



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

hbosc



Ministero della Salute

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

WORLD HEALTH ORGANIZATION
COLLABORATIVE CROSS-NATIONAL STUDY

Stili di vita e Salute degli Adolescenti

I Risultati della Sorveglianza HBSC Italia 2014

Friuli Venezia Giulia



guadagnare
salute

ccm



hbosc
ITALIA/ITALY



UNIVERSITÀ
DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DI TORINO



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240



Informazioni sull'editore

ISBN

Questo materiale è stato elaborato nell'ambito del progetto "Il progetto di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) per la popolazione Italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali." promosso, in attuazione del programma Guadagnare salute, dal Ministero della Salute/CCM 2013 e coordinato dal Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università di Torino (Contributo Regione Piemonte - CCM 2013 - "Progetto di sorveglianza HBSC").

Pubblicazione a cura di:

Claudia Carletti, Paola Pani e Luca Ronfani

S.S.DPT Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari; IRCCS pediatrico Burlo Garofolo
Trieste

Copia del volume può essere scaricata dal sito internet

<http://www.hbsc.unito.it>

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

Franco Cavallo (*Principal Investigator*) e Patrizia Lemma, Paola Berchialla, Alberto Borraccino, Lorena Charrier, Paola Dalmaso, Giulia Piraccini, Nazario Cappello

Università degli Studi di Siena

CREPS - Centro interdipartimentale di Ricerca Educazione e Promozione della Salute - Dip. di Medicina Molecolare e dello Sviluppo

Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Stefania Rossi, Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Alessio Vieno, Natale Canale, Michela Lenzi, Claudia Marino

Ministero della Salute

Segretariato Generale

Daniela Galeone e Maria Teresa Menzano

Direzione Generale della Prevenzione

Lorenzo Spizzichino

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Alessandro Vienna

REGIONE Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, Area prevenzione e promozione della salute, Servizio epidemiologico

Loris Zanier

IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, Trieste

Claudia Carletti, Paola Pani, Luca Ronfani

Ufficio Scolastico Regionale

Claudio Bardini

ASS 1 Triestina

Roberta Fedele (referente), Marilena Geretto, Tiziana Longo, Emanuela Occoni, Rossana Stacul, Daniela Steinbock, Livio Polchi

ASS 2 Isontina

Maura Nappa (referente), Wally Culot

ASS 3 Alto Friuli

Denise Di Bernardo (referente), Mariarita Forgiarini, Jessica Giordari

ASS 4 Medio Friuli

Simonetta Micossi (referente), Roberta Cambria, Alessandra Cunial, Paola Andrea Iachini, Giorgia Mione, Emanuela Petrillo

ASS 5 Bassa Friulana

Rosella Malaroda (referente), Onelia Battiston

ASS 6 Friuli Occidentale

Silvana Widmann (referente), Federica Alfenore, Giuseppina Carnelos, Patrizia Covre, Elisa Marcos, Stefania Pilan, Raffaella Pittana, Sandra Polese, Rossana Rincorosi, Fabiola Stuto, Carmen Zampis

Responsabilità editoriali

Il Gruppo di coordinamento nazionale HBSC e il gruppo di coordinamento scientifico del progetto 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

Premessa	7
Ringraziamenti	8
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	11
1.1 Introduzione	11
1.2 Descrizione del campione	12
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.....	18
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	20
2.5 Conclusioni	22
Bibliografia capitolo 2	23
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	26
3.1 Introduzione	26
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere..... (l'indagine sulla scuola).....	26
3.3 Rapporto con gli insegnanti.....	31
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	33
3.5 Rapporto con la scuola	37
3.6 Conclusioni	39
Bibliografia capitolo 3	39
Capitolo 4: Sport e tempo libero	42
4.1 Introduzione	42
4.2 Attività fisica	42
4.3 Comportamenti sedentari	44
4.4 Rapporti con i pari	49
4.5 Conclusioni	50
Bibliografia capitolo 4	51
Capitolo 5 : Abitudini alimentari e stato nutrizionale	53
5.1 Introduzione	53
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti	54
5.3 Consumo di frutta e verdura	55
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	58
5.5 Stato nutrizionale	61
5.6 Igiene orale	64
5.7 Conclusioni	65
Bibliografia capitolo 5	66
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	68
6.1 Uso di sostanze	68
6.1.1 <i>Il fumo</i>	68
6.1.2 <i>L'alcol</i>	69
6.1.3 <i>Cannabis</i>	72
6.2 Gioco d'azzardo	73
6.3 Abitudini sessuali	75
6.4 Infortuni	76
6.5 Conclusioni	77
Bibliografia capitolo 6	78
Capitolo 7: Salute e benessere	80
7.1 Introduzione	80
7.2. Salute percepita	81
7.3. Benessere percepito	82

7.4. Sintomi riportati	84
7.5. Utilizzo di farmaci	87
7.6. Conclusioni	89
Bibliografia capitolo 7	90
Indicatori riassuntivi	92

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 1982e oggi conta 41 paesi partecipanti. L'Italia ne è entrata a far parte nel 2000 ed ha svolto finora quattro indagini nazionali (2002, 2006,2010 e 2014).

Fino al 2006 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). Nel 2010 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" e, 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.

Nel 2014 l'indagine è stata ripetuta a livello sia nazionale che regionale, usufruendo di un finanziamento Ministero della Salute/CCM (Programma 2013), sotto il coordinamento scientifico del Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche dell'Università di Torino, in collaborazione con le Università di Padova e di Siena.

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 Friuli Venezia Giulia, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2014:

Provincia di Trieste

- Scuole Medie
 - Iqbal Asih, Trieste
 - Giovanni Lucio, Muggia
 - Via Commerciale, Trieste
 - Giancarlo Roli, Trieste
 - Dante Alighieri, Trieste
 - Italo Svevo, Trieste
 - San Giovanni, Trieste
 - Roiano Greta, Trieste
 - Ai Campi Elisi, Trieste
- Scuole Superiori
 - Liceo Classico F. Petrarca, Trieste
 - Istituto Magistrale G. Carducci, Trieste
 - Liceo Scientifico F. Presenren, Trieste
 - Liceo Scientifico G. Oberdan, Trieste
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali S. De Sandrinelli, Trieste
 - Istituto d'Arte Nordio, Trieste
 - Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri Zois, Trieste
 - Istituto Tecnico Industriale Volta, Trieste
 - Istituto Tecnico Nautico T.di Savoia duca di Genova, Trieste

Provincia di Gorizia

- Scuole Medie
 - Giovanni Pascoli, Cormons
 - Francesco Uldarico della Torre, Gradisca d'Isonzo
 - Giovanni Randaccio, Monfalcone
 - Filippo Corridoni, Fogliano Redipuglia
 - Dante Alighieri, San Canzian D'Isonzo
 - In lingua slovena, Doberdò del Lago
 - Vittorio Locchi, Gorizia
- Scuole Superiori
 - Liceo Classico P. Trubar, Gorizia
 - Istituto Magistrale S. Gregoric, Gorizia
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali R.M. Cossar, Gorizia
 - Istituto Professionale per l'Industria e le attività Marinare IPSIAM, Monfalcone
 - Liceo Linguistico Europeo P. D'Aquileia, Gorizia
 - Istituto Tecnico Industriale G. Marconi, Gradisca D'Isonzo
 - Istituto Tecnico per il Turismo, Monfalcone

Provincia di Udine

- Scuole Medie
 - Giovanni XXIII, Tarvisio
 - Generale Cantore, Gemona del Friuli
 - G.F. da Tolmezzo, Tolmezzo
 - Collegio delle Dimesse, Udine
 - I. Stellini, San Pietro al Natisone
 - G.B. Tiepolo, Pagnacco
 - M.L. King, Sedegliano
 - Giovanni XXIII, Tricesimo
 - C. Percoto, Pavia di Udine
 - E. Feruglio, Tavagnacco
 - A. Angeli, Tarcento
 - E. Ursella, Buia
 - I.Nievo, Lestizza
 - Tiepolo Marconi, Udine
 - Valussi, Udine
 - Ellero, Udine
 - Divisione Julia, Manzano
 - G. Bianchi, Codroipo
 - Elvira e Amalia Piccoli, Cividale del Friuli
 - G.D. Bertoli, Pasian di Prato
 - C. Cavour, Palazzolo dello Stella
 - G. Marconi, Rivignano
 - T.Marzuttini, Gonars
 - P. Gaspari, Latisana
 - U. Pellis, Aquileia
- Scuole Superiori
 - Liceo Classico, Cividale del Friuli
 - Istituto Magistrale C. Percoto, Udine
 - Istituto Magistrale Uccellis, Udine
 - Liceo Scientifico, Cividale del Friuli
 - Liceo Scientifico G. Marinelli, Udine
 - Liceo Scientifico G. Marinelli, Codroipo
 - Gaspare Bertoni, Udine
 - Liceo Scientifico A. Malignani, Udine
 - Liceo Scientifico N. Copernico, Udine
 - Istituto Professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente S.Sabatini, Codroipo
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali S. Stringher, Udine
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato G. Ceconi, Udine
 - Istituto d'Arte G. Sello, Udine
 - Istituto Tecnico Agrario, P:D'Aquileia, Cividale del Friuli
 - Istituto Tecnico Commerciale A. Zanon, Udine
 - Istituto Tecnico Commerciale Deganutti, Udine
 - Istituto Tecnico Industriale Malignani, Udine
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato Malignani, San Giorgio di Nogaro
 - Istituto Tecnico Industriale, Latisana
 - Istituto Tecnico Industriale Malignani, Cervignano del Friuli
 - Istituto Tecnico per il Turismo, Lignano Sabbiadoro

Provincia di Pordenone

- Scuole Medie
 - Vendramini, Pordenone
 - E. Fermi, Sesto al Reghena
 - Italo Svevo, Fontanafredda
 - C. Costantini, Pasiano di Pordenone
 - Scuola Media, Caneva
 - Dante Alighieri, Fiume Veneto
 - E. da Valvason, Valvasone
 - G. Zanella, Porcia
 - Scuola Media, San Quirino
 - Bernardino Partenio, Spilimbergo
 - Leonardo Da Vinci, Cordenons
 - Amalteo Pomponio Tommaseo, San Vito al Tagliamento
 - Ex Terzo Drusin, Pordenone
 - Giuseppe Lozer, Pordenone
 - Pier Paolo Pasolini, Pordenone
 - Ippolito Nievo, Sacile
- Scuole Superiori
 - Istituto Magistrale G.A. Pujati, Sacile
 - Liceo Scientifico E. Majorana, Pordenone
 - Liceo Scientifico M. Grigoletti, Pordenone
 - Liceo Scientifico Le Filandiere, San Vito al Tagliamento
 - Istituto Professionale per i servizi Commerciali e Turistici, Pordenone
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato G. Freschi, San Vito al Tagliamento
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato, Brugnera
 - Istituto Tecnico per Geometri S. Pertini, Pordenone
 - Istituto Tecnico Commerciale P. Sarpi, San Vito al Tagliamento
 - Istituto Tecnico Industriale Kennedy, Pordenone
 - Istituto Tecnico per il Turismo, Pordenone

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) e 2010 (Cavallo, 2013; Lazzeri, 2013). Ulteriori informazioni sulla ricerca sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.org> e <http://www.hbsc.unito.it>.

Nella nostra regione la raccolta dati HBSC del 2013-2014 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 regionale, 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 Friuli Venezia Giulia, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

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

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale, parzialmente integrato da alcune domande 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 appartenenza del campione di ragazzi con l'obiettivo di migliorare l'analisi e la comprensione dei dati raccolti sui giovani studenti.

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

1.2 Descrizione del campione

In Friuli Venezia Giulia (Tabella 1.1) hanno aderito 174 classi su 181 selezionate (96%). La rispondenza è risultata simile per ogni fascia di età.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	60	58	96.7
Classe terza media	60	58	96.7
Classe seconda superiore	61	58	95.1
Totale	181	174	96.1

Il campione studiato è composto da 1394 ragazzi (52%) e 1280 (48%) ragazze (Tabella 1.2). La risposta del campione non si mantiene costante nelle tre fasce di età, infatti si passa dal 50,5% di maschi vs 49,5% di femmine per gli undicenni a 53,7% vs 46,3% per i tredicenni fino al 52,5% vs 47,5% per i quindicenni.

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	37.0%	39.5%	38.2%
	516	506	1022
13 anni	34.9%	32.8%	33.9%
	487	420	907
15 anni	28.0%	27.7%	27.9%
	391	354	745
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	1394	1280	2674

Dalla Tabella 1.3 è possibile osservare come la percentuale di ragazzi nati all'estero è simile al variare dell'età pur assistendo ad una lieve inflessione tra gli undicenni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nato in Italia	95.1%	94.9%	94.4%
	970	861	702
Nato all'estero	4.9%	5.1%	5.6%
	50	46	42
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	1020	907	744

Per quanto riguarda i genitori (Tabella 1.4) si osserva, con il diminuire dell'età, un aumento di entrambi i genitori stranieri: 9,6% per gli undicenni rispetto a 7,1% per i quindicenni.

Tabella 1.4: Composizione del campione per nascita in Italia dei genitori ed età

	11 anni	13 anni	15 anni
Entrambi i genitori nati in Italia	78.5%	77.1%	79.3%
	798	697	589
Almeno un genitore nato all'estero	11.9%	13.8%	13.6%
	121	125	101
Entrambi i genitori nati all'estero	9.6%	9.1%	7.1%
	98	82	53
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	1017	904	743

Per un confronto con i dati regionali 2010

La partecipazione delle scuole alla rilevazione 2014 è risultata lievemente inferiore rispetto all'anno scolastico 2010: hanno aderito il 96% delle scuole rispetto al 99% della rilevazione precedente.

Da segnalare inoltre una riduzione della percentuale di ragazzi nati all'estero tra la prima (2010) e la seconda (2014) rilevazione: quest'anno gli undicenni stranieri sono 4,9% rispetto a 8,5% nel 2010. Interessante tuttavia notare che fra gli undicenni ci sono 98 genitori nati all'estero mentre ben la metà dei loro figli è nata in Italia.

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.

Cavallo F., Giacchi M., Vieno A., Galeone D., Tomba A., Lamberti A., Nardone P., Andreozzi S. (a cura di) (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 13/5).

Lazzeri G., Giacchi M.V., Dalmaso P., Vieno A., Nardone P., Lamberti A., Spinelli A., Cavallo F. HBSC 2010 Group (2013). The methodology of the Italian HBSC 2010 study (Health Behaviour in School-aged Children). *Annali Igiene*, 25:225-33.

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, 1995; Claes, 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 delle

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 d'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 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, 2002; Coley, 1998; 2001; Griffin, 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 per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

Dall'analisi della Tabella 2.1 emerge che la maggioranza dei ragazzi/e (80,7%) dichiara di vivere in un contesto familiare nucleare con entrambi i genitori (con e senza nonni). Non sono pochi tuttavia quelli che riportano come contesto familiare principale una famiglia monogenitoriale (14,3%); si tratta quasi interamente di famiglie non allargate che fanno perno sulla figura materna (12,6%) rispetto a quella paterna (1,7%); se a queste si sommano i casi di famiglie ricostituite (materna o paterna) si ha complessivamente il 17,1% di casi nei quali i genitori naturali sono separati.

Tabella 2.1: Tipologia di famiglia per numero assoluto di intervistati e percentuale

Tipo di famiglia	%	(N)
Madre e padre, no altri adulti	67.4%	1738
Madre e padre, più uno o due nonni	13.3%	342
Solo madre (con o senza nonni)	12.6%	326
Solo padre (con o senza nonni)	1.7%	44
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.8%	72
Solo nonni (uno o due)	0.7%	18
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.5%	39
Totale	100.0%	2579

Dalla Tabella 2.2 emerge che il 19,3% dei ragazzi è figlio unico mentre l'80,7% ha almeno un fratello.

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	%	(N)
Figli unici	19.3%	498
1 fratello o sorella	59.0%	1519
2 o più fratelli o sorelle	21.6%	557
Totale	100.0%	2574

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 d'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, 1999a; 1999b; Claes, 2005).

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. Da una parte è stato infatti dimostrato come la qualità della relazione con i genitori sia associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti; ad esempio relazioni difficili con i genitori sono associate a maggiore probabilità di adozione di comportamenti di consumo di sostanze tra i ragazzi (Zambon, 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, 2006; Santinello, 2005) e, in particolare, rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (Field, 2001), a comportamenti antisociali (Ardelt, 2002; Garnefski, 2000; Vieno, 2009), alla scarsa autostima (Lanz, 1999a), a problemi scolastici (Glaskow, 1997). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo grado di 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 le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta a questa domanda erano distribuite su una scala da "molto facile" a "non ho o non vedo questa persona".

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.

Questi dati mostrano che il dialogo con le madri è sempre "molto facile" più che con i padri e con valori in diminuzione al crescere dell'età (a 11 anni il 51,2% trova molto facile parlare con la madre contro il 32,9% che trova molto facile parlare con i padri; a 13 anni il 34,7% contro il 19,8%; a 15 anni il 22,8% contro il 12,5%). All'estremo opposto, il dialogo "molto difficile" presenta un andamento inverso, nel senso che i valori più elevati si riscontrano per i padri e aumentano col progredire dell'età (a 11 anni il 4,1% trova molto difficile parlare con le madri contro il 9,4%, che trova molto difficile parlare con i padri; a 13 anni il 6,4% contro il 14%; a 15 anni il 9,3% contro il 17,1%).

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	32.9%	19.8%	12.5%
	331	178	92
Facile	35.7%	38.3%	37.0%
	360	344	273
Difficile	18.7%	25.2%	28.7%
	188	226	212
Molto difficile	9.4%	14.0%	17.1%
	95	126	126
Non ho o non vedo mai questa persona	3.3%	2.7%	4.7%
	33	24	35
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	1007	898	738

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	51.2%	34.7%	22.8%
	511	310	167
Facile	31.8%	40.6%	44.9%
	318	363	329
Difficile	11.7%	17.2%	22.1%
	117	154	162
Molto difficile	4.1%	6.4%	9.3%
	41	57	68
Non ho o non vedo mai questa persona	1.2%	1.0%	1.0%
	12	9	7
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	999	893	733

Sommando le risposte “molto facile” e “facile”, parlare con il padre, e dividendo per genere, si vede come sia più facile per i ragazzi parlare con il padre rispetto alle ragazze in tutte le fasce di età, con la consueta diminuzione con la crescita (Figura 2.1).

Sommando le risposte “molto facile” e “facile” parlare con la madre, e dividendo per genere, si vede come le differenze fra ragazzi e ragazze siano molto piccole a 11, 13 e 15 anni. C'è la consueta diminuzione con la crescita, anche se molto meno marcata rispetto al dialogo con il padre (Figura 2.2).

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

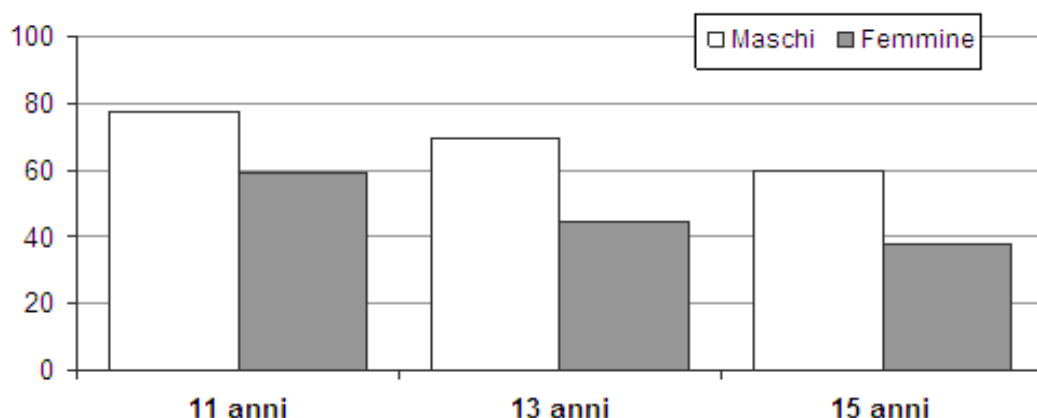
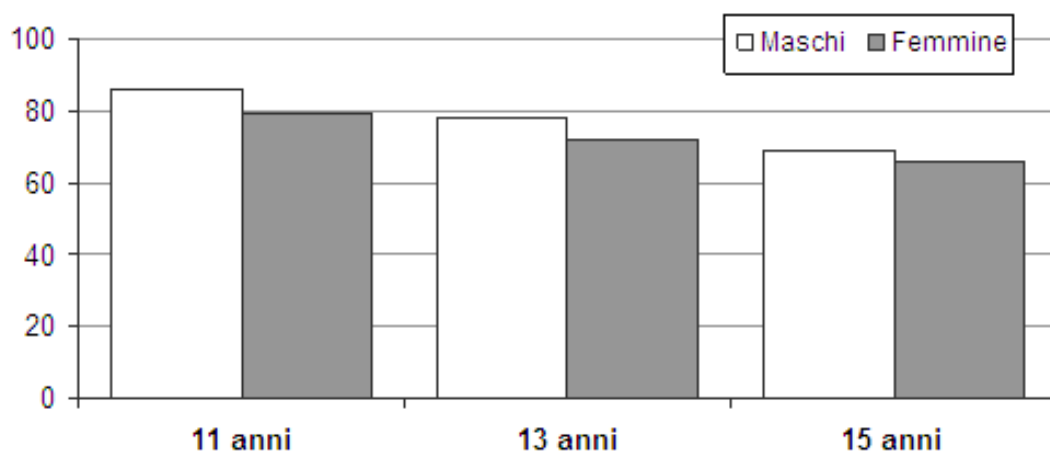


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di

agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze) con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare) (Currie, 1997). Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);

- 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 da "Molto bene" a "Per niente bene".

Nelle tabelle a seguire si possono osservare i risultati, distinti per alcuni indicatori utilizzati. Nella Tabella 2.5 si nota che la frequenza del livello economico alto (FAS = 6-7) è quella più elevata (46,4%), rispetto a quello medio (44,1%) e a quello basso (9,5%).

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

FAS basso (0-3)	9.5%	251
FAS medio (4-5)	44.1%	1168
FAS alto (6-7)	46.4%	1229
Totale	100.0%	2648

Il livello di istruzione dei genitori, considerato indicativo dello status sociale della famiglia, è descritto nella Tabella 2.6, la quale evidenzia che complessivamente una buona percentuale di genitori ha un livello alto di istruzione (in possesso del diploma di maturità superiore e/o di laurea), in particolare, il 54,1% delle madri e il 44,5% dei padri.

Tabella 2.6: Livello di istruzione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
Licenza elementare	1.2%	1.7%	1.1%	1.1%	0.6%	1.0%
	11	15	8	10	5	7
Licenza media	7.7%	17.5%	20.3%	6.1%	12.1%	17.3%
	73	153	146	53	102	124
Scuola professionale	6.8%	14.3%	19.2%	6.6%	12.1%	13.0%
	65	125	138	58	102	93
Maturità	16.5%	28.8%	33.6%	19.7%	35.4%	42.5%
	157	252	242	173	298	304
Laurea	18.7%	18.3%	17.5%	22.4%	23.3%	19.0%
	178	160	126	196	196	136
Non so	49.1%	19.3%	8.3%	44.1%	16.4%	7.1%
	466	169	60	386	138	51
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	950	874	720	876	841	715

Per un confronto con i dati regionali 2010

Rispetto alla rilevazione 2010 non si riscontrano differenze significative nel contesto familiare in cui vivono i ragazzi. Si nota invece un numero inferiore di figli unici, 19,3% contro 24,6% della precedente rilevazione. Inoltre, rispetto alla precedente rilevazione lo status socio economico delle famiglie è leggermente diminuito infatti le frequenze dei livelli economici alto e medio si sono abbassate e avvicinate tra loro (46,4% e 44,1% contro 53,6% e 37,5% del 2010). Anche il livello medio di istruzione dei genitori è leggermente calato rispetto al 2010. Pur restando alto il numero di genitori in possesso del diploma di maturità o della laurea, la percentuale delle madri con livello di istruzione elevato è passata dal 66,1% del 2010 al 54,1% della presente rilevazione e la situazione appare simile e più marcata per i padri che son passati dal 60,5% al 44,5%.

2.5 Conclusioni

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

Rispetto alla struttura familiare, si conferma la netta prevalenza di nuclei in cui sono presenti entrambi i genitori, con o senza altre figure parentali. Non è tuttavia possibile trascurare il fatto che le situazioni alternative rappresentano ormai un 17% circa delle realtà in cui vivono e crescono i ragazzi; realtà assodate, di cui occorre tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali, in quanto situazioni a rischio di svantaggio economico e sociale.

La qualità della relazione con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende a ridursi con l'età, risultando più bassa fra i quindicenni che fra i tredicenni e gli undicenni. Ciò indica che a tutt'oggi, nonostante negli ultimi anni il rapporto

genitori-figli sia caratterizzato da un dialogo aperto, la fase adolescenziale, rispetto ai periodi precedenti, presenta maggiori difficoltà di relazioni con i genitori, in quanto rappresenta la fase evolutiva in cui inizia il distacco dalla famiglia, per avvicinarsi ad altri gruppi. Considerando il rapporto genitori/figli sotto il profilo di genere è emerso che in tutte le età considerate le ragazze hanno più frequentemente difficoltà a parlare con il padre rispetto ai ragazzi. Con la madre, invece, non vi sono differenze significative di genere indicando come all'interno del nucleo familiare la madre è il principale riferimento di sostegno emotivo.

Per quanto riguarda la situazione socio-economica, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-alte, seppur in presenza di situazioni di disagio (9,5%). Anche di questi dati occorre tenere conto nell'organizzazione delle politiche di sostegno alle famiglie, per l'importanza che lo status socioeconomico esercita sullo stato di salute presente e futuro dei giovani.

Bibliografia capitolo 2

- AAVV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Firenze, Istituto degli Innocenti.
- 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: 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*. Milano, Rizzoli.
- Carrà 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*, 61:603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf 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*. Milano, Cortina.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Torino, Claudiana Editrice.
- 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*, 16:23-30.

- 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, 2007).

Il coinvolgimento e il legame con la scuola stanno 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, 2009), le caratteristiche del gruppo dei pari che frequenta e la partecipazione alle diverse attività scolastiche (Crosnoe, 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, 2005; 2007). In particolare, il senso di appartenenza alla comunità scolastica risulta essere associato a 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, 2003). Infatti, gli aspetti organizzativi di ordine strutturale e 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 in maniera più o meno diretta al benessere individuale (Vieno, 2005).

In questo senso, le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente (Crosnoe, 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: Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza rispetto ai bisogni

	La scuola avrebbe bisogno di un restauro	Cortile in buone condizioni	Palestra in buone condizioni	Classi specializzate ben attrezzate	Riparazioni fatte in tempi ragionevoli	Bagni in buone condizioni	Ventilazione e riscaldamento funzionano bene	Scuola accessibile a persone disabili	Classi adatte ai bisogni di insegnanti e studenti	Presenza di strumenti multimediali	Temperatura in classe appropriata
D'accordo	8.3%	72.7%	73.8%	49.5%	67.5%	75.7%	72.8%	93.6%	73.4%	65.3%	70.1%
	56	72	73	49	66	75	72	89	69	64	68
Disaccordo	6.5%	25.3%	22.2%	47.5%	32.5%	24.3%	26.2%	5.3%	26.6%	34.7%	29.9%
	35	25	22	47	32	24	26	5	25	34	29
Non saprei	2.1%	1.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Risorsa non presente	3.1%	1.0%	3.0%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	3	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	96	99	99	99	98	99	99	95	94	98	97

Secondo i dirigenti scolastici la maggior parte delle scuole (circa il 72%) presenta risorse strutturali adeguate sebbene solo la metà delle scuole abbia classi specializzate attrezzate e il 65% strumenti multimediali da utilizzare per la didattica. Inoltre quasi 6 dirigenti su 10 pensano che la scuola avrebbe bisogno di un restauro e quasi 1 dirigente su 3 pensa che le riparazioni siano fatte in tempi troppo lunghi.

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

	Competenze di tipo nutrizionale	Competenze rispetto ad attività fisica e sport	Abilità nel Prevenire violenza e bullismo	Competenza nella prevenzione di abuso di sostanze
Sì abitualmente	48.5% 48	84.7% 83	52.5% 52	42.3% 41
Sì di tanto in tanto	48.5% 48	14.3% 14	45.5% 45	53.6% 52
No	3.0% 3	1.0% 1	2.0% 2	4.1% 4
Totale	100,00 99	100,00 98	100,00 99	100,00 97

Le misure di promozione della salute adottate abitualmente (Tabella 3.2) riguardano per l'85% la promozione dell'attività fisica e dello sport, seguite da prevenzione di violenza e bullismo (52%) e da prevenzione dell'abuso di sostanze (42%). Meno della metà delle classi lavora sull'educazione alla corretta alimentazione e nutrizione.

Tabella 3.3: Frequenza del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola

	Sviluppo politiche o regole scolastiche	Organizzazioni contesto fisico	Sviluppo misure promozione salute	Pianificazione eventi scolastici	Insegnamento in classe	Studenti informati sulle decisioni	Le opinioni degli studenti vengono considerate	Gli studenti hanno voce in capitolo nelle decisioni
Spesso	69.4% 68	22.3% 22	48.4% 48	47.5% 47	37.0% 36	93.9% 92	81.8% 81	81.8% 81
Raramente	27.5% 27	63.6% 63	46.5% 46	48.5% 48	60.9% 59	6.1% 6	18.2% 18	18.2% 18
Mai	3.1% 3	14.1% 14	5.1% 5	4.0% 4	2.1% 2	0.0% 0	0.0% 0	0.0% 0
Totale	100.0% 98	100.0% 99	100.0% 99	100.0% 99	100.0% 97	100.0% 98	100.0% 99	100.0% 99

Nella maggior parte dei casi i dirigenti scolastici pensano che i ragazzi siano informati sulle decisioni prese all'interno della scuola (94%), che abbiano voce in capitolo sulle decisioni da prendere (82%) e che le loro opinioni vengano considerate (82%) in ambito decisionale. I ragazzi sono invece molto meno coinvolti quando si tratta di sviluppare misure di promozione alla salute (48%), partecipare alla pianificazione dell'insegnamento in classe (37%) e nella riorganizzazione del contesto fisico della scuola (22%).

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

	Tensioni razziali/etniche	Immondizie, rifiuti, vetri rotti	Spaccio, consumo di droghe o abuso di alcol	Violenze, vandalismo di gang	Traffico eccessivo	Abitazioni e edifici dismessi o abbandonati	Criminalità
Problema rilevante	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	3.1%	2.1%	1.0%
	1	1	2	2	3	2	1
Problema moderato/lieve	41.2%	37.5%	73.5%	32.0%	57.1%	27.9%	48.0%
	40	36	72	31	56	27	46
Problema non presente	56.8%	61.5%	16.3%	60.7%	39.8%	64.8%	43.7%
	55	59	16	59	39	63	42
Non so	1.0%	0.0%	8.2%	5.2%	0.0%	5.2%	7.3%
	1	0	8	5	0	5	7
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	97	96	98	97	98	97	96

All'esterno della scuola, secondo i dirigenti scolastici (Tabella 3.4), non esistono problemi rilevanti mentre lo spaccio/consumo di sostanze, il traffico eccessivo e la criminalità vengono considerati problemi moderati/lievi (73%, 57% e 48% rispettivamente). Per esprimere le loro lamentele (Tabella 3.5) gli studenti possono usufruire di ore di ufficio che la scuola mette a loro disposizione (87%) o, meno frequentemente di indagini (54%).

Tabella 3.5: Modalità per esprimere lamentele nell'ambito della scuola

	Cassetta suggerimenti, proposte	Homepage, forum, blog	Ore ufficio	Indagini su studenti
Presente	14.0%	19.6%	87.4%	53.8%
	13	18	83	50
Non presente	86.0%	80.4%	12.6%	46.2%
	80	74	12	43
Totale	100%	100%	100%	100%
	93	92	95	93

Tabella 3.6: Valutazione dell'adeguatezza del quartiere in cui opera la scuola

	Luoghi d'incontro cittadini	Luoghi d'incontro giovani	Luoghi attività sportive	Trasporti pubblici	Pulizia
Adeguito	57.6%	46.4%	70.1%	75.8%	89.4%
	57	46	68	75	76
Inadeguato	42.4%	53.6%	29.9%	24.2%	10.6%
	40	53	29	24	9
Totale	100%	100%	100%	100%	100%
	99	99	97	99	85

Il quartiere in cui opera la scuola (Tabella 3.6) è, nella maggior parte dei casi pulito ma solo nella metà dei casi sono presenti luoghi d'incontro per cittadini e giovani. Dalla Tabella 3.7 si evince che in circa 6 scuole su 10 ci sono nel quartiere associazioni che operano nel sociale e sono presenti attrezzature per iniziative culturali, ma sono molto poche le attrattive serali (23%), le attività per i bambini (37%) e i punti di ritrovo per giovani (36%).

Tabella 3.7: Valutazione delle attività e delle manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola

	Molte attrattive serali	Molte manifestazioni culturali	Attrezzature per iniziative culturali	Attività di svago per bambini	Punti di ritrovo per giovani	Molte associazioni che operano nel sociale
D'accordo	23.2%	43.8%	58.6%	37.4%	36.4%	59.2%
	23	43	58	37	36	58
Né in accordo, né in disaccordo	16.2%	13.3%	11.1%	22.2%	12.1%	19.4%
	16	13	11	22	12	19
In disaccordo	60.6%	42.8	30.3%	40.4%	51.5%	21.4%
	60	42	30	40	51	21
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	99	98	99	99	99	96

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, 2004; Vieno, 2007). Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata a un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola (Zimmer-Gembeck, 2007), è predittiva della motivazione in classe, così come dell'adattamento comportamentale e scolastico (Hamre, 2001). Alcuni studi longitudinali (Skinner, 1998) evidenziano, 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, 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, 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, 2009).

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro di esprimere il proprio grado di accordo rispetto alle seguenti affermazioni: "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", "Ho molta fiducia nei miei insegnanti" e "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono".

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
D'accordo	75.7%	63.7%	37.4%	61.0%
	769	575	279	1623
Né d'accordo né in disaccordo	17.8%	25.8%	40.9%	27.0%
	181	233	304	718
Non d'accordo	6.5%	10.5%	21.7%	12.0%
	66	95	161	322
Totale	100%	100%	100%	100%
	1016	903	744	2663

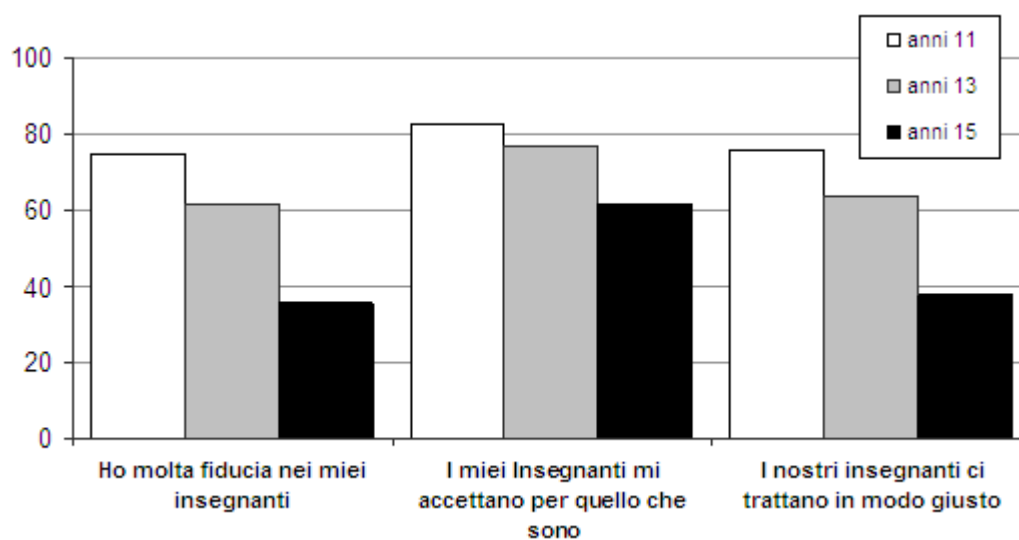
Tabella 3.11: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
D'accordo	75.0%	61.6%	35.6%	59.5%
	762	556	264	1582
Né d'accordo né in disaccordo	16.1%	26.1%	42.0%	26.7%
	164	236	312	712
Non d'accordo	8.9%	12.3%	22.4%	13.8%
	91	111	166	368
Totale	100%	100%	100%	100%
	1017	903	742	2662

Tabella 3.12: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
D'accordo	82.7%	77.1%	62.0%	75.1%
	844	696	461	2001
Né d'accordo né in disaccordo	13.2%	15.9%	25.2%	17.4%
	135	143	187	465
Non d'accordo	4.1%	7.0%	12.8%	7.5%
	42	63	95	200
Totale	100%	100%	100%	100%
	1021	902	743	2666

Figura 3.1 – Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti



Nella Tabella 3.10 sono riportate le risposte relative al grado di accordo rispetto alla prima affermazione. In complesso 6 ragazzi su 10 pensano di essere “trattati in modo giusto” ma quest’idea ha sempre meno consenso al crescere dell’età passando da più di 7 ragazzi undicenni su 10 d’accordo con l’affermazione a meno di 4 ragazzi quindicenni su 10. Lo stesso succede con le altre due affermazioni delle Tabelle 3.11 e 3.12. L’affermazione “ho molta fiducia nei miei insegnanti” trova ampio consenso (75%) tra gli undicenni mentre i quindicenni d’accordo sono solo il 36%. Più accordo in generale con l’affermazione “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono” sia fra gli undicenni (83%) che fra i quindicenni (62%). La Figura 3.1 riassume in modo chiaro questo trend: i quindicenni si fidano meno degli insegnanti e hanno scarsa fiducia anche nelle loro capacità di accettarli per quello che sono e di trattarli in modo equo.

3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

Al contrario, avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (Wentzel, 1997) e 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”. Nelle tabelle 3.13 e 3.14 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
D'accordo	69.0% 699	59.3% 536	56.3% 419	62.1% 1654
Né d'accordo né in disaccordo	22.6% 229	26.2% 237	27.4% 204	25.2% 670
Non d'accordo	8.4% 85	14.5% 131	16.3% 121	12.7% 337
Totale	100% 1013	100% 904	100% 744	100% 2661

Nel complesso, 6 ragazzi su 10 pensano che i loro compagni siano gentili e disponibili ma dalla Tabella 3.13 e dalla Figura 3.2 si nota chiaramente che, con l’aumentare dell’età, si ha una riduzione del gradimento dei compagni e che le femmine, in ogni fascia di età, sono meno d’accordo con l’affermazione.

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

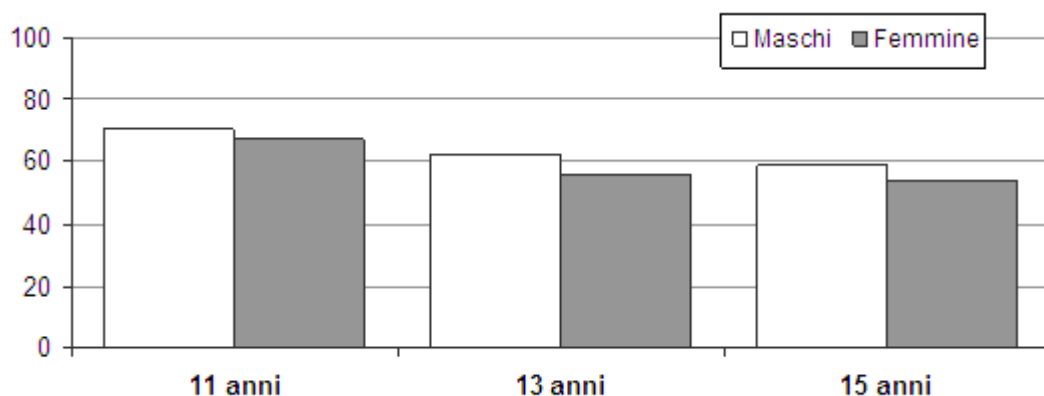
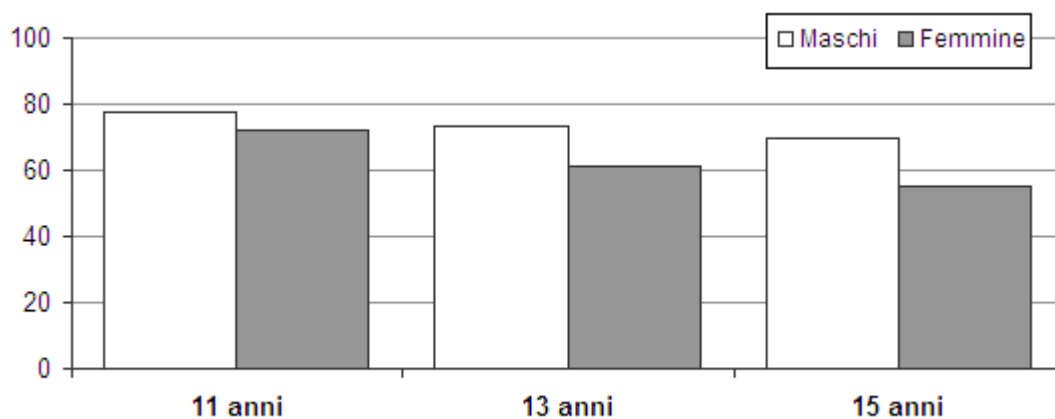


Tabella 3.14: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
D'accordo	74.8%	67.7%	62.8%	69.0%
	759	612	468	1839
Né d'accordo né in disaccordo	15.6%	18.9%	25.1%	19.4%
	159	171	187	517
Non d'accordo	9.6%	13.4%	12.1%	11.6%
	98	121	90	309
Totale	100%	100%	100%	100%
	1016	904	745	2665

Anche nella tabella 3.14 e nella Figura 3.3 assistiamo allo stesso fenomeno della domanda precedente. La maggioranza dei ragazzi (69%) pensa che i compagni lo accettano per quello che è ma c'è più diffidenza nei confronti dei compagni tra quindicenni e tra le femmine in ogni fascia d'età.

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



In questo studio, relativamente al rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola, è stato approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da “Mai” a “Più volte alla settimana”. È stato inoltre chiesto ai ragazzi se hanno mai subito atti di cyberbullismo o attraverso chat, computer, sms o bacheca (Figura 3.4.1) o con la pubblicazione online di foto (Figura 3.4.2)

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno”) negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle e figure seguenti sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	80.2%	83.1%	92.2%	84.6%
	805	747	687	2239
Una o due volte	11.8%	11.3%	5.9%	10.0%
	118	102	44	264
Due o tre volte al mese	3.4%	1.9%	0.4%	2.0%
	34	17	3	54
Una volta a settimana	1.9%	1.3%	0.5%	1.3%
	19	12	4	35
Più volte a settimana	2.8%	2.3%	0.9%	2.1%
	28	21	7	56
Totale	100%	100%	100%	100%
	1004	899	745	2648

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

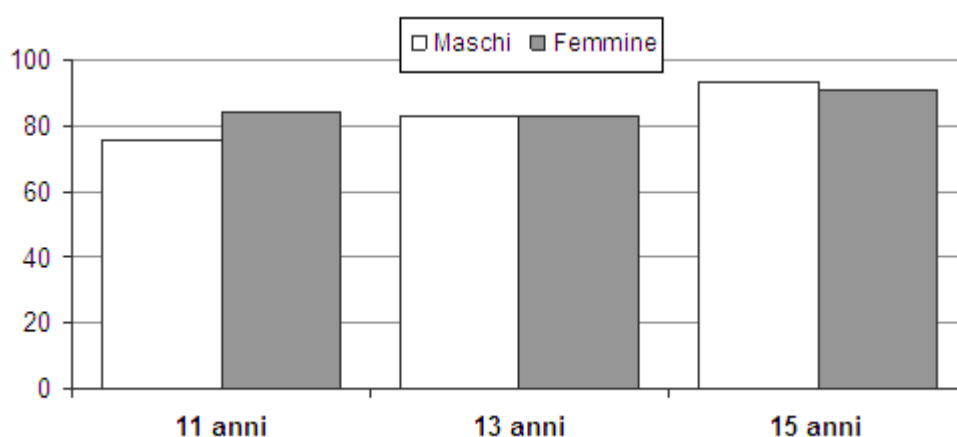


Figura 3.4.1 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso chat, computer, sms o “bacheca”, per età e genere

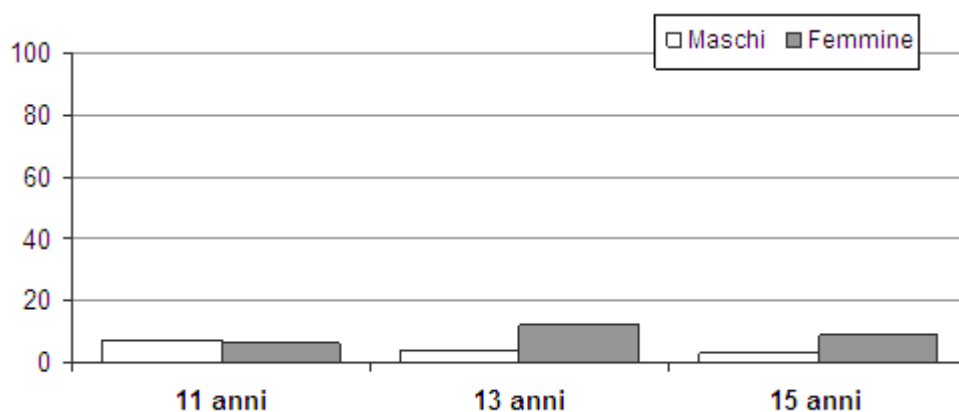


Figura 3.4.2 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso foto pubblicate online, per età e genere

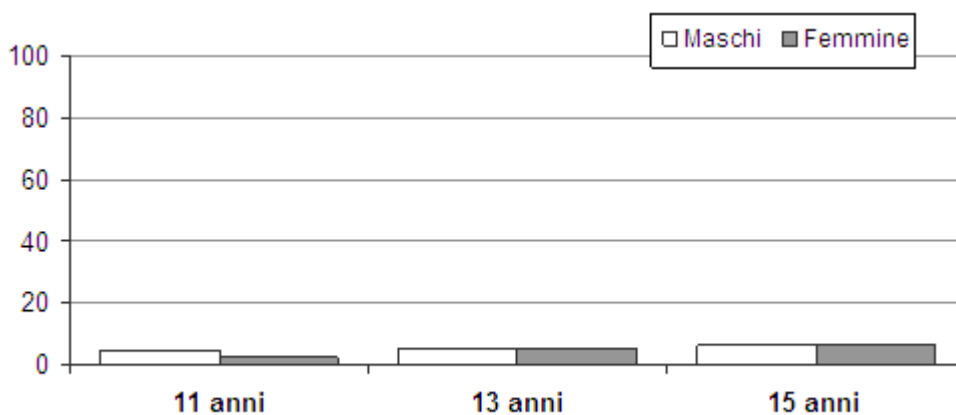


Tabella 3.16: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	73.7%	72.7%	78.1%	74.6%
	740	654	580	1974
Una volta	14.4%	15.2%	12.5%	14.2%
	145	137	93	375
Due volte	3.4%	6.3%	5.7%	5.0%
	34	57	42	133
Tre volte	2.5%	2.8%	1.3%	2.3%
	25	25	10	60
Quattro volte o più	6.0%	3.0%	2.4%	4.0%
	60	27	18	105
Totale	100%	100%	100%	100%
	1004	900	743	2647

Nella Tabella 3.15 sono riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età. La maggior parte dei ragazzi dichiara di non avere mai subito atti di bullismo sebbene il fenomeno sia maggiormente presente tra i ragazzi più piccoli e decresce con l'aumentare dell'età: l'80% degli undicenni, l'83% dei tredicenni e il 92% dei quindicenni non è mai stato oggetto di bullismo. Dalla Figura 3.4 si può osservare che le ragazze che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo a 11 anni sono in percentuale maggiore dei maschi, mentre a 15 la percentuale è invertita con le ragazze che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo in percentuale minore rispetto ai maschi. Lo stesso succede con il bullismo "digitale" (Figura 3.4.1) dove le ragazze subiscono più dei maschi soprattutto a 13 e 15 anni. Per quanto riguarda il bullismo attraverso foto pubblicate online, la situazione rimane sostanzialmente invariata tra i due sessi e per fascia di età.

La percentuale più elevata di coloro che dichiarano di essersi azzuffati almeno una volta nell'ultimo anno (Tabella 3.16) si riscontra nei tredicenni (27%) con un decremento in quelli di undici (26%) e di quindici anni (22%). Da segnalare come l'aggressività ripetuta nel tempo sia più elevata a 11 e 13 anni (rispettivamente il 6% ed il 3% dei ragazzi si è azzuffato o picchiato con qualcuno più di quattro volte in una settimana, durante gli ultimi dodici mesi).

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 come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio.

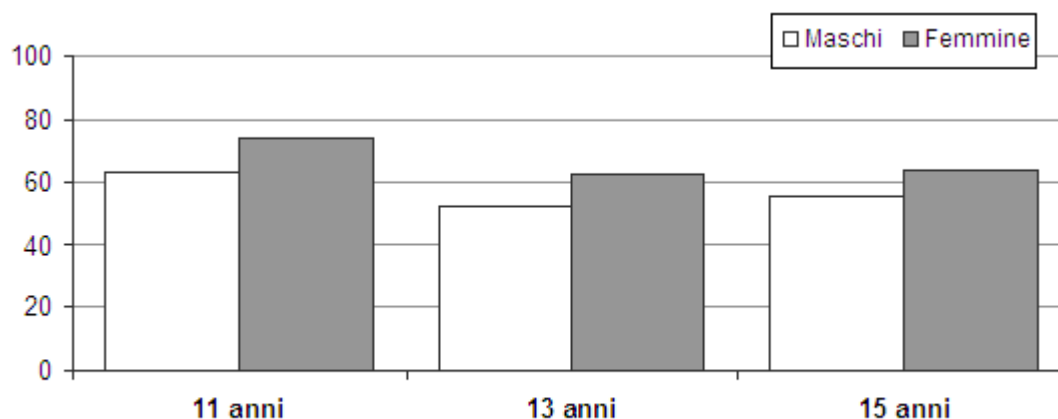
Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e grupale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità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

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

La Tabella 3.17 e la Figura 3.5 evidenziano come a 11 anni, quasi 7 ragazzi su 10 (68,6%) abbiano un buon rapporto con la scuola, tuttavia l'opinione che ha lo studente della scuola peggiora verso i 13 anni (57,4%) e, successivamente, migliora lievemente intorno ai 15 anni (59,7%). Il giudizio positivo sulla scuola risulta essere espresso maggiormente dalle femmine in ogni fascia di età.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	20.3% 206	8.2% 74	8.2% 61	12.8% 341
Mi piace abbastanza	48.3% 491	49.2% 446	51.5% 383	49.5% 1320
Non mi piace tanto	21.7% 220	29.1% 264	32.0% 238	27.1% 722
Non mi piace per niente	9.7% 99	13.6% 123	8.2% 61	10.6% 283
Totale	100% 1016	100% 907	100% 743	100% 2666

Figura 3.5 – Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, per età e genere**Per un confronto con i dati regionali 2010**

Rispetto alla precedente rilevazione, le risorse strutturali delle scuole sono rimaste pressoché invariate con un notevole miglioramento per quanto riguarda l'accesso alla scuola ai disabili, dal 69% nel 2010 al 94% nel 2014. Si sono invece ridotte le attività di promozione alla salute atte ad aumentare le competenze degli alunni su alimentazione, prevenzione del bullismo e dell'abuso di sostanze. In particolar modo quest'ultimo argomento viene affrontato meno e da 6 classi su 10 che nel 2010 hanno discusso abitualmente di prevenzione di abuso di sostanze si è passati a 4 classi su 10 nel 2014.

Dal confronto fra le due rilevazioni sembra si sia ridotto il coinvolgimento degli studenti all'organizzazione degli aspetti scolastici in tutti gli ambiti, dallo sviluppo di politiche (85% nel 2010, 69% nel 2014), all'organizzazione del contesto fisico (36% nel 2010, 22% nel 2014) all'insegnamento in classe (47% nel 2010, 37% nel 2014). Inoltre i dirigenti scolastici sembrano più preoccupati di alcune problematiche presenti nell'area in cui è situata la scuola soprattutto per quanto riguarda lo spaccio e il consumo di droga e alcool che nel 2010 era considerato un problema nel 58% dei casi e nel 2014 nel 75% delle scuole. Anche il problema delle violenze (28% nel 2010, 34% nel 2014), del traffico eccessivo intorno alla scuola (55% vs 60%) e degli edifici in abbandono (23% vs 30%) sembra essere in aumento in questi anni.

Per quanto riguarda il rapporto con gli insegnanti, è aumentata in maniera positiva la percezione che hanno i ragazzi di come sono trattati dai loro docenti. Se nel 2010 pensavano di essere trattati in modo giusto 4 ragazzi su 10, nel 2014 sono 6 su 10. ma è rimasta stabile la % dei ragazzi a cui non piace per nulla la scuola in ogni fascia di età.

Infine, da tenere monitorati gli atti di bullismo subiti dalle ragazze, anche attraverso chat e web soprattutto a 13 e 15 anni che nel 2014 sembrano essere in aumento.

3.6 Conclusioni

Il quadro strutturale scolastico è nel complesso buono con una punta di eccellenza per quanto riguarda l'accessibilità alle persone disabili, anche se emerge la necessità di intervenire con azioni di restauro in 6 scuole su 10. Continuano ad essere scarse le attività scolastiche su nutrizione e alimentazione (meno di 1 scuola su 2 dichiara di farle abitualmente) e per questo si auspica un incentivo di questo tipo di attività, prendendo tra l'altro come prioritario oggetto di intervento la distribuzione di alimenti sani a scuola e la riduzione di distributori automatici con alimenti ad elevato contenuto calorico e zuccherino.

Rispetto al coinvolgimento degli studenti all'organizzazione all'interno della scuola, è positivo che i ragazzi siano informati nelle decisioni sull'organizzazione della scuola (94%) e nell'82% dei casi siano interpellati su questo sebbene sia scarso il coinvolgimento nell'insegnamento di classe (37%) e solo 1 ragazzo su 2 è coinvolto nella pianificazione degli eventi scolastici; pare quindi ancora migliorabile l'integrazione tra gli studenti e i professori per quel che riguarda la pianificazione delle diverse attività scolastiche.

Il giudizio sulle qualità relazionali ragazzi/insegnanti dovrebbe essere lo stesso oggetto di riflessione per migliorare nel complesso il clima scolastico. Fa riflettere che aumentando l'età si riduce la fiducia che i ragazzi hanno nei loro insegnanti: i quindicenni si fidano meno degli insegnanti e hanno scarsa fiducia anche nelle loro capacità di accettarli per quello che sono e di trattarli in modo equo. Probabilmente è anche per questo che a quasi 4 ragazzi su 10 non piace tanto o per nulla la scuola. Sembra anche necessario lavorare per diminuire gli atti di bullismo segnalati da 1 ragazzo su 5 negli undicenni e da 1 su 6 nei tredicenni, anche se questo fenomeno sembra diminuire con l'età e focalizzarsi sulle ragazze che sembrano essere oggetto di bullismo più dei ragazzi soprattutto a 13 e 15 anni.

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: 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: 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49:366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8:1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.

- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Milano, Unicopli.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36: 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39:177-190.
- Wentzel K.R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K.R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K.J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

Tra i fattori caratterizzanti gli stili di vita l'attività motoria, ricreativa o sportiva, riveste un ruolo prioritario per la salute, per questo motivo l'OMS da anni dedica ampio spazio alle iniziative che promuovono l'attività fisica richiamando così l'attenzione sulla sedentarietà che genera problemi emergenti in sanità pubblica.

Le attività sedentarie sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute umana cui conseguenze sono gravi per il benessere della persona in ogni momento del proprio ciclo di vita. A maggior ragione rivestono particolare importanza nell'età evolutiva, in quanto l'organismo, l'assetto metabolico e lo stato psico-fisico affrontano una serie di modificazioni funzionali al raggiungimento di un armonico sviluppo, che peraltro è una delle condizioni fondamentali per mantenere un buono stato di salute anche da adulti (WHO, 2010 e 2011; EU Working Group, 2008)

Per comprendere come i giovani pianificano la loro giornata e gli impegni quotidiani, in questa sezione sono stati analizzati 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 telefoni cellulari e computer.

4.2 Attività fisica

Secondo l'OMS i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa (WHO,2010).

L'attività motoria, la salute e la qualità della vita risultano strettamente correlate tra loro, tant'è che la riduzione della prestazione motoria è associata all'aumento di prevalenza dell'obesità, come ulteriore fattore di rischio per la salute; a questo proposito, la letteratura scientifica internazionale evidenzia la relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta (Janssen,2007).

Come suggeriscono alcuni studi (Janssen,2009; WHO,2011), l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abituarini anche in età adulta. Combattere la sedentarietà deve divenire, quindi, una pratica costante e quotidiana, sentita e fortemente voluta dall'interessato.

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, migliora l'autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire una lunga serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura (Boreham,2001; Alfermann,2000). E' infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un

giovane dal praticare un'attività motoria regolare, si manifestano non solo nello sviluppo organico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia (EU Working Group,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”. Per attività fisica si intendono tutte quelle attività che fanno aumentare il battito del cuore come lo sport, il gioco con gli amici o muoversi a piedi verso la scuola ad esempio. Osservando la Tabella 4.1, si nota che il 3.2% degli undicenni, il 5.9% dei tredicenni e l'8.5% dei quindicenni non svolge mai attività fisica. La maggior parte pratica attività motoria da 4 a 6 giorni alla settimana, mentre la frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di sette giorni alla settimana con almeno un'ora di attività fisica è del 10%, con poche variazioni tra le diverse età.

Se mettiamo a confronto, poi, le frequenze di quanti praticano attività fisica (moderata e/o intensa) per genere (Figura 4.2), risulta evidente che i ragazzi si muovono in generale più delle ragazze.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	3.2%	5.9%	8.5%	5.6%
	32	53	63	148
1 giorno	6.8%	6.7%	9.3%	7.4%
	68	60	69	197
2-3 giorni	36.2%	33.1%	34.4%	34.6%
	364	298	255	917
Da 4 a 6 giorni	43.5%	43.3%	38.1%	42.0%
	437	389	283	1109
7 giorni	10.3%	11.0%	9.7%	10.4%
	104	99	72	275
Totale	100%	100%	100%	100%
	1005	899	742	2646

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

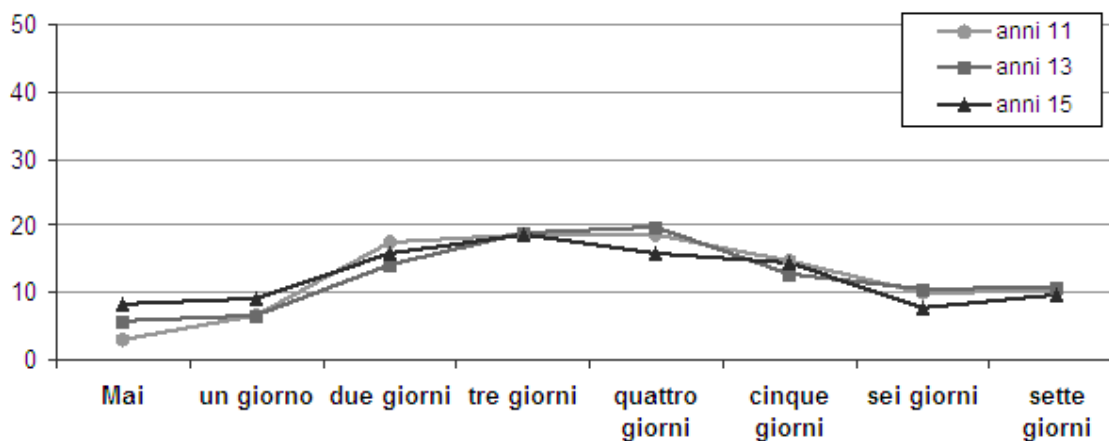
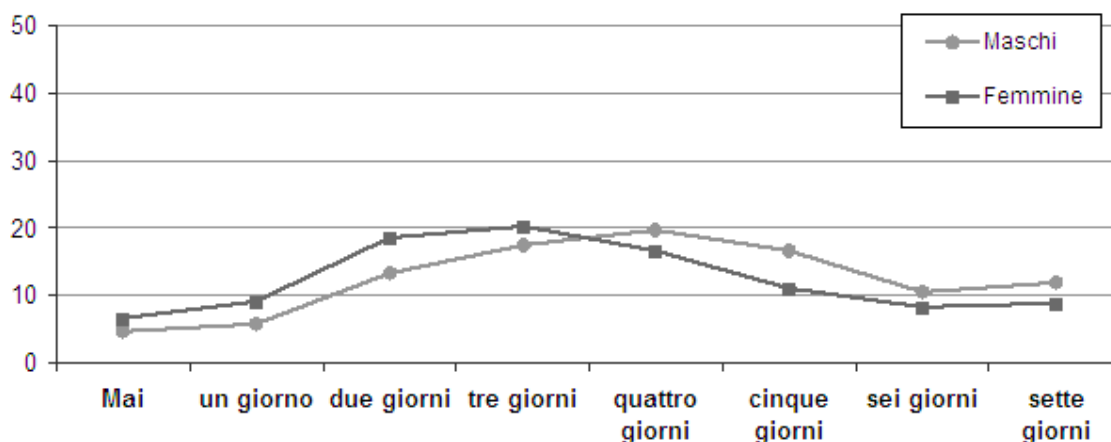
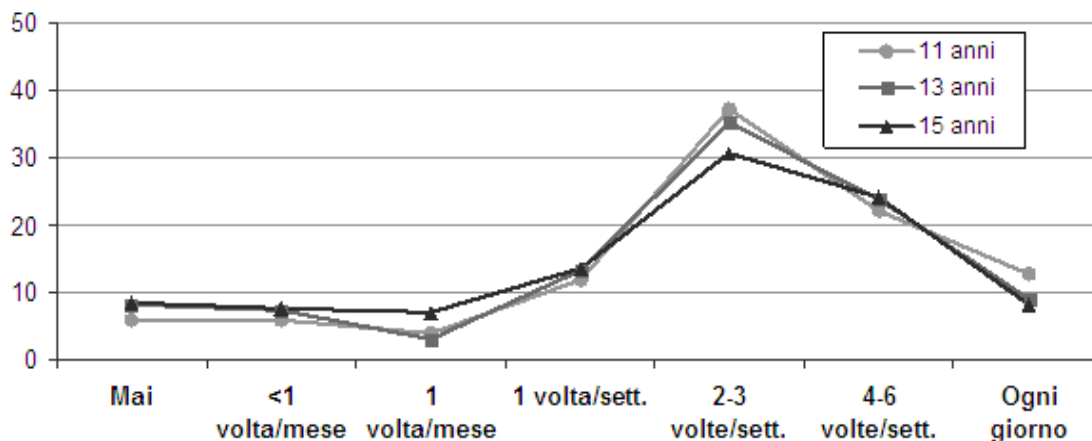


Figura 4.2 –Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



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. In tutte e tre le fasce di età, al di fuori dell'orario scolastico, le percentuali più elevate vengono riscontrate per "2-3 volte a settimana" (Figura 4.3). La quantità di attività fisica intensa sembra rimanere stabile al crescere dell'età. Valori confermati anche dai dati riportati nella tabella 4.1.

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



4.3 Comportamenti sedentari

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

Il comportamento sedentario si riferisce ad una mancanza o ad un minimo coinvolgimento in attività fisica, e ad un basso dispendio energetico (Biddle,2004). L'uso di computer e televisione

sono forme di svago passive che riducono le esigenze e le opportunità di attività fisica (CDC,2001).

Sebbene l'analisi dei dati di HBSC mostri una debole o nessuna relazione con l'attività fisica ridotta (Janssen,2005; Borraccino,2009), il comportamento sedentario risulta essere un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari indipendente dai bassi livelli attività fisica(Hume,2009).Inoltre, i comportamenti sedentari telematici sono stati messi in relazione ad altri indicatori e comportamenti nocivi per la salute come l'uso di sostanze, disturbi di salute e aggressività (Kuntsche,2006)

I suoi effetti negativi sono cumulativi nel corso dell'infanzia, con particolare rilevanza all'associazione fra aumento di peso in età adulta e utilizzo del televisore durante l'adolescenza (Parsons,2008).E' stato evidenziato che interventi mirati sul comportamento sedentario nei bambini favoriscono la riduzione del peso (DeMattia,2007).

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 a computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e week-end.

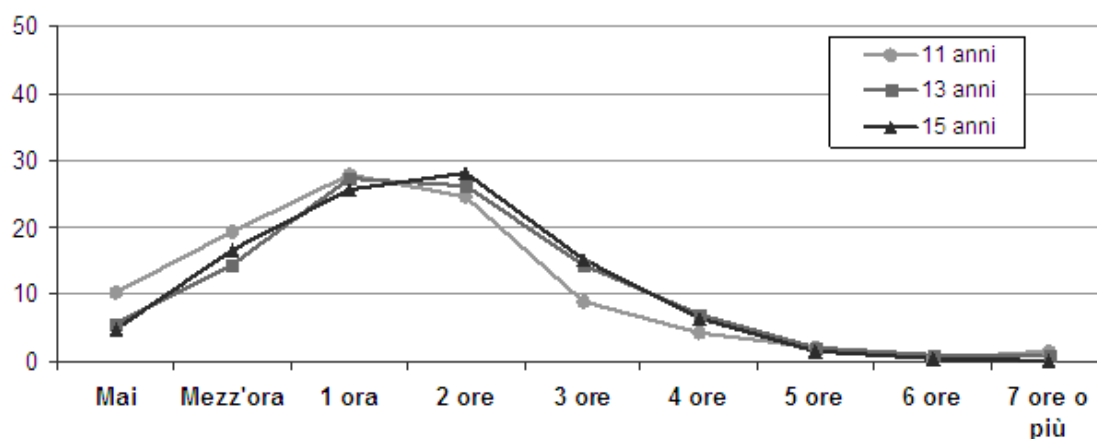
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione

Le linee guida internazionali (Committee on Public Education ,2001; UK Government,2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet). Per quanto riguarda il tempo passato davanti alla televisione, i ragazzi che superano le 2 ore di televisione al giorno sono il 17.9% a 11 anni aumentano al 26,1% a 13 per diminuire lievemente a 24.3% a 15. Il picco, in termini di frequenza percentuale, si ha intorno alle 2 ore al giorno fra i quindicenni (28,2%) e intorno a un'ora fra i più giovani (27,9 a 11 e 27.2% a 13 anni) (Tabella 4.2 e Figura 4.4). A 11 anni 1 ragazzo su 10 non guarda mai la televisione mentre a 15 anni la percentuale si dimezza.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	10.2%	5.9%	5.1%	7.2%
	104	52	37	193
≤ 2 ore	71.9%	68.0%	70.6%	70.3%
	726	615	523	1864
Da 3 a 5 ore	15.7%	23.9%	23.4%	20.7%
	158	216	174	548
6 ore o più	2.2%	2.2%	0.9%	1.8%
	22	20	7	49
Totale	100%	100%	100%	100%
	1010	903	741	2654

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



La Tabella 4.3 e le Figura 4.5 mostrano che quasi 7 ragazzi su 10 stanno ogni giorno dalla mezz'ora alle due ore davanti ad un computer, tablet o smartphone con poche differenze di età. La metà dei ragazzi utilizza questi strumenti con una frequenza giornaliera che va tra la mezz'ora all'ora. A 11 anni 1 ragazzo ogni 5 non usa mai questi strumenti mentre a 13 anni è 1 ogni 7. Per quel che riguarda le differenze di genere (Figura 4.6) si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per i videogiochi. Più del doppio delle ragazze rispetto ai ragazzi non dedica mai tempo ai giochi elettronici. Circa 1 ragazzo su 3 gioca ai videogiochi per 1 ora al giorno.

Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer, alla console, sul tablet, sullo smartphone o simili?”

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	20.8%	13.8%	17.3%	17.5%
	211	125	129	465
≤ 2 ore	67.4%	69.3%	66.1%	67.7%
	684	624	490	1798
Da 3 a 5 ore	9.1%	13.9%	13.3%	11.9%
	92	126	98	316
6 ore o più	2.7%	3.0%	3.3%	2.9%
	27	27	24	78
Totale	100%	100%	100%	100%
	1014	902	741	2657

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

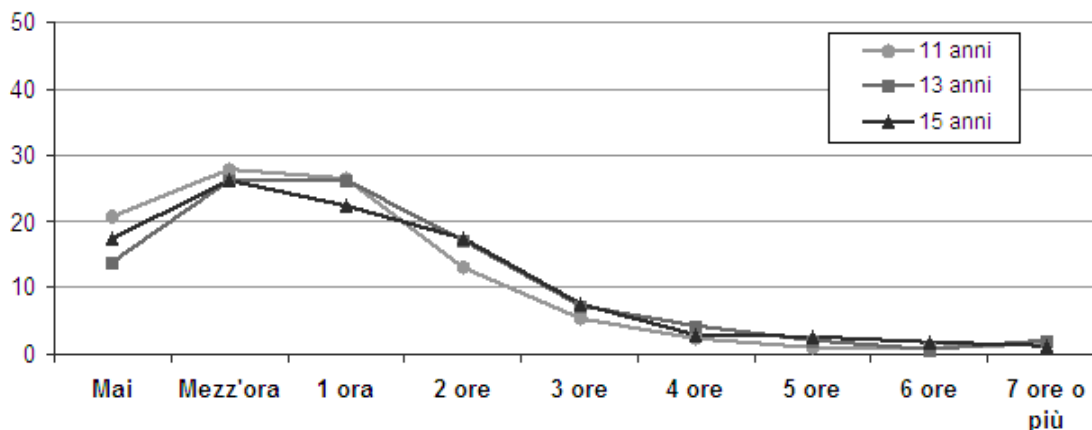
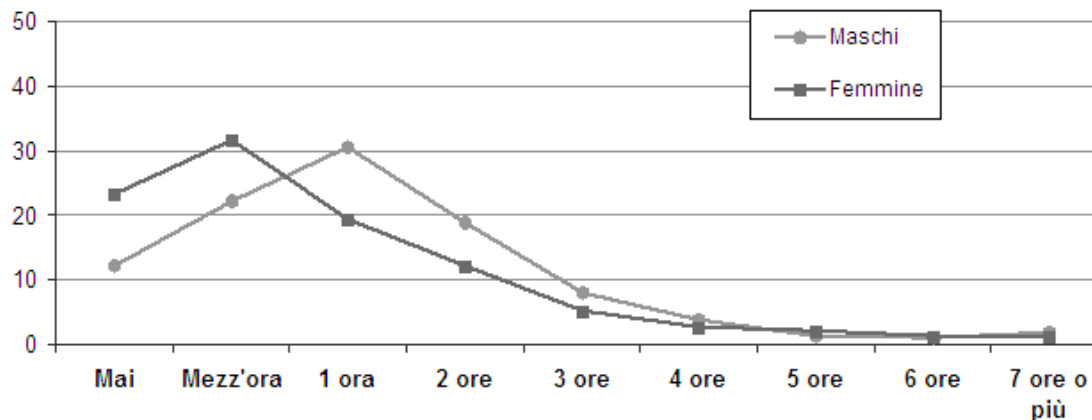


Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation, tablet, smartphone o altro), per genere



Per quanto riguarda l'utilizzo del computer per chattare, navigare su internet, scrivere e ricevere e-mail e twittare il 29% dei giovani di 11 anni non lo usa mai contro il 10% dei tredicenni e il 5% dei quindicenni (Tabella 4.4 e Figura 4.8). Gli undicenni chattano più frequentemente mezz'ora al giorno (31%) mentre il 27% dei 13 e 15enni per 1 ora al giorno. Non vi sono sostanziali differenze nel tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare, scrivere e ricevere e-mail e fare i compiti tra ragazzi e ragazze (Figura 4.7).

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	29.2%	9.6%	4.9%	15.8%
	296	87	36	419
≤ 2 ore	58.5%	68.8%	63.3%	63.3%
	593	621	468	1682
Da 3 a 5 ore	9.2%	16.8%	22.7%	15.5%
	93	151	168	412
6 ore o più	3.2%	4.8%	9.0%	5.3%
	32	44	67	143
Totale	100%	100%	100%	100%
	1014	903	741	2656

Figura 4.7 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a computer, tablet o smartphones per chattare, navigare su Internet o altro, per genere

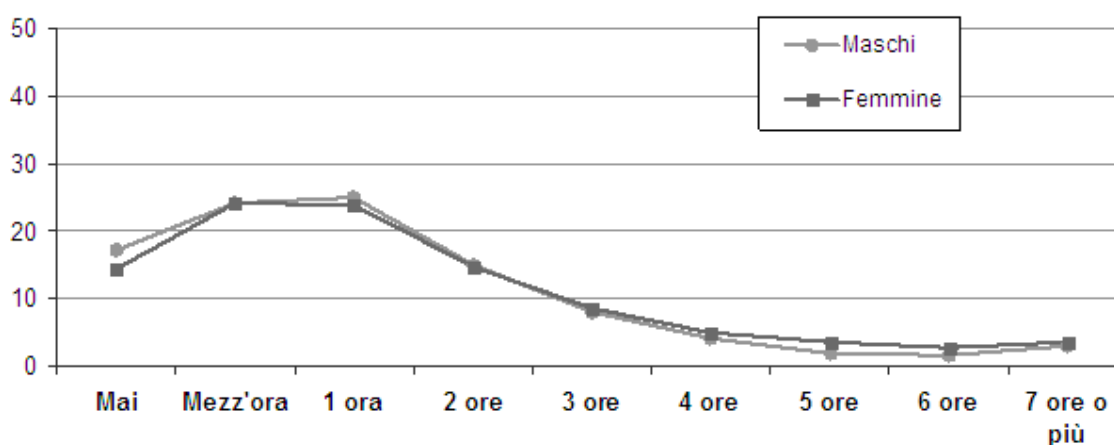
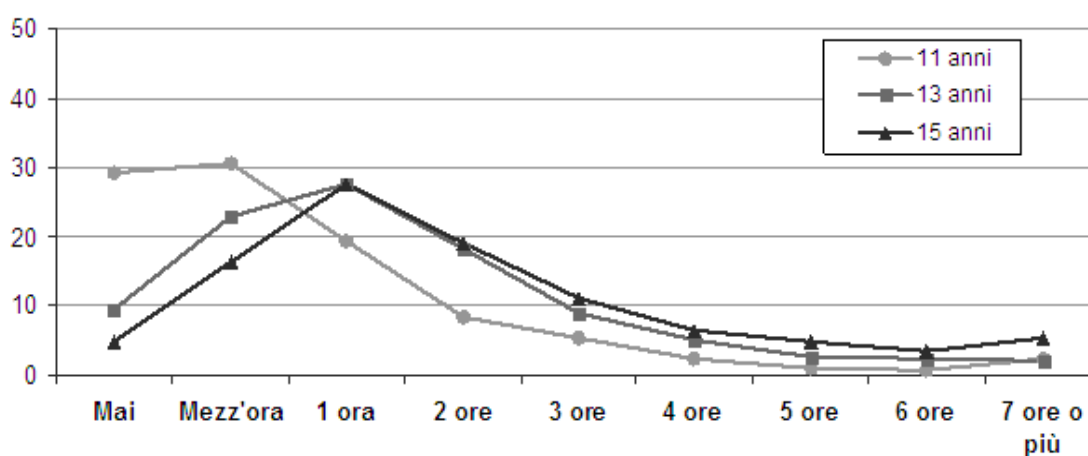


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a computer, tablet o smartphones per chattare, navigare su Internet o altro, per età



4.4 Rapporti con i pari

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

L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le comuni 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.

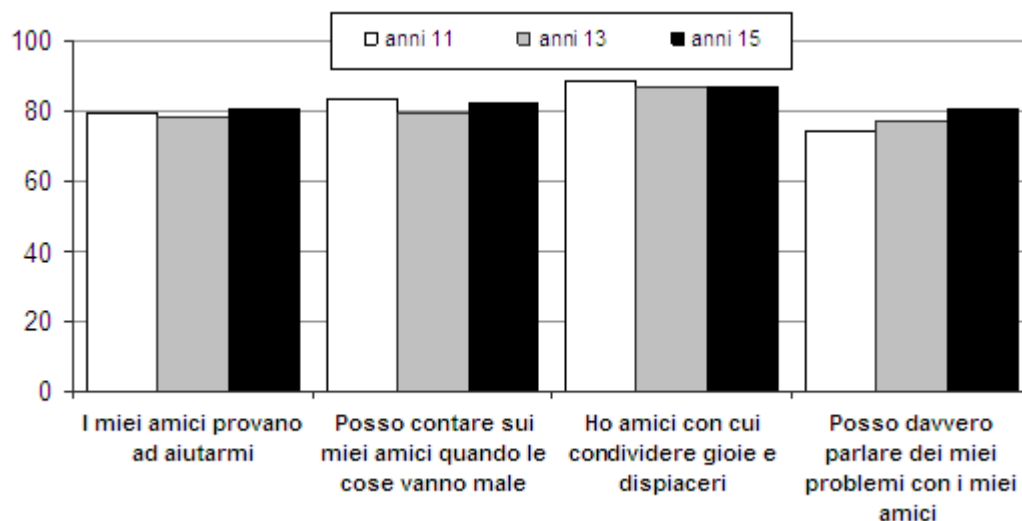
Dalla Tabella 4.5 si deduce che il mezzo prevalentemente utilizzato, in tutte le fasce di età sono i messaggi (SMS o whatsapp) con poca differenza tra le diverse età.

Tabella 4.5. Percentuale di ragazzi che ogni giorno contattano gli amici, per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Telefono, FaceTime, Skype	4.3%	1.0%	0.8%	1.8%
	22	7	5	3
SMS, WhatsApp, WeChat	58.2%	55.5%	52.5%	55.2%
	297	396	346	1039
Email	2.0%	1.4%	0.3%	1.2%
	10	10	2	22
Facebook, Gmail, Messenger	10.8%	12.6%	16.5%	13.5%
	55	90	109	254
Altri Social Network	24.7%	29.5%	29.9%	28.3%
	126	210	197	533
Totale	100%	100%	100%	100%
	510	713	659	1882

Come si deduce dalla Figura 4.9, la maggioranza dei ragazzi si fida e può contare sui propri amici. Possono parlare dei loro problemi più i quindicenni degli undicenni ma più di 8 ragazzi su 10 hanno amici con cui condividere le loro emozioni.

Figura 4.9. Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere “abbastanza d’accordo”, “d’accordo” o “molto d’accordo” con le quattro affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli amici, per età



Per un confronto con i dati regionali 2010

Rispetto alla rilevazione 2010 non si riscontrano differenze significative per quanto riguarda i livelli di attività fisica dei ragazzi, che continuano a rimanere bassi: solo 1 ragazzo su 10 raggiunge il valore raccomandato di sette giorni a settimana.

Le attività sedentarie risultano invece in aumento, se il tempo trascorso davanti alla TV è costante nelle due rilevazioni, il tempo dedicato al tablet, smartphone o il tempo dedicato a chattare sembra invece in aumento. Se nel 2010 il 35% dei ragazzi non usava mai questi strumenti digitali, nel 2014 sono la metà i ragazzi che non lo usano mai.

4.5 Conclusioni

La maggioranza dei ragazzi svolge un'attività fisica per 2-3 volte a settimana e solo 1 ragazzo su 10 raggiunge il valore raccomandato di sette giorni alla settimana. I progetti per incentivare il movimento devono anche rivolgersi in modo particolare alle ragazze che risultano essere le più sedentarie, in ogni fascia di età. Accanto a questo dato, lo studio HBSC 2014 conferma che 1 ragazzo su 4, in regione, guarda la TV oltre le due ore al giorno. Inoltre, l'utilizzo del computer, tablet o smartphone per i videogiochi e per chattare con gli amici risulta essere in aumento probabilmente perché in questi anni si è diffuso anche fra i giovani l'uso di questi dispositivi elettronici. Se 1 ragazzo su 7 li usa per giocare più di 2 ore al giorno, ben 1 ragazzo su 5 li usa per chattare più di 2 ore al dì. Tutti questi comportamenti sedentari aumentano con il crescere dell'età. Non emergono sostanziali differenze in relazione al genere per quanto riguarda l'utilizzo di chat mentre i videogiochi rimangono in abitudine prettamente maschile. Il tempo dedicato ad attività sedentarie (TV, computer, tablet, smartphone e videogiochi) è quindi consistente anche rispetto a quello dedicato all'attività motoria il che comporta parallelamente una potenziale minore opportunità di relazioni e confronti con i gruppi di pari.

Bibliografia capitolo 4.

- Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics*, 107:423-26
- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on selfconcept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65
- Biddle S.J., Gorely T., Marshall S.J., Murdey I., Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33.
- Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19:915-29
- Borraccino A., Lemma P., Iannotti R.J., Zambon A., Dalmasso P., Lazzeri G., Giacchi M. Cavallo F. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41:749–756.
- DeMattia L., Lemont L., Meurer L. (2007). Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 8:69–81
- EU Working Group “Sport and Health” (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- Hume C., Singh A., Brug J., Mechelen W., Chinapaw M. (2009). Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4:61–4
- Janssen I., Katzmarzyk P.T., Boyce W.F., Vereecken C., Mulvihill C., Roberts C., Currie C., Pickett W. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6:123–132
- Janssen I. (2007). Guidelines for physical activity in children and young people. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 32:S122–S135.
- Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40
- Kuntsche E., Pickett W., Overpeck M., Craig W., Boyce W., de Matos M.G. (2006). Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 39:908–915
- 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. *Journal of Adolescence*, 27:703-16.
- CDC (2001). Increasing physical activity (A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 50:1–14.
- Parsons T.J., Manor O., Power C. (2008). Television viewing and obesity: a prospective study in the 1958 British birth cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62:1355–63.

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 Pediatrics*, 21:9-81

U.K.

Government(2010).https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data

/file/213739/dh_128144.pdf

WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>

WHO (2011) Global Recommendations on Physical Activity for Health<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

5.1 Introduzione

Tra i fattori di rischio che concorrono in misura rilevante al diffondersi di patologie cronico-degenerative (Monteiro,2005), l'alimentazione è stata riconosciuta come uno dei principali determinanti con implicazioni dirette sulla salute. Le alterazioni della dieta hanno un forte impatto, sia in positivo sia in negativo, sulla salute nel corso di tutta la vita e possono condizionare non solo lo stato fisico attuale dell'individuo ma anche la probabilità di sviluppare, nel tempo, patologie come cancro, diabete o malattie cardiovascolari (CDC,2011). Riveste pertanto un ruolo strategico la salvaguardia dello stato di benessere degli individui attraverso la prevenzione delle patologie legate alle scorrette abitudini alimentari e agli inadeguati stili di vita. Sulla base di queste considerazioni l'OMS raccomanda di sostenere il processo di cambiamento finalizzato a contrastare i rischi legati a una scorretta alimentazione (WHO,2002; WHO,2010) e, considerando la stretta relazione tra cibo e salute, favorire l'acquisizione di sani stili di vita.

Risulta quindi fondamentale che tutti i cittadini diventino parte attiva nel processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute, e questo è tanto più vero in età evolutiva, un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di cambiamenti fisici ed emotivi. 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). Gli atteggiamenti e i comportamenti che vengono adottati in giovane età sono generalmente mantenuti anche da adulti. Per questo motivo, interventi di prevenzione primaria rivolti a questa fascia d'età, che favoriscono l'acquisizione di stili di vita salutari, risultano più efficaci (NHMRC,2013). Un giovane con un sano stile di vita avrà maggiori possibilità di divenire un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più probabilità di vivere l'età senile in buona efficienza fisica con ovvi vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario.

Nei paesi industrializzati il rischio di sovrappeso e obesità è un problema particolarmente rilevante. Si è assistito infatti negli ultimi decenni ad un deciso incremento della prevalenza dell'obesità e del sovrappeso in tutte le fasce di età (Wang,2006; Low,2009), in parte attribuibile a cambiamenti dello stile di vita sempre più sedentario e tendente a favorire il consumo di alimenti ad alto valore energetico e basso valore nutrizionale (WHO,2010). Negli ultimi anni in alcuni paesi si è iniziato a rilevare una tendenza alla stabilità, se non al decremento, dei tassi di prevalenza sia dell'obesità che del sovrappeso (Keane,2014; Orden,2013; Schmidt,2013; Lioret,2009).

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,2013; NewZeland,2012) 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) per stabilire la classe di stato nutrizionale dei ragazzi (Cole, 2000 e 2007).

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitesi nell'infanzia e nell'adolescenza (Moblely, 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 (Plutzer, 2008).

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.

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	11.3% 115	18.8% 169	20.9% 155	16.5% 439
1-2 giorni	5.2% 52	6.6% 60	7.9% 58	6.5% 170
3-4 giorni	8.2% 83	7.7% 69	7.3% 54	7.7% 206
5 giorni	75.3% 763	66.9% 603	63.9% 473	69.3% 1839
Totale	100% 1013	100% 901	100% 740	100% 2654

Nella Tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione. Si osserva che la maggioranza dei ragazzi fa regolarmente (cinque giorni a settimana) la colazione (75% a undici anni, 67% a tredici anni e 64% a quindici anni); rimane, tuttavia, una discreta quota di giovani che comincia la giornata a digiuno (1 undicenne su 10 e, sia a 13 che a 15 anni, 1 ragazzo su 5). Si evidenzia, inoltre, che la frequenza della colazione diminuisce al crescere dell'età.

Tabella 5.2: “Di solito fai uno spuntino tra i pasti?”, per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
No	12.3%	11.8%	10.8%	11.7%
	125	107	80	312
Solo a metà mattina	13.7%	13.2%	14.1%	13.6%
	139	119	105	363
Solo a metà pomeriggio	29.0%	28.1%	25.3%	27.7%
	295	254	188	737
Sia a metà mattina che a metà pomeriggio	45.0%	46.8%	49.9%	47.0%
	458	423	371	1252
Totale	100%	100%	100%	100%
	1017	903	744	2664

Meno della metà dei ragazzi dichiara di fare sia la merenda di metà mattina che quella del pomeriggio, mentre il 29% degli undicenni, il 28% dei tredicenni e il 25% dei quindicenni dichiara di fare solo la merenda del pomeriggio saltando quella del mattino che invece risulta essere uno spuntino importante, insieme alla colazione (Tabella 5.2).

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 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 (INRAN,2003; WHO Technical Report Series; 2003).

In Tabella 5.3. possiamo vedere che solo 1 ragazzo su 6 consuma più di una volta al giorno frutta come raccomandato. Il consumo inoltre si riduce dopo gli 11 anni. Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai: 3,5%, 3,6% e 3,1% rispettivamente per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni:

Nella Figura 5.1 si possono notare le differenze di genere dove risulta che le femmine assumono frutta più spesso dei compagni maschi.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	3.5%	3.6%	3.1%	3.4%
	36	33	23	92
Meno di una volta a settimana	5.0%	5.1%	6.4%	5.4%
	51	46	48	145
Una volta a settimana	9.4%	12.8%	9.5%	10.6%
	96	116	71	283
2-4 volte a settimana	28.5%	27.0%	28.2%	27.9%
	291	245	210	746
5-6 volte a settimana	14.3%	15.8%	17.9%	15.8%
	146	143	133	422
Una volta al giorno tutti i giorni	19.7%	20.0%	18.9%	19.6%
	201	181	141	523
Più di una volta al giorno	19.6%	15.8%	16.0%	17.3%
	200	143	119	462
Totale	100%	100%	100%	100%
	1021	907	745	2673

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

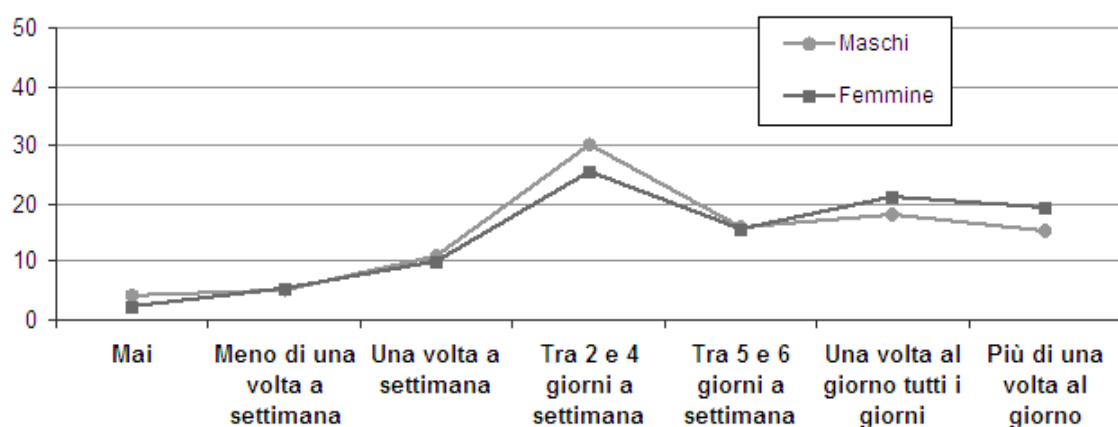
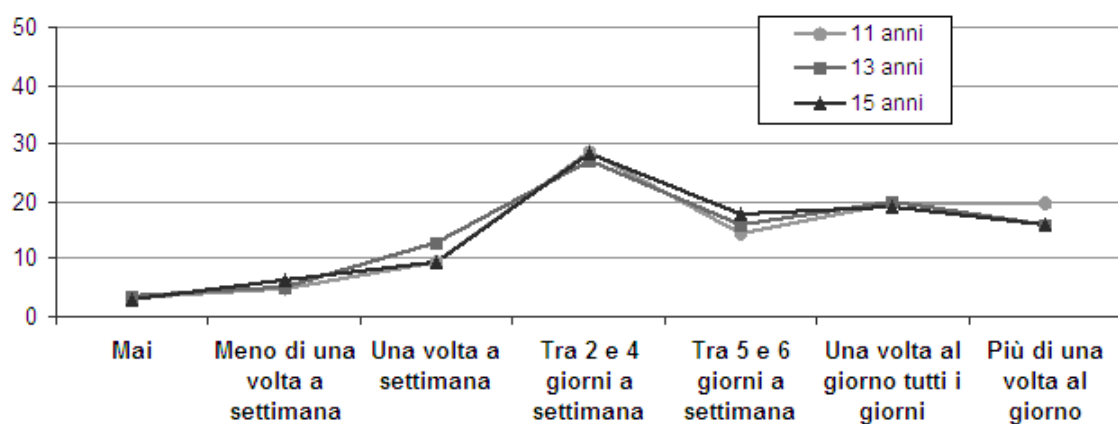


Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età



Solo 1 ragazzo su 5 (Tabella 5.4) consuma verdura come raccomandato “più di una volta al giorno tutti i giorni”. Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai, dal 5.8% al 6,0% al 3,1% a 11, 13 e 15 anni, rispettivamente. Non si riscontrano sostanziali differenze per gruppi di età (Figura 5.3) mentre per quanto riguarda il genere, le ragazze hanno percentuali di consumo più elevate quando ci si riferisce a consumi elevati (Figura 5.4)

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	5.8%	6.0%	3.1%	5.1%
	59	54	23	136
Meno di una volta a settimana	7.6%	4.6%	6.0%	6.2%
	78	42	45	165
Una volta a settimana	9.6%	8.7%	8.5%	9.0%
	98	79	63	240
2-4 volte a settimana	18.1%	18.7%	20.6%	19.0%
	185	169	153	507
5-6 volte a settimana	16.1%	20.3%	18.8%	18.3%
	164	184	140	488
Una volta al giorno tutti i giorni	22.5%	22.4%	19.5%	21.6%
	229	203	145	577
Più di una volta al giorno	20.3%	19.3%	23.5%	20.9%
	207	175	175	557
Totale	100%	100%	100%	100%
	1020	906	744	2670

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

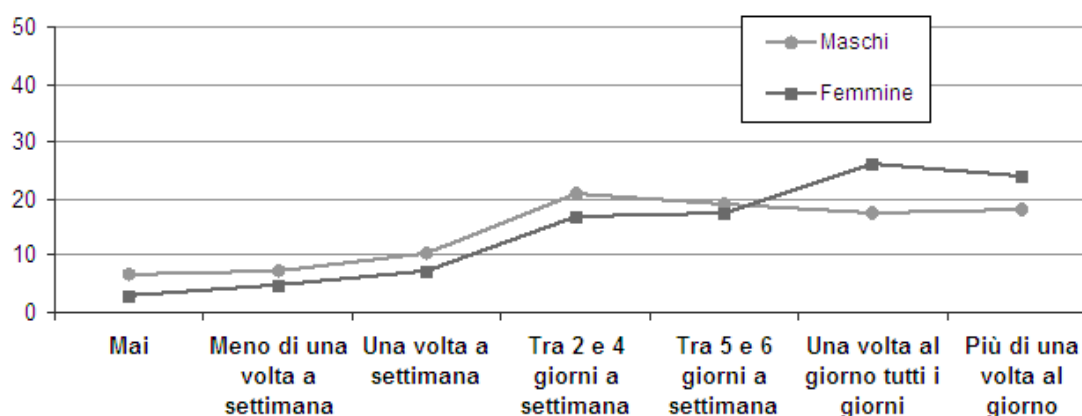
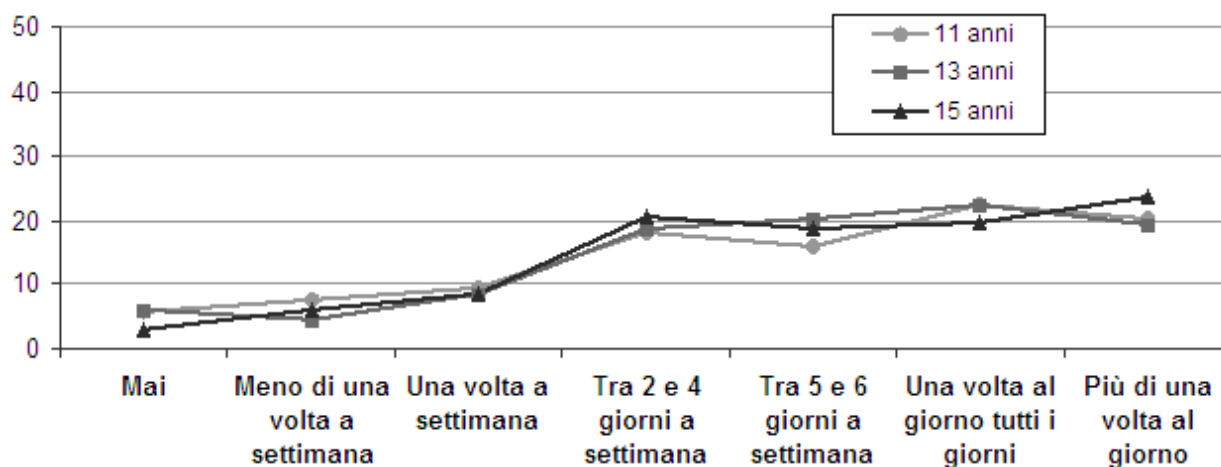


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (Malik,2010; Vartanian,2007).

Per quanto riguarda il consumo di dolci (Tabella 5.5), coloro che non ne consumano mai sono il 3.2% mentre sono il 10% in media i ragazzi che non consumano mai bibite zuccherate (Tabella 5.6) ma diminuiscono con l'aumentare dell'età. In tutte le fasce di età, le maggiori frequenze di consumo riscontrate sono di 2-4 volte a settimana sia per quanto riguarda il consumo di dolci che per le bibite zuccherate con una maggior frequenza tra i tredicenni ed i quindicenni. Purtroppo, ben 1 adolescente su 4 consuma dolci una volta al giorno o più, con frequenze che aumentano all'aumentare dell'età: 21%, 26% e 27% a 11, 13 e 15 anni come dimostra la Figura 5.5. Mentre il consumo di bibite zuccherate una volta al giorno o più, è più contenuto: 14%, 12% e 13% a 11, 13 e 15 anni. I ragazzi bevono più spesso bibite zuccherate rispetto alle ragazze (Figura 5.6).

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	4.2%	2.9%	2.2%	3.2%
	43	26	16	85
Meno di una volta a settimana	15.3%	8.7%	9.5%	11.5%
	156	79	71	306
Una volta a settimana	17.3%	16.0%	12.1%	15.4%
	176	145	90	411
2-4 volte a settimana	27.9%	32.6%	30.2%	30.1%
	285	295	225	805
5-6 volte a settimana	13.7%	14.2%	18.4%	15.2%
	140	129	137	406
Una volta al giorno tutti i giorni	12.8%	15.3%	14.9%	14.3%
	131	139	111	381
Più di una volta al giorno	8.7%	10.3%	12.6%	10.3%
	89	93	94	276
Totale	100%	100%	100%	100%
	1020	906	744	2670

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

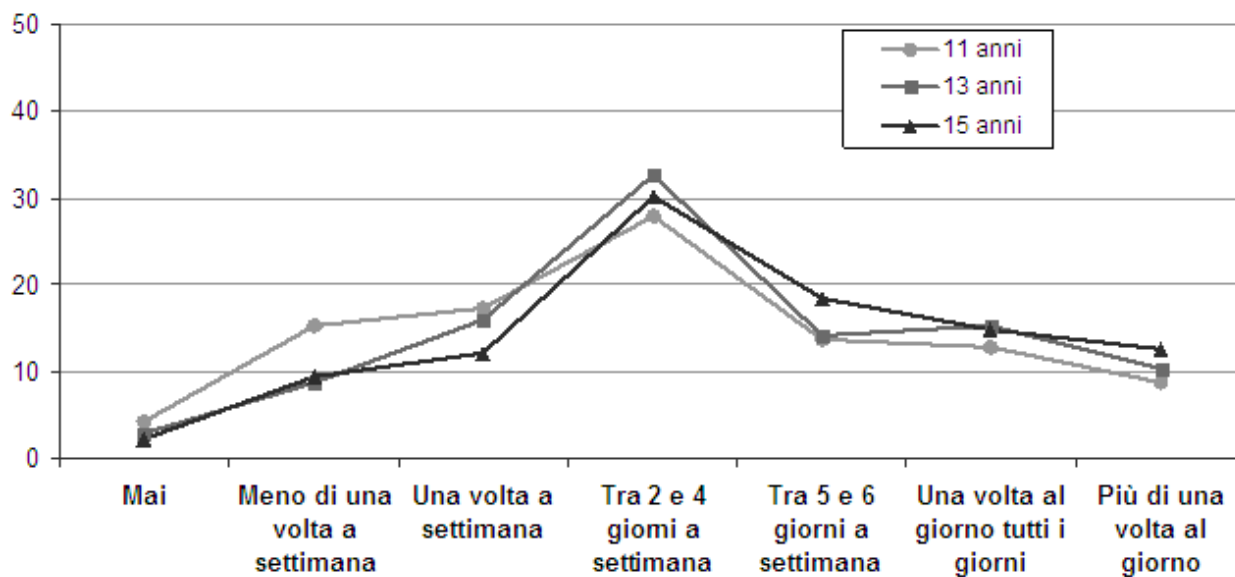
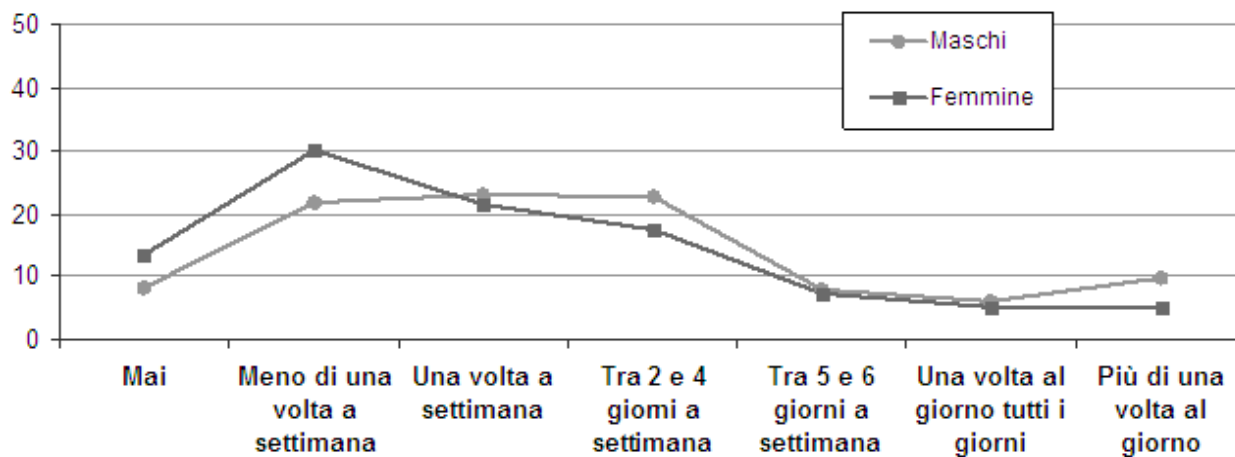


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	13.2%	9.5%	9.1%	10.8%
	135	86	68	289
Meno di una volta a settimana	27.3%	24.6%	25.3%	25.8%
	278	223	188	689
Una volta a settimana	21.9%	23.6%	21.0%	22.2%
	223	214	156	593
2-4 volte a settimana	17.9%	20.6%	22.7%	20.2%
	182	187	169	538
5-6 volte a settimana	5.5%	9.3%	8.9%	7.7%
	56	84	66	206
Una volta al giorno tutti i giorni	6.0%	5.1%	6.0%	5.7%
	61	46	45	152
Più di una volta al giorno	8.2%	7.3%	7.0%	7.6%
	84	66	52	202
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1019	906	744	2669

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



5.5 Stato nutrizionale

E' stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (Cole, 2000 e 2007) in modo separato per età e sesso.

Osservando la Tabella 5.7 e la Figura 5.7 si nota che nelle tre classi di età considerate la maggior parte dei giovani risulta essere normopeso (84.8%). I valori del sovrappeso e dell'obesità sono rispettivamente 11.7% e 1.4%. Solo per quanto riguarda l'obesità si nota un trend in diminuzione al crescere dell'età con un valore del 2% a 11 anni, dell'1.2% a 13 e dell'1% a 15 anni. Differenze di genere emergono dalla lettura della Figura 5.8. I ragazzi sono più grassi delle ragazze a tutte le età e la differenza aumenta all'aumentare dell'età.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Sottopeso	2.7%	1.9%	1.4%	2.0%
	24	16	10	50
Normopeso	82.8%	86.6%	85.4%	84.8%
	735	734	613	2082
Sovrappeso	12.5%	10.4%	12.3%	11.7%
	111	88	88	287
Obeso	2.0%	1.2%	1.0%	1.4%
	18	10	7	35
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	888	848	718	2454

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

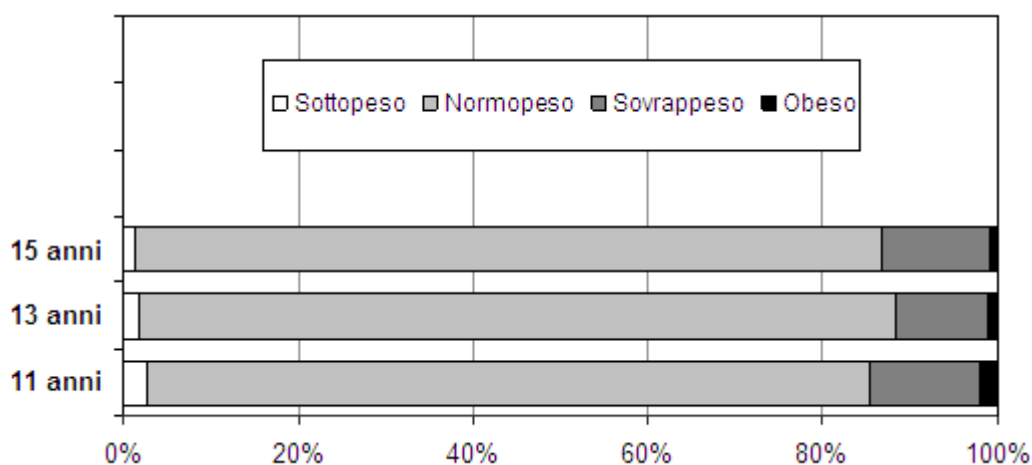
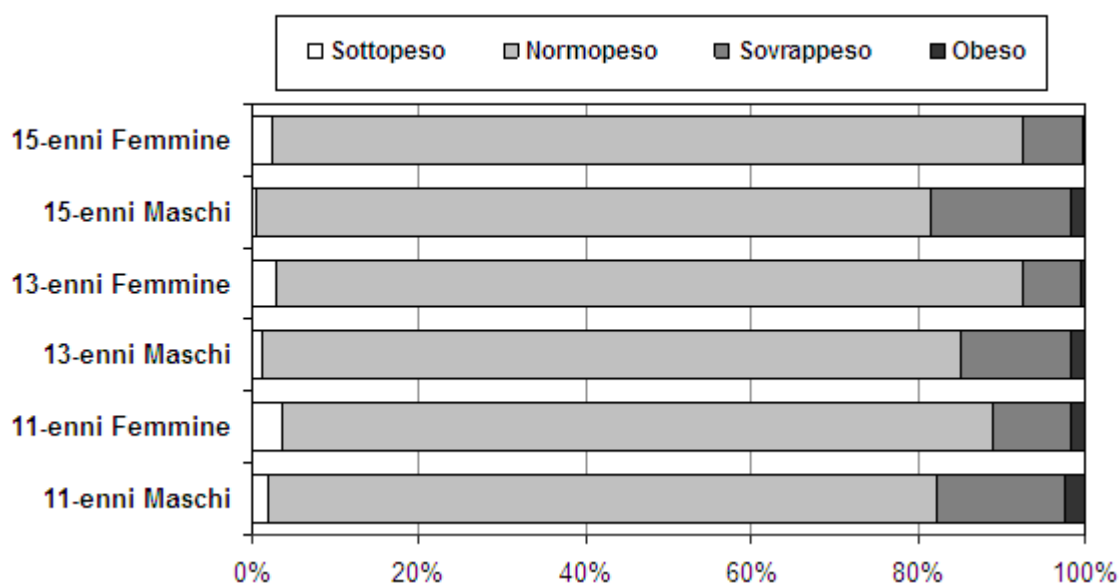


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC per genere ed età

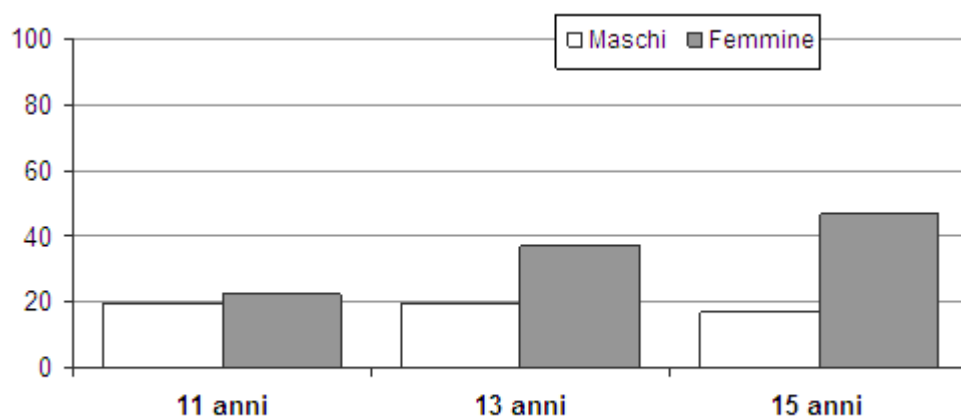


Per quanto riguarda la percezione che hanno i ragazzi del proprio corpo, la Tabella 5.8 e la Figura 5.9 ci offrono un quadro delle risposte per età e genere. Anche se gran parte dei ragazzi in tutte le fasce d'età ritiene giusto il proprio corpo, è evidente la differenza tra i ragazzi e le ragazze, soprattutto se si guarda l'andamento al crescere dell'età. 1 ragazzo su 5 si ritiene grasso con una lieve inflessione ai 15 anni mentre per quanto riguarda le ragazze, a 11 anni si sente grassa 1 femmina su 5 fino ad arrivare a circa 1 su 2 a 15 anni.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Magro	15.1%	10.8%	10.9%	12.5%
	154	98	81	333
Giusto	64.2%	61.7%	58.1%	61.7%
	654	560	432	1646
Grasso	20.6%	27.5%	31.0%	25.9%
	210	249	231	690
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1018	907	744	2669

Figura 5.9– Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere

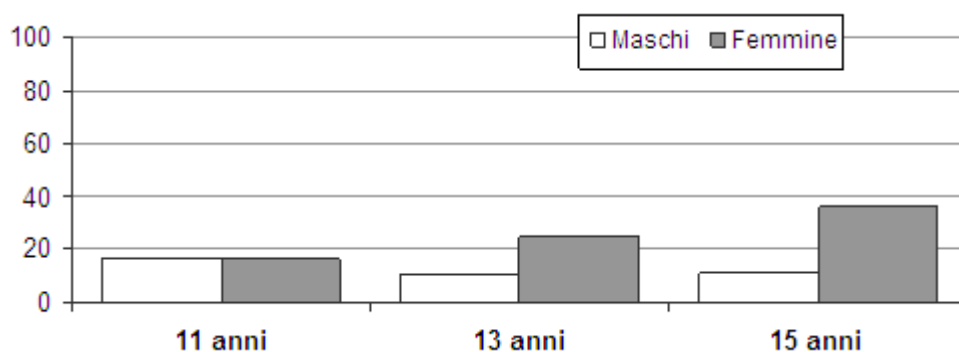


La Tabella 5.9 ci mostra che sono meno della metà i ragazzi contenti del loro peso infatti il 16% degli undicenni, il 17% dei tredicenni e il 23% dei quindicenni sta facendo una dieta per perdere peso mentre ben 1 ragazzo su 4 non sta facendo diete ma pensa di dover perdere qualche chilo. Anche in questo caso sono in maggioranza le femmine a dichiarare di essere a dieta ed il trend aumenta all'aumentare dell'età (Figura 5.10).

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	51.1%	49.3%	40.2%	47.5%
No, ma dovrei perdere qualche chilo	22.5%	23.7%	25.8%	23.8%
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10.0%	9.9%	10.8%	10.2%
Si	16.3%	17.1%	23.2%	18.5%
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1017	902	741	2660

Figura 5.10– Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere



5.6 Igiene orale

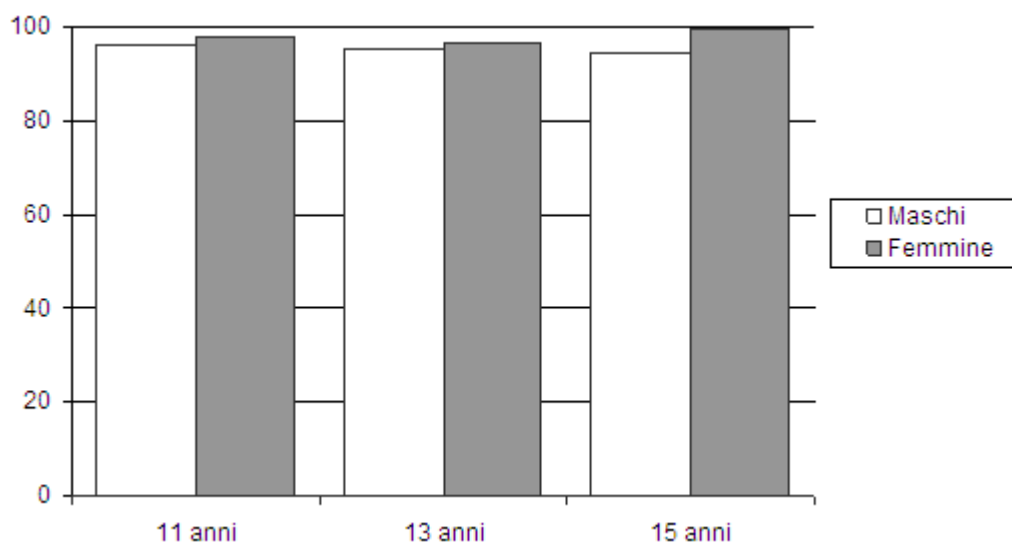
L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (NHMRC,2003), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

Come mostra la Tabella 5.10, quasi la totalità dei ragazzi (96.7%) si lava i denti almeno una volta al giorno senza sostanziali differenze di età. La Figura 5.13 mostra tuttavia che le femmine sono più attente all'igiene orale, con una differenza più marcata a 15 anni.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	72.3%	69.0%	71.9%	71.1%
	738	625	535	1898
Una volta al giorno	24.8%	26.9%	25.1%	25.6%
	253	244	187	684
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.1%	3.0%	2.4%	2.5%
	21	27	18	66
Meno di una volta alla settimana	0.5%	0.7%	0.3%	0.5%
	5	6	2	13
Mai	0.4%	0.4%	0.3%	0.4%
	4	4	2	10
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1021	906	744	2671

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



Per un confronto con i dati regionali 2010

Rispetto alla rilevazione 2010 non si riscontrano differenze significative per quanto riguarda l'abitudine di fare colazione e il consumo quotidiano di frutta mentre sembra lievemente in aumento il consumo di verdura più di una volta al giorno, come da raccomandazioni (dal 17% nel 2010 ai 21% in questa rilevazione). Il consumo di dolci resta alto e invariato tra le due rilevazioni con 1 adolescente su 4 che consuma dolci una volta al giorno o più mentre sembra ridotto il consumo di bibite zuccherate: se nel 2010 il 17% degli adolescenti consumava bibite una volta al giorno o più, ora il 13% ha queste scorrette abitudini quotidianamente.

Lo stato nutrizionale dei ragazzi, tra le due rilevazioni, risulta essere sostanzialmente stabile come la loro percezione, spesso non corretta, di sentirsi grassi. Tuttavia le ragazze che si sentono grasse e che stanno facendo una dieta sono in aumento nella fascia dei 15 anni: se nel 2010 erano 1 su 4, adesso le ragazze che stanno facendo qualcosa per dimagrire sono meno di 1 su 3.

5.7 Conclusioni

I dati dell'indagine sullo stato nutrizionale dei giovani della regione, mostrano che il 13% dei ragazzi è in eccesso ponderale, dato meno allarmante rispetto ai risultati di Okkio alla Salute che hanno invece identificato 1 bambino su 4 (24%) in sovrappeso o obeso. Bisogna tuttavia ricordare che HBSC raccoglie dati di peso e altezza riportati dai ragazzi mentre Okkio è un sistema di sorveglianza che prevede la misurazione del peso e dell'altezza dei bambini da parte degli operatori. Potremmo quindi trovarci davanti ad un dato sottostimato poiché dal confronto con i dati della letteratura, emerge che i dati autoriferiti di peso e altezza vengono sovrastimati per quanto riguarda l'altezza dai maschi e sottostimati per quanto riguarda il peso dalle femmine.

A confronto con le "linee guida per una sana alimentazione italiana (proposte dall'INRAN), si nota che: 1 ragazzo su 6 non fa mai la prima colazione (16%); inoltre solo 1 su 6 (17%) consuma frutta e 1 su 5 (21%) verdura, più volte al giorno.

Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate, resta comunque importante ridurlo, visto che 1 ragazzo su 4 consuma dolci almeno 1 volta al giorno e il 13% assume tutti i giorni bevande zuccherate.

La percezione della propria immagine corporea rimane un problema molto sentito in adolescenza, soprattutto per quanto riguarda le ragazze. Se confrontiamo i valori di IMC calcolati, con la loro percezione di essere nel giusto peso oppure magro o grassi, ci rendiamo conto che 1 ragazzo su 10 pensa di essere magro quando invece è normopeso e sempre 1 ragazzo su 10 pensa di essere grasso quando invece è normopeso. L'errata percezione risulta particolarmente evidente fra le ragazze di 15 anni che si considerano grasse nel 50% dei casi.

Circa 1 ragazzo su 4 a 15 anni riferisce di essere "a dieta", con una prevalenza per le femmine rispetto ai maschi. Considerato l'aumento generalizzato delle problematiche legate ai disturbi del comportamento alimentare, un'attenzione particolare merita anche il dato del sottopeso in relazione con il numero di ragazzi in dieta, che si riscontra soprattutto nelle ragazze e che è riconducibile, almeno in parte, alla distorsione della percezione della propria immagine corporea. Degno di nota è anche il rilievo, di una maggiore prevalenza di eccesso ponderale nei maschi rispetto alle femmine.

Infine l'abitudine di lavarsi i denti risulta ben radicata nei giovani (il 97% circa pratica questa pulizia almeno una volta al giorno).

Bibliografia capitolo 5

- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 28:858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- 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. *British Medical Journal*, 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. *British Medical Journal*, 335: 194-7.
- Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). *Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.
- 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.
- Keane E., Kearney P.M., Perry I.J., Kelleher C.C., Harrington J.M. (2014) Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health*, 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.
- Lioret S., Touvier M., Dubuisson C., Dufour A., Calamassi-Tran G., Lafay L., Volatier J.L., Maire B. (2009). Trends in child overweight rates and 247 energy intake in France from 1999–2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.
- Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (2012) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf>

- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9:410-4.
- Monteiro P.O., Victora C.G. (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obesity Review*, 6:143-54.
- NHMRC (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*. https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf
- Orden A.B., Bucci P.J., Petrone S. (2013). Trends in weight, height, BMI and obesity in 291 schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Annals of Human Biology*, 40:348-54.
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12:267-83.
- Plutzer K., Spencer A.J. (2008) Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36:335-46.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- Schmidt Morgen C., Rokholm B., Sjöberg Brixval C., Schou Andersen L., Geisler Andersen L., Rasmussen M., Nybo Andersen A.M., Due P., Sorensen T.I. (2013). Trends in prevalence of 293 overweight and obesity in danish infants, children and adolescents--are we still on a plateau? *PLoS One*, 8:e69860.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases*. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf>
- Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667-75.
- 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*, 54:394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1:11-25.
- WHO (2002). *Move for Health*. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2003). Technical Report Series, No. 916. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, World Health Organization and Food and Agricultural Organization.
- WHO (2010). *Global strategy on diet, physical activity and health*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute nell'adolescenza: i comportamenti a rischio. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nello studio HBSC vengono anche indagati alcuni aspetti che riguardano la vita sessuale, quali l'uso o meno di profilattici e altri contraccettivi, e la frequenza di infortuni. Nell'ultima indagine, inoltre, sono stati inseriti, per i soli quindicenni, quesiti volti ad indagare le loro esperienze col gioco d'azzardo, riconosciuto oramai come un'altra importante tematica da affrontare in ambito di sanità pubblica, anche fra i più giovani.

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, 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

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, l'abitudine al fumo rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature (WHO, 2011; World Bank, 1999). Dal momento che l'abitudine si instaura per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Jarvis, 2004; Cavallo, 2007). Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le conseguenze negative legate al fumo, ne vedono anche e soprattutto gli aspetti positivi: controllo del malumore, senso di appartenenza al gruppo, controllo del peso, sensazione di maturità e indipendenza (Audrain-McGovern, 2012; Lambert, 2002).

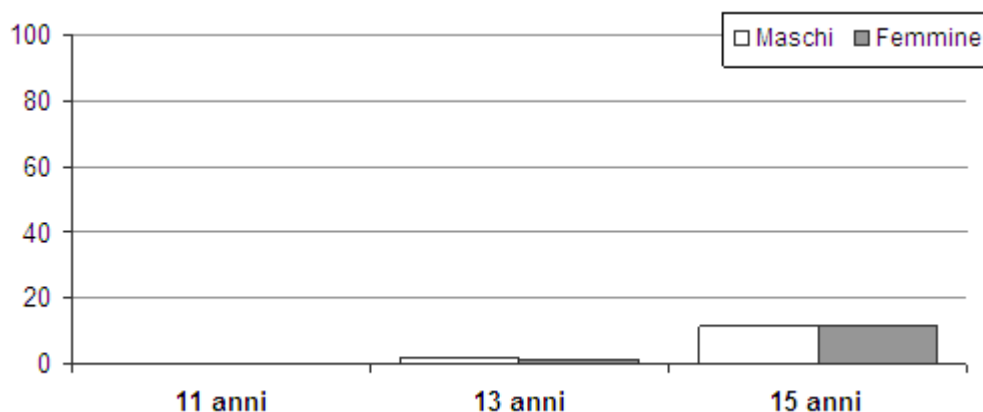
La maggioranza dei ragazzi, in ciascuna delle fasce d'età considerate, dichiara di non fumare. La percentuale di non fumatori, però, si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 99% degli undicenni, al 94% dei tredicenni, al 73% dei quindicenni. Tra questi ultimi il 7% circa ha dichiarato di fumare almeno una volta a settimana. La percentuale di fumatori quotidiani cresce

nettamente tra i 13 (1,3%) ed i 15 anni (11,3%) senza differenze di genere (Tabella 6.1 e Figura 6.1).

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	0.1%	1.3%	11.3%	3.6%
	1	12	84	97
Almeno una volta a settimana	0.2%	2.2%	7.3%	2.8%
	2	20	54	76
Meno di una volta a settimana	1.0%	2.2%	8.1%	3.4%
	10	20	60	90
Non fumo	98.7%	94.3%	73.4%	90.1%
	1007	854	545	2406
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1020	906	743	2669

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



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).

Sebbene l'uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti paesi, in altri rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli (Brand, 2007).

Il consumo di alcolici (Tabella 6.3) aumenta con l'aumentare dell'età e risulta di notevole entità. Se il 74% degli undicenni non beve mai alcolici, purtroppo i 15enni che non bevono mai

sono solo il 19%. Inoltre, ben 1 quindicenne su 4 beve alcolici almeno una volta a settimana e 1 quindicenne su 3 (Tabella 6.4) si è ubriacato almeno una volta nella vita. Fortunatamente, la Figura 6.2 mostra percentuali molto ridotte (2.4%) di ragazzi e ragazze che bevono ogni giorno.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	1.5%	1.4%	2.4%	1.7%
	15	13	18	46
Ogni settimana	1.6%	4.2%	22.2%	8.3%
	16	38	165	219
Ogni mese	2.4%	7.5%	20.8%	9.3%
	24	68	154	246
Raramente	20.8%	33.5%	35.4%	29.3%
	209	302	263	774
Mai	73.7%	53.3%	19.1%	51.4%
	739	480	142	1361
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1003	901	742	2646

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

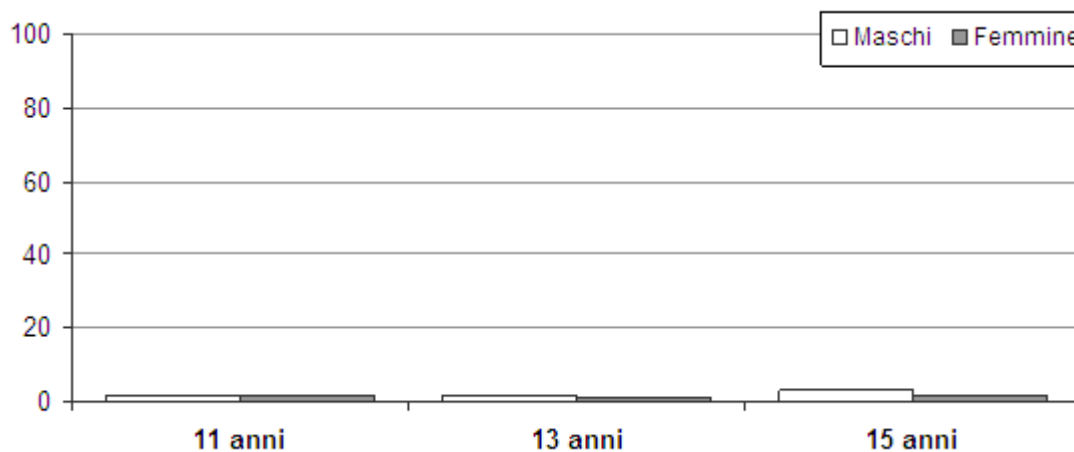


Tabella 6.5 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	96.8%	92.9%	65.2%	86.6%
Una volta	985	839	486	2310
	2.6%	4.7%	14.2%	6.5%
2-3 volte	26	42	106	174
	0.5%	1.8%	11.9%	4.1%
4-10 volte	5	16	89	110
	0.0%	0.6%	5.8%	1.8%
Più di 10 volte	0	5	43	48
	0.2%	0.1%	2.8%	0.9%
	2	1	21	24
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1018	903	745	2666

Il numero di episodi di ubriachezza mostra un andamento crescente con l'età in entrambi i sessi (Figura 6.3). Da segnalare la rilevanza del fenomeno del “binge drinking” che, nei quindicenni raggiunge valori elevati: quasi 1 maschio su 2 e 2 femmine su 5 hanno dichiarato di aver consumato 5 o più bevande alcoliche in una stessa sera.

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

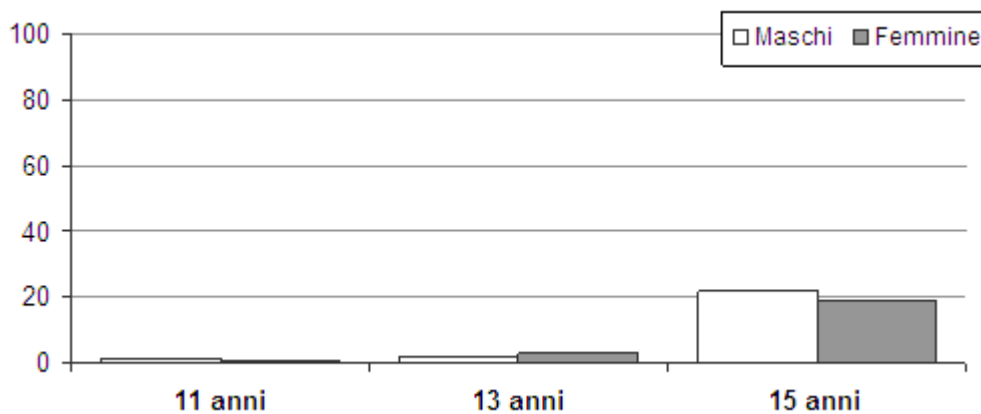
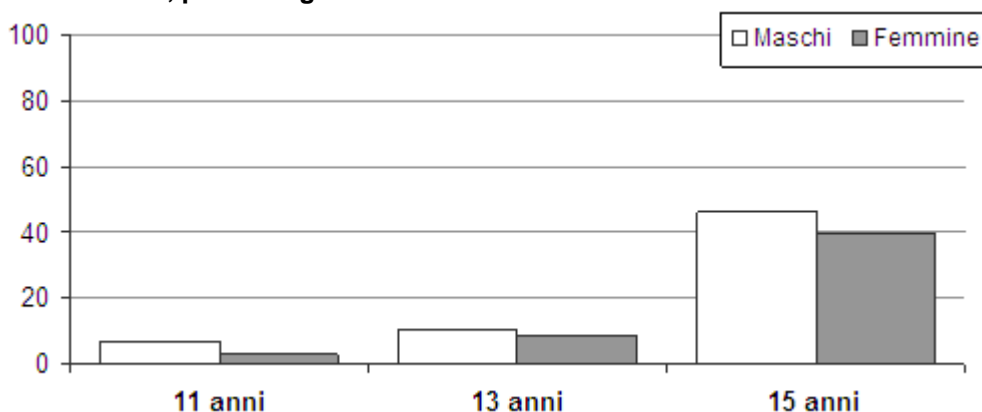


Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc..), negli ultimi 12 mesi, per età e genere



6.1.3 Cannabis

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

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

Ai quindicenni è stato chiesto di indicare se e quante volte avessero fatto uso di cannabis. Nella Tabella 6.6 sono indicati i risultati, distribuiti per sesso. Si osserva che 1 quindicenne maschio su 4 e 1 quindicenne femmina su 7 ha già fatto uso di stupefacenti. Tra coloro che dichiarano di aver fatto uso di cannabis, il 14% ne ha fatto un uso occasionale (tra 1 e 9 giorni nella vita), mentre il 6,6% ne ha fatto un uso più continuativo (più di 10 giorni).

Tabella 6.6 “ Hai mai fumato cannabis...nella tua vita?” (solo quindicenni)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	74.6%	85.0%	79.6%
	291	301	592
1-2 giorni	11.5%	5.6%	8.7%
	45	20	65
3-5 giorni	4.6%	1.7%	3.2%
	18	6	24
6-9 giorni	1.8%	2.0%	1.9%
	7	7	14
10-19 giorni	1.5%	1.1%	1.3%
	6	4	10
20-29 giorni	0.8%	1.4%	1.1%
	3	5	8
30 giorni o più	5.1%	3.1%	4.2%
	20	11	31
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	390	354	744

6.2 Gioco d'azzardo

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica e un campo emergente di ricerca (Blinn-Pike, 2010). Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a comportamenti criminali, depressione e persino suicidio (Derevensky, 2004). D'altra parte il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che i dati riferiscono come fino all'80% dei ragazzi sia stato coinvolto in qualche forma di *gambling* nel corso della vita, un altro 10-15% sia a rischio e il 4-8% abbia già seri problemi con questo vizio (Derevensky, 2000).

Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di società, variabili socio-economiche e media nell'influenzare valori, credenze e comportamento rispetto a questo vizio.

Le domande sul gioco d'azzardo inserite per la prima volta nell'indagine HBSC italiana del 2014 sono volte ad indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita, che a valutare il loro grado di 'coinvolgimento' riuscendo ad individuare la quota di ragazzi a rischio di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano 'seri problemi'.

Circa il 40% dei maschi ha provato qualche volta a scommettere denaro (Figura 6.5.1) ma i maschi a rischio dipendenza sono fortunatamente molto pochi, circa il 2% (Figura 6.5.2).

Figura 6.5.1. Percentuale di ragazzi quindicenni che hanno provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita, per genere

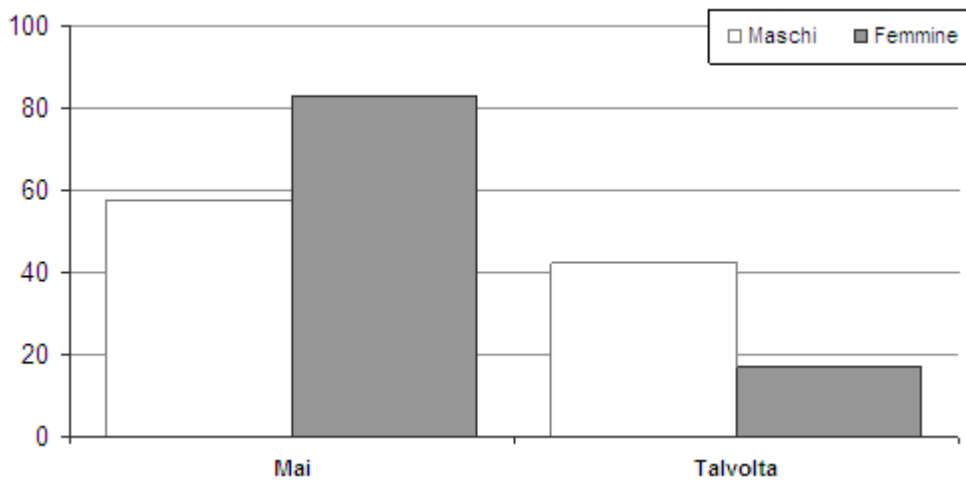
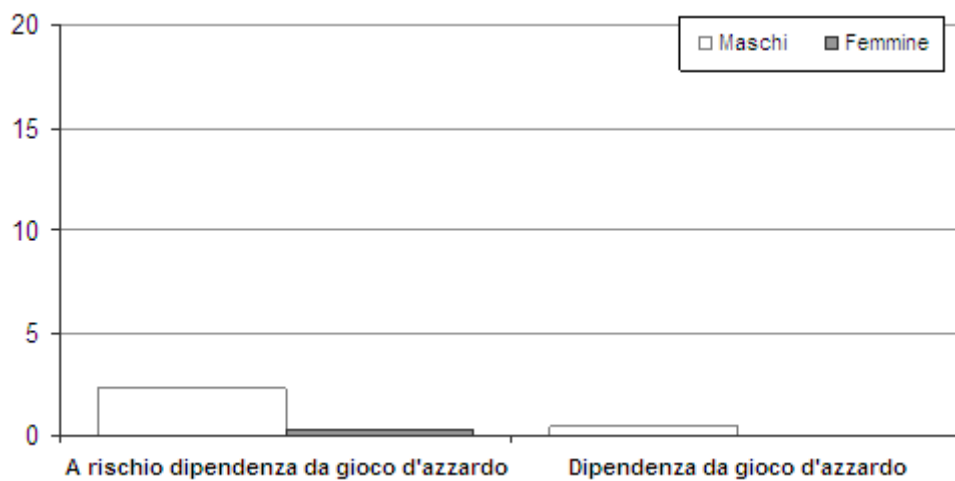


Figura 6.5.2. Percentuale di ragazzi quindicenni a rischio o con seri problemi di gioco, per genere



6.3 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 (Ellison, 2003; WHO, 2007). In particolare, le gravidanze indesiderate possono essere prevenute 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.

Nella Tabella 6.7 sono indicati i quindicenni che hanno già avuto rapporti sessuali completi. Possiamo osservare che quasi 1 ragazzo su 4 senza differenze di genere, ha già avuto un rapporto di questo tipo.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Si	23.5%	23.2%	23.4%
	76	81	157
No	76.5%	76.8%	76.6%
	247	268	515
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	323	349	672

E' stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare una frequenza maggiore rispetto a quella reale di comportamenti protettivi, fra i quali proprio l'utilizzo del profilattico (AAVV, 2004). Per questo motivo non è stato chiesto ai ragazzi del nostro campione di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto. La Tabella 6.8 indica che, tra i quindicenni intervistati, meno di 3 su 4 dichiarano complessivamente di aver usato un profilattico e che il comportamento è comunque più diffuso tra i maschi rispetto alle 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	Femmine	Totale
Si	77.5%	67.5%	72.2%
	55	54	109
No	21.1%	30.0%	25.8%
	15	24	39
Totale	1.4%	2.5%	2.0%
	1	2	3

6.4 Infortuni

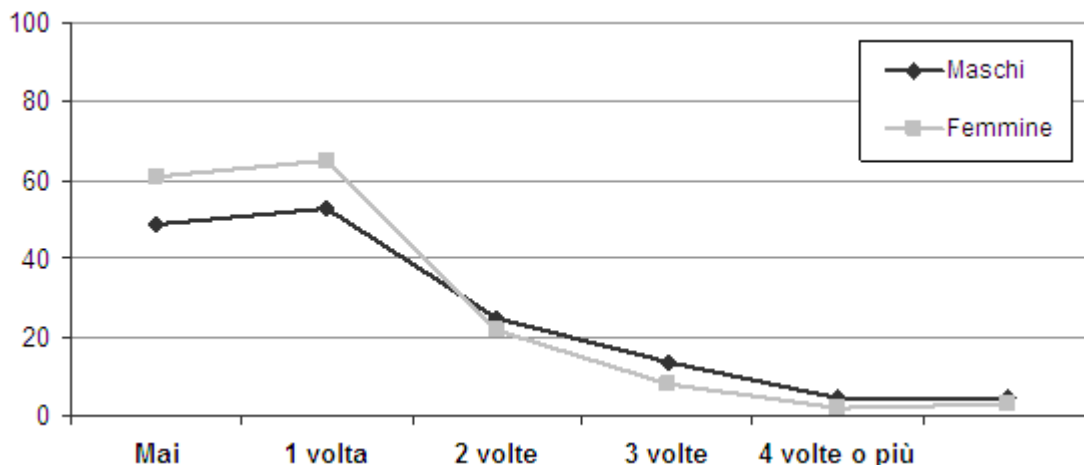
Gli infortuni sono diventati una delle cause più frequenti di morte e inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive (WHO, 2006). Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante l’adolescenza, ragion per cui lo studio e i fattori ad essi associati risulta necessario per contribuire a sviluppare interventi di controllo e prevenzione efficaci (Sethi, 2006).

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

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Mai	60.9%	57.0%	57.3%	58.6%
	617	514	425	1556
Una volta	22.8%	24.2%	22.6%	23.2%
	231	218	168	617
2 volte	8.5%	11.5%	13.9%	11.0%
	86	104	103	293
3 volte	3.5%	3.9%	2.6%	3.4%
	35	35	19	89
4 volte o più	4.3%	3.3%	3.6%	3.8%
	44	30	27	101
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1013	901	742	2656

Figura 6.6– Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere



Quasi 2 giovani su 3 non hanno mai avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, tali da ricorrere alle cure di uno specialista (Tabella 6.9). Meno di un quarto dichiara soltanto un episodio in un anno (22.8%, 24.2% e 22.6% a 11, 13 e 15 anni, rispettivamente). Confrontando i generi (Figura 6.6), appare evidente come le ragazze abbiano dichiarato meno infortuni rispetto ai rispettivi coetanei: “mai “ 60% vs. 47%.

Per un confronto con i dati regionali 2010

Per quanto riguarda l'abitudine di fumare, non si riscontrano differenze significative tra i giovani rispetto alla rilevazione 2010 mentre i ragazzi che non bevono mai alcolici risultano aumentati dal 44% al 51% tra le due rilevazioni con un miglioramento significativo tra i 13enni.

Confrontando le risposte sul consumo di cannabis, è evidente che la maggioranza dei ragazzi non ha ancora provato questa sostanza sebbene nel 2010 avessero dichiarato di non averla mai usata l'86% dei ragazzi mentre nel 2014 la percentuale si è ridotta all'80%.

Per quanto riguarda le abitudini sessuali, la rilevazione 2014 ha confermato che 1 ragazzo su 4 ha già avuto un rapporto sessuale completo ma risulta in diminuzione l'utilizzo del preservativo da parte delle ragazze (dal 74% al 67%)

6.5 Conclusioni

Riassumendo, i comportamenti a rischio sono diffusi nei nostri ragazzi: l'11% dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni fuma, anche se non abitualmente, con un picco molto più elevato tra i quindicenni, nei quali la percentuale sale al 27%. Nei confronti dell'alcol c'è un atteggiamento di maggior apertura; probabilmente è considerato meno “rischioso” del fumo, infatti la percentuale dei ragazzi che bevono, anche se raramente, è molto più elevata e arriva a toccare 1 ragazzo su 2 in media. Si nota inoltre che la disapprovazione dell'uso di tabacco e alcool diminuisce con l'aumentare dell'età infatti 4 ragazzi su 5 a quindici anni beve anche se raramente. Il 20% dei quindicenni ha già fatto uso di cannabis, con una differenza tra maschi (25%) e femmine (15%). Circa 1 ragazzo su 4 riporta di aver già avuto rapporti sessuali completi; 1 maschio su 5 e 1 femmina su 3 che ha avuto rapporti sessuali completi tuttavia non ha utilizzato il preservativo. E'

doveroso tener conto che l'indagine non ha fornito indicazioni sull'uso di altri strumenti contraccettivi e/o intercettivi (pillola anticoncezionale e/o pillola "del giorno dopo").

Durante questa rilevazione si è inoltre approfondito il tema del gioco d'azzardo che ha rilevato che il 40% dei maschi friulani ha provato qualche volta a scommettere denaro ma che, a rischio dipendenza, sono fortunatamente molto pochi, circa il 2%.

Gli infortuni rappresentano un fenomeno che ricorre frequentemente, più nei maschi che nelle femmine, interessando sostanzialmente alle diverse età 2 soggetti su 3.

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.
- Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents.*Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- 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.
- Blinn-Pike L., Worthy S.L.,Jonkman J.N.(2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47:223–236.
- Brand D.A., Saisana M., Rynn L.A., Pennoni F.,Lowenfels A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, 4: e151.
- 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., Godeauet E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Derevensky J.,Gupta R.(2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions.*Journal of Gambling Studies*, 16: 227–251.
- Derevensky J.L., Gupta R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 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.
- Ellison M.A.(2003). Authoritative Knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoptions, and single motherhood: social stigma and structural violence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17: 322-347.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000).Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town.*Addictive Behaviors*,25: 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 2Jarvis MJ. *Why people smoke?British Medical Journal*; 328: 277-279.
- Lambert M., Verduykt P.,Van den Broucke S. (2002). *Summary on the literature on young people, gender and smoking*. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setäläet T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 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.
- Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I.,Vida P. (2006). *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- Welte J.W., Barnes G.M., Hoffman J.H., Dintcheff B.A.(1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34: 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1999). *Development in Practice: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington DC: A World Bank Publication.
- WHO (2006). *Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe*. Factsheet EURO/02/06 ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013: Breaking the chain of transmission*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2011). *WHO Report on the global tobacco epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco. Mpower 2011*. Geneva, Switzerland.

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

Come definita dall'OMS, la salute nella sua accezione più ampia, rappresenta una risorsa per tutta la vita, non l'obiettivo del vivere, ma un concetto positivo, un capitale che enfatizzando le risorse individuali e quelle sociali al fianco delle capacità fisiche permette agli individui di funzionare nei normali contesti di vita e di lavoro. La salute consente all'uomo di raggiungere e soddisfare i propri obiettivi di vita (Herzlich, 1973; WHO, 1998; HC, 1997; Wismar, 2012; Baum, 2013).

A fronte di questa definizione diventa necessario comprendere e monitorare non solo i determinanti della salute già noti, ma esplorare e far luce sui meccanismi che, insieme, concorrono a promuoverla. Un impegno, questo, che nasce dall'idea che la salute non sia solo una delle componenti più importanti della qualità della vita degli individui ma che arrivi a coincidere con il concetto stesso di benessere, e per questo possa interessare la società, nel suo insieme: dalle politiche alle scelte individuali (Baum, 2013).

Valutare la salute a livello di popolazione non è compito di facile esecuzione (Rashad, 2014), e ancora più complesso è quello di definire e monitorare la salute dei giovani in età adolescenziale. È in questa fascia di età che la salute raggiunge il livello più elevato di tutta la vita ed è in questa fascia d'età che assume il più alto livello di complessità. I tassi di mortalità e morbosità in questa fascia d'età, infatti, se confrontati con quelli dell'età adulta sono i più bassi, ed è proprio in questo arco della vita che assumono maggior importanza l'aspetto emotivo e sociale (WHO, 1998; Wismar, 2012; Baum, 2013), che in questa età giocano un ruolo fondamentale soprattutto perché in grado di influenzare in modo determinante la condizione di salute del futuro adulto (WHO, 2000). Quest'influenza già evidente per i più noti fattori di rischio, come scorretta alimentazione, sovrappeso-obesità o la presenza di comportamenti e abitudini voluttuarie, risulta essere ancora più evidente per quanto riguarda una degli aspetti che oggi sono di grande interesse nella comprensione di quei fattori che interessano la salute, sia nella popolazione giovanile che in quella adulta: preoccupazione, depressione e nevrosi (Idler, 1997; Friedman, 2014).

In questo contesto lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) offre l'opportunità di monitorare alcune delle variabili più importanti per valutare un momento definito come centrale nello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione dei ragazzi del proprio stato di salute e del proprio benessere nei diversi ambiti della loro vita, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psico-fisico sono raccolte in quattro macro categorie:

- 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 una volta a settimana, una volta a settimana, una 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. Salute percepita

Lo studio HBSC rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana, che sotto il profilo epidemiologico presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute della comunità, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età, è infatti più appropriato utilizzare la percezione del proprio stato di salute quale indicatore dello stato di salute generale (Bowling, 2014). Del resto, mentre per la misurazione delle dimensioni psicologiche vengono spesso impiegate scale composte da diverse domande sembra che, il modo più affidabile per sapere come stia una persona, sia chiederglielo direttamente. Studi recenti hanno inoltre dimostrato che anche nella popolazione adulta esiste una relazione tra salute percepita e salute misurata. Percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita (Friedman, 2014; Bowling, 2014; Burstroem, 2001). Anche per gli adolescenti poi la percezione dello stato di salute si dimostra una questione rilevante in quanto presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione (Gaspar, 2003), con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la comunicazione con i genitori (Ravens-Sieberer, 2004).

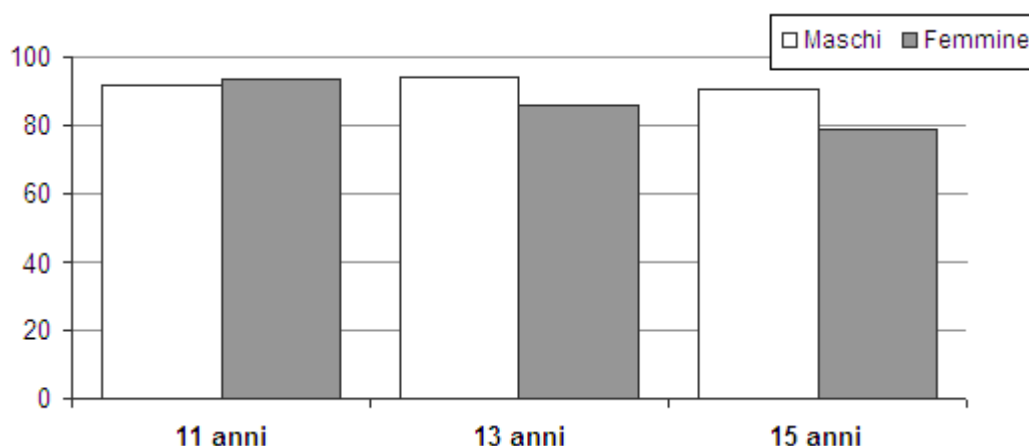
La percezione della propria salute in Friuli Venezia Giulia è generalmente riferita come buona e eccellente (Tabella 7.1) dal 92% degli undicenni, dall'90% dei tredicenni e dall'85% dei quindicenni. Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la propria salute eccellente (si passa dal 36 al 25%). In generale, comunque, con la crescita, la percezione della propria salute si modifica e viene riferita come "peggiore".

I risultati della Figura 7.1 evidenziano una percezione della salute significativamente migliore per i maschi rispetto alle femmine ai 13 e 15 anni, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006). Questo aspetto potrebbe essere legato al fatto che nel periodo dagli 11 ai 15 anni la trasformazione fisica dell'adolescenza, nelle femmine, è generalmente anticipata rispetto al maschio a causa della comparsa delle mestruazioni e conseguentemente le ragazze riferiscono uno stato di salute percepito come peggiore.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Eccellente	36.1% 367	36.4% 329	25.4% 189	33.2% 885
Buona	56.4% 574	53.9% 488	59.5% 443	56.5% 1505
Discreta	6.6% 67	9.2% 83	14.2% 106	9.6% 256
Scadente	0.9% 9	0.6% 5	0.8% 6	0.8% 20
Totale	100.0% 1017	100.0% 905	100.0% 744	100.0% 2666

Figura 7.1 – Percentuale di ragazzi che considerano la propria salute buona o eccellente, per età e genere



7.3. Benessere percepito

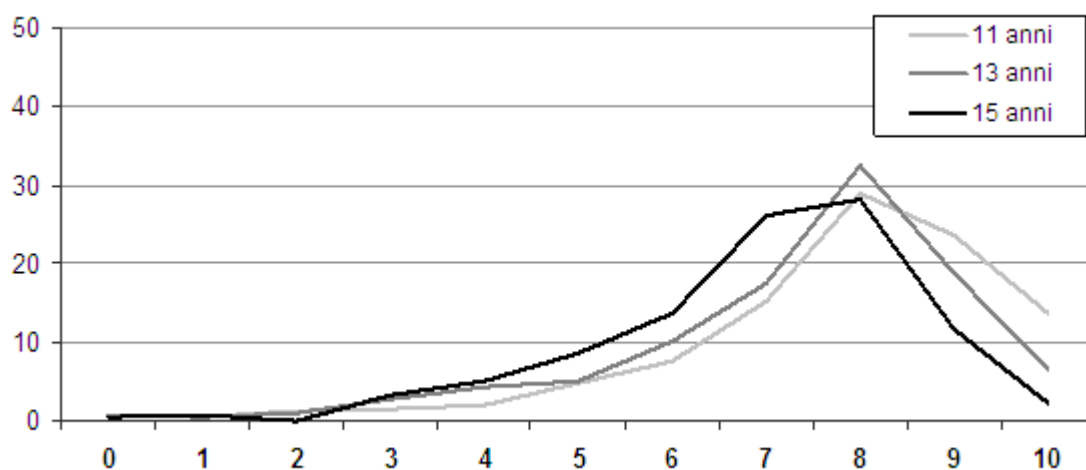
Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto (Friedman, 2014; Ravens-Sieberer, 2004; Huebner, 1991). Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al non uso di sostanze (Zullig, 2001; Lemma, 2014) e a più alti livelli di attività fisica (Thome, 2004). Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su di una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi (Cantril, 1965).

Alla domanda "in generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento, da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile)?" hanno riferito di trovarsi al gradino più alto il 14% degli undicenni, il 6% dei tredicenni e il 2% dei quindicenni. Complessivamente è 8 il gradino maggiormente frequente nelle risposte dei ragazzi in ogni fascia d'età: 29% degli undicenni, 32% dei tredicenni e 28% dei quindicenni. E' peraltro un dato da sottolineare che in media l'8% degli adolescenti dagli 11 ai 15 anni scelgono di collocarsi ai livelli più bassi (da 1 a 4). Tale dato può essere considerato un indicatore di situazioni di grave/gravissimo disagio psicofisico e relazionale. In conclusione, aggregando i dati ottenuti, il campione intervistato ha le seguenti percezioni di soddisfazione: 56% molto soddisfatto (attribuzioni attorno ai valori 8-9-10), 35% mediamente soddisfatto (attribuzioni attorno ai valori 5-6-7) e 8% insoddisfatto (Tabella 7.2 e Figura 7.2).

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
0	0.7%	0.8%	0.4%	0.6%
	7	7	3	17
1	0.6%	0.6%	0.7%	0.6%
	6	5	5	16
2	1.3%	1.1%	0.1%	0.9%
	13	10	1	24
3	1.5%	2.8%	3.4%	2.4%
	15	25	25	65
4	2.1%	4.4%	5.0%	3.7%
	21	40	37	98
5	4.9%	5.0%	8.7%	6.0%
	50	45	65	160
6	7.5%	10.2%	13.6%	10.1%
	76	92	101	269
7	15.3%	17.6%	26.1%	19.1%
	155	159	194	508
8	29.0%	32.4%	28.1%	29.9%
	294	293	209	796
9	23.5%	18.7%	11.8%	18.6%
	238	169	88	495
10	13.7%	6.5%	2.2%	8.0%
	139	59	16	214
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1014	904	744	2662

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



7.4. Sintomi riportati

Nello studiare la salute degli adolescenti è importante indagare la complessità dei fattori che sostengono la percezione che loro stessi hanno della condizione riferita interrogandoli, ad esempio, sui sintomi di cui dichiarano di soffrire, anche e soprattutto in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza soggettiva di sintomi, infatti oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari (Belmaker, 1985), si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche (Torsheim, 2001), tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari (Haugland, 2001a). Tale quadro, confermato anche dall'uso di più sofisticate tecniche di analisi, sembra suggerire una relazione tra il riportare specifici sintomi di origine psicosomatica e situazioni di stress (Lemma, 2014).

Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti otto sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e affidabilità nel valutare e riportare i sintomi (Haugland, 2001a).

Nella Tabella 7.3 è riportata la distribuzione, nelle tre fasce d'età, della prevalenza di almeno uno dei sintomi indicati. Si osserva come quasi un terzo (30%) del campione dichiara di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati, con valori leggermente più alti per i quindicenni e che ben 8 ragazzi su 10 soffrono di qualche disturbo, almeno una volta a settimana con valori che crescono al crescere dell'età: 75% a 11, 82% a 13 e 88% a 15 anni. Le ragazze lamentano un maggior numero di sintomi rispetto ai coetanei maschi soprattutto a 13 e 15 anni (Figure 7.3 e 7.4).

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?”

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	28.3%	29.8%	32.6%	30.0%
	287	270	243	800
Più di 1 volta a settimana	28.9%	32.2%	33.8%	31.4%
	293	291	252	836
1 volta a settimana	18.3%	19.8%	21.3%	19.7%
	186	179	159	524
1 volta al mese	19.6%	14.8%	11.1%	15.6%
	199	134	83	416
Raramente o mai	4.9%	3.4%	1.1%	3.3%
	50	31	8	89
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1015	905	745	2665

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere

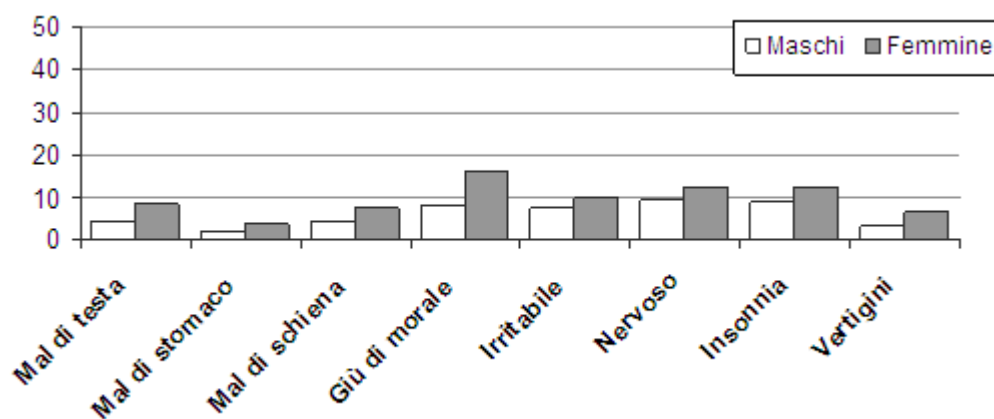
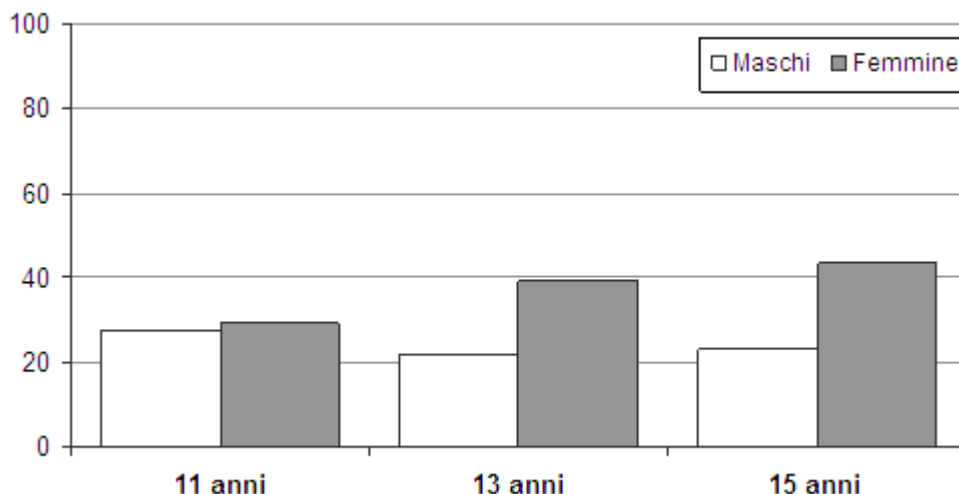


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte (Haugland, 2001a;Haugland, 2001b): 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).

Nelle Tabelle 7.4 e 7.5 sono riportate le due tipologie di sintomi, somatiche e psicologiche, per età e genere. Il 44% dei ragazzi del nostro campione dichiara di soffrire di almeno un sintomo somatico ogni giorno o più volte a settimana (42% a 11 anni, 43% a 13 anni, 48% a 15 anni). La percentuale aumenta leggermente (47%) se si riferisce ai sintomi psicologici e anche in questo caso il malessere aumenta con l'età: se il 40% dei ragazzi a 11 anni soffre di un sintomo psicologico più di 1 volta la settimana o tutti i giorni, a 15 anni si arriva a più di 1 ragazzo su 2 (55%). Osservando i dati per genere si nota come già a 11 anni ci sono differenze tra maschi e femmine. Si potrebbe affermare, che la percezione della propria salute è peggiore nel sesso femminile, dato confermato da una maggiore prevalenza di sintomi psicologici e somatici che a 15 anni vedono coinvolto il doppio delle ragazze rispetto ai ragazzi.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	22.0%	20.4%	20.2%	21.0%
	223	185	150	558
Più di 1 volta a settimana	20.4%	22.8%	27.6%	23.2%
	206	206	205	617
1 volta a settimana	17.2%	20.4%	20.8%	19.3%
	174	185	155	514
1 volta al mese	24.6%	24.1%	23.7%	24.2%
	249	218	176	643
Raramente o mai	15.8%	12.3%	7.8%	12.4%
	160	111	58	329
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1012	905	744	2661

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

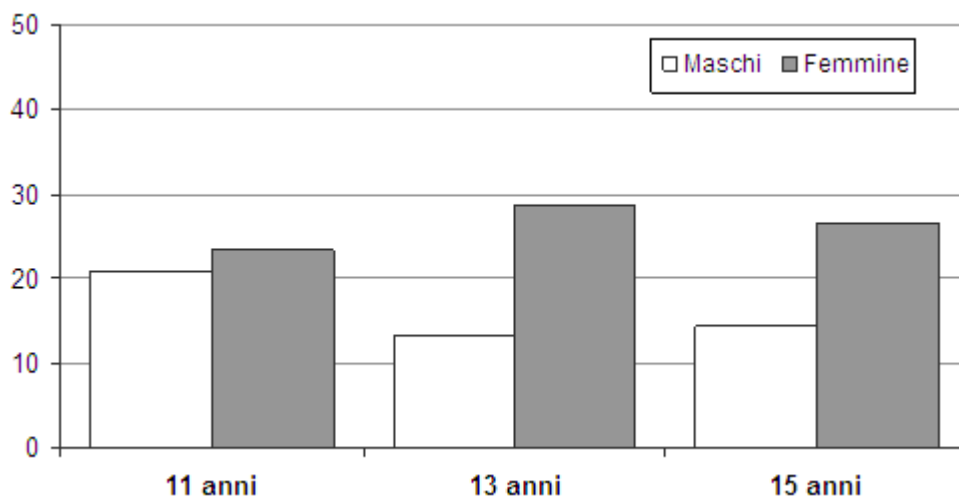
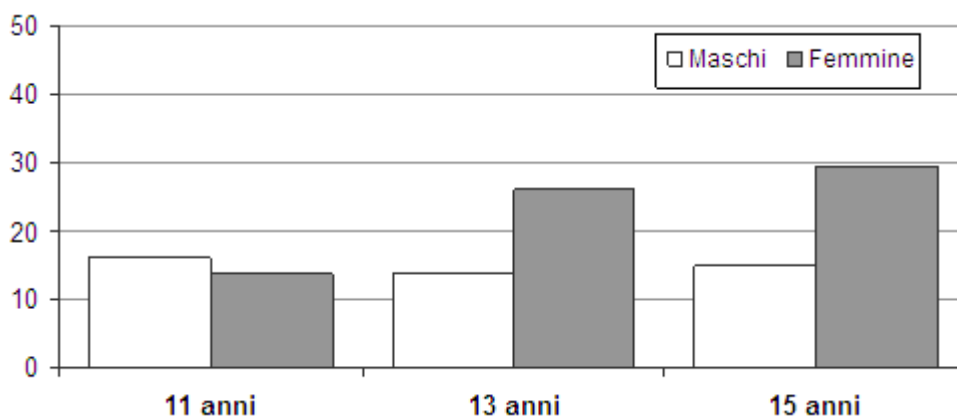


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici, per età

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	14.9%	19.3%	21.7%	18.3%
	151	175	162	488
Più di 1 volta a settimana	25.2%	29.7%	33.6%	29.1%
	256	269	250	775
1 volta a settimana	22.3%	23.0%	23.4%	22.8%
	226	208	174	608
1 volta al mese	24.3%	19.7%	17.7%	20.9%
	247	178	132	557
Raramente o mai	13.3%	8.3%	3.6%	8.9%
	135	75	27	237
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1015	905	745	2665

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



7.5. Utilizzo di farmaci

Come si diceva nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari (Belmaker, 1985). Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la prima volta nel report 2010 (Cavallo, 2010). Nell'indagare questo comportamento viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese (mai, una volta, più di una volta) a farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro.

Nella nostra regione, il 55,0% dei ragazzi riferisce l'utilizzo di uno o più farmaci nell'ultimo mese con un aumento con l'aumentare dell'età e le ragazze con prevalenza maggiore in tutte le fasce d'età (Tabella 7.6 e Figura 7.7).

Il facile ricorso a farmaci come antidolorifici e antinfiammatori, probabilmente assunti per la terapia di dolori mestruali, mal di testa (sintomi segnalati con molta frequenza soprattutto nelle femmine), è un dato meritevole di attenzione, almeno come indicatore della propensione a ricorrere a rimedi esterni per sedare un sintomo (Figura 7.8). L'assunzione di farmaci non pare

associata dagli intervistati alla percezione della propria salute: infatti nonostante l'89% del campione descriva come eccellente e buona la percezione della propria salute, più della metà dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese.

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

	11anni	13anni	15 anni	Totale
Nessun farmaco	49.0%	45.6%	39.1%	45.1%
	498	414	291	1203
Sì, 1 farmaco	26.1%	31.4%	34.1%	30.1%
	265	285	254	804
Sì, più di 1 farmaco	24.9%	22.9%	26.8%	24.8%
	253	208	200	661
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1016	907	745	2668

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

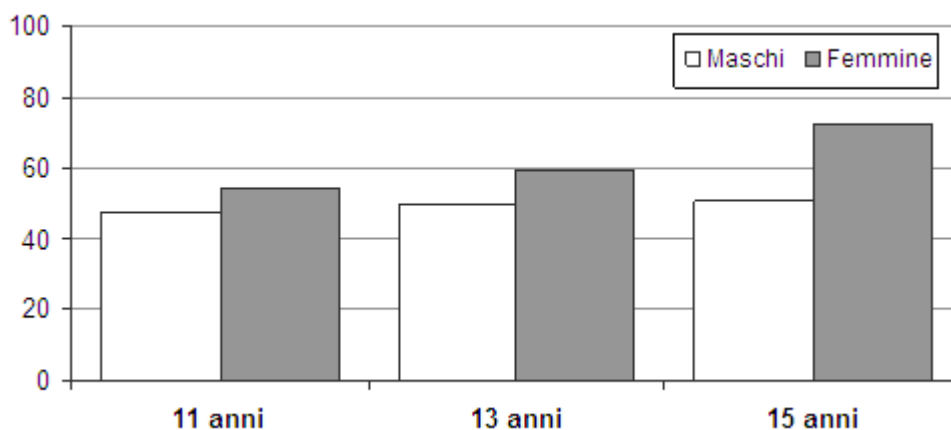
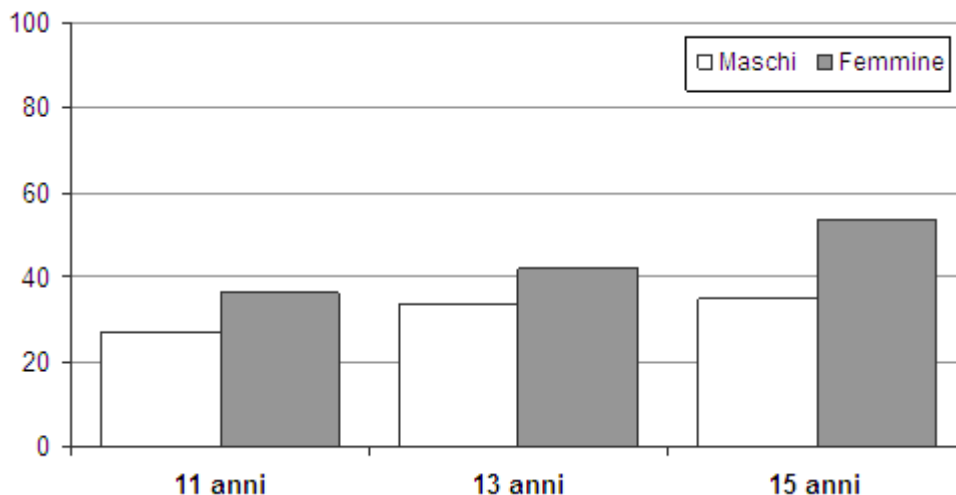


Figura 7.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell’ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per ‘mal di testa’, per genere ed età



Per un confronto con i dati regionali 2010

La percezione della propria salute e del benessere dei ragazzi della regione è rimasta buona e invariata nelle due rilevazioni con le femmine che si percepiscono meno in salute dei maschi, differenza rimasta invariata. Sono tuttavia aumentati i sintomi che le ragazze dichiarano di sentire ogni giorno, soprattutto tra le 13enni e le 15enni: se nel 2010 erano il 30% nel 2014 sono aumentate al 40%. Anche i sintomi somatici e psicologici sembrano affliggere maggiormente i giovani in questa rilevazione e in particolar modo le ragazze e a dimostrazione di questo aumentato malessere, anche l'utilizzo dei farmaci risulta essere maggiore. Il 41% degli adolescenti nel 2010 aveva usato almeno un farmaco nell'ultimo mese, mentre sono il 45% nel 2014.

7.6. Conclusioni

Gli aspetti considerati in questo capitolo consentono una descrizione forse non del tutto esaustiva della percezione del benessere psicofisico degli adolescenti. Si osserva una differenza fra femmine e maschi sulle modalità di riferire il proprio stato di salute: le ragazze hanno una percezione dello stato generale di salute meno soddisfacente rispetto ai maschi, forse per una maggiore propensione all'ascolto di sé.

Si evidenzia una percentuale consistente, poco meno della metà dei ragazzi, che riferiscono segni di malessere psicofisico per più di una volta alla settimana.

Riguardo alle differenze di genere, può costituire un fattore di rischio al femminile il facile consumo di farmaci, la presenza di relativamente frequenti sintomi psicosomatici, mentre si possono considerare fattori protettivi il miglior ascolto di sé e la minore propensione ad assumere comportamenti a rischio. Per i maschi si considera come indice di rischio la propensione a sperimentare l'uso di sostanze, soprattutto per il consumo di alcol e droghe, mentre sono fattori protettivi la soddisfacente percezione di sé, della propria salute e qualità di vita.

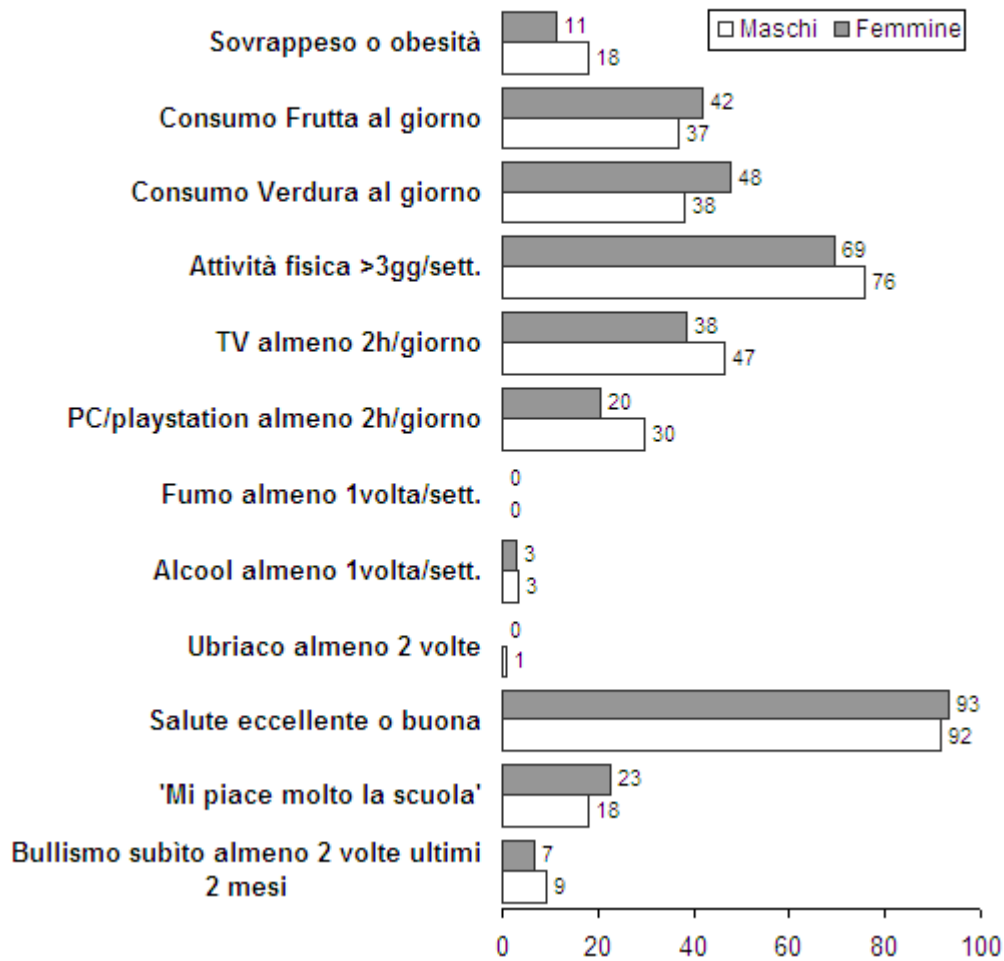
Bibliografia capitolo 7

- Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). *Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories*. Oxford: Oxford University Press.
- Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1:1-2.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health*. New York, McGraw-Hill Education..
- 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? *Community Health*, 55:836-40.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Friedman, H. S., Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology*, 65:719-742.
- de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A.(2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18:3-14.
- Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Notizie di Politeia*, 45:1-48.
- Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24:611-24.
- Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11:4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12:231-40.
- 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.
- Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmasso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, fdu095.
- Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. *Health Promotion International*, 29:i68-i82.
- Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

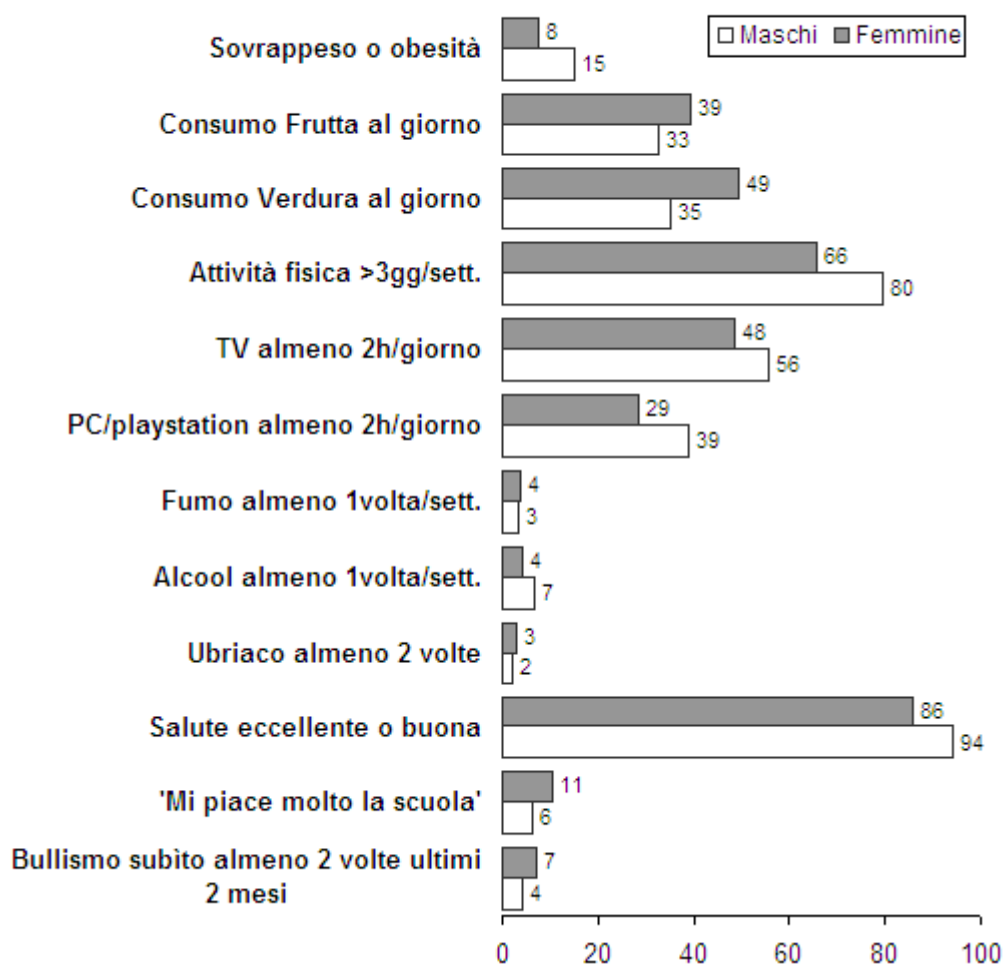
- Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.
- Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescence Research*,16:293-303.
- Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. *Eurohealth*, 18:3-7.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*;78:413-26.
- Zullig K.J., Valois R.F., Scott Huebner E., Oeltmann J.E. Wanzer Drane J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescence Health*, 29:279-88.

Indicatori riassuntivi

Undicenni (%)



Tredicenni (%)



Quindicenni (%)

