

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 REGIONE EMILIA-ROMAGNA

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

Redazione e impaginazione a cura di:

Paola Angelini, Flavia Baldacchini, Rossana Mignani
Direzione Generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Stampa: Centro stampa Giunta Regione Emilia-Romagna, dicembre 2010

Copia del volume può essere richiesta a:

Rossana Mignani - Regione Emilia-Romagna
Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna
e-mail: rmignani@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti>

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

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

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

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

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Paola Angelini (Direzione Generale Sanità e politiche sociali)
Emanuela Di Martino (Direzione Generale Sanità e politiche sociali)
Alba Carola Finarelli (Direzione Generale Sanità e politiche sociali)
Marina Fridel (Direzione Generale Sanità e politiche sociali)

Gruppo tecnico regionale HBSC

AUSL Piacenza – Lorena Mori

AUSL Parma - Marta Mattioli

AUSL Reggio Emilia - Alessandra Fabbri

AUSL Modena - Alberto Tripodi

AUSL Bologna - Partizia Beltrami

AUSL Imola - Ivana Stefanelli

AUSL Ferrara - Monica Mascellani

AUSL Ravenna - Gabriella Paganelli

AUSL Forlì - Claudia Cortesi

AUSL Cesena - Francesca Righi

AUSL Rimini - Elizabeth Bakken

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine:

Simona Benassi, Elena Biondi, Roberta Cecchetti, Barbara Corradini, Roberta Farneti, Giuditta Farolfi, Giuseppe Lacava, Patrizia Patria, Sandra Rapalli, Chiara Rizzoli, Nicoletta Bertozzi, Mariangela Cirillo, Carla Biavati, Giovanni Blundo, Elena Cammi, Claudia Della Giustina, Alessandra Palomba, Sabrina Guidi, Maria Grazia Nibali, Daniela Pagliarani, Elizabeth Bakken, Joseè Barbuti, Sonia Bellini, Emilia Biguzzi, Daniela Biondi, Francesca Castoldi, Annarita Fittini, Vilma Fabbroni, Daniela Giovanardi, Giuseppe Melandri, Paola Natali, Cristina Raineri, Maria Maddalena Babbini, Nicola Bolsi, Federica Balestracci, Morena Baldini, Valeria Capatti, Gloria Pia Di Nocco, Antonietta Faraldi, Francesca Felicità, Achilla Gorni, Michela Morri, Ilaria Concarì, Francesca Zampieri, Simona Midili, Alessandra Pelliconi, Denise Regazzi, Cristina Sartori, Sabrina Severi, Marina Tonelli.

Responsabilità editoriali

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

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

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

Per la Regione Emilia-Romagna, i responsabili delle parti scritte a commento dei dati forniti dal Gruppo di coordinamento nazionale HBSC sono:

- Paola Angelini
- Alberto Arlotti
- Flavia Baldacchini
- Patrizia Beltrami
- Sandra Bosi
- Elena Castelli
- Marilena Durante
- Alessandra Fabbri
- Annamaria Ferrari
- Franca Francia
- Stefania Guidomei
- Marina Fridel
- Sabrina Lodo
- Marta Mattioli
- Rossana Mignani
- Maria Amigoni
- Lorena Mori
- Maria Teresa Paladino
- Alberto Tripodi

Indice

Presentazione	9
Ringraziamenti	10
Premessa	13
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	15
1.1 Introduzione.....	15
1.2 Descrizione del campione.....	16
Bibliografia capitolo 1.....	17
Capitolo 2: Il contesto familiare	18
2.1 Introduzione.....	18
2.2 La struttura familiare.....	18
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	20
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	23
2.5 Conclusioni.....	25
Bibliografia capitolo 2.....	26
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	29
3.1 Introduzione.....	29
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere: indagine sulla scuola	29
3.3 Rapporto con gli insegnanti.....	33
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	36
3.5 Rapporto con la scuola.....	40
3.6 Conclusioni.....	41
Bibliografia capitolo 3.....	42
Capitolo 4: Sport e tempo libero	44
4.1 Introduzione.....	44
4.2 Attività fisica.....	44
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica.....	45
4.3 Comportamenti sedentari.....	47
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione.....	48
4.4 Rapporti con i pari.....	52
4.5 Conclusioni.....	56
Bibliografia capitolo 4.....	56
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	59
5.1 Introduzione.....	59
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	59
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	61
5.4 Consumo di dolci e bevande zuccherate.....	64
5.5 Stato nutrizionale e Immagine corporea.....	66
5.6 Igiene orale.....	71
5.7 Conclusioni.....	72
Bibliografia capitolo 5.....	73
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	75
6.1 Uso di sostanze.....	75
6.1.1 Il fumo.....	75
6.1.2 L'alcol.....	77
6.1.3 Cannabis.....	79
6.2 Abitudini sessuali.....	80
6.3 Conclusioni.....	81
Bibliografia capitolo 6.....	82

Capitolo 7: Salute e benessere	84
7.1 Introduzione	84
7.2 Percezione della propria salute	84
7.3 La percezione del benessere.....	86
7.4 I sintomi riportati	87
7.5 Utilizzo di farmaci.....	91
7.6 Conclusioni	92
Bibliografia capitolo 7.....	93
Alcuni indicatori riassuntivi	95

Presentazione

Il Ministero della Salute ha da tempo avviato un proficuo rapporto di collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per la realizzazione condivisa di interventi che coinvolgono i Servizi sanitari e gli Istituti scolastici, finalizzati alla promozione della salute, di sani stili di vita e per il contrasto delle patologie croniche.

In questo contesto si colloca lo Studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) elaborato nell'ambito del progetto "Sistema di indagine sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" promosso dal Ministero della Salute/CCM, in attuazione del programma Guadagnare salute.

L'indagine, nata da uno studio multicentrico internazionale, ha coinvolto nel 2010 per la prima volta il territorio dell'Emilia-Romagna con l'obiettivo di analizzare i contesti familiari e scolastici, nonché le abitudini e gli stili di vita dei nostri adolescenti (alimentazione, attività fisica, comportamenti a rischio), per trarre elementi che consentano di orientare sempre meglio politiche e azioni coerenti a livello sanitario e scolastico

L'iniziativa è stata realizzata grazie alla collaborazione tra Direzione Generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia-Romagna ed Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, nell'ambito di un consolidato rapporto interistituzionale che prosegue da anni e che ha portato alla condivisione di numerosi e qualificati interventi.

Con riferimento al progetto di cui si tratta, l'Ufficio Scolastico Regionale, preventivamente alla somministrazione, ha inoltre proposto i formulari dell'indagine all'esame di un gruppo ristretto di esperti, dirigenti scolastici e docenti, che ne considerasse gli aspetti educativi e relazionali. Il parere elaborato è stato poi inviato al Servizio Sanitario regionale, incaricato dell'indagine.

La realizzazione di questo studio, oltre agli spunti di conoscenza che offre per la promozione del benessere della popolazione giovanile, ha consentito agli operatori sanitari ed alle scuole di realizzare un'ulteriore esperienza di azione comune.

Si tratta in buona sostanza di una positiva esperienza di *governance* condivisa tra Direzione Generale Sanità e Politiche sociali ed Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, ovvero un esempio di conduzione a buon fine di situazioni complesse, mediante rapporti collaborativi e flessibili tra istituzioni.

Stefano Versari
Vice Direttore Generale Ufficio Scolastico
Regionale per l'Emilia-Romagna

Mariella Martini
Direttore Generale Sanità e Politiche sociali
Regione Emilia-Romagna

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli allievi di che hanno compilato i questionari.

Si ringraziano i Docenti e i Dirigenti Scolastici delle Istituzioni scolastiche che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

Si ringraziano l'Ufficio Scolastico Regionale, gli Uffici degli Ambiti Territoriali dell'Emilia-Romagna e tutte le scuole secondarie di primo e secondo grado della Regione Emilia-Romagna, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2009-2010, di seguito elencate:

Provincia	Scuola Secondaria I grado	Comune
Bologna	Scuola Sec. I grado - B.V. San Luca	Bologna
	Scuola Sec. I grado - Rodari - Jussi	San Lazzaro di Savena
	IC Bologna 2 (Scuola Sec. I grado – Zanotti)	Bologna
	IC Bologna 6 (Scuola Sec. I grado – Irnerio)	Bologna
	IC Bologna 8 (Scuola Sec. I grado – G. Guinizelli)	Bologna
	IC Bologna 12 (Scuola Sec. I grado – Farini)	Bologna
	IC Bologna 16 (Scuola Sec. I grado – A. Volta)	Bologna
	IC Castelmaggiore (Scuola Sec. I grado – Donini Pelagalli)	Castelmaggiore
	IC Ozzano Emilia (Scuola Sec. I grado – E. Panzacchi)	Ozzano Emilia
	IC Pieve di Cento e Castello d'Argile (Scuola Sec. I grado – Cavicchi)	Pieve di Cento
	IC San Benedetto VdS (Scuola Sec. I grado – Musolesi)	San Benedetto VdS
	IC S. Giov.in Persiceto (Scuola Sec. I grado – G. Mameli)	San Giovanni in Persiceto
	IC Zola Predosa (Scuola Sec. I grado – F. Francia)	Zola Predosa
Ferrara	Scuola Sec. I grado - Il Guercino	Cento
	SMS Zappata (Scuola Sec. I grado – G. Casati)	PortoGaribaldi Comacchio
	IC Alighieri (Scuola Sec. I grado – D. Alighieri)	Sant'Agostino
	IC 3 Ferrara (Scuola Sec. I grado – F. De Pisis)	Ferrara
	IC Manzoni (Scuola Sec. I grado – A. Manzoni)	Mesola
Forlì - Cesena	Scuola Sec. I grado - D. Arfelli	Cesenatico
	Scuola Sec. I grado di Via A. Frank	Cesena
	Scuola Sec. I grado di Via F. Orsini	Forlì
	Scuola Sec. I grado di Via G. Pascoli	Cesena
	IC Meldola (Scuola Sec. I grado – D. Alighieri)	Meldola
	IC Mercato Saraceno (Scuola Sec. I grado – Zappi)	Mercato Saraceno
	IC San Mauro Pascoli (Scuola Sec. I grado – G. Pascoli)	San Mauro Pascoli
Modena	Scuola Sec. I grado - Cavedoni	Sassuolo
	Scuola Sec. I grado - Cavour	Modena
	Scuola Sec. I grado - E. Ferrari	Maranello
	Scuola Sec. I grado - G. Ferraris	Modena
	Scuola Sec. I grado - Frassoni	Finale Emilia
	Scuola Sec. I grado - P. Levi	Sassuolo
	Scuola Sec. I grado - F. Montanari	Mirandola
	Scuola Sec. I grado - A. Volta	Bomporto
	IC Carpi centro (Scuola Sec. I grado – Alberto Pio)	Carpi
	IC 2 Carpi (Scuola Sec. I grado – Fassi)	Carpi
	IC Gasparini (Scuola Sec. I grado – Gasparini)	Novi di Modena
	IC Guinizelli (Scuola Sec. I grado – G. Guinizelli)	Castelfranco Emilia
	IC Leopardi (Scuola Sec. I grado – G. Leopardi)	Castelnuovo Rangone
Parma	Convitto Maria Luigia (Scuola Sec. I grado – Maria Luigia)	Parma
	IC Fontanellato (Scuola Sec. I grado – A. Ceresini)	Fontevivo
	IC Montechiarugolo (Scuola Sec. I grado – G. Marconi)	Montechiarugolo
	IC I. Newton (Scuola Sec. I grado – I. Newton)	Parma
	IC Salsomaggiore (Scuola Sec. I grado – Carozza)	Salsomaggiore
	IC A. Toscanini (Scuola Sec. I grado – A. Toscanini)	Parma
	IC Via Montebello (Scuola Sec. I grado – Don Cavalli)	Parma
Piacenza	IC Borgonovo (Scuola Sec. I grado – G. Pascoli)	Borgonovo val Tidone
	IC M. Gandhi (Scuola Sec. I grado – D. Alighieri)	Piacenza
	IC M. Gandhi (Scuola Sec. I grado – I. Calvino)	Piacenza

Continua	IC M. Gandhi (Scuola Sec. I grado – M. Gandhi)	Rottofreno
Piacenza	IC Fiorenzuola (Scuola Sec. I grado – G. Gatti)	Fiorenzuola d'Arda
Ravenna	Scuola Sec. I grado - Ricci - Muratori	Ravenna
	IC Carchidio Strocchi (Scuola Sec. I grado – Don Strocchi)	Faenza
	IC Brisghella (Scuola Sec. I grado – G. Ugonia)	Brisighella
	IC Faenza centro (Scuola Sec. I grado – Cova-Lanzoni)	Faenza
	IC Matteotti (Scuola Sec. I grado – A. Oriani)	Alfonsine
	IC San Biagio (Scuola Sec. I grado – Don Minzoni)	Ravenna
	IC S. Pietro in Vincoli (Scuola Sec. I grado – R. Gessi)	Ravenna
Reggio Emilia	Scuola Sec. I grado - Amedeo d'Aosta	Reggio Emilia
	Scuola Sec. I grado - Da Vinci - Einstein	Reggio Emilia
	IC Albinea (Scuola Sec. I grado – L. Ariosto)	Albinea
	IC G. Carducci (Scuola Sec. I grado – G. Carducci)	Reggiolo
	IC Comparoni (Scuola Sec. I grado – Comparoni)	Bagnolo in Piano
	IC Gualtieri (Scuola Sec. I grado – Bentivoglio)	Gualtieri
	IC Montecchio (Scuola Sec. I grado – D. Alighieri)	Bibbiano
	IC Novellara (Scuola Sec. I grado – Orsi)	Novellara
Rimini	Scuola Sec. I grado - Alighieri-Fermi	Rimini
	Scuola Sec. I grado - Bertola	Rimini
	Scuola Sec. I grado - Spallanzani	Rimini
	Scuola Sec. I grado - Manfroni-Cervi- Pascoli	Riccione
	IC Cattolica (Scuola Sec. I grado – Filippini)	Cattolica
	IC Valle del Conca (Scuola Sec. I grado – Giustiniano Villa)	Morciano

Provincia	Scuola Secondaria II grado	Comune
Bologna	Ist. Aldrovandi-Rubbiani (I.P. Aldrovandi-Rubbiani)	Bologna
	Ist. Belluzzi (I.T. Belluzzi)	Bologna
	Liceo Scientifico Copernico	Bologna
	Liceo Scientifico da Vinci	Casalecchio
	Ist. Fioravanti (I.P. Fioravanti)	Bologna
	Liceo Classico Galvani	Bologna
	Ist. Istr. Sup. Keynes (ITC Keynes)	Castelmaggiore
	Ist. Luxemburg (I.T. Luxemburg)	Bologna
	Ist. istr. sup. Manfredi-Tanari (I.T. Tanari)	Monghidoro
	Ist. istr. sup. Paolini-Cassiano da Imola (I.T. Paolini)	Imola
	Liceo Scientifico Righi	Bologna
	Ist. istr. sup. Scarabelli-Ghini (I.T. Scarabelli)	Imola
Ferrara	Ist. istr. sup. Aleotti (I. T. Aleotti)	Ferrara
	Liceo Classico Ariosto	Ferrara
	Liceo Scientifico Roiti	Ferrara
	Ist. f.lli Taddia (I.P. F.lli Taddia)	Cento
Forlì - Cesena	Ist. Istr. Sup. Garibaldi (I.T. Garibaldi)	Cesena
	Ist. Macrelli (I.P. Macrelli)	Cesena
	Ist. Pascal (ITI Pascal)	Cesena
	Liceo Scientifico Righi	Cesena
Modena	Ist. Baggi (I.T. Baggi)	Sassuolo
	Ist. Istr. Sup. Calvi (I.T. Calvi)	Finale Emilia
	Ist. Istr. Sup. Cattaneo (I.T. Deledda)	Modena
	Ist. Corni (I. P. Corni)	Modena
	Ist. Fermi (I.T. Fermi)	Modena
	Ist. Istr. Sup. Galilei (I.T. Galilei)	Mirandola
	Ist. Istr. Sup. Luosi (Liceo Pico)	Mirandola
	Liceo Scientifico Morandi	Finale Emilia
	Ist. Morante (I.P. Morante)	Sassuolo
	Ist. Istr. Sup. Meucci (I.T. Meucci)	Carpi
	Liceo Classico San Carlo	Modena
	Ist. Selmi (I.T. Selmi)	Modena
	Liceo Scientifico Tassoni	Modena
Ist. Vallauri (I.P. Vallauri)	Carpi	

Parma	Liceo Scientifico – Musicale A. Bertolucci	Parma
	Ist. Istr. sup. Giordani (I.T. Giordani)	Parma
	Ist. Istr. sup. Levi (I.P.S.I.A. Levi)	Parma
	Liceo Scientifico Marconi	Parma
	Ist. Istr. sup. Mellon (I.T.C. Mellon)	Parma
	Liceo Classico Romagnosi	Parma
	Ist. Istr. sup. Gadda (I.T. Gadda)	Langhirano
	Ist. Istr. sup. Galilei (I.P. Solari)	Fidenza
Piacenza	Liceo Classico M. Gioia	Piacenza
	Ist. Istr. sup. Marconi-Da Vinci (I.T. Marconi)	Piacenza
	Ist. Istr. sup. Romagnosi (I.T. Romagnosi)	Piacenza
	Liceo Scientifico L. Respighi	Piacenza
Ravenna	Liceo Sant'Umiltà	Faenza
	Scuola di pratica agricola Caldesi	Faenza
	Liceo Classico Alighieri	Ravenna
	Ist. Prof. Cervia (Ist. Alberghiero)	Cervia
	Ist. Istr. Sup. Manfredi-Marconi (I.T. Marconi)	Lugo
	Ist. Oriani (I.T. Oriani)	Faenza
Reggio Emilia	Ist. San Tomaso d'Aquino	Correggio
	Liceo Classico Ariosto-Spallanzani	Reggio Emilia
	Ist. Istr. Sup. Cattaneo - Dall'Aglio (I.T. Cattaneo-Dall'Aglio)	Castelnovo ne' Monti
	Ist. Istr. Sup. D'Arzo (I.T. D'Arzo)	Montecchio
	Ist. Istr. Sup. Einaudi (I.T. Einaudi)	Correggio
	Ist. Prof. Filippo Re (I.P. Filippo Re)	Reggio Emilia
	Ist. Prof. Galvani Sidoli (P. Galvani Sidoli)	Reggio Emilia
	Ist. Istr. Sup. Pascal (I.T. Pascal)	Reggio Emilia
	Ist. Istr. Sup. Scaruffi - Levi - Citta' del tricolore (I.T. Scaruffi)	Reggio Emilia
	Ist. Istr. Sup. A. Zanelli (I.T. Zanelli)	Reggio Emilia
Rimini	Liceo Classico Cesare - Valgimigli	Rimini
	Ist. Istr. Sup. Gobetti – De Gasperi (I.T. Gobetti - De Gasperi)	Morciano
	Ist. Malatesta (I.P. Malatesta)	Rimini
	Ist. Molari (I.T. Molari)	Sant'Arcangelo di Romagna

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

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

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

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

La numerosità campionaria è stata calcolata in circa 1.200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%. E' stato inoltre introdotto, per le Regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento dal 10% al 25% in ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

1.2 Descrizione del campione

L'analisi della tabella 1.1 mostra un'elevata percentuale di rispondenza. Il numero totale di classi campionate in regione Emilia-Romagna risulta pari a 221, di queste 214 (96,83%) hanno restituito il questionario.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Prima classe Sec. I Grado	68	66	97,06
Terza classe Sec. I Grado	75	73	97,33
Seconda classe Sec. II Grado	78	75	96,15
Totale	221	214	96,83

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	35,09 (634)	32,45 (588)	33,77 (1.222)
13 anni	35,25 (637)	37,20 (674)	36,23 (1.311)
15 anni	29,66 (536)	30,35 (550)	30,01 (1.086)
Totale	100,00 (1.807)	100,00 (1.812)	100,00 (3.619)

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Nato in Italia	93,70 (1.130)	92,77 (1.206)	93,50 (1.007)
Nato all'estero	6,30 (76)	7,23 (94)	6,50 (70)
Totale	100,00 (1.206)	100,00 (1.300)	100,00 (1.077)

La percentuale di coloro che dichiarano di essere nati all'estero (tabella 1.3) risulta inferiore o di poco superiore al 7% in tutte e tre le fasce di età prese in esame.

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.

Lecture di approfondimento

- Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.
- Green L.W., Kreuter M.W. (1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.
- King A., Wold B., Smith C.T. and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.
- Smith C., Wold B. and Moore L. (1992). Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2 (2): 41-44.
- The Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48.
- World Health Organisation (WHO) (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo invece annoverare la diminuzione dell'ampiezza familiare, l'aumento delle famiglie unipersonali (single), la diminuzione 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 di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

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

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

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

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

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

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

Tipo di famiglia	%	(N)
Madre e padre, no altri adulti	66,64	(2.349)
Madre e padre, più uno o due nonni	15,01	(529)
Solo madre (con o senza nonni)	11,66	(411)
Solo padre (con o senza nonni)	1,65	(58)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3,60	(127)
Solo nonni (uno o due)	0,45	(16)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	0,99	(35)
Totale	100,00	(3.525)

Ciò che emerge dai dati riportati nella tabella 2.1 è la prevalenza della convivenza con entrambi i genitori seguita dalla presenza aggiuntiva dei nonni (circa 1/6). E' significativa, ed in linea con i dati dell'ultimo censimento (2001) che descrivono le tipologie familiari della popolazione residente in Emilia-Romagna, la percentuale di ragazzi che vivono con uno solo dei genitori (13,3%). Inoltre risulta evidente la prevalenza, nei casi monoparentali, delle situazioni in cui il ragazzo/a vive con la madre piuttosto che con il padre.

In questa tabella non risulta invece, chiara la collocazione della casistica relativa all'affido condiviso.

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	%	N
Figli unici	26,52	471
1 fratello o sorella	49,77	884
2 o più fratelli o sorelle	23,70	421
Totale	100,00	1.776

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	28,25 (339)	14,21 (184)	8,06 (87)
Facile	38,92 (467)	36,69 (514)	36,90 (392)
Difficile	21,17 (254)	28,03 (363)	33,89 (366)
Molto difficile	9,42 (113)	14,44 (187)	18,52 (200)
Non ho questa persona	2,25 (27)	3,63 (47)	3,24 (35)
Totale	100,00 (1.200)	100,00 (1.295)	100,00 (1.080)

Tabella 2.3 bis

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
Molto facile + facile	67,17	53,90	44,36
Molto difficile + difficile	30,59	42,47	52,41

Accorpendo le risposte “Molto facile” e “facile”, e quelle “Molto difficile” e “difficile” contenute nella tabella 2.3 e 2.4, si può facilmente notare come al crescere dell’età cresca la quota di ragazzi che ritengono problematico parlare con il padre, e diminuisca di conseguenza, quella che, al contrario lo ritiene facile o molto facile. Infatti mentre per gli 11enni il dialogo con il padre risulta facile o molto facile nel 67% dei casi, a 15 anni questa quota scende al 44%. Significativo è il fatto che a 15 anni, sono oltre la metà dei casi coloro che ritengono difficile il dialogo con il padre (cfr. tab. 2.3 bis).

Dalle aggregazioni risulta che la difficoltà di dialogo con il padre aumenta con l’aumento dell’età mentre la facilità di dialogo decresce al crescere dell’età.

Un dato interessante da analizzare, specie per gli operatori che si occupano di prevenzione del disagio degli adolescenti è la percentuale dei ragazzi che dichiarano di non avere rapporti con una delle due figure genitoriali. Dalla tabella risulta che il 3% circa dei ragazzi in ogni classe di età non ha alcuna possibilità di confrontarsi con il modello genitoriale maschile rappresentato dal padre. E’ possibile ipotizzare che tale mancanza di riferimenti educativi da parte del genere maschile (paterno) si rifletta in qualche modo sulla crescita di questi ragazzi, in un momento della loro crescita in cui è importante avere figure di riferimento con cui confrontarsi (anche se ciò può avvenire con un processo di distanziamento o iniziale dialettica o conflitto per giungere alla fine all’acquisizione di una propria identità di genere, e a una crescita, rispetto alla gestione delle relazioni sentimentali verso l’età adulta). Il dato risulterebbe ancora più significativo se questi ragazzi non hanno modo di attingere le specificità di questo ruolo (“normativo” secondo le consuete rappresentazione delle specificità di ruolo di genere nelle teorie “classiche” sulla genitorialità) da altre figure positive di genere maschile, come i nonni, o altre figure parentali adulte (es. zii) o i nuovi conviventi o mariti delle madri o tra gli educatori o insegnanti.

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

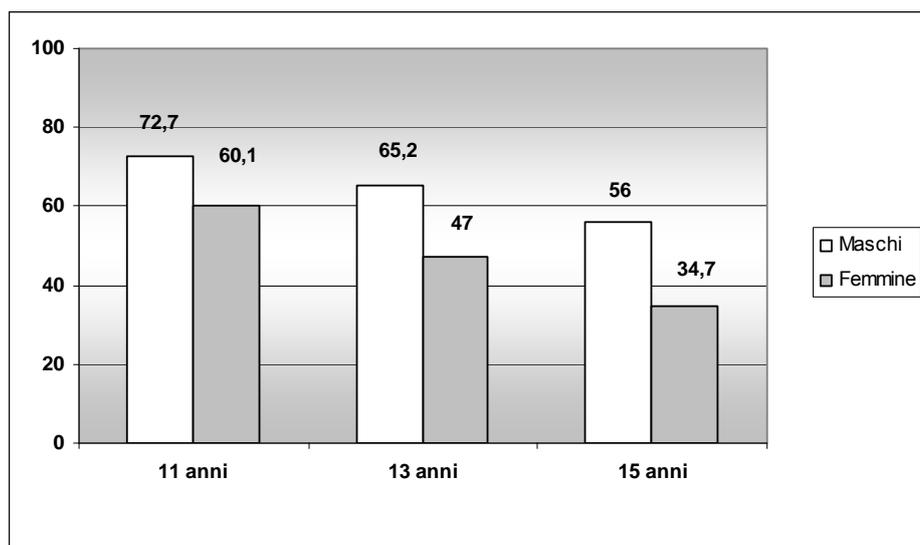
	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	52,27 (621)	34,99 (450)	22,74 (244)
Facile	32,91 (391)	42,30 (544)	45,85 (492)
Difficile	10,19 (121)	15,79 (203)	22,93 (246)
Molto difficile	3,7 (3,11)	5,91 (76)	7,46 (80)
Non ho questa persona	1,52 (18)	1,01 (13)	1,03 (11)
Totale	100,00 (1.188)	100,00 (1.286)	100,00 (1.073)

Tabella 2.4 bis

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
Molto facile + facile	85,18	77,29	68,59
Molto difficile + difficile	13,3	21,70	30,39

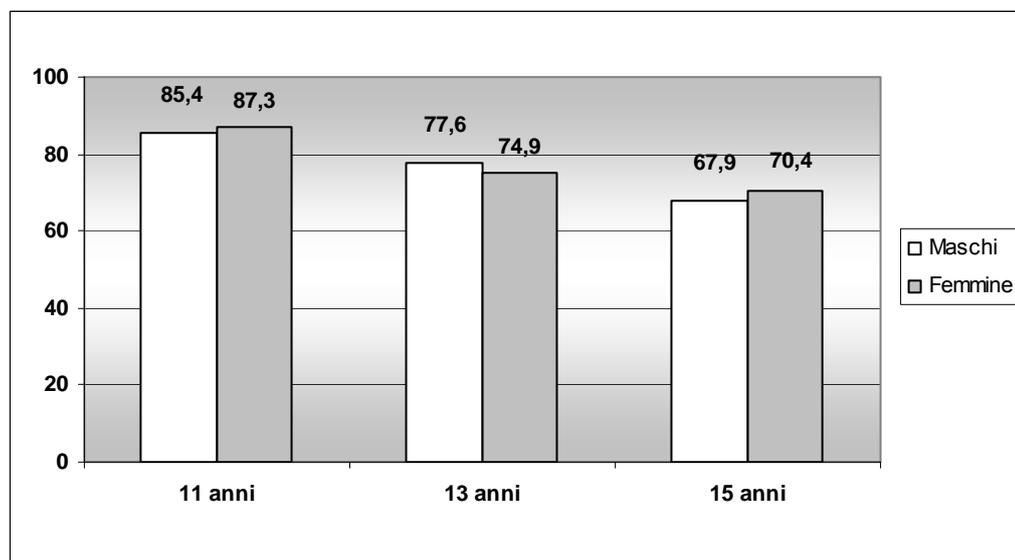
Come per i rapporti con il padre, anche per quelli con la madre, si nota dalla tab. 2.4 che la facilità di dialogo decresce al crescere dell'età, in particolare mentre a 11 anni la facilità di dialogo con la madre è molto alta, pari all'85%, a 15 anni la difficoltà a parlare con lei risulta più che raddoppiata e si passa da un 13% a un 30% di difficoltà, in particolare ciò significa che a 15 anni un ragazzo/a su tre ha difficoltà a parlare con la madre. Analizzando l'ultima classe di risposta "non ho questa persona" risulta che una minore percentuale (circa l'1%) di ragazzi dichiara di non avere per niente contatti con la figura materna, rispetto a quanto non avvenga rispetto al padre (circa il 3%).

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



Dal grafico si evidenzia come la variabile di genere incida sulla facilità dei rapporti comunicativi con il padre: il genere femminile ha maggiori difficoltà nel dialogo con il padre rispetto a quello maschile soprattutto la forbice maschi /femmine si allarga con l'aumentare dell'età (a 11 anni la differenza è intorno al 12% mentre a 15 anni è intorno al 22%).

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



Nei rapporti con la madre invece, le differenze di genere si riducono sensibilmente rispetto ai rapporti con il padre e si assestano intorno a un valore più lieve del 2%. L'altro elemento rilevante concerne la maggiore facilità di dialogo con la madre rispetto al padre che a 15 anni è intorno al 68% rispetto al 44% nel dialogo con il padre.

2.4 Lo status socio-economico familiare

La posizione socio-economica della famiglia di origine è un'altra dimensione fondamentale della vita familiare in grado, oltre a quella relazionale, di influenzare fortemente la salute dei ragazzi: questo avviene sia direttamente, attraverso il fenomeno delle disuguaglianze sociali di salute (Albrecht et al.,

2000; Mackenbach et al., 1997; Costa et al., 1998; Zambon et al., 2006), sia indirettamente. Infatti, come dimostrato da numerosi studi, un buon livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (Geckova et al., 2003; Due et al., 2003; Kosteniuk et al., 2003; Ruiz et al., 2002).

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

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

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

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

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

FAS	% (N)
Basso	8,40 (299)
Medio	37,18 (1.324)
Alto	54,42 (1.938)
Totale	10000 (3.561)

Dai dati emersi si rileva che il 91% degli intervistati ha uno status socio-economico nella fascia media alta e che il 54% è in una fascia alta, vale a dire che più della metà degli intervistati ha un'alta possibilità di consumo.

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni %	13 anni %	15 anni %	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Licenza elementare	2,60 (17)	3,70 (34)	2,44 (23)	2,93 (20)	1,45 (14)	2,04 (20)
Licenza media	21,71 (142)	25,49 (234)	25,29 (238)	17,42 (119)	21,91 (211)	22,19 (217)
Istituto professionale	13,91 (91)	17,43 (160)	16,68 (157)	11,27 (77)	13,19 (127)	10,43 (102)
Maturità	31,50 (206)	35,62 (327)	33,79 (318)	38,21 (261)	41,23 (397)	43,35 (424)
Laurea	30,28 (198)	17,76 (163)	21,79 (205)	30,16 (206)	22,22 (214)	21,98 (215)
Totale	100,00 (654)	100,00 (918)	100,00 (941)	100,00 (683)	100,00 (963)	100,00 (978)

Si evidenzia in generale un alto tasso di scolarizzazione che risulta lievemente più alto per la madre relativamente al titolo di studio maturità e laurea.

Dalla tabella 2.6 emerge che la larga maggioranza dei ragazzi intervistati (indipendentemente dall'età, anche se con differenze significative e non facilmente spiegabili tra un'età e l'altra, considerata la lieve differenza temporale), ha genitori con titolo di studio medio-alto (diploma oppure laurea).

Per quanto riguarda il padre, la percentuale di questi ragazzi va dal 53% dei 13enni, ad un massimo del 61% tra gli 11enni. Dal lato materno, le percentuali di chi ha una madre con titolo medio-alto è ancora più alta: da un minimo del 63% tra i 13 enni a un massimo del 68% tra gli 11enni. Questa situazione, secondo la letteratura, sembrerebbe essere protettiva rispetto ad eventuali rischi correlati allo stato di salute.

In questo senso è di interesse evidenziare che, invece, esiste nel campione una percentuale – che, a seconda dell'età, oscilla tra il 24% ed il 29% rispetto al padre, e tra il 20 ed il 24% rispetto alla madre – di ragazzi con un genitore dal titolo di studio medio-basso (licenza elementare o media). Si tratta di informazioni importanti per indirizzare eventuali interventi di prevenzione verso i target più a rischio.

2.5 Conclusioni

Nel corso degli ultimi 20 anni, le famiglie in Emilia-Romagna registrano profondi cambiamenti, in particolare: l'aumento dell'instabilità coniugale, la ripresa della natalità a partire dal 1995, le trasformazioni nelle modalità di formazione delle famiglie, l'aumento del tasso di attività della popolazione femminile (con conseguenze sulla conciliazione dei tempi tra lavoro domestico e di cura per la componente femminile), l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della presenza straniera.

Alcuni dati sulle famiglie ¹ in Emilia-Romagna provengono da stime dell'ISTAT ² in media nel periodo 2007-2008, le famiglie sono in 1 milione 829 mila, 47 mila in più (+2,6%) rispetto alla media del biennio 2006-2007. Il numero medio di componenti per famiglia, come nel biennio precedente, è pari a 2,3 e risulta inferiore al valore registrato nel Nord-est (2,4) e in Italia (2,5).

In linea con la tendenza rilevata a livello nazionale, diminuisce il numero di famiglie "numerose", cioè costituite da almeno cinque componenti, nonché delle cosiddette famiglie "allargate", composte da più nuclei familiari (in genere, più generazioni compresenti) o con componenti aggregati.

I nuclei familiari ³ in Emilia-Romagna sono 1 milione 252 mila, in prevalenza costituiti da coppie con figli, pari al 50,7% del totale. Vi è un 13% di nuclei monogenitorali (162 mila unità, in prevalenza madri sole con figli minori), di cui quelli con figli minorenni costituiscono il 4,6% ⁴ di tutti i nuclei, tra i quali in larga parte con genitore di sesso femminile.

Le nascite che fino al 1995 si erano registrate in calo, sono progressivamente aumentate, da 27.828 nati del 1995 (7 ogni 1.000 abitanti), si è passati quindi a 42.117 nati del 2009 (9,7 ogni 1.000 abitanti). Tale cambiamento in parte può essere spiegato con l'incremento legato alla fecondità delle donne immigrate, per le quali il numero medio di figli per donna ⁵ è pari a 2,46, mentre per l'intera popolazione esso si ferma a 1,48. Quest'ultimo valore, anche se in lieve crescita, è ancora lontano da quello, di poco superiore a 2, necessario a garantire il ricambio generazionale e la stabilità della popolazione.

¹ Si ringrazia il Servizio Controllo Strategico e Statistica per alcuni dati presentati in questa sede relativi alle famiglie. Secondo la definizione data da ISTAT, la famiglia è intesa come un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, dimoranti abitualmente nella stessa abitazione. Si prescinde quindi dalla composizione familiare che risulta in anagrafe e si fa riferimento alla composizione di fatto della famiglia.

² ISTAT, Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"

³ Il nucleo familiare è un insieme di persone tra loro coabitanti che sono legate da una relazione di coppia e/o di tipo genitore-figlio (posto che il figlio sia celibe/nubile). All'interno di una famiglia si possono così trovare nessun nucleo (ad es. le persone sole o due sorelle), un nucleo (ad es. una coppia), due o più nuclei (ad es. una coppia di genitori con la figlia divorziata e il nipote).

⁴ Dato stimato

⁵ Il "numero medio di figli per donna" è la somma dei tassi specifici di fecondità per le donne tra i 15 ed i 49 anni. Per tasso specifico di fecondità si intende il rapporto tra il numero dei nati vivi da madri di una specifica età e la popolazione media di donne della stessa età. Alla base di questo indicatore vi è l'ipotesi che per una coorte fittizia di mille donne si verifichi, nelle età della vita riproduttiva, un livello di fecondità pari a quello misurato attraverso i tassi specifici di fecondità per età osservati in un anno di calendario.

Gli indicatori di nuzialità in Emilia-Romagna rilevano un calo dei matrimoni che dai 16.393 del 2000 (4,1 ogni 1.000 abitanti) sono passati ai 14.892 del 2008 (3,5 ogni 1.000 abitanti). Benché i livelli di instabilità familiare in Italia siano ancora moderati rispetto a quanto avviene, ad esempio, nei paesi dell'Europa settentrionale, si evidenzia una forte crescita dell'indicatore di separazione, che passa da 247 nel 1995 a quasi 470 separazioni ogni 1000 matrimoni nel 2008 (6.129 unità). Anche i divorzi registrano una continua crescita: nel 2002 si sono verificati 3.800 divorzi di residenti in Emilia-Romagna, che salgono a 4.361 nel 2008. L'aumento dei divorzi ha portato all'incremento delle famiglie ricostituite, ossia di quelle famiglie in cui almeno uno dei due coniugi è al secondo matrimonio.

In Emilia-Romagna, accanto ad un tasso di occupazione maschile tra i più elevati, il tasso di occupazione femminile è in assoluto il più alto del Paese, pari al 61%, già oltre l'obiettivo del Consiglio europeo di Bruxelles del 2002. Non si è ancora risolto però, per le donne, il potenziale "conflitto" tra lavoro retribuito e domestico. La necessità di conciliare il lavoro con le cure familiari impone alle donne di mettere in atto strategie di conciliazione attraverso il ricorso al *part-time*, alla rete informale di aiuti ed ai servizi pubblici o privati ed esprime un aumento dei bisogni ed una più ampia richiesta di una molteplicità di servizi di supporto nell'assistenza verso i familiari che non sono in grado di provvedere autonomamente a se stessi.

Queste trasformazioni familiari [Laura Fruggeri, 2005] investono i rapporti con il contesto sociale di appartenenza, determinano dinamiche intrafamiliari inedite rispetto al passato e modificano strutturalmente dall'interno gli assetti familiari.

A livello dei rapporti con il sociale si assiste ad una graduale maggior privatizzazione delle famiglie da un lato, e al dover far fronte a nuovi compiti legati alle appartenenze etniche, sessuali o familiari.

Nelle dinamiche intrafamiliari si registra una sempre più marcata riduzione dell'asimmetria tra i ruoli di genere, una prevalenza delle relazioni sui ruoli sia tra marito e moglie che tra genitori e figli. Nella relazione con i figli domina il colloquio e sovente una negoziazione piuttosto che la prescrizione e ciò ha implicato la riduzione di asimmetria tra ruoli. La privatizzazione da un lato e l'insicurezza legata ad una continua negoziazione aprono a conflitti che invece di esplodere rischiano di implodere all'interno dei confini familiari.

A ciò non sono esenti i nonni che costituiscono ancora nel nostro paese il cosiddetto welfare residuale perché coprono ancora in termini di accudimento una buona parte delle ore quotidiane con i nipoti, quando i figli sono ancora al lavoro, e si inseriscono in una triangolazione intergenerazionale che merita attenzione per le dinamiche che comporta.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.

- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., 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*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Bibliografia a cura della Regione Emilia-Romagna

- Fruggeri, L. (2005) Diritti dei bambini e rapporti familiari. In G. Petrillo (a cura di) *Per una Psicologia dei Diritti dei Minori*. Costruzioni sociali, responsabilità e ruoli educativi, Milano, Franco Angeli Editore, PP. 160-180.
- Fruggeri, L. (2005) Sviluppo individuale e contesti familiari. In Bastianoni, P, Fruggeri, L. *Processi di sviluppo e relazioni familiari*. Milano, Unicopli, pp. 107-183.

- Fruggeri, L. (2007) Il caleidoscopio delle famiglie contemporanee: la pluralità come principio metodologico. In, Paola Bastianoni e Alessandro Taurino (a cura di) Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive. Unicopli, Milano, pp. 41-67.
- Regione Emilia-Romagna (2008) Crescere in Emilia-Romagna - Secondo rapporto sui servizi e sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, Edizioni Junior, Bergamo
- Regione Emilia-Romagna (2009) Rapporto sociale Giovani Generazioni

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere: indagine sulla scuola

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

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

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

E' stato dunque chiesto ai Dirigenti Scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di

misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

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

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

	Cortile/ aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Biblioteca, libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature speciali per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguito	82,19 (120)	82,76 (120)	70,55 (103)	74,48 (108)	69,18 (101)	80,14 (117)	85,62 (125)	77,08 (111)	82,64 (119)
Non adeguato	17,81 (26)	17,24 (25)	29,45 (43)	17,93 (26)	28,77 (42)	19,86 (29)	14,38 (21)	22,22 (32)	17,36 (25)
Risorsa non presente	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	7,59 (11)	2,05 (3)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,69 (1)	0,00 (0)
Totale	100,00 (146)	100,00 (145)	100,00 (146)	100,00 (145)	100,00 (146)	100,00 (146)	100,00 (146)	100,00 (144)	100,00 (144)

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

	Nutrizione e Alimentazione %	Attività fisica e Sport %	Violenza e bullismo %	Abuso di sostanze %
	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì abitualmente	63,45 (92)	81,94 (118)	58,33 (84)	51,77 (73)
Sì di tanto in tanto	35,86 (52)	16,67 (24)	39,58 (57)	42,55 (60)
No	0,69 (1)	1,39 (2)	2,08 (3)	5,67 (8)
Totale	100,00 (145)	100,00 (144)	100,00 (144)	100,00 (141)

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

	Mensa scolastica %	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt %	Distributori automatici di alimenti %
	(N)	(N)	(N)
Sì	33,33 (48)	17,16 (23)	69,57 (96)
No	66,67 (96)	82,84 (111)	30,43 (42)
Totale	100,00 (144)	100,00 (134)	100,00 (138)

Ciò che emerge dalle tabella 3.1 è la presenza di buone risorse strutturali relativamente a tutti gli items indagati che paiono adeguati in oltre il 70% delle realtà scolastiche.

Va peraltro segnalato in una logica di miglioramento che quasi il 30% dei Dirigenti evidenzia una certa inadeguatezza di aule e di spazi, così come di biblioteche e di librerie; le palestre paiono inadeguate ai bisogni in quasi il 18% dei casi e addirittura assenti in un ulteriore 8%, così come la disponibilità di attrezzature speciali per disabili che risultano inadeguate in oltre il 20% dei casi.

La tabella 3.2 sulle misure di promozione della salute adottate evidenzia un' attenzione prioritaria ai temi dell'alimentazione (oltre il 60% dei rispondenti) e della promozione dell'attività fisica (oltre l'80% dei rispondenti) ed in minor misura sui temi relativi alla prevenzione di violenza e bullismo o di prevenzione dell'abuso di sostanze.

Quanto evidenziato necessita peraltro di una attenta riflessione in relazione alla presenza di strutture o attività associate alla nutrizione ed alla fruibilità di alimenti all'interno della scuole: solo una scuola su tre fruisce di una mensa scolastica e solo il 17% partecipa a programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e verdura. Ben rappresentati risultano invece i distributori automatici di alimenti che raggiungono quasi il 70%.

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

	Prima colazione	Spuntini di metà mattina	Merenda pomeridiana
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	8,70 (2)	86,96 (20)	17,39 (4)
No	91,30 (21)	13,04 (3)	82,61 (19)
Totale	100,00 (23)	100,00 (23)	100,00 (23)

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

	Bibite zuccherate o gassate	Succhi di frutta	Merendine preconfezionate, caramelle, snack	Yogurt	Frutta fresca	Acqua	Bevande calde	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	76,04 (73)	81,25 (78)	80,21 (77)	57,29 (55)	41,67 (40)	91,67 (88)	91,67 (88)	23,96 (23)
No	23,96 (23)	18,75 (18)	19,79 (19)	42,71 (41)	58,33 (56)	8,33 (8)	8,33 (8)	76,04 (73)
Totale	100,00 (96)	100,00 (96)	100,00 (96)	100,00 (96)	100,00 (96)	100,00 (96)	100,00 (96)	100,00 (96)

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

	Classi % (N)
Tutte	97,26 (142)
Quasi tutte	2,05 (3)
Circa la metà	0,68 (1)
Poche	0,00 (0)
Totale	100,00 (146)

Nelle tabelle precedenti emerge che le realtà che fruiscono di programmi che prevedono la distribuzione di latte, frutta e verdura concentrano il loro utilizzo prioritariamente nello spuntino di metà mattina e residuali sono i momenti della colazione e della merenda pomeridiana. Va peraltro ricordato che le scuole che hanno partecipato all'indagine hanno un'articolazione oraria prioritariamente concentrata nella fascia mattutina.

Anche la buona rappresentatività sul territorio regionale di distributori automatici di alimenti non si traduce in una spiccata attenzione agli alimenti salutari, ma gli alimenti dispensati prioritariamente sono le merendine confezionate, le bibite zuccherate o gassate ed i succhi di frutta, oltre all'acqua ed alle bevande calde. La disponibilità di yogurt e di frutta fresca appare meno presente ed in questo ambito occorrerebbe una maggiore attenzione affiancando alle iniziative educative supporti strutturali che diano coerenza complessiva al messaggio nutrizionale corretto.

Infine si segnala una buona aderenza tra le misure adottate dalla scuola in materia di attività fisica e sport e la pressochè totale rappresentatività delle classi che i Dirigenti dichiarano essere in grado di fare le due ore di attività motoria curricolare.

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

	Comune	Associazione agricoltori/allevatori	Istituzioni provinciali	Associazioni (volontariato, onlus,...)	Direzione scolastica/insegnanti	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	14,97 (22)	13,61 (20)	22,45 (33)	18,37 (27)	16,33 (24)	29,25 (43)
No	85,03 (125)	86,39 (127)	77,55 (114)	81,63 (120)	83,67 (123)	70,75 (104)
Totale	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)	100,00 (147)

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

	Sviluppo politiche e regole	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure di promozione alla salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Frequentemente	81,82 (117)	34,33 (46)	47,52 (67)	42,55 (60)	43,57 (61)
Raramente	18,18 (26)	55,97 (75)	47,52 (67)	48,23 (68)	47,14 (66)
Mai	0,00 (0)	9,70 (13)	4,96 (7)	9,22 (13)	9,29 (13)
Totale	100,00 (143)	100,00 (134)	100,00 (141)	100,00 (141)	100,00 (140)

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

	Tensioni razziali/etniche %	Immondizie per strada %	Spaccio/consumo di sostanze %	Violenze/ vandalismo %	Traffico eccessivo %	Edifici dismessi %	Criminalità %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Problema rilevante	1,39 (2)	1,39 (2)	3,45 (5)	0,00 (0)	13,01 (19)	0,00 (0)	1,37 (2)
Problema moderato/lieve	52,78 (76)	29,17 (42)	64,83 (94)	54,48 (79)	57,53 (84)	17,12 (25)	59,59 (87)
Problema non presente	44,44 (64)	68,75 (99)	24,14 (35)	41,38 (60)	28,77 (42)	78,08 (114)	31,51 (46)
Non so	1,39 (2)	0,69 (1)	7,59 (11)	4,14 (6)	0,68 (1)	4,79 (7)	7,53 (11)
Totale	100,00 (144)	100,00 (144)	100,00 (145)	100,00 (145)	100,00 (146)	100,00 (146)	100,00 (146)

Le tabelle 3.7 e 3.8 rilevano il grado di partecipazione e di coinvolgimento della scuola in iniziative di promozione del benessere. Pare evidente come ci siano ancora ampi spazi di miglioramento in materia di promozione delle sane abitudini alimentari in quanto sono complessivamente poco rappresentate iniziative integrate sia all'interno della scuola che all'esterno, con enti ed istituzioni del territorio.

È invece di buon livello (segnalato da oltre l'80% dei Dirigenti) il grado di coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche e di regole comportamentali; meno evidente il coinvolgimento nell'organizzazione del contesto fisico (oltre il 60% raramente o addirittura mai), così come nello sviluppo di misure di promozione della salute e nell'insegnamento in classe dove meno di una scuola su due coinvolge gli studenti.

Le problematiche di contesto, richiamate nella tabella 3.9, si concentrano seppur con un dato di percezione di grado moderato/lieve in oltre il 50% dei dirigenti sullo spaccio/consumo di sostanze (64,83%), sulla criminalità (59,59%), sul traffico eccessivo (57,53%), sulle violenze/vandalismo (54,48%), sulle tensioni razziali ed etniche (52,78%).

E' opportuno segnalare infine che il 7% di Dirigenti sembra non essere in grado di rispondere rispetto alla percezione di criminalità e spaccio nell'area in cui è ubicata la scuola.

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro (solo 15enni) di esprimere il proprio grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", "Nella mia classe sono incoraggiato a esprimere il mio punto di vista" e "Quando ho bisogno di un aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti".

Nella tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla prima affermazione fornite solo dalla popolazione dei quindicenni suddivise per sesso.

La tabella 3.10 dimostra che nella fascia di popolazione quindicenne si concentra una buona percentuale di ragazzi (pari al 44%) in accordo con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto" senza importanti differenze di genere; una percentuale inferiore è apertamente in disaccordo (quasi il 20 % dei maschi); ciò che fa riflettere è comunque un'elevata percentuale di ragazzi di entrambi i generi che assume una posizione neutra e che non esprime il proprio punto di vista (37,53%): nelle femmine questa fascia di risposta supera il 40%.

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	7,33 (39)	4,75 (26)	6,02 (65)
D'accordo	38,35 (204)	37,66 (206)	38,00 (410)
Né d'accordo né in disaccordo	34,77 (185)	40,22 (220)	37,53 (405)
Non d'accordo	12,41 (66)	13,71 (75)	13,07 (141)
Per niente d'accordo	7,14 (38)	3,66 (20)	5,38 (58)
Totale	100,00 (532)	100,00 (547)	100,00 (1.079)

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	10,00 (53)	11,72 (64)	10,87 (117)
D'accordo	37,74 (200)	38,83 (212)	38,29 (412)
Né d'accordo né in disaccordo	34,53 (183)	32,42 (177)	33,46 (360)
Non d'accordo	10,38 (55)	12,27 (67)	11,34 (122)
Per niente d'accordo	7,36 (39)	4,76 (26)	6,04 (65)
Totale	100,00 (530)	100,00 (546)	100,00 (1.076)

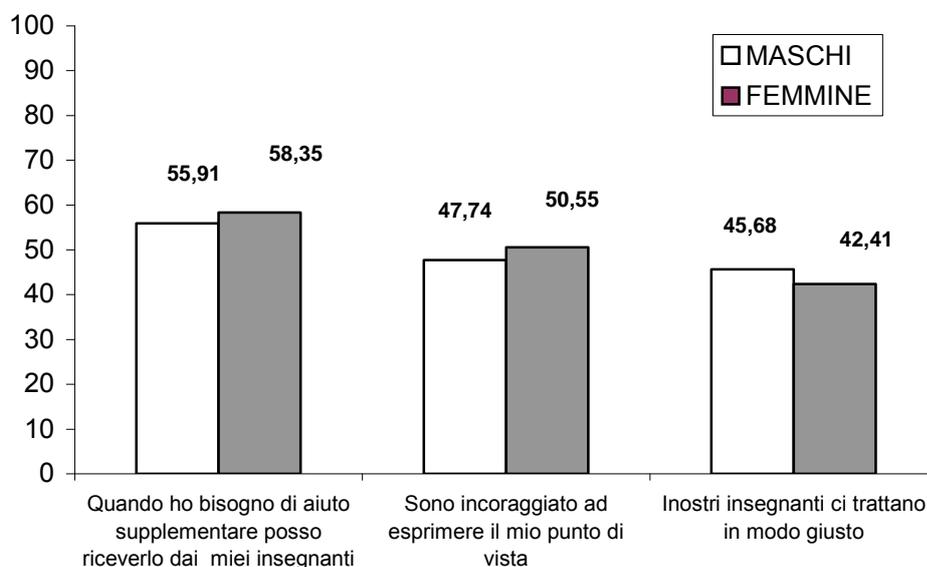
Tabella 3.12: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti", per genere solo quindicenni

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	8,82 (47)	7,52 (41)	8,16 (88)
D'accordo	47,09 (251)	50,83 (277)	48,98 (528)
Né d'accordo né in disaccordo	31,33 (167)	27,16 (148)	29,22 (315)
Non d'accordo	8,82 (47)	10,46 (57)	9,65 (104)
Per niente d'accordo	3,94 (21)	4,04 (22)	3,99 (43)
Totale	100,00 (533)	100,00 (545)	100,00 (1.078)

Nelle tabelle 3.11 e 3.12 viene messo in evidenza il grado di accordo o meno rispetto all'affermazione "Nella mia classe sono incoraggiato a esprimere il mio punto di vista" e "Quando ho bisogno di un aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti".

Anche in queste tabelle si rileva un buon grado di assenso in almeno 1 ragazzo su due: in particolare per questi due items sono soprattutto le ragazze a spostare la percentuale oltre al 50%; peraltro un ragazzo su tre non esprime un proprio parere e un proprio punto di vista, prioritariamente nel genere maschile.

Nella figura 3.1 vengono portate a sintesi le informazioni sul grado di assenso complessivo rispetto ai tre items indagati per rilevare in che modo i ragazzi percepiscono il rapporto con i propri insegnanti. Pur con quanto indicato in premessa emerge complessivamente che la maggior parte degli studenti considera di essere trattato in modo giusto, prioritariamente maschi, di essere incoraggiati nell'esprimere il loro punto di vista e di ricevere aiuto di fronte ad un bisogno, prioritariamente femmine.

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

3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	27,81 (336)	16,73 (219)	21,30 (230)
D'accordo	41,23 (498)	40,18 (526)	47,22 (510)
Né d'accordo né in disaccordo	21,11 (255)	29,34 (384)	21,11 (228)
Non d'accordo	6,29 (76)	10,24 (134)	8,33 (90)
Per niente d'accordo	3,56 (43)	3,51 (46)	2,04 (22)
Totale	100,00 (1.208)	100,00 (1.309)	100,00 (1.080)

Buona parte del campione segnala come la maggior parte dei compagni sia disponibile e gentile. L'articolazione per fasce di età dimostra un grado di accordo più elevato negli 11enni senza differenze di genere, che si riduce nei 13enni, specialmente nelle femmine, per poi risalire nei 15enni, anche in tal caso senza sostanziali differenze di genere .

Merita sottolineare che nei 13enni si concentra un 30% di ragazzi che esprime un' opinione neutra sul cui significato occorre riflettere, ma anche la maggiore percentuale di non accordo complessivo, pari a quasi il 14% del campione

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

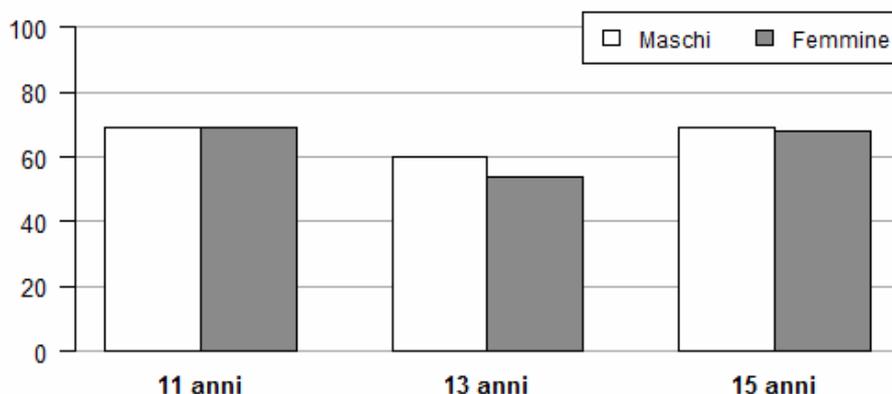
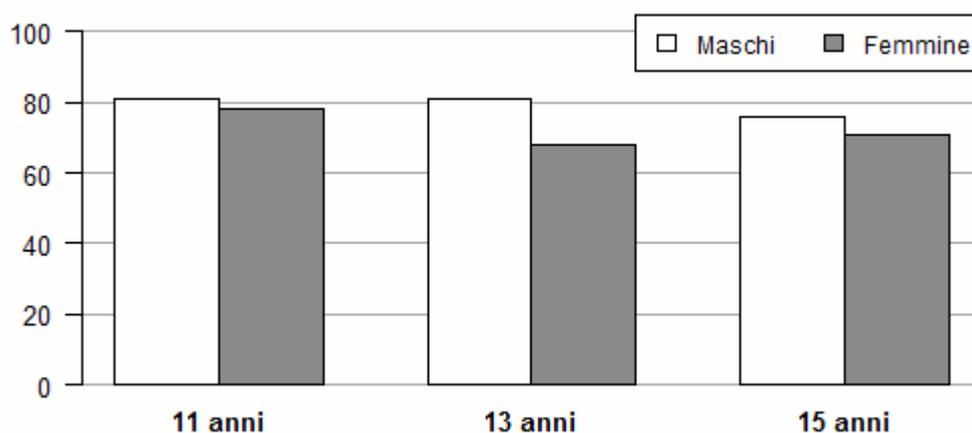


Tabella 3.14: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	38,51 (464)	31,22 (408)	26,46 (286)
D'accordo	41,24 (497)	42,92 (561)	47,18 (510)
Né d'accordo né in disaccordo	13,36 (161)	15,84 (207)	18,04 (195)
Non d'accordo	4,07 (49)	5,20 (68)	5,55 (60)
Per niente d'accordo	2,82 (34)	4,82 (63)	2,78 (30)
Totale	100,00 (1.205)	100,00 (1.307)	100,00 (1.081)

La tabella 3.14 fa emergere complessivamente un ottimo grado di accettazione dei compagni che assume un valore più elevato tra gli 11enni con un trend in discesa nelle altre due fasce di età, ma sempre superiore al 70%. La percezione positiva del grado di accettazione pare essere maggiormente percepita dai maschi rispetto alle femmine in tutte le classi di 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".

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

Le tabelle che seguono evidenziano come il fenomeno tenda a decrescere con l'età: coloro che non hanno subito episodi di bullismo passano da un 84% degli 11enni ad un 93% dei 15enni; va comunque evidenziato che seppure in decremento, ben il 14% degli 11enni, quasi il 10% dei 13enni ed il 6% dei 15enni hanno dovuto confrontarsi, anche se in diversa misura, con questa esperienza negativa nella relazione tra coetanei.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	84,73 (1.021)	90,41 (1.179)	93,91 (1.017)
1-2 volte negli ultimi due mesi	11,37 (137)	6,44 (84)	3,88 (42)
2-3 volte nell'ultimo mese	1,99 (24)	1,30 (17)	1,11 (12)
1v/sett	0,50 (6)	0,69 (9)	0,46 (5)
>1volta/sett	1,41 (17)	1,15 (15)	0,65 (7)
Totale	100,00 (1.205)	100,00 (1.304)	100,00 (1.083)

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

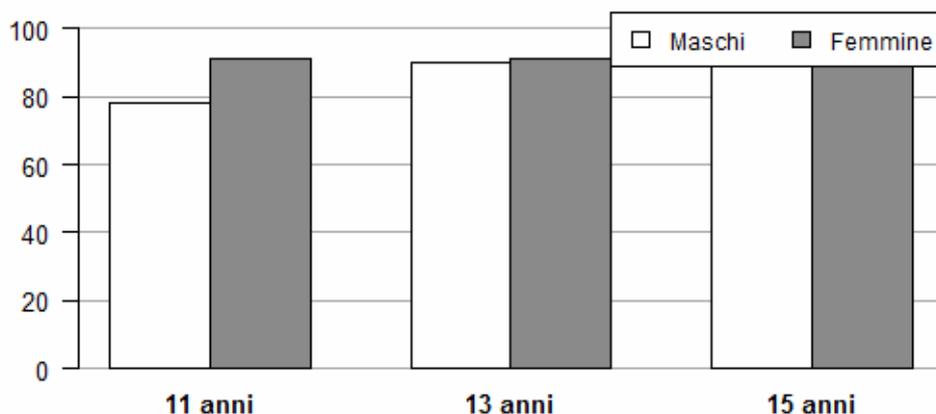


Figura 3.4 bis - – Percentuale di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

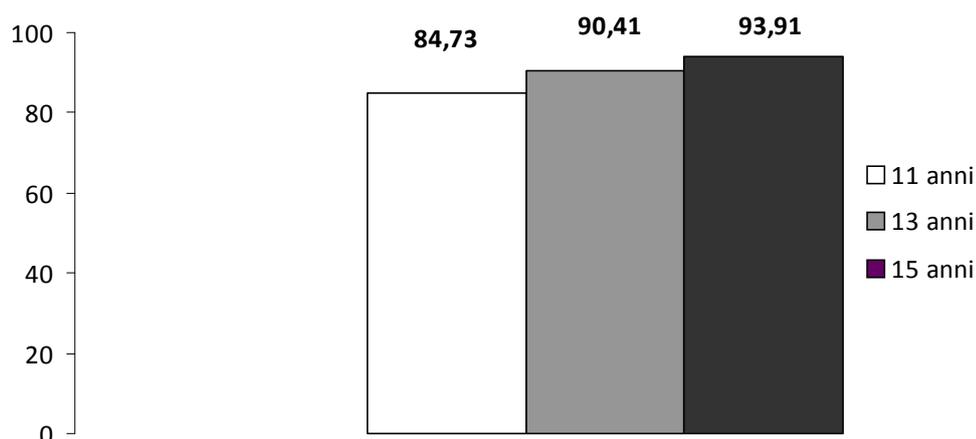


Tabella 3.16: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	66,75 (809)	70,67 (923)	72,65 (789)
Una volta	16,01 (194)	16,39 (214)	15,38 (167)
2 volte	5,53 (67)	5,51 (72)	5,06 (55)
3 volte	3,22 (39)	2,53 (33)	2,21 (24)
4 volte o più	8,50 (103)	4,90 (64)	4,70 (51)
Totale	100,00 (1.212)	100,00 (1.306)	100,00 (1.086)

La tabella 3.16 dimostra come un'elevata percentuale di ragazzi non si sia mai azzuffato o picchiato con qualcuno, con un trend in crescita per età (dal 66,75% negli 11enni al 72,65% nei 15enni).

Va comunque evidenziato nel contempo che oltre il 33% degli 11enni, il 29% dei 13enni ed il 27% dei 15enni ha avuto questo tipo di esperienza nell'ultimo anno.

E' anche da segnalare come l'aggressività ripetuta nel tempo sia più frequenti negli 11enni rispetto alle altre fasce di età.

3.5 Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta certamente uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" in senso più ampio e complessivo. I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). Inoltre, una recente ricerca (Carter, 2007) evidenzia come i ragazzi che riportano un elevato legame e coinvolgimento con la scuola attuino con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute, dimostrando dunque come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio.

Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e 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 di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

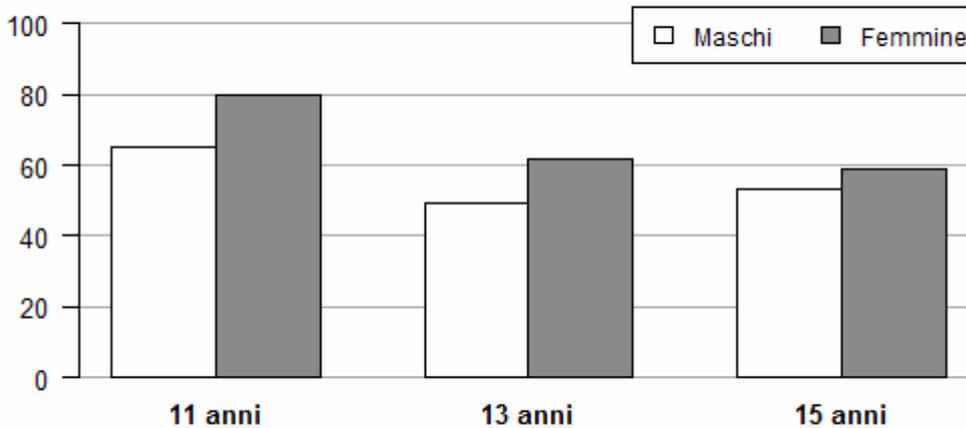
Tabella 3.17: "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	25,37 (307)	8,78 (115)	8,04 (87)
Abbastanza	47,02 (569)	46,72 (612)	47,97 (519)
Non tanto	19,50 (236)	31,98 (419)	33,27 (360)
Non mi piace per nulla	8,10 (98)	12,52 (164)	10,72 (116)
Totale	100,00 (1.210)	100,00 (1.310)	100,00 (1.082)

La tabella 3.17 e la figura 3.5 evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare progressivamente con il crescere dell'età, con un trend in discesa cui si assiste nel corso dei triennio della scuola secondaria di primo grado: da un giudizio positivo che supera il 25% tra gli 11enni a poco più dell' 8% tra i 13/15enni. Il giudizio positivo sulla scuola risulta essere espresso maggiormente dalle femmine in ogni fascia di età, anche se tale preferenza ha anch'esso un trend in discesa. Il giudizio negativo espresso dal "non tanto" e "per nulla" passa da oltre il 27% degli 11enni ad oltre il 44 % dei 13enni assestandosi attorno ad un 43% nei 15enni. Anche il dato estremo "non mi piace per nulla" è concentrato per oltre il 12% tra i 13enni.

Questa classe di età rappresenta per le evidenze emerse dalla ricerca la fascia di età maggiormente bisognosa di attenzioni e sulla quale concentrare prioritariamente il lavoro .

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



3.6 Conclusioni

La scuola, ambiente educativo di apprendimento, è sia lo spazio culturale dove intenzionalmente e sistematicamente si realizza il processo dell'insegnamento-apprendimento che il luogo fisico con strutture, spazi e organizzazione dove bambini, preadolescenti e adolescenti al di fuori del contesto familiare trascorrono buona parte del proprio tempo, costruiscono relazioni con i pari e con gli adulti, sviluppano competenze e autonomie e costruiscono un'identità.

La scuola è da considerare pertanto come importante fattore di protezione rispetto a molteplici situazioni di rischio: la letteratura nazionale e internazionale riconosce alle comunità scolastiche un ruolo rilevante come contesto decisivo rispetto alla promozione di comportamenti sani e prosociali.

Il ruolo protettivo si svolge principalmente attraverso l'organizzazione scolastica e i contenuti curricolari. Un buon rapporto con docenti e compagni, un senso di appartenenza alla comunità scolastica, la partecipazione alle diverse attività scolastiche favoriscono il benessere, supportano una crescita sana, influiscono positivamente sul successo scolastico, e possono contribuire ad attenuare gli svantaggi dovuti a contesti familiari e sociali sfavorevoli. Ed è bene sottolineare che non sempre il benessere dell'adolescente va di pari passo con il benessere economico della famiglia.

I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola corrono rischi maggiori per quanto riguarda problematiche comportamentali, marginalità o rifiuto da parte dei pari.

In questo capitolo sono stati presi in esame numerosi elementi strutturali e relazionali rispetto al contesto scolastico.

La percezione della scuola che emerge da questa indagine sembra essere quella di una scuola adeguata per quanto riguarda le strutture, generalmente orientativa e promozionale.

Il contesto scolastico è d'altra parte vissuto da una significativa percentuale di studenti con una certa "indifferenza". Proprio la notevole percentuale di "risposte neutre" colpisce e richiede una riflessione: l'indifferenza o la scelta di dare risposte "non schierate" merita di essere indagata e approfondita in quanto è comunque un segnale in qualche modo di "estraneità". La scuola rischia di apparire "distante" dalla realtà quotidiana dei ragazzi e, pur tenendo conto delle dinamiche adolescenziali, deve sempre più diventare un ambiente di cultura, anzi di culture, vicine agli utenti, dando spazio all'espressività, alla creatività, alle competenze insite in ogni alunno, farle emergere, sviluppare in un ambiente che ciascuno senta come proprio.

Le problematiche e i fattori di rischio sono percepiti dagli studenti, ma la loro incidenza sembra meno rilevante rispetto a quanto possano pensare adulti e operatori scolastici.

Le aree relative a “bullismo” e “violenze/vandalismo” andrebbero meglio osservate anche longitudinalmente, a partire dalla scuola primaria: le problematiche sembrano decrescere con l’età, ma sono incidenti nelle fasce di età inferiore.

Le possibili tensioni etniche, correlate alla reale aumentata presenza di alunni stranieri nelle scuole italiane, in questo studio non appaiono rilevanti. Il fenomeno è forse maggiormente percepibile nelle scuole primarie e in quelle secondarie di I grado, oltre ad essere legato alla collocazione territoriale delle scuole e alle diverse tipologie delle stesse.

Bibliografia capitolo 3

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

- educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K. R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16

Bibliografia a cura della Regione Emilia-Romagna

- Bonino, Cattelino, Ciairano Adolescenza a rischio: comportamenti, funzioni e fattori di protezione - Giunti
- Mariani Educazione alla salute nella scuola: costruzione del benessere e prevenzione del disagio – Erickson
- Marmocchi, Dall’aglio, Zannini Educare le life skills: come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità - Erickson
- Guarino Fondamenti di educazione alla salute: teorie e tecniche per l’intervento psicologico in adolescenza, F. Angeli
- D. Olweus Bullismo a scuola. Ragazzi oppressi, ragazzi che opprimono – Giunti
- Fonzi A. Il bullismo in Italia - Giunti

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

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

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

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

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

4.2 Attività fisica

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

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

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

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

4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

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

Peraltro, alcuni autori (Andersen, 2006), suggeriscono che le raccomandazioni precedentemente enunciate, sarebbero insufficienti per prevenire la concentrazione di fattori di rischio cardiovascolare. In particolare, secondo tali autori, per prevenire l'insulino resistenza, che sembra essere l'elemento centrale per lo sviluppo di rischio cardiovascolare, occorrerebbero almeno 90 minuti al giorno di attività moderata-intensa nei ragazzi.

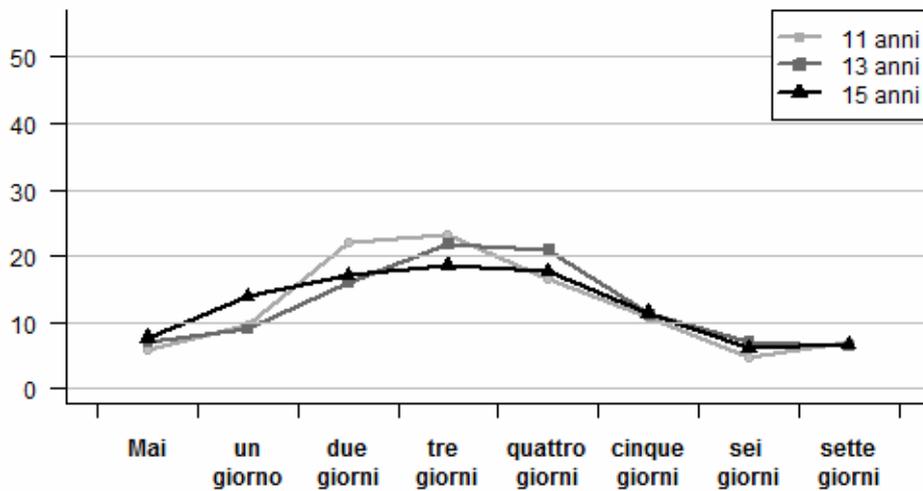
Per una migliore comprensione dei dati esposti nelle tabelle successive, è importante sottolineare che il questionario specificava che "per attività fisica si intende una qualsiasi attività che fa aumentare il battito del cuore e può lasciarti senza fiato", ricomprendendo al suo interno l'attività sportiva dentro o fuori la scuola, il gioco attivo da solo o con gli amici, l'andare a scuola a piedi.

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". I risultati delle risposte a questa domanda sono sintetizzati nella tabella 4.1 e nella figura 4.1.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	6,05 (73)	7,04 (92)	7,76 (84)
un giorno	9,53 (115)	9,19 (120)	13,94 (151)
due giorni	22,04 (266)	16,00 (209)	17,17 (186)
tre giorni	23,12 (279)	21,90 (286)	18,74 (203)
quattro giorni	16,49 (199)	20,98 (274)	17,82 (193)
cinque giorni	10,85 (131)	11,26 (147)	11,54 (125)
sei giorni	4,89 (59)	7,12 (93)	6,19 (67)
sette giorni	7,04 (85)	6,51 (85)	6,83 (74)
Totale	100,00 (1.207)	100,00 (1.306)	100,00 (1.083)

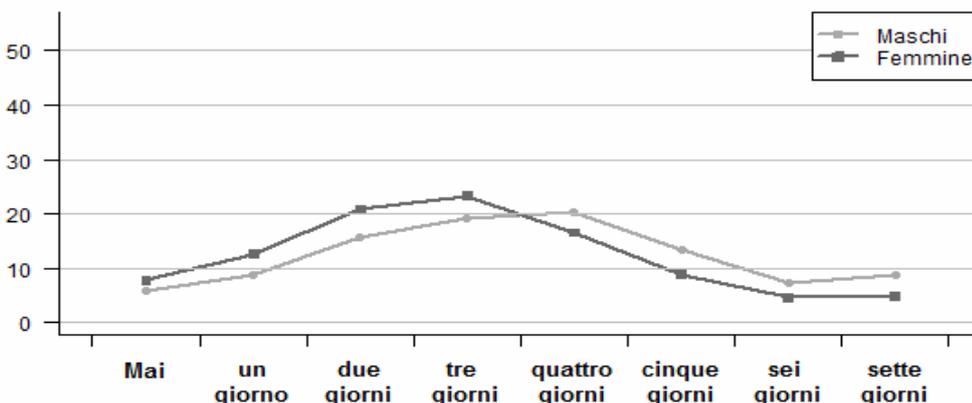
Figura 4.1. – Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per età



Circa i 2/3 dei ragazzi appartenenti a ciascuna fascia di età, per soli 2-4 giorni la settimana, effettua almeno 1 ora di attività fisica al giorno. Questo dato farebbe pensare ad una attività svolta esclusivamente durante l'orario scolastico, eventualmente integrata con altra attività extrascolastica di tipo sportivo organizzato. Solo il 6-7% dei ragazzi delle diverse fasce di età di età svolge attività fisica secondo quanto indicato nelle raccomandazioni internazionali, precedentemente illustrate. Il dato appare in drastica riduzione rispetto a quanto evidenziato nella precedente indagine HBSC del 2005-2006, pur in un campione non rappresentativo dell'intera realtà italiana (WHO Europe, 2010). Infine, nei quindicenni aumenta la percentuale, rispetto agli 11 e 13enni, di coloro che svolgono attività fisica per meno di 2 giorni la settimana.

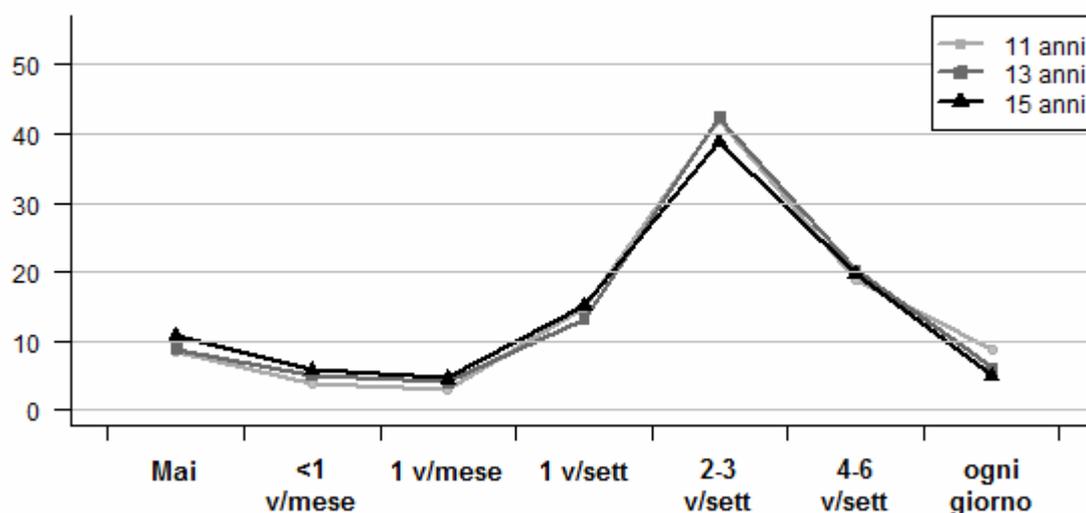
Nella figura 4.2. si analizza la frequenza di attività fisica durante la settimana, in relazione al sesso. In generale le femmine svolgono meno attività fisica dei maschi. Infatti, la percentuale di ragazze che pratica almeno un'ora di attività fisica per non più di 3 giorni a settimana appare sostanzialmente superiore a quella dei compagni maschi. Tale fenomeno è peraltro ampiamente noto in letteratura in vari paesi del mondo ed è stata recentemente confermata da una indagine condotta negli adolescenti della Regione Emilia-Romagna. (Regione Emilia-Romagna, 2009)

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



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso, tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata (Figura 4.3). Si evidenzia che circa il 40% dei ragazzi a tutte le età svolge attività fisica intensa per 2-3 volte la settimana, il che sembra coincidere con la normale frequenza settimanale agli allenamenti, oltre all'eventuale momento della gara, entrambi collegati all'esecuzione di una disciplina sportiva organizzata. Tale ipotesi, di una attività prevalentemente di tipo organizzato, sembra confermata dal fatto che circa il 70% dei ragazzi svolge attività intensa extrascolastica per 2 o più giorni settimanali, dato che coincide pressoché perfettamente con la percentuale di adolescenti in Emilia-Romagna che dichiarano di praticare una disciplina sportiva (Regione Emilia-Romagna 2009).

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



4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

La mancanza di tempo, evidenziata in alcuni studi, sembra avere, almeno nella nostra regione, una scarsa importanza nel determinare comportamenti sedentari nei ragazzi. Infatti, l'indagine di sorveglianza nutrizionale condotta negli adolescenti emiliano-romagnoli nell'anno 2007, evidenzia che solo il 6% dei ragazzi individua nella mancanza di tempo, la motivazione per non praticare una attività sportiva. (Regione Emilia-Romagna, 2009)

Sarà importante, infine, rapportare, i dati riferiti ai comportamenti sedentari con quelli relativi all'attività fisica, poiché la conoscenza della distribuzione di diversi "profili di vita" (profilo sedentario, profilo sportivo-sedentario, profilo attivo, ecc), permetterà di individuare i diversi determinanti in causa e meglio orientare la programmazione degli interventi di promozione della salute. Tale problematica sarà quindi oggetto di successivi approfondimenti.

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

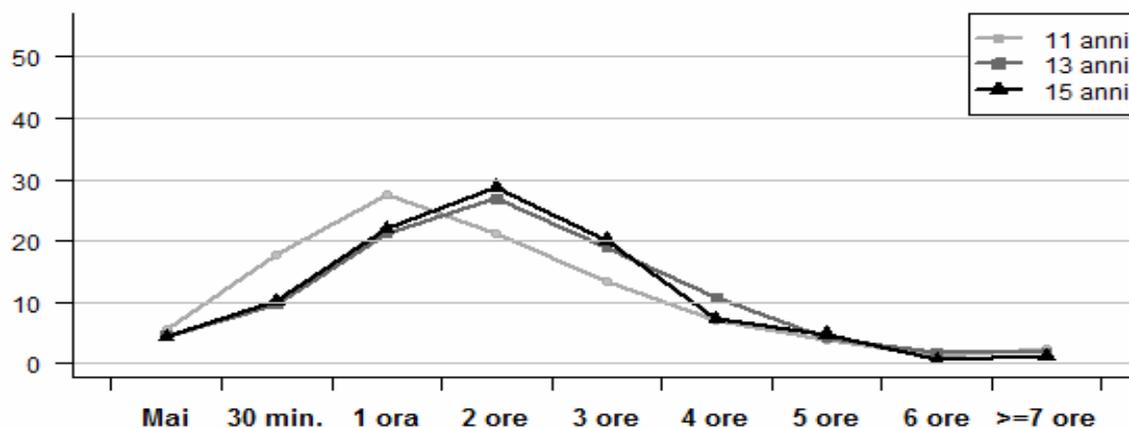
Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	5,51 (67)	4,59 (60)	4,42 (48)
Mezz'ora	17,76 (216)	9,72 (127)	10,14 (110)
1 ora	27,47 (334)	21,29 (278)	22,12 (240)
2 ore	21,30 (259)	26,88 (351)	28,85 (313)
3 ore	13,49 (164)	18,99 (248)	20,18 (219)
4 ore	7,07 (86)	10,72 (140)	7,37 (80)
5 ore	3,78 (46)	4,29 (56)	4,88 (53)
6 ore	1,23 (15)	1,76 (23)	0,74 (8)
>= 7 ore	2,38 (29)	1,76 (23)	1,29 (14)
Totale	100,00 (1.216)	100,00 (1.306)	100,00 (1.085)

I dati descritti nella tabella 4.2 e nella figura 4.4, relativi al tempo trascorso a guardare la TV, evidenziano frequenze di comportamenti sedentari ben diversi tra gli 11enni ed i 13-15enni. Infatti, circa ¼ dei ragazzi di 11 anni passa meno di 1 ora davanti alla TV, mentre tale frequenza si riduce al 15% nei ragazzi di 13-15 anni. Inoltre, ben il 38% dei 13enni ed il 35% dei 15enni, contro il 28% circa degli 11enni, è incollato davanti allo schermo TV per 3 ore e più, tempo ben maggiore di quello raccomandato. L'incremento del numero di ore passate a guardare la tv fra gli 11enni ed i 13-15enni conferma quanto già rilevato, a livello internazionale, nel precedente studio HBSC del 2005-2006 (WHO Europe, 2010)

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



Al tempo dedicato alla TV occorre poi aggiungere quello trascorso al computer o per giocare con playstation o videogiochi (tab. 4.3 e fig. 4.5).

Tali attività sembrano essere più comuni tra gli 11 ed i 13 enni. Infatti, il 35% dei 15enni dichiara di non svolgerle mai mentre la percentuale scende al 23 % negli 11-13enni. Valutando invece l'intensità d'uso di questi passatempi, sono i ragazzi di 13 anni la fascia di età più coinvolta. Infatti, ben il 59% di essi trascorre almeno un'ora al giorno giocando con il computer o la playstation contro il 49% dei ragazzi di 11 anni e di 15 anni.

Il tempo passato davanti ai videogiochi sembra essere maggiore per il genere maschile (fig. 4.6).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	23,68 (288)	22,69 (297)	35,09 (380)
Mezz'ora	27,06 (329)	19,02 (249)	16,25 (176)
1 ora	25,90 (315)	24,68 (323)	19,76 (214)
2 ore	12,58 (153)	18,03 (236)	15,42 (167)
3 ore	5,26 (64)	7,72 (101)	7,02 (76)
4 ore	1,97 (24)	3,97 (52)	3,14 (34)
5 ore	1,15 (14)	1,60 (21)	1,48 (16)
6 ore	0,82 (10)	0,84 (11)	0,83 (9)
>= 7 ore	1,56 (19)	1,45 (19)	1,02 (11)
Totale	100,00 (1.216)	100,00 (1.309)	100,00 (1.083)

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

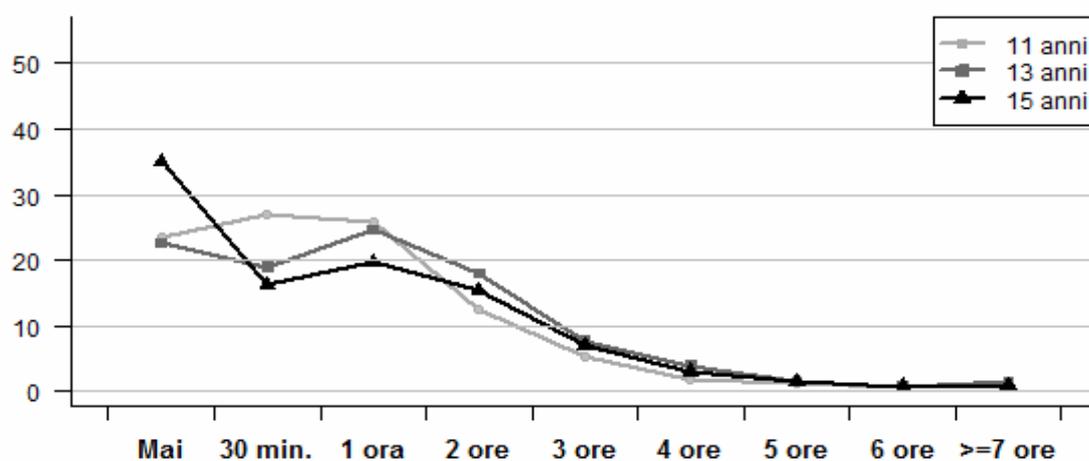


Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per genere

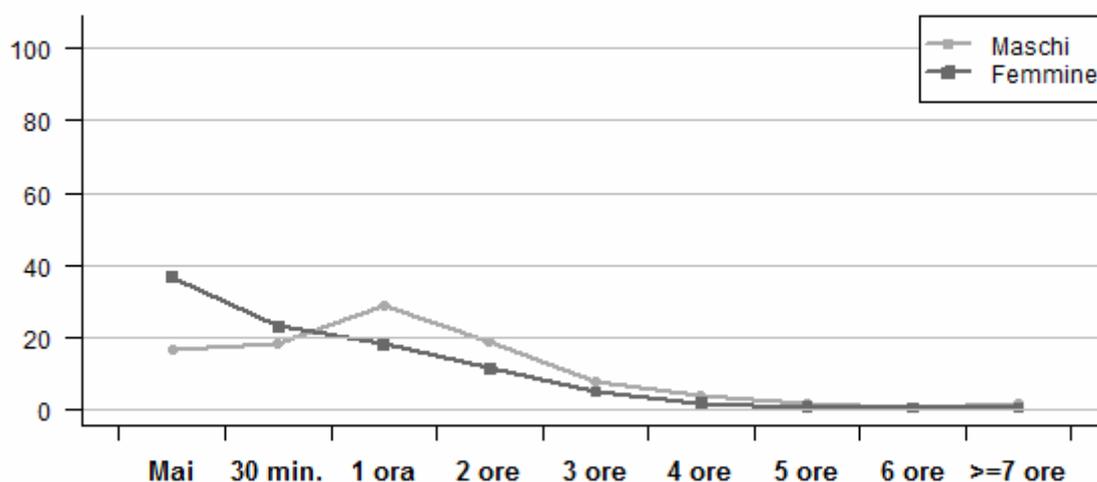


Tabella 4.4: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	36,27 (441)	15,84 (207)	7,94 (86)
Mezz'ora	25,08 (305)	16,30 (213)	15,79 (171)
1 ora	18,91 (230)	24,64 (322)	24,28 (263)
2 ore	8,88 (108)	20,43 (267)	24,28 (263)
3 ore	5,92 (72)	11,94 (156)	13,67 (148)
4 ore	2,06 (25)	4,82 (63)	5,82 (63)
5 ore	1,15 (14)	2,60 (34)	3,14 (34)
6 ore	0,74 (9)	1,15 (15)	2,22 (24)
>= 7 ore	0,99 (12)	2,30 (30)	2,86 (31)
Totale	100,00 (1.216)	100,00 (1.307)	100,00 (1.083)

L'utilizzo del computer per consultare internet, per chattare o inviare email, è prerogativa dei ragazzi più grandi; il 36% circa degli 11enni, infatti, dichiara di non utilizzare mai tale mezzo contro il 16% circa dei 13enni e l'8% dei 15enni (Tab. 4.4). Complessivamente, all'età di 15 anni, circa il 76% dei ragazzi utilizza il computer per almeno 1 ora al giorno.

La frequenza percentuale del tempo dedicato al computer è leggermente superiore nel genere femminile, soprattutto se si osservano i limiti di riferimento più elevati (sopra le 2 ore) Fig.4.7

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

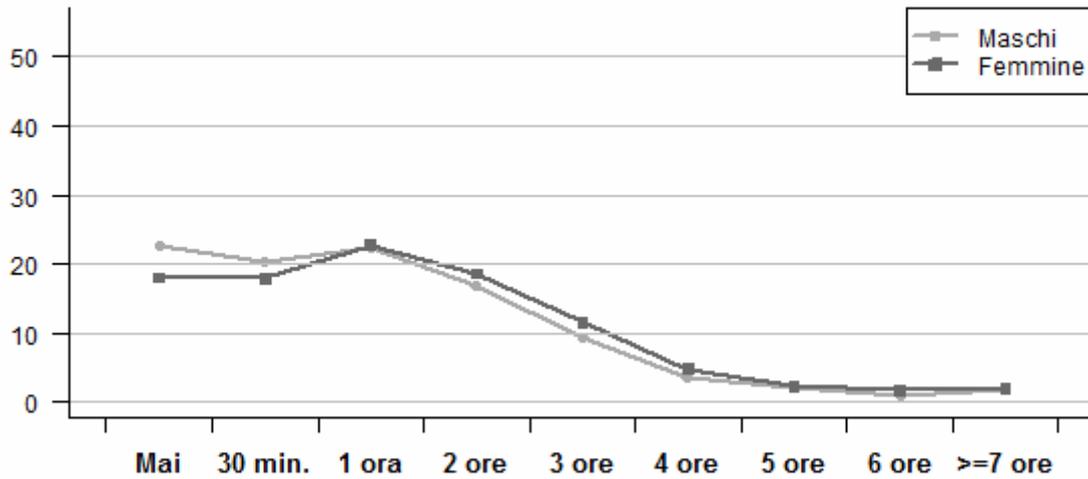
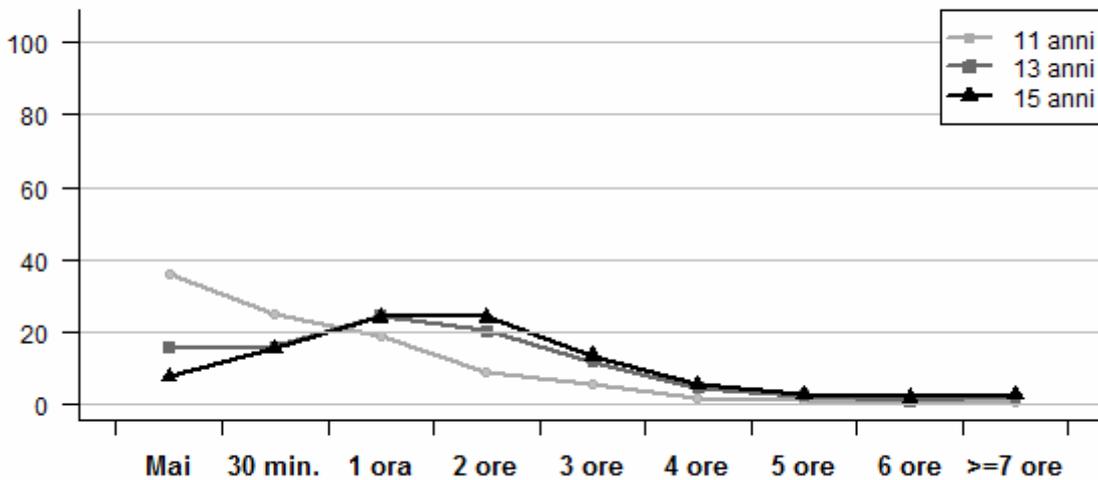


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



4.4 Rapporti con i pari

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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	32,81 (398)	10,54 (138)	3,61 (39)
1-2gg/sett.	20,94 (254)	13,60 (178)	7,59 (82)
3-4gg/sett.	14,92 (181)	15,97 (209)	9,53 (103)
5-6gg/sett	8,66 (105)	11,84 (155)	11,19 (121)
Tutti i giorni	22,67 (275)	48,05 (629)	68,09 (736)
Totale	100,00 (1.213)	100,00 (1.309)	100,00 (1.081)

L'utilizzo del telefono per parlare o per inviare SMS, aumenta drasticamente con l'età, così come l'uso di sussidi comunicativi tramite internet, quali e-mail o social network (tab. 4.5 e fig. 4.10). Infatti, ad 11 anni circa 1/3 dei ragazzi dichiara di non farne uso, se non occasionalmente, mentre a 15 anni circa il 70% li utilizza quotidianamente. Sono maggiormente le femmine a ricorrere a tali sistemi di comunicazione (Fig. 4.9).

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

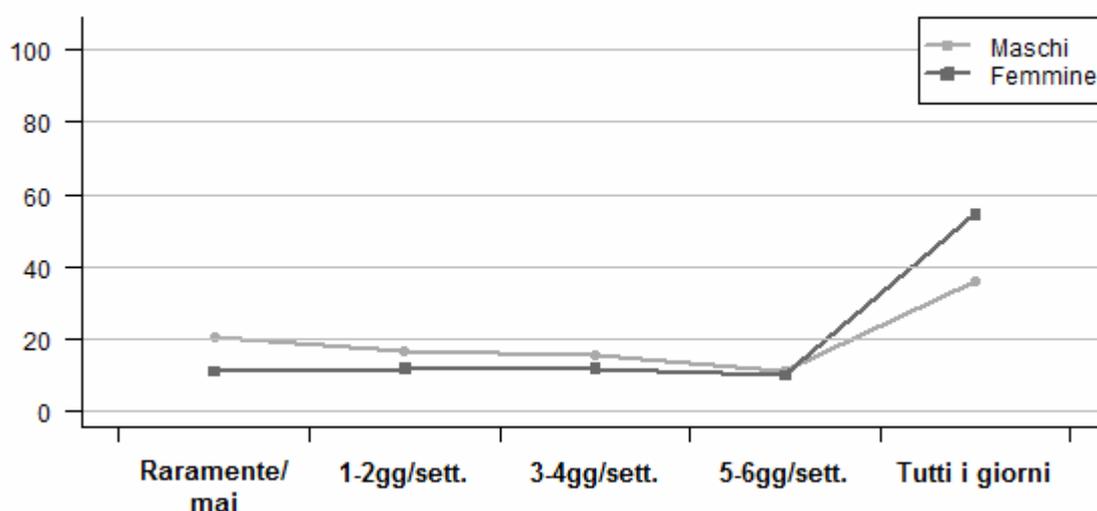
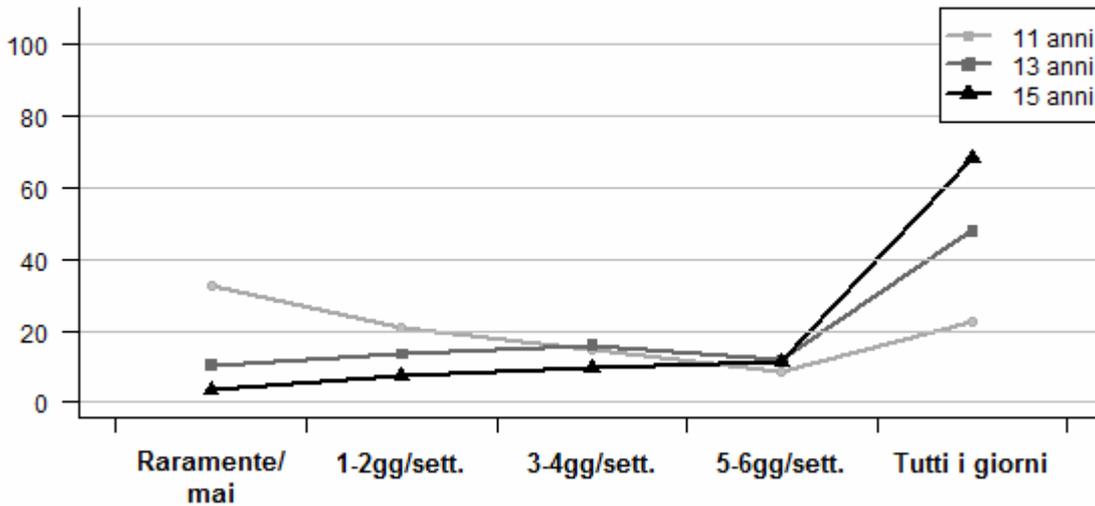


Figura 4.10 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età



Si sottolinea che la tendenza ad uscire con gli amici dopo la scuola può essere influenzata dall'organizzazione scolastica "a tempo pieno", modalità peraltro non così diffusa nelle scuole secondarie di I grado ed ancora meno nelle scuole secondarie di II grado. Altra variabile, non esaminata, è la frequenza scolastica che può essere organizzata su 5 o su 6 giorni la settimana. In ogni caso, non sembrano osservarsi particolari differenze per età, se non una comprensibile minore frequenza di uscita per gli 11enni, e per genere (fig. 4.11 e fig. 4.12). Complessivamente solo il 30% dei ragazzi esce con gli amici per 5 o 6 giorni la settimana.

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

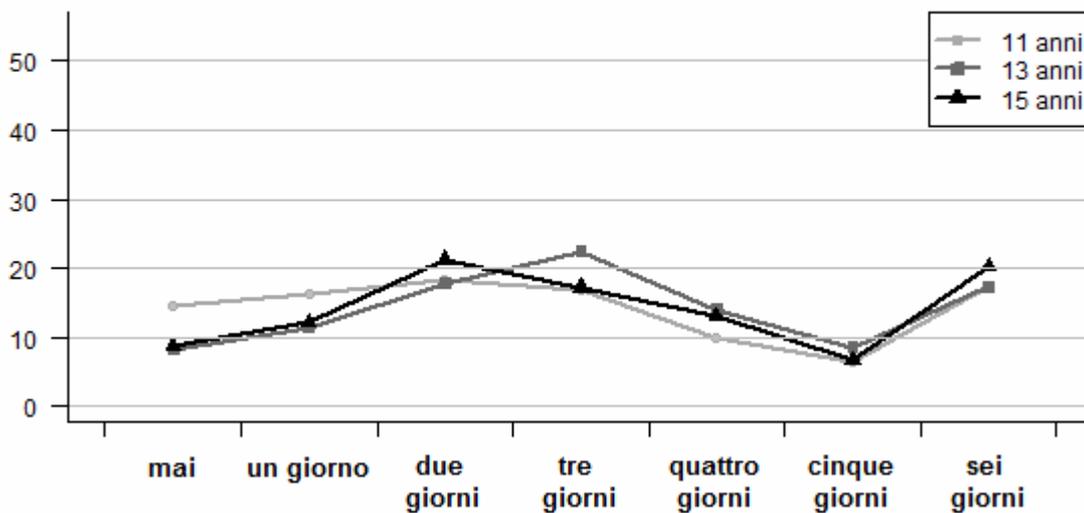
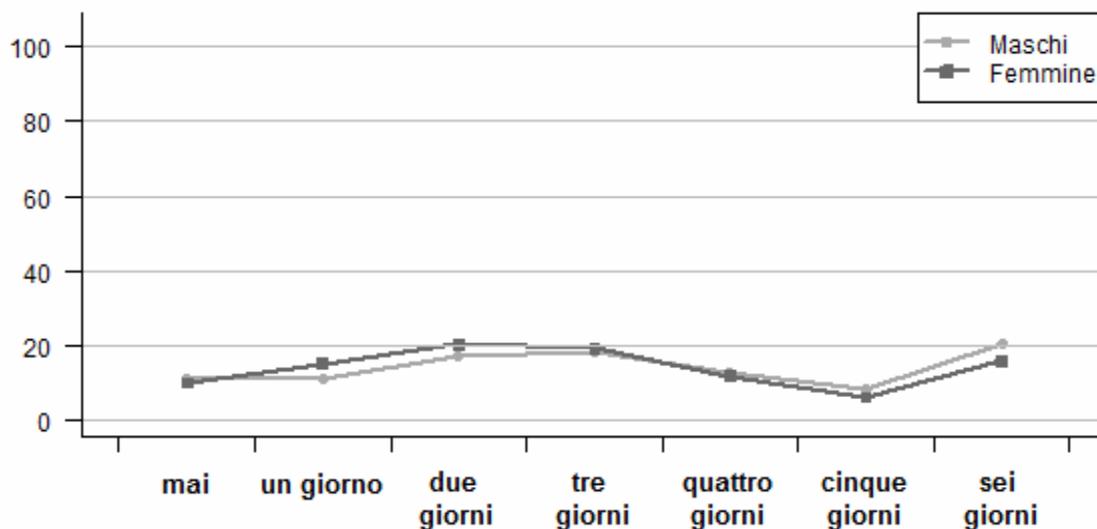


Figura 4.12 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere



Con l'adolescenza, sempre più è richiesta da parte dei ragazzi, e concessa da parte dei genitori, autonomia, anche in riferimento alle uscite serali. La maggior parte dei ragazzi esce 1 o 2 volte la settimana, verosimilmente riferibili ai fine settimana (Fig. 4.13). Tale tendenza appare perfettamente sovrapponibile fra maschi e femmine (fig. 4.14).

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

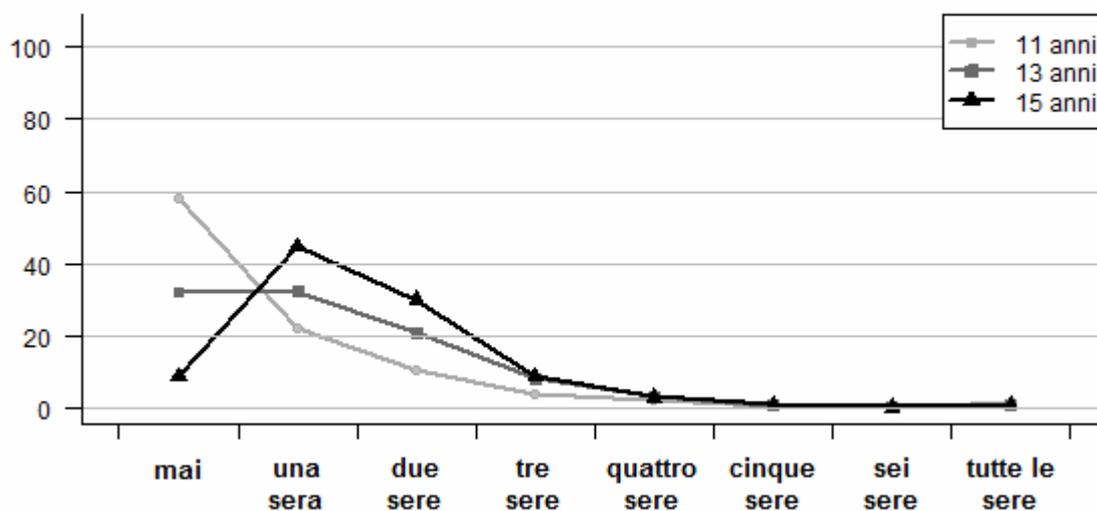
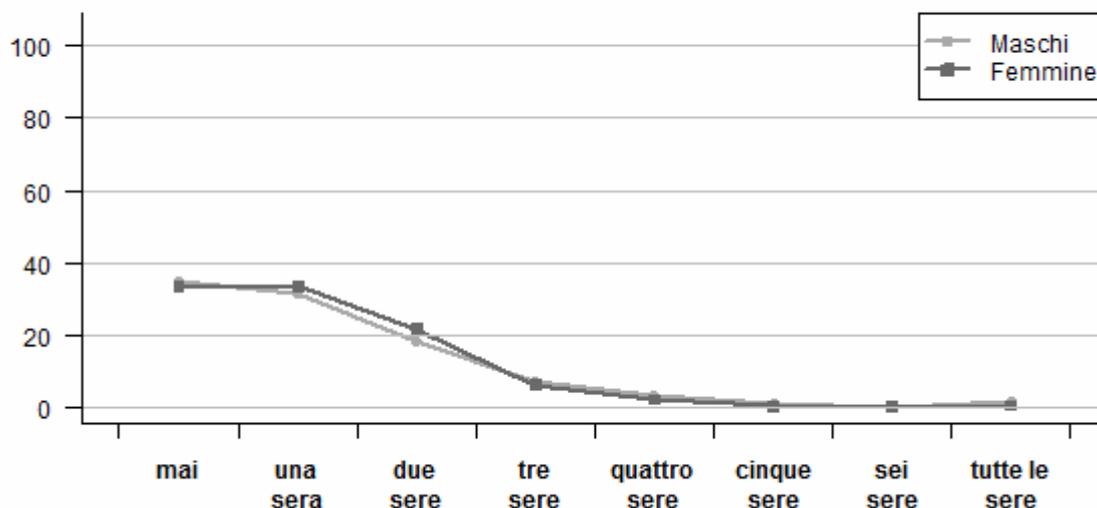


Figura 4.14 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per genere



4.5 Conclusioni

I dati regionali scaturiti dall'indagine HBSC evidenziano quanto i comportamenti sedentari, possibili responsabili di uno sviluppo corporeo meno equilibrato ed armonico e vero e proprio fattore di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche in età più avanzata, siano particolarmente diffusi tra gli adolescenti.

Verosilmente l'attività fisica è prevalentemente svolta durante l'orario scolastico e nell'ambito di attività sportive organizzate, mentre appare sempre più ridotto il tempo dedicato ad una attività motoria destrutturata. L'organizzazione dei centri urbani, che non favorisce il movimento a piedi od in bicicletta o la disponibilità di spazi all'aperto facilmente fruibili per camminare o giocare, il cattivo esempio rappresentato dalle abitudini sedentarie della famiglia, l'attrazione degli adolescenti verso i mezzi a motore, possono, in parte, spiegare tali comportamenti (Franks, 2005; WHO Europe, 2006). Ma certamente, l'attrattiva per i programmi televisivi, la disponibilità di giochi elettronici, l'evoluzione tecnologica, che permette di relazionarsi facilmente con amici e compagni senza uscire di casa, ma utilizzando semplicemente la rete internet, favorisce l'adesione dei ragazzi a comportamenti sedentari. Fra essi sembra particolarmente coinvolta la fascia dei 13enni, interessati dai nuovi strumenti telematici, ma ancora sensibili al fascino della TV.

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf
- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.

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

Bibliografia a cura della Regione Emilia-Romagna

- Bo Andersen L., Harro M., Sardinha L.B., Froberg K., Ekelund U., Brage S., Anderssen S.A. (2006). Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet* 368: 299-304.
- Franks P.W., Ravussin E, Hanson R. L., Harper I. T., Allison D.B., Knowler W.C., Tataranni P.A., Salbe A.D. (2005). Habitual physical activity in children: the role of genes and the environment. *Am J Clin Nutr* 82: 901-908.
- Regione Emilia-Romagna (2009). Determinanti ed indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale. *Collana Contributi*. N. 58.

http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi/allegati/Contributi_58.pdf (accesso 17 agosto 2010).

WHO Europe (2006). Physical activity and health in Europe. Evidence for action.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf (accesso 17 agosto 2010)

WHO Europe (2010). Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children International report from the 2005/2006 survey.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf (accesso 17 agosto 2010)

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

5.1 Introduzione

Dal punto di vista dei fattori di rischio, l'alimentazione è stata riconosciuta come uno dei principali determinanti modificabili delle malattie croniche (WHO, 2004). Alterazioni della dieta hanno infatti forte impatto, sia in positivo che in negativo, sulla salute nel corso di tutta la vita. Cambiamenti nell'alimentazione possono condizionare non solo la salute attuale dell'individuo, ma anche la probabilità di sviluppare nel tempo patologie come cancro, patologie cardiovascolari e diabete (WHO, 2002). Sulla base di queste considerazioni l'OMS raccomanda l'implementazione di politiche e strategie atte a contrastare i rischi legati a una dieta scorretta (WHO, 2002; 2004).

Un aspetto particolarmente importante, oggi oggetto di varie indagini, è il rischio del sovrappeso e dell'obesità. In particolare, nei paesi industrializzati, assistiamo ad un rapido incremento nella prevalenza dell'obesità, a tutte le età, (Wang Y et al, 2006; Low S et al, 2009). Il dato è in gran parte attribuibile al cambiamento dello stile di vita, sempre più sedentario e tendente a favorire il consumo di alimenti ad alto valore energetico e basso valore nutrizionale (NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

L'obesità nei bambini e nei ragazzi si associa ad un aumento di ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2 e sviluppo precoce di lesioni aterosclerotiche (Roh EJ et al, 2007; Amed S et al, 2010; Flynn JT, 2010). La presenza di questi fattori di rischio vascolari aumenta il rischio di malattie cardiovascolari in età adulta (Jolliffe, 2006) anche quando non dà luogo a morbilità nell'età dello sviluppo.

I comportamenti alimentari acquisiti nell'adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti (Dietz WH, 1997) ne deriva che tali comportamenti, se adeguati e corretti, possono svolgere un importante ruolo di prevenzione, sia a medio sia a lungo termine, su varie malattie (Centers for Disease Control and Prevention, 1997). I modelli di consumo alimentare nell'adolescenza sono d'altra parte notevolmente condizionati dalla dimensione culturale che nelle prime età risente in particolare dell'influenza del contesto familiare (Benton D, 2004; Verzeletti et al. 2010), ma al crescere dell'età vede crescere sempre più l'influenza del gruppo dei pari e della società (Salvy SJ et al, 2009).

Lo studio HBSC punta a rilevare alcune abitudini alimentari ritenute particolarmente significative, come l'abitudine a fare colazione e a seguire una dieta varia con informazioni sui consumi sia di alimenti fortemente raccomandati (quali frutta e verdura) sia di alimenti sconsigliati (quali dolci e bevande zuccherate) (INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

Lo studio raccoglie inoltre dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) (Currie C et al, 2001), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e lo stato ponderale dei ragazzi (Cole TJ et al, 2000; 2007). Per lo stato ponderale, oltre alla prevalenza di normopeso, sovrappeso e obesi, a seguito della recente definizione dei valori soglia del sottopeso (Cole TJ et al, 2007), viene riportata anche la prevalenza dei ragazzi sottopeso, attualmente poco presente in letteratura. (Lazzeri et al, 2008)

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

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

E' utile ricordare che la colazione rappresenta un pasto estremamente importante per l'equilibrio fisiologico, ma anche psicologico soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Non fare colazione

influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, nonché favorisce il consumo disordinato di snack e “cibi spazzatura” (junk food) (Hoyland A et al, 2009; Kant A.K. et al, 2008).

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

Il consumo della prima colazione, come confermano numerose osservazioni scientifiche (Berkey CS et al.2003; Toschke AM et al. 2005,WHO 2003,Società italiana di pediatria 2006), è associato alla riduzione del rischio di sviluppare obesità, eventi cardiovascolari e diabete (Berkey Cs et al.2003;Berg C et al.2009;Timlin MT et al.2007). Inoltre, chi consuma la prima colazione ha più probabilità di seguire una dieta di buona qualità con un adeguato apporto di micro/macro-nutrienti e di fibre e una corretta distribuzione dei pasti durante la giornata (Matthys C et al. 2007). Sembra, inoltre, che l’abitudine a non consumare regolarmente la prima colazione risulti associata con un aumentato utilizzo di bevande alcoliche e perfino con l’inattività fisica, soprattutto nei soggetti giovani (Croezen S et al 2009)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	12,66 (152)	17,01 (222)	25,72 (276)
Un giorno	3,25 (39)	3,52 (46)	4,01 (43)
Due giorni	2,33 (28)	2,91 (38)	4,75 (51)
Tre giorni	4,83 (58)	5,75 (75)	6,15 (66)
Quattro giorni	2,50 (30)	4,52 (59)	2,98 (32)
Cinque giorni	74,44 (894)	66,28 (865)	56,38 (605)
Totale	100,00 (1.201)	100,00 (1.305)	100,00 (1.073)

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione in varie fasce di età.

Si evidenzia un decremento dell’abitudine a consumare la prima colazione con l’aumentare dell’età. Infatti, durante tutti i cinque giorni di scuola la colazione viene assunta dal 74,44% degli undicenni, dal 66,28% dei tredicenni e dal 56,38% dei quindicenni.

Il decremento dell’abitudine a consumare la prima colazione appare in linea con gli studi epidemiologici riportati in letteratura. (Marangoni F et al 2009; Regione Emilia Romagna 2009; Siega-Riz AM et al 1998).

Sempre dalla tabella 5.1 si può osservare che una quota di ragazzi di tutte e tre le fasce di età afferma di cominciare la giornata saltando la prima colazione (12,66% degli undicenni, 17,10% dei tredicenni e 25,72% dei quindicenni).

Sarebbe interessante conoscere quali tipi di alimenti vengono consumati nell’ambito della colazione per poter verificare se questa è non solo consumata, ma è anche adeguata rispetto ai valori energetici consigliati (15-20% degli apporti calorici giornalieri).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	5,58 (67)	9,85 (129)	10,41 (113)
Solo a metà mattina	12,75 (153)	14,13 (185)	22,56 (245)
Solo nel pomeriggio	24,58 (295)	19,40 (254)	19,15 (208)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	57,08 (685)	56,61 (741)	47,88 (520)
Totale	100,00 (1.200)	100,00 (1.309)	100,00 (1.086)

Nella tabella 5.2 si analizza nelle tre fasce di età l'abitudine a consumare la merenda nei vari momenti della giornata. Si evidenzia che più della metà dei ragazzi fa merenda sia a metà mattina che a metà pomeriggio. Circa il 70% dei ragazzi, a tutte le età, consuma di regola la merenda a metà mattina, mentre l'abitudine alla merenda del pomeriggio diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 81,66% a 11 anni al 76,01% a 13 anni ed al 67,03% a 15 anni.

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 N et al, 2009; Mainvil LA et al, 2009).

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

La tabella 5.3 mostra che il consumo della frutta, esaminato nelle tre differenti fasce di età, è molto inferiore alle almeno 2/3 porzioni al giorno raccomandate. Infatti, analizzando la risposta “più di una volta al giorno”, le frequenze risultano 19,46% a 11 anni, 18,04% a 13 anni e 20,61% a 15 anni. Ben il 41,5% degli undicenni non consuma quotidianamente la frutta, così come il 44,5% a 13 anni ed il 44,6% a 15 anni. La figura 5.1 evidenzia che il consumo di frutta almeno una volta al giorno è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi

L'analisi dei dati riportati evidenzia l'opportunità di interventi in ambito educativo, sia familiare che scolastico, già nei primi anni d'età per cercare di favorire l'utilizzo di tali alimenti nella giornata a partire dalla prima colazione. Esaminando l'andamento del consumo-non consumo di frutta nelle varie fasce di età, non si rilevano differenze significative. Tale osservazione conferma i dati della letteratura, secondo cui le buone o cattive abitudini, una volta consolidate, vengono mantenute negli anni (Dietz, 1997).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3,63 (44)	3,52 (46)	3,60 (39)
Meno di una volta a settimana	6,35 (77)	6,04 (79)	5,36 (58)
Una volta a settimana	9,32 (113)	8,56 (112)	8,87 (96)
2-4 volte a settimana	22,18 (269)	26,38 (345)	26,80 (290)
5-6 volte a settimana	14,10 (171)	15,14 (198)	14,60 (158)
Una volta al giorno tutti i giorni	24,98 (303)	22,32 (292)	20,15 (218)
Più di una volta al giorno	19,46 (236)	18,04 (236)	20,61 (223)
Totale	100,00 (1.213)	100,00 (1.308)	100,00 (1.082)

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

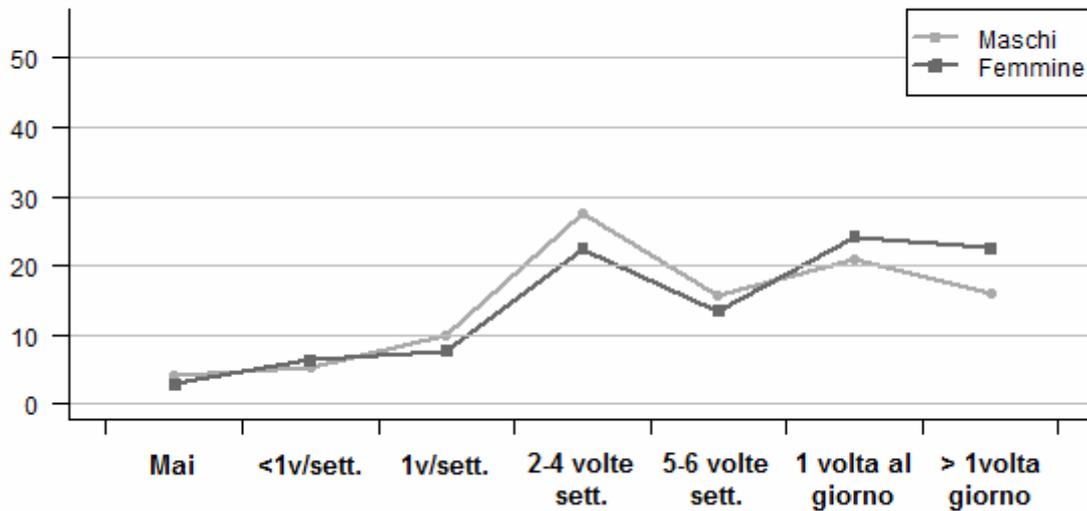
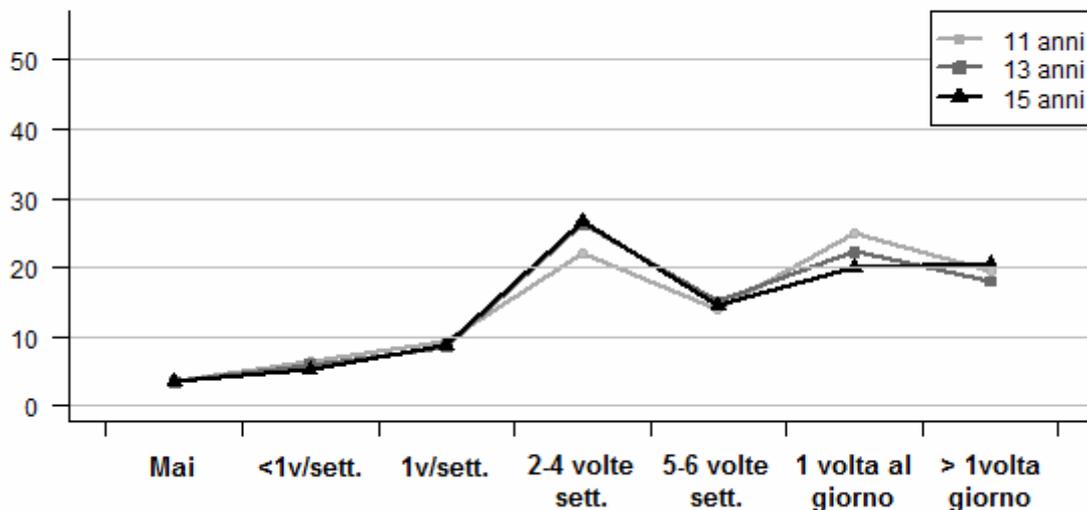


Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età



La tabella 5.4 e la figura 5.4 evidenziano che anche il consumo di verdura è molto inferiore a quanto consigliato di almeno 2-3 porzioni al giorno. Infatti, meno del 15% dei ragazzi aderisce a tale raccomandazione mentre più del 60% dei ragazzi di tutte le età non ne consuma quotidianamente. L'abitudine a consumare la verdura una o più volte al giorno tende ad aumentare con l'età. Anche in questo caso, come per il consumo di frutta, sembra che chi ha cattive abitudini tenda a mantenerle nel tempo e chi le ha buone a migliorarle. Nella figura 5.3 emerge che le femmine consumano quotidianamente più verdura dei maschi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9,29 (112)	6,28 (82)	4,73 (51)
Meno di una volta a settimana	8,96 (108)	8,50 (111)	6,49 (70)
Una volta a settimana	13,44 (162)	13,71 (179)	10,39 (112)
2-4 volte a settimana	21,66 (261)	24,12 (315)	27,46 (296)
5-6 volte a settimana	15,60 (188)	15,39 (201)	17,07 (184)
Una volta al giorno tutti i giorni	18,17 (219)	19,07 (249)	19,29 (208)
Più di una volta al giorno	12,86 (155)	12,94 (169)	14,56 (157)
Totale	100,00 (1.205)	100,00 (1.306)	100,00 (1.078)

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

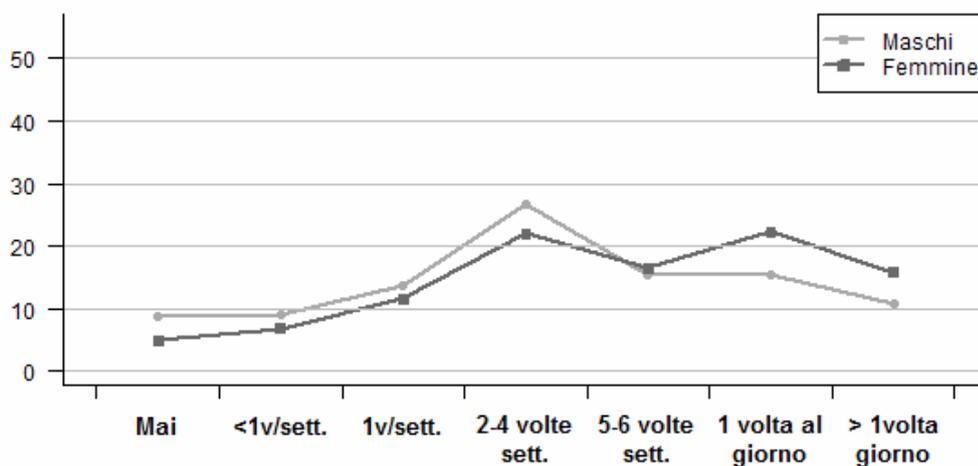
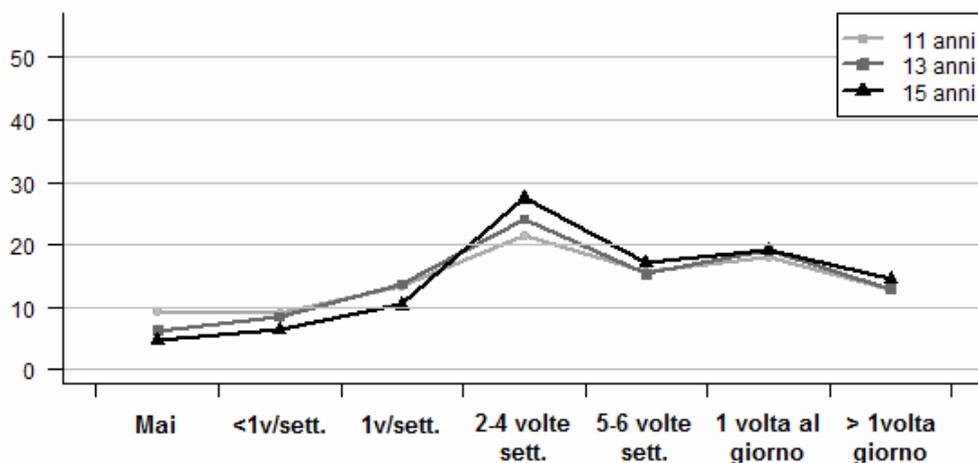


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



Complessivamente, i dati rilevati dimostrano che le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate sono scarsamente consumate fra gli adolescenti.

In generale la frutta risulta più gradita delle verdure.

Una maggiore aderenza alle raccomandazioni si rileva nelle femmine che, rispetto ai maschi, consumano sia più frutta sia più verdura.

5.4 Consumo di dolci e bevande zuccherate

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

Per quantificare l'assunzione di dolci e bevande zuccherate ne è stato rilevato il consumo.

Il consumo quotidiano di dolci tende ad aumentare con l'età, come emerge dalla tabella 5.5 e dalla figura 5.5. Nello specifico, ne fanno consumo una o più volte al giorno il 25,23% degli undicenni, il 29,05% dei tredicenni e il 31,88% dei quindicenni. Anche il consumo di bibite zuccherate tende lievemente ad aumentare nel passaggio dagli 11 ai 15 anni e nei maschi più che nelle femmine (tabella 5.6 e figura 5.6).

Il consumo quotidiano di bevande gassate zuccherate è eccessivo, ma nelle fasce di età prese in esame risulta inferiore ai dati nazionali dell'indagine HBSC 2006. (WHO Europe 2010).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3,41 (41)	2,31 (30)	2,04 (22)
Meno di una volta a settimana	15,24 (183)	12,22 (159)	7,78 (84)
Una volta a settimana	18,73 (225)	14,53 (189)	13,90 (150)
2-4 volte a settimana	23,73 (285)	26,13 (340)	28,08 (303)
5-6 volte a settimana	13,66 (164)	15,76 (205)	16,31 (176)
Una volta al giorno tutti i giorni	12,49 (150)	15,14 (197)	16,50 (178)
Più di una volta al giorno	12,74 (153)	13,91 (181)	15,38 (166)
Totale	100,00 (1.201)	100,00 (1.301)	100,00 (1.079)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

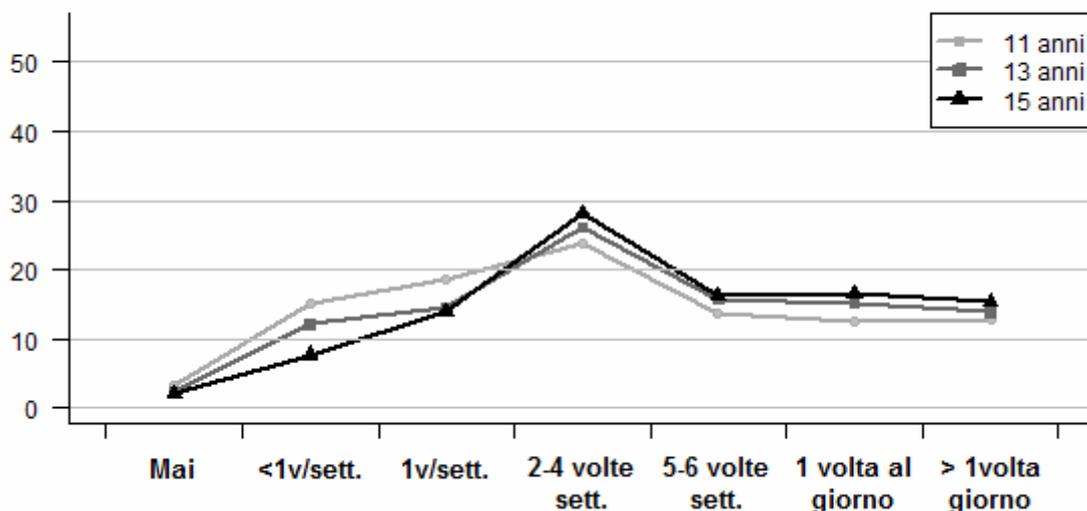
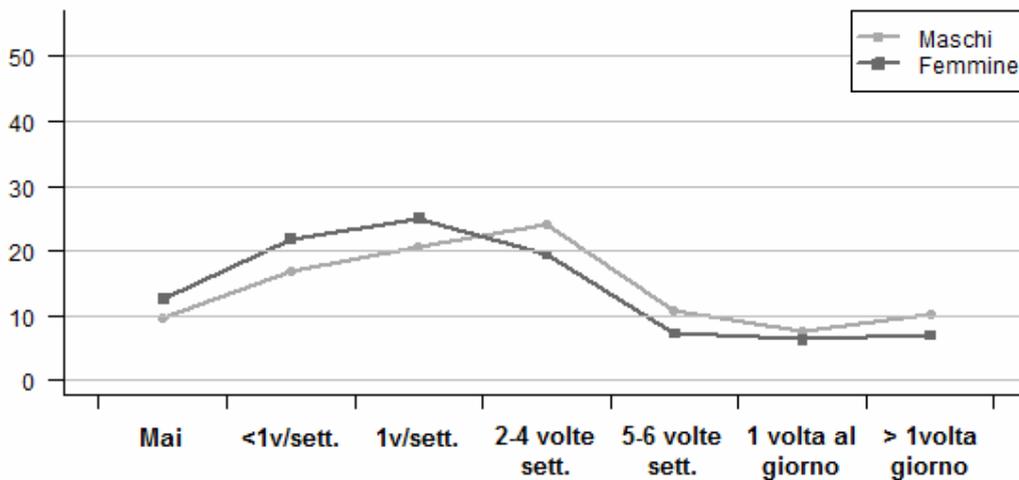


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	12,42 (150)	11,49 (150)	9,49 (102)
Meno di una volta a settimana	21,77 (263)	19,16 (250)	16,93 (182)
Una volta a settimana	23,34 (282)	23,91 (312)	21,21 (228)
2-4 volte a settimana	17,22 (208)	23,75 (310)	24,56 (264)
5-6 volte a settimana	9,19 (111)	7,66 (100)	10,60 (114)
Una volta al giorno tutti i giorni	7,37 (89)	5,90 (77)	8,09 (87)
Più di una volta al giorno	8,69 (105)	8,12 (106)	9,12 (98)
Totale	100,00 (1.208)	100,00 (1.305)	100,00 (1.075)

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



5.5 Stato nutrizionale e Immagine corporea

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

La tabella 5.7 evidenzia la prevalenza di sovrappeso ed obesità nelle varie fasce di età. La prevalenza di eccesso di peso (sovrappeso + obesità) è 18% a 11 anni, 17,11% a 13 anni e 14,56% a 15 anni.

Nella tabella 5.7 e figura 5.7 viene riportata la prevalenza del sottopeso, che risulta 3,07% a 11 anni, 1,70% a 13 anni e 1,72% a 15 anni. I dati sono in accordo con quelli della letteratura (Cole TJ et al, 2007; Lazzeri G. et al, 2008), che riportano una tendenziale diminuzione del sottopeso con il crescere dell'età.

La figura 5.8 conferma i dati della letteratura, secondo cui i maschi sono più in sovrappeso rispetto alle femmine, mentre la condizione di sottopeso è maggiore nelle femmine. Tali differenze si evidenziano maggiormente a 13 e a 15 anni (figure 5.9 ; 5.10)

I dati autoriferiti di peso e altezza, come si rileva solitamente quando si chiedono tali valori direttamente al soggetto, sembrano fornire una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità nelle varie fasce di età rispetto ad altri dati della letteratura, ottenuti tramite rilevazione diretta di peso e altezza. (Baratta R et al 2006; Larrañaga N 2007; Collana contributi 58 Regione Emilia-Romagna 2009)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	3,07 (28)	1,70 (18)	1,72 (17)
Normopeso	78,92 (719)	81,19 (859)	83,72 (828)
Sovrappeso	15,26 (139)	14,84 (157)	13,25 (131)
Obeso	2,74 (25)	2,27 (24)	1,31 (13)
Totale	100,00 (911)	100,00 (1.058)	100,00 (989)

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

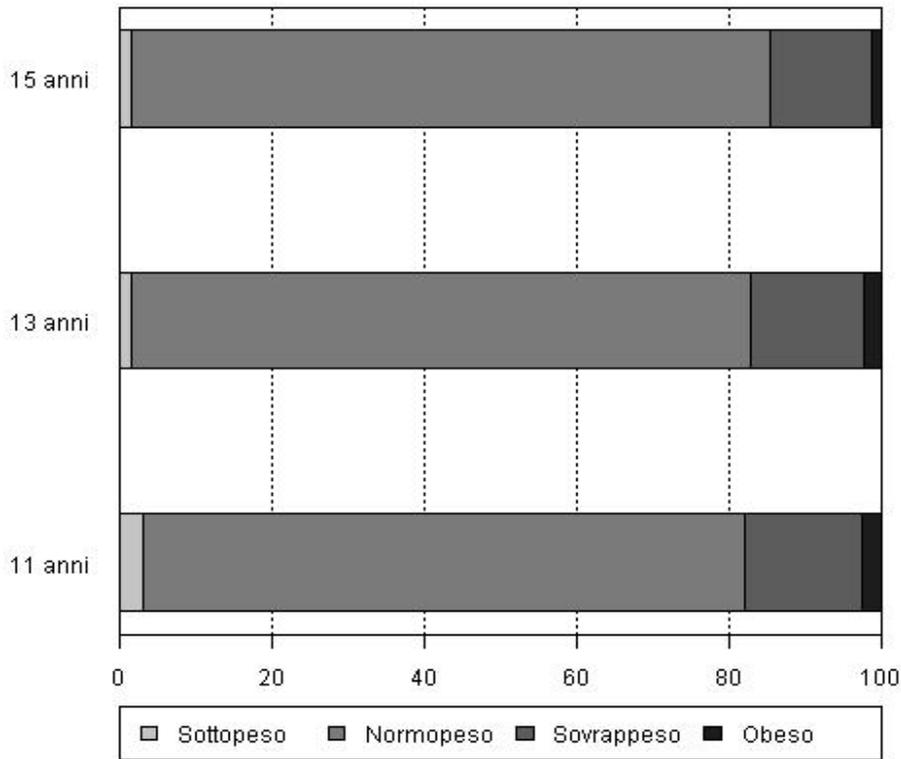


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

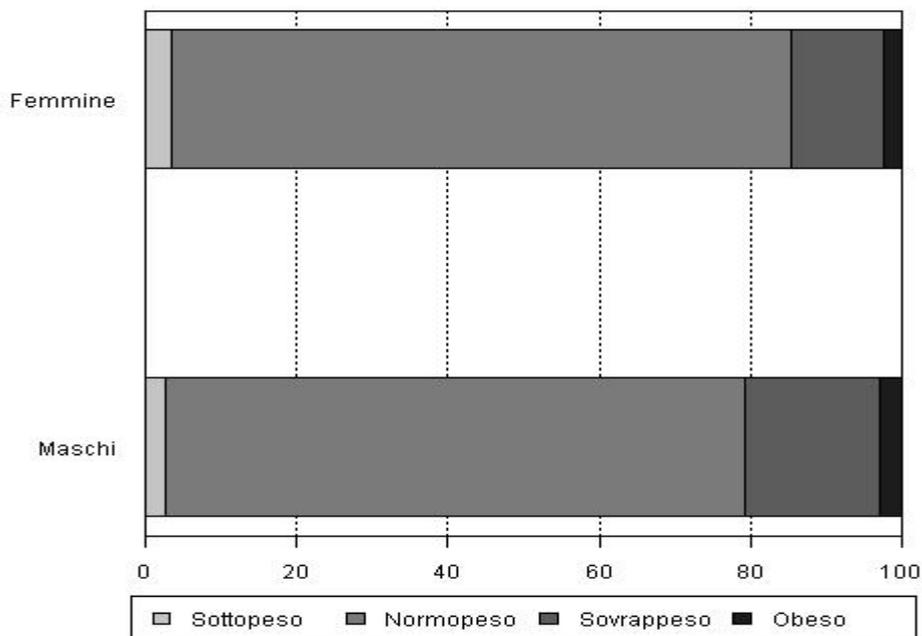


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

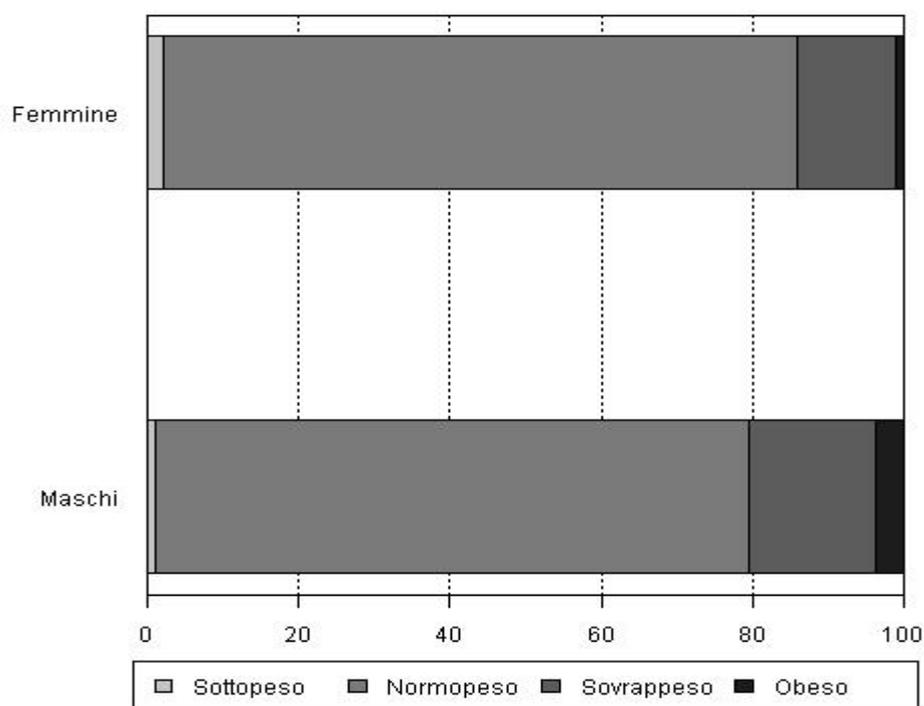
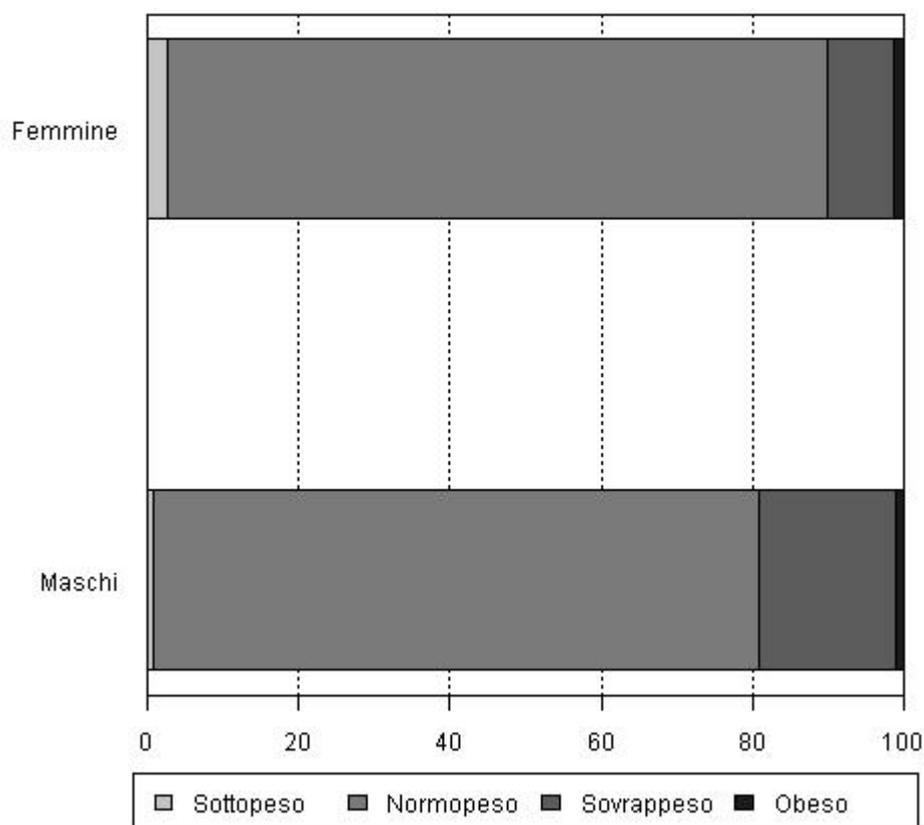


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



La percezione dell'immagine corporea può essere definita come la rappresentazione interna e soggettiva dell'aspetto fisico proprio e degli altri. La tabella 5.8 evidenzia che con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale di ragazzi che percepiscono il proprio corpo come "grasso", in controtendenza rispetto ai valori di eccesso ponderale oggettivi calcolati sui dati di peso ed altezza autoriferiti.

Se i dati del vissuto corporeo sono analizzati, in base all'appartenenza di genere, si osservano differenze significative fra i due sessi. I maschi vivono il rapporto con il proprio corpo in modo più insoddisfacente e conflittuale a 11 anni, poi con l'aumentare dell'età il rapporto con sé stessi tende a migliorare, per cui diventano meno autocritici e la percentuale di coloro che si sentono "grassi" diminuisce (figure 5.11 e 5.12).

All'opposto, nelle ragazze con l'aumentare dell'età sembra aumentare anche la conflittualità con il proprio corpo e la tendenza a giudicarsi negativamente. Con l'aumentare dell'età le ragazze tendono a sovrastimare il proprio peso e a ritenere necessaria, in modo più frequente dei maschi, una dieta per dimagrire, soprattutto a 13 e 15 anni (figure 5.11 e 5.12). Questo potrebbe portare a una problematica accettazione di sé e allo sviluppo di comportamenti alimentari non adeguati.

I dati rilevati sono coerenti con i dati di letteratura (AA.VV. Collana contributi 58 Regione Emilia-Romagna 2009). Va quindi ribadita l'importanza e la criticità che riveste una corretta percezione del proprio corpo in particolare nell'adolescenza, quando il corpo è soggetto a trasformazioni repentine non sempre corrispondente a quelle desiderate e quindi non gradite. Se alla necessità di controllare il proprio fisico si aggiunge il bisogno degli adolescenti di essere apprezzati dai coetanei e si considera l'importanza attribuita alla magrezza dal nostro contesto culturale, si intuisce quanto facilmente in adolescenza possa complicarsi il rapporto con il cibo. In un'età come l'adolescenza - età' degli eccessi, della ricerca estrema, della ricerca dell'autonomia e della tendenza a fare da soli o con il supporto del gruppo dei pari, senza confrontarsi con un mediatore esterno imparziale - una problematica accettazione di sé e lo sviluppo di comportamenti alimentari non adeguati può favorire lo sviluppo di atteggiamenti a rischio (tabella 5.9).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	11,98 (145)	10,66 (139)	7,96 (86)
Giusto	65,62 (794)	64,34 (839)	64,07 (692)
Grasso	22,40 (271)	25,00 (326)	27,96 (302)
Totale	100,00 (1.210)	100,00 (1.304)	100,00 (1.080)

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

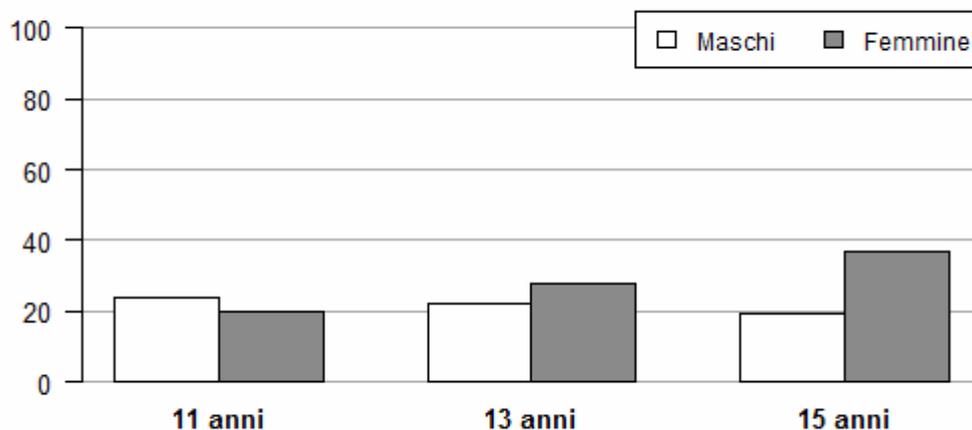
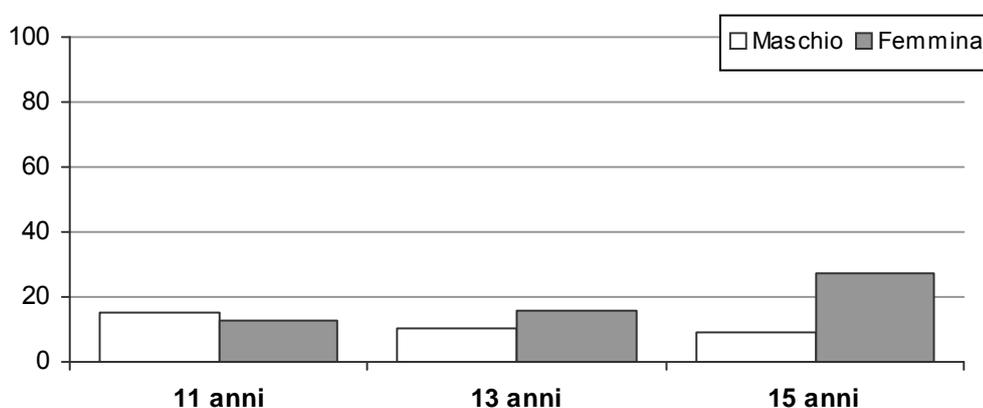


Tabella 5.9: “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	53,17 (646)	48,01 (627)	44,55 (482)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23,21 (282)	27,57 (360)	29,30 (317)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10,86 (132)	10,41 (136)	9,15 (99)
Sì	12,76 (155)	14,01 (183)	17,01 (184)
Totale	100,00 (1.215)	100,00 (1.306)	100,00 (1.082)

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



5.6 Igiene orale

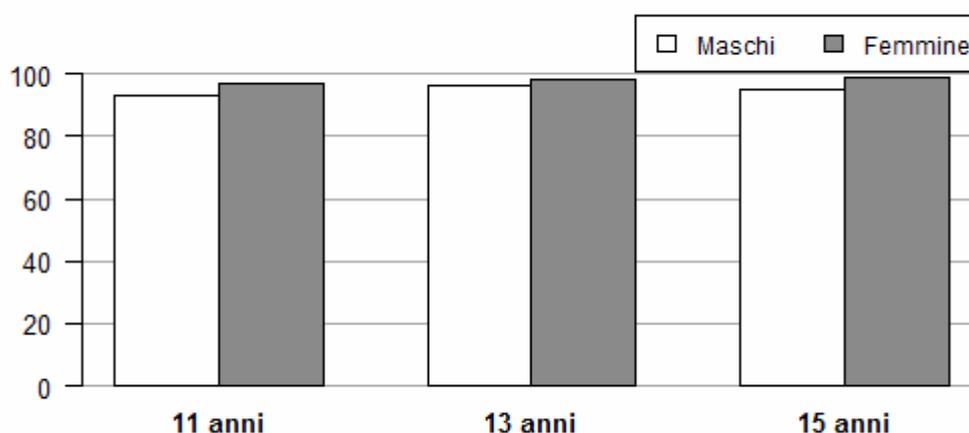
L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (Moblely C., 2009), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

L'abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno è dichiarata dalla quasi totalità (97,07%) del campione dei tredicenni e quindicenni. Tale abitudine è leggermente più bassa (95,07%) negli undicenni (tabella 5.10). La propensione alla regolare igiene orale interessa ugualmente maschi e femmine (fig.5.13).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	70,83 (862)	74,58 (977)	72,63 (788)
Una volta al giorno	24,24 (295)	22,52 (295)	24,15 (262)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3,70 (45)	1,98 (26)	2,03 (22)
Meno di una volta alla settimana	0,82 (10)	0,46 (6)	0,65 (7)
Mai	0,41 (5)	0,46 (6)	0,55 (6)
Totale	100,00 (1.217)	100,00 (1.310)	100,00 (1.085)

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



5.7 Conclusioni

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

Un punto critico da evidenziare riguarda l'abitudine al consumo della **colazione**, che va diminuendo con l'aumentare dell'età. Tale pasto risulta molto importante nel declinare gli apporti complessivi della giornata e la performance del soggetto nelle sue attività quotidiane.

Un altro punto critico è il **consumo di frutta e verdura**, risultato nettamente inferiore alla raccomandazione di almeno 5 porzioni al giorno. Solo il 19-20% dei ragazzi preso in esame nel campione ha dichiarato di consumare "più volte al giorno" la frutta e solamente 13-14,5% la verdura.

All'opposto il **consumo di dolci e bevande zuccherate** risulta eccessivo rispetto a quanto consigliato. I dati dimostrano che tale consumo "per più di una volta al giorno" aumenta con l'età, passando in media dal 13% a oltre il 15%.

E' da segnalare la diminuzione dell'uso quotidiano di bevande gassate zuccherate rispetto alle percentuali riportate nell'indagine HBSC 2006. Il dato non deve però distogliere l'attenzione sull'uso eccessivo di tali bevande, che vengono comunque consumate in media "più volte al giorno" dal 9-10% dei ragazzi e che, sommato al consumo di dolci, determina un apporto eccessivo di zuccheri.

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

La giovane età rappresenta un'altra importante occasione per responsabilizzare i soggetti, renderli partecipi delle scelte che li riguardano e quindi consapevoli e motivati su quanto è utile per salvaguardare e promuovere il loro benessere.

Il gruppo dei pari potrebbe rappresentare in questo caso un'opportuna modalità (Salvy S. J. et al, 2009) di approccio mediante la quale l'adolescente non si sente solo nell'affrontare le molte e complesse tematiche riguardanti gli stili di vita ma è anzi stimolato a sfruttare le interazioni sociali tra pari che contribuiscono a strutturare sia un senso di identità sia un orientamento culturale extra familiare e, contemporaneamente, servono a rafforzare valori e modelli, (vedi al riguardo anche il capitolo "sport e tempo libero")

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, dal confronto con i dati della letteratura emerge che i dati autoriferiti di peso e altezza sottostimano l'eccesso ponderale. Degno di nota è il rilievo, riportato anche in vari studi epidemiologici, di una maggiore prevalenza di eccesso ponderale nei maschi rispetto alle femmine. Considerato l'aumento generalizzato delle problematiche legate ai disturbi del comportamento alimentare, un'attenzione particolare merita il dato del sottopeso, che si riscontra soprattutto nelle ragazze e che è riconducibile, almeno in parte, alla distorsione della percezione della propria immagine corporea.

Bibliografia capitolo 5

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

- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. Am J Clin Nutr. 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. Appetite. 54(2):394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. Int J Pediatr Obes.;1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Bibliografia a cura della Regione Emilia-Romagna

- Baratta R, Degano C, Leonardi D, Vigneti R, Frittitta L (2006). High prevalence of overweight and obesity in 11-15-year-old children from Sicily. Nutrition, Metabolism Cardiovascular Dis,16: 249-255.
- Berg C, Lappas G, Wolk A, Strandhagen E (2009). Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. Appetite, 52: 21-26
- Berkey CS, Rockett HRH, Gillman MW, Field AE, Colditz GA (2003). Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents. Int J Obes, 27:1258-1266
- Croezen S, Visscher TL, Ter Bogt NC, Veling ML, Haveman-Nies A (2009). Skipping breakfast, alcohol consumption and physical inactivity as risk factor for overweight and obesity in adolescents: result of the E-MOVO project. Eur J Clin Nutr, 63: 405-412
- Larrañaga N, Amiano P, Arrizabalaga JJ, Bidaurrezaga J, Gorostiza E (2007). Prevalence of obesity in 4-18-year-old population in the Basque Country, Spain. Obes Rev, 8 (4): 281-287.
- Marangoni F, Poli A, Paoletti R, Agostoni C, Di Pietro P, Cricelli C, Brignoli O, Fatati G, Giovannini M, Riva E, Marelli G, Porrini M, Rotella CM, Mele G, Iughetti L (2009). Documento di consenso sul ruolo della prima colazione nella ricerca e nel mantenimento della buona salute e del benessere. Centro Studi dell'Alimentazione – Nutrition Foundation of Italy.
- Matthys C, De Henauw S, Bellemans M, De Maeyer M, De Backer G (2007). Breakfast habits affect overall nutrient profiles in adolescents. Pub Health Nutr, 10: 413-421
- AA.VV (2009). Sorveglianza nutrizionale. Determinanti ed indicatori di rischio obesità nella popolazione adolescenziale. Regione Emilia Romagna Collana Contributi. N. 58. http://www.saluter.it/wcm/saluter/pubblicazioni/tutte_le_pubblicazioni/contributi/contributi/allegati/Contributi_58.pdf (accesso 17 agosto 2010).
- Siega-Riz AM, Popkin BM, and Carson T (1998). Trends in breakfast consumption for children in the United States from 1965 to 1991. Am J Clin Nutr, 67 (Suppl. 1):748S-756S
- Società Italiana di Pediatria (2006). Obesità del bambino e dell'adolescente: consensus su prevenzione, diagnosi e terapia. Ed. Istituto Scotti Bassani.
- Timlin MT, Pereira MA (2007). Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. Nutr Rev Jun, 65: 268-281
- Toschke AM, Küchenhoff H, Koletzko B, von Kries R (2005). Meal frequency and childhood obesity. Obes Res, 13:1932-1938
- WHO (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization. Technical report series n.916
- WHO Europe (2010). Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children International report from the 2005/2006 survey. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf (accesso 17 agosto 2010)

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

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

6.1.1 Il fumo

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

L'abitudine tabagica tende a crescere con l'età, passando dall'1% dei ragazzi di 11 anni al 23% di quelli di 15 anni. Il consumo più frequente di sigarette (1-5 sigarette/die, 6 o più sigarette/die) riguarda il 12% dei ragazzi di 15 anni. L'iniziazione al fumo, con consumi saltuari e sporadici, probabilmente legati a situazioni "a rischio", avviene nei ragazzi di 13 anni. Questi dati confermano quanto già conosciuto e sottolineano la necessità di effettuare interventi infoeducativi ancora più precoci, nelle fasce 6-13 anni, per rafforzare la capacità dei giovani di fare scelte libere e consapevoli. Confrontando i dati nazionali con quelli regionali si rileva che i valori misurati nella nostra regione sono sempre più bassi, in modo evidente nei ragazzi di 15 anni, più lieve in quelli di 13.

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0,25 (3)	0,84 (11)	9,69 (105)
Almeno una volta a settimana	0,49 (6)	1,84 (24)	5,54 (60)
Meno di una volta a settimana	0,49 (6)	3,06 (40)	7,84 (85)
Non fumo	98,77 (1.200)	94,26 (1.232)	76,94 (834)
Totale	100,00 (1.215)	100,00 (1.307)	100,00 (1.084)

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

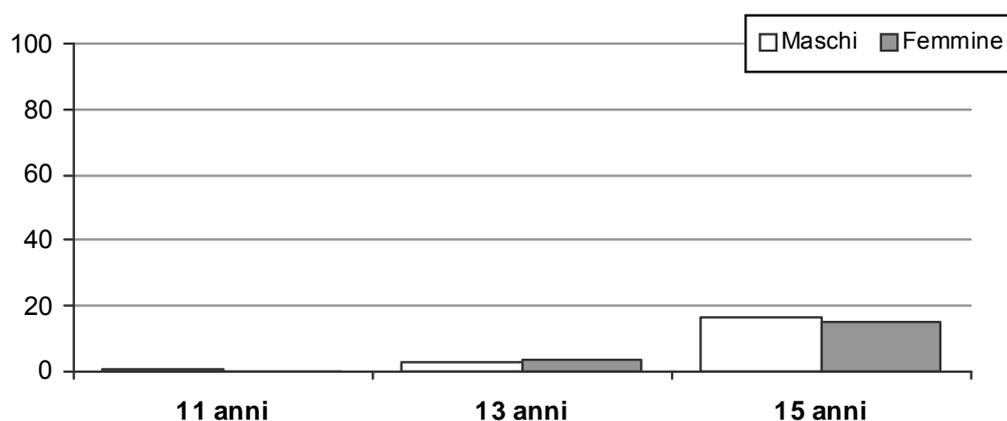


Tabella 6.2 – “Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98,92 (1.194)	93,68 (1.216)	73,62 (798)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0,58 (7)	3,24 (42)	9,69 (105)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0,08 (1)	1,08 (14)	4,61 (50)
1-5 sigarette al giorno	0,08 (1)	1,00 (13)	4,89 (53)
6 o più sigarette al giorno	0,33 (4)	1,00 (13)	7,20 (78)
Totale	100,00 (1.207)	100,00 (1.298)	100,00 (1.084)

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).

Il consumo di alcolici (Tabella 6.3) tende a crescere con l'età passando dal 33,47% degli 11enni al 79,11% dei 15enni. Il consumo più frequente (ogni giorno, ogni settimana, ogni mese) riguarda il 8,45% degli 11enni, il 16,89% dei 13enni e il 45,93% dei 15enni. E' un dato che conferma ancora una volta la necessità di porre grande attenzione ad un comportamento molto dannoso e assai diffuso. Infatti, il 25,88% dei 15enni dichiara di bere ogni settimana.

Tra i consumatori abituali (Figura 6.2) si evidenzia una differenza di genere con una minore propensione tra le femmine.

La Tabella 6.4 evidenzia nei 15enni l'abitudine a bere nel fine settimana, confermando uno stile di consumo già ampiamente conosciuto.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	2,03 (24)	2,39 (31)	6,28 (68)
Ogni settimana	3,38 (40)	7,48 (97)	25,88 (280)
Ogni mese	3,04 (36)	7,02 (91)	13,77 (149)
Raramente	25,02 (296)	35,88 (465)	33,18 (359)
Mai	66,53 (787)	47,22 (612)	20,89 (226)
Totale	100,00 (1.183)	100,00 (1.296)	100,00 (1.082)

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

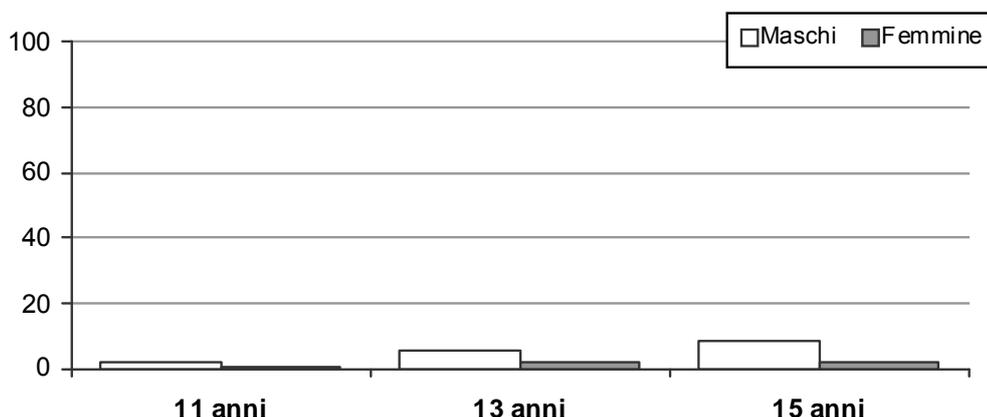


Tabella 6.4– “Nell’ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	87,77 (1.041)	80,25 (1.032)	52,95 (566)
Solo Lunedì-Venerdì	3,79 (45)	5,60 (72)	5,71 (61)
Solo Sabato-Domenica	6,07 (72)	9,72 (125)	32,55 (348)
Sia in settimana che nel week-end	1,01 (12)	3,58 (46)	6,55 (70)
Sempre	1,35 (16)	0,86 (11)	2,25 (24)
Totale	100,00 (1.186)	100,00 (1.286)	100,00 (1.069)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	95,01 (1.124)	91,59 (1.187)	74,98 (812)
Una volta	3,97 (47)	6,48 (84)	11,45 (124)
2-3 volte	0,68 (8)	1,54 (20)	9,33 (101)
4-10 volte	0,00 (0)	0,31 (4)	2,77 (30)
Più di 10 volte	0,34 (4)	0,08 (1)	1,48 (16)
Totale	100,00 (1.183)	100,00 (1.296)	100v (1.083)

La Tabella 6.5 e le Figure 6.3 e 6.4 evidenziano i comportamenti di consumo di alcolici più a rischio. L’1,2% degli 11enni, l’1,93% dei 13enni e il 13,58% dei 15enni dichiara di essersi ubriacato almeno 2 volte nella vita. La differenza di genere anche in questo caso è molto significativa, anche se tende a diminuire tra i 15enni. Si va infatti dal 3% di maschi e 1% di femmine tra i 13enni, al 16% di maschi e 11% di femmine tra i 15enni. Rispetto al dato nazionale dei 15enni (20% tra i maschi e 12% tra le femmine) il dato dell’Emilia-Romagna risulta più basso.

La Figura 6.4 mostra la modalità di consumo più a rischio, ossia il cosiddetto “binge”, ovvero il consumo di 6 o più bevande alcoliche in un’unica occasione. Secondo questa indagine il comportamento “binge” riguarderebbe circa il 38% dei maschi e circa il 24% delle femmine tra i 15enni. Questo pare contraddire il dato ESPAD -Italia 2008 che, per i 15enni emiliano-romagnoli, riporta percentuali di binge del 23% tra i maschi e del 21% tra le femmine. La propensione ad adottare modalità di consumo ad altissimo rischio cresce in maniera significativa dagli 11 ai 15anni. Ciò consiglia di rafforzare le misure di informazione e di prevenzione a partire dalle fasce di età precedenti ai 15anni e di aumentare gli interventi di prevenzione e di monitoraggio nella fascia di età più a rischio.

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

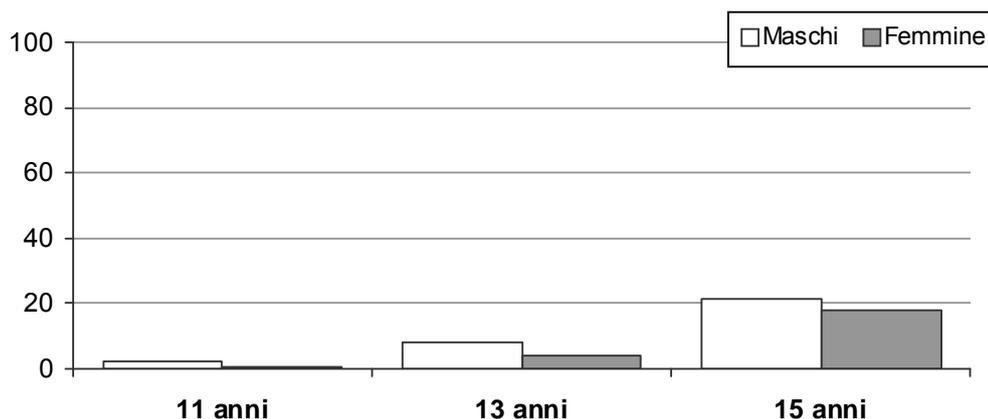
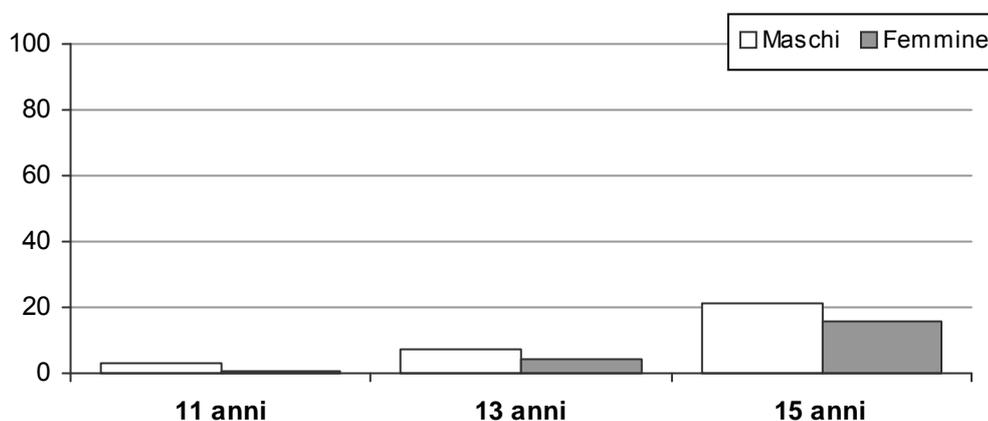


Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc..), negli ultimi 12 mesi, per genere



6.1.3 Cannabis

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

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

La Tabella 6.6 evidenzia che l'87,4% dei 15enni non ha mai fatto uso di cannabis, mentre il 12,6% ne ha fatto uso. Le femmine sono meno propense all'uso di droghe illegali (oltre il 90% delle rispondenti). Tale dato è sostanzialmente confermato da altre ricerche (Studio ESPAD-Italia 2008 che indaga i consumi tra gli studenti 15 -19 anni, che evidenzia per i 15enni dell' Emilia-Romagna un consumo di cannabis del 10% tra i maschi e del 6,7% tra le femmine).

Tra coloro che dichiarano di aver fatto uso di cannabis, il 5,84% ne ha fatto un uso occasionale (tra 1 e 9 volte nella vita) mentre il 3,24% ne ha fatto un uso più continuativo (da 10 a 39 volte). I

consumatori abituali (almeno una volta al giorno) sono lo 0,46% del campione. La differenza di genere tra i consumatori è significativa.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	84,02 (447)	90,68 (496)	87,40 (943)
Una o due volte	7,14 (38)	4,57 (25)	5,84 (63)
3-5 volte	2,63 (14)	1,65 (9)	2,13 (23)
6-9 volte	0,94 (5)	0,91 (5)	0,93 (10)
10-19 volte	1,69 (9)	0,73 (4)	1,20 (13)
20-39 volte	2,82 (15)	1,28 (7)	2,04 (22)
>1 una volta al giorno	0,75 (4)	0,18 (1)	0,46 (5)
Totale	100,00 (532)	100,00 (547)	100,00 (1.079)

6.2 Abitudini sessuali

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

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

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

Dall'analisi delle risposte ottenute, si ricava che, complessivamente, il 18,18% dei ragazzi intervistati dichiara di aver già avuto un rapporto sessuale, senza differenze sostanziali tra maschi e femmine (18,98% vs 17,40%). Confrontando questo dato con quello Nazionale della ricerca HBSC 2006 in cui il 24,52% dei quindicenni dichiarava di aver avuto un rapporto sessuale completo, si osserva una leggera flessione che sarà interessante confrontare con il dato Nazionale 2010.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	18,98 (101)	17,40 (95)	18,18 (196)
No	81,02 (431)	82,60 (451)	81,82 (882)
Totale	100,00 (532)	100,00 (546)	100,00 (1.078)

È 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.

Complessivamente oltre tre quarti dei giovani, con una modesta maggiore frequenza dei maschi rispetto alle femmine, dichiara di aver fatto uso del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale. Si conferma il maggior utilizzo da parte dei maschi (78,59% dei maschi vs 76,09% delle femmine), rispetto al dato nazionale del 2006 (75,8% maschi vs 70,9 femmine) ed in generale un uso maggiore del preservativo tra i ragazzi di questa ricerca (77,89%) rispetto agli intervistati del 2006 (73,54%).

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	79,59 (78)	76,09 (70)	77,89 (148)
No	20,41 (20)	23,91 (22)	22,11 (42)
Totale	100,00 (98)	100,00 (92)	100,00 (190)

6.3 Conclusioni

Nel campo della prevenzione dei comportamenti a rischio, si è ormai compreso che i problemi vanno affrontati nei contesti di vita, promuovendo scelte informate e stili di vita salutari. Vanno quindi abbandonati gli interventi monodimensionali e, per quanto riguarda il consumo di sostanze legali ed illegali, quelli legati alle singole sostanze.

Si sottolinea inoltre l'opportunità di utilizzare la lettura dei dati per riflessioni non allarmistiche e che tendano a non generalizzare, ma a suggerire approfondimenti qualitativi. La lettura dei risultati dell'indagine evidenzia infatti alcune variabili positive che vanno ulteriormente sostenute, come ad esempio la relativamente bassa diffusione del consumo di cannabis, la minore propensione delle femmine al consumo di sostanze illegali e la buona diffusione dell'uso del preservativo nei rapporti

sessuali. Inoltre si aggiunge il richiamo a prestare attenzione a come vengono raccolti i dati presentati poiché la modalità e il tipo di indagine possono sensibilmente modificare le risposte ottenute.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars.2000>.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setäläet T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.

Bibliografia a cura della Regione Emilia-Romagna

- Commissione Europea (2008) *Young people and drugs among 15-24 year olds*. Bruxelles
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) (2009). *Relazione annuale: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*. Lisbona
- OEDT (2006) *Developments in drug use within recreational settings*. Lisbona
- OEDT (2008) *Drugs and vulnerable groups of young people* Lisbona

Studio ESPAD (European school project on alcohol and other drugs)(2008).*ESPAD-Italia. Uso di sostanze tra gli studenti 15-19 anni in Emilia-Romagna.* Pisa Regione Emilia-Romagna (2009). *Rapporto 2009 su consumo e dipendenze da sostanze in Emilia-Romagna.* Bologna

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

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

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

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

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

Il concetto di salute, così come viene attualmente definito recependo le ultime integrazioni della Carta di Ottawa (2006), esprime il completo stato di benessere fisico, psichico e sociale dell'individuo ed è, in quanto tale, uno dei diritti fondamentali della persona.

A causa della natura olistica del concetto, un'analisi esauriente dei contenuti del capitolo richiederebbe il contributo di dati provenienti da altre sezioni del questionario.

Il riferimento a una visione articolata e pluricomponenziale di salute è sistematizzata nei protocolli della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF-OMS, 2002).

Gli indicatori scelti per l'analisi, consentono solo parzialmente di ricavare informazioni sulle relazioni fra benessere psicofisico e percezione di autoefficacia, benessere psicofisico e dimensione relazionale, benessere psicofisico e assunzione di responsabilità (capacità di prendere decisioni) in coerenza con i suggerimenti di ICF-OMS.

In generale, comunque, l'analisi dei dati riferiti ai parametri indagati, consente un approfondimento sulla salute meglio orientato verso le componenti relative al benessere fisico (assenza di malattie e disturbi organici) che sul benessere complessivo.

Di difficile lettura, invece, risulta il peso del "disagio" (scolastico, affettivo, relazionale, familiare) come indicatore di malessere.

7.2 Percezione della propria salute

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

La percezione della propria salute è generalmente riferita come buona e eccellente dal 91% degli undicenni, dal 90% dei tredicenni e dall'86% dei quindicenni.

Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la sua salute eccellente del 13% (si passa dal 40 al 27%). D'altro canto la percentuale di chi percepisce la propria salute come buona aumenta dall'80 all'89% .

In generale, comunque, con la crescita, la percezione della propria salute si modifica e viene riferita come "peggiore". L'analisi delle oscillazioni consente di concludere che, nonostante il 13% di riferimenti della propria salute come eccellente, sia compensato da un dato positivo come l'aumento del 9% di attribuzione "buona" alla qualità della propria salute, resta uno scarto del 4% che segna uno spostamento totale verso attribuzioni più basse.

Con il progredire dell'età la propria salute viene complessivamente percepita come peggiore.

Inoltre, i risultati della figura 7.1, evidenziano una percezione della salute significativamente migliore per i maschi rispetto alle femmine.

I dati potrebbero suggerire le seguenti conclusioni:

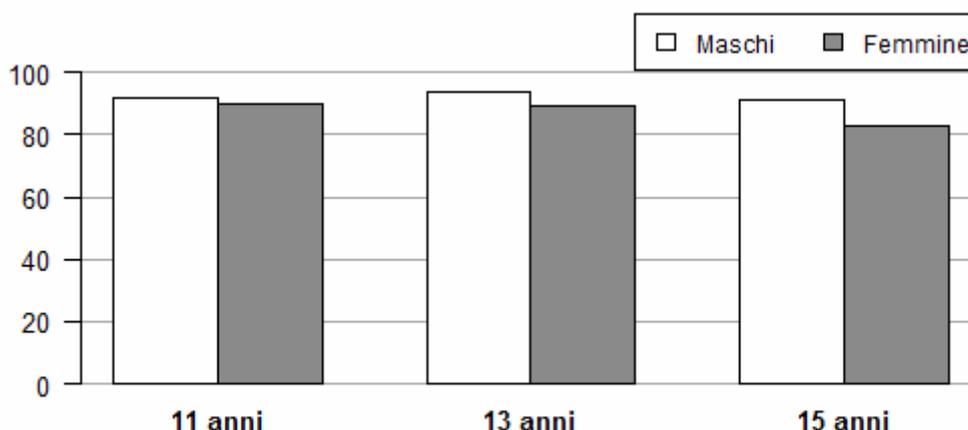
nel periodo dagli 11 ai 15 anni la trasformazione fisica dell'adolescenza, nelle femmine, è generalmente anticipata rispetto al maschio a causa della comparsa delle mestruazioni: questo potrebbe sia spiegare il fatto che le ragazze riferiscono uno stato di salute percepito come peggiore, sia giustificare il fatto che, la tendenza ad avere una percezione peggiore della propria salute, sia da attribuire ad una visione più realistica e svincolata da condizionamenti esterni .

In sostanza, essere un'adolescente femmina e avere quindici anni piuttosto che undici, rende più facile riferire con obiettività il proprio stato di salute e intenderlo in senso complesso e non come mera assenza di malattie.

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

	11 anni %	(N)	13 anni %	(N)	15 anni %	(N)	Totale
Eccellente	40,28	(489)	38,67	(507)	27,22	(294)	(1.290)
Buona	50,82	(617)	52,78	(692)	59,91	(647)	(1.956)
Discreta	8,07	(98)	7,86	(103)	12,04	(130)	(331)
Scadente	0,82	(10)	0,69	(9)	0,83	(9)	(28)
Totale	100,00	(1.214)	100,00	(1.311)	100,00	(1.080)	(3.605)

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



Nella figura 7.1 si osservano anche le differenze tra maschi e femmine che, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006), sono quasi sempre a svantaggio delle ragazze.

7.3 La percezione del benessere

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

Nonostante in una scala che misuri il benessere percepito da 1 a 10, risulti molto difficile per un adolescente, utilizzare gli items da 1 a 3 (riferibili alla "peggiore vita possibile"), è un dato indubbiamente significativo che il 23% degli adolescenti dagli 11 ai 15 anni scelgano di collocarsi nell'intervallo da 1 a 4. Ci sembra che questo dato possa essere considerato un indicatore attendibile di situazioni di grave/gravissimo disagio psicofisico e relazionale.

Esaminando i risultati del grafico più nel dettaglio è possibile evidenziare quanto segue:

a) piena soddisfazione:

- La soddisfazione per la propria vita è espressa al massimo grado dal 21,70% del campione degli undicenni
- per l'11,3% dei tredicenni
- per il 6,37% dei quindicenni.

Il commento ai risultati potrebbe confermare quanto affermato sopra: l'aumento degli anni consente la libertà e la maturità di riconoscere e dichiarare in modo più realistico la soddisfazione effettiva per la propria vita

b) Il campione si ripositiona verso ottime attribuzioni di benessere (seppur spalmate in misura crescente dal 10 verso 8): il valore 9 è scelto dal 21% degli undicenni, dal 22% dei tredicenni e dal 10% dei quindicenni; il valore 8 è scelto dal 24% degli undicenni, dal 27% dei tredicenni, dal 26% dei quindicenni.

L'analisi aggregata rivela che nella fascia alta (8-10) di percezione di benessere dichiarata si situano il 66% degli undicenni, il 62% dei tredicenni, il 53% dei quindicenni. Se lo spalmarsi di attribuzioni 10 verso valori 9 e 8, può essere considerato un dato fisiologico e positivo come conferma di indice di maturità, non si può non segnalare che l'effetto della diluizione, comporta una perdita netta totale del 13%.

Sono questi gli adolescenti che passano da attribuzioni della fascia alta (8-10) a attribuzioni di fascia inferiore a 8.

b) l'aggregazione rispetto ad una soddisfazione media per la propria vita, sommando le scelte effettuate intorno ai valori 6 e 7 porta al seguente quadro riassuntivo:

- 20% a 11 anni
- 25% a 13 anni
- 38% a 15 anni

Dunque l'83% del campione riferisce una soddisfazione media per la propria vita.

c) Vale la pena di segnalare che il 23% del campione attribuisce un punteggio inferiore a 5 al grado di soddisfazione per la propria vita

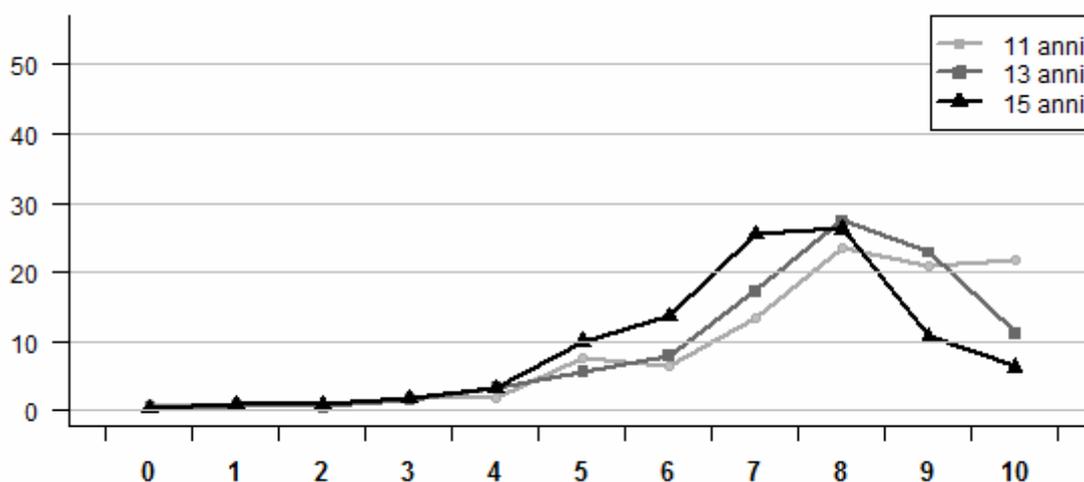
In conclusione, aggregando i dati ottenuti, il campione intervistato ha le seguenti percezioni di soddisfazione:

- 60% molto soddisfatto (attribuzioni attorno ai valori 8/9/10)
- 27% mediamente soddisfatto (attribuzioni attorno ai valori 6 e 7)
- 23% insoddisfatto.

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

	11 anni %	(N)	13 anni %	(N)	15 anni %	(N)	Totale
0	0,91	(11)	0,54	(7)	0,46	(5)	(23)
1	0,66	(8)	0,84	(11)	0,92	(10)	(29)
2	0,91	(11)	0,61	(8)	1,01	(11)	(30)
3	1,73	(21)	1,68	(22)	1,85	(20)	(63)
4	1,90	(23)	3,36	(44)	3,23	(35)	(102)
5	7,59	(92)	5,73	(75)	10,06	(109)	(276)
6	6,35	(77)	8,03	(105)	13,65	(148)	(330)
7	13,53	(164)	17,43	(228)	25,46	(276)	(668)
8	23,68	(287)	27,52	(360)	26,29	(285)	(932)
9	21,04	(255)	22,94	(300)	10,70	(116)	(671)
10	21,70	(263)	11,31	(148)	6,37	(69)	(480)
Totale	100,00	(1.212)	100,00	(1.308)	100,00	(1.084)	(3.604)

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



7.4 I sintomi riportati

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

- avere mal di testa
- avere mal di stomaco
- avere mal di schiena
- sentirsi giù di morale
- sentirsi irritabili o di cattivo umore

- sentirsi nervoso
- avere difficoltà ad addormentarsi
- avere giramenti di testa.

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

L'indagine sui sintomi riferiti dal campione si concentra principalmente sulla sfera psicosomatica: da segnalare senz'altro che solo il 3% degli intervistati riferisce di soffrire dei sintomi in elenco raramente o quasi mai, mentre il 28% riferisce di soffrirne ogni giorno.

Il 33% li soffre più di una volta alla settimana, il 20% 1 volta alla settimana, l'11% 1 volta al mese.

Il commento rispetto al dato è poco incoraggiante: con una variazione generale dal 72% degli undicenni e l'83% dei quindicenni, la frequenza di sintomi riportati da ogni giorno a una volta alla settimana è comunque molto alta e sembra in parte in contrasto con le valutazioni positive fatte rispetto alla percezione della propria salute.

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

	11 anni %	(N)	13 anni %	(N)	15 anni %	(N)	Totale
Ogni giorno	31,77	(387)	24,33	(319)	29,10	(316)	(1.022)
Più di 1 volta a settimana	28,57	(348)	35,16	(461)	38,12	(414)	(1.223)
1 volta a settimana	19,21	(234)	21,21	(278)	18,97	(206)	(718)
1 volta al mese	14,53	(177)	16,78	(220)	11,14	(121)	(518)
Raramente o mai	5,91	(72)	2,52	(33)	2,67	(29)	(104)
Totale	100,00	(1.218)	100,00	(1.311)	100,00	(1.086)	(3.615)

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere

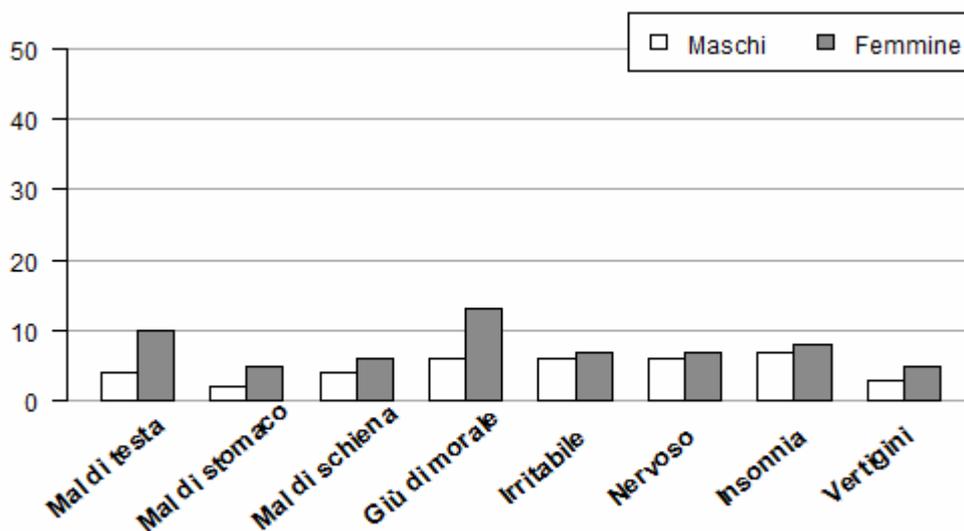
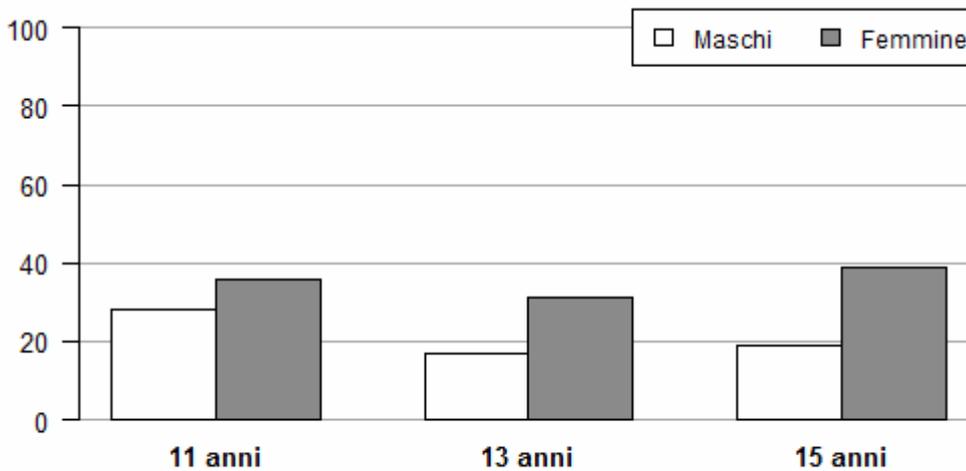


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



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

La contraddizione resta anche nella risposta che separa i sintomi psicologici dai sintomi fisici (con qualche forzatura perché male di stomaco e male di testa, sono spesso indicatori di stress e malessere psicologico più che sintomi prettamente somatici).

Il 63% degli undicenni, il 68% dei tredicenni e il 76% dei quindicenni, riferisce, comunque come molto frequente la comparsa di sintomi psicologici. Solo il 21% li avverte una volta al mese.

Non li avverte mai il 13% degli undicenni, il 7% dei tredicenni e il 5% dei quindicenni.

La presenza di una percentuale più alta di sintomi riferiti dalle femmine, conferma la distribuzione sopra riportata sulla percezione dello stato di salute: si potrebbe da un lato affermare che la percezione della propria salute peggiora con l'età e nel sesso femminile, dato confermato da una corrispettiva segnalazione più alta di sintomi psicologici e somatici; dall'altro si potrebbe affermare che con il crescere dell'età la percezione di sé è più attenta e scrupolosa, dato confermato dalla tendenza femminile ad ascoltarsi con meno filtri e remore.

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

	11 anni %	(N)	13 anni %	(N)	15 anni %	(N)	Totale
Ogni giorno	21,86	(266)	16,18	(212)	17,77	(193)	(671)
Più di 1 volta a settimana	25,80	(314)	24,35	(319)	28,08	(305)	(938)
1 volta a settimana	18,16	(221)	21,68	(284)	23,94	(260)	(765)
1 volta al mese	18,90	(230)	26,03	(341)	20,72	(225)	(796)
Raramente o mai	15,28	(186)	11,76	(154)	9,48	(103)	(443)
Totale	100,00	(1.217)	100,00	(1.310)	100,00	(1.086)	(3.613)

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

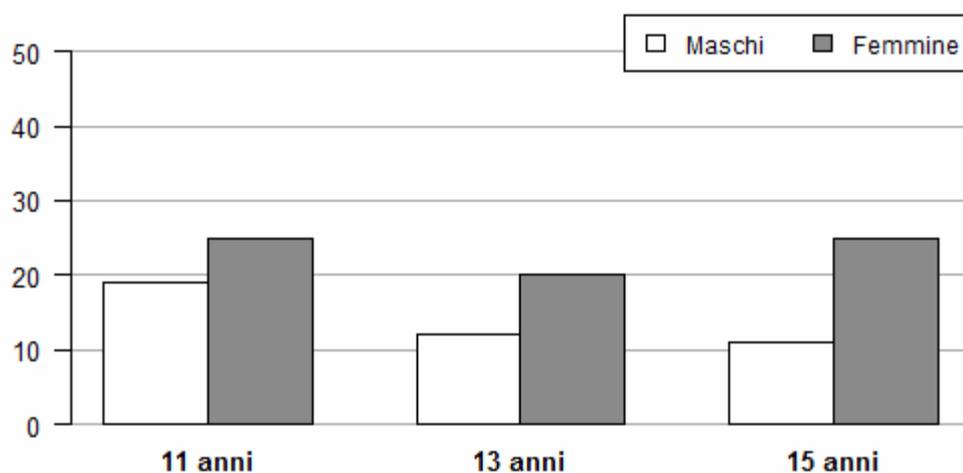
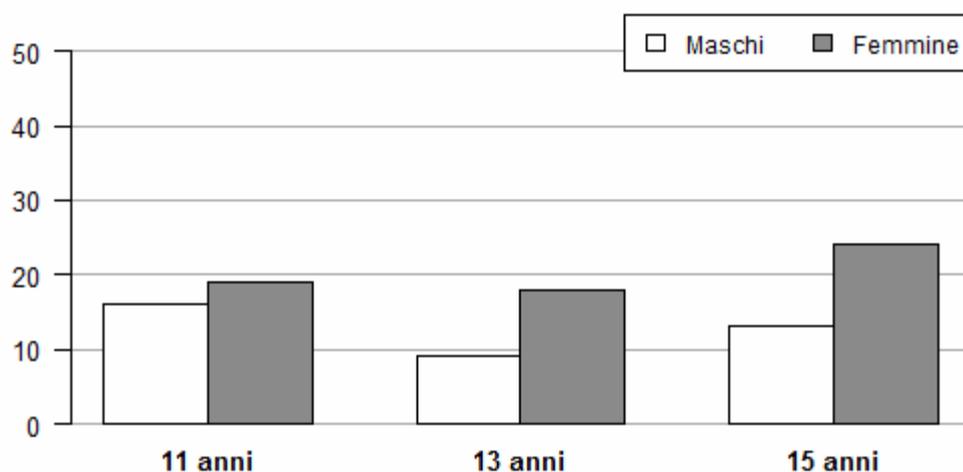


Tabella 7.5 - "Negli ultimi sei mesi quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?" almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni %	(N)	13 anni %	(N)	15 anni %	(N)	
Ogni giorno	17,23	(209)	13,97	(183)	18,32	(199)	(591)
Più di 1 volta a settimana	25,80	(313)	31,07	(407)	35,73	(388)	(1.108)
1 volta a settimana	22,18	(269)	23,51	(308)	23,11	(251)	(828)
1 volta al mese	20,86	(253)	24,27	(318)	17,59	(191)	(762)
Raramente o mai	13,93	(169)	7,18	(94)	5,25	(57)	(320)
Totale	100,00	(1.213)	100,00	(1.310)	100,00	(1.086)	(3.609)

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

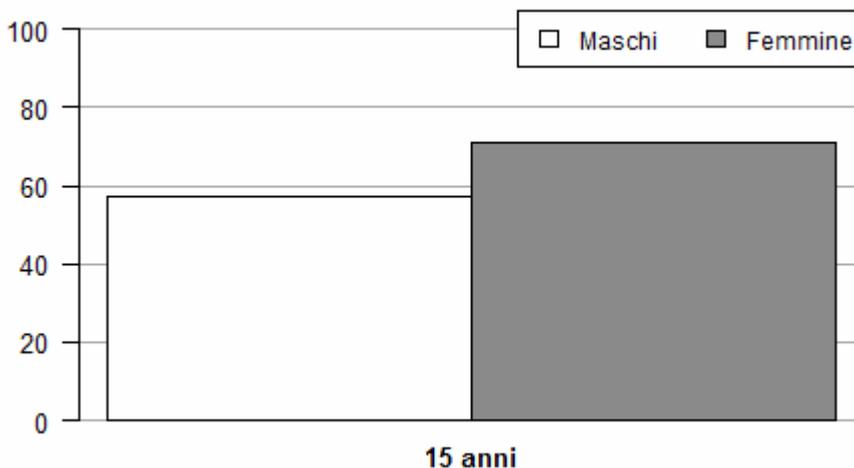


7.5 Utilizzo di farmaci

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

	Maschi %	(N)	Femmine %	(N)	Totale %	(N)
Nessun farmaco	43,38	(226)	28,63	(152)	35,93	(378)
Sì, 1 farmaco	31,67	(165)	36,91	(196)	34,32	(361)
Sì, >1 farmaco	24,95	(130)	34,46	(183)	29,75	(313)
Totale	100,00	(521)	100,00	(531)	100,00	(1.052)

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



Nell'ultimo mese dichiarano di aver assunto farmaci il 57% dei maschi e il 72% delle femmine; la media complessiva fra i due sessi è del 65%.

La maggior parte del campione è ricorsa all'uso di farmaci nell'ultimo mese e il 29% degli intervistati dichiara di aver assunto più di un farmaco.

Il facile ricorso a farmaci comuni come antidolorifici e antiinfiammatori probabilmente assunti per la terapia di dolori mestruali, mal di testa (sintomi segnalati con molta frequenza soprattutto nelle femmine) o fenomeni di carattere infiammatorio a carico dell'apparato respiratorio, resta, comunque, un dato meritevole di attenzione, almeno come indicatore della propensione a ricorrere a rimedi esterni per sedare un sintomo. L'assunzione di farmaci non è, infatti, associata dagli intervistati, alla percezione della propria salute: nonostante il 91% del campione descriva come eccellente e buona la percezione della propria salute, il 65% dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese.

La propensione all'uso di farmaci che alterino o ripristinino un equilibrio alterato è senza dubbio un indicatore di una più generale apertura verso la sperimentazione di sostanze dopanti e/ o psicoattive,

Il questionario non specifica se i farmaci assunti siano prescritti dal pediatra o dal medico di famiglia, ma sembra trattarsi di farmaci da automedicazione, assunti senza continuità (il dato trova conferma dai riferimenti ad un buon stato ordinario di salute che, sembra escludere il rapporto regolare con medici di famiglia o specialisti).

7.6 Conclusioni

I 6 quesiti considerati non consentono una descrizione del tutto esaustiva della percezione del benessere psicofisico degli adolescenti: tuttavia, attraverso il confronto con qualche risultato già disponibile proveniente da altre sezioni, si può proporre il quadro sotto riportato, meritevole di ulteriori approfondimenti, per meglio delineare il profilo dell'adolescente a rischio e definire con più precisione i fattori protettivi specifici per classe di età e genere.

La descrizione dei risultati rivela i seguenti aspetti:

- Differenza sostanziale fra femmine e maschi sulle modalità di riferire del proprio stato di salute: la percezione di uno stato generale di salute meno soddisfacente per le femmine che per i maschi, riconducibile, forse, ad un maggiore orientamento all'ascolto di sé, sembra trovare conferma dall'incrocio di alcuni dati del capitolo sull'assunzione di comportamenti a rischio. I risultati dell'indagine rivelano, infatti, una minor propensione delle femmine, percentualmente anche piuttosto significativa, ad assumere sostanze non legali e, in generale, a fare uso di tabacco e alcol.
I dati relativi alla pratica dell'attività fisica descrivono, al contrario, una differenza di pratica, di attività fisica generale, soprattutto non strutturata, a discapito delle femmine. Questo andrebbe a conferma della percezione femminile di un minor benessere psicofisico generale.
- Persistenza di una percentuale consistente (dal 25% al 30%) di giovani che riferiscono segni di malessere psicofisico, dato parzialmente confermato anche dall'incrocio dei risultati dell'analisi dei capitoli relativi a contesto familiare e contesto scolastico e al capitolo relativo all'uso di sostanze legali e non legali (se consideriamo l'assunzione periodica di cannabis, il ripetersi di episodi di binge drinking, il disagio scolastico e le difficoltà di relazione in famiglia, come esposizione a fattori di rischio e indicatori di malessere).
- Rispetto alla maggior parte dei parametri indagati il campione intervistato riferisce non piena soddisfazione per la propria qualità di vita, dato parzialmente confermato dal grado di soddisfazione generale riferito per l'ambiente scolastico.
- Questo dato può essere integrato con i risultati relativi alla graduale sostituzione di modalità di relazione diretta con i coetanei (circa un terzo degli undicenni riferisce di non fare uso regolare di sms e altri sussidi comunicativi, mentre il 70% dei quindicenni li utilizza quotidianamente), con modalità di relazione virtuale.

Una prima sintesi, che necessita di ulteriori approfondimenti e integrazioni, descrive, la frequenza dell'adolescente che assume comportamenti a rischio e si trova in uno stato di benessere psicofisico non soddisfacente, in una percentuale, con tendenza alla crescita dagli 11 ai 15 anni, dal 25 al 30%.

I fattori protettivi generali rispetto alla propria salute e ai propri comportamenti sono riconducibili a una riferita soddisfazione delle proprie condizioni economiche, abitative e di relazioni familiari; la presenza e il riconoscimento da parte dei giovani di una scuola che può costituire un importante momento di intercettazione dei segni di malessere e disagio, la capacità di assumere decisioni protettive per la propria salute (ad esempio, il 75% dei quindicenni che ha avuto un rapporto sessuale completo, ha fatto uso del preservativo), un grado di soddisfazione medio per la qualità della propria vita, la percezione di avere un buono e/o eccellente stato di salute.

I fattori di rischio generali sono riconducibili a una propensione ad assumere comportamenti a rischio attraverso l'uso di sostanze psicoattive e farmaci per autocura, considerati come supporti normali in una condizione, definita come sana; la graduale sostituzione di relazioni dirette con relazioni virtuali, confermata anche dal prevalere di un profilo sedentario con il crescere dell'età e della carenze di pratica di attività fisica non strutturata. Può essere considerato un fattore di rischio generale anche la pratica di rapporti sessuali completi in età precoce. Il dato merita ulteriori approfondimenti perché contrasta con la tendenza a sostituire relazioni virtuali con esperienze e, in quanto tale, indurrebbe a inquadrare la sperimentazione della sessualità in un contesto privo di una relazione affettiva interpersonale profonda e finalizzato alla ricerca di emozioni primarie facilmente e superficialmente ottenibili.

Rispetto alle differenze di genere, per le femmine, può costituire un fattore di rischio specifico, la poca propensione alla attività fisica non strutturata, il facile consumo di farmaci, la presenza di relativamente frequenti sintomi psicosomatici, le difficoltà di relazione con le figure parentali (soprattutto

il padre), mentre costituisce un fattore protettivo, una migliore attenzione verso l'ascolto di sé nella dimensione della corporeità e una minore propensione ad assumere comportamenti a rischio.

Per i maschi, al contrario, fattori protettivi specifici possono essere ritrovati in una soddisfacente percezione di sé, della propria salute, della propria qualità di vita, anche parzialmente confermata da una pratica più diffusa dell'attività fisica non strutturata e dell'attività sportiva organizzata, rispetto alle femmine. Si conferma, invece, come indice di rischio, la propensione a sperimentare comportamenti relativi all'uso di sostanze, preoccupante, sembrerebbe rilevare l'indagine, soprattutto per il consumo di alcol, anche con modalità frequenti di intossicazione acuta.

Bibliografia capitolo 7

- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., Zambon A., Borraccino A., Raven-Sieberer U., Torsheim T., Lemma P. and the HBSC Positive Health Group (2006), Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15: 1577-1585.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. II Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneva, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

Bibliografia a cura della Regione Emilia-Romagna

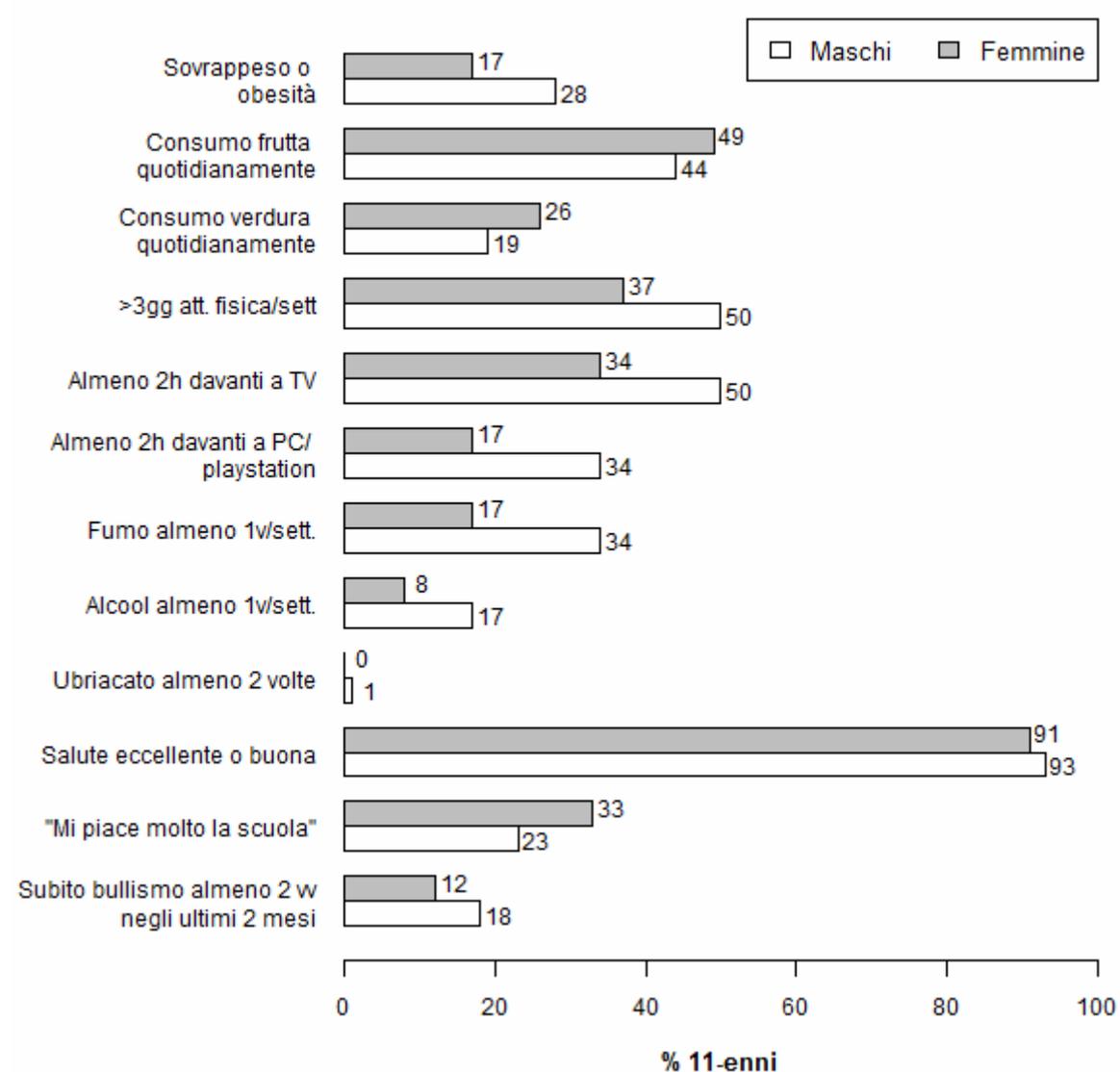
- Carver C S; Scheier M F., Autoregolazione del comportamento, 2004, Erickson
- Di Clemente R,J; Hansen W.B, Pauton L.E (EDS) (1996), Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology. New York: Plenum Press.
- Gardner H., Educazione e sviluppo della mente (2006), Erickson.
- Guarino A., Fondamenti di Educazione alla Salute, 2008, Franco Angeli
- Montague R., Perché l'hai fatto? Come prendiamo le nostre decisioni ,2006 Raffaello Cortina
- Schwarzer R e Fuchs R. (1996) Self efficacy and health behaviours. Buckingham, Open university press.
- Zucherman,M, (2007) Sensation seeking and risky behaviour, Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Zucherman M., Kuhlman D.M (2000), Personality and risk taking . Common biosocial factors, Journal of Personality,68,999-1029.

Alcuni indicatori riassuntivi

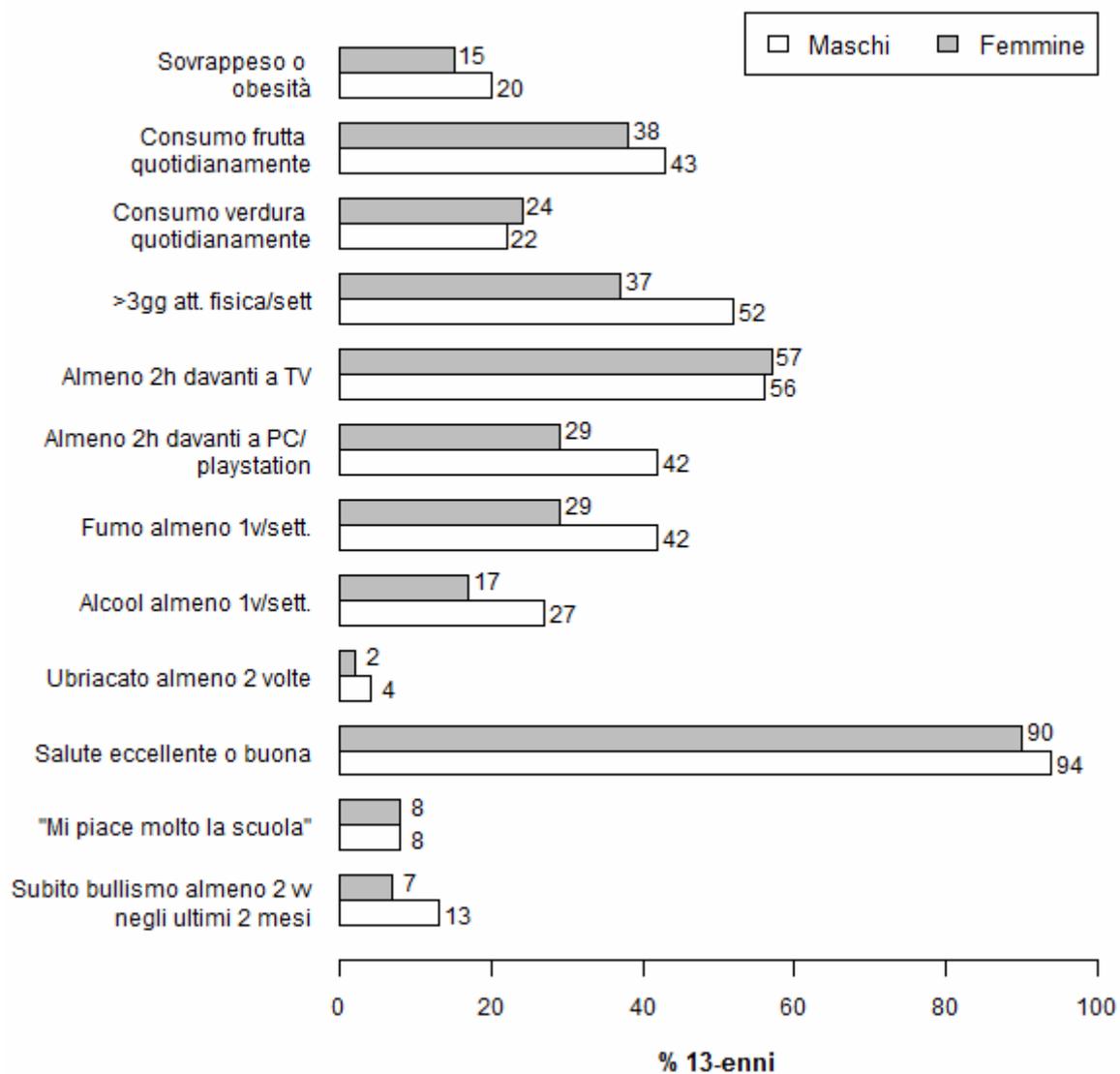
Di seguito vengono riportati i grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età:

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

Undicenni – Dati regionali



Tredicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati regionali

