....	20
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	22
3.1 Introduzione.....	22
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	22
3.3 Rapporto con gli insegnanti.....	26
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	29
3.5 Rapporto con la scuola.....	32
3.6 Conclusioni.....	33
Bibliografia capitolo 3.....	34
Capitolo 4: Sport e tempo libero	36
4.1 Introduzione.....	36
4.2 Attività fisica.....	36
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica.....	37
4.3 Comportamenti sedentari.....	39
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione.....	39
4.4 Rapporti con i pari.....	43
4.5 Conclusioni.....	46
Bibliografia capitolo 4.....	47
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	49
5.1 Introduzione.....	49
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	50
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	51
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	53
5.5 Stato nutrizionale.....	55
5.6 Igiene orale.....	60
5.7 Conclusioni.....	61
Bibliografia capitolo 5.....	61
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	63
6.1 Uso di sostanze.....	63
6.1.1 Il fumo.....	63
6.1.2 L'alcol.....	64
6.1.3 Cannabis.....	67
6.2 Abitudini sessuali.....	69
6.3 Infortuni.....	70
6.4 Conclusioni.....	71
Bibliografia capitolo 6.....	71
Capitolo 7: Salute e benessere	73
7.1 Introduzione.....	73
7.2 Percezione della propria salute.....	73
7.3 La percezione del benessere.....	74

7.4 I sintomi riportati	76
7.5 Utilizzo di farmaci.....	79
7.6 Conclusioni.....	80
Bibliografia capitolo 7.....	81
Alcuni indicatori riassuntivi	82
Conclusioni e riflessioni.....	88

Presentazione

La Regione autonoma Valle d'Aosta ha aderito nel 2009 allo studio internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Si tratta di un importante progetto di ricerca-azione sui comportamenti e stili di vita degli adolescenti svolto in collaborazione con altri paesi del mondo e sostenuto dall'OMS al fine di poter comparare i dati regionali con quelli nazionali e internazionali.

Come sappiamo la salute è il risultato di atteggiamenti e comportamenti individuali e di variabili sociali, ambientali, economiche e sanitarie, dove l'aspetto sanitario interagisce solo per una piccola parte; diventa pertanto necessario vedere la salute dei nostri giovani in un contesto più ampio e condiviso.

I dati dello studio HBSC che presentiamo in questa pubblicazione ci permettono di avere un quadro complessivo sullo stato di salute e sugli stili di vita e salute dei giovani valdostani in età scolare oltre a rappresentare un ulteriore passo in avanti del sistema socio-sanitario regionale valdostano verso il processo di confronto con realtà ed esperienze di altri sistemi sanitari e sociali dell'Europa e degli Stati Uniti. Poter disporre di dati regionali che interessano una fascia d'età tra 11 e 15 anni costituisce un importante strumento di pianificazione e sviluppo di politiche per la salute, sempre più aderenti ai bisogni dei cittadini, così come definito dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 e declinato nei Piani Regionali della Prevenzione. Inoltre viene offerta agli amministratori anche la possibilità di verificare se le azioni intraprese hanno sortito gli effetti desiderati.

Questa indagine, prima nel suo genere condotta in Valle d'Aosta, ha incluso nelle variabili oggetto di indagine anche fattori di tipo contestuale, come le caratteristiche della scuola, le politiche per la salute della area in cui vivono i giovani, rappresentando in tal senso un ulteriore strumento per migliorare la comprensione di una realtà sociale sempre più complessa come quella attuale. Il miglioramento delle conoscenze relative allo stato di salute e quindi il miglioramento dello stato di salute stesso non è più un obiettivo peculiare del sistema socio sanitario, ma della società nel suo complesso e raggiungibile attraverso il contributo di tutti.

L'obiettivo dello studio è contribuire alla costruzione in modo integrato di politiche giovanili strutturate sui reali bisogni dei giovani, legati al loro contesto di vita, dove la scuola rappresenta sicuramente un ambito di lavoro importante.

L'impegno infatti è quello di utilizzare concretamente la ricerca scientifica, in un'ottica di condivisione e integrazione tra le diverse istituzioni coinvolte per sviluppare progetti e azioni ragionate, supportati dai risultati HBSC per lavorare con il territorio e in particolare modo all'interno di quel mondo fondamentale per il futuro che è la scuola.

dott. Albert Lanièce

Assessore Regionale alla Sanità Salute e Politiche Sociali

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

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

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

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

Scuola Secondaria di I° grado San Francesco - P.zza San Francesco, 2 11100 AOSTA
Scuola Secondaria di I° grado Saint Roch - C.so Ivrea, 19 11100 AOSTA
Scuola Secondaria di I° grado Quartiere Cogne - Via Magg. Cavagnet, 8 11100 AOSTA
Scuola Secondaria I° grado "J.B. Cerlogne"- C.so St-Martin de Corléans, 252 11100 AOSTA
Istituto Magistrale "R.M. Adelaide"- Via Torino, 55 11100 AOSTA
Liceo Scientifico - Av. Conseil des Commis, 36 11100 AOSTA
Institut Agricole Regional - Regione La Rochere, 1/A 1110 AOSTA
Istituzione Scolastica di Istruzione Professionale - Via Chambery, 8 11100 AOSTA
Liceo Classico - Via dei Cappuccini, 2 11100 AOSTA
Istituto d'arte - Via Matteotti, 3 11100 AOSTA
Scuola Secondaria di I° grado Valdigne Mont Blanc - V.le Convento, 10 11017 MORGEX
Scuola Secondaria di I° grado - "Maria Ida Viglino" - Reg.ne Champagne, 54 11018 VILLENEUVE
Liceo Linguistico legalmente riconosciuto- Via Circonvallazione, 110 11013 COURMAYEUR
Istituto tecnico commerciale - Via B. Festaz, 27° 11100 AOSTA
Istituto tecnico per geometri - Via Chambery, 105 11100 AOSTA
Scuola Secondaria di I° grado Luigi Barone - Via delle scuole, 4 11029 VERRES
Scuola Secondaria di I° grado Mont Rose A - Via Carlo Viola, 11026 PONT ST- MARTIN
Scuola Secondaria di I° grado Walse Mont Rose B - Via Rofono, 10 11025 GRESSONEY ST-JEAN
Ex Istituto tecnico industriale - Via Artari, 19 11029 VERRES
Ex Scuola Coordinata dell'Istituto Professionale Regionale; Via Artari, 19; 11029; VERRES
Ex Scuola Coordinata dell'Istituto Professionale Regionale; Viale Carlo Viola, 3/5; 11026; PONT ST- MARTIN
Indirizzo Scienze sociali e linguistiche - Via Franchet , 111 11029 VERRES
Indirizzo Scientifico- Via M. Alliod, 5 11027 ST-VINCENT
Indirizzo Scientifico- Via Nazionale per Donnas, 29 11026 PONT ST-MARTIN
Scuola Secondaria di I° grado Abb  J.M. Treves - P.zza del Mercato, 2 11027 ST-VINCENT
Scuola Secondaria di I° grado Abb  J.M. Treves - Fr.az. Cretaz, 67 11028 VALTOURNENCHE
Scuola Secondaria di I° grado CM Monte Emilius3 - Localit  Pont Suaz, 19 11020 CHARVENSOD
Scuola Secondaria II° grado Don Bosco - Via Tornafol, 1 11024 CHATILLON
Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri- Loc. Panorama, 24 11024 CHATILLON
Istituto Professionale Regionale - Via M. Alliod, 5 11027 ST-VINCENT
Scuola Secondaria I° grado Einaudi- V.le della Pace, 11 11100 AOSTA
Istituto Professionale Regionale Alberghiero- Via della Stazione, 39 11024 CHATILLON
Scuola Secondaria di I° grado Salesiani Don Bosco- Via Tornafol, 1 11024 CHATILLON
Scuola Secondaria di I° grado CM Grand Combin - Loc. Chez Roncoz; 11010 GIGNOD
Scuola Secondaria I° grado CM Monte Emilius1 - Via St. Barth lemy, 7 11020 NUS
Scuola Secondaria di I° grado CM Monte Emilius2 - Loc. Bas Villair, 17 11020 QUART

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 valdostano, fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale.

Le classi sono state stratificate sulla base dell'età (scuole medie inferiori e superiori).

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

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

1.2 Descrizione del campione

In questa sezione vengono presentate le principali caratteristiche del campione di giovani valdostani esaminato.

Complessivamente sono state selezionate 119 classi, di cui il 36 % (43) appartengono a scuole secondarie di II° livello. La rispondenza per class e (tabella 1.1) è stata del 100% tutte e tre le fasce d'età. In totale i questionari completati ricevuti sono stati 2043 e, come da protocollo, sono stati inviati al VEST per la lettura ottica e da qui al centro di Coordinamento di Torino per il controllo di qualità. Dei 2043 questionari ricevuti ed imputati, 1519 (74,3%) sono risultati internamente coerenti ed in possesso delle informazioni minime richieste per essere inclusi nelle analisi.

In tabella 1.2 è riportata la distribuzione per genere ed età del campione di 1519 ragazzi oggetto di analisi nel presente rapporto. Complessivamente i maschi risultano essere 751 (49,4%) con una percentuale maggiore fra gli undicenni. Il rapporto maschi/femmine si mantiene pressoché costante nelle tre fasce d'età e cioè 51,3% negli 11enni, 50,44% nei 13enni e 45% nei 15enni.

Per quanto riguarda la composizione del campione secondo il paese di nascita dei genitori (tabella 1.3), più del 95% dei ragazzi ha entrambi i genitori nativi italiani.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	37	37	100
Classe terza media	39	39	100
Classe seconda superiore	43	43	100
Totale	119	119	100

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	39.41 (296)	36.59 (281)	37.99 (577)
13 anni	37.95 (285)	36.46 (280)	37.20 (565)
15 anni	22.64 (170)	26.95 (207)	24.82 (377)
Totale	100 (751)	100 (768)	100 (1519)

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Nato in Italia	95.99 (550)	95.20 (535)	97.34 (366)
Nato all'estero	4.01	4.80	2.66

	(23)	(27)	(10)
Totale	100	100	100
	(573)	(562)	(376)

Si ritiene utile sottolineare che la percentuale di rispondenza elevata per classe (100%) è un importante indicatore di processo; una percentuale molto alta oltre a garantire la rappresentatività del campione dimostra l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine.

Nonostante la diminuita numerosità campionaria conseguente alle operazioni di pulizia, il campione esaminato rimane rappresentativo della popolazione di riferimento.

Bibliografia capitolo 1

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

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

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

Letture di approfondimento

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

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

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

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

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

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

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

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

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

- La famiglia "monoparentale": cioè le famiglie in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore. Secondo Scabini (2000), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.
- La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o

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

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

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

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

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

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

Come si può notare la maggior parte (circa il 69%) delle famiglie del campione di ragazzi valdostani sono famiglie tradizionali, cioè i figli vivono con entrambi i genitori. Più del 20% dei ragazzi vive però in altre tipologie familiari: la maggior parte in famiglie monogenitoriali (15,1%) in cui il genitore presente è la madre (13,8%), mentre circa il 4,2% in famiglie ricostituite (padre o madre biologici ed un nuovo compagno/a)

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	68.75 (1014)
Madre e padre, più uno o due nonni	10.58 (156)
Solo madre (con o senza nonni)	13.76 (203)
Solo padre (con o senza nonni)	1.36 (20)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	4.20 (62)
Solo nonni (uno o due)	0.54 (8)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	0.81 (12)
Totale	100 (1475)

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. Da una parte è stato infatti dimostrato come la qualità della relazione con i genitori sia associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti; ad esempio relazioni difficili con i genitori sono associate a maggiore probabilità di adozione di comportamenti di consumo di sostanze tra i ragazzi (Zambon et al., 2006). Dall'altra parte, è stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possano svolgere una funzione protettiva rispetto a scelte comportamentali e al benessere generale dei ragazzi (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005) e, in particolare, rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (Field et al., 2001), a comportamenti antisociali (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000; Vieno et al., 2009), alla scarsa autostima (Lanz et al., 1999a), a problemi scolastici (Glaskow et al., 1997). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo controllo/autorità sulla vita dei figli per risultare adattivo (Baumrind, 1991).

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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	30.97 (175)	15.40 (85)	5.87 (22)
Facile	39.12 (221)	35.87 (198)	35.73 (134)
Difficile	20.18 (114)	28.80 (159)	34.13 (128)
Molto difficile	7.26 (41)	15.40 (85)	18.67 (70)
Non ho questa persona	2.48 (14)	4.53 (25)	5.60 (21)
Totale	100 (565)	100 (552)	100 (375)

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	50.98 (285)	36.36 (200)	21.77 (81)
Facile	35.24 (197)	39.82 (219)	45.43 (169)
Difficile	10.91 (61)	15.82 (87)	24.46 (91)
Molto difficile	1.79 (10)	6.00 (33)	8.33 (31)
Non ho questa persona	1.07 (6)	2.00 (11)	0.00 (0)
Totale	100 (559)	100 (550)	100 (372)

Considerando la qualità della comunicazione all'interno della famiglia, si può dedurre che la comunicazione con entrambi i genitori tenda a diventare più difficile all'aumentare dell'età. In generale parlare con la madre appare più facile rispetto al parlare con il padre.

Prendendo in considerazione anche il genere dei ragazzi, si evidenziano differenze significative per quanto riguarda la comunicazione con la figura paterna: le ragazze hanno molta più difficoltà a comunicare con il padre, e tale difficoltà aumenta all'aumentare dell'età (figura 2.1).. Non si evidenziano differenze significative nella comunicazione con la madre che rimane una figura di sostegno sia per i ragazzi che per le ragazze (figura 2.2).

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

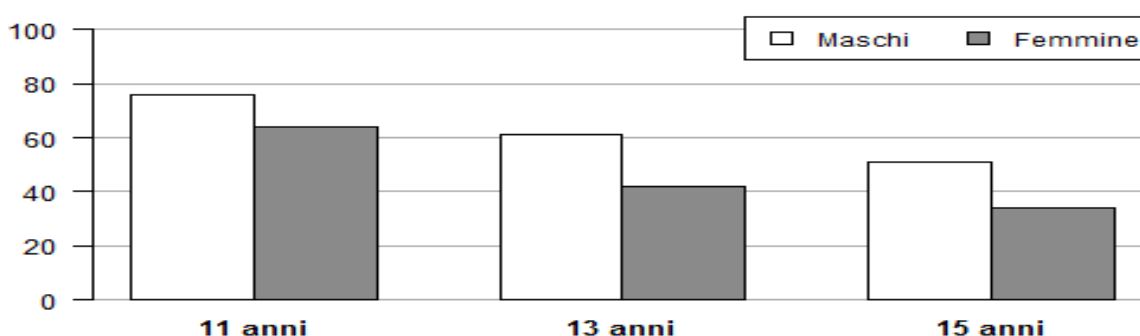
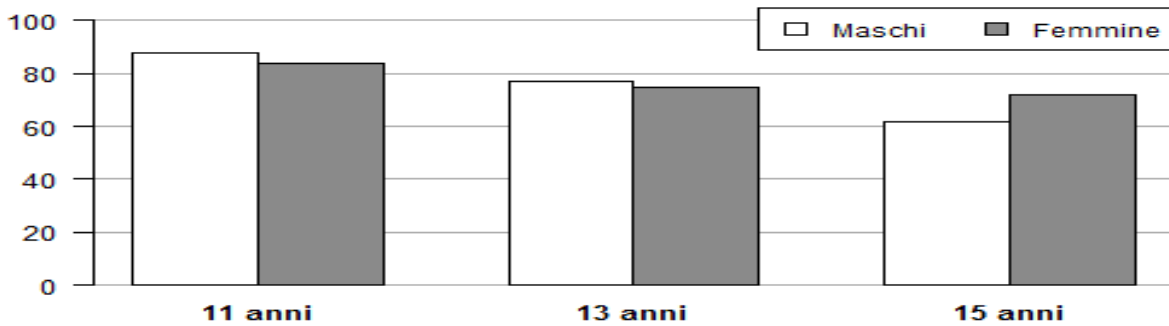


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



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 composta 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.

Riguardo lo status socio-economico - valutato attraverso la scala Family Affluence Scale (FAS) – circa il 57% dei ragazzi si colloca nella posizione più alta della scala, ed un 36% si situa in posizione intermedia. Molto bassa – circa 7% la quota di quanti non hanno accesso ai beni considerati.

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	6.98 (104)
Medio	36.15 (539)
Alto	56.87 (848)
Totale	100 (1491)

Rispetto al livello di istruzione dei genitori riportato nella tab. 2.6, stratificato per età, si può evidenziare che la madre ha una scolarità più elevata rispetto alla figura paterna. Sommando i dati relativi alle tre fasce d'età si evidenzia che il 57,2% delle madri è in possesso del diploma di maturità/laurea, contro il 43,7% dei padri

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni %	13 anni %	15 anni %	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Licenza elementare	3.88 (12)	3.94 (16)	7.27 (24)	1.90 (6)	2.63 (11)	2.64 (9)
Licenza media	27.83 (86)	32.76 (133)	42.42 (140)	21.90 (69)	25.36 (106)	33.72 (115)
Istituto professionale	16.83 (52)	18.72 (76)	14.85 (49)	12.70 (40)	14.59 (61)	12.61 (43)
Maturità	26.86 (83)	25.37 (103)	24.24 (80)	31.43 (99)	34.69 (145)	40.47 (138)
Laurea	24.60 (76)	19.21 (78)	11.21 (37)	32.06 (101)	22.73 (95)	10.56 (36)
Totale	100 (309)	100 (406)	100 (330)	100 (315)	100 (418)	100 (341)

2.5 Conclusioni

Poiché la vita in famiglia è in grado di influenzare fortemente le modalità con cui i ragazzi, futuri adulti, si rapportano con il mondo, abbiamo scelto di analizzare alcuni aspetti di tre delle maggiori componenti della vita familiare: la struttura di convivenza, la qualità percepita delle relazioni con i genitori e la situazione socio-economica.

Rispetto alla struttura familiare, si conferma la netta prevalenza di nuclei in cui sono presenti entrambi i genitori, con o senza altre figure parentali. Non è tuttavia possibile trascurare il fatto che le situazioni alternative rappresentano ormai un 14% circa delle realtà in cui vivono e crescono i ragazzi; realtà assodate, di cui occorre tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali, in quanto situazioni a rischio di svantaggio economico e sociale.

La qualità della relazione con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende a ridursi con l'età, risultando più bassa fra i quindicenni che fra i tredicenni e fra questi ultimi rispetto agli undicenni. Dato comprensibile, se si considera che l'adolescenza è l'età in cui inizia il distacco dalla famiglia, per avvicinarsi ad altri gruppi.

Da rilevare, tuttavia, il miglior rapporto più con la madre che con il padre, soprattutto per le ragazze che trovano molto più difficile rispetto ai coetanei maschi confidarsi con la figura maschile adulta della famiglia.

Per quanto riguarda la situazione socio-economica, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-alte, seppur in presenza di situazioni di disagio (7%).

Anche di questi dati occorre tenere conto nell'organizzazione delle politiche di sostegno alle famiglie, per l'importanza che lo status socioeconomico esercita sullo stato di salute presente e futuro dei giovani.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perche C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie*. Anno 1998, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.

- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E' stato dunque chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli

studenti favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

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

Per quanto attiene la dotazione strutturale (tabella 3.1), si evidenzia come in una percentuale abbastanza rilevante – circa 14% delle scuole, non sia presente la palestra e in circa l'11% non siano presenti cortili o, nel caso siano presenti, non risultano adeguati (36%).

Riguardo le misure di promozione della salute adottate abitualmente (tabella 3.2), il 74% riguardano la promozione dell'attività fisica e dello sport, seguite da nutrizione e alimentazione (63%), prevenzione di violenza e bullismo (57%) e prevenzione dell'abuso di sostanze (56%).

Quasi metà (47%) delle scuole sono prive di mensa scolastica o di distributori automatici di alimenti ed in quasi l'83% mancano programmi di distribuzione di alimenti protettivi come latte, yogurt e frutta (tabella 3.3)

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

	Cortile/ aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Biblioteca, libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature speciali per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguito	52.78 (19)	86.11 (31)	83.33 (30)	72.22 (26)	68.57 (24)	91.67 (33)	91.43 (32)	63.89 (23)	75.00 (27)
Non adeguato	36.11 (13)	13.89 (5)	16.67 (6)	13.89 (5)	28.57 (10)	8.33 (3)	8.57 (3)	27.78 (10)	22.22 (8)
Risorsa non presente	11.11 (4)	0.00 (0)	0.00 (0)	13.89 (5)	2.86 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	8.33 (3)	2.78 (1)
Totale	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (35)	100 (36)	100 (35)	100 (36)	100 (36)

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

	Nutrizione e Alimentazione %	Attività fisica e Sport %	Violenza e bullismo %	Abuso di sostanze %
	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì abitualmente	62.86 (22)	74.29 (26)	57.14 (20)	55.88 (19)
Sì di tanto in tanto	25.71 (9)	14.29 (5)	37.14 (13)	38.24 (13)
No	11.43 (4)	11.43 (4)	5.71 (2)	5.88 (2)
Totale	100 (35)	100 (35)	100 (35)	100 (34)

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

	Mensa scolastica	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt	Distributori automatici di alimenti
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	52.78 (19)	17.14 (6)	52.78 (19)
No	47.22 (17)	82.86 (29)	47.22 (17)
Totale	100 (36)	100 (35)	100 (36)

Nelle scuole in cui sono presenti programmi di distribuzione di alimenti protettivi dello stato di salute (tabella 3.4), questi nel 100% riguardano la somministrazione di spuntini di metà mattina.

Riguardo le tipologie alimentari presenti nei distributori automatici (tabella 3.5), nell'89% dei casi trattasi di acqua, e nel 79% da merendine confezionate e bibite zuccherate o gassate.

Nota positiva il rilievo che 100% delle classi riescono a fare le due ore di attività motoria curriculare (tabella 3.6).

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

	Prima colazione	Spuntini di metà mattina	Merenda pomeridiana
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	16.67 (1)	100.00 (6)	33.33 (2)
No	83.33 (5)	0.00 (0)	66.67 (4)
Totale	100 (6)	100 (6)	100 (6)

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

	Bibite zuccherate o gassate	Succhi di frutta	Merendine confezionate, caramelle, snack	Yogurt	Frutta fresca	Acqua	Bevande calde	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	78.95 (15)	68.42 (13)	78.95 (15)	0.00 (0)	5.26 (1)	89.47 (17)	73.68 (14)	15.79 (3)
No	21.05 (4)	31.58 (6)	21.05 (4)	100.00 (19)	94.74 (18)	10.53 (2)	26.32 (5)	84.21 (16)
Totale	100 (19)	100 (19)	100 (19)	100 (19)	100 (19)	100 (19)	100 (19)	100 (19)

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

	Classi % (N)
Tutte	100 (36)
Quasi tutte	0 (0)
Circa la metà	0 (0)
Poche	0 (0)
Totale	100 (36)

Poco più del 50% delle scuole dichiarano di partecipare ad iniziative di promozione di sane abitudini alimentari (tabella 3.7) organizzate da/con qualche altro partner.

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

	Comune	Associazione agricoltori/ allevatori	Istituzioni provinciali	Associazioni (volontariato, onlus,...)	Direzione scolastica/ insegnanti	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	0.00 (0)	0.00 (0)	5.56 (2)	13.89 (5)	19.44 (7)	52.78 (19)
No	100.00 (36)	100.00 (36)	94.44 (34)	86.11 (31)	80.56 (29)	47.22 (17)
Totale	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)

Riguardo la frequenza di coinvolgimento degli studenti in aspetti dell'organizzazione interna della scuola (tabella 3.8), nel 79% dei casi si tratta di sviluppo di regole e politiche e nel 35% nello sviluppo di misure di promozione della salute.

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

	Sviluppo politiche e regole	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure di promozione della salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Frequentemente	79.41 (27)	18.18 (6)	35.29 (12)	23.53 (8)	30.30 (10)
Raramente	20.59 (7)	42.42 (14)	44.12 (15)	55.88 (19)	48.48 (16)
Mai	0.00 (0)	39.39 (13)	20.59 (7)	20.59 (7)	21.21 (7)
Totale	100 (34)	100 (33)	100 (34)	100 (34)	100 (33)

Riguardo il contesto ambientale esterno alla scuola (tabella 3.9), lo spaccio/consumo di sostanze nel 72% dei casi è ritenuto un problema moderato/lieve, seguito da tensioni razziali/etniche (39%).

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

	Tensioni razziali/etniche %	Immondizie per strada %	Spaccio/consumo di sostanze %	Violenze/ vandalismo %	Traffico eccessivo %	Edifici dismessi %	Criminalità %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Problema rilevante	2.78 (1)	2.78 (1)	8.33 (3)	2.78 (1)	8.33 (3)	2.78 (1)	2.78 (1)
Problema moderato/lieve	38.89 (14)	25.00 (9)	72.22 (26)	36.11 (13)	38.89 (14)	25.00 (9)	44.44 (16)
Problema non presente	55.56 (20)	72.22 (26)	16.67 (6)	61.11 (22)	52.78 (19)	72.22 (26)	52.78 (19)
Non so	2.78 (1)	0.00 (0)	2.78 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
Totale	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)	100 (36)

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".

Nella tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla prima affermazione, da cui si evince che meno della metà (42,6%) del campione sostiene di sentirsi trattato in modo equo. Sono soprattutto i maschi ad essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con questa affermazione (44%) contro il 41,5% delle femmine.

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	4.76 (8)	6.34 (13)	5.63 (21)
D'accordo	39.29 (66)	35.12 (72)	37.00 (138)
Né d'accordo né in disaccordo	30.95 (52)	35.12 (72)	33.24 (124)
Non d'accordo	15.48 (26)	17.56 (36)	16.62 (62)
Per niente d'accordo	9.52 (16)	5.85 (12)	7.51 (28)
Totale	100 (168)	100 (205)	100 (373)

In tabella 3.11 viene riportato il grado di accordo con l'affermazione riguardante il livello di coinvolgimento dei ragazzi in classe. Si osserva che il livello è di poco inferiore al 50% delle osservazioni, ed è leggermente superiore nei maschi (circa 48,5% vs circa il 47,3% nelle ragazze).

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	9.47 (16)	8.29 (17)	8.82 (33)
D'accordo	39.05 (66)	39.02 (80)	39.04 (146)
Né d'accordo né in disaccordo	31.36 (53)	36.10 (74)	33.96 (127)
Non d'accordo	11.24 (19)	11.71 (24)	11.50 (43)
Per niente d'accordo	8.88 (15)	4.88 (10)	6.68 (25)
Totale	100 (169)	100 (205)	100 (374)

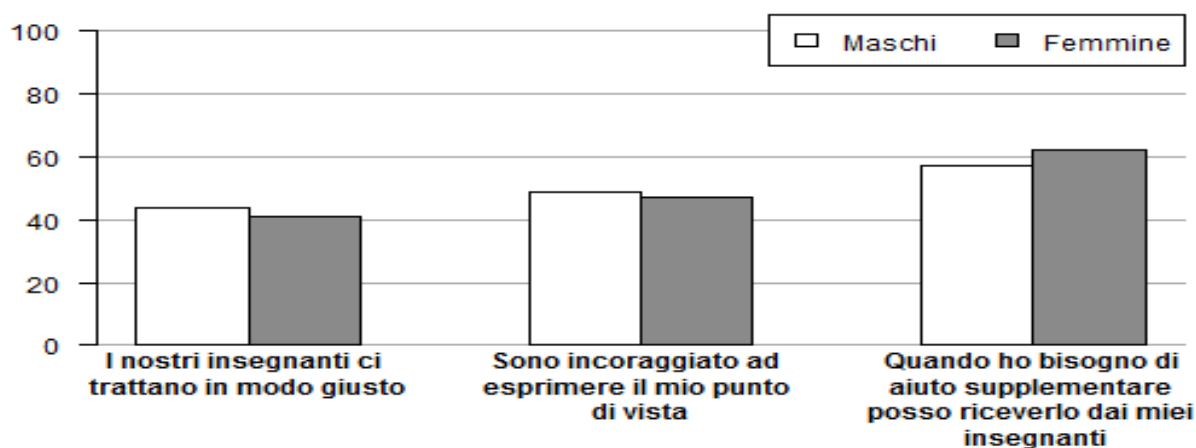
Nella tabella 3.12 viene valutato in che misura i ragazzi percepiscono la disponibilità degli insegnanti quando si trovano in difficoltà. Anche in questo caso, in analogia con quanto osservato nelle domande precedenti, la percentuale dei ragazzi che si dichiara "né d'accordo né in disaccordo" raggiunge quasi il 30%; la proporzione di ragazzi che affermano di poter contare su un aiuto supplementare in caso di bisogno è del 56,5% contro un 61,7% delle ragazze.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	11.90 (20)	11.17 (23)	11.50 (43)
D'accordo	44.64 (75)	50.49 (104)	47.86 (179)
Né d'accordo né in disaccordo	28.57 (48)	26.70 (55)	27.54 (103)
Non d'accordo	10.12 (17)	8.74 (18)	9.36 (35)
Per niente d'accordo	4.76 (8)	2.91 (6)	3.74 (14)
Totale	100 (168)	100 (206)	100 (374)

La figura 3.1 riassume graficamente quanto riportato nelle tabelle 3.10, 3.11 e 3.12 per i ragazzi che hanno dichiarato di essere d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni precedenti. Si può osservare come i ragazzi in questa fascia di età percepiscano complessivamente di non essere trattati in modo giusto (in entrambe i sessi una percentuale di circa il 40% si sente trattata in modo giusto). In una percentuale superiore al 40% - in entrambi i sessi – si sentono incoraggiati ad esprimere il proprio punto di vista e, in caso di bisogno, la maggior parte di loro, poco più del 60% delle ragazze, percepisce la disponibilità del corpo insegnante.

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



3.4 Rapporto con i compagni di classe

Il setting dei pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente (Barth, 2004, Goodenow, 1993). Questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti rispetto alle attività scolastiche (Lubbers, 2006), e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste infatti un legame significativo tra relazioni con i coetanei e il rendimento scolastico: gli studenti che hanno carenti relazioni con i compagni di classe tendono ad avere voti peggiori (Wentzel, 2003, Zettergren, 2003), minor successo scolastico (Buhs, 2006), un maggior numero di assenze (Fredricks, 2004) ed un maggior rischio di drop out (Jimerson, 2000).

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

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni "La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile" e "I miei compagni mi accettano per quello che sono". (modalità di risposta da "sono molto d'accordo a "non sono per niente d'accordo"). Nelle tabelle 3.13 e 3.14 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

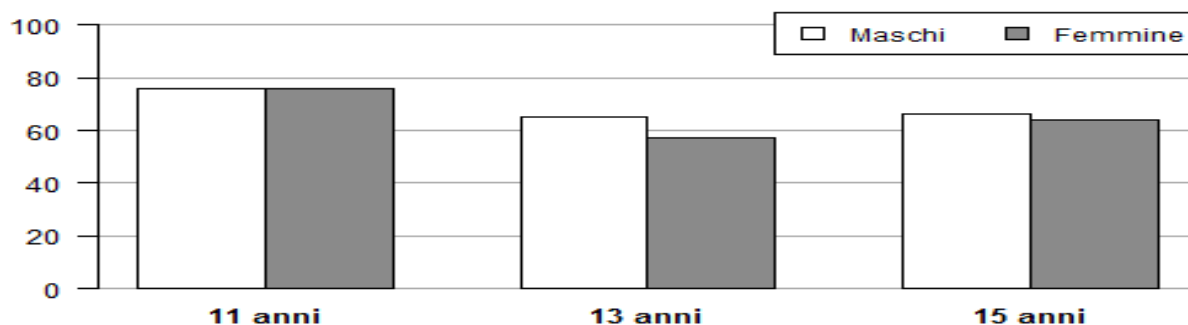
La maggior parte dei ragazzi in tutte le età considerate percepisce i propri compagni come gentili e disponibili (75,5%, 61% e 65% rispettivamente per gli 11, i 13 ed i quindicenni), anche se nei tredicenni sembra ridursi la percezione della disponibilità dei coetanei.

Quando si analizzano le risposte per classi di età suddivise per sesso (figura 3.2) si osserva che per i ragazzi questa percezione tende a diminuire con il crescere dell'età, in entrambe i sessi, con un leggero guadagno per le ragazze di 15 anni. Le studentesse delle terze medie infatti riportano un minor grado di accordo con tale affermazione, anche se la percentuale rimane comunque superiore al 50%.

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	31.29 (179)	19.93 (112)	19.14 (71)
D'accordo	44.23 (253)	41.28 (232)	45.82 (170)
Né d'accordo né in disaccordo	17.31 (99)	24.20 (136)	20.22 (75)
Non d'accordo	5.07 (29)	10.85 (61)	11.86 (44)
Per niente d'accordo	2.10 (12)	3.74 (21)	2.96 (11)
Totale	100 (572)	100 (562)	100 (371)

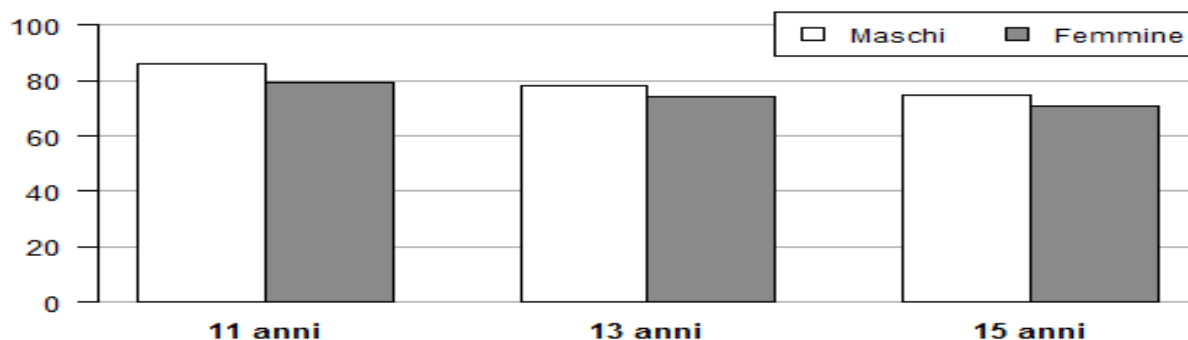
Figura 3.2 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per età e genere



Nella tabella 3.14 sono riportate le risposte relative al secondo item riservato alle relazioni con i coetanei e al grado di accettazione percepito. Nuovamente possiamo osservare quella che sembra essere una riduzione costante nella frequenza di risposte positive al crescere dell'età, pur con un livello di accordo sempre superiore al 70%. La maggior parte dei ragazzi a qualunque età si sente accettato dai compagni. A differenza di quanto osservato nelle domande relative al rapporto con gli insegnanti, si riducono moltissimo le risposte neutrali, indicando una maggiore volontà o capacità di giudizio di fronte alle affermazioni proposte.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	36.25 (207)	32.38 (181)	24.19 (90)
D'accordo	46.41 (265)	43.65 (244)	48.92 (182)
Né d'accordo né in disaccordo	12.96 (74)	17.53 (98)	18.28 (68)
Non d'accordo	2.80 (16)	4.11 (23)	6.99 (26)
Per niente d'accordo	1.58 (9)	2.33 (13)	1.61 (6)
Totale	100 (571)	100 (559)	100 (372)

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.

Anche suddividendo le risposte per sesso (figura 3.3) la situazione osservata non cambia: più del 60% degli intervistati si sente accettato dai compagni, anche se le ragazze, rispetto ai coetanei, riferiscono un minore accordo con l'affermazione indagata.

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

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi.

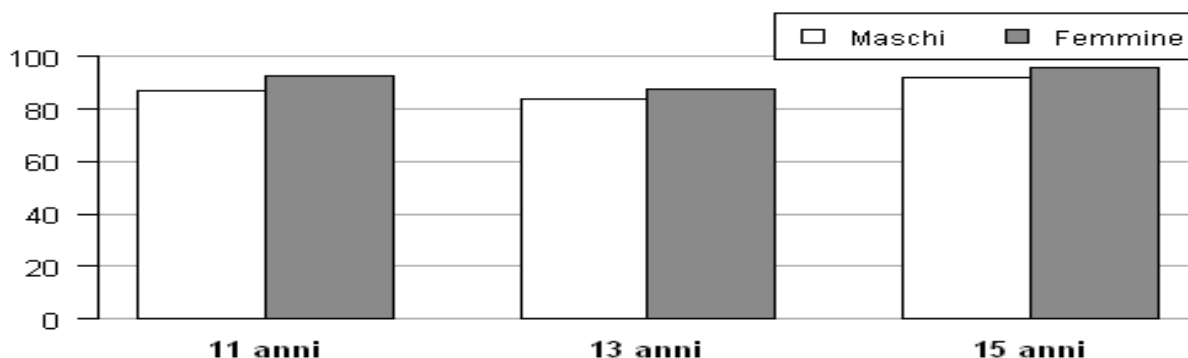
Nelle tabelle 3.15 e 3.16 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età. Risulta evidente come, in contrasto con le pressioni mediatiche, questo non sia un fenomeno prevalente nelle nostre scuole: più dell'80% dei ragazzi, in tutte le fasce d'età, dichiara di non aver mai subito atti di bullismo. Il fenomeno, quando presente, è leggermente più rappresentato nelle classi di età più giovani, essere stato oggetto di atti di bullismo una o due volte, negli ultimi due mesi, nei ragazzi di 11 anni raggiunge infatti l'8% per scendere al 4% nei ragazzi più grandi.

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	89.90 (516)	86.27 (484)	94.10 (351)
1-2 volte negli ultimi due mesi	8.01 (46)	9.63 (54)	4.02 (15)
2-3 volte nell'ultimo mese	0.87 (5)	1.07 (6)	0.54 (2)
1v/sett	0.52 (3)	0.89 (5)	0.54 (2)
>1 volta/sett	0.70 (4)	2.14 (12)	0.80 (3)
Totale	100 (574)	100 (561)	100 (373)

Nella figura 3.4 si evidenziano le differenze tra i due sessi e si nota come il fenomeno del "bullismo", quando presente, risulti essere maggiormente diffuso nei ragazzi.

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



Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se e quante volte, negli ultimi 12 mesi, si erano azzuffati o picchiati con qualcuno (tabella 3.16). Più del 60% del campione, in tutte le fasce d'età (quasi il 67% nei più grandi), dichiara di non essere stato coinvolto in episodi violenti nell'ultimo anno; i più giovani sembrano essere coinvolti in piccole risse più di frequente (4 volte o più): 9.7% negli undicenni verso il 7,64% dei tredicenni e meno del 6% nei quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	69.47 (396)	65.54 (369)	66.93 (251)
Una volta	13.16 (75)	15.81 (89)	17.87 (67)
2 volte	5.26 (30)	7.46 (42)	6.93 (26)
3 volte	2.46 (14)	3.55 (20)	2.67 (10)
4 volte o più	9.65 (55)	7.64 (43)	5.60 (21)
Totale	100 (570)	100 (563)	100 (375)

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 gruppe e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità di esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato all'interno del gruppo classe può facilitare negli studenti l'accettazione dell'altro oltre a sviluppare nei ragazzi la percezione del setting scolastico come ambiente supportivo e accettante (Vieno, 2005).

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

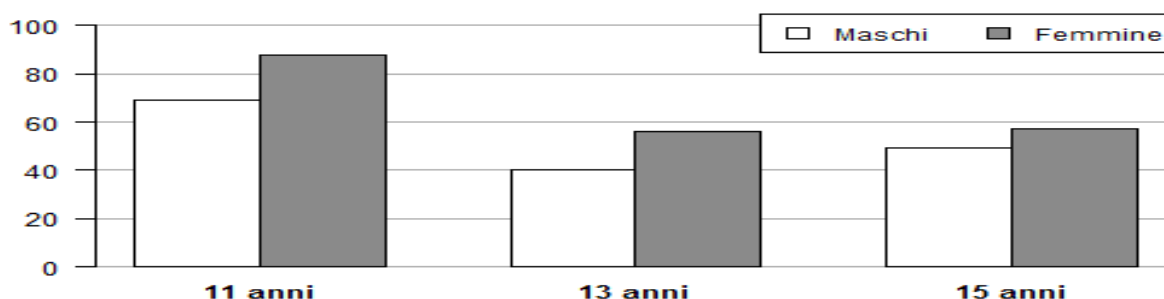
La maggior parte degli adolescenti valdostani dichiara di gradire la scuola (tabella 3.17). Sono i ragazzi di 13 anni ad apprezzarla di meno rispetto agli 11 e quindicenni. La percentuale di chi dichiara di non apprezzare affatto la scuola è infatti maggiore nei tredicenni (20,2%) contro il 6.4% negli undicenni ed il 13.9% nei quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	31.30 (180)	6.90 (39)	8.53 (32)
Abbastanza	47.13 (271)	41.24 (233)	44.80 (168)
Non tanto	15.13 (87)	31.68 (179)	32.80 (123)
Non mi piace per nulla	6.43 (37)	20.18 (114)	13.87 (52)
Totale	100 (575)	100 (565)	100 (375)

Nella figura 3.5 possiamo osservare come la scuola piaccia soprattutto alle ragazze e in misura maggiore alle più giovani (circa 85% delle undicenni contro una percentuale prossima al 60% delle tredicenni e delle quindicenni). Per i ragazzi, quando messi a confronto con le coetanee, la situazione appare differente, anche se in tutte le fasce d'età osservate la percentuale di coloro che dichiara di gradire la scuola è uguale o superiore al 40%, con risultati peggiori nei soli ragazzi di terza media (40%).

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



3.6 Conclusioni

Complessivamente si può notare che di fronte alla percezione di un ambiente scolastico in grado di "sostenere" gli studenti, caratterizzato da buoni rapporti con i pari e con i propri insegnanti, è possibile rilevare un maggior piacere ed un maggior impegno nelle attività scolastiche anche al di fuori delle ore

dedicate alla scuola. Soprattutto per i più giovani la scuola è percepita come luogo “piacevole” e le figure di riferimento che in essa si possono incontrare rappresentano fonte di sostegno e benessere: gli undicenni si sentono trattati equamente e aiutati in caso di necessità dai propri insegnanti, che sembrano anche incoraggiarli ad esprimersi liberamente; anche i compagni sono vissuti come gentili e disponibili.

Con il passaggio dai 13 ai 15 anni, invece, la scuola sembra diventare un luogo sempre meno piacevole, almeno per una minoranza degli adolescenti, ed anche le relazioni che in essa si intrattengono sembrano diventare più difficili.

Un ulteriore aspetto da sottolineare è come all’interno dei diversi contesti scolastici (scuole medie e scuole superiori) siano diffusi atti di bullismo, sebbene in percentuali modeste. Queste forme di prevaricazione ripetute possono essere fonte, per le vittime, di una progressiva perdita di autostima e del benessere scolastico. Incoraggiante è comunque il dato secondo cui tale fenomeno sembrerebbe ridursi consistentemente con il passaggio alle scuole superiori. Il motivo di questa riduzione potrebbe dipendere dall’acquisizione di competenze relazionali più raffinate e mature.

Un’ultima considerazione è la divergenza che si osserva tra ragazze e ragazzi nel grado di accettazione da parte delle figure di riferimento ed il piacere di stare a scuola o trovare sostegno in caso di difficoltà da parte degli insegnanti. Questa differenza potrebbe essere un’altra indicazione di quanto siano delicati per i ragazzi, in questa fase dello sviluppo, i rapporti interpersonali soprattutto con il mondo degli adulti.

Bibliografia capitolo 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children’s school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.

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

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

Come vivono i preadolescenti della Valle D'Aosta 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".

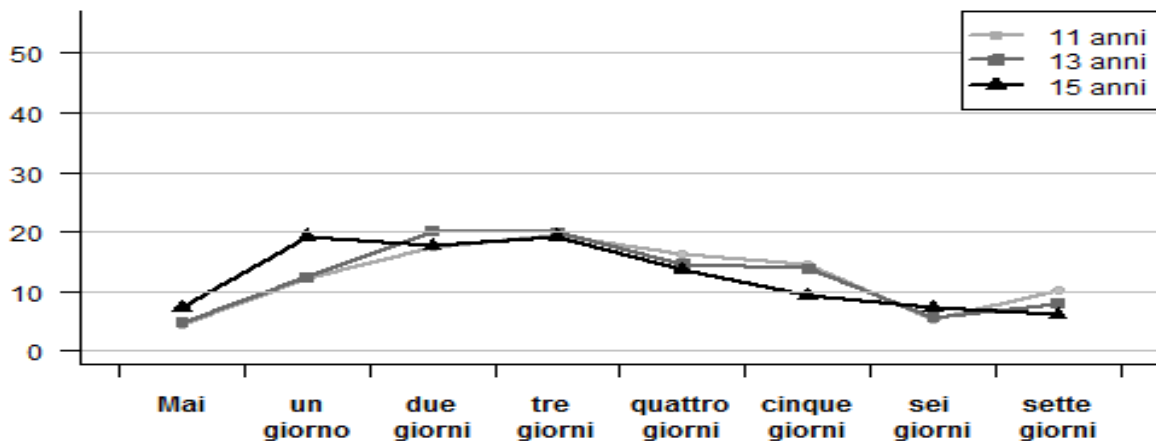
La pratica di una regolare attività fisica non sembra essere invece un'abitudine molto diffusa tra gli adolescenti valdostani: dalla tabella 4.1 si deduce, infatti, che oltre il 50% dei ragazzi limita la propria attività fisica (moderata o vigorosa) a tre o meno giorni alla settimana e meno del 15% di loro raggiunge la quantità consigliata.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	4.54 (26)	4.83 (27)	7.24 (27)
un giorno	12.39 (71)	12.52 (70)	19.30 (72)
due giorni	17.45 (100)	20.21 (113)	17.69 (66)
tre giorni	19.37 (111)	20.04 (112)	19.30 (72)
quattro giorni	16.23 (93)	14.67 (82)	13.67 (51)
cinque giorni	14.49 (83)	13.95 (78)	9.38 (35)
sei giorni	5.24 (30)	5.72 (32)	7.24 (27)
sette giorni	10.30 (59)	8.05 (45)	6.17 (23)
Totale	100 (573)	100 (559)	100 (373)

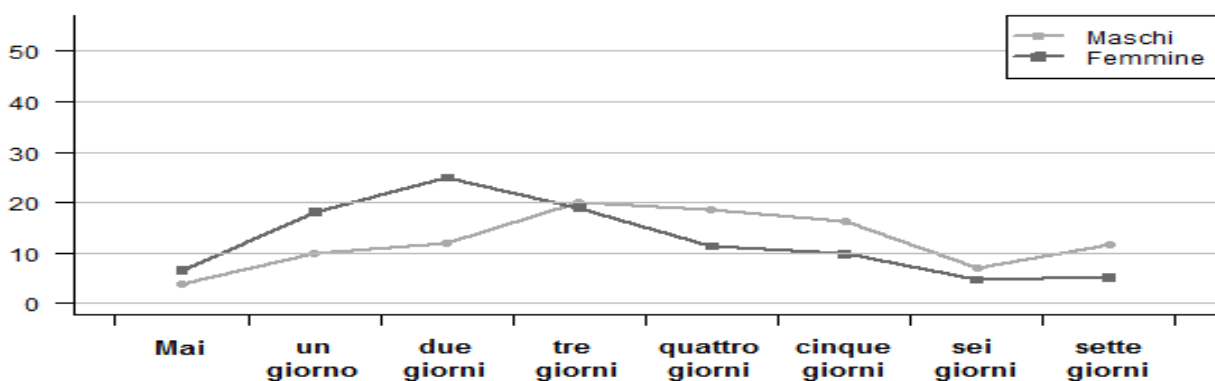
Il grafico corrispondente, in figura 4.1, rende più leggibile la distribuzione del carico di attività riferita. Si osserva come i ragazzi più grandi, in linea con le osservazioni nazionali ed internazionali, dichiarino meno attività fisica rispetto ai più piccoli.

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



Inoltre si osserva (figura 4.2) una forte differenza tra il comportamento dei ragazzi rispetto a quello delle ragazze. Queste ultime, sembrano dedicare veramente poco tempo all'attività fisica. La curva delle ragazze, infatti, più spostata verso sinistra, indica una proporzione maggiore di ragazze che dichiarano uno o due giorni di attività fisica settimanale.

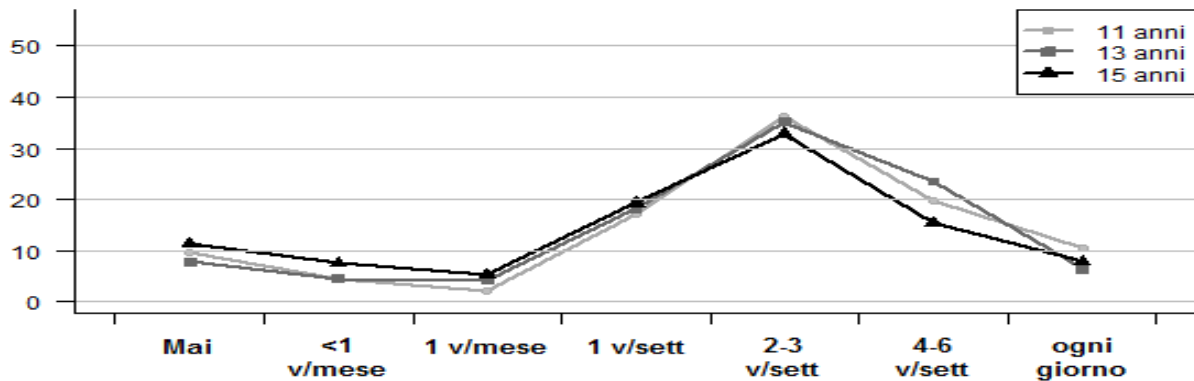
Figura 4.2 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



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

Nella figura 4.3 è stata riportata la frequenza percentuale della quantità di esercizio fisico intenso esercitato al di fuori dell'orario scolastico, per età: si osserva come la stragrande maggioranza degli adolescenti (35-40%) dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

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



4.3 Comportamenti sedentari

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

Le ore trascorse a guardare la televisione, soprattutto in questa fase dello sviluppo, sono oggetto delle attenzioni di pediatri e nutrizionisti, poiché sarebbero considerate come uno dei fattori responsabili dell'incremento del sovrappeso in questa fascia di età.

Nella tabella 4.2 viene descritto l'uso della televisione da parte dei ragazzi. In generale, si osserva come il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (circa l'85,5% degli undicenni, il 71% dei tredicenni ed il 70% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere

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).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7.50 (43)	4.63 (26)	10.64 (40)
Mezz'ora	26.00 (149)	12.63 (71)	13.03 (49)
1 ora	29.49 (169)	27.40 (154)	25.53 (96)
2 ore	22.51 (129)	26.33 (148)	22.07 (83)
3 ore	9.42 (54)	14.59 (82)	14.89 (56)
4 ore	2.44 (14)	8.90 (50)	6.12 (23)
5 ore	1.22 (7)	3.02 (17)	4.52 (17)
6 ore	0.70 (4)	1.25 (7)	1.86 (7)
>= 7 ore	0.70 (4)	1.25 (7)	1.33 (5)
Totale	100 (573)	100 (562)	100 (376)

Maschi e femmine, contrariamente a quanto riscontrato in letteratura (Zanon et al. 2000) non sembrano differenziarsi riguardo al tempo dedicato alla televisione. La distribuzione dei valori osservati nei due sessi (dati non presentati) è perfettamente sovrapponibile.

Nella sezione che segue è stato chiesto ai ragazzi di indicare quanto tempo trascorressero impegnati nei videogame, indipendentemente dal mezzo utilizzato (se il computer oppure una console).

In tabella 4.3 ed in figura 4.7 sono riportate le percentuali di frequenza delle ore dedicate ai videogiochi, in una settimana normale. La maggior parte dei ragazzi (oltre il 50%) non impegna più di un'ora della propria giornata a giocare ai videogames.

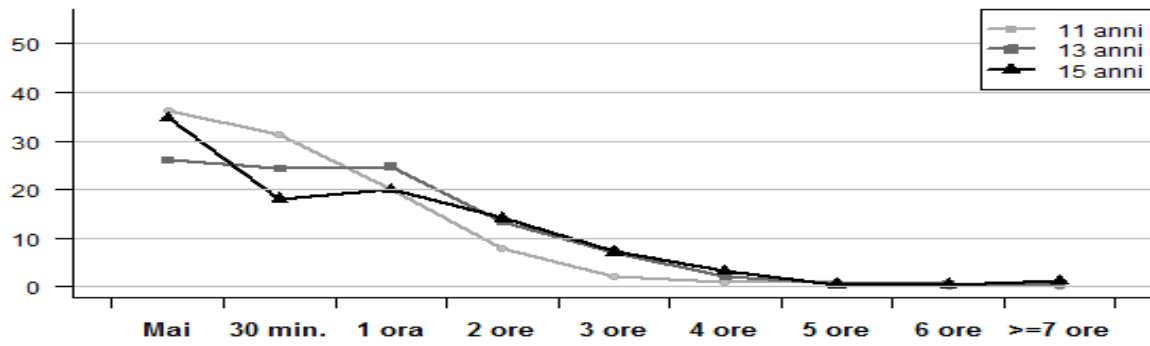
Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	36.30 (208)	26.16 (147)	34.76 (130)
Mezz'ora	31.24 (179)	24.38 (137)	18.18 (68)
1 ora	20.07 (115)	24.73 (139)	20.05 (75)
2 ore	8.03 (46)	13.52 (76)	14.17 (53)
3 ore	2.27 (13)	7.12 (40)	7.22 (27)
4 ore	0.87 (5)	2.14 (12)	3.21 (12)
5 ore	1.05	0.71	0.53

	(6)	(4)	(2)
6 ore	0.00	0.71	0.53
	(0)	(4)	(2)
>= 7 ore	0.17	0.53	1.34
	(1)	(3)	(5)
Totale	100	100	100
	(573)	(562)	(374)

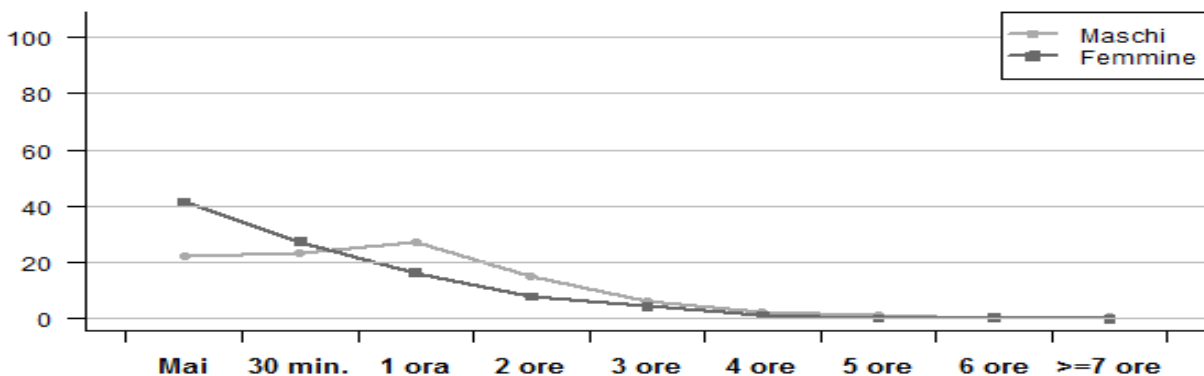
Nella figura sottostante (figura 4.5) vengono riportati in forma grafica i risultati illustrati nella tabella 4.3: è possibile notare che il picco di frequenza (18,2-31,2%) del tempo dedicato dagli adolescenti ai videogiochi corrisponde a mezz'ora al giorno, in tutte e tre le fasce d'età, e come il comportamento dei ragazzi di 13 anni sia più simile a quello dei quindicenni che non a quello dei più piccoli.

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



Per quel che riguarda le differenze di genere (figura 4.6) si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per i videogames. Sono infatti solo il 21% dei maschi a dichiarare di non giocare mai ai giochi elettronici contro il 41% circa delle ragazze.

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



L'utilizzo dei videogiochi e la recente diffusione del computer, usati anche per chattare e per navigare su internet, rappresentano attività ludiche sedentarie e, per tale ragione, di interesse per la comunità scientifica.

Nella tabella 4.4, sono riportate le frequenze percentuali della quantità di ore dedicate all'uso del computer durante il giorno.

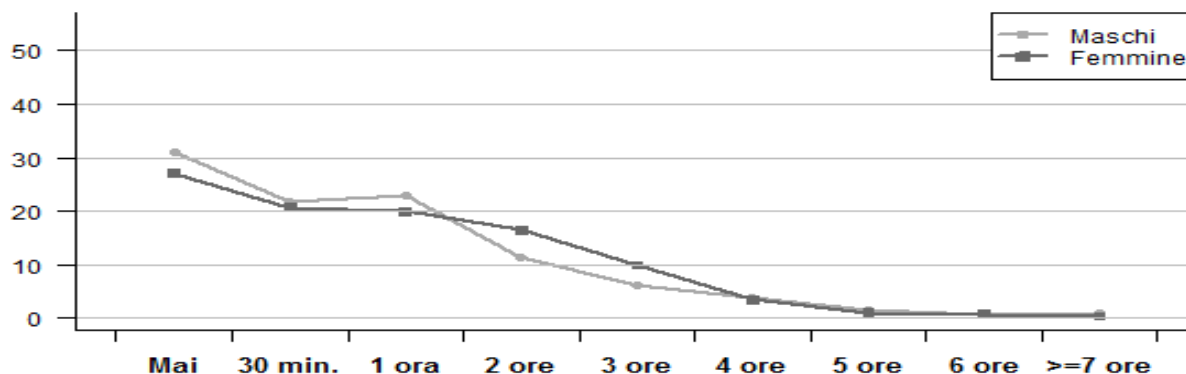
Emerge tuttavia che, nonostante le sensazioni su un utilizzo sempre più frequente del computer, il 50% dei ragazzi di 11 anni (18% dei tredicenni e circa 12,6% dei più grandi) dichiarati di non usare il computer. Più della metà di tutti gli adolescenti presi in esame, invece, dichiara un uso inferiore alle due ore giornaliere.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	50.44 (289)	18.09 (102)	12.57 (47)
Mezz'ora	20.77 (119)	23.40 (132)	18.72 (70)
1 ora	17.98 (103)	23.23 (131)	24.06 (90)
2 ore	5.93 (34)	17.38 (98)	20.86 (78)
3 ore	2.79 (16)	9.57 (54)	13.90 (52)
4 ore	0.70 (4)	5.32 (30)	5.61 (21)
5 ore	0.17 (1)	1.60 (9)	2.41 (9)
6 ore	0.70 (4)	0.53 (3)	1.34 (5)
>= 7 ore	0.52 (3)	0.89 (5)	0.53 (2)
Totale	100 (573)	100 (564)	100 (374)

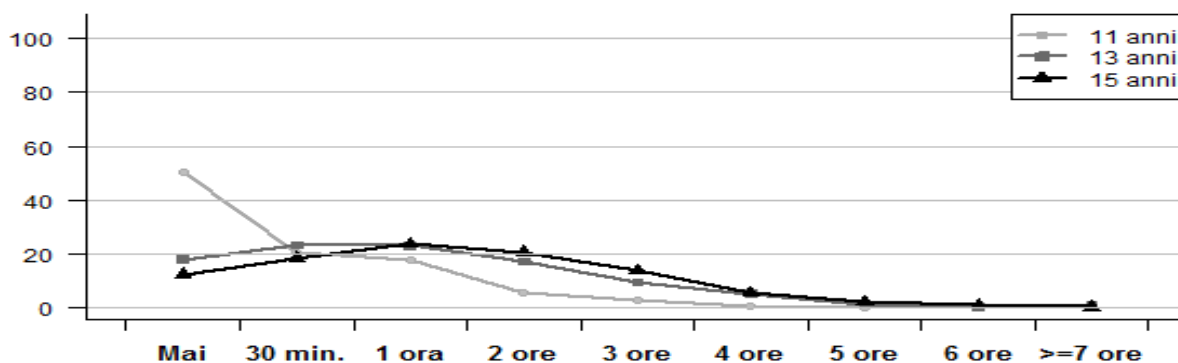
Nella figura 4.7 non si osservano differenze significative nell'utilizzo del computer nei due sessi. Una quota superiore al 60% in entrambi i sessi dichiara di non utilizzare il computer o di usarlo quotidianamente per un tempo non superiore all'ora.

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



Nella figura 4.8 vengono riportati i risultati già espressi nella tabella 4.4: è evidente la spiccata percentuale di undicenni che dichiarano di non utilizzare mai il computer, discostandosi in maniera marcata dai ragazzi più grandi, mentre si può notare che la percentuale maggiore del tempo dedicato al computer non supera, per tutte le categorie d'età indagate, un'ora al giorno.

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



4.4 Rapporti con i pari

Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (Laible 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 le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi.

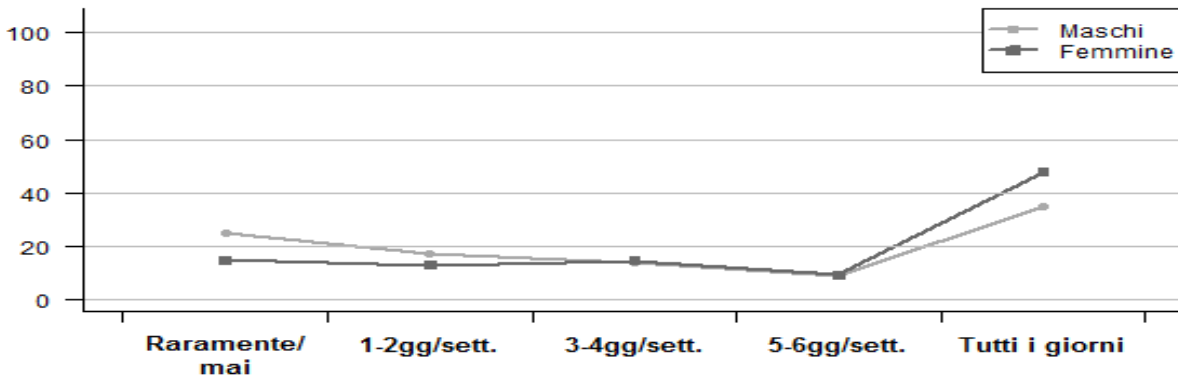
La frequenza di uso di SMS è stata indagata attraverso una domanda del questionario e le risposte sono riportate in tabella 4.5. Le differenze più marcate si evidenziano tra i ragazzi di 11 anni rispetto ai più grandi. L'uso di SMS tra gli undicenni è un'abitudine poco frequente: infatti il 35% di loro dichiara addirittura di non farne mai uso. Al contrario la proporzione dei ragazzi più grandi che dichiara di farne un uso quotidiano cresce al 50% quasi per i tredicenni e supera il 60% nei quindicenni

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	35.24 (203)	13.85 (78)	5.07 (19)
1-2gg/sett.	22.05 (127)	12.79 (72)	8.00 (30)
3-4gg/sett.	18.40 (106)	12.61 (71)	11.47 (43)
5-6gg/sett	7.64 (44)	11.01 (62)	8.80 (33)
Tutti i giorni	16.67 (96)	49.73 (280)	66.67 (250)
Totale	100	100	100

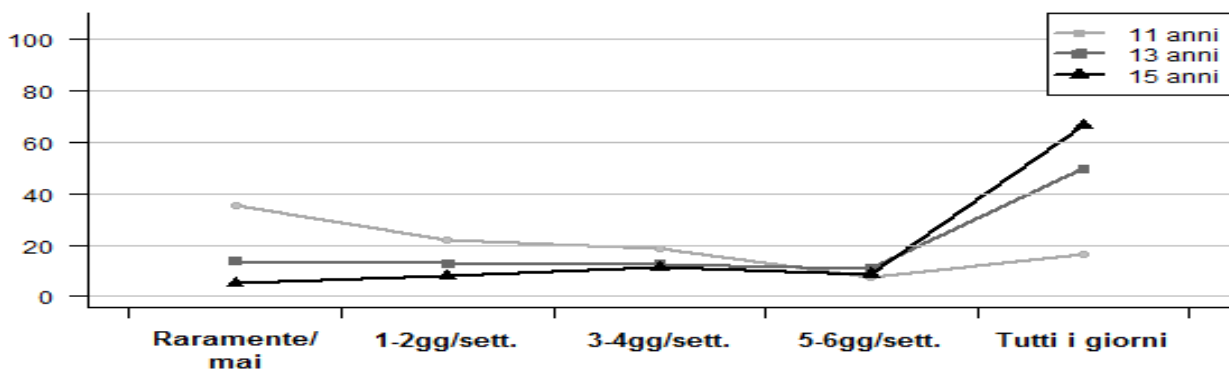
Per quanto riguarda la differenza tra i due sessi, nella figura 4.9 osserviamo che le ragazze, rispetto ai coetanei, ricorrono più frequentemente agli SMS.

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



Nella figura 4.10 si può apprezzare anche visivamente una maggiore sovrapposizione tra i tredicenni ed i quindicenni nell'utilizzo delle forme di comunicazione indagate: la maggior parte di loro (più del 50%) utilizza il telefono tutti i giorni e solo una minima proporzione non lo usa mai (circa il 10%). Gli undicenni invece presentano un andamento della curva decisamente differente: solo il 20% di loro dichiara di farne un uso quotidiano. La maggior parte dei più piccoli (circa il 60% complessivamente) non utilizza o dichiara di usare il telefono per uno o due giorni la settimana.

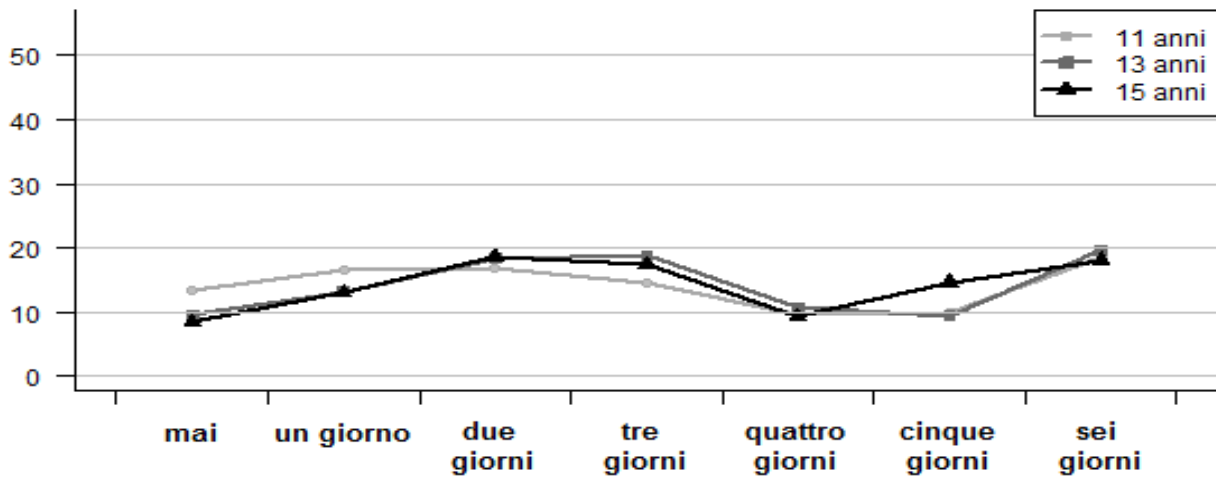
Figura 4.10 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età



Condividere esperienze e frequentare gli amici al di fuori dell'orario scolastico sono alcune delle modalità con le quali gli adolescenti testano le loro competenze relazionali. Il tempo che viene dedicato agli incontri con i coetanei è funzionale allo svago ma anche ad un arricchimento intellettuale.

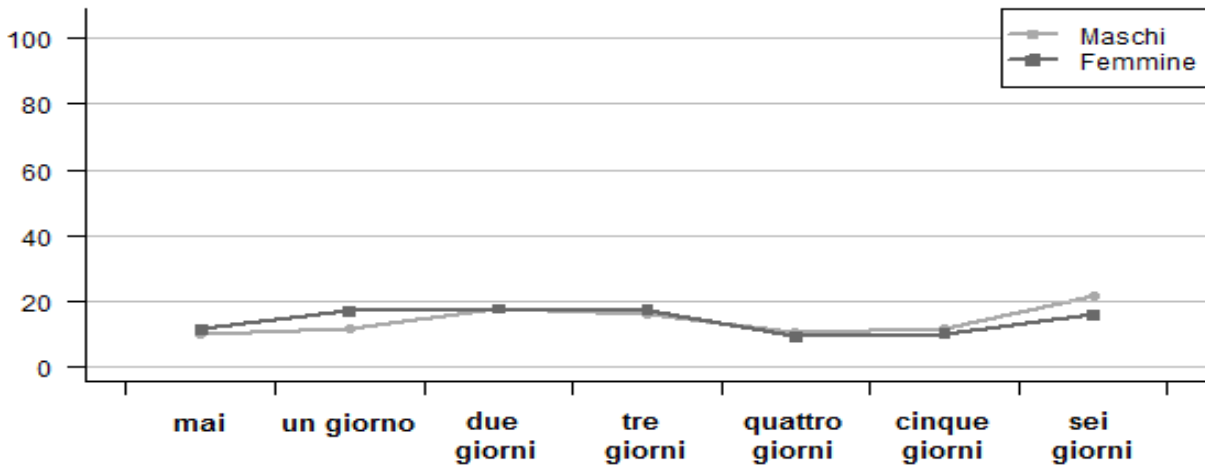
Nella figura seguente (figura 4.11), vengono riportate le risposte alla domanda relativa alla frequentazione dei coetanei al di fuori dell'orario scolastico. La proporzione dei ragazzi che trascorrono del tempo con gli amici, nei periodi extrascolastici, è superiore all'85%; solo una quota inferiore al 15% per gli undicenni e inferiore al 10% per i più grandi, dichiara di non uscire mai con gli amici oltre l'orario di scuola. La maggior parte dei ragazzi di tutte e tre le fasce d'età indagate (intorno al 40%), dichiara di incontrare gli amici tra i due ed i tre giorni alla settimana.

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



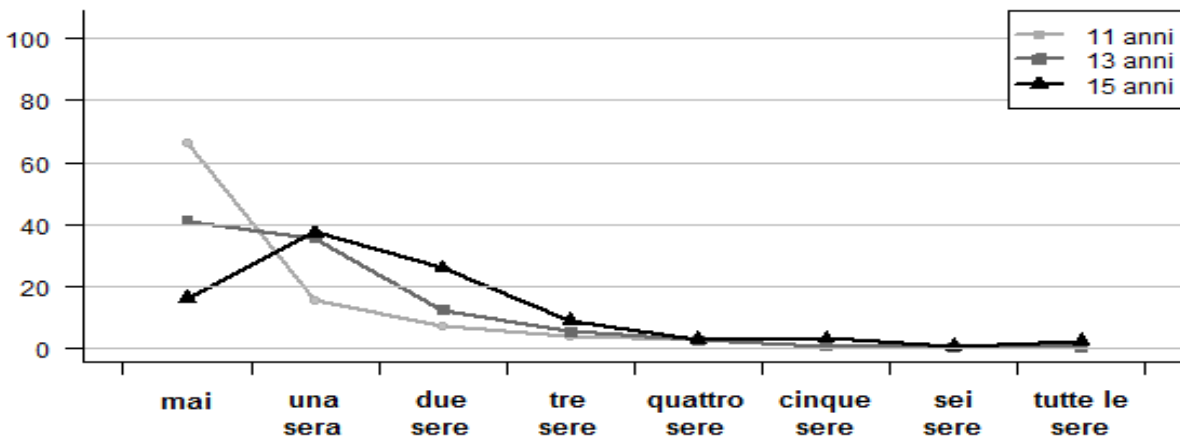
Riguardo alle possibili differenze tra i sessi, la figura 4.12 mostra che non si apprezzano grosse divergenze; sono comunque i maschi, se pur di poco, a dichiarare una più intensa vita sociale.

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



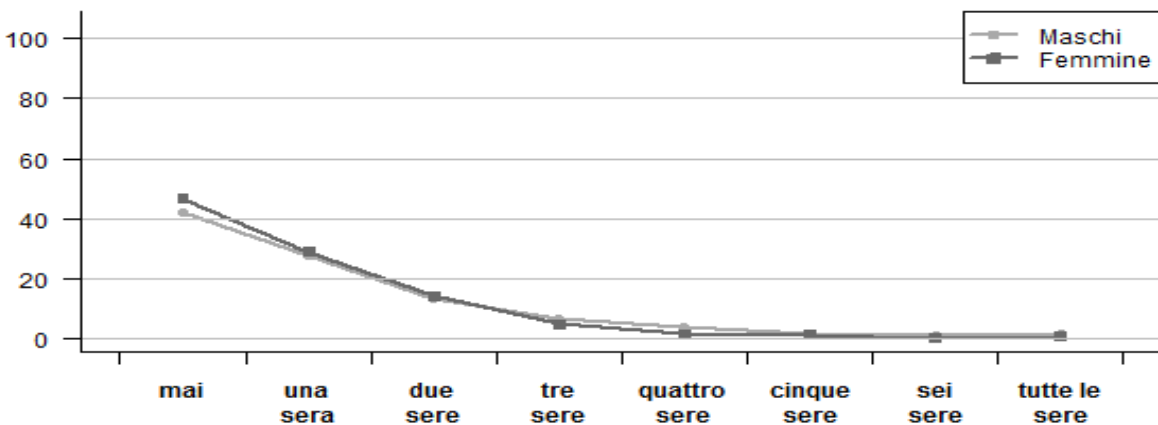
La possibilità di trascorrere il tempo con gli amici è legata anche all'opportunità di uscire di casa nelle ore serali. La figura 4.13 indica che, nella nostra regione, la proporzione di ragazzi che trascorrono una o più serate con gli amici si distribuisce uniformemente nelle tre fasce d'età: solo il 19% dei più grandi dichiara di non uscire mai alla sera, contro il 40% dei tredicenni ed oltre il 60% degli undicenni. In tutte le età indagate la maggior parte dei ragazzi non trascorrono più di una o due serate fuori casa

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



Per quanto riguarda il confronto tra i due sessi, non si apprezzano importanti differenze (figura 4.14).

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



4.5 Conclusioni

In accordo con recenti ricerche condotte su adolescenti di diverse nazioni l'indagine ha evidenziato come in Valle D'Aosta, al pari degli stati europei, la quantità dell'attività fisica praticata settimanalmente sia piuttosto scarsa e come la stessa si riduca con l'aumentare dell'età dei ragazzi. Inoltre il problema esiste ed è maggiormente preoccupante per il sesso femminile, in cui la pratica di attività fisica è largamente al di sotto delle raccomandazioni internazionali.

Questa situazione coincide solo in parte con un aumento dei comportamenti sedentari, come l'uso del televisore o del computer, a sostegno del fatto che i due comportamenti non siano uno la controparte dell'altro ma piuttosto due fenomeni diversi, e che entrambi meriterebbero attenzioni distinte. È necessario aggiungere che l'ipotesi che i comportamenti sedentari riducano il tempo che l'adolescente può dedicare all'attività fisica non trova conferma negli studi più recenti. Infatti, il tempo dedicato alle attività sedentarie non sembra influenzare la quantità di attività fisica rilevata, suggerendo che,

nonostante i due comportamenti non possano essere vissuti contemporaneamente, essi non siano tra loro in competizione (Biddle, 2004; Sallis, 2000).

Relativamente all'uso dei nuovi mezzi di comunicazione (telefono cellulare, SMS o e-mail), le ragazze sembrano essere molto più sensibili dei coetanei maschi, ne usano di più e per un tempo maggiore in tutte le fasce d'età, soprattutto quelle più adulte.

Infine, per quanto riguarda il tempo passato fuori casa, è possibile descrivere comportamenti simili nei due sessi, evidenziando, come era logico attendersi, una maggiore tendenza dei più grandi ad uscire con gli amici il pomeriggio o la sera. Ulteriori analisi dovrebbero poter indagare quella che sembra essere un'ipotesi presente anche in letteratura internazionale: dove si creano le possibilità di incontrarsi, e quando aumenta il tempo trascorso con i coetanei aumenta anche la probabilità di praticare una maggiore quantità di attività fisica (BHF, 2000).

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf
- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Crespo C.J., Smit E., Troiano R.P., Bartlett S.J., Macera C.A., Andersen R.E. (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155(3):360-5
- EU Working Group "Sport and Health" (2008) EU Physical Activity Guidelines: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc.* Dec;27(6):703-16.
- MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50:1-14
- Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics.* 118(6):e1627-34.
- Powell L.M., Szczypka 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/eb11344/strategy_english_web.pdf

WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

5.1 Introduzione

I comportamenti alimentari acquisiti nell'adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti (Dietz 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 JT, 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 et 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 del cavo orale 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.

Ben più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno (tabella 5.1), ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età (dal 77,8% degli undicenni al 62,4% dei quindicenni). Decisamente poco numerosi sono quelli che dichiarano un consumo irregolare, almeno un giorno ma non tutti. Decisamente alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è invece la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione e in aumento con l'età (10% a 11 anni, 26%, più del doppio, a 15).

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	9.98 (57)	14.36 (80)	26.08 (97)
Un giorno	2.45 (14)	2.33 (13)	1.88 (7)
Due giorni	2.10 (12)	2.69 (15)	1.61 (6)
Tre giorni	3.85 (22)	2.87 (16)	3.76 (14)
Quattro giorni	3.85 (22)	4.31 (24)	4.30 (16)
Cinque giorni	77.76 (444)	73.43 (409)	62.37 (232)
Totale	100 (571)	100 (557)	100 (372)

Stesse considerazioni anche per quanto riguarda lo spuntino (tabella 5.2), il cui consumo sia a metà mattina che pomeriggio tende a ridursi al crescere dell'età. Abbastanza elevata la percentuale di coloro che dichiarano di non fare merenda: circa il 9% degli undicenni ed il 20% dei quindicenni.

Tabella 5.2: "Di solito fai merenda?", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	8.70 (49)	15.58 (88)	20.21 (76)
Solo a metà mattina	8.17 (46)	11.50 (65)	11.70 (44)
Solo nel pomeriggio	40.50 (228)	35.22 (199)	36.97 (139)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	42.63 (240)	37.70 (213)	31.12 (117)
Totale	100 (563)	100 (565)	100 (376)

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).

In tabella 5.3. possiamo vedere che il consumo di frutta non mostra particolari trend per età.

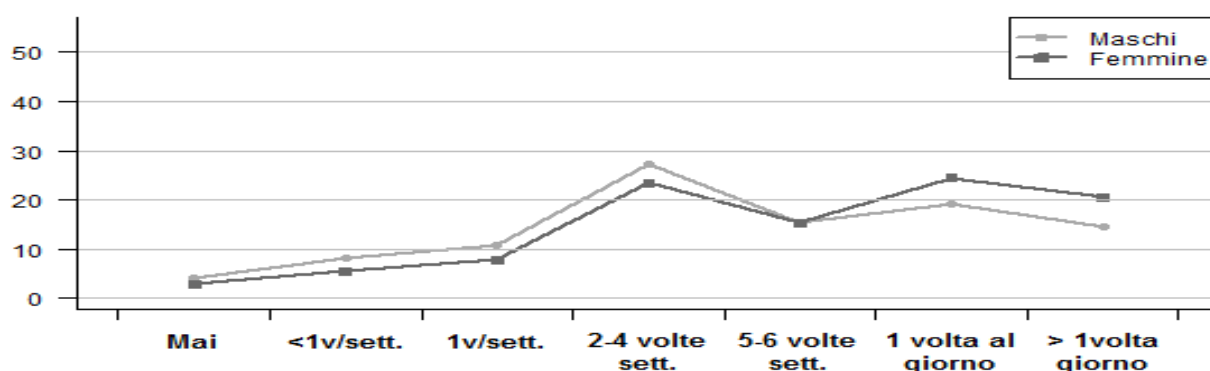
Coloro che non ne consumano mai sono meno del 5%; il numero di coloro che ne consuma molto poca (1 volta a settimana o meno) è però consistente, aggirandosi intorno al 10% per le tre fasce di età. Abbiamo poi il 20% circa dei ragazzi che mangia frutta una volta al giorno. Tra il 17 ed il 18% sono invece coloro che dicono di mangiarne più di una volta al giorno.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3.68 (21)	3.72 (21)	3.19 (12)
Meno di una volta a settimana	7.89 (45)	5.84 (33)	6.91 (26)
Una volta a settimana	9.12 (52)	8.85 (50)	10.37 (39)
2-4 volte a settimana	20.00 (114)	27.79 (157)	29.79 (112)
5-6 volte a settimana	15.79 (90)	17.17 (97)	12.23 (46)
Una volta al giorno tutti i giorni	25.26 (144)	19.65 (111)	20.21 (76)
Più di una volta al giorno	18.25 (104)	16.99 (96)	17.29 (65)
Totale	100 (570)	100 (565)	100 (376)

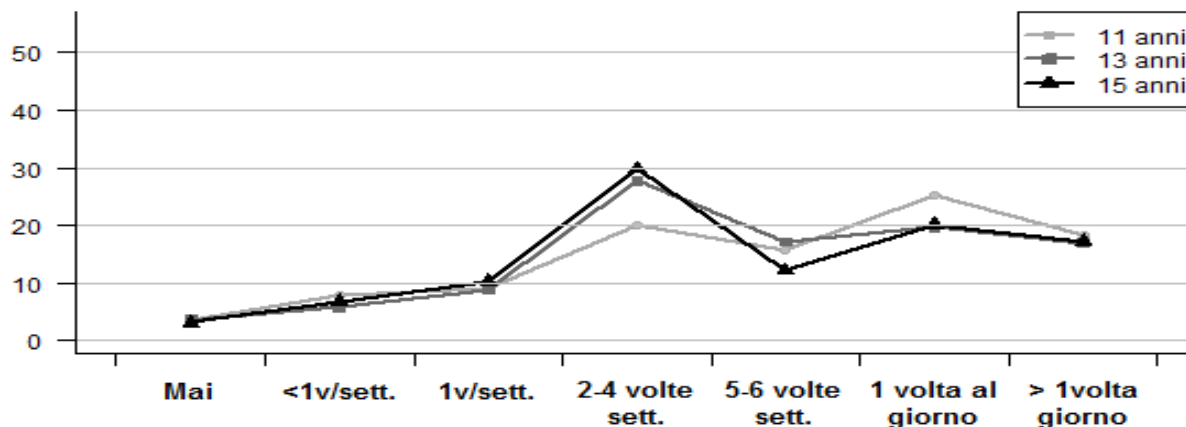
In figura 5.1 osserviamo invece che le differenze tra maschi e femmine, relativamente al consumo di frutta, sono a favore delle femmine, che hanno un consumo di frutta leggermente più elevato, anche per la categoria estrema di consumo quotidiano superiore ad una volta al giorno.

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



Dal confronto inter-et  (Fig. 5.2) possiamo vedere che gli undicenni sono i pi  virtuosi per quanto riguarda il consumo di frutta almeno una volta la giorno.

Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per et 



Per quanto riguarda il consumo di verdura (tabella 5.4, figura 5.3 e figura 5.4), abbiamo delle percentuali inferiori a quelle di consumo di frutta per la categoria di risposta “una volta al giorno tutti i giorni”. La percentuale complessiva di coloro che hanno un consumo almeno quotidiano   del 30% circa. Le differenze tra maschi e femmine sono pi  accentuate per la frequenza di consumo giornaliero – pi  elevata per le femmine. I tredicenni hanno il picco pi  elevato per il consumo “2 – 4 volte a settimana”.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7.32 (42)	2.85 (16)	5.12 (19)
Meno di una volta a settimana	6.97 (40)	6.23 (35)	7.01 (26)
Una volta a settimana	9.93 (57)	10.50 (59)	7.55 (28)
2-4 volte a settimana	24.22 (139)	29.00 (163)	24.53 (91)
5-6 volte a settimana	20.91 (120)	18.86 (106)	20.22 (75)
Una volta al giorno tutti i giorni	17.25 (99)	18.68 (105)	23.45 (87)
Pi� di una volta al giorno	13.41 (77)	13.88 (78)	12.13 (45)
Totale	100 (574)	100 (562)	100 (371)

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

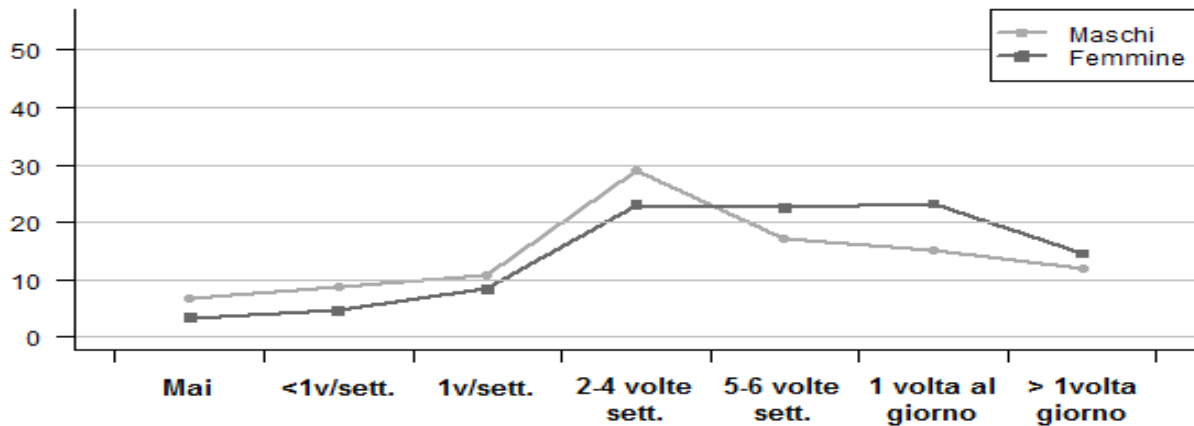
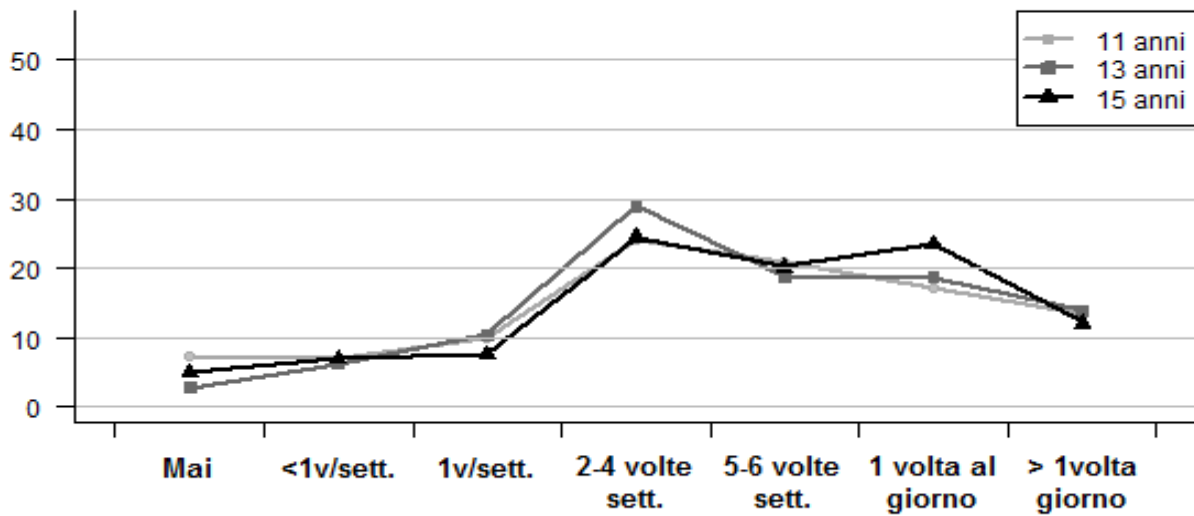


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

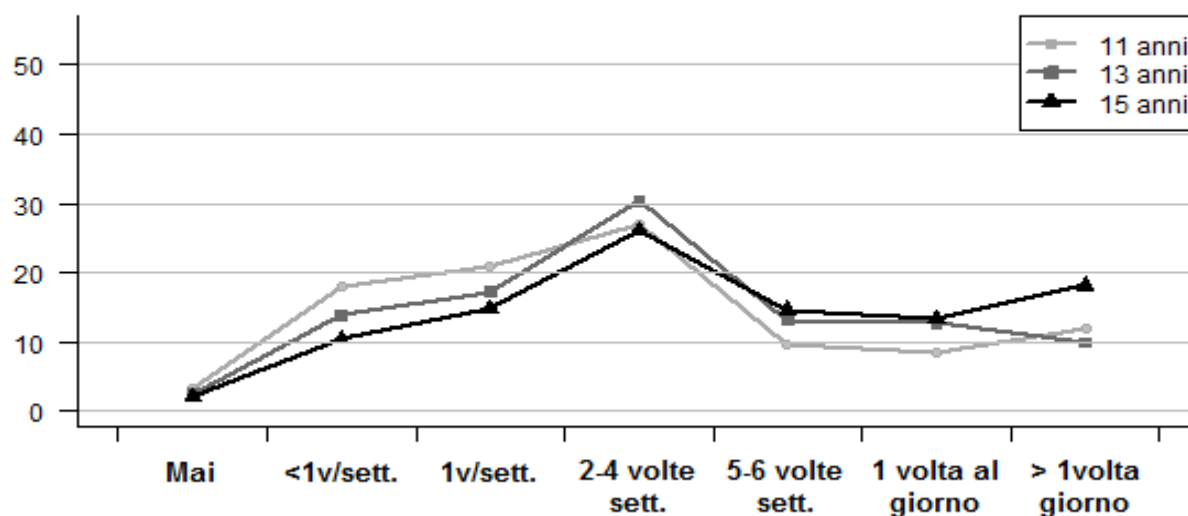
L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (Ludwig D., 2001).

Come si vede in tabella 5.5 e figura 5.5, il consumo almeno quotidiano supera ampiamente il 20% dei rispondenti, e cresce con l'età. Tale incremento è maggiormente evidente per la categoria "una volta al giorno" dove si passa dall'8,6% degli undicenni al 13,3% dei quindicenni; anche nella categoria "5-6 volte a settimana" si passa dal 9,8% al 14,7%.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3.32 (19)	2.49 (14)	2.17 (8)
Meno di una volta a settimana	18.18 (104)	13.88 (78)	10.60 (39)
Una volta a settimana	20.98 (120)	17.26 (97)	14.95 (55)
2-4 volte a settimana	27.10 (155)	30.43 (171)	26.09 (96)
5-6 volte a settimana	9.79 (56)	13.17 (74)	14.67 (54)
Una volta al giorno tutti i giorni	8.57 (49)	12.81 (72)	13.32 (49)
Più di una volta al giorno	12.06 (69)	9.96 (56)	18.21 (67)
Totale	100 (572)	100 (562)	100 (368)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

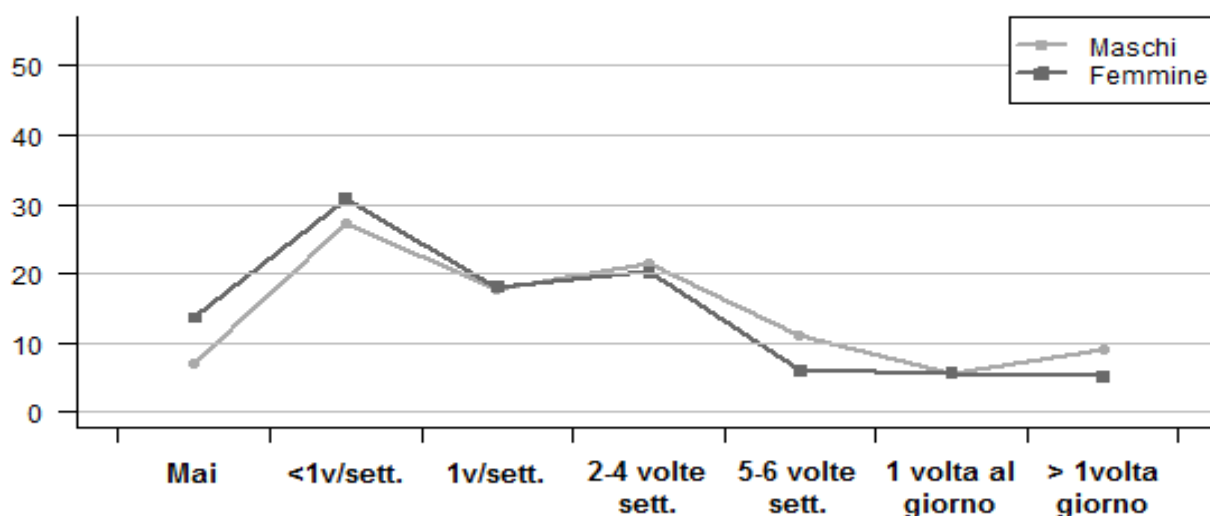


Per quanto riguarda le bevande zuccherate (*coca cola* e simili, come da tabelle 5.6 e figura 5.6), vediamo che il consumo almeno quotidiano è leggermente inferiore a quello dei dolci, soprattutto per i più piccoli (12,3%) e non si differenzia molto per età. Le differenze maggiori si vedono in questo caso nel consumo moderato: per la categoria “2-4 volte a settimana” abbiamo una prevalenza maggiore tra i quindicenni (21,9%) che tra gli undicenni (18,2%) e, in modo corrispondente, la differenza è invertita per la categoria “meno di una volta a settimana” (31% tra gli undicenni vs 24% tra i quindicenni)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	13.33 (76)	7.82 (44)	10.00 (37)
Meno di una volta a settimana	31.05 (177)	30.55 (172)	24.05 (89)
Una volta a settimana	18.07 (103)	17.58 (99)	18.65 (69)
2-4 volte a settimana	18.25 (104)	23.09 (130)	21.89 (81)
5-6 volte a settimana	7.02 (40)	8.88 (50)	10.54 (39)
Una volta al giorno tutti i giorni	4.91 (28)	5.68 (32)	6.76 (25)
Più di una volta al giorno	7.37 (42)	6.39 (36)	8.11 (30)
Totale	100 (570)	100 (563)	100 (370)

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



5.5 Stato nutrizionale

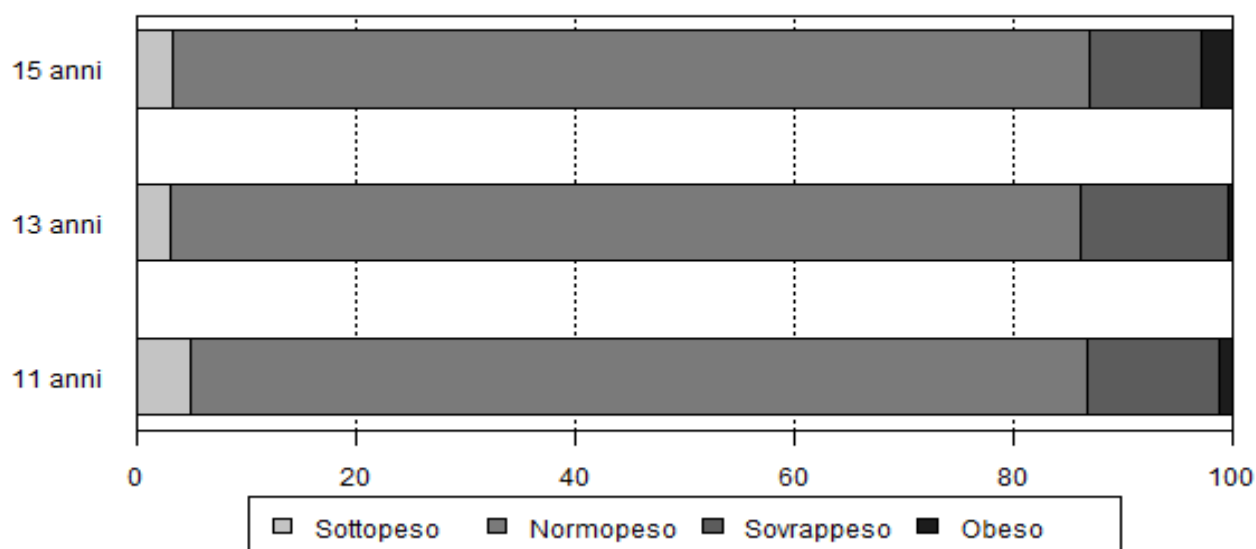
E' stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) e valutare la percentuale di ragazzi che possono essere considerati sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (2000,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

I risultati di questa sezione si possono vedere nella tabelle 5.7 e nella figura 5.7. I normopeso, così come l'altezza e peso dichiarato, aumentano con l'età, dall'81,8% degli undicenni all'82,9% per tredicenni e all'83,6% per i quindicenni; il "salto" avviene dunque durante le scuole medie. Sovrappeso e obesi diminuiscono di conseguenza, con una quota di obesi che è dell'1,35% a undici anni, si dimezza nei tredicenni e sale al 3% nei quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	4.94 (22)	3.25 (15)	3.28 (11)
Normopeso	81.80 (364)	82.86 (382)	83.58 (280)
Sovrappeso	11.91 (53)	13.45 (62)	10.15 (34)
Obeso	1.35 (6)	0.43 (2)	2.99 (10)
Totale	100 (445)	100 (461)	100 (335)

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



Andando ad osservare la distribuzione percentuale per genere nella fascia d'età 11 anni (Figura 5.8), 13 anni (Figura 5.9) e 15 anni (Figura 5.10) possiamo vedere che nei maschi di tutte e tre le fasce d'età aumenta la proporzione di sovrappeso rispetto alle femmine.

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

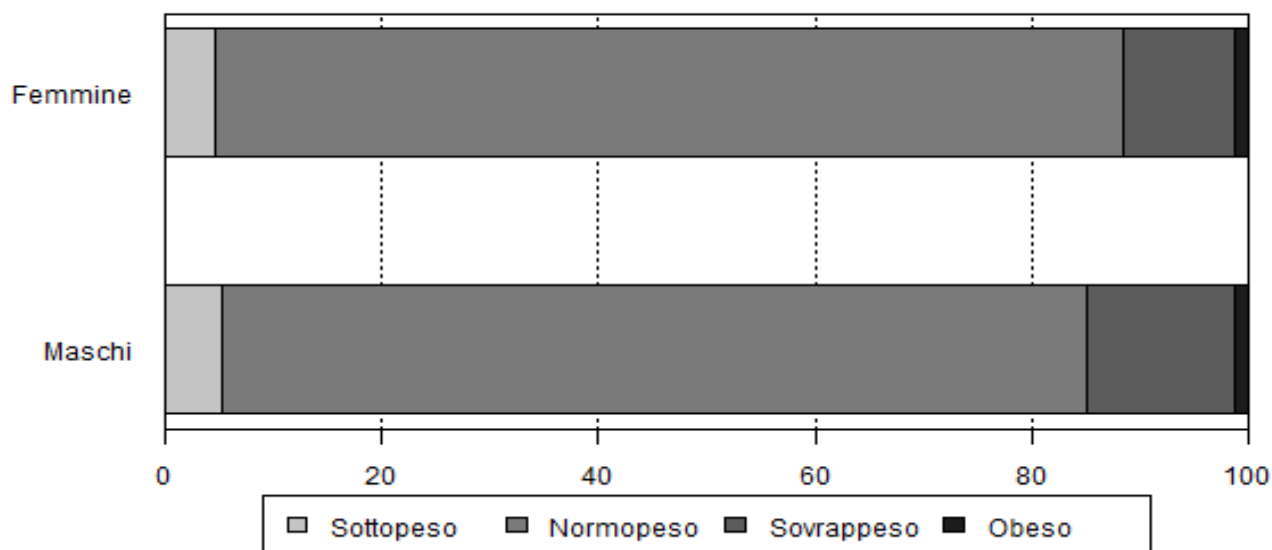


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

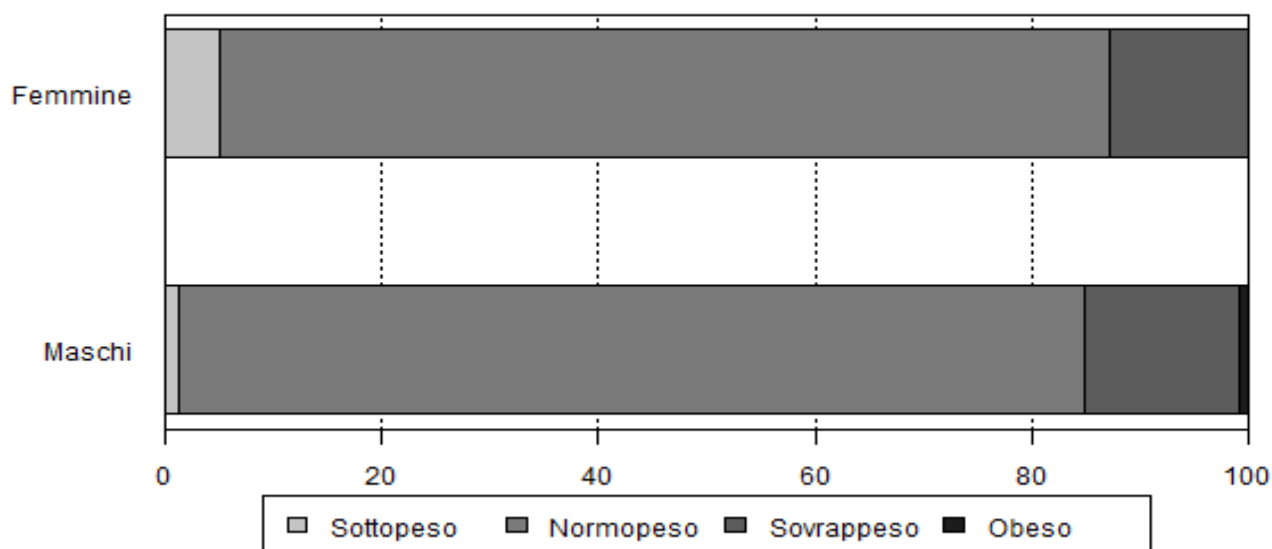
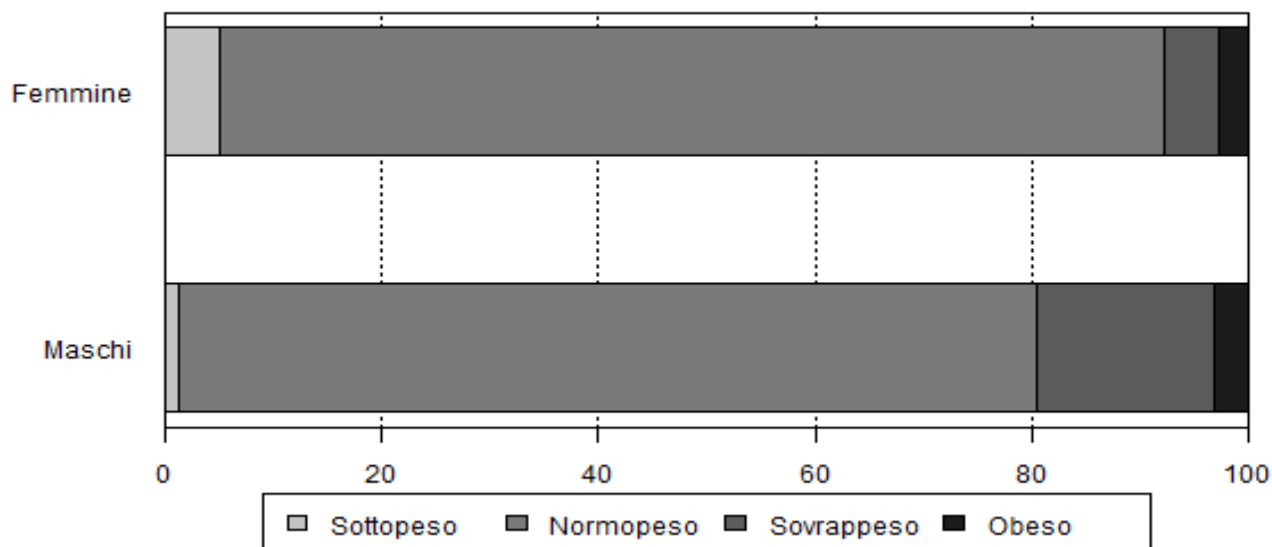


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)

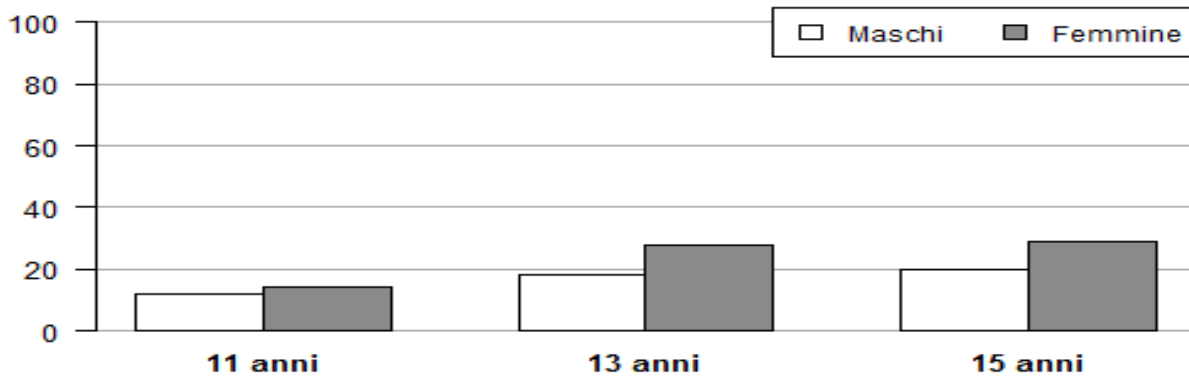


A queste considerazioni derivate dal BMI possiamo affiancare l'autopercezione dei ragazzi, come si può vedere in tabella 5.8. Mentre diminuisce con l'età la percentuale di coloro che si sentono magri (dal 12% a 11 anni al 9,3% a 15), meno coerente è l'andamento della percezione di giusto peso e quella di essere grasso o troppo grasso. Quest'ultima in particolare è di 13% a 11 anni, sale al 23% a 13 e si alza a 25% a 15. Con l'età aumenta però chiaramente la differenza tra maschi e femmine tra coloro che si sentono grassi o troppo grassi; a 15 anni i maschi in questa categoria sono intorno al 20% mentre le femmine raggiungono il 25%.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	12.00 (69)	11.03 (62)	9.31 (35)
Giusto	74.96 (431)	65.84 (370)	65.69 (247)
Grasso	13.04 (75)	23.13 (130)	25.00 (94)
Totale	100 (575)	100 (562)	100 (376)

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



In modo collegato con questa percezione aumenta anche il numero di coloro che dichiarano di essere a dieta (tabella 5.9 e figura 5.12): a 15 anni le femmine superano ampiamente i maschi. E' complessivamente il 15% dei quindicenni che si dichiara a dieta, contro poco più del 11% nei 13enni dell'8% nei più piccoli.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	63.41 (364)	53.91 (303)	46.28 (174)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	15.51 (89)	24.91 (140)	27.93 (105)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	12.37 (71)	9.61 (54)	10.64 (40)
Sì	8.71 (50)	11.57 (65)	15.16 (57)
Totale	100 (574)	100 (562)	100 (376)

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



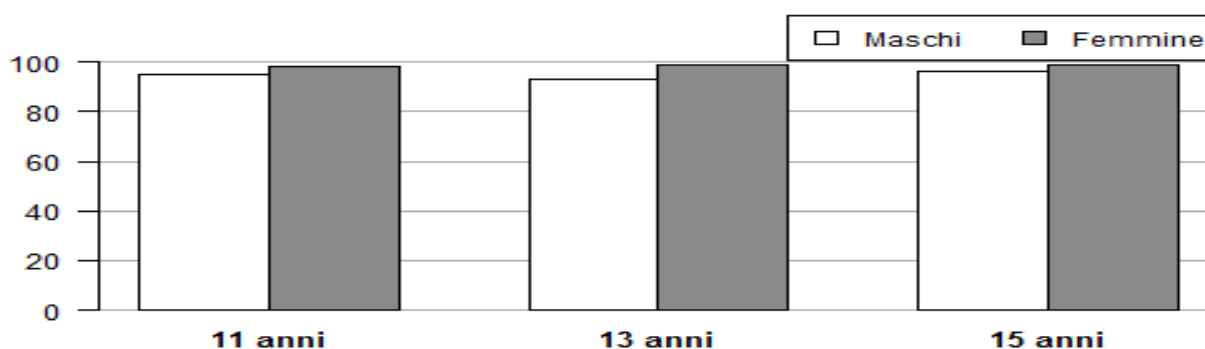
5.6 Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (Mobley C., 2009), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. L'abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno è superiore al 95% in tutte le fasce d'età e aumenta ulteriormente con l'età (tabella 5.10): 97,6% a 15 anni. Si osserva anche una leggerissima prevalenza tra le femmine (figura 5.13).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	73.61 (424)	76.73 (432)	76.27 (286)
Una volta al giorno	22.57 (130)	19.18 (108)	21.33 (80)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.26 (13)	3.73 (21)	1.33 (5)
Meno di una volta alla settimana	1.04 (6)	0.18 (1)	0.53 (2)
Mai	0.52 (3)	0.18 (1)	0.53 (2)
Totale	100 (576)	100 (563)	100 (375)

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



5.7 Conclusioni

Un primo dato da notare è la frequenza con cui i ragazzi saltano la colazione, in contrasto con le linee guida sia italiane che internazionali sul tema. Bassa è anche la percentuale di coloro che seguono le linee guida per quello che riguarda i consumi di frutta e verdura: meno del 5% arriva a consumare le cinque porzioni giornaliere raccomandate. Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate resta comunque importante ridurlo, visto che un quarto dei ragazzi dichiara un consumo almeno quotidiano di dolci e il 16% di bevande zuccherate.

Basandosi sulle dichiarazioni di altezza e peso dei tredicenni e dei quindicenni, la percentuale di sovrappeso ed obesi è del 13% per entrambe le età. I quindicenni che si considerano grassi sono quasi un quarto del totale. Ancora diverse sono le percentuali di coloro che dichiarano di essere a dieta o di non esserlo pur dovendo perdere qualche chilo: la somma delle due categorie dà il 24,2% di undicenni, il 36,5% per i tredicenni e il 43% per i quindicenni.

Per quello che riguarda i ragazzi che dichiarano di essere a dieta, stratificando i dati per sesso, si nota che la percentuale diminuisce con l'età nei maschi, mentre aumenta nelle femmine. Per quello che riguarda l'igiene orale, il 95% dei ragazzi dichiara di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, costituendo uno dei dati più rassicuranti dell'intera indagine.

Bibliografia capitolo 5

- Amed S., Daneman D., Mahmud F.H., Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health,* 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ;*335: p. 194-7
- Currie C., Samdal O., Boyce W., 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/Linee%20Guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite.* 54(2):394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.*;1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

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

6.1.1 Il fumo

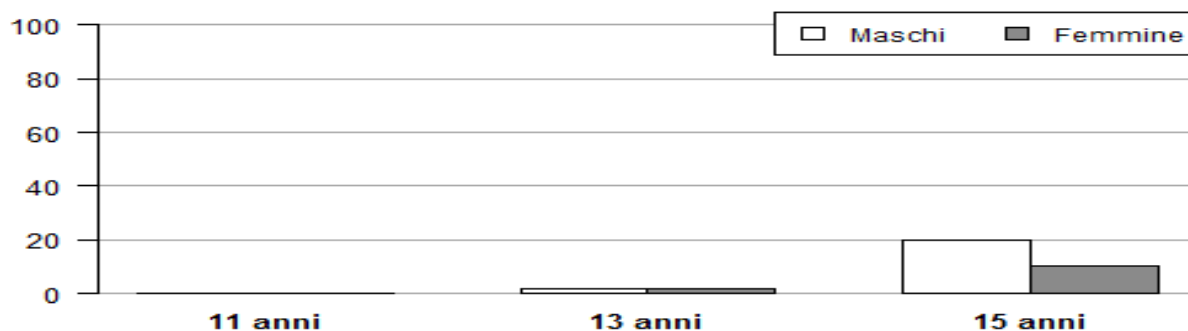
Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO, 2009) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. Anche eventi tragici come la morte improvvisa del neonato (SIDS-Sudden Infant Death Syndrome), condizioni come il basso peso alla nascita e alcune fra le più comuni allergie dell'infanzia riconoscono nell'esposizione del bambino al fumo materno uno dei principali fattori di rischio (WHO, 1998). La valutazione della diffusione del fenomeno dell'abitudine al fumo rappresenta quindi un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007).

In tabella 6.1 sono riportati i risultati del campione relativamente a questa domanda. Si osserva che la maggioranza dei ragazzi intervistati, in ciascuna delle fasce d'età considerate, dichiara di non fumare, ma i non fumatori si riducono all'aumentare dell'età, passando dal 99,3% per gli undicenni all'94% per i tredicenni, al 70,7% per i quindicenni. La frequenza di fumatori quotidiani cresce tra i 13 (2%) ed i 15 anni (14,6%). Con importanti differenze di genere (figura 6.1) nei quindicenni.

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.17 (1)	1.95 (11)	14.63 (55)
Almeno una volta a settimana	0.17 (1)	1.06 (6)	7.18 (27)
Meno di una volta a settimana	0.35 (2)	2.84 (16)	7.45 (28)
Non fumo	99.30 (571)	94.15 (531)	70.74 (266)
Totale	100 (575)	100 (564)	100 (376)

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



Alla domanda sul numero di sigarette fumate negli ultimi trenta giorni (tabella 6.2), si evidenzia, come era logico attendersi, un incremento esponenziale all'aumentare dell'età: l'11% dei quindicenni dichiara di fumare 6 o più sigarette al giorno, contro lo 0,17% degli undicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	99.31 (572)	93.23 (523)	69.07 (259)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0.35 (2)	3.21 (18)	7.73 (29)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.00 (0)	0.89 (5)	5.07 (19)
1-5 sigarette al giorno	0.17 (1)	1.25 (7)	6.93 (26)
6 o più sigarette al giorno	0.17 (1)	1.43 (8)	11.20 (42)
Totale	100 (576)	100 (561)	100 (375)

6.1.2 L'alcol

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

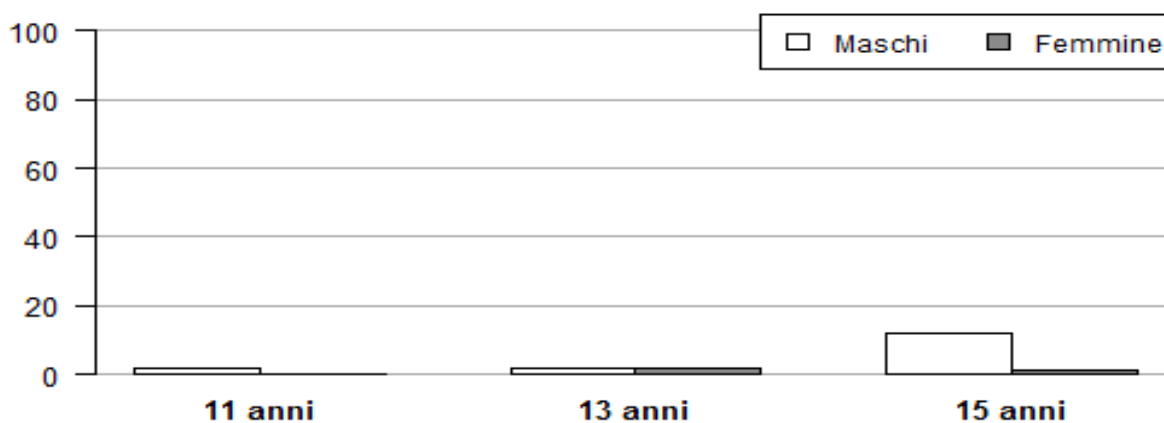
Nella tabella 6.3 sono riportati i risultati relativi alla frequenza del consumo di bevande alcoliche (superalcolici, birra e vino). In media sono circa il 46,8% i ragazzi che dichiarano di non consumare mai bevande alcoliche, con un deciso trend decrescente all'aumentare dell'età: solo il 18,35% dei quindicenni, infatti, non assume mai alcol. Al crescere dell'età la percentuale di quanti dichiarano di bere quotidianamente aumenta, passando dal 1,2% al 5,9%. Il consumo settimanale segue un'analogia distribuzione ma con un incremento più evidente nel passaggio tra una fascia d'età e la successiva: dichiarano di bere almeno una volta la settimana il 3,3% dei ragazzi di 11 anni, il 9,8% di quelli di 13 anni e il 34,6% di quelli di 15 anni.

La distribuzione dei consumi quotidiani di bevande alcoliche per età e sesso, riportata in figura 6.2, indica come il fenomeno interessi prevalentemente i maschi in tutte le fasce di età considerate.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	1.23 (7)	2.33 (13)	5.85 (22)
Ogni settimana	3.34 (19)	9.84 (55)	34.57 (130)
Ogni mese	3.16 (18)	8.05 (45)	14.63 (55)
Raramente	25.83 (147)	33.81 (189)	26.60 (100)
Mai	66.43 (378)	45.97 (257)	18.35 (69)
Totale	100 (569)	100 (559)	100 (376)

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



Riguardo ai giorni in cui i ragazzi hanno bevuto bevande alcoliche (tabella 6.4), nel corso dell'ultima settimana, circa il 32% dei quindicenni ha dichiarato di aver bevuto durante il fine settimana.

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	89.79 (510)	76.52 (427)	43.41 (158)
Solo Lunedì-Venerdì	5.11 (29)	5.38 (30)	6.32 (23)
Solo Sabato e Domenica	3.70 (21)	12.54 (70)	31.87 (116)
Sia in settimana che nel week-end	1.06 (6)	3.94 (22)	16.21 (59)
Sempre	0.35 (2)	1.61 (9)	2.20 (8)
Totale	100 (568)	100 (558)	100 (364)

Nella tabella 6.5 sono riportati i risultati relativi alla domanda “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco” per le tre fasce di età in studio. Circa l’83% dei ragazzi dichiara di non essersi mai ubriacato ma tale percentuale si riduce progressivamente al crescere delle età passando dal 93,7% dei più giovani al 59,5% dei più grandi. Parallelamente il numero di episodi di ubriachezza mostra un andamento rescente con l’età in entrambi i sessi, pur restando prevalentemente un fenomeno maschile (figura 6.3). Inoltre oltre il 60% dei quindicenni maschi dichiara di aver bevuto 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un’unica occasione, nel corso degli ultimi 12 mesi (figura 6.4), contro il 30 delle ragazze della stessa età.

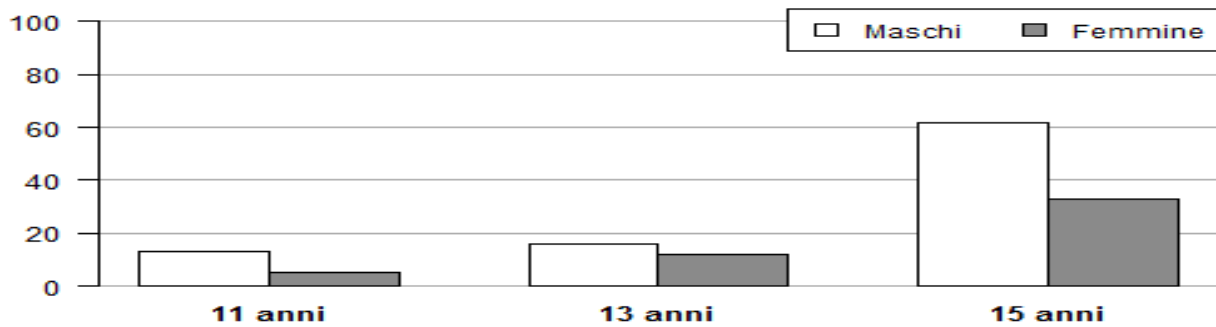
Tabella 6.5 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	93.66 (532)	88.24 (495)	59.52 (222)
Una volta	5.99 (34)	7.84 (44)	13.40 (50)
2-3 volte	0.35 (2)	2.32 (13)	11.80 (44)
4-10 volte	0.00 (0)	1.07 (6)	8.31 (31)
Più di 10 volte	0.00 (0)	0.53 (3)	6.97 (26)
Totale	100 (568)	100 (561)	100 (373)

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



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



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.

Ai soli quindicenni è stato chiesto di dichiarare se avessero mai fatto uso di cannabis e con che frequenza. In tabella 6.6 è riportata la distribuzione per sesso relativamente al consumo nel corso della vita. La maggioranza dei ragazzi (78,1%) dichiara di non averne mai fatto uso con una percentuale più alta tra le ragazze (85,4%) rispetto ai ragazzi (69,2%). Fra coloro che riferiscono di aver fatto uso di cannabis, quelli che lo hanno fatto un numero variabile tra 1-2 volte rappresentano il 6,4%, con percentuali che si riducono con l'aumentare della frequenza dichiarata di utilizzo. L'uso di cannabis appare sempre più frequente tra i ragazzi.

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Mai	69.23 (117)	85.44 (176)	78.13 (293)
Una o due volte	8.28 (14)	4.85 (10)	6.40 (24)
3-5 volte	7.69 (13)	3.88 (8)	5.60 (21)
6-9 volte	0.59 (1)	0.49 (1)	0.53 (2)
10-19 volte	2.37 (4)	1.94 (4)	2.13 (8)
20-39 volte	7.69 (13)	2.43 (5)	4.80 (18)
>1 una volta al giorno	4.14 (7)	0.97 (2)	2.40 (9)
Totale	100 (169)	100 (206)	100 (375)

6.2 Abitudini sessuali

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

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

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

La tabella 6.7 riporta le frequenze dei ragazzi e delle ragazze che dichiarano di aver avuto un rapporto sessuale. Complessivamente il 28,5% del campione regionale dichiara di aver già avuto rapporti, con un valore che è superiore al dato medio nazionale (23,5%) (Cavallo, 2007).

Per entrambi i sessi l'età più frequente del primo rapporto risulta essere 15 anni, come si evince anche dalla figura 6.5 che riporta la distribuzione per sesso e per età del primo rapporto sessuale completo.

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	33.94 (56)	24.15 (50)	28.49 (106)
No	66.06 (109)	75.85 (157)	71.51 (266)
Totale	100 (165)	100 (207)	100 (372)

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.

La tabella 6.8 riporta le risposte relative a questa domanda da parte dei soli ragazzi che in precedenza avevano dichiarato di aver avuto almeno un rapporto sessuale. Il 74,8% dei ragazzi dichiara di aver utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto, con una leggera prevalenza dei ragazzi (83,3%) rispetto alle ragazze (65,3%).

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	83.33 (45)	65.31 (32)	74.76 (77)
No	16.67 (9)	34.69 (17)	25.24 (26)
Totale	100 (54)	100 (49)	100 (103)

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 (NCDPC, 2000), ma i fattori causali non sono ancora ben noti (Scheidt, 1998; Pickett, 2005).

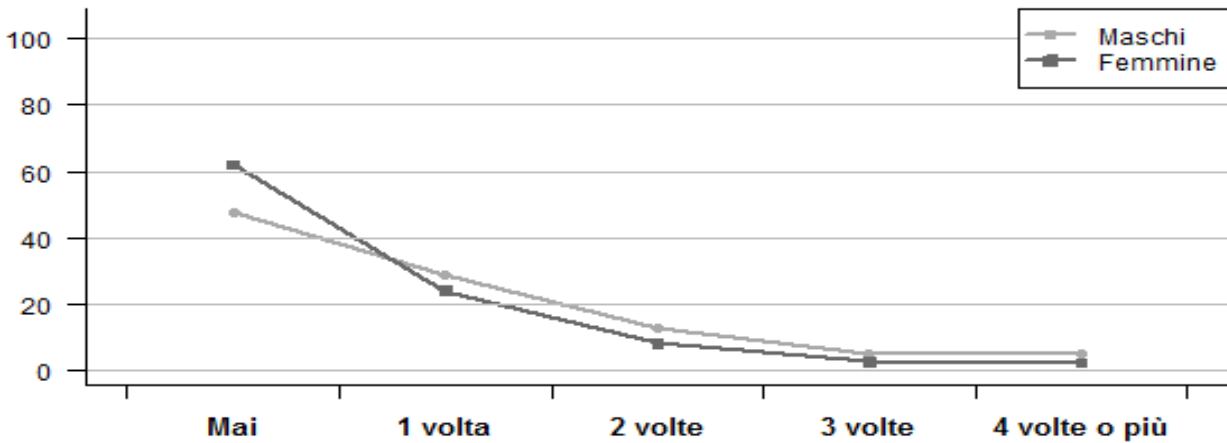
Questa sezione ha l’obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

La tabella 6.9 fornisce una valutazione della frequenza degli infortuni che hanno richiesto l’intervento di un medico mentre la figura 6.5 riporta la distribuzione del fenomeno per sesso. La maggioranza dei ragazzi, indipendentemente dall’età, riferisce di non aver subito infortuni che abbiano richiesto cure di personale sanitario negli ultimi dodici mesi. Poco più del 20% dei ragazzi riferisce un unico infortunio nel corso degli ultimi 12 mesi. Non si registrano evidenti differenze per età (figura 6.5) mentre, complessivamente, si può notare come le ragazze siano vittime di infortuni meno frequentemente dei maschi.

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 %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	56.59 (322)	56.99 (322)	49.73 (187)
Una volta	26.19 (149)	25.13 (142)	28.72 (108)
2 volte	10.37 (59)	10.62 (60)	10.64 (40)
3 volte	3.16 (18)	4.07 (23)	5.85 (22)
4 volte o più	3.69 (21)	3.19 (18)	5.05 (19)
Totale	100 (569)	100 (565)	100 (376)

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



6.4 Conclusioni

I dati presentati in questo capitolo, in particolare quelli relativi all'uso di sostanze lecite e illecite, sostanzialmente ricalcano la situazione che caratterizza il resto della nazione. Ad esempio, l'abitudine al fumo aumenta in Valle D'aosta, come nel resto dell'Italia nel complesso, con il passare dell'età e scompare la tradizionale differenza di genere.

Anche il consumo di alcol tende ad aumentare con l'età così come gli episodi di ubriachezza ma, a differenza dell'abitudine al fumo, rimane per questi comportamenti una differenza di genere che mostra, in tutte le età coinvolte nell'indagine, una quota più alta di ragazzi coinvolti.

Tale differenza è presente anche quando si analizzano i dati relativi all'uso di cannabis, con una percentuale superiore al 4% dei ragazzi intervistati (vs l'1% delle ragazze) che dichiara di far uso quotidiano di cannabis.

Per quanto riguarda l'uso di metodi anticoncezionali è da sottolineare come circa il 25% dei quindicenni che hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi abbia riferito di non aver fatto uso del profilattico.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars.2000>.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

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

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

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

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

7.2 Percezione della propria salute

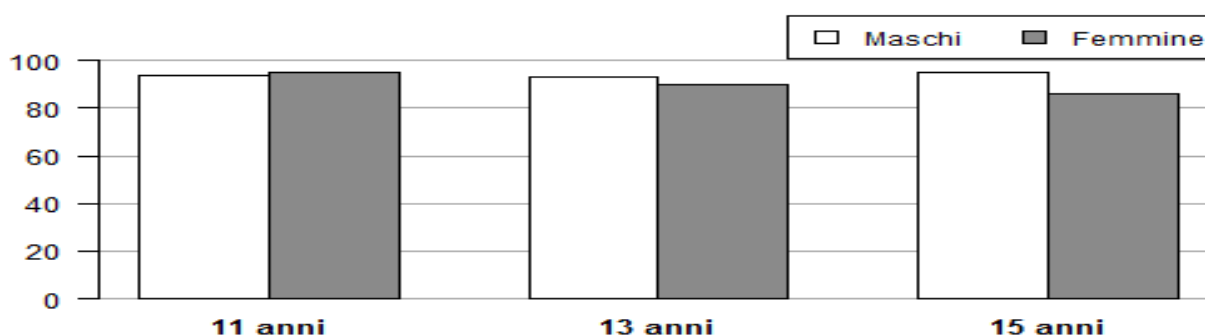
La domanda utilizzata nello studio HBSC relativamente alla percezione del proprio stato di salute è importante perché non solo riflette lo stato di salute soggettivo, ma è anche correlato, come dimostrano numerosi studi, con indicatori di salute più oggettivi, quali mortalità e morbosità, perché generalmente,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

Il 92,3% dei ragazzi percepisce la propria salute come buona o eccellente e meno dell'1% la reputa scadente (tabella 7.1). Se ad 11 anni non si registrano sostanziali differenze di genere, queste sembrano invece manifestarsi tra i ragazzi più grandi (Figura 7.1), come già emerso in precedenti studi (Cavallo et al., 2006), quasi sempre a svantaggio delle ragazze.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	36.28 (209)	33.16 (187)	30.67 (115)
Buona	58.16 (335)	58.51 (330)	59.47 (223)
Discreta	4.86 (28)	7.45 (42)	8.80 (33)
Scadente	0.69 (4)	0.89 (5)	1.07 (4)
Totale	100 (576)	100 (564)	100 (375)

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



7.3 La percezione del benessere

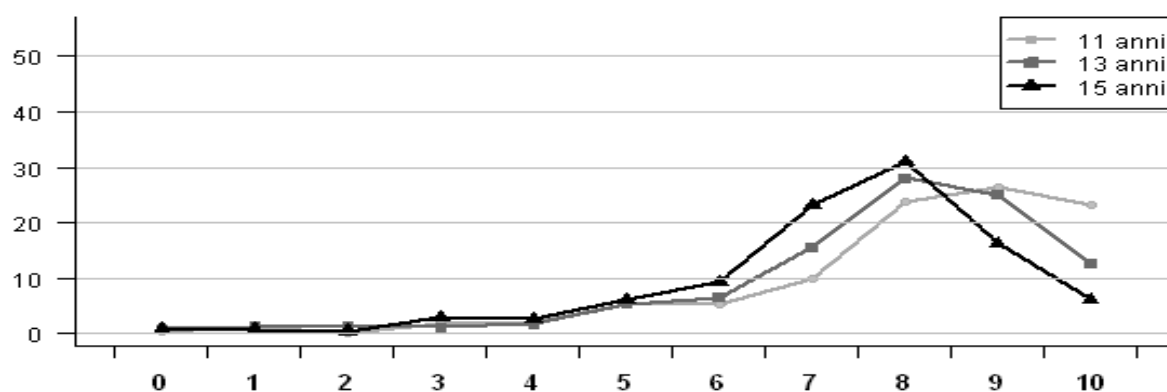
Come per la salute, anche per il concetto di benessere la percezione soggettiva costituisce una dimensione importante (Diener, 1984; Huebner, 1991). Nello studio HBSC (Cavallo et al., 2005 e 2007), è stata utilizzata una scala che misura il benessere percepito come variabile che si muove tra 0 e 10 (Cantril,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

La scala del benessere ci propone complessivamente un'immagine analoga a quella descritta precedentemente per la salute percepita (Tabella 7.2, Figura 7.2): circa il 90% dei ragazzi si colloca dal sette in su, ma si nota anche un peggioramento del giudizio al crescere dell'età (dall'83,8% degli undicenni si passa all' 81,3% dei tredicenni e al 76,7% nei quindicenni). Da sottolineare che mentre il 23,4% dei più giovani giudica la propria la miglior vita possibile, solo il 6% dei ragazzi più grandi si pone allo stesso livello.

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	0.35 (2)	0.89 (5)	0.80 (3)
1	1.22 (7)	1.42 (8)	0.80 (3)
2	0.00 (0)	1.42 (8)	0.53 (2)
3	1.75 (10)	1.24 (7)	2.94 (11)
4	2.27 (13)	1.78 (10)	2.67 (10)
5	5.24 (30)	5.33 (30)	6.15 (23)
6	5.41 (31)	6.57 (37)	9.36 (35)
7	9.95 (57)	15.63 (88)	23.26 (87)
8	23.91 (137)	28.06 (158)	31.02 (116)
9	26.53 (152)	25.04 (141)	16.31 (61)
10	23.39 (134)	12.61 (71)	6.15 (23)
Totale	100 (573)	100 (563)	100 (374)

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



7.4 I sintomi riportati

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

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

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

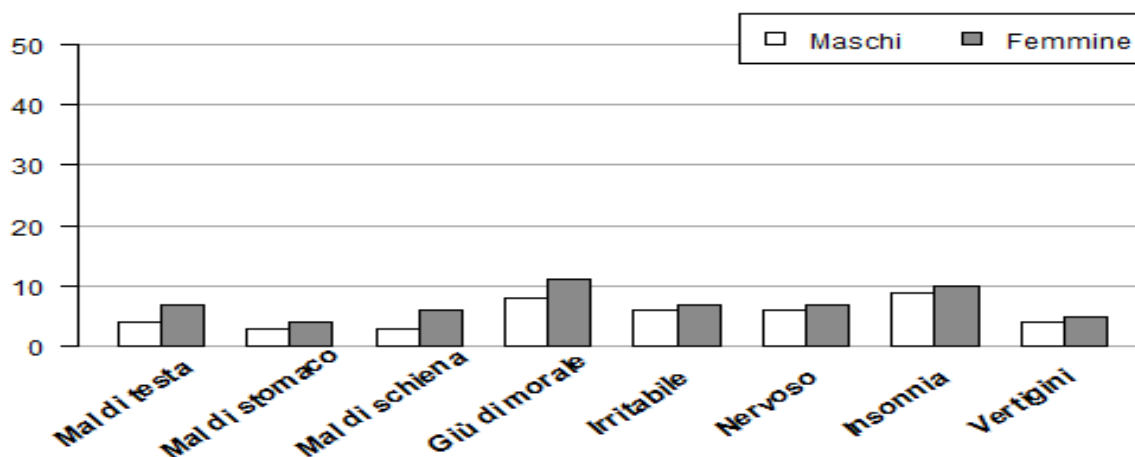
Nel campione valdostano i sintomi di cui è stata indagata la presenza sono fortemente rappresentati, con circa il 79,8% dei ragazzi che denuncia la presenza di un sintomo almeno una volta alla settimana. Questa percentuale aumenta con l'aumentare dell'età, passando dal 76,4% per gli undicenni all'87,2% per i quindicenni (tabella 7.3).

Analizzando la distribuzione per sesso di ciascun sintomo con frequenza giornaliera (figura 7.3) si nota come le femmine denuncino una frequenza maggiore per il mal di testa, il mal di stomaco ed il sentirsi giù di morale. I sintomi più diffusi in entrambi i sessi sono l'insonnia e l'essere giù di morale.

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?”

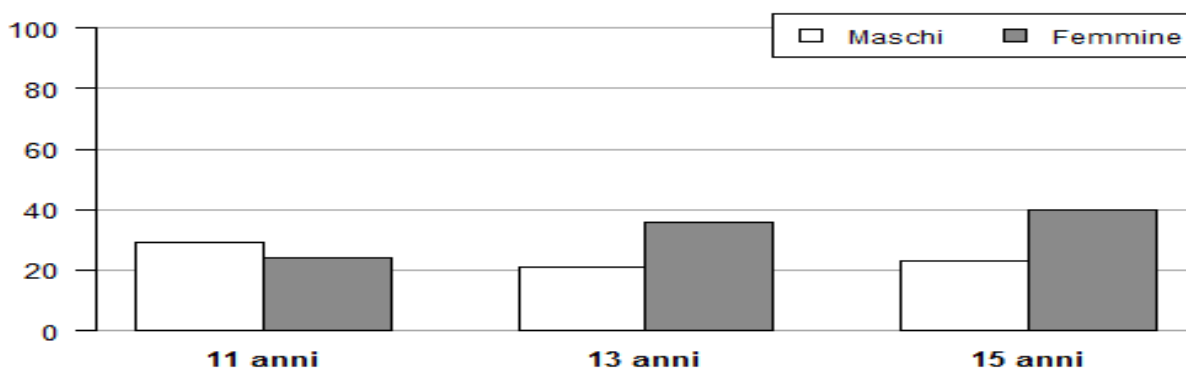
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	26.74 (154)	28.67 (162)	32.45 (122)
Più di 1 volta a settimana	29.51 (170)	30.44 (172)	35.90 (135)
1 volta a settimana	20.14 (116)	19.12 (108)	18.88 (71)
1 volta al mese	15.45 (89)	17.70 (100)	10.37 (39)
Raramente o mai	8.16 (47)	4.07 (23)	2.39 (9)
Totale	100 (576)	100 (565)	100 (376)

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere



Tra coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo (figura 7.4) si riscontra una maggiore frequenza nelle femmine rispetto ai maschi, ma mentre nei maschi la presenza di questi sintomi tende, con l'età, a diminuire, nelle femmine si nota viceversa un sensibile aumento.

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



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

Considerando questa categorizzazione, si può notare come la percentuale di coloro che non denuncia sintomi di tipo somatico è lievemente più elevata (13,3%, tabella 7.4) rispetto a coloro che non riportano sintomi psicologici (11,3%, tabella 7.5). Complessivamente, circa il 63,8% dichiara una frequenza almeno settimanale di sintomi somatici contro il 66,9% di quelli psicologici. Per entrambe le categorie di sintomi si registra un aumento per età della sintomatologia almeno settimanale, particolarmente evidente

per i sintomi psicologici, che colpiscono il 58,2% degli undicenni, il 67,6% circa dei tredicenni e fino al 79% dei quindicenni.

Una frequenza quotidiana dei sintomi somatici è dichiarata da circa il 19% dei maschi e dal 20% delle femmine (figura 7.5). Se nei ragazzi si assiste ad una decisa tendenza alla diminuzione con il crescere dell'età, per le ragazze all'aumentare dell'età aumenta anche la frequenza di sintomi somatici. Considerazioni analoghe anche per quanto riguarda la frequenza riportata di sintomi di tipo psicologico.

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	19.16 (110)	19.47 (110)	22.61 (85)
Più di 1 volta a settimana	22.82 (131)	23.19 (131)	27.39 (103)
1 volta a settimana	19.69 (113)	18.58 (105)	20.74 (78)
1 volta al mese	20.91 (120)	26.55 (150)	20.74 (78)
Raramente o mai	17.42 (100)	12.21 (69)	8.51 (32)
Totale	100 (574)	100 (565)	100 (376)

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

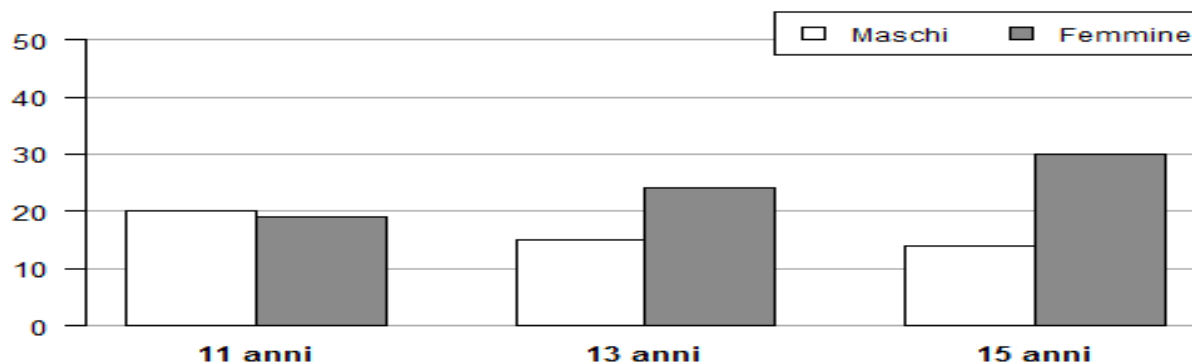
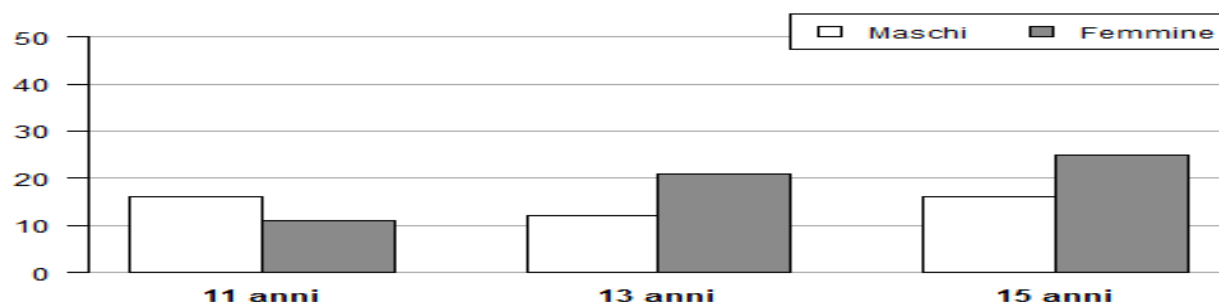


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	13.59 (78)	16.64 (94)	21.01 (79)
Più di 1 volta a settimana	23.17 (133)	26.02 (147)	30.85 (116)
1 volta a settimana	21.43 (123)	24.96 (141)	27.13 (102)
1 volta al mese	24.74 (142)	22.65 (128)	16.22 (61)
Raramente o mai	17.07 (98)	9.73 (55)	4.79 (18)
Totale	100 (574)	100 (565)	100 (376)

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



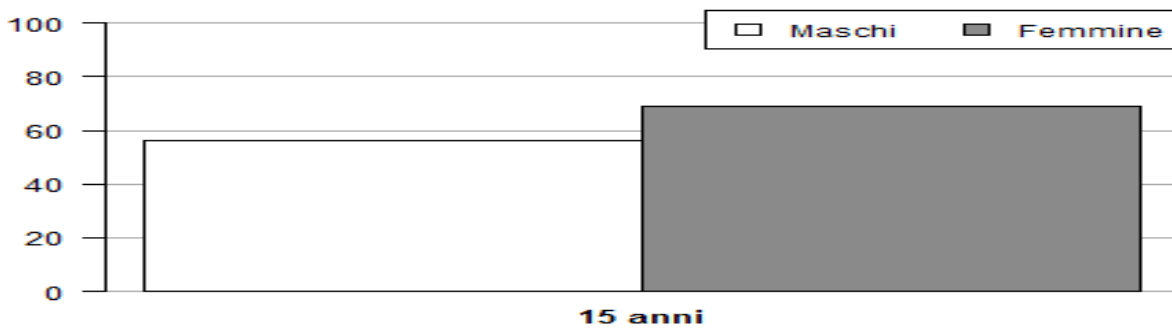
7.5 Utilizzo di farmaci

In questa sezione si è voluto porre l'attenzione sull'assunzione di farmaci dichiarata dai ragazzi (Hansen, 2003). In particolare è stato indagato il consumo di farmaci, nei quindicenni per alcuni sintomi specifici: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi e nervosismo. Come mostrato in Tabella 7.6 sono soprattutto le femmine a farne uso: il 69,2% delle ragazze dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese contro il 55,8% dei maschi. La differenza per genere si mantiene anche analizzando i dati per età (figura 7.7).

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

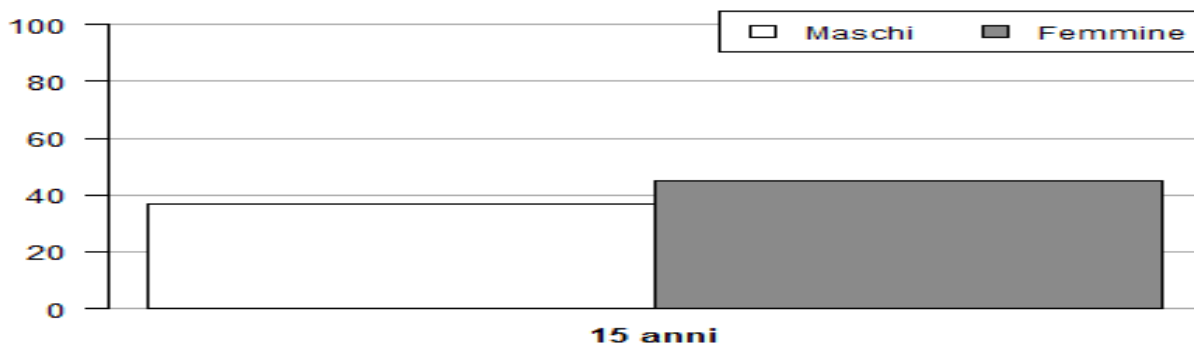
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	44.17 (72)	30.81 (61)	36.84 (133)
Sì, 1 farmaco	31.90 (52)	29.80 (59)	30.75 (111)
Sì, >1 farmaco	23.93 (39)	39.39 (78)	32.41 (117)
Totale	100 (163)	100 (198)	100 (361)

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



Relativamente al consumo di farmaci per il mal di testa (figura 7.8), che risultano essere i più usati dai ragazzi e i più indagati in letteratura, le femmine dichiarano di usare più frequentemente farmaci (42% circa) rispetto ai maschi, nell'arco del mese.

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



7.6 Conclusioni

Dall'analisi dei dati raccolti emerge un'immagine sostanzialmente positiva della salute e del benessere percepito. Va però sottolineato che, come già riscontrato nelle precedenti indagini a livello nazionale (Cavallo, 2005, 2007), esiste un evidente contrasto tra quanto dichiarato dai ragazzi rispettivamente alla propria salute e benessere, e rispettivamente alla sofferenza di particolari sintomi. Se, infatti, da una parte il nostro campione dichiara una buona salute e alti livelli sulla scala del benessere percepito, dall'altra non mancano di essere fortemente rappresentati i sintomi, sia psicologici che psicosomatici. Non necessariamente, quindi, 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 dalle risorse possedute per poter far fronte alle situazioni in cui si è in presenza di sintomi.

Dall'indagine emergono, confermando quanto già rilevato in passato, che le femmine dichiarano il maggior numero di sintomi: questa differenza di genere si mantiene all'aumentare dell'età, anche per quanto riguarda l'assunzione di farmaci.

Bibliografia capitolo 7

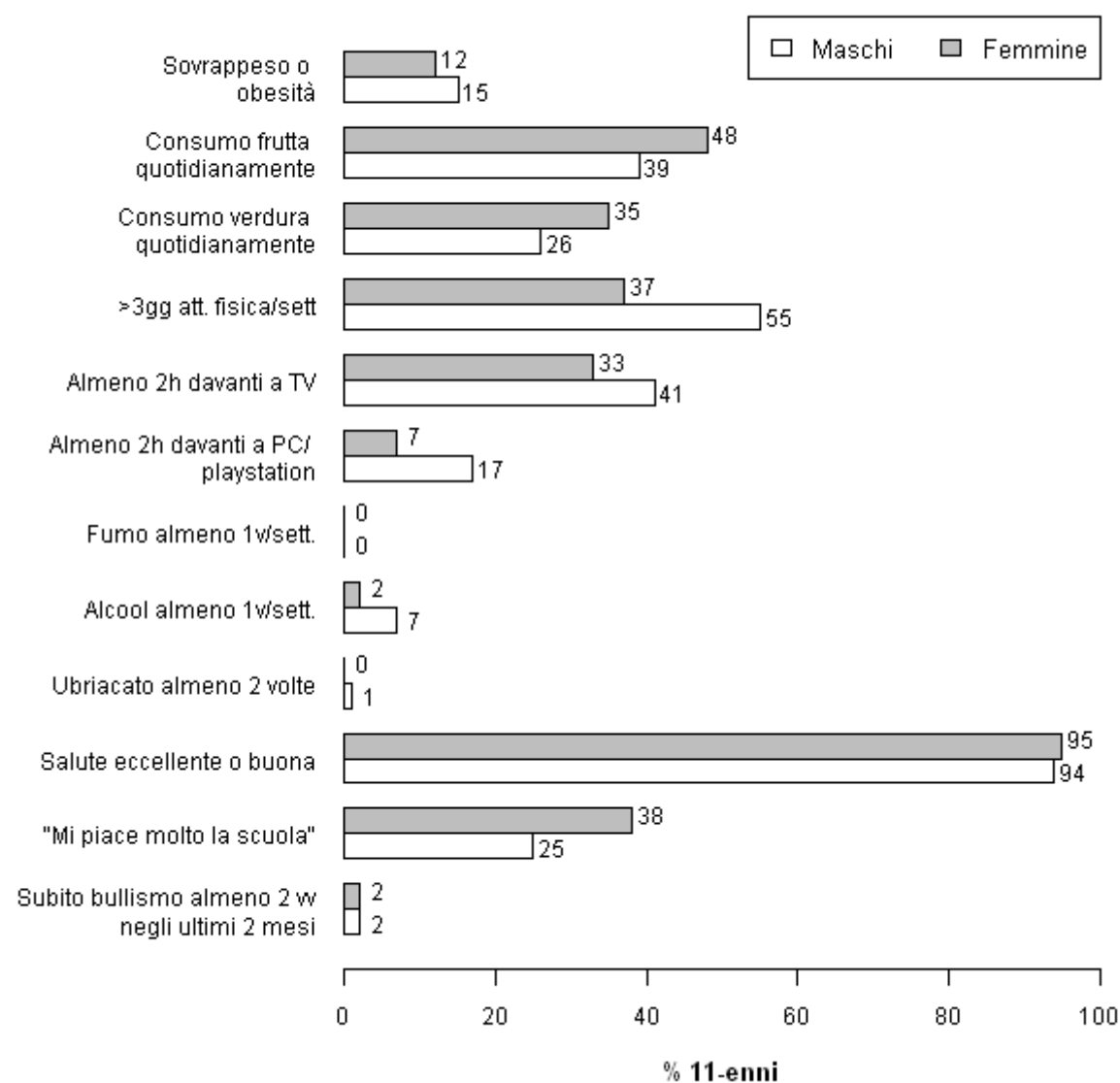
- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., Zambon A., Borraccino A., Raven-Sieberer U., Torsheim T., Lemma P. and the HBSC Positive Health Group (2006), Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15: 1577-1585.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. II Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, 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.

Alcuni indicatori riassuntivi

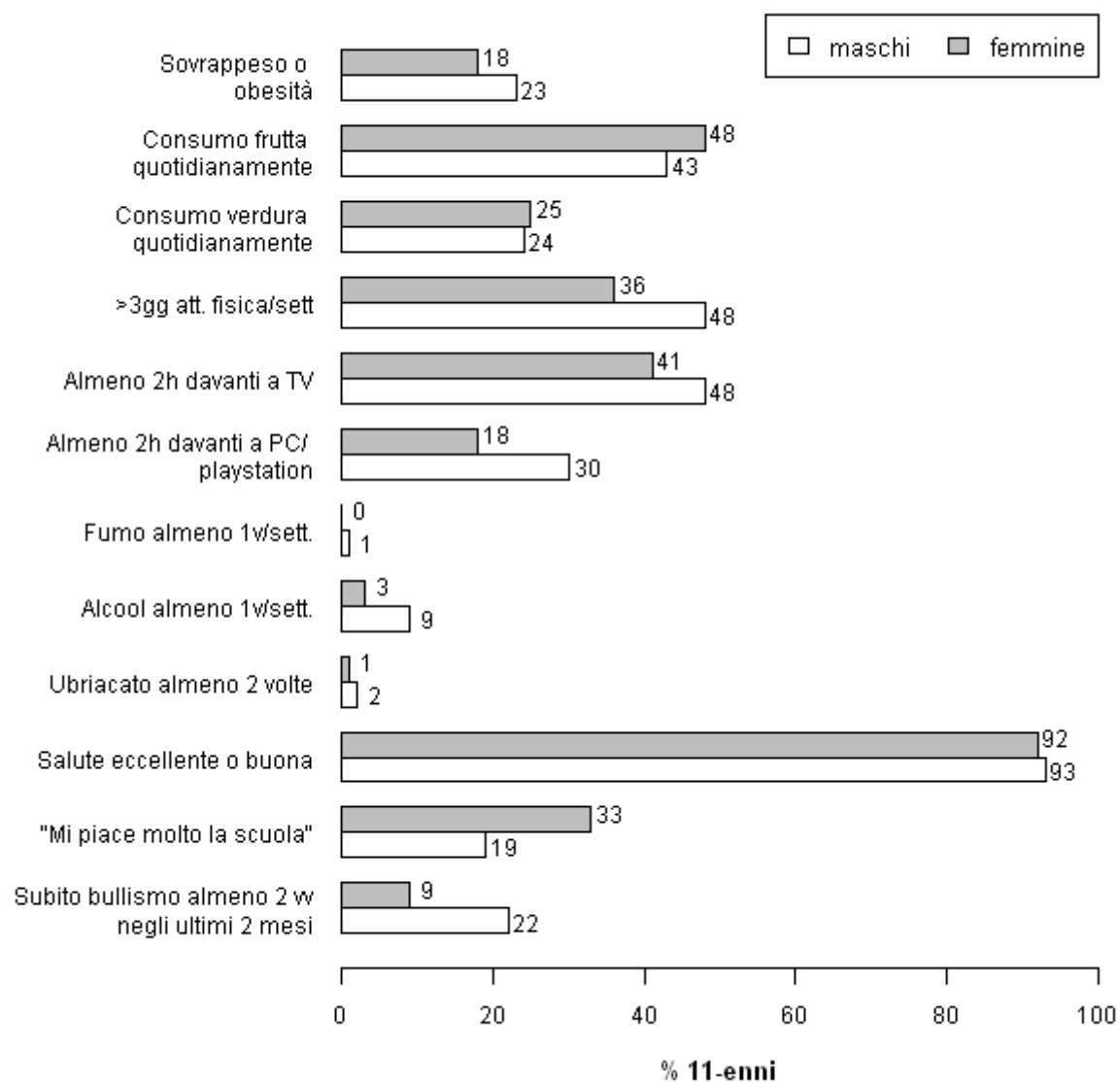
Di seguito vengono riportati i grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età:

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

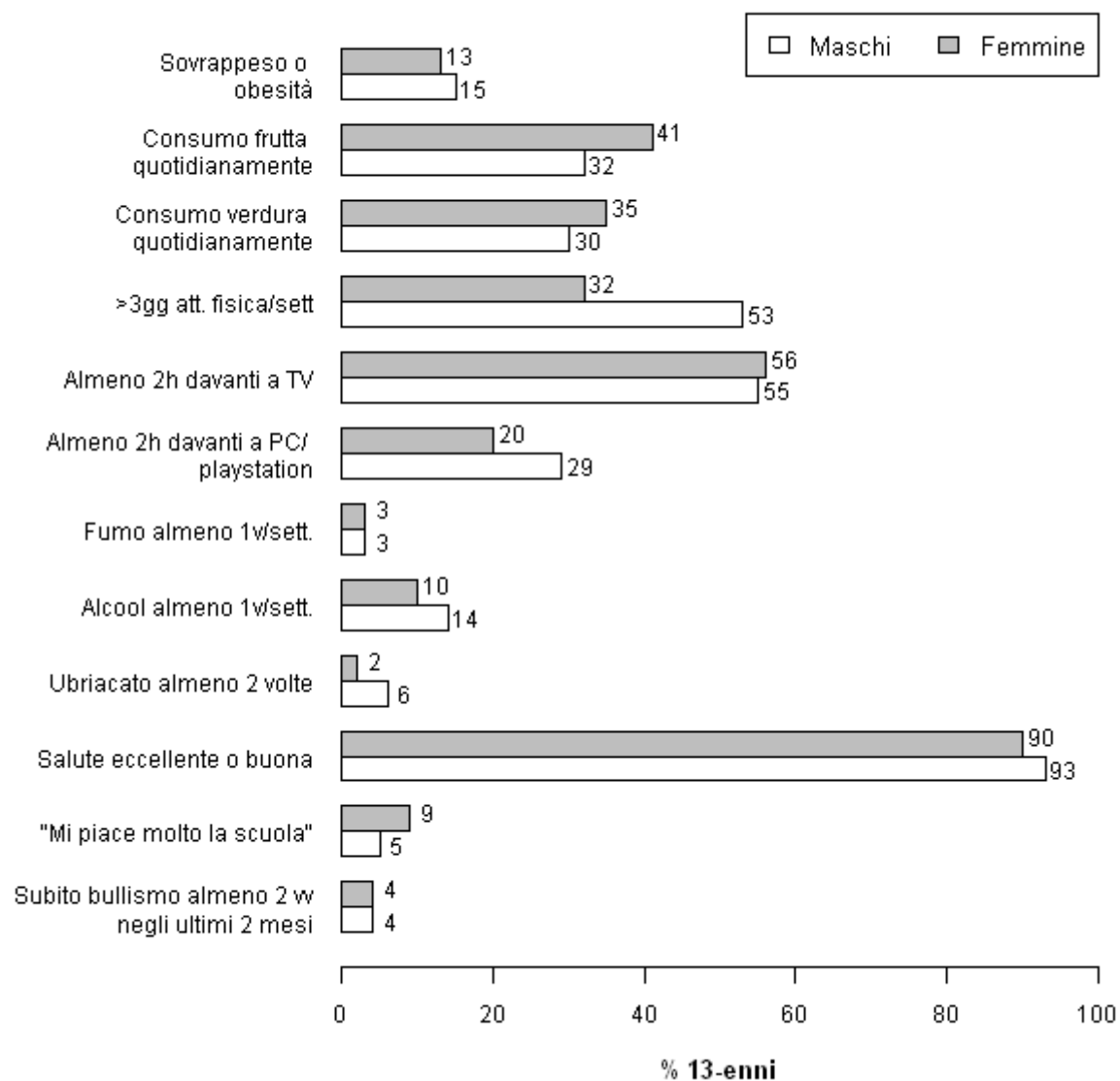
Undicenni – Dati regionali



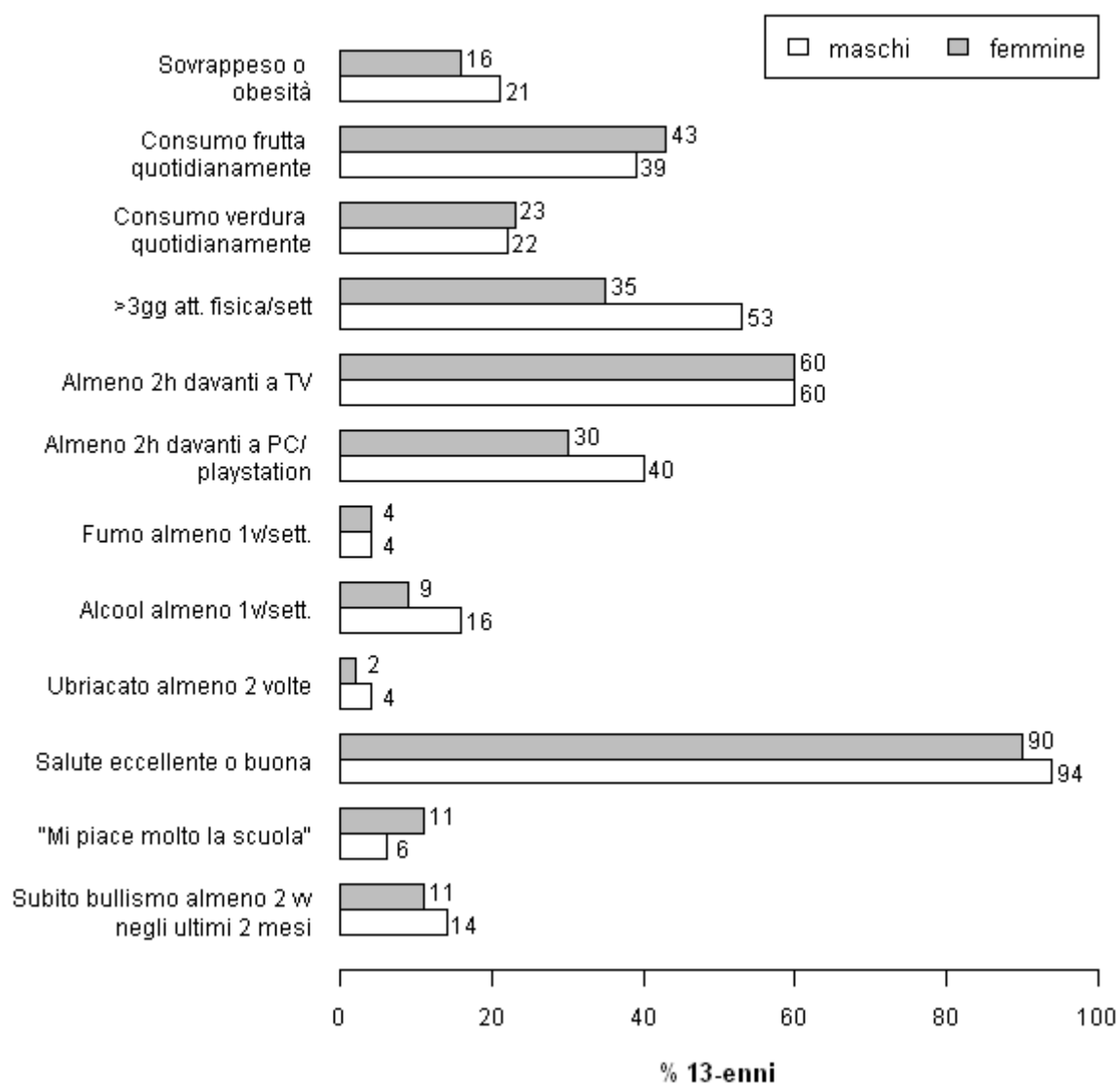
Undicenni – Dati nazionali



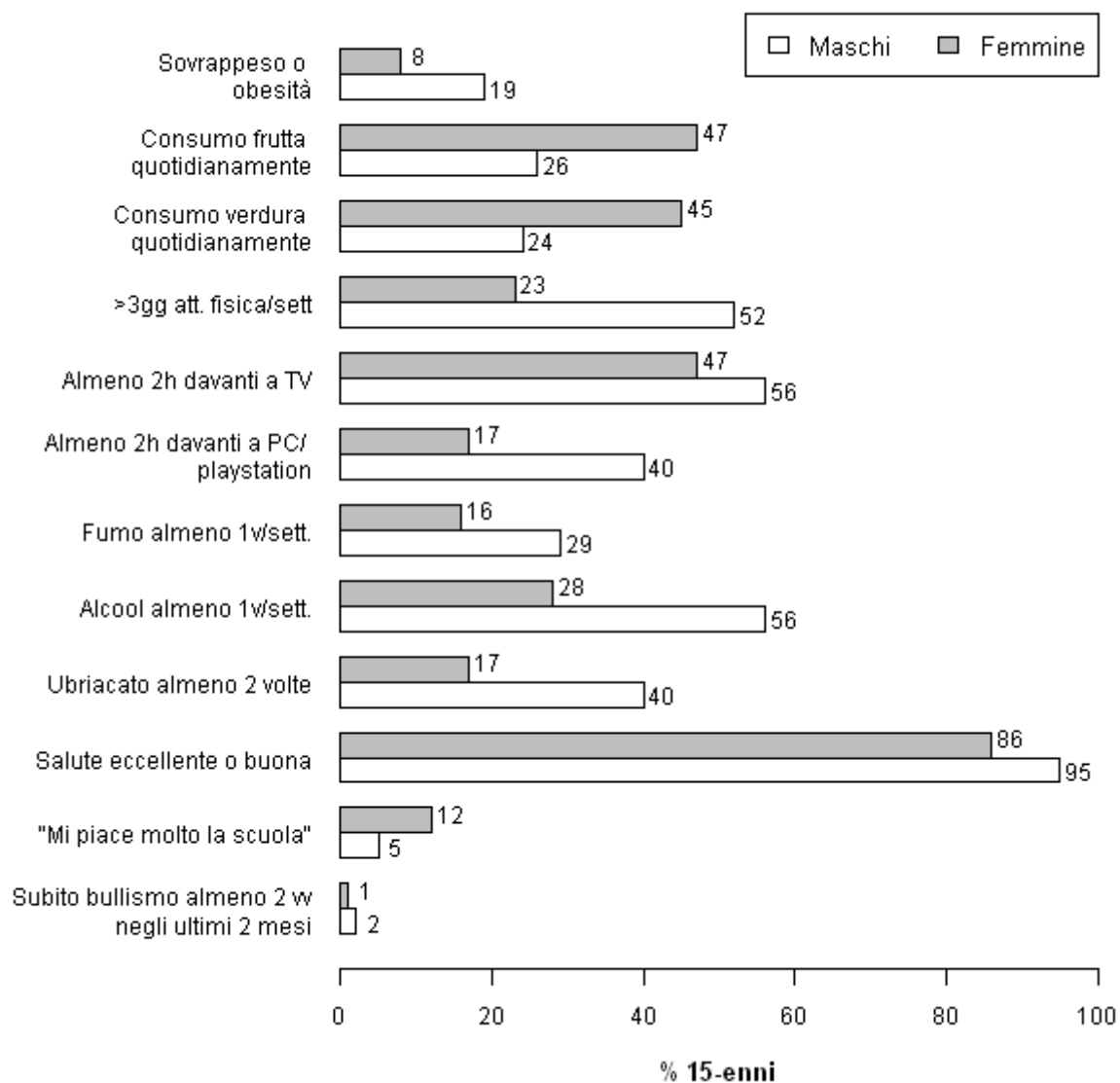
Tredicenni – Dati regionali



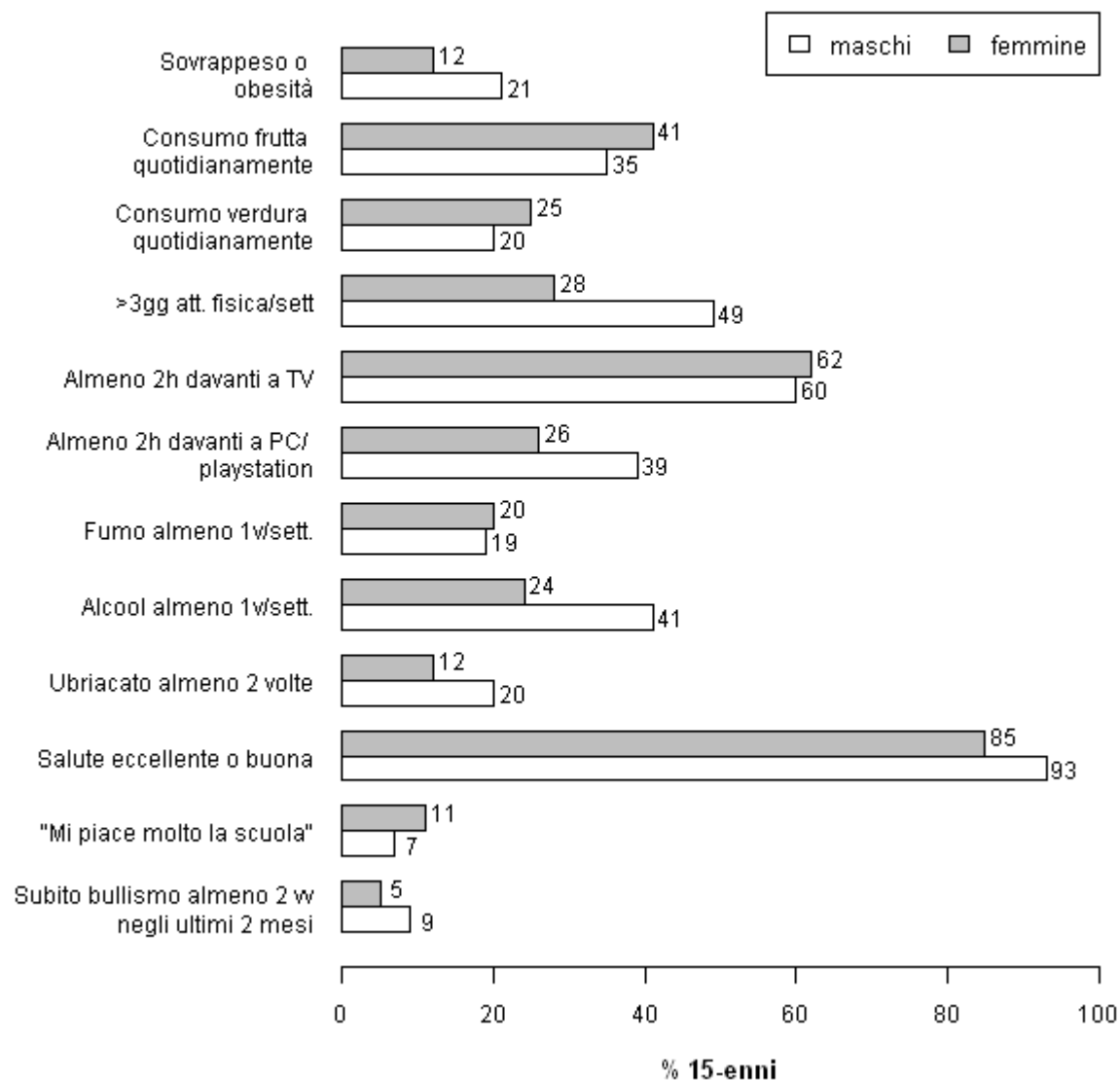
Tredicenni – Dati nazionali



Quindicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati nazionali



Conclusioni e riflessioni

Il presente report delinea la situazione di vita dei ragazzi valdostani. L'obiettivo seguito ci ha permesso di descrivere una realtà complessa, a partire da componenti definite rilevanti: per comprendere i comportamenti che i giovani mettono in atto e la loro salute, non si può prescindere dal guardare al di là dell'individuo. I contesti di vita, le relazioni e le difficoltà quotidiane, sia reali, sia percepite, sono tasselli necessari da considerare per poter analizzare i singoli soggetti. Ciò risulta particolarmente importante per l'analisi di una realtà in così rapido cambiamento come quella dei preadolescenti. Questo report vuole fornire anche delle indicazioni pratiche per orientare investimenti sulla promozione della salute e il benessere dei giovani. Il comprendere la situazione diviene il primo passo per la programmazione di interventi efficaci. Il decidere di focalizzarsi sui giovani, di comprenderli meglio e di facilitare il loro processo di crescita diventa un investimento per la salute futura: dare attenzione a questa particolare tappa dello sviluppo e agire su questi ragazzi, permette di prevenire possibili problemi più difficilmente risolvibili in età adulta.

La preadolescenza può essere quindi considerata un'età preferenziale per la messa in atto di programmi, progetti, azioni di prevenzione dei comportamenti a rischio e di promozione della salute.

Questo è dovuto a diversi fattori importanti:

- i comportamenti dannosi, sperimentati in questa età, non si sono ancora stabilizzati come stili di vita;
- il tentativo di differenziarsi dagli adulti e di trasgredire alle regole porta i giovani a contatto con un maggior numero di pericoli;
- la tendenza a criticare quello che viene imposto/proposto, porta spesso i giovani a non seguire i comportamenti che sembravano consolidati in età precedenti;
- le maggiori capacità di pensiero critico sono spesso utilizzate in modo limitato o distorto;
- la tendenza all'egocentrismo porta a credere di essere non compresi dal resto del mondo o, al contrario, di essere invulnerabili ai pericoli esterni.

Tutte queste particolarità dell'età in questione devono essere note a chi lavora con i giovani: tali caratteristiche non dovrebbero diventare ostacoli per le azioni previste ma risorse da cui partire.

E' necessario quindi che le azioni rivolte ai giovani siano pensate specificatamente per questa particolare età e sfruttino e coinvolgano le risorse, individuali e contestuali, presenti.

Dai dati presentati emerge come spesso i comportamenti a rischio (fumare, bere, utilizzare sostanze illecite, compiere atti di violenza) siano legati l'uno all'altro: si delinea un gruppo di giovani "ad alto rischio" già in età precoce. Ai comportamenti a rischio si legano inoltre difficoltà a scuola, minor piacevolezza legata alla vita scolastica, maggior complessità di relazioni con i genitori, maggior popolarità tra i compagni, non connessa però a confronto e conforto reciproco, ma maggiormente al tempo trascorso insieme, soprattutto la sera. Come agire per fare in modo che tale rischio non si strutturi come stile di vita stabile? Come si può evitare che altri giovani inneschino tali comportamenti? Si è visto, tra i nostri giovani, come tali comportamenti siano legati a caratteristiche individuali, sociali e contestuali: è su tali fattori trasversali che si dovrebbe agire per proporre il cambiamento.

Considerata la causalità multipla del problema e l'elevato numero di possibili fattori di rischio e protettivi, una scelta fondamentale di chi vuole prevenire i comportamenti a rischio è quella relativa ai livelli sui quali agire: intervenire contemporaneamente su livelli individuali e ambientali (comunità, scuola, famiglia, pari), partire dalle risorse presenti, sfruttarne la ricchezza e favorirne la presenza e l'utilizzo da parte dei singoli, sono presupposti necessari per avere possibilità di successo.

Le azioni che si possono mettere in atto sono molteplici e si possono collocare all'interno di diverse aree così riassumibili:

CONTESTO CULTURALE E SOCIALE

1. *Aumentare la consapevolezza ed il coinvolgimento della comunità:*

attraverso campagne informative e la diffusione dei risultati sul comportamento in esame, attraverso la predisposizione di materiali specifici, si permette alla comunità di comprendere pienamente il problema e di diventare parte attiva nel cambiamento, favorendo comportamenti di controllo informale e di coesione di gruppo, che, come evidenziato dai dati presentati è molto legato al benessere individuale.

2. *Regolazione e legislazione sull'uso/abuso di sostanze legali:* a livello di comunità ma anche di scuola:

leggi e regolamenti che rendano più difficile l'accesso a tali sostanze e il loro utilizzo. La condivisione di queste norme con i ragazzi e il rafforzamento della loro osservanza da parte degli adulti, risultano comunque essere fattori determinanti per la loro efficacia. La presenza di regole coerenti nella scuola e nella comunità e l'osservanza di tali norme rafforzano il valore negativo di tali droghe.

3. *Aumentare il coinvolgimento nella/della scuola.*

La proposta di attività (non solo informative ma volte al cambiamento di atteggiamenti ed abilità individuali e all'introduzione di nuove norme sociali) implicano l'attenzione allo sviluppo non solo didattico e la possibilità data al singolo di agire e promuovere il cambiamento. Se tali attività prevedono il coinvolgimento attivo di genitori e studenti, consentono di fornire miglior sostegno ai giovani ed avere una maggiore comprensione della loro vita al di fuori dell'ambito familiare. Importante è attivare training per gli insegnanti, che migliorino la comprensione delle problematiche adolescenziali e la loro capacità di fornire, all'interno del percorso didattico, informazioni utili per la salute. Infine, una buona comunicazione genitori-insegnanti crea un'alleanza che favorisce e migliora l'ambiente scolastico e la qualità delle offerte formative che la scuola propone.

4. *Favorire il coinvolgimento in attività salutari:*

spesso l'utilizzo di sostanze è legato a sentimenti di noia. Proporre attività diverse in cui i giovani possono trascorrere il proprio tempo (sport, attività creative, di volontariato...) può distogliere dal bisogno di mettere in atto attività dannose per la salute.

Rendere note le possibilità che la comunità offre ai giovani e dare loro modo di proporre di nuove aumenta il senso di comunità ed il legame con il proprio territorio, a sua volta fattore protettivo trasversale rispetto a molte condotte disfunzionali.

STRESSORS E RISORSE

1. *Incrementare la conoscenza degli adulti significativi (insegnanti, genitori) sulle caratteristiche di uso e abuso di sostanze legali:*

chiarire quali sono gli effetti, ma anche quali segnali che i giovani utilizzatori danno. Importante è fornire loro informazioni su come gestire tali comportamenti da parte dei giovani e sottolineare la funzione di modello che essi stessi svolgono.

2. *Migliorare la genitorialità e l'influenza positiva della famiglia sui comportamenti:* l'indagine da noi svolta chiarisce l'importanza di una buona relazione con i genitori per il benessere dei figli e come la presenza di una buona comunicazione fosse legata ad un minor uso di sostanze. La disciplina basata sul rispetto e sulla fermezza, la buona comunicazione genitori-figli, l'interesse da parte dei genitori per la vita dei figli è quindi un fattore protettivo all'uso di sostanze.

3. *Utilizzare l'educazione tra pari:*

una ulteriore possibilità potrebbe essere quella di sfruttare le tradizionali fonti di informazioni che i giovani hanno. Abbiamo considerato prima gli adulti significativi (genitori, insegnanti, altri), ora vorremo riflettere sull'utilizzo dei pari. Come emerge chiaramente dalla ricerca i pari acquisiscono sempre maggior rilevanza, diventando i confidenti ed i consiglieri preferenziali: attuare percorsi di peer-education risulta una scelta adeguata, soprattutto se i comportamenti da evitare sono legati a norme adulte, che il giovane vorrebbe trasgredire. Il compagno diventa un informatore più sincero ed affidabile, agli occhi del giovane.

VALUTAZIONE, EMOZIONI, COPING

1. *Cambiare gli atteggiamenti e le aspettative rispetto all'uso e all'abuso:*

molti studenti considerano alcol e tabacco innocui e non ne comprendono i possibili danni. L'aumentare una visione negativa di uso permette ai giovani di riflettere più attentamente prima di provare una delle sostanze.

2. *Migliorare le abilità degli studenti e l'autoefficacia:*

migliorare la resistenza alla pressione dei pari, incrementare la capacità di prendere decisioni autonome, favorire modalità adeguate di gestione dello stress e dell'ansia rendono più improbabile la messa in atto di comportamenti inadeguati. La fiducia nelle proprie risorse permette ai ragazzi di non cercare nelle sostanze una fonte di controllo e sicurezza.

La consapevolezza dell'esistenza di molteplici azioni possibili da cui partire per affrontare un singolo problema, è necessaria per chi vuole affrontarlo in modo produttivo. La scelta di quali azioni svolgere dipende dal contesto e dalle risorse presenti (in termini di persone, tempo, capacità, denaro). Necessario è però partire da dati chiari e confrontabili, ma soprattutto aggiornati, per comprendere quale è la situazione reale. Le diverse azioni di prevenzione che abbiamo descritto sono semplicemente un'esemplificazione delle possibilità esistenti di prevenzione. Esse si sviluppano in parte dai dati raccolti e in parte dalle nostre conoscenze in ambito preventivo.

Tale percorso non deve però essere letto né come l'unico possibile né come utilizzabile solamente per alcol e fumo. In effetti il considerare contemporaneamente fattori di rischio e protezione, che risultano

trasversali e comuni a problemi diversi, permette di riutilizzarne la traccia generale anche per altre problematiche.