



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



STILI DI VITA E SALUTE DEI GIOVANI IN ETA' SCOLARE

SARDEGNA

a cura di:

Serena Meloni

Donatella Campus

Rita Masala

*Rapporto sui dati regionali
HBSC 2009 -2010*



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia



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



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



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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



guadagnare
salute
rendere facili le scelte salutari



Il Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010
Regione Autonoma della Sardegna

Informazioni sull'editore ISBN

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

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

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

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

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

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Serena Meloni (referente regionale)
Donatella Campus, Servizio Prevenzione

- ASL 1- Sassari - Mariuccia Mongiu, Natalia Spada**
- ASL 2- Olbia - G.M. De Giovanni, Rosalba Cicalò, Aini Maria Adelia**
- ASL 3- Nuoro - E. Massimo Diana, Pietro Lucchetta, Jole Mulargia**
- ASL 4- Lanusei - Mulas Tonina Augusta**
- ASL 5- Oristano - Antonio Serra**
- ASL 6- Sanluri - Luisanna Balia**
- ASL 7- Carbonia - Angela Boi, Antonella Cicilloni**
- ASL 8- Cagliari - Annarita Pintore**

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	8
Premessa	9
Ringraziamenti	10
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	12
1.1 Introduzione.....	12
1.2 Descrizione del campione.....	13
Bibliografia capitolo 1.....	14
Capitolo 2: Il contesto familiare	15
2.1 Introduzione.....	15
2.2 La struttura familiare.....	15
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	17
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	19
2.5 Conclusioni.....	20
Bibliografia capitolo 2.....	20
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	23
3.1 Introduzione.....	23
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	23
3.3 Rapporto con gli insegnanti.....	27
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	28
3.5 Rapporto con la scuola.....	30
3.6 Conclusioni.....	32
Bibliografia capitolo 3.....	33
Capitolo 4: Sport e tempo libero	35
4.1 Introduzione.....	35
4.2 Attività fisica.....	35
4.2.1 <i>Frequenza dell'attività fisica</i>	36
4.3 Comportamenti sedentari.....	38
4.3.1 <i>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione</i>	38
4.4 Rapporti con i pari.....	40
4.5 Conclusioni.....	42
Bibliografia capitolo 4.....	43
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	44
5.1 Introduzione.....	44
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	45
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	46
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	47
5.5 Stato nutrizionale.....	48
5.6 Igiene orale.....	53
5.7 Conclusioni.....	54
Bibliografia capitolo 5.....	55
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	57
6.1 Uso di sostanze.....	57
6.1.1 <i>Il fumo</i>	57
6.1.2 <i>L'alcol</i>	59
6.1.3 <i>Cannabis</i>	61
6.2 Abitudini sessuali.....	62
6.3 Infortuni.....	63
6.4 Conclusioni.....	65
Bibliografia capitolo 6.....	66
Capitolo 7: Salute e benessere	67
7.1 Introduzione.....	67
7.2 Percezione della propria salute.....	67
7.3 La percezione del benessere.....	68

7.4 I sintomi riportati	69
7.5 Utilizzo di farmaci	73
7.6 Conclusioni.....	74
Bibliografia capitolo 7	76
Alcuni indicatori riassuntivi	77

Presentazione

Nella primavera 2009 la Regione Autonoma Sardegna è stata invitata dall'Istituto Superiore di Sanità a partecipare allo studio HBSC, che costituisce parte fondamentale del "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", che a sua volta sostiene il programma nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari".

La Regione avendo già aderito con entusiasmo al programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", ed essendo pienamente cosciente della necessità di accompagnare le azioni a sostegno di tale programma con un sistema di monitoraggio robusto, esaustivo e sostenibile nel lungo termine, ha accettato con convinzione l'invito a partecipare allo studio HBSC. L'incredibile rispondenza del 99.3% degli istituti invitati all'indagine ha chiaramente indicato che il bisogno di un sistema di monitoraggio era sentito anche dagli addetti ai lavori sul campo che, seppur tra mille difficoltà, hanno partecipato con entusiasmo all'iniziativa.

Da allora un solido network di referenti aziendali è stato costituito per lo svolgimento delle fasi operative di raccolta dati dello studio. Circa 50 operatori sono stati formati e accreditati sul territorio regionale, e più di 2600 studenti hanno compilato i questionari predisposti. La cooperazione degli uffici scolastici nel rendere agevole l'accesso alle scuole è stata eccellente ed ha permesso di tessere rapporti di collaborazione che rendono il progetto sostenibile nel tempo.

La sfida ora è per tutti quella di trasformare il dato informativo ricevuto dallo studio HBSC in uno strumento di programmazione, monitoraggio e valutazione. L'enfasi si dovrà poi spostare dall'individuazione informata delle aree di intervento all'individuazione degli interventi specifici che danno agli operatori maggiori garanzie di efficacia.

A tutti l'augurio di trovare nello studio HBSC uno strumento versatile che sopperisce al bisogno sentito dell'operatore sanitario di conoscere il territorio nel quale egli opera e programmare un sistema coordinato di interventi che rispondano alle sue esigenze.

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 Sardegna, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2009-2010:

SACRO CUORE di CAGLIARI, SCUOLA MEDIA di BURCEI, E.FERMI di SAMASSI, SCUOLA MEDIA di VALLERMOSA, SCUOLA MEDIA di SANT'ANNAARRESI, SCUOLA MEDIA di DONORI, GEN. L. MEZZACAPO di SENORBI', S.SATTA di SAN VITO, E.PUXEDDU di VILLASOR, L. DAVINCI di DECIMOMANNU, SCUOLA MEDIA di SETTIMO SAN PIETRO, PACINOTTI di CORTOGHIANA e BACU ABIS, V. ALFIERI di CAGLIARI, G. P. L. DA PALESTRINA di CAGLIARI, U.FOSCOLO di CAGLIARI, G.MAMELI e CIMA di CAGLIARI, I.NIEVO di QUARTUCCIU, G.PASCOLI di ASSEMINI, SCUOLA MEDIA di CAPOTERRA, SCUOLA MEDIA di MUSEI, SCUOLA MEDIA di USSANA, S.DOM.SAVIO di SAN GAVINO MONREALE, D.ALIGHIERI di SELARGIUS, A.GRAMSCI di SESTU, ENNIO PORRINO di UTA, N.4 di QUARTUSANT'ELENA, E.FERMI e DAVINCI di GUSPINI, A. LAMARMORA e N. CANELLES di IGLESIAS, S.SATTA e G.PASCOLI di CARBONIA, LAMARMORA e PASCOLI di MONSERRATO, R.ELENA, G.B.TUVERI e DA FELTRE di CAGLIARI, G.SPANO di CAGLIARI, G.MANNO e F. ALZIATOR di CAGLIARI, SCUOLA MEDIA di SILANUS, CLARICE ZANELLA di LODE', SCUOLA MEDIA di LULA, SCUOLA MEDIA di GALTELLI, SEN. G. MUSIO di BITTI, A. MELIS di JERZU, SCUOLA MEDIA di MEANA SARDO, FANCELLO di DORGALI, G.DELEDDA di NUORO, ANGELA MACCIONI di NUORO, SCUOLA MEDIA di SINISCOLA, ANTONIO SCORCU di TORTOLI', SCUOLA MEDIA di BONARCADO, VIA TRIESTE di MARRUBIU, E. DE AMICIS di CABRAS, ELEONORA D'ARBOREA di ORISTANO, VIA MARTIRI DEL CONGO di ORISTANO, DELOGU di GHILARZA, E. MARCIAS di TERRALBA, GRAZIA DELEDDA di PATTADA, SCUOLA MEDIA di VIDDALBA, ELEONORA D'ARBOREA di VILLANOVA MONTELEONE, P.CASU di BERCHIDDA, SCUOLA MEDIA di LOIRI PORTO SAN PAOLO, VIA VICENZA di OLBIA, ALGHERO N.1 e N.3 di ALGHERO, FRAZ. PORTOCERVO di ARZACHENA, N.1E.PAIS di OLBIA, N.2 .FARINA di SASSARI, N.3 T.TOLA di SASSARI, N.4 COSTA-DELEDDA di SASSARI, N.11 di SASSARI, GEROLAMO APPAI di SORSO, n. 1 e .2 di PORTOTORRES, N.10 e CAMPAN. E PALMADULA di SASSARI, SCUOLE MEDIE di ALGHERO 2 e FERTILIA di ALGHERO, OZIERI N.1 e 2 e CHILIVANI di OZIERI, SASSARI N. 5 e 12 BIASI-B. di SASSARI;

LICEO SCIENTIFICO EDOARDO AMALDI di CARBONIA, IST. PROF. PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE AZUNI VILLAMAR di VILLAMAR, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE SERGIO ATZENI di CAPOTERRA, LICEO CLASSICO G.M.DETTORI di CAGLIARI, LICEO CLASSICO PINTOR di CAGLIARI, LICEO CLASSICO CONVITTO NAZ. V. EMANUELE di CAGLIARI, ISTITUTO MAGISTRALE D'ARBOREA di CAGLIARI, ISTITUTO MAGISTRALE DE SANCTIS di CAGLIARI, ISTITUTO MAGISTRALE EMILIO LUSSU di SAN GAVINO MONREALE, LICEO SCIENTIFICO ALBERTI di CAGLIARI, LICEO SCIENTIFICO MICHELANGELO di CAGLIARI, LICEO SCIENTIFICO ANTONIO PACINOTTI di CAGLIARI, LICEO SCIENTIFICO G. MARCONI di SAN GAVINO MONREALE, LICEO SCIENTIFICO G.BROTZU di QUARTU SANT'ELENA, LICEO SCIENTIFICO PITAGORA di SELARGIUS, LICEO SCIENTIFICO EUCLIDE di CAGLIARI, IST. PROF. PER L'AGRICOLTURA E L'AMBIENTE CETTOLINI di VILLACIDRO, IST. PROF. PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE A. GRAMSCI di MONSERRATO, IST. PROF. INDUSTRIA E ARTIGIANATO A.MEUCCI di CAGLIARI, IST. PROF. INDUSTRIA E ARTIGIANATO FERRARIS di IGLESIAS, IST. PROF. INDUSTRIA E ARTIGIANATO di GUSPINI, LICEO ARTISTICO FOISO FOIS di CAGLIARI, ISTITUTO TECNICO AGRARIO DUCA DEGLI ABRUZZI di ELMAS, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI G. M. ANGIOJ di CARBONIA, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI LUIGI EINAUDI di SENORBI', ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE MARTINI di CAGLIARI, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI ENRICO MATTEI di DECIMOMANNU, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE PRIMO LEVI di QUARTU SANT'ELENA, ISTITUTO TECNICO PER ATTIVITA' SOCIALI G. DELEDDA di CAGLIARI, ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE SCANO di CAGLIARI, ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE MINERARIO ASPRONI di IGLESIAS, ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE M. GIUA di CAGLIARI, ISTITUTO TECNICO NAUTICO BUCCARI di CAGLIARI, ISTITUTO TECNICO PER GEOMETRI BACAREDDA di SELARGIUS, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI CARMELO FLORIS di GAVOI, LICEO SCIENTIFICO di TORTOLI', LICEO CLASSICO di BOSA, LICEO SCIENTIFICO di DORGALI, LICEO CLASSICO CRISTOFORO MAMELI di LANUSEI, LICEO CLASSICO G.ASPRONI di NUORO, ISTITUTO MAGISTRALE S. SATTA di NUORO, LICEO SCIENTIFICO E.FERMI di NUORO, IST. PROF. PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE TORTOLI' di TORTOLI', ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE CHIRONI di NUORO, IST. TEC.

COMMERCIALE E PER GEOMETRI L.OGGIANO di SINISCOLA, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE di OROSEI, LICEO SCIENTIFICO di TERRALBA, ISTITUTO MAGISTRALE STATALE B. CROCE di ORISTANO, LICEO SCIENTIFICO STATALE MARIANO IV D'ARBOREA di ORISTANO, IST. PROF. PER L'AGRICOLTURA E L'AMBIENTE STATALE D. MELONI di ORISTANO, ISTITUTO D'ARTE STATALE C. CONTINI di ORISTANO, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE SERGIO ATZENI di ORISTANO, IST. PROF. INDUSTRIA E ARTIGIANATO N. FERRACCIU di CALANGIANUS, ISTITUTO TECNICO NAUTICO M. PAGLIETTI di PORTO TORRES, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE BONO di BONO, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI OZIERI di OZIERI, LICEO CLASSICO D. A. AZUNI di SASSARI, LICEO CLASSICO G.M. DETTORI di TEMPIO PAUSANIA, LICEO CLASSICO A. GRAMSCI di OLBIA, ISTITUTO MAGISTRALE MARGHERITA DI CASTELVI' di SASSARI, LICEO SCIENTIFICO E. FERMI di ALGHERO, LICEO SCIENTIFICO G. SPANO di SASSARI, LICEO SCIENTIFICO L. MOSSA di OLBIA, LICEO SCIENTIFICO EUROPA UNITA di PORTO TORRES, IST PROF PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE V. LE PAOLO DETTORI 90 di ARZACHENA, IST. PROF. PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE SCALA DI GIOCCA di SASSARI, IST .PROF. PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE ISTITUTO GLOBALE P. F. M. MAGNON di SANTA TERESA GALLURA, ISTITUTO D'ARTE FILIPPO FIGARI di SASSARI, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI A.DEFFENU di OLBIA, IST. TEC. COMMERCIALE E PER GEOMETRI ANGELO ROTH di ALGHERO, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE AMM/VO PER IL TURISMO D. PANEDDA di OLBIA, ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE A. LAMARMORA e L. EINAUDI di SASSARI, ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE G. M. ANGIOY di SASSARI, ISTITUTO TECNICO PER GEOMETRI G.M. DEVILLA di SASSARI,

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 sardo, fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale.

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

La numerosità campionaria è stata calcolata in circa 1200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, come la nostra, 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

Di seguito sono riportate le principali caratteristiche del campione esaminato.

La Regione ha partecipato all'indagine HBSC con un campione rappresentativo di 2663 studenti. LA tabella 1.1 mostra che la partecipazione all'indagine è direttamente proporzionale all'età dei soggetti e passa dal 96.97% degli undicenni al 98.68% dei quindicenni. I tassi di rispondenza sono fra i più alti in Italia.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	66	64	96.97
Classe terza media	72	70	97.22
Classe seconda superiore	76	75	98.68
Totale	214	209	97.66

In tabella 1.2 è riportata la distribuzione per età e genere dei 2663 ragazzi che hanno partecipato all'indagine. Complessivamente, i maschi sono risultati essere 1293 (48.55%), con una frequenza inversamente proporzionale all'età degli intervistati.

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	37,28 (482)	33,72 (462)	35,45 (944)
13 anni	35,73 (462)	34,16 (468)	34,92 (930)
15 anni	26,99 (349)	32,12 (440)	29,63 (789)
Totale	100 (1293)	100 (1370)	100 (2663)

La tabella 1.3 illustra la composizione del campione secondo il paese di nascita dei rispondenti, e conferma che, sebbene essere nati in un paese diverso dall'Italia sia una realtà ancora poco diffusa nella nostra regione, essa va aumentando rapidamente negli anni, con una percentuale che passa dall'1.02% della popolazione dei 15 enni al 2.82% nella popolazione degli 11enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	97.18 (897)	97.93 (901)	98.98 (779)
Nato all'estero	2.82 (26)	2.07 (19)	1.02 (8)
Totale	100 (923)	100 (920)	100 (787)

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 e conferma che in Sardegna la realtà di vita più diffusa è quella della famiglia classica, con 73.46% dei ragazzi che vivono in una famiglia bigenitoriale senza altri adulti. Con percentuali molto simili fra loro si presentano poi le situazioni in cui i ragazzi vivono con entrambi i genitori più uno o due nonni (11.16% dei casi) o solo con la madre (10.25% dei casi).

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	73.46 (1863)
Madre e padre, più uno o due nonni	11.16 (283)
Solo madre (con o senza nonni)	10.25 (260)
Solo padre (con o senza nonni)	1.54 (39)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.17 (55)
Solo nonni (uno o due)	0.39 (10)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.03 (26)
Totale	100 (2536)

Altro dato interessante è quello relativo all'alta percentuale di figli unici presente nella nostra regione (20.62%) che risulta essere quasi il doppio della media rilevata al sud Italia (11.88%), e decisamente più simile ai valori rilevati nel centro e nord Italia (22.57% e 22.04% rispettivamente) (HBSC, 2006).

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	20.62 (378)
1 fratello o sorella	45.72 (838)
2 o più fratelli o sorelle	33.66 (617)
Totale	100 (1833)

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

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

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

Nelle tabelle 2.3. e 2.4. si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare con il padre e con la madre di questioni che li preoccupano. Nella prima tabella, dove troviamo i dati relativi alla facilità di comunicazione con il padre, notiamo che le percentuali di ragazzi che definiscono “facile” questo dialogo subisce un picco nei 13 enni (38.25%) rispetto agli 11 enni (36.05) e ai 15 enni (31,36%).

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	33.37 (299)	19.84 (179)	11.18 (87)
Facile	36.05 (323)	38.25 (345)	31.36 (244)
Difficile	19.64 (176)	24.39 (220)	33.42 (260)
Molto difficile	8.15 (73)	12.97 (117)	20.44 (159)
Non ho questa persona	2.79 (25)	4.55 (41)	3.60 (28)
Totale	100 (896)	100 (902)	100 (778)

Per quanto riguarda la comunicazione con la madre, invece, la facilità di comunicazione è direttamente proporzionale all'età (29.65% per gli 11 enni, 39.53% per i 13 enni e 43.87% per i 15 enni).

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	55.24 (490)	39.75 (355)	25.94 (201)
Facile	29.65 (263)	39.53 (353)	43.87 (340)
Difficile	10.82 (96)	16.13 (144)	19.74 (153)
Molto difficile	3.38 (30)	3.58 (32)	8.39 (65)
Non ho questa persona	0.90 (8)	1.01 (9)	2.06 (16)
Totale	100 (887)	100 (893)	100 (775)

In fine, è da notare che per i 15 anni la forbice delle percentuali di ragazzi che trovano facile parlare con il padre (31.36%) e di quelli che trovano facile parlare con la madre (43.87%) è particolarmente ampia, il che conferma la crescente importanza del ruolo di queste ultime nell'agevolare il benessere psicologico dei loro figli proprio mentre questi crescono.

2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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

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

Lo status economico delle famiglie dei ragazzi intervistati, è risultato essere medio-alto (83% del campione).

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	16.65 (431)
Medio	43.38 (1123)
Alto	39.98 (1035)
Totale	100 (2589)

Lo status sociale, invece, così come rilevato dal titolo di studio dei genitori, è risultato essere basso per i padri, con la maggior frequenza nella categoria della licenza elementare o media (45,7%), e medio per le madri con la maggior frequenza nella categoria (44,44%).

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	5.71 (33)	5.50 (39)	5.91 (42)	3.14 (19)	3.67 (27)	4.86 (35)
Licenza media	37.89 (219)	40.20 (285)	41.91 (298)	32.51 (197)	38.10 (280)	33.75 (243)
Istituto professionale	10.21 (59)	13.82 (98)	13.64 (97)	10.23 (62)	11.02 (81)	10.97 (79)
Maturità	25.26 (146)	28.21 (200)	26.16 (186)	31.52 (191)	32.79 (241)	36.81 (265)
Laurea	20.93 (121)	12.27 (87)	12.38 (88)	22.61 (137)	14.42 (106)	13.61 (98)
Totale	100 (578)	100 (709)	100 (711)	100 (606)	100 (735)	100 (720)

2.5 Conclusioni

Nel complesso, i ragazzi della nostra regione hanno un background socio economico medio, che può, nel complesso fornire un supporto alla promozione della loro salute.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.

- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- 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
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.

- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
-

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Cortile/aree esterne % (N)	Edificio % (N)	Aule e Palestra spazi % (N)	Biblioteca, libreria % (N)	Computer e software % (N)	Risorse audiovisive % (N)	Attrezzature speciali per disabili % (N)	Laboratori specifici % (N)	
Adeguito	55.40 (77)	68.61 (94)	73.38 (102)	64.75 (90)	68.84 (95)	78.42 (109)	82.01 (114)	53.38 (71)	60.74 (82)
Non adeguato	44.60 (62)	31.39 (43)	26.62 (37)	28.06 (39)	31.16 (43)	21.58 (30)	17.99 (25)	37.59 (50)	35.56 (48)
Risorsa non presente	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	7.19 (10)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	9.02 (12)	3.70 (5)
Totale	100 (139)	100 (137)	100 (139)	100 (139)	100 (138)	100 (139)	100 (139)	100 (133)	100 (135)

Tra i risultati relativi alle risorse strutturali della scuola, si evidenzia che solo il 64.75% dei dirigenti scolastici reputa la palestra presente nel plesso “adeguata” alle esigenze della scuola e il 7,19% degli stessi ne dichiara l’assenza totale. Anche “cortile e le aree esterne”, fondamentali per garantire ai ragazzi uno stacco dagli ambienti delle lezioni, sono giudicati inadeguati da più della metà dei dirigenti scolastici intervistati.

L’inadeguatezza delle strutture sportive a disposizione dei ragazzi, comunque, non impedisce al 93.62% delle scuole del campione di riuscire a garantire le 2 ore di attività motoria settimanali previste dal curriculum a tutte le classi della scuola, come indicato dalla seguente tabella. Questa percentuale, tra l’altro, è molto più alta di quella rilevata nelle classi terze delle scuole primarie (69,5%) con l’indagine OKKio alla Salute 2010*

Tabella 3.2: Classi che riescono a fare le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum.

	Classi % (N)
Tutte	93.62 (132)
Quasi tutte	2.13 (3)
Circa la metà	2.84 (4)
Poche	1.42 (2)
Totale	100 (141)

La promozione dell’attività fisica dei ragazzi nelle scuole passa anche attraverso gli interventi di promozione alla salute intrapresi spontaneamente dalle direzioni scolastiche, che in questa area sembrano concentrare la loro attività abitualmente, come indicato dalla tabella.

Tabella 3.3: Misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e acquisizione di competenze in aree significative per il benessere.

	Nutrizione e alimentazione % (N)	Attività fisica e sport % (N)	Violenza e bullismo % (N)	Abuso di sostanze % (N)
Si abitualmente	41.18 (56)	70.07 (96)	45.59 (62)	26.32 (35)
Si di tanto in tanto	52.21 (71)	29.20 (40)	49.26 (67)	63.91 (85)
No	6.62 (9)	0.73 (1)	5.15 (7)	9.77 (13)
Totale	100 (136)	100 (137)	100 (136)	100 (133)

Dalla tabella 3.3 si evince che la promozione dell'attività fisica è la misura di promozione più comune nelle scuole (nel 70.07% del campione), mentre alla promozione della sana alimentazione si dedicano abitualmente solo il 41,18% delle scuole intervistate. Questa tendenza a favorire l'attività fisica rispetto alla nutrizione è invertita rispetto alla tendenza registrata nelle scuole primarie, dove il 39,1% delle scuole intervistate partecipa a iniziative extra curricolari a favore dell'attività motoria e 63,1% a favore della sana alimentazione (dati OKkio alla Salute 2010*). Il tipo d'intervento abitualmente più proposto dopo la promozione dell'attività fisica è la lotta alla violenza e al bullismo (45.59%), mentre alla lotta all'abuso di sostanze stupefacenti si dedica abitualmente il 26.32% delle scuole intervistate. Questa percentuale è molto bassa, specialmente se si considera che è proprio lo "spaccio e il consumo di sostanze" nell'area circostante la scuola che è più spesso citato come un "problema rilevante" dai dirigenti scolastici intervistati (17,78%).

Tabella 3.4: Percezione in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola.

	Tensioni razziali/etniche % (N)	Immondizie per strada % (N)	Spaccio/consumo di sostanze % (N)	Violenze/ vandalismo % (N)	Traffico eccessivo % (N)	Edifici dismessi % (N)	Criminalità % (N)
Problema rilevante	0.00 (0)	9.70 (13)	17.78 (24)	9.02 (12)	14.07 (19)	1.49 (2)	5.22 (7)
Problema moderato/lieve	17.91 (24)	59.70 (80)	61.48 (83)	59.40 (79)	53.33 (72)	43.28 (58)	61.19 (82)
Problema non presente	82.09 (110)	30.60 (41)	14.81 (20)	27.07 (36)	31.85 (43)	50.75 (68)	21.64 (29)
Non so	0.00 (0)	0.00 (0)	5.93 (8)	4.51 (6)	0.74 (1)	4.48 (6)	11.94 (16)
Totale	100 0.00	100 9.70	100 17.78	100 9.02	100 14.07	100 1.49	100 5.22

Per quanto attiene alla distribuzione di alimenti all'interno della scuola, è da notare che quasi una scuola su due hanno in dotazione distributori automatici (45,31% delle scuole campione), ma solo 2,31% di queste offre distribuzione di alimenti sani come latte, frutta e yogurt. Il margine di intervento in questo ambito è sicuramente molto ampio.

Tabella 3.5: 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	29.20 (40)	2.31 (3)	45.31 (58)
No	70.80 (97)	97.69 (127)	54.69 (70)
Totale	100 (137)	100 (130)	100 (128)

Per quanto riguarda i partners delle iniziative scolastiche attinenti alla sana alimentazione, il 17.93% delle scuole campione dichiarano di lavorare con partners interni al settore scolastico, quali la direzione scolastica stessa e gli insegnanti, seguiti dalle istituzioni provinciali, le associazioni di agricoltori e allevatori e le associazioni di volontariato (vedi tabella sotto). Il dato più interessante emergente, però, è che quasi il 50% degli intervistati ha risposto "altro", il che significa che c'è uno o più partners preferiti dalle scuole che non sono stati identificati da questa indagine, e che sarebbe opportuno identificare per capire quali siano gli interessi circostanti le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari. E' probabile, tuttavia, che una grossa fetta delle "altre" collaborazioni avvenga con le ASL, che nel questionario dirigenti non costituiva categoria a se.

Tabella 3.6: 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	4.96 (7)	7.09 (10)	7.80 (11)	7.09 (10)	17.73 (25)	49.65 (70)
No	95.04 (134)	92.91 (131)	92.20 (130)	92.91 (131)	82.27 (116)	50.35 (71)
Totale	100 (141)	100 (141)	100 (141)	100 (141)	100 (141)	100 (141)

Per quanto riguarda il coinvolgimento degli studenti all'organizzazione della scuola, la tabella 3.7 mostra che più frequentemente i ragazzi sono chiamati a partecipare allo sviluppo di politiche e regole scolastiche (82.14% delle scuole campione), a seguire poi l'insegnamento di classe, lo sviluppo delle misure di promozione alla salute, la pianificazione e organizzazione di eventi scolastici e l'organizzazione del contesto fisico.

Tabella 3.7: Frequenza del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola.

	Sviluppo politiche e regole %	Organizzazione contesto fisico %	Sviluppo misure di promozione alla salute %	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici %	Insegnamento in classe %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Frequentemente	82.14 (115)	36.64 (48)	49.64 (68)	47.06 (64)	53.68 (73)
Raramente	15.71 (22)	54.20 (71)	46.72 (64)	44.12 (60)	43.38 (59)
Mai	2.14 (3)	9.16 (12)	3.65 (5)	8.82 (12)	2.94 (4)
Totale	100 (140)	100 (131)	100 (137)	100 (136)	100 (136)

Nel complesso, dunque, il coinvolgimento dei ragazzi pare essere una pratica abbastanza comune nelle scuole campione di questa indagine. Questo dato è estremamente incoraggiante perché proprio la partecipazione attiva dei ragazzi allo sviluppo di politiche e regole è uno dei sei elementi fondanti di una scuola promotrice della salute^{**}, ^{***}.

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).

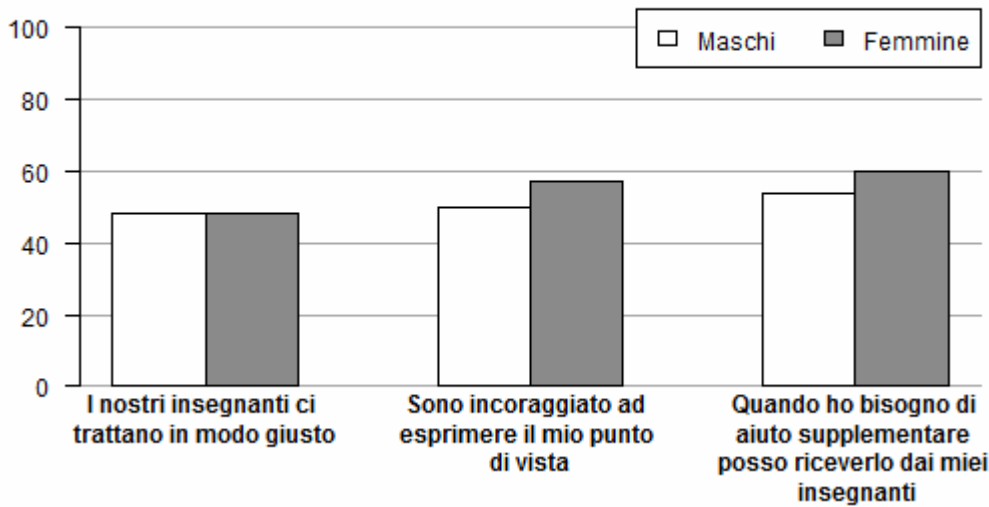
Altri studi hanno messo in luce l'influenza esercitata dalla qualità del rapporto con gli insegnanti su esiti di salute per i ragazzi, quale il mal di testa (Santinello et al. 2009).

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:

1. "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto",
2. "Nella mia classe sono incoraggiato a esprimere il mio punto di vista" e
3. "Quando ho bisogno di un aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti".

Una sintesi delle risposte dei ragazzi a queste 3 domande sono riportate nella seguente figura:

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



Circa una ragazzo su due ritiene di essere trattato in modo giusto dai propri insegnanti, e questo è in ugual misura sia per i maschi che per le femmine. Per quanto riguarda l’incoraggiamento ad “esprimere il mio punto di vista” e il ricevere aiuto supplementare “dai miei insegnanti”, invece, le femmine hanno percezioni leggermente più positive dei maschi (57% delle femmine vs 50% dei maschi è d’accordo con la seconda affermazione; 60% delle femmine vs 54% dei maschi è d’accordo con la terza affermazione). Complessivamente, dunque, anche se le differenze fra generi sono minime, esse giocano a svantaggio delle femmine.

3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto 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 figure 3.2 e 3.3 sono state riportate le risposte relative a queste due affermazioni.

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

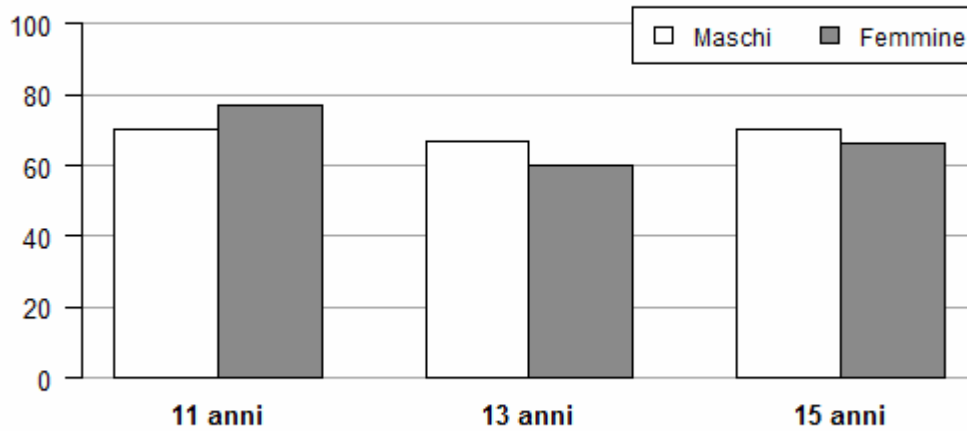
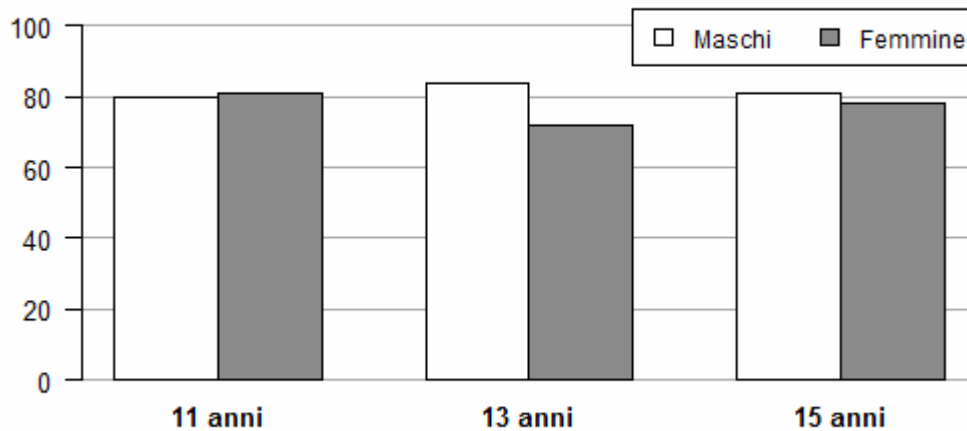


Figura 3.3 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: “I miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere.



Le due figure sopra mostrano che circa 2 ragazzi su 3 sono d'accordo con le affermazioni “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile” e 4 ragazzi su 5 condividono l'affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”. Per entrambe le domande le differenze di genere o di età sono piccole.

In questo studio, inoltre, 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 anche chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno”) negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle 3.7 e 3.8 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

La prima di queste tabelle mostra che circa 9 ragazzi su 10 riportano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi, con percentuali simili, e crescenti, nelle tre classi di età (85.15% negli

11enni, 86.78% nei 13enni e 92.81% nei 15enni). Queste percentuali sono superiori a quelle rilevate sul campione nazionale HBSC nel 2006** (70.10% fra gli 11enni 77.80% fra i 13enni e 85.20% fra i 15enni).

Tabella 3.8: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	85.15 (791)	86.78 (801)	92.81 (723)
1-2 volte negli ultimi due mesi	9.90 (92)	9.21 (85)	4.88 (38)
2-3 volte nell'ultimo mese	1.83 (17)	1.19 (11)	1.16 (9)
1v/sett	0.86 (8)	0.98 (9)	0.39 (3)
>1volta/sett	2.26 (21)	1.84 (17)	0.77 (6)
Totale	100 (929)	100 (923)	100 (779)

La tabella sotto mostra lo stesso trend anche per le “zuffe negli ultimi 12 mesi”, con percentuali maggiori di ragazzi che dichiarano di non essersi mai azzuffati fra i 15enni (74.68%) rispetto ai 13enni (66.16%) e agli 11enni (63.38%).

Tabella 3.9: “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	63.38 (592)	66.16 (612)	74.68 (587)
Una volta	15.20 (142)	17.30 (160)	13.74 (108)
2 volte	8.24 (77)	7.14 (66)	5.22 (41)
3 volte	2.78 (26)	4.11 (38)	1.65 (13)
4 volte o più	10.39 (97)	5.30 (49)	4.71 (37)
Totale	100 (934)	100 (925)	100 (786)

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.

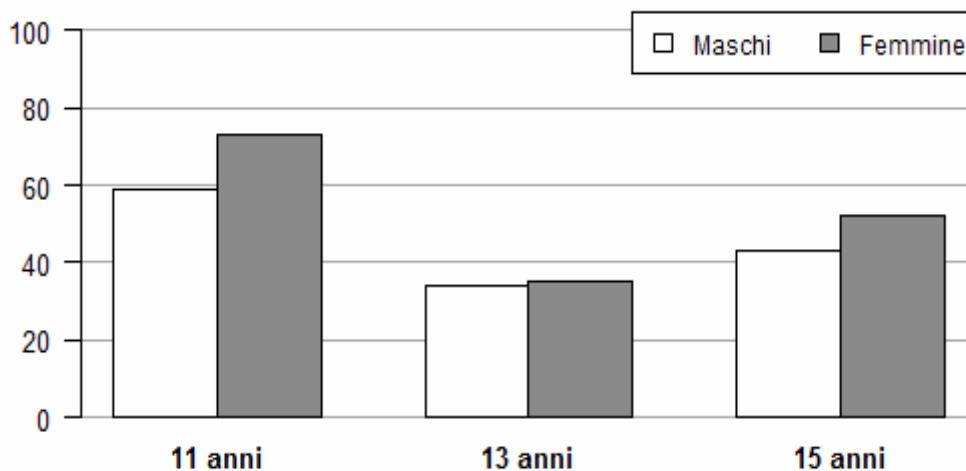
Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e gruppeale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità 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 ed accettante (Vieno, 2005).

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità della risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.10 e figura 3.4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

Tabella 3.10: "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	26.47 (248)	3.88 (36)	8.43 (66)
Abbastanza	39.49 (370)	30.71 (285)	39.72 (311)
Non tanto	20.17 (189)	44.72 (415)	40.36 (316)
Non mi piace per nulla	13.87 (130)	20.69 (192)	11.49 (90)
Totale	100 (937)	100 (928)	100 (783)

Figura 3.4 – Percentuale di coloro a cui piace "molto" e "abbastanza" la scuola, per età e genere



E' evidente che ci sia un calo di gradimento di quasi il 50% fra i ragazzi nel passaggio dagli 11 anni ai 13 anni (rispettivamente il 66% e il 35% gradisce "molto" o "abbastanza" la scuola). Vi è, comunque, una ripresa dell'indice di gradimento fra i 15 enni (48% degli intervistati). Da notare anche la costante del minore gradimento della scuola fra i maschi, rispetto alle femmine, in tutte e tre le fasce di età. Per un confronto con la media di gradimento nazionale, infine, i dati HBSC 2006 mostrano un maggiore gradimento della scuola fra i ragazzi del campione nazionale rispetto a quello sardo (gradisce "molto" o "abbastanza" la scuola il 68,90% degli 11 enni, 50,90% dei 13 enni, 58,3% dei 15 enni)

3.6 Conclusioni

I dati del presente capitolo forniscono una fotografia dell'ambiente scolastico nella nostra regione mai avuta prima d'ora. Da questa istantanea, che evidenzia mancanze e risorse del mondo scolastico, emerge chiaramente grande attenzione e fermento verso le attività di promozione della salute dei giovani.

Il primo dato da rilevare è che, nonostante le palestre in dotazione alle scuole siano considerate "inadeguate" dai dirigenti scolastici, circa il 94% degli stessi dichiara di riuscire a garantire agli studenti le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum (vedi tabella 3.2). L'importanza attribuita all'attività fisica dai dirigenti emerge anche dal dato che pone la "promozione dell'attività fisica" come la misura di promozione della salute più comunemente adottata dalla scuola.

Purtroppo però, questo focus sulla promozione dell'attività fisica va a discapito di altre aree di promozione, che proprio dai dirigenti sono state identificate come bisognose di intervento. Lo spaccio e l'abuso di sostanze nell'area circostante la scuola, ad esempio, è percepito dai dirigenti come la problematica più rilevante (vedi tabella 3.4); nonostante ciò, la lotta all'abuso di sostanze è la misura di promozione della salute meno adottata regolarmente (vedi tabella 3.3). Questo indica un bisogno che rimane insoddisfatto all'interno della scuola, e le ragioni di tale insoddisfazione vanno indagate al fine di proporre interventi idonei a colmare questa lacuna.

Per quanto riguarda le sinergie favorevoli le misure di promozione della salute, si deve rilevare che la scuola lavora ancora troppo in solitudine rispetto ad operatori quali le autorità territoriali e le associazioni di agricoltori e allevatori, prediligendo invece la collaborazione con partners non meglio identificati da questa indagine (circa il 50% delle iniziative vengono prese dai dirigenti scolastici in collaborazione con "altri", vedi tabella 3.6). Questa categoria "altri" va meglio investigata anche per capire l'effettivo coinvolgimento dei servizi sanitari nell'offerta degli interventi di promozione della salute.

In relazione agli altri fattori dell'ambiente scolastico, il dato che emerge più chiaramente da questa indagine è che l'indice di gradimento della scuola espresso dai ragazzi cala vertiginosamente nel passaggio dagli 11 ai 13 anni, ed è quasi sempre inferiore per i maschi rispetto alle femmine in tutte le fasce d'età (vedi tabella 3.10 e figura 3.4).

Bibliografia capitolo 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Trends 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
-

- * Donatella Campus, Serena Meloni, Rita Masala, M. Letizia Senis (Ed.). OKkio alla SALUTE Risultati dell'indagine 2010. Regione Sardegna. Cagliari: Regione Autonoma Sardegna; 2011. (<https://www.okkioallasalute.it/?q=node/45>)
- ** International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2009) Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools. http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf (ultimo accesso 11 aprile 2011)
- *** Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC. http://www.hbsc.unito.it/hbsc/files/stilidivita1_file%20stampa.pdf (ultimo accesso 14 aprile 2011)

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

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

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

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

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

4.2 Attività fisica

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

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

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

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

4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

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

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno". Le frequenze percentuali delle possibili risposte a questa domanda sono riportate in tabella 4.1.

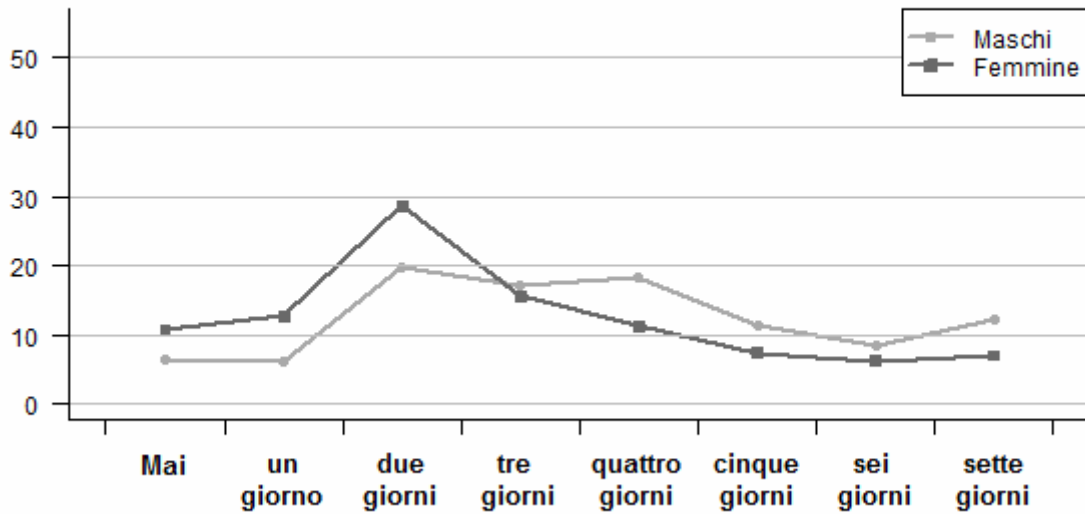
Tabella 4.1: "Nell'ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	6.12 (56)	7.08 (65)	13.54 (106)
un giorno	7.32 (67)	7.95 (73)	14.05 (110)
due giorni	26.45 (242)	25.82 (237)	20.05 (157)
tre giorni	14.97 (137)	18.08 (166)	16.22 (127)
quattro giorni	16.50 (151)	15.03 (138)	12.52 (98)
cinque giorni	9.07 (83)	9.80 (90)	9.07 (71)
sei giorni	6.78 (62)	8.06 (74)	7.02 (55)
sette giorni	12.79 (117)	8.17 (75)	7.54 (59)
Totale	100 (915)	100 (918)	100 (783)

La percentuale di intervistati che non pratica alcuna attività fisica è del 6,12% fra gli undicenni, aumenta lievemente fra i 13 enni (7,08%) ed è addirittura doppia fra i 15 enni (13,54%). Le percentuali di coloro che raggiungono le raccomandazioni di almeno 1 ora di attività fisica al giorno, invece, diminuiscono con l'aumentare dell'età, passando dal 12,79% degli 11 enni al 7,54% dei 15enni. La maggior frequenza percentuale si ha fra coloro che praticano attività fisica per almeno 60 minuti due volte la settimana. Considerato che nel rispondere a questa domanda i ragazzi potevano conteggiare anche l'attività fisica svolta durante l'orario scolastico, è probabile che siano state proprio queste ore a contribuire alla distribuzione di frequenza delle risposte a questa domanda.

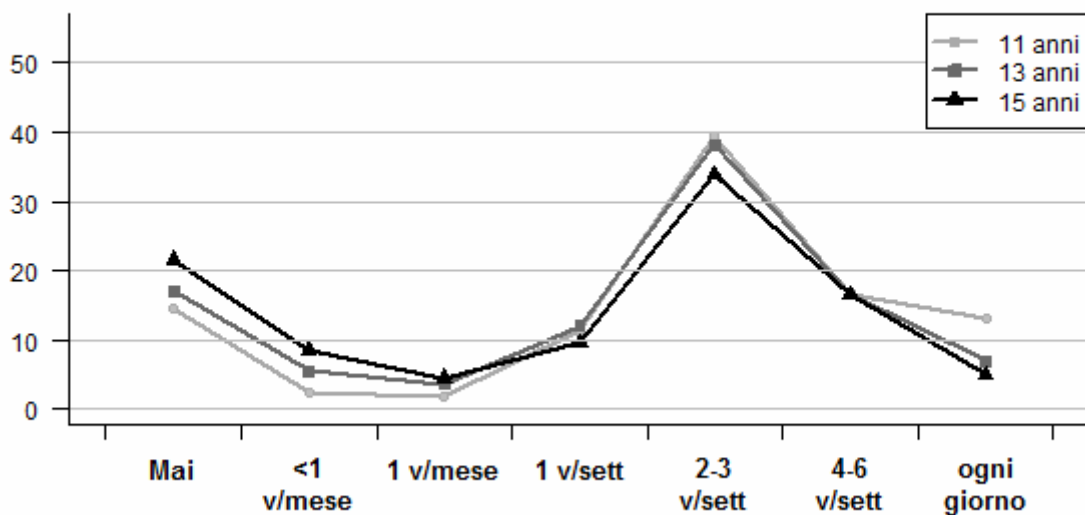
La seguente figura mostra la distribuzione della frequenza dell'attività fisica per genere, e pone in evidenza che le ragazze sono meno attive dei ragazzi.

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.

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



La figura 4.2 mostra andamenti simili in tutte e tre le fasce d'età, con picchi di attività fisica intensa extra scolastica esercitata 2-3 volte la settimana, ma solo da circa 1 ragazzo su 3.

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 videogames (Sonneville, 2009).

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

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

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

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

Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet). La tabella di seguito riportata rivela che circa il 63% dei ragazzi nella nostra regione rimane entro queste raccomandazioni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6.02 (56)	4.11 (38)	3.69 (29)
Mezz'ora	17.29 (161)	9.51 (88)	11.20 (88)
1 ora	26.10 (243)	18.81 (174)	20.36 (160)
2 ore	20.52 (191)	25.51 (236)	25.19 (198)
3 ore	11.17 (104)	18.70 (173)	19.21 (151)
4 ore	7.84 (73)	10.92 (101)	11.58 (91)
5 ore	4.08 (38)	4.97 (46)	4.45 (35)
6 ore	2.47 (23)	4.11 (38)	2.04 (16)
>= 7 ore	4.51 (42)	3.35 (31)	2.29 (18)
Totale	100.00 (931)	100.00 (925)	100.00 (786)

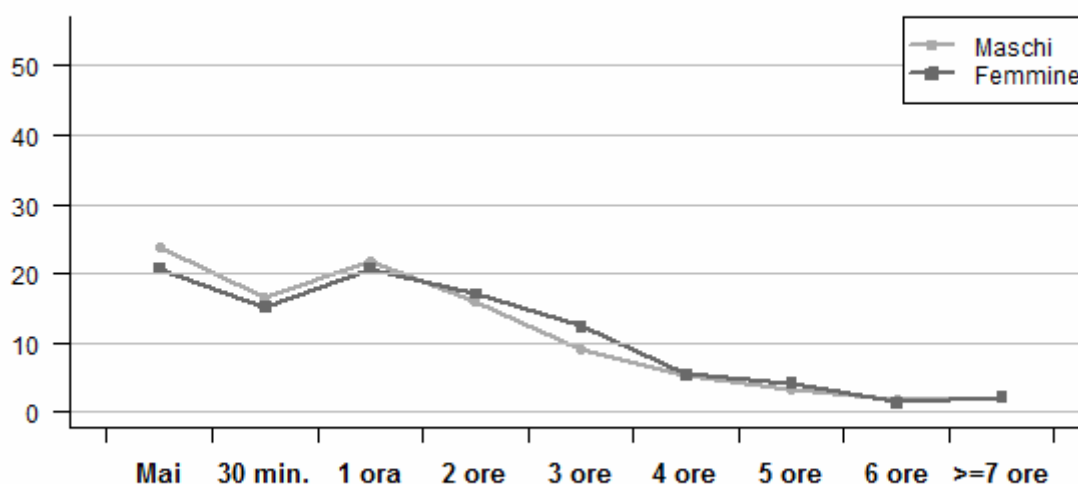
Per quanto riguarda il tempo trascorso a giocare al computer o alla playstation, invece, le percentuali di ragazzi che rimangono entro i limiti raccomandati delle 2 ore subiscono variazioni minori nelle 3 fasce d'età (85% negli 11enni, 80% nei 13enni e 79% nei 15enni).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	20.94 (196)	21.43 (198)	31.68 (249)
Mezz'ora	25.32 (237)	15.37 (142)	13.99 (110)
1 ora	23.72 (222)	25.76 (238)	18.96 (149)
2 ore	14.53 (136)	17.32 (160)	14.38 (113)
3 ore	6.41 (60)	10.39 (96)	10.69 (84)
4 ore	3.31 (31)	4.98 (46)	4.07 (32)
5 ore	1.71 (16)	1.95 (18)	3.31 (26)
6 ore	1.07 (10)	1.19 (11)	1.27 (10)
>= 7 ore	2.99 (28)	1.62 (15)	1.65 (13)
Totale	100 (936)	100 (924)	100 (786)

Nella figura 4.7, invece, vediamo il tempo trascorso dai ragazzi al computer per consultare internet, chattare o fare i compiti, per genere. Da qui si nota che il trend di comportamento fra i due generi è praticamente identico.

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



4.4 Rapporti con i pari

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

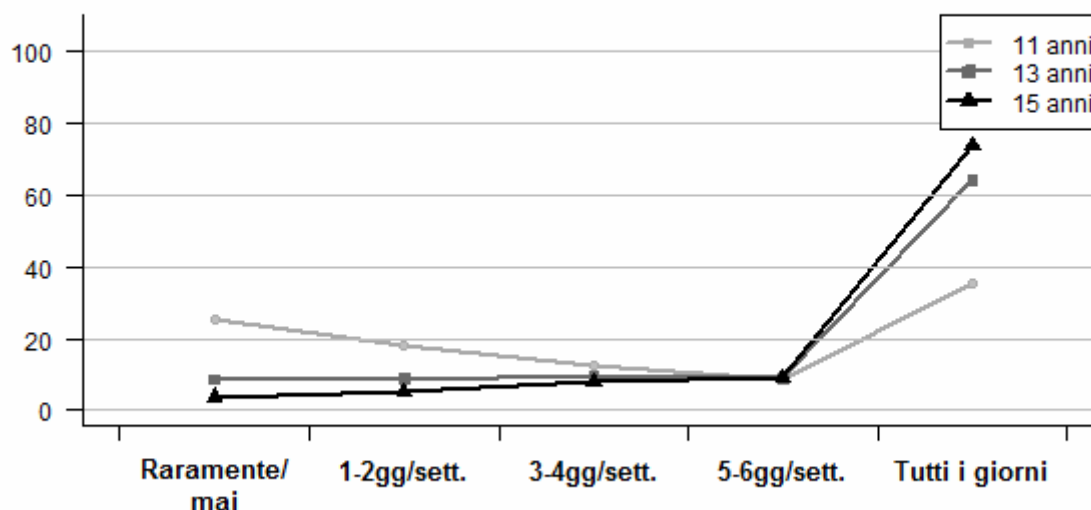
L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	25.46 (237)	8.56 (79)	3.83 (30)
1-2gg/sett.	17.83 (166)	8.67 (80)	5.10 (40)
3-4gg/sett.	12.46 (116)	9.64 (89)	8.04 (63)
5-6gg/sett	8.70 (81)	9.10 (84)	9.31 (73)
Tutti i giorni	35.55 (331)	64.03 (591)	73.72 (578)
Totale	100 (931)	100 (923)	100 (784)

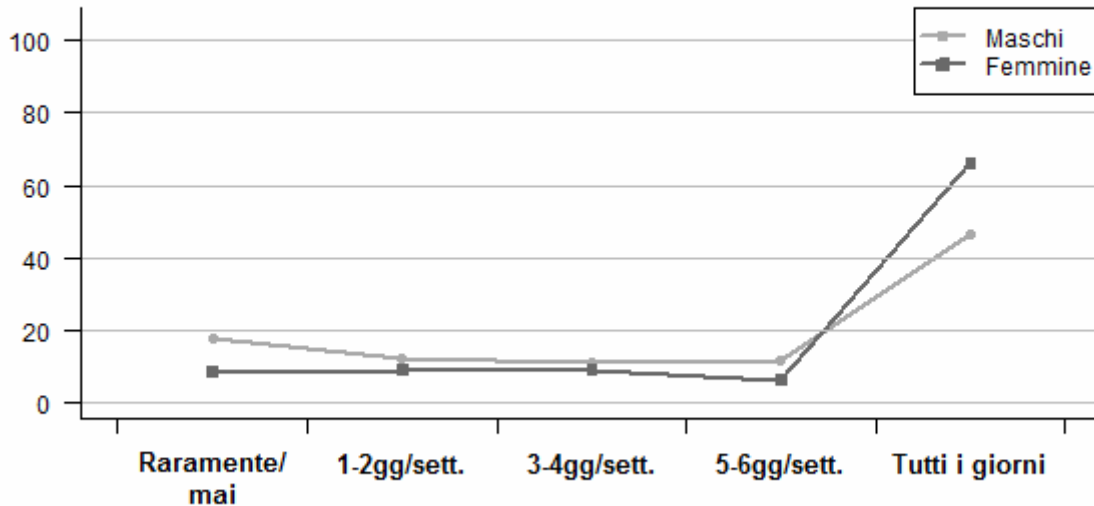
L'utilizzo di SMS o Internet segue un chiaro trend crescente legato all'età, con le percentuali di ragazzi che dichiarano di usare queste tecnologie “tutti i giorni” che passano dal 35,5% degli 11enni al 64% dei 13 enni al 73,7% dei 15 enni.

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



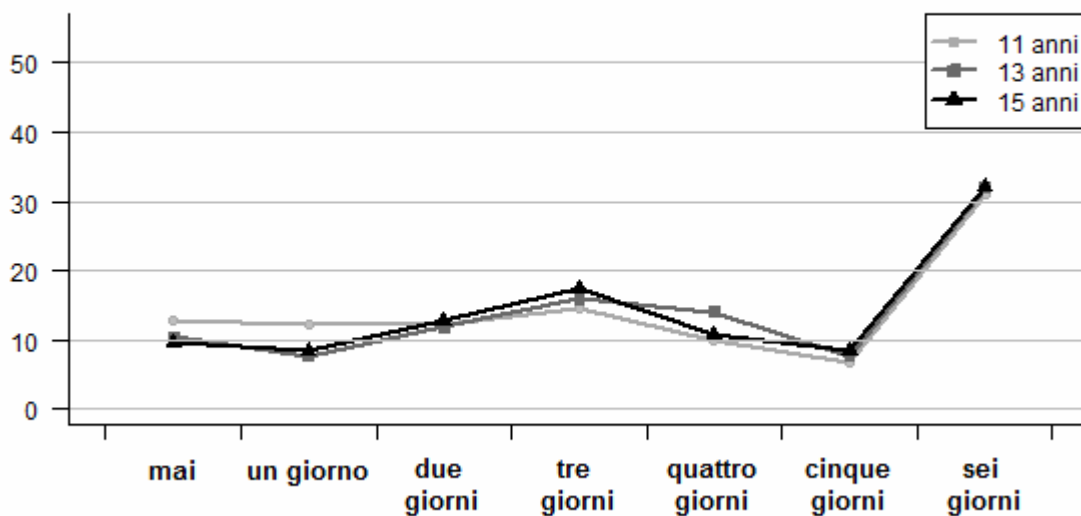
La figura sotto mostra anche delle differenze di genere, con le femmine che superano i maschi nell'utilizzo di queste tecnologie di comunicazione "tutti i giorni".

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



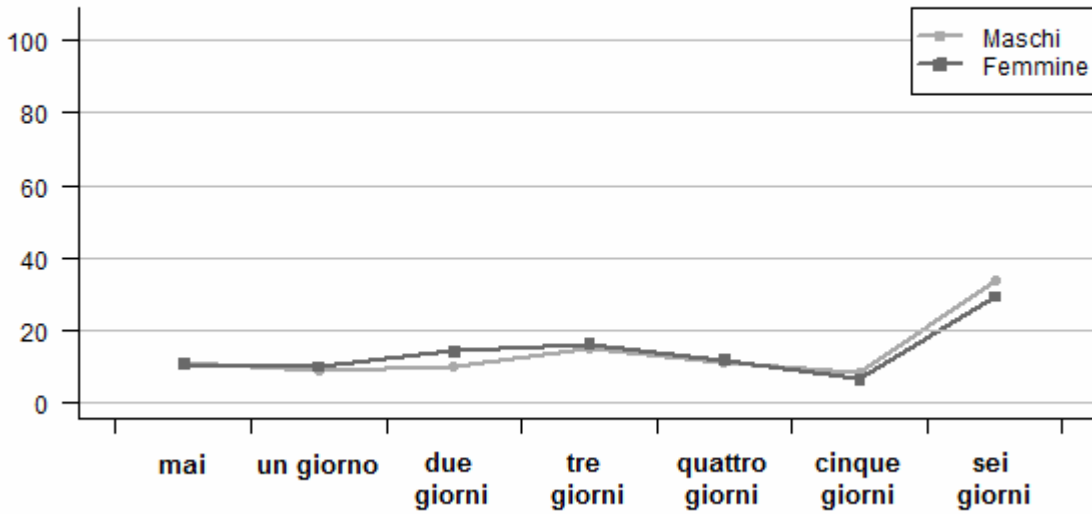
Altra forma di comunicazione sociale rimane, chiaramente, l'incontro fisico con i pari e la frequentazione dopo scuola. La figura sotto rivela che la maggior parte dei ragazzi incontra gli amici dopo la scuola 6 giorni la settimana, e che il trend è simile in tutte le fasce d'età.

Figura 4.9– Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per età



I dati sulla frequentazione dopo scuola per genere (figura sotto) mostra che non ci sono grandi differenze fra maschi e delle femmine.

Figura 4.10– Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere



4.5 Conclusioni

Questo capitolo ha descritto il nostro campione nei suoi comportamenti sedentari ed nei rapporti sociali con i pari.

Il primo dato da rilevare è un basso livello di attività fisica, con solo 1 ragazzo su 5 che raggiunge 1 ora di attività fisica al giorno, come raccomandato in letteratura.

Per quanto riguarda il rapporto con i pari, è da notare una maggior attività sociale nelle femmine rispetto ai maschi, limitatamente all'uso delle nuove tecnologie di comunicazione quali il telefono, incluso l'invio di SMS, e l'uso di Internet. Non vi sono differenze di genere degne di nota, invece, per quanto riguarda le uscite dopo scuola con gli amici. Per quanto attiene alle differenze nelle tre fasce d'età, invece, è da notare un uso crescente delle tecnologie di comunicazione dagli 11 ai 15 anni.

Nel complesso, dunque, è da rilevare che i maschi, quando paragonati alle femmine, comunicano meno con i loro pari utilizzando le nuove tecnologie. Se questo corrisponda ad una loro reale esigenza o ad una maggiore difficoltà di comunicazione, non è dato di sapere con i dati di questa indagine, ma sarebbe opportuno indagare ulteriormente.

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 soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008). http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html
-

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

5.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola e nel fine settimana. I dati nella tabella sotto indicano che la frequenza della prima colazione come abitudine quotidiana diminuisce con crescere dell'età (dal 72% degli 11enni al 54% dei 15enni dichiarano di fare colazione nei 5 giorni di scuola). Il trend, tra l'altro, è in linea con i dati relativi alla fascia d'età della scuola primaria, che con OKkio alla Salute 2010* ha rivelato che il 90% dei bambini di 8-9 anni fa colazione durante la settimana scolastica.

Occorre notare, inoltre, che della percentuale di ragazzi che dichiarano di fare la prima colazione, non è detto che tutti la facciano adeguata alle loro esigenze. OKkio alla Salute 2010*, ad esempio, indica che sebbene il 90% di bambini faccia la prima colazione, solo il 53% la fa "adeguata" (cioè che comprende carboidrati e proteine). Lo stesso dato non è stato rilevato in questo studio.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	14.84 (133)	24.95 (227)	30.13 (235)
Un giorno	3.91 (35)	3.41 (31)	2.95 (23)
Due giorni	2.34 (21)	2.64 (24)	2.95 (23)
Tre giorni	4.46 (40)	5.60 (51)	5.51 (43)
Quattro giorni	2.23 (20)	3.19 (29)	3.97 (31)
Cinque giorni	72.21 (647)	60.22 (548)	54.49 (425)
Totale	100 (896)	100 (910)	100 (780)

Per quanto riguarda le merende fra pasti, il trend per età non è ben chiaro. La frequenza della merenda a metà mattina cresce leggermente col crescere dell'età, mentre quella del pomeriggio segue il trend contrario.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	4.91 (45)	6.02 (56)	8.76 (69)
Solo a metà mattina	13.54 (124)	16.02 (149)	19.54 (154)
Solo nel pomeriggio	20.20 (185)	14.52 (135)	14.21 (112)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	61.35 (562)	63.44 (590)	57.49 (453)
Totale	100 (916)	100 (930)	100 (788)

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

Dalla tabella 5.3. possiamo calcolare che la percentuale di ragazzi che mangia frutta almeno una volta al giorno è inversamente proporzionale alla loro età (48,5% degli 11 enni, 42,8% dei 13 enni e 40,2% dei 15 enni). I dati del campione nazionale HBSC 2010 (dati in corso di stampa) sono simili e hanno un andamento identico nelle tre fasce d'età (45,5% negli 11 enni, 41% nei 13 enni e 38% nei 15 enni). Per quanto riguarda il confronto con i bambini della scuola primaria, il consumo qui aumenta notevolmente (70,6% dei bambini partecipanti a OKkio alla Salute 2010* mangiano frutta quotidianamente).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6.77 (63)	5.72 (53)	5.60 (44)
Meno di una volta a settimana	5.81 (54)	7.88 (73)	9.03 (71)
Una volta a settimana	9.46 (88)	7.88 (73)	11.45 (90)
2-4 volte a settimana	18.49 (172)	24.19 (224)	23.03 (181)
5-6 volte a settimana	10.97 (102)	11.45 (106)	10.69 (84)
Una volta al giorno tutti i giorni	23.23 (216)	22.57 (209)	17.43 (137)
Più di una volta al giorno	25.27 (235)	20.30 (188)	22.77 (179)
Totale	100 (930)	100 (926)	100 (786)

Le differenze di genere per quanto riguarda il consumo di frutta sono minime (dati non riportati).

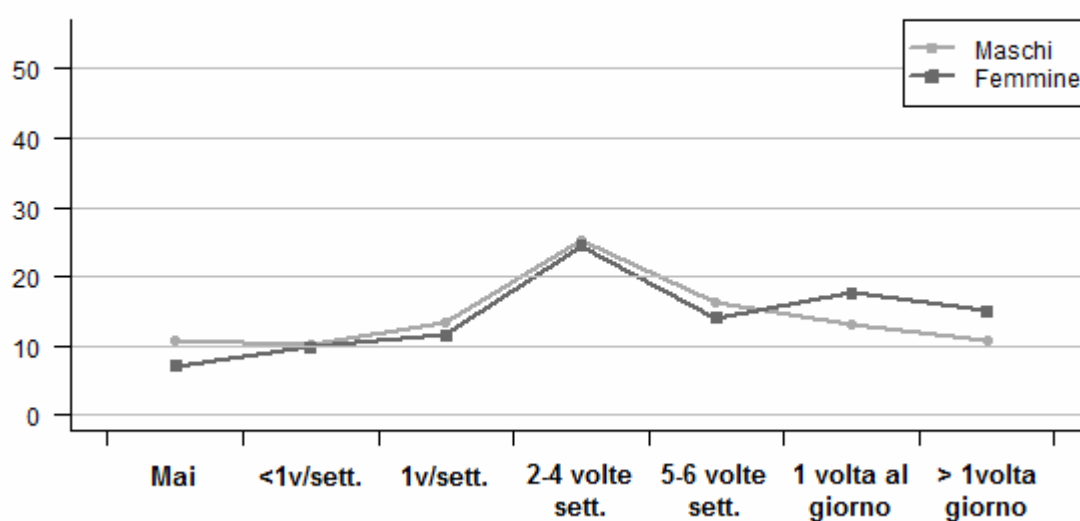
La tabella sotto riportata contiene i dati che consentono di calcolare il consumo di verdura quotidiano fra gli intervistati (31,3% negli 11 enni, 26,9% nei 13 enni e 27,2% nei 15 enni). Diversamente da ciò che accade per il consumo della frutta, il consumo di verdura nel campione nazionale HBSC 2010 è minore rispetto al campione regionale (24.5% negli 11 enni, 22.5% nei 13 enni e nei 15 enni, dati in corso di stampa). Per quanto riguarda il confronto con i bambini della scuola primaria, il dato consumo notevolmente (54.7% dei bambini partecipanti a OKkio alla Salute 2010* mangiano verdura quotidianamente).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	10.45 (97)	8.23 (76)	7.75 (61)
Meno di una volta a settimana	11.85 (110)	9.21 (85)	9.15 (72)
Una volta a settimana	11.42 (106)	14.84 (137)	10.80 (85)
2-4 volte a settimana	19.40 (180)	26.54 (245)	29.22 (230)
5-6 volte a settimana	15.52 (144)	14.30 (132)	15.88 (125)
Una volta al giorno tutti i giorni	16.16 (150)	14.63 (135)	15.63 (123)
Più di una volta al giorno	15.19 (141)	12.24 (113)	11.56 (91)
Totale	100 (928)	100 (923)	100 (787)

Le differenze di genere per quanto riguarda il consumo di verdura sono maggiori, sebbene ancora piccole, rispetto alle differenze nel consumo di frutta. Sono le femmine che consumano più verdura dei maschi, come mostrato dal grafico sotto.

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



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

La tabella sotto indica che circa 1 ragazzo su 3 consuma dolci, caramelle o cioccolato almeno una volta al giorno (30.5% negli 11 anni, 34.1% nei 13 anni e 35% nei 15 anni). Rispetto ai dati nazionali HBSC del 2006, queste percentuali sono inferiori per quanto riguarda gli 11 anni e i 13 anni (36.5% e 39% rispettivamente), e leggermente superiori per quanto riguarda i 15 anni (33,5%).

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	3.80 (35)	1.74 (16)	3.18 (25)
Meno di una volta a settimana	18.48 (170)	11.22 (103)	9.43 (74)
Una volta a settimana	18.04 (166)	16.88 (155)	13.50 (106)
2-4 volte a settimana	18.04 (166)	22.11 (203)	24.33 (191)
5-6 volte a settimana	11.09 (102)	13.94 (128)	14.52 (114)
Una volta al giorno tutti i giorni	9.46 (87)	14.60 (134)	13.25 (104)
Più di una volta al giorno	21.09 (194)	19.50 (179)	21.78 (171)
Totale	100 (920)	100 (918)	100 (785)

Dalla tabella sotto vediamo i consumi di bevande zuccherate almeno una volta al giorno. Le frequenze rilevate seguono un andamento simile a quello del consumo dei dolci nelle tre fasce d'età, essendo direttamente proporzionali alle età degli intervistati (23,7% negli 11 anni, 26,5% nei 13 anni, 27,5% nei 15 anni), ma inferiori a quelli nazionali rilevati nell'indagine HBSC 2006 (27,5% per gli 11 anni, 32,4% per i 13 anni e 25,25% per i 15 anni).

I

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	11.59 (107)	7.46 (69)	9.37 (73)
Meno di una volta a settimana	19.50 (180)	15.14 (140)	15.92 (124)
Una volta a settimana	19.61 (181)	18.16 (168)	14.51 (113)
2-4 volte a settimana	15.49 (143)	20.32 (188)	21.31 (166)
5-6 volte a settimana	10.08 (93)	12.43 (115)	11.42 (89)
Una volta al giorno tutti i giorni	6.39 (59)	9.41 (87)	8.99 (70)
Più di una volta al giorno	17.33 (160)	17.08 (158)	18.49 (144)
Totale	100 (923)	100 (925)	100 (779)

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.

Nella nostra regione l'eccesso ponderale, comprendente sovrappeso e obesità, riguarda circa 1 ragazzo su 7. Le frequenze sono molto simili nelle 3 fasce d'età (14.35% negli 11 anni, 14.75% nei 13 anni e 12.89% nei 15 anni), e al di sotto dei valori equivalenti su campione nazionale HBSC 2010

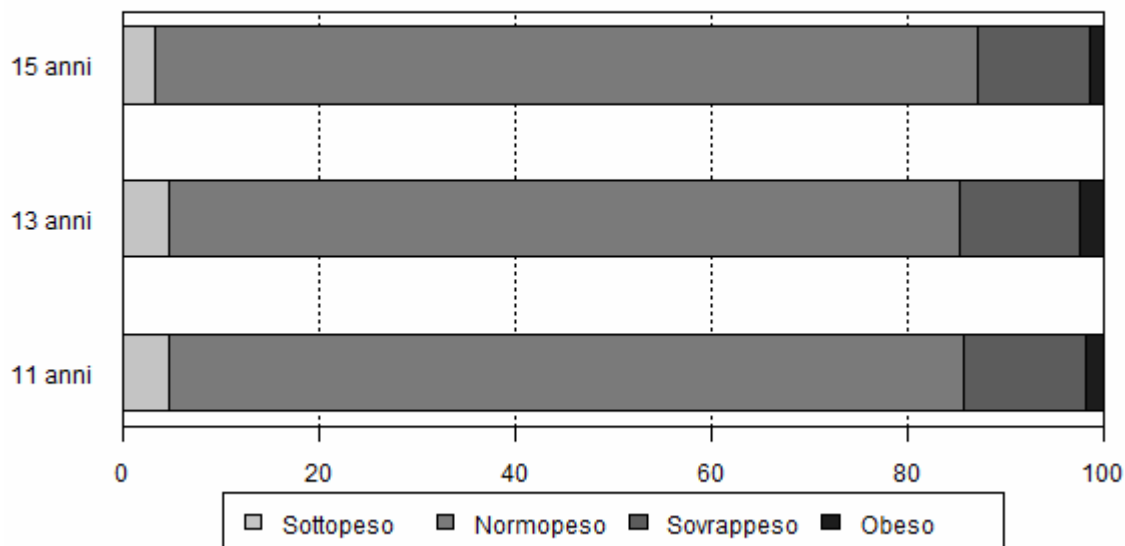
(20.5% negli 11 enni, 18.5% nei 13 enni e 16.5% nei 15 enni, dati in corso di stampa). Se consideriamo i dati di OKkio alla Salute 2010* sull'eccesso ponderale, notiamo che il trend dalla scuola primaria a quella secondaria di primo e di secondo grado è negativo, con il 27.3% dei bambini tra i 6 e i 10 anni in situazione di sovrappeso o obesità.

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	4.88 (33)	4.74 (35)	3.40 (24)
Normopeso	80.77 (546)	80.51 (595)	83.71 (591)
Sovrappeso	12.43 (84)	12.18 (90)	11.47 (81)
Obeso	1.92 (13)	2.57 (19)	1.42 (10)
Totale	100 (676)	100 (739)	100 (706)

I seguenti due grafici analizzano la distribuzione percentuale degli IMC per classi d'età e per genere.

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



La maggior prevalenza d'obesità si ha fra i 13 enni, e più precisamente tra i maschi, come evidente dai grafici sotto.

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

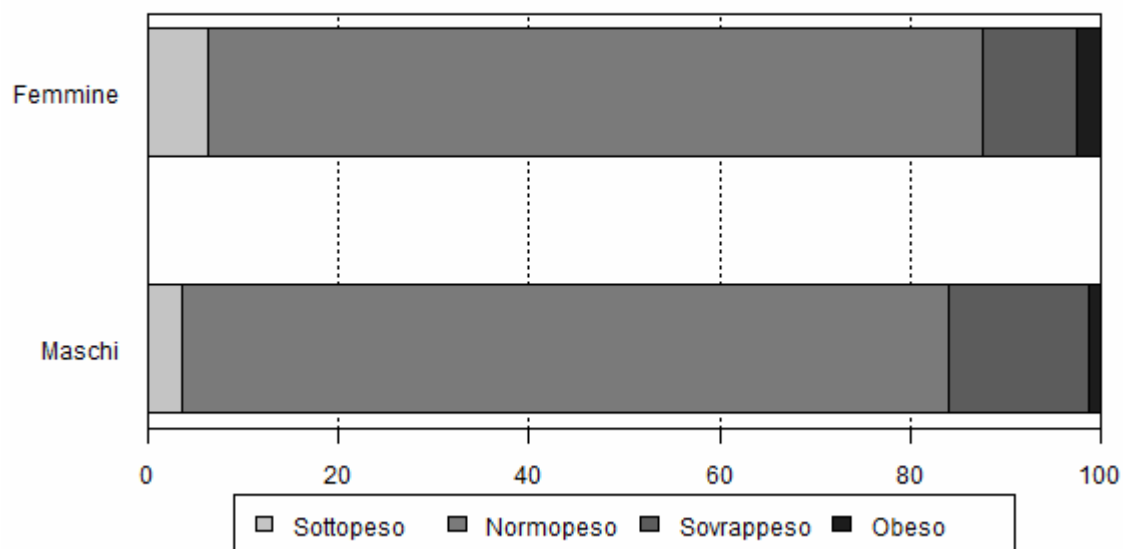


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

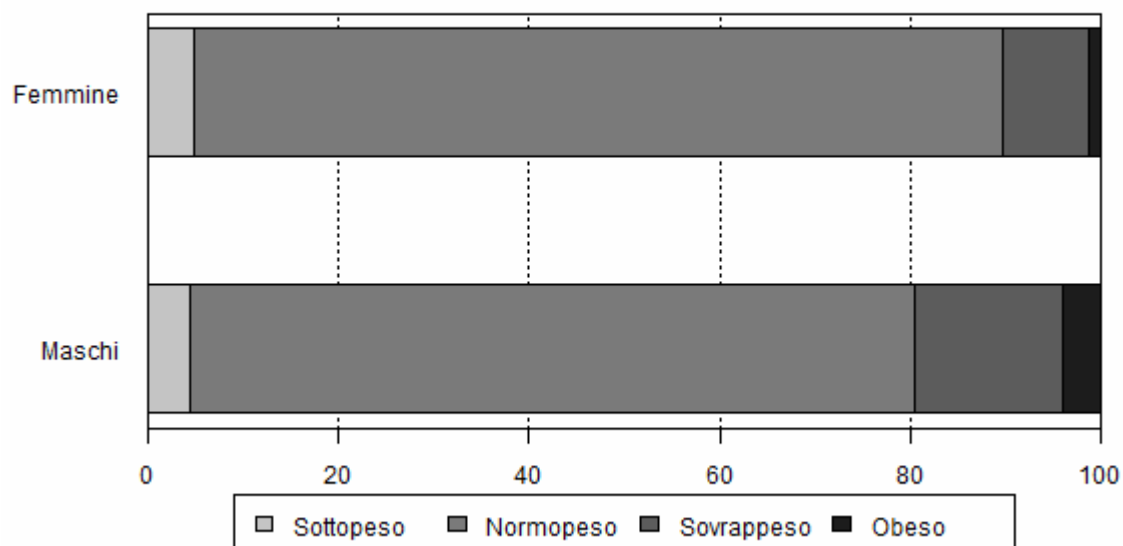
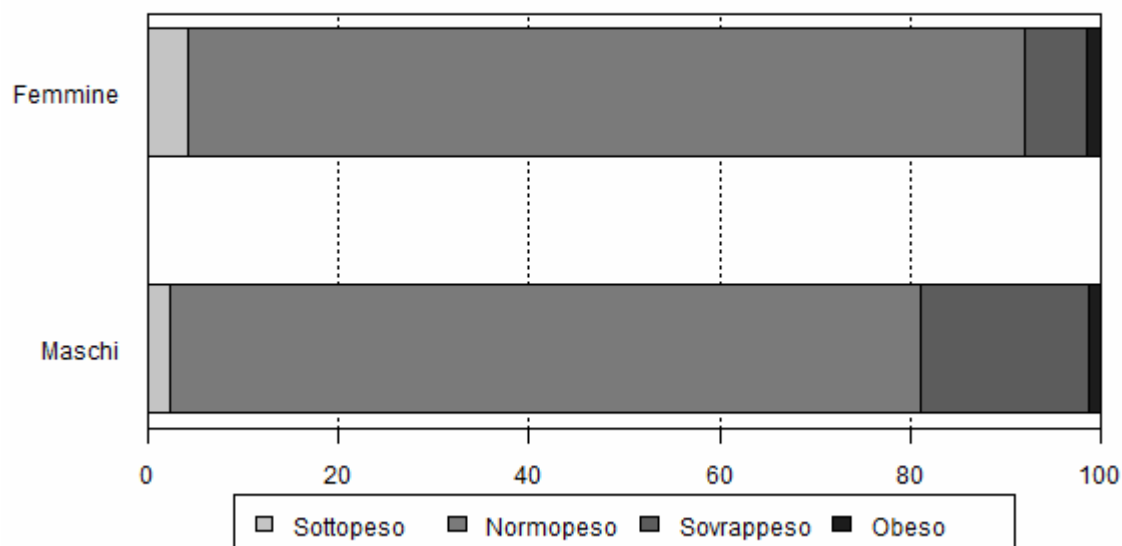


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



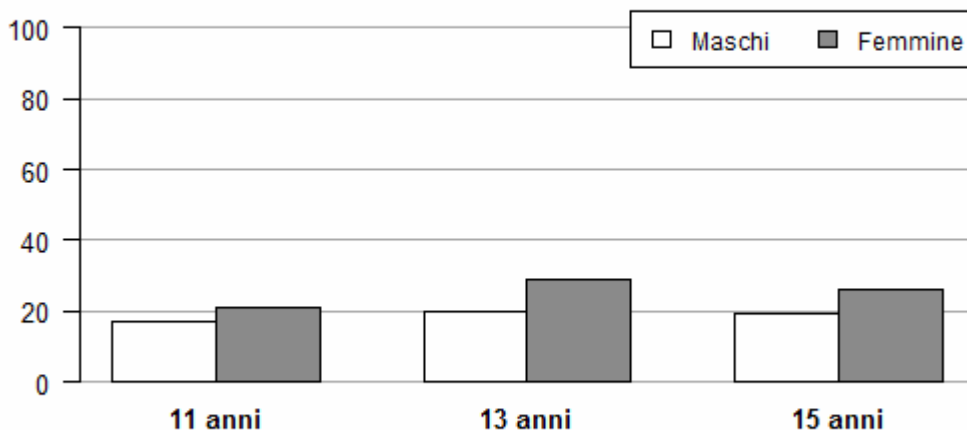
Per integrare il quadro sullo stato ponderale dei ragazzi intervistati, è stato chiesto loro di esprimere un'opinione sul loro corpo. Nella tabella sotto vediamo che circa 2 ragazzi su 3 ritengono che il loro corpo sia "giusto". Questo dato è consistente nelle tre fasce d'età, ed è sempre maggiore del dato equivalente nazionale rilevato in HBSC 2006 (63,37% negli 11 anni, 60,95% nei 13 anni e 61,57% nei 15 anni).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	13.99 (130)	10.23 (94)	10.33 (81)
Giusto	67.38 (626)	65.07 (598)	67.09 (526)
Grasso	18.62 (173)	24.70 (227)	22.58 (177)
Totale	100 (929)	100 (919)	100 (784)

La percepita magrezza invece, è una questione che grava soprattutto sugli 11 anni, mentre la percepita grassezza è un problema maggiormente sentito dai 13 anni, ma anche dai 15 anni. Sono di più le femmine a percepirsi grasse rispetto ai maschi.

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



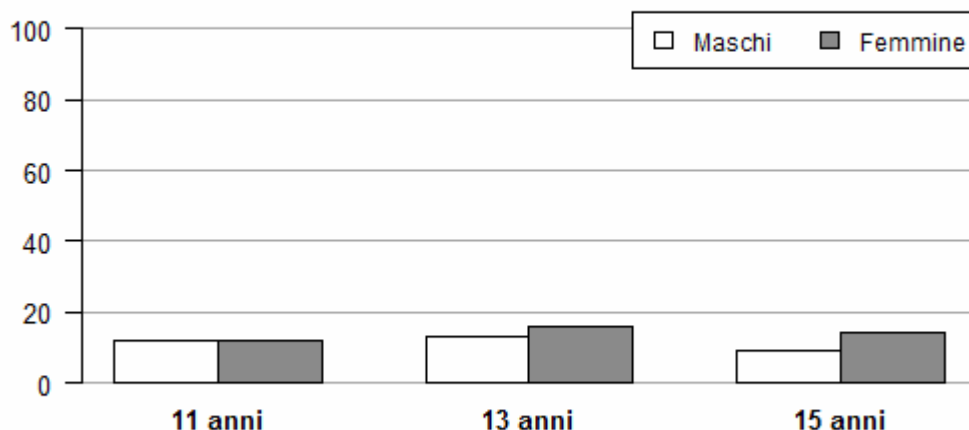
La seguente tabella indica la percentuale degli intervistati che ha dichiarato di essere a dieta o di fare qualcosa per dimagrire. Sono particolarmente i 13enni, cioè coloro che più si sentono “grassi”, ad adottare misure dimagranti (14.4% dichiara di essere a dieta contro l’11.9% dei 13enni e l’11.6% dei 15enni). I dati sono simili per gli 11enni e i 13enni del campione nazionale del 2006, ma molto più bassi rispetto ai 15enni (22,46% dei 15 del campione HBSC 2006 ha dichiarato di fare qualcosa per dimagrire)

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	56.62 (530)	50.92 (472)	47.78 (376)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	19.66 (184)	24.27 (225)	27.83 (219)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11.86 (111)	10.36 (96)	12.83 (101)
Sì	11.86 (111)	14.46 (134)	11.56 (91)
Totale	100 (936)	100 (927)	100 (787)

Per quanto attiene alle differenze di genere, sono più le femmine rispetto ai maschi a seguire diete, anche se la differenza è minima.

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 (Moblely, 2009), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

Questa abitudine cresce col crescere dell'età degli intervistati (95,5% degli 11 enni, 98% dei 13 enni e 98,1% dei 15 si lavano i denti almeno 1 volta al giorno). Queste percentuali sono simili a quelle nazionali rilevate nel 2006 (94,7% degli 11 enni, 96,4% dei 13 enni e 97% dei 15 enni).

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	75.88 (708)	82.88 (770)	86.29 (680)
Una volta al giorno	19.61 (183)	15.07 (140)	11.80 (93)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.57 (24)	1.72 (16)	1.02 (8)
Meno di una volta alla settimana	0.96 (9)	0.11 (1)	0.38 (3)
Mai	0.96 (9)	0.22 (2)	0.51 (4)
Totale	100 (933)	100 (929)	100 (788)

Non sono state rilevate differenze di genere significative per quanto riguarda la cura dell'igiene orale.

5.7 Conclusioni

Il quadro epidemiologico sulle abitudini alimentari dei ragazzi sardi emergente dalla presente indagine giustifica l'attenzione rivolta alle tematiche della nutrizione nella nostra scuola, e anzi indica la necessita di proseguire su questa strada e di potenziare le iniziative in questo settore.

Nel complesso, l'alimentazione dei ragazzi dei due cicli di scuola secondaria peggiora rispetto all'alimentazione dei bambini della scuola primaria (dati OKkio alla Salute 2010*), mentre la prevalenza dei ragazzi con eccesso ponderale diminuisce rispetto alla prevalenza rilevata nei bambini della scuola primaria. Infine, la prevalenza di soprappeso e obesità nei ragazzi sardi è minore rispetto a quella dei loro coetanei italiani nel loro insieme.

Per quanto riguarda la percezione dell'adeguatezza del proprio corpo e la pratica di diete e altre azioni dimagranti, è da notare che i ragazzi di 13 anni sono particolarmente sensibili a queste tematiche. Occorre prestare particolare attenzione, dunque, al periodo di transizione fra le due scuole.

I dati sull'igiene orale, infine, indicano che già nell'adolescenza ci sia una cura discreta dell'igiene orale, sia nei maschi che nelle femmine.

Bibliografia capitolo 5

- Amed S., Daneman D., Mahmud F.H., Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health,* 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ;*335: p. 194-7
- Currie C., Samdal O., Boyce W., Smith R. (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr,* 127:S1884-6.
- Flynn J.T. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.
- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management,* 2:171-87.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition,* 5:1396-404.
- Lazzeri G., Rossi S., Pammolli A., Pilato V., Pozzi T., Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene;* 49(1):13-21
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore.* 38(1):57-9.
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet,* 357:505-508.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder Al. (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

- * Donatella Campus, Serena Meloni, Rita Masala, M. Letizia Senis (Ed.). OKkio alla SALUTE Risultati dell'indagine 2010. Regione Sardegna. Cagliari: Regione Autonoma Sardegna; 2011. (<https://www.okkioallasalute.it/?q=node/45>)

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse 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

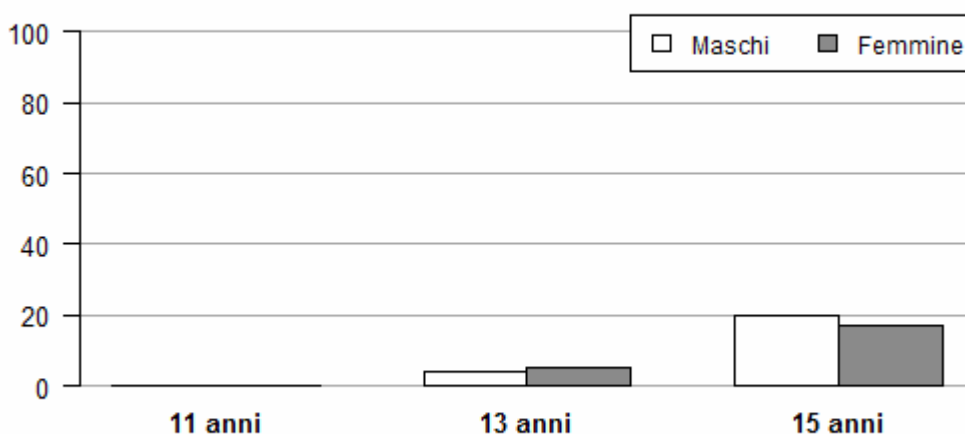
Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO, 2009) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. Anche eventi tragici come 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).

La tabella 6.1 indica che la maggior parte dei ragazzi intervistati dichiara di non fumare, sebbene questa percentuale sia inversamente proporzionale all'età dell'intervistato. L'abitudine al fumo almeno una volta la settimana, invece, cresce con l'età del fumatore (1.07% negli 11 anni, 10.07% nei 13 anni e 25% nei 15 anni). Ciò colloca la percentuale di ragazzi sardi fumatori al di sopra delle percentuali nazionali (0.5% negli 11 anni, 4% nei 13 anni e 19.5% nei 15 anni).

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.32 (3)	4.55 (42)	18.40 (145)
Almeno una volta a settimana	0.75 (7)	5.52 (51)	6.60 (52)
Meno di una volta a settimana	1.60 (15)	5.52 (51)	6.47 (51)
Non fumo	97.33 (913)	84.42 (780)	68.53 (540)
Totale	100 (938)	100 (924)	100 (788)

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



Le differenze di genere mostrate nella figura 6.1, e limitatamente a color che fumano “ogni giorno”, sono minime. Per cercare di ottenere una distinzione fra il fumo sperimentale, e quindi occasionale, e l’abitudine già radicata nei comportamenti quotidiani, ai ragazzi è stato chiesto di stimare la frequenza dell’uso di tabacco nell’ultimo mese. Dalla tabella 6.2 si apprende che il fumo come abitudine (almeno 1 sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni) è direttamente proporzionale all’età dell’intervistato, passando dallo 0.64% degli 11 enni al 22.16% dei 15 enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	96.46 (899)	82.18 (747)	66.75 (524)
Meno di 1 sigaretta a settimana	1.93 (18)	7.48 (68)	6.88 (54)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.97 (9)	2.97 (27)	4.20 (33)
1-5 sigarette al giorno	0.43 (4)	4.07 (37)	8.66 (68)
6 o più sigarette al giorno	0.21 (2)	3.30 (30)	13.50 (106)
Totale	100 (932)	100 (909)	100 (785)

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).

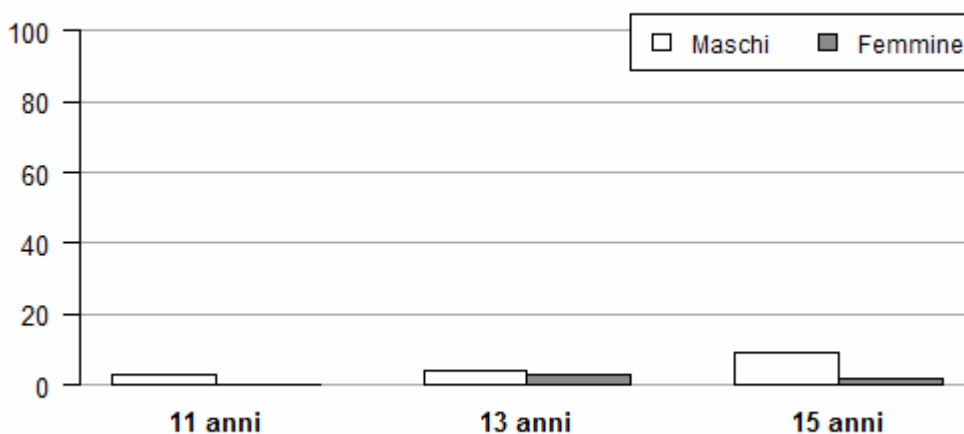
Nella nostra regione la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver mai bevuto bevande alcoliche, con percentuali decrescenti nelle tre fasce d'età. Circa il 13.5% dei ragazzi, invece, ha dichiarato di consumare alcool almeno 1 volta la settimana, con percentuali di consumatori che crescono col crescere dell'età (3.9% negli 11 anni, 11.39% nei 13 anni e 25.16% nei 15 anni). Questi dati sono ben diversi da quelli registrati sul campione nazionale HBSC 2010 (6% negli 11 anni, 7.5% nei 13 anni e 32.5% nei 15 anni), sebbene la relazione fra i due ordini di dati non sia ben chiara. La percentuale di bevitori sardi è infatti inferiore fra gli 11 anni ed i 15, dove lo scarto è addirittura di oltre 7 punti percentuali maggiore nel campione italiano, mentre fra i 13 anni il consumo è maggiore (11.39% vs. 7.5%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	1.53 (14)	3.94 (36)	5.24 (41)
Ogni settimana	2.41 (22)	7.45 (68)	19.92 (156)
Ogni mese	2.19 (20)	7.67 (70)	14.05 (110)
Raramente	19.15 (175)	34.17 (312)	32.82 (257)
Mai	74.73 (683)	46.77 (427)	27.97 (219)
Totale	100 (914)	100 (913)	100 (783)

Per quanto riguarda le differenze di genere, sono sempre i maschi a bere di più delle femmine, sebbene questa differenza inizi ad essere importante solo fra i 15 anni.

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



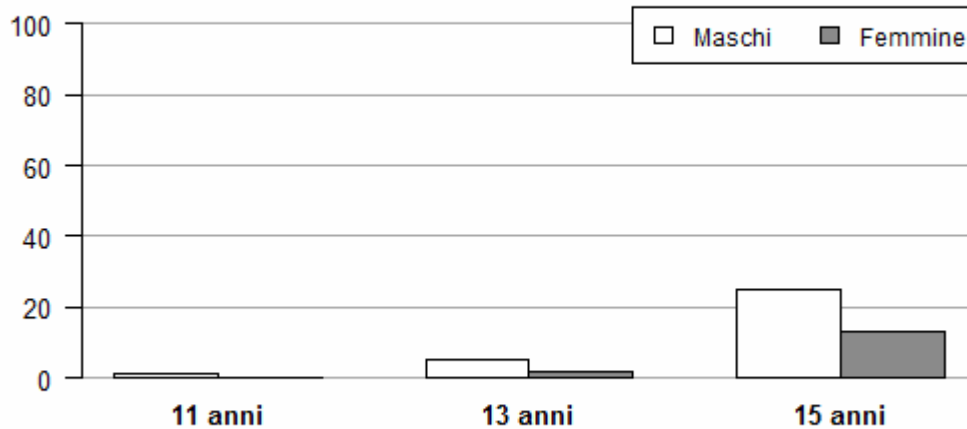
Per quanto riguarda il consumo di alcool nel corso della settimana, la maggiore concentrazione dei consumi si ha nel fine settimana, con un andamento direttamente proporzionale all'età degli intervistati (5,77% degli 11 enni, 14,51% dei 13 enni e 27,93% dei 15 enni).

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	89.77 (825)	76.81 (699)	62.12 (487)
Solo Lunedì-Venerdì	2.39 (22)	4.73 (43)	3.32 (26)
Solo Sabato e Domenica	5.77 (53)	14.51 (132)	27.93 (219)
Sia in settimana che nel week-end	1.31 (12)	2.97 (27)	4.72 (37)
Sempre	0.76 (7)	0.99 (9)	1.91 (15)
Totale	100 (919)	100 (910)	100 (784)

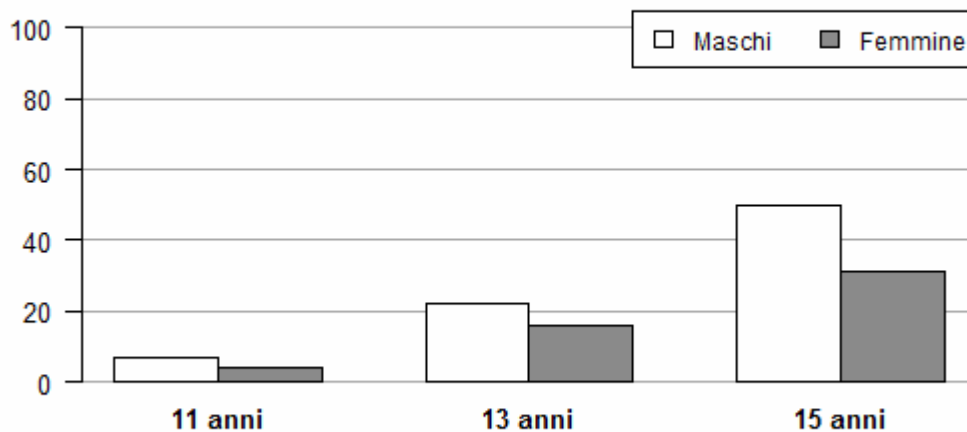
Per esplorare le esperienze di ubriachezza, al nostro campione è stato chiesto ai ragazzi quante volte nella loro vita sono stati ubriachi 2 o più volte. Le risposte a questa domanda, rappresentate nella figura sotto, indicano che le esperienze di ubriachezza sono più comuni fra i 15 enni che non fra i 13 enni o gli 11 enni. Le differenze di genere, inoltre, sono più marcate fra i 15 enni dove riscontriamo percentuali maggiori fra i maschi che non fra le femmine.

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



Al fine di valutare il fenomeno del “binge drinking”, ossia del “bere frenetico”, concentrato in pochi giorni, si è chiesto ai ragazzi quante volte, negli ultimi 12 mesi, hanno consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche

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



Come indicato nella figura sopra, il binge drinking cresce col crescere dell’età dell’intervistato, ed è sempre maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

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.

Il protocollo HBSC ha previsto che le domande sull'uso di cannabis si somministrassero solo ai 15 anni. Dai dati raccolti emerge che la maggior parte dei ragazzi non ha mai fatto uso di cannabis (68,02% dei maschi e 81,28% delle femmine), ma le differenze di genere tendono ad annullarsi quando il consumo è di 1-2 volte nella vita. Rispetto al campione nazionale HBSC del 2006 i ragazzi sardi, soprattutto i maschi, riportano prevalenze di consumo maggiori fra i maschi (75,32% dei maschi e 82,77% delle femmine non hanno mai consumato cannabis, dati HBSC 2006).

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Mai	68.02 (234)	81.28 (356)	75.45 (590)
Una o due volte	8.72 (30)	8.22 (36)	8.44 (66)
3-5 volte	4.07 (14)	1.83 (8)	2.81 (22)
6-9 volte	2.62 (9)	2.51 (11)	2.56 (20)
10-19 volte	4.94 (17)	2.28 (10)	3.45 (27)
20-39 volte	5.81 (20)	1.83 (8)	3.58 (28)
>1 una volta al giorno	5.81 (20)	2.05 (9)	3.71 (29)
Totale	100 (344)	100 (438)	100 (782)

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).

Il 26,30% del campione sardo dichiara di aver avuto rapporti sessuali, una percentuale maggiore rispetto a quella nazionale rilevata in HBSC 2010 (22,1%), con una percentuale maggiore fra i maschi rispetto alle femmine.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Si	29.97 (101)	23.43 (101)	26.30 (202)
No	70.03 (236)	76.57 (330)	73.70 (566)
Totale	100 (337)	100 (431)	100 (768)

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.

I dati raccolti indicano che circa 3 ragazzi su 4 hanno fatto uso del preservativo nel loro ultimo rapporto sessuale, con frequenze maggiori fra i maschi rispetto alle femmine (82,47% vs. 66,33%). I dati complessivi sono molto simili a quelli rilevati su campione nazionale in HBSC 2010, sebbene qui le differenze di genere siano un po' meno marcate (78,63% nei maschi e 67,41% nelle femmine).

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Si	82.47 (80)	66.33 (65)	74.36 (145)
No	17.53 (17)	33.67 (33)	25.64 (50)
Totale	100 (97)	100 (98)	100 (195)

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).

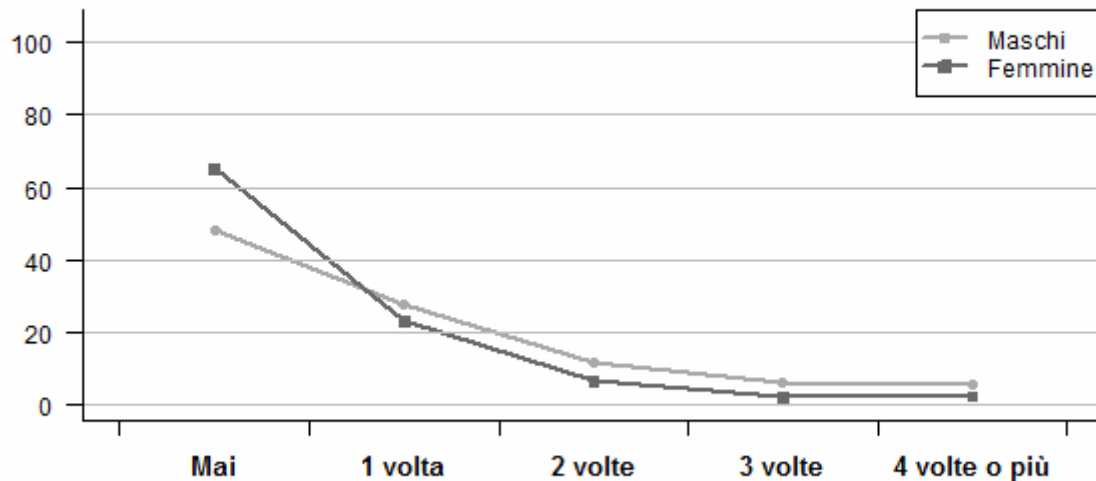
Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno. Dalla tabella sotto si vede che quasi il 43% dei ragazzi, indipendentemente dall'età, ha subito qualche forma di infortunio. Le differenze si acuiscono fra gli 11enni da una parte (5,83%) e i 13enni e i 15enni dall'altra (2,93% e 3,07% rispettivamente) quando gli infortuni dichiarati sono di 4 o più volte negli ultimi 12 mesi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	57.02 (528)	58.37 (537)	56.01 (438)
Una volta	22.89 (212)	27.39 (252)	26.09 (204)
2 volte	10.15 (94)	7.50 (69)	10.23 (80)
3 volte	4.10 (38)	3.80 (35)	4.60 (36)
4 volte o più	5.83 (54)	2.93 (27)	3.07 (24)
Totale	100 (926)	100 (920)	100 (782)

I dati sulle differenze di genere riportati sotto, e che hanno un andamento del tutto sovrapponibile ai dati nazionali rilevati in HBSC 2006, rivelano che gli infortuni sono sempre più frequenti nei maschi rispetto alle femmine, anche se la differenza è piccola.

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



6.4 Conclusioni

In questa sezione del report sono stati analizzati comportamenti che, per quanto definibili uniformemente “rischiosi”, sono per loro natura abbastanza diversi.

I dati sul fumo indicano che i ragazzi sardi fumano di più degli altri coetanei italiani medi, e che le differenze di genere nella nostra isola sono molto piccole. Il consumo di alcool, invece, è minore nei ragazzi sardi rispetto agli altri italiani, ma le esperienze di ubriachezza sono più frequenti.

Per quanto riguarda il consumo di cannabis, nel complesso i ragazzi sardi ne consumano di più rispetto agli altri ragazzi italiani, ma le differenze fra i 2 campioni si assottigliano quando vengono paragonati solo i dati delle femmine.

Fra i ragazzi sardi una percentuale maggiore, rispetto agli altri ragazzi italiani, ha dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi. L'uso del preservativo, invece, è simile nei due campioni, il che significa che ci sono un numero maggiore di ragazzi nella nostra isola che hanno rapporti sessuali a rischio di contagio di malattie infettive e di gravidanze indesiderate. Un altro dato interessante è che sebbene in entrambi i campioni siano sempre i maschi a dichiarare con più frequenza di usare il preservativo, le differenze di genere sono maggiori fra i ragazzi sardi rispetto agli altri italiani.

Infine, la frequenza di infortuni è simile fra i ragazzi sardi e quelli italiani, e sebbene le differenze di genere siano piccole, i maschi tendono sempre ad avere più infortuni.

C'è da ricordare, naturalmente, che il trend degli infortuni nelle diverse fasce d'età e nei generi è simile al trend per l'attività fisica. Cioè, le categorie più attive sono anche quelle più soggette a infortuni. Parte degli infortuni, dunque, è presumibilmente “fisiologica” e forse inevitabile. Maggiore ricerca, perciò è necessaria per capire quando questi infortuni diventano un rischio reale per il benessere del ragazzo, e quando invece la loro prevenzione sarebbe controproducente rispetto ai benefici che il ragazzo stesso potrebbe trarre da un ostile di vita attivo.

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

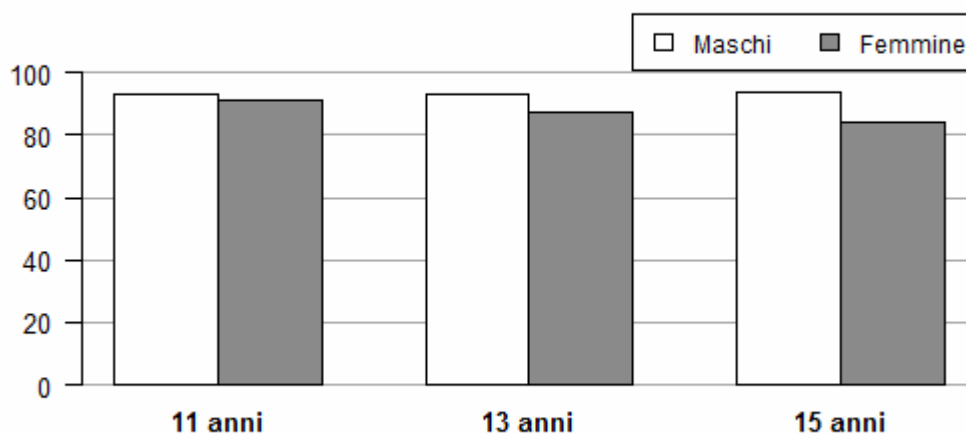
La domanda utilizzata nello studio HBSC relativamente alla percezione del proprio stato di salute è importante perché non solo riflette lo stato di salute soggettivo, ma è anche correlato, come dimostrano numerosi studi, con indicatori di salute più oggettivi, quali mortalità e morbosità, perché generalmente,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

Complessivamente, la sensazione di benessere nei nostri ragazzi è diffusa, con valori intorno al 90% dei rispondenti che dichiara una percezione della salute buona o eccellente. Queste percentuali sono inversamente proporzionali all'età dell'intervistato e leggermente maggiori nei maschi. Questo trend è uguale a quello registrato su campione italiano in HBSC 2010, e molto simili sono anche i valori delle percentuali nelle tre fasce d'età e nei due generi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	44.08 (413)	37.95 (351)	31.67 (247)
Buona	48.03 (450)	52.32 (484)	56.67 (442)
Discreta	6.51 (61)	9.19 (85)	10.77 (84)
Scadente	1.39 (13)	0.54 (5)	0.90 (7)
Totale	100 (937)	100 (925)	100 (780)

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



Queste differenze di genere, quasi sempre a svantaggio delle ragazze, sono anche emerse in studi precedenti (Cavallo et al., 2006).

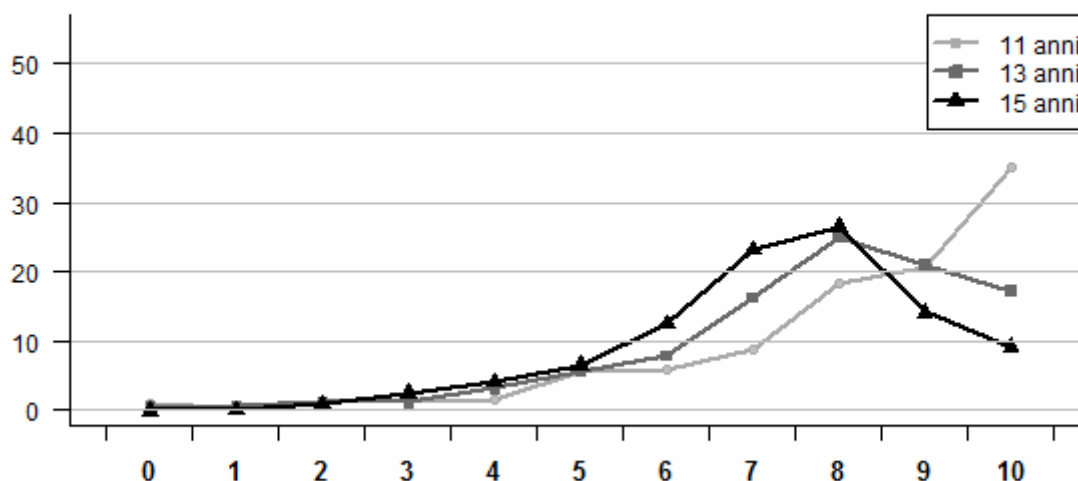
7.3 La percezione del benessere

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 figura 7.2 mostra che la percezione di benessere soggettiva è medio-alta (punteggio dal 6 in su), sebbene il trend sia inversamente proporzionale all'età del rispondente. I livelli di percezione medio-alta del benessere del campione sardo sono simili a quelli del campione nazionale italiano HBSC 2006,

eccetto che nella fascia dei 13 anni, dove la forbice si divarica a favore dei nostri ragazzi (87,49% vs. 82,96%).

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.

Commento circa un ragazzo su 3 lamenta almeno uno dei sintomi rilevati “ogni giorno”, valore simile a quello rilevato nel campione nazionale HBSC 2006.

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	35.39 (333)	32.72 (303)	31.59 (248)
Più di 1 volta a settimana	28.16 (265)	33.37 (309)	38.60 (303)
1 volta a settimana	17.75 (167)	14.90 (138)	18.85 (148)
1 volta al mese	12.43 (117)	15.01 (139)	9.04 (71)
Raramente o mai	6.27 (59)	4.00 (37)	1.91 (15)
Totale	100 (941)	100 (926)	100 (785)

A parte la fascia degli 11 anni, vi è una notevole differenza nella percezione dei sintomi fra maschi e femmine (vedi figura 7.4). Le differenze di genere nella dichiarazione dei sintomi sono quasi sempre a favore delle ragazze (le quali, cioè, riportano sintomi in una percentuale maggiore rispetto ai ragazzi) e sono particolarmente ampie per quanto riguarda il “mal di testa” e “sentirsi giù di morale” (vedi figura 7.3).

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere

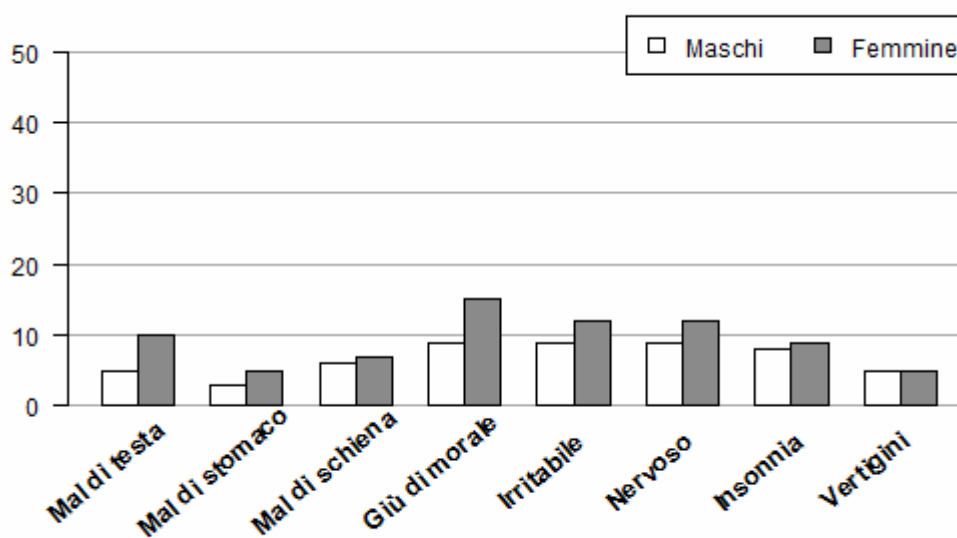
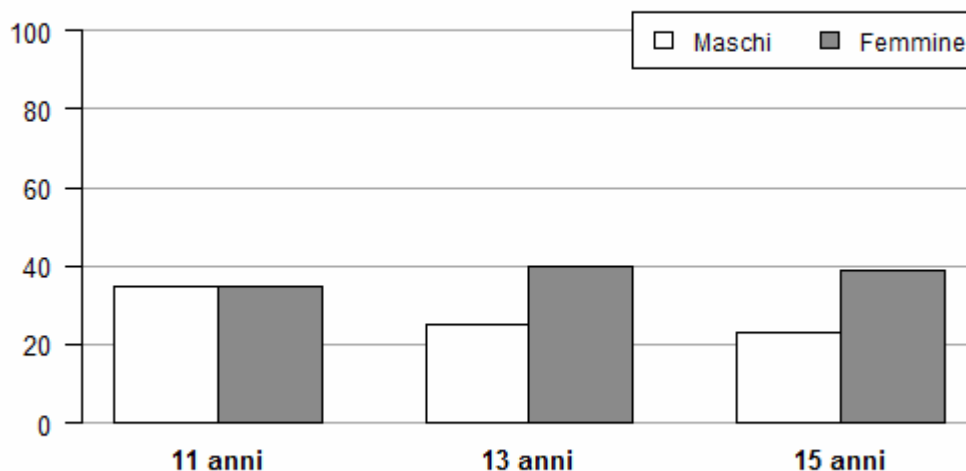


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



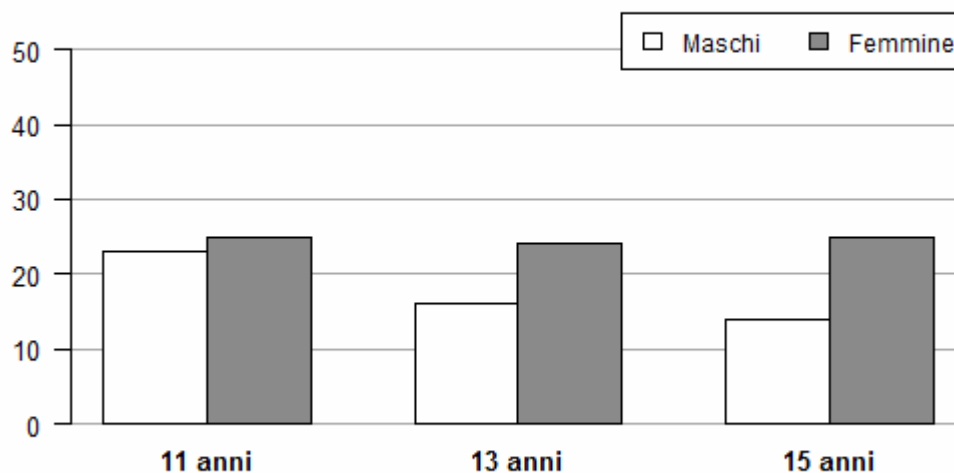
Come consigliato in studi precedenti relativi ai dati HBSC (Haugeland, 2001), i sintomi sono stati suddivisi, in una seconda fase di analisi, in due categorie. Una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l'aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi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

La dichiarazione della sofferenza di sintomi quotidiani è inversamente proporzionale all'età dell'intervistato, subendo un calo più brusco fra gli 11 e i 13 anni per poi stabilizzarsi nel passaggio da questi ai 15 anni. E' proprio nel passaggio fra queste due età si acquiscono le differenze di genere, con più ragazze che riportano sintomi con frequenza quotidiana.

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	24.04 (226)	20.22 (187)	20.03 (157)
Più di 1 volta a settimana	23.30 (219)	25.08 (232)	26.91 (211)
1 volta a settimana	16.60 (156)	16.22 (150)	21.56 (169)
1 volta al mese	19.15 (180)	23.68 (219)	22.19 (174)
Raramente o mai	16.91 (159)	14.81 (137)	9.31 (73)
Totale	100 (940)	100 (925)	100 (784)

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

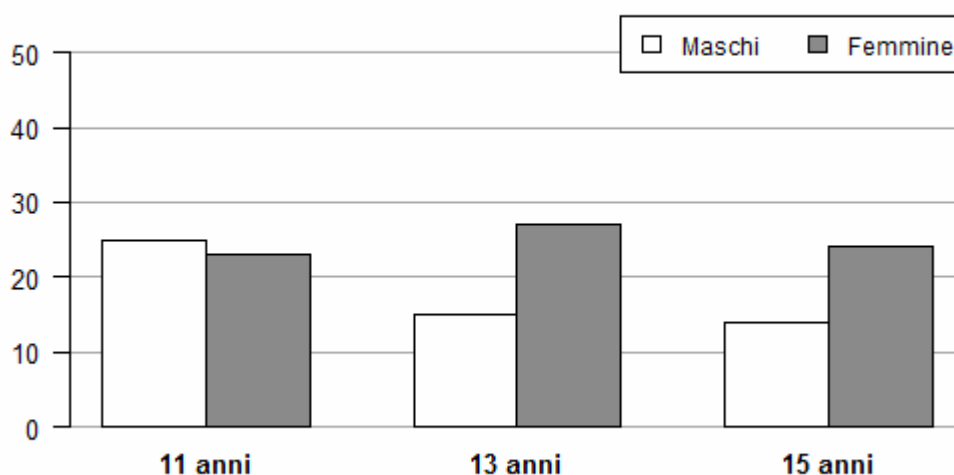


Anche la frequenza quotidiana dei sintomi psicologici, come quelli somatici, è inversamente proporzionale all'età degli intervistati, e registra una differenza fra generi maggiore nei 13enni e nei 15enni rispetto agli 11enni. Nei più giovani, però, le differenze di genere sono invertite, con più maschi rispetto alle femmine che riportano la percezione dei sintomi.

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	23.93 (223)	21.13 (195)	19.36 (152)
Più di 1 volta a settimana	23.61 (220)	31.74 (293)	38.60 (303)
1 volta a settimana	20.60 (192)	17.44 (161)	20.64 (162)
1 volta al mese	17.06 (159)	19.72 (182)	15.92 (125)
Raramente o mai	14.81 (138)	9.97 (92)	5.48 (43)
Totale	100 (932)	100 (923)	100 (785)

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



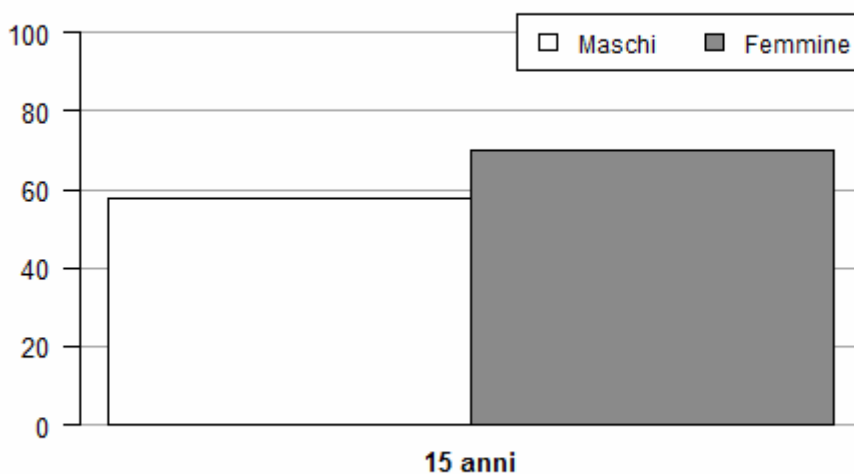
7.5 Utilizzo di farmaci

Per completare il quadro sulla salute dei ragazzi intervistati è stato chiesto solo ai quindicenni, di dichiarare se, nell'ultimo mese, hanno assunto farmaci. La tabella sotto riporta le percentuali di risposta per genere. Circa un terzo del campione ha dichiarato di aver assunto 1 farmaco, ed un altro terzo ha dichiarato di aver assunto più di un farmaco.

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

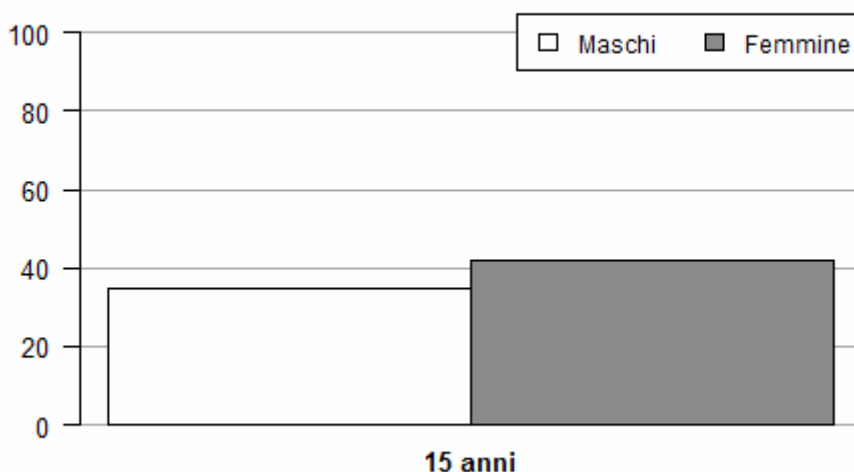
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	42.06 (143)	30.47 (131)	35.58 (274)
Sì, 1 farmaco	29.71 (101)	34.88 (150)	32.60 (251)
Sì, >1 farmaco	28.24 (96)	34.65 (149)	31.82 (245)
Totale	100 (340)	100 (430)	100 (770)

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



Sono sempre più le femmine a dare risposta positiva a questa domanda, anche quando essa è riguarda esclusivamente l'assunzione di farmaci per il mal di testa. Questo dato concorda con i dati sul sintomo stesso del "mal di testa", che viene più frequentemente riportato dalle ragazze rispetto ai ragazzi (vedi fig. 7.3)

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



7.6 Conclusioni

In questo capitolo abbiamo adottato tre diversi modi di valutare il benessere psico-fisico dei ragazzi. In primo luogo è stato chiesto loro di assegnarsi un punteggio alla loro "salute" e "benessere",

non meglio qualificati; poi è stato chiesto di riportare la frequenza di specifici sintomi, e infine è stato rilevato l'uso di farmaci (solo nei 15 enni).

I dati derivanti da questi diversi modi di concettualizzare la salute sono tutti concordi nell'indicare che la percezione di benessere è direttamente proporzionale all'età degli intervistati ed è sempre maggiore nei maschi rispetto alle femmine (a parte per la percezione dei sintomi psicologici negli 11enni, dove la tendenza fra generi è invertita). Le differenze di genere, inoltre, tendono ad essere più piccole fra gli undicenni.

I dati sull'uso dei farmaci, infine, concordano col trend fra generi sulla percezione del benessere, per cui le femmine lamentano uno stato di salute peggiore dei maschi e fanno un maggior uso di medicinali.

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 trend of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., Zambon A., Borraccino A., Raven-Sieberer U., Torsheim T., Lemma P. and the HBSC Positive Health Group (2006), Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15: 1577-1585.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. II Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. Journal of Adolescent Research, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneva, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Aeries No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.
-

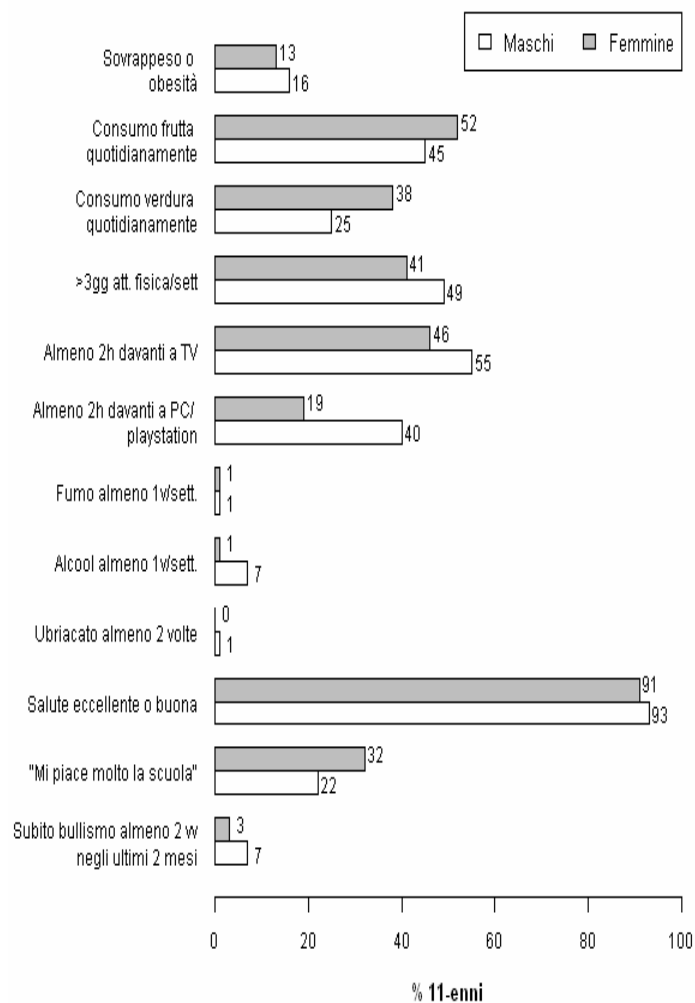
Alcuni indicatori riassuntivi

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

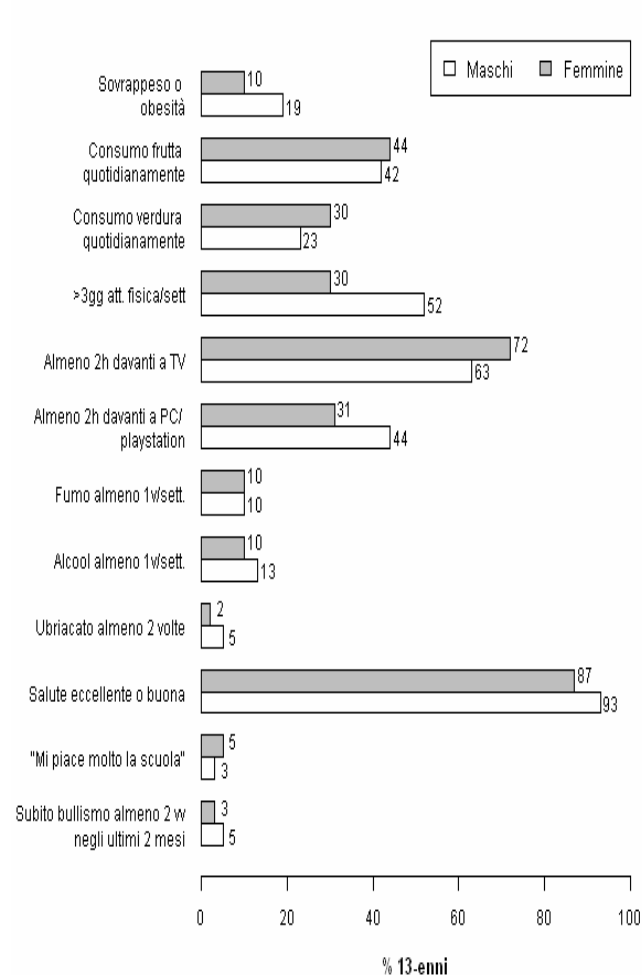
- Indice di Massa Corporea;
- Consumo di frutta e verdura;
- Attività fisica;
- Sedentarietà;
- Benessere;
- Fumo e Alcol;
- La scuola;
- Bullismo.

Prima verranno riportati i grafici di sintesi regionali per ciascuna fascia d'età con i relativi commenti, poi di seguito verranno riportati i grafici di sintesi nazionali con i commenti relativi allo scarto dato regionale-dato nazionale.

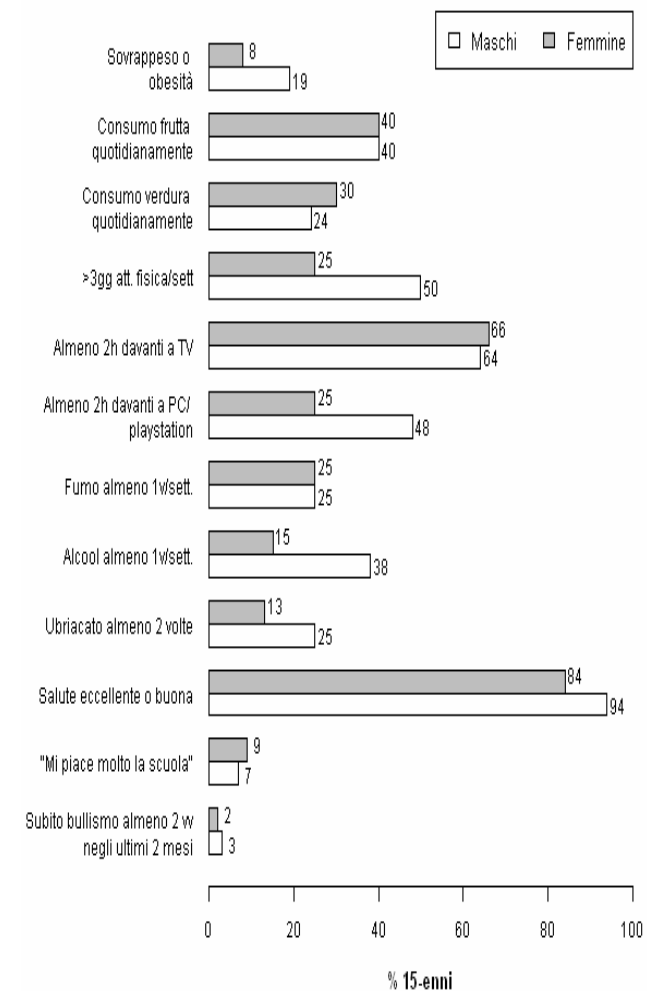
Undicenni – Dati regionali



Tredicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati regionali



RACCOMANDAZIONI PER GLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DEGLI STILI DI VITA

L'eterogeneità e la numerosità degli indicatori raccolti in questa indagine rende difficile sintetizzare raccomandazioni e evidenziare aree di intervento prioritarie. Per facilitare questo compito di sintesi, in questa sezione di analizzeranno i dati regionali per cui particolari trends emergono con chiarezza. Sulla base di questi trends verrà quindi suggerito un "target particolare", ossia un target da considerare specificatamente nella formulazione degli interventi di promozione degli stili di vita sani nei giovani. Lo scopo di questo breve esercizio di analisi, è appunto quello di dare un focus, basato sull'evidenza raccolta in questa indagine, agli interventi di promozione nei vari ambiti.

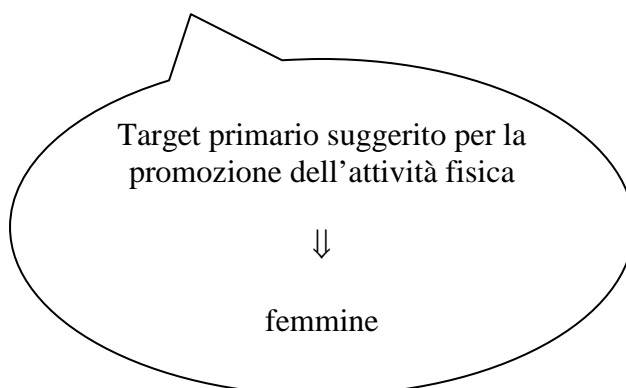
PREVALENZA DI SOPRAPPEESO E OBESITÀ

Il trend di questo indicatore è decrescente per le femmine e crescente per i maschi (prevalenze femminili: 13% nelle undicenni, 10% nelle tredicenni e 8% nelle quindicenni, prevalenze maschili: 16% negli undicenni, 19% nei tredicenni, 19% nei quindicenni). Per questo ambito d'intervento, dunque, il target particolare suggerito è quello maschile.



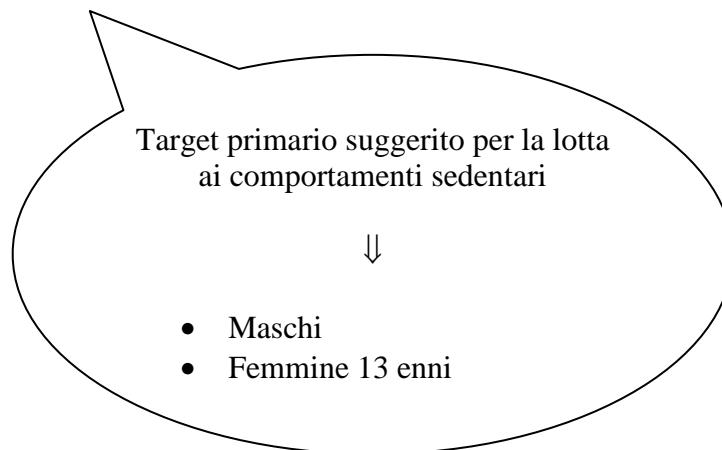
ATTIVITÀ FISICA

Per quanto riguarda l'**attività fisica** per almeno 3 giorni la settimana, si registra un trend in calo nelle tre fasce d'età. Qui il dato importante riguarda le femmine per cui, nelle 13 enni e nelle 15 enni, la prevalenza maschile è circa il doppio di quella femminile (prevalenza 13 enni: 30% femmine vs. 52% maschi; (prevalenza 15 enni: 25% femmine vs. 50% maschi). Si consiglia, dunque, che la popolazione femminile sia il target particolare di questa area d'intervento.



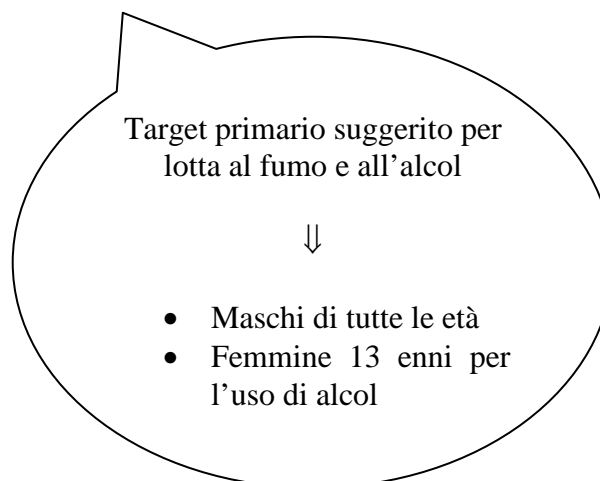
COMPORAMENTI SEDENTARI

I **comportamenti sedentari** nel loro complesso (ore trascorse davanti alla TV e ore trascorse davanti al computer/playstation) hanno un andamento opposto rispetto alla pratica dell'attività fisica, essendo essi direttamente proporzionali all'età. Si registra inoltre un picco di prevalenza di ore trascorse davanti alla TV nelle 13 enni. Le differenze di genere, infine, sono più evidenti per quanto riguarda l'uso del computer e della playstation, per cui la prevalenza maschile è circa il doppio di quella femminile tranne che nei 13 enni tra i quali, grazie ad un picco nella prevalenza femminile, le differenze di genere sono di minor rilievo (prevalenze 11 enni: 19% femmine vs. 40% maschi; prevalenze nei 13 enni: 31% femmine vs. 44% maschi; prevalenze nei 15 enni: 25% femmine vs. 48% maschi).



FUMO E ALCOL

I consumi di **fumo e alcol** sono direttamente proporzionali alle età con differenze di genere esistenti solo per il consumo dell'alcol, che viene consumato più dai maschi. Tali differenze si riducono notevolmente nei 13 enni grazie ad un picco nelle prevalenze femminili (prevalenze 11 enni: 1% femmine vs. 7% maschi; prevalenze nei 13 enni: 10% femmine vs. 13% maschi; prevalenze nei 15 enni: 15% femmine vs. 38% maschi).



INDICE DI GRADIMENTO DELLA SCUOLA

L'indice di gradimento della scuola è estremamente importante in quanto misura una potenziale risorsa per la buona riuscita di tutti gli interventi di promozione della salute in ambito scolastico. La sintonia emotiva tra studente e scuola è fondamentale nella costruzione di un rapporto di fiducia coi ragazzi ed è strumentale alla comunicazione che si vuole instaurare con i ragazzi. La prevalenza di ragazzi che dichiara "mi piace molto la scuola" registra un vertiginoso declino nel passaggio dagli 11 ai 13 anni, per poi riprendersi leggermente nei 15 anni (27% degli 11enni, 4% dei 13enni, 8% dei 15enni).

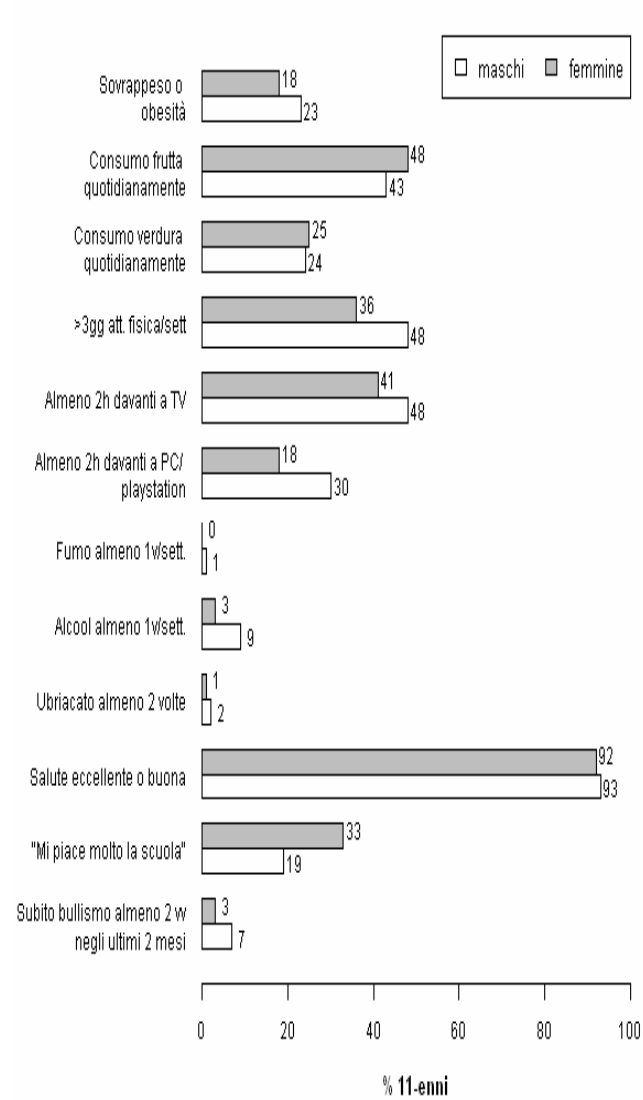


CONFRONTO FRA DATI REGIONALI E DATI NAZIONALI

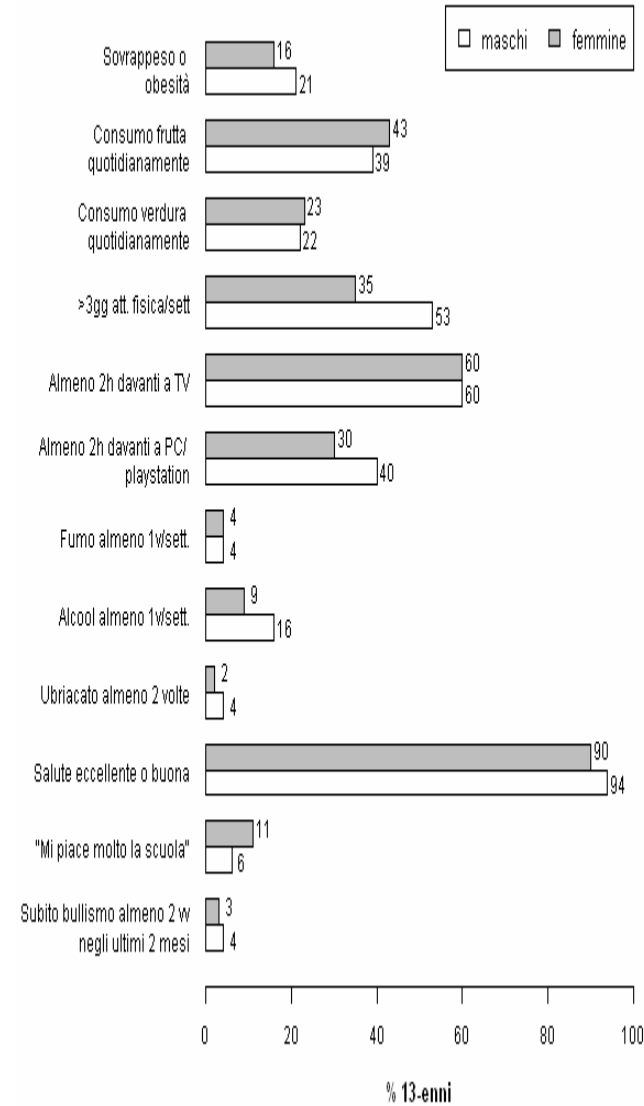
La numerosità degli indicatori raccolti in questa indagine rende difficile il confronto dei dati regionali con quelli nazionali e richiede la definizione di un criterio che distingua le aree in cui ci si registrano delle differenze importanti rispetto a quelle aree dove queste differenze sono minime o addirittura inesistenti. Questo criterio viene qui definito in uno scarto del valore nazionale di +/- 20% del valore regionale. Gli scarti saranno calcolati sui valori medi, senza distinzioni di genere o fasce d'età. Assumendo questo criterio, tre sono gli indicatori riassuntivi che registrano uno scarto degno di nota: le prevalenze di (i) sovrappeso e obesità e (ii) dell'abitudine al consumo di alcol almeno una volta alla settimana, che sono maggiori nel campione nazionale, e (iii) la prevalenza dell'abitudine al fumo almeno una volta la settimana, che è minore nel campione nazionale.

Indicatore	Valore regionale	Valore nazionale	Scarto % del valore nazionale sul valore regionale
Soprappeso e obesità	14.1%	18.5%	+ 31%
Consumo di alcol \geq 1 volta settimana	14	17	+21%
Fumo \geq 1 volta settimana	12	8	-33%

Undicenni – Dati nazionali



Tredicenni – Dati nazionali



Quindicenni – Dati nazionali

