

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 **REGIONE UMBRIA**

Informazioni sull'editore ISBN...

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

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

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

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

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

ACURA DI:

Marco Cristofori (*coordinatore regionale – U.O. di Epidemiologia e promozione della salute ASL 4 di Terni*)

Carla Bietta (*Vice Coordinatore regionale*)

Maria Donata Giaimo (*Resp. Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Regione Umbria*)

Sonia Bacci (*U.O. di Epidemiologia e promozione della salute ASL 4 di Terni*)

Vincenzo Casaccia (*U.O. di Epidemiologia e promozione della salute ASL 4 di Terni*)

Carla Gambarini (*U.O. di Epidemiologia e promozione della salute ASL 4 di Terni*)

REGIONE Umbria

ASL 1 – Daniela Felicioni (*coordinatore*) Lucia Puletti, Cinzia Procacci, Ornella Cecchini, Gabriella Vinti (*operatori sanitari*)

ASL 2 – Carla Bietta (*coordinatore*), Daniela Sorbelli (*vice – coordinatore*), Marco Petrella (*responsabile U.O. Epidemiologia*), Andrea Arcangeli, Gianpaolo Bargelli, Paola Bernacchia, Roberto Bura, Cinzia Contini, Gigliola Fiorucci, Antonella Luna, Cinzia Morini, Enrico Subicini, Maria Antonietta Ruggeri (*operatori sanitari*)

ASL 3 – Ubaldo Bicchielli (*coordinatore*), Olivieri Anna, Minni Bruno, Favaro Andrea, Facincani Marco, Paoloni Maria Claudia (*Medici*), Meschini Laura, Spitelli Silvia, Morella Maria Pia (*operatori sanitari*)

ASL 4 – Carla Gambarini (*coordinatore*), Luisa Pazzaglia (*biologa IAN*) Casaccia Vincenzao, Bacci Sonia, Claudio Cupello, Botondi Graziana, Nicla Gentileschi, Laura Monselli, Teresa Altobelli (*operatori sanitari*)

Si ringraziano i Direttori Generali e Sanitari delle 4 ASL partecipanti al progetto per la Regione Umbria.

Responsabilità editoriali

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

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

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

Indice

Presentazione	7
Premessa	8
Ringraziamenti	9
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	11
1.1 Introduzione	11
1.2 Descrizione del campione	12
Bibliografia capitolo 1	13
Capitolo 2: Il contesto familiare	14
2.1 Introduzione	14
2.2 La struttura familiare	14
2.3 La qualità della relazione con i genitori	16
2.4 Lo status socio-economico familiare	18
2.5 Conclusioni	20
Bibliografia capitolo 2	20
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	22
3.1 Introduzione	22
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	22
3.3 Rapporto con gli insegnanti	26
3.4 Rapporto con i compagni di classe	29
3.5 Rapporto con la scuola	33
3.6 Conclusioni	34
Bibliografia capitolo 3	34
Capitolo 4: Sport e tempo libero	36
4.1 Introduzione	36
4.2 Attività fisica	36
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica	37
4.3 Comportamenti sedentari	39
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	39
4.4 Rapporti con i pari	44
4.5 Conclusioni	47
Bibliografia capitolo 4	47
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	49
5.1 Introduzione	49
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti	50
5.3 Consumo di frutta e verdura	51
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	54
5.5 Stato nutrizionale	56
5.6 Igiene orale	60
5.7 Conclusioni	61
Bibliografia capitolo 5	61
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	63
6.1 Uso di sostanze	63
6.1.1 Il fumo	63
6.1.2 L'alcol	65
6.1.3 Cannabis	67
6.2 Abitudini sessuali	68
6.3 Infortuni	69
6.4 Conclusioni	70
Bibliografia capitolo 6	71
Capitolo 7: Salute e benessere	72
7.1 Introduzione	72
7.2 Percezione della propria salute	72

7.3 La percezione del benessere.....	73
7.4 I sintomi riportati	75
7.5 Utilizzo di farmaci.....	79
7.6 Conclusioni.....	81
Bibliografia capitolo 7.....	81
Alcuni indicatori riassuntivi	82

Presentazione

Presentazione a cura della Regione

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

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

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

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

Liceo Classico L.C. "FREZZI", di Foligno
Istituto Magistrale I.M.LE "BEATA ANGELA", di Foligno
Liceo Scientifico L.S. "CASIMIRI", di Gualdo Tadino
Liceo Scientifico L.S. MARSCIANO, di Marsciano
Liceo Scientifico "ITALO CALVINO", di Città della Pieve
Istituto Professionale per i Servizi Commerciali I.P.C. GIANO SEDE AGGR., di Giano dell'Umbria
Istituto Tecnico Agrario I.T.A. "A. CIUFFELLI", di Todi
Ist. Prof. Industria e Artigianato I.P.S.I.A. "ROSSELLI", di Castiglione del Lago
Liceo Scientifico "LEONARDO DA VINCI", di Umbertide
Istituto Tecnico Industriale I.T.I. S. M. ANGELI (SEDE AGGR), di Assisi
Ist. Prof. Industria e Artigianato I.P.S.I.A. FOLIGNO "ORFINI" SEDE AGGR, di Foligno
Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici I.P.C.T. "B. PASCAL", di Perugia
Istituto Tecnico per Geometri I.T.G. "ARNOLFO DI CAMBIO", di Perugia
Liceo Classico L.C. "A. MARIOTTI", di Perugia
Liceo Classico GIUSEPPE MAZZATINTI ANN. IST. MAG., di Gubbio
Liceo Classico JACOPONE DA TODI, di Todi
Liceo Classico PLINIO IL GIOVANE, di Città di Castello
Liceo Classico LC PROPERZIO, di Assisi
Istituto Magistrale I.I.S. "A. PIERALLI", di Perugia
LICEO SCIENTIFICO ANN. CONV. NAZ., di Assisi
Liceo Scientifico "G. MARCONI", di Foligno
Liceo Scientifico "GALEAZZO ALESSI", di Perugia
Liceo Scientifico "GALILEO GALILEI", di Perugia
Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione, di Spoleto
Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione I.P.S.A. e R., di Assisi
Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione IPSSARCT "F. Cavallotti" di Città di Castello
Ist. Prof. Industria e Artigianato I.P.S.I.A. "CAVOUR-MARCONI", di Perugia
Ist. Prof. Industria e Artigianato I.P.S.I.A. CASCIA, di Cascia
Istituto d'Arte "BERNARDINO DI BETTO", di Perugia
Istituto Tecnico Commerciale "F. SCARPELLINI", di Foligno
Ist. Tec. Commerciale e per Geometri "G. SPAGNA", di Spoleto
Ist. Tec. Commerciale e per Geometri "I. SALVIANI", di Città di Castello
Istituto Tecnico Commerciale "VITTORIO EMANUELE II", di Perugia
Istituto Tecnico Commerciale "ALDO CAPITINI", di Perugia
Ist. Tec. Commerciale e per Geometri TODI, di Todi
Istituto Tecnico per Attività Sociali "GIORDANO BRUNO", di Perugia
Istituto Tecnico Industriale "ALESSANDRO VOLTA", di Perugia
Istituto Tecnico Industriale I.T.I. "LEONARDO DA VINCI", di Foligno
Istituto Tecnico Industriale GUBBIO, di Gubbio
Istituto Magistrale NARNI ISTITUTO MAGISTRALE, di Narni
Istituto Magistrale NARNI LICEO SCIENTIFICO, di Narni
Liceo Classico ORVIETO LICEO CLASSICO, di Orvieto
Istituto d'Arte TERNI O. METELLI, di Terni
Istituto Tecnico Industriale AMELIA ISTITUTO INDUSTRIALE, di Amelia
Liceo Classico TERNI G. C. TACITO, di Terni

Istituto Magistrale TERNI F. ANGELONI, di Terni
Liceo Scientifico ORVIETO E. MAIORANA, di Orvieto
Liceo Scientifico LS TERNI GALILEI, di Terni
Liceo Scientifico LS R. DONATELLI, di Terni
Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione TERNI CASAGRANDE, di Terni
Ist. Prof. Industria e Artigianato IPSIA "S. PERTINI", di Terni
Istituto Tecnico Commerciale TERNI FEDERICO CESI, di Terni.

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 umbro, 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 **Umbria**, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

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

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

1.2 Descrizione del campione

Nella Regione Umbria il campione primario è stato costituito da 169 classi (56 di prima media, 56 di terza media e 57 di seconda superiore) il quale ha permesso di selezionare un totale di 2.793 alunni.

Le studentesse hanno rappresentato il 51,5% del campione vs il 48,5% dei ragazzi.

Per quanto riguarda la classe di età, come si evidenzia dalla tab. 1.2, gli alunni di 11 anni hanno rappresentato il 36,45% del campione, quelli di 13 anni il 34,69% ed infine gli alunni di 15 anni il 28,86%.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	56	56	100
Classe terza media	56	56	100
Classe seconda superiore	57	55	96.49
Totale	169	167	98.82

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	37.00 (501)	35.93 (517)	36.45 (1018)
13 anni	34.05 (461)	35.30 (508)	34.69 (969)
15 anni	28.95 (392)	28.77 (414)	28.86 (806)
Totale	100 (1354)	100 (1439)	100 (2793)

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Nato in Italia	91.62 (929)	93.04 (896)	96.38 (772)
Nato all'estero	8.38 (85)	6.96 (67)	3.62 (29)
Totale	100 (1014)	100 (963)	100 (801)

I ragazzi nati all'estero hanno rappresentato il 6,5% del campione. E' risultato che (tab. 1.3) la percentuale dei nati all'estero è maggiore negli studenti di 11 anni (8,38% di 11 anni vs 3,62% di 15 anni) sicuramente perché il fenomeno dell'immigrazione è aumentato progressivamente negli ultimi 3/4 anni, e in minima parte forse per un abbandono della scuola da parte di questi ragazzi con l'aumentare dell'età e quindi con il termine dell'obbligo di frequenza per vari motivi, socio-economici, culturali, ecc...

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 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: il 62,22% degli alunni è risultato vivere in una famiglia “tradizionale”, il 21,86% in famiglie “estese” con la presenza di uno o due nonni, mentre l'11,57% vive con uno solo dei genitori.

Circa il 77% degli studenti campionati è risultato avere almeno un fratello/sorella, il 23% sono risultati essere figli unici.

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	62.22 (1688)
Madre e padre, più uno o due nonni	21.86 (593)
Solo madre (con o senza nonni)	10.10 (274)
Solo padre (con o senza nonni)	1.47 (40)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.69 (73)
Solo nonni (uno o due)	0.52 (14)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.14 (31)
Totale	100,00(2713)

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	23.15 (497)
1 fratello o sorella	52.91 (1136)
2 o più fratelli o sorelle	23.94 (514)
Totale	100,00 (2147)

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

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

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

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	30.55 (304)	15.41 (147)	10.32 (83)
Facile	40.30 (401)	38.89 (371)	30.72 (247)
Difficile	19.80 (197)	29.87 (285)	35.45 (285)
Molto difficile	7.44 (74)	12.89 (123)	19.40 (156)
Non ho questa persona	1.91 (19)	2.94 (28)	4.10 (33)
Totale	100 (995)	100 (954)	100 (804)

La percentuale totale di coloro che hanno dichiarato essere “facile o molto facile parlare con il padre” è del 56,4% (circa il 71% degli 11enni, il 54% dei 13enni ed il 41% dei 15enni).

La percentuale totale di coloro che hanno dichiarato essere “facile o molto facile parlare con la madre” è di circa il 78% (circa l’ 87% degli 11enni, il 77% dei 13enni ed il 68% dei 15enni).

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	51.56 (512)	31.83 (303)	23.07 (185)
Facile	34.94 (347)	45.59 (434)	45.14 (362)
Difficile	9.97 (99)	18.17 (173)	25.44 (204)
Molto difficile	2.32 (23)	3.47 (33)	4.99 (40)
Non ho questa persona	1.21 (12)	0.95 (9)	1.37 (11)
Totale	100 (993)	100 (952)	100 (802)

Per tutti gli studenti, maschi e femmine, è risultato essere più facile parlare delle cose che li preoccupano con la madre; le femmine hanno reputato più difficile parlarne con il padre (Fig. 2.1-2.2).

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

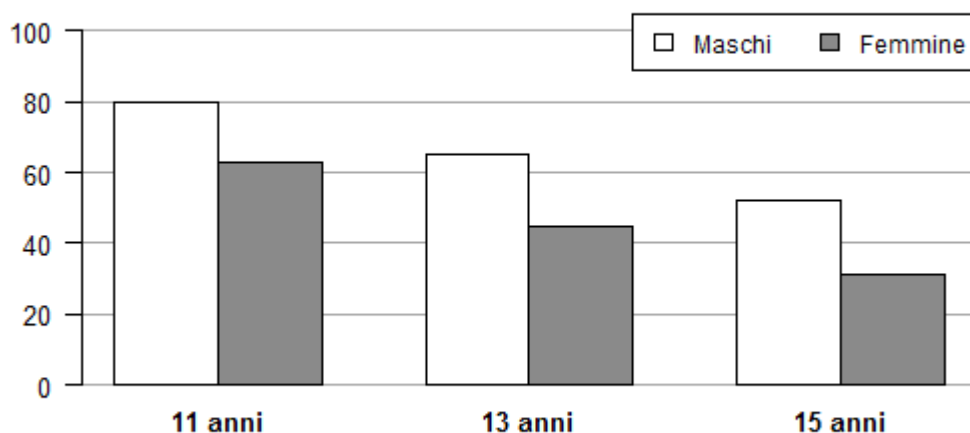
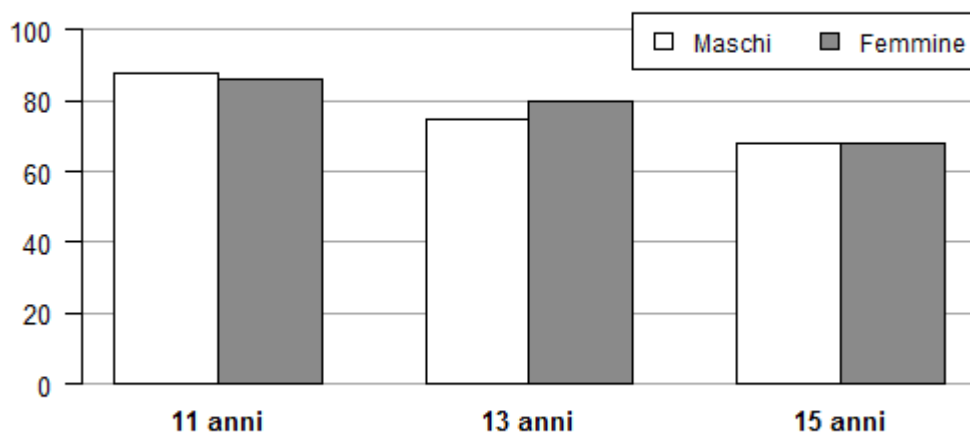


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



2.4 Lo status socio-economico familiare

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

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una "misura 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.

Dalla sottostante tab. 2.5 risulta che il 57,57% degli studenti ha percepito il proprio "status socio-economico" come alto, il 35,53 medio e soltanto il 6,90% come basso.

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

FAS	% (N)
Basso	6.90 (189)
Medio	35.53 (974)
Alto	57.57 (1578)
Totale	100,00 (2741)

Per quanto concerne il livello di scolarità dei genitori (Tab. 2.6) è risultato che le percentuali maggiori riguardano il diploma di maturità di scuola media superiore per i genitori dei ragazzi di 15 anni (40% padre – 44% madre). Chiaramente il diploma di laurea ha raggiunto una maggior percentuale nei genitori dei ragazzi più piccoli, 11 anni (38%, padre – 41,4% madre) rispetto ai genitori dei ragazzi più grandi, 15 anni (22,64% padre – 25,5% madre). Un 20% dei genitori è risultato in possesso del diploma di scuola media inferiore e solo un 2% in possesso della licenza elementare.

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Licenza elementare	1.66 (11)	2.45 (18)	2.50 (18)	1.79 (12)	1.85 (14)	0.81 (6)
Licenza media	20.88 (138)	18.94 (139)	20.28 (146)	14.75 (99)	17.55 (133)	19.54 (144)
Istituto professionale	11.50 (76)	18.26 (134)	14.58 (105)	7.30 (49)	8.84 (67)	10.18 (75)
Maturità	27.99 (185)	36.38 (267)	40.00 (288)	34.72 (233)	42.08 (319)	43.96 (324)
Laurea	37.97 (251)	23.98 (176)	22.64 (163)	41.43 (278)	29.68 (225)	25.51 (188)
Totale	100 (661)	100 (734)	100 (720)	100 (671)	100 (758)	100 (737)

2.5 Conclusioni

Nella nostra regione c'è un'alta percentuale di figli unici, fenomeno che si rileva anche a livello nazionale, prevalgono le famiglie tradizionali (genitori e figli) anche se una famiglia su 4 comprende anche i nonni. Le relazioni con i genitori sono migliori nei rapporti con la, inoltre le femmine hanno reputato più difficile dei maschi parlarne con il padre. Lo stato sociale percepito mette in evidenza una prevalenza di condizioni medio – buone. Fra i genitori dei ragazzi prevale uno stato di istruzione elevato (scuola superiore o università) e la percentuale dei laureati è inversamente proporzionale alla classe di età dei ragazzi.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perche C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.

- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., 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.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Cortile/ aree esterne	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	75.53 (71)	86.32 (82)	78.72 (74)	74.47 (70)	65.96 (62)	83.87 (78)	83.87 (78)	65.59 (61)	78.02 (71)
Non adeguato	23.40 (22)	13.68 (13)	21.28 (20)	15.96 (15)	32.98 (31)	16.13 (15)	16.13 (15)	24.73 (23)	20.88 (19)
Risorsa non presente	1.06 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	9.57 (9)	1.06 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	9.68 (9)	1.10 (1)
Totale	100 (94)	100 (95)	100 (94)	100 (94)	100 (94)	100 (93)	100 (93)	100 (93)	100 (91)

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	48.42 (46)	76.34 (71)	45.26 (43)	35.11 (33)
Sì di tanto in tanto	48.42 (46)	23.66 (22)	50.53 (48)	52.13 (49)
No	3.16 (3)	0.00 (0)	4.21 (4)	12.77 (12)
Totale	100 (95)	100 (93)	100 (95)	100 (94)

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	39.78 (37)	13.33 (12)	65.93 (60)
No	60.22 (56)	86.67 (78)	34.07 (31)
Totale	100 (93)	100 (90)	100 (91)

Rispetto alle risorse strutturali delle scuole ed alla loro adeguatezza ai bisogni, si evidenzia che circa il 75% dichiara di avere cortili, aree esterne e palestre adeguate, ma una scuola su dieci non ha alcuna palestra. Una scuola su tre ha attrezzature speciali per disabili non adeguate oppure non presenti (24,73% non adeguate e 9,68% non presenti).

Una scuola su tre ritiene che la propria biblioteca/libreria non sia adeguata.

Tutte le scuole del campione adottano misure di promozione alla salute per favorire l'attività fisica, con un 76% che le adotta abitualmente vs un 24% che le adotta di tanto in tanto.

Tra le scuole campionate, circa il 95% riesce a praticare in tutte le classi le 2 ore di educazione fisica previste dal curriculum, il 4% riesce a praticarle in quasi tutte le classi, l' 1% solo in poche classi (tab. 3.6)

Il 96% delle scuole attua misure di promozione della salute per la prevenzione della violenza e del "bullismo" (45,26 % abitualmente vs il 50,53% di tanto in tanto), un 4% dichiara di non attuarne nessuna. Circa l'87% adotta misure di promozione della salute per la prevenzione dell'abuso di sostanze (35% abitualmente vs il 52% di tanto in tanto), quasi il 13% dichiara di non adottarne.

In circa la metà delle scuole abitualmente si adottano misure di promozione della salute riguardo la nutrizione e l'alimentazione (il 48% di scuole lo fanno solo di tanto in tanto, il 3% non lo fa mai).

Circa il 40% delle scuole campionate ha una mensa scolastica, il 66% ha dei distributori automatici di alimenti, il 13% ha programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt (tab.3.3).

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	8.33 (1)	75.00 (9)	8.33 (1)
No	91.67 (11)	25.00 (3)	91.67 (11)
Totale	100 (12)	100 (12)	100 (12)

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	80.00 (48)	86.67 (52)	78.33 (47)	18.33 (11)	6.67 (4)	86.67 (52)	93.33 (56)	6.67 (4)
No	20.00 (12)	13.33 (8)	21.67 (13)	81.67 (49)	93.33 (56)	13.33 (8)	6.67 (4)	93.33 (56)
Totale	100 (60)	100 (60)	100 (60)	100 (60)	100 (60)	100 (60)	100 (60)	100 (60)

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

	Classi
	%
	(N)
Tutte	94.79
	(91)
Quasi tutte	4.17
	(4)
Circa la metà	0.00
	(0)
Poche	1.04
	(1)
Totale	100
	(96)

Nelle scuole in cui sono presenti programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt, questo accade nel 75% dei casi durante lo spuntino di metà mattinata (tab.3.4).

Dai distributori automatici, presenti nelle scuole campionate, vengono dispensate bevande calde (93%), succhi di frutta (87%), acqua (87%), bibite zuccherate/gassate (80%), merendine/caramelle/snack (78%), yogurt (18%) e frutta fresca (7%).

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	18.75	6.25	14.58	19.79	12.50	37.50
	(18)	(6)	(14)	(19)	(12)	(36)
No	81.25	93.75	85.42	80.21	87.50	62.50
	(78)	(90)	(82)	(77)	(84)	(60)
Totale	100	100	100	100	100	100
	(96)	(96)	(96)	(96)	(96)	(96)

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	84.04	35.16	55.32	43.16	47.87
	(79)	(32)	(52)	(41)	(45)
Raramente	15.96	49.45	39.36	48.42	46.81
	(15)	(45)	(37)	(46)	(44)
Mai	0.00	15.38	5.32	8.42	5.32
	(0)	(14)	(5)	(8)	(5)
Totale	100	100	100	100	100
	(94)	(91)	(94)	(95)	(94)

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	1.09 (1)	5.32 (5)	8.60 (8)	3.16 (3)	18.09 (17)	0.00 (0)	2.15 (2)
Problema moderato/lieve	43.48 (40)	40.43 (38)	61.29 (57)	52.63 (50)	48.94 (46)	26.88 (25)	59.14 (55)
Problema non presente	54.35 (50)	54.26 (51)	23.66 (22)	38.95 (37)	31.91 (30)	69.89 (65)	33.33 (31)
Non so	1.09 (1)	0.00 (0)	6.45 (6)	5.26 (5)	1.06 (1)	3.23 (3)	5.38 (5)
Totale	100 (92)	100 (94)	100 (93)	100 (95)	100 (94)	100 (93)	100 (93)

Il coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti organizzativi all'interno della scuola risulta essere più frequente per quello che riguarda lo sviluppo di politiche e regole (84%), lo sviluppo di misure di promozione della salute rappresenta il 55% (tab.3.8),

Per quanto riguarda la percezione di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola, il problema più rilevante risulta essere il traffico eccessivo (18%), viene percepito come problema moderato/lieve lo spaccio /consumo di sostanze (61%), come problema non presente gli edifici dismessi (70%) (tab.3.9)

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro (solo 15 enni) 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 “I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto”. Il 43,5% degli studenti si dichiara molto d'accordo/d'accordo con tale affermazione, circa il 24% si dichiara non d'accordo/per niente d'accordo, uno su tre non si dichiara né d'accordo né in disaccordo.

Tale affermazione viene espressa maggiormente dal genere maschile (maschi 45,4% vs femmine 41,7%).

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	8.67 (34)	6.07 (25)	7.34 (59)
D'accordo	36.73 (144)	35.68 (147)	36.19 (291)
Né d'accordo né in disaccordo	29.59 (116)	35.44 (146)	32.59 (262)
Non d'accordo	15.31 (60)	18.69 (77)	17.04 (137)
Per niente d'accordo	9.69 (38)	4.13 (17)	6.84 (55)
Totale	100 (392)	100 (412)	100 (804)

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	12.24 (48)	14.08 (58)	13.18 (106)
D'accordo	37.24 (146)	38.59 (159)	37.94 (305)
Né d'accordo né in disaccordo	33.16 (130)	28.88 (119)	30.97 (249)
Non d'accordo	9.18 (36)	13.35 (55)	11.32 (91)
Per niente d'accordo	8.16 (32)	5.10 (21)	6.59 (53)
Totale	100 (392)	100 (412)	100 (804)

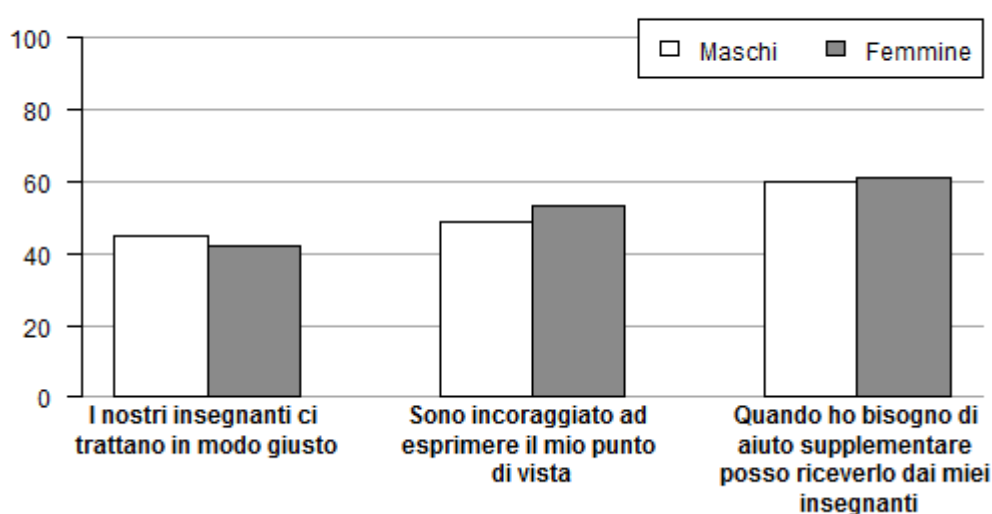
Tabella 3.12: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti”, per genere solo quindicenni

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	9.95 (39)	9.73 (40)	9.84 (79)
D'accordo	50.51 (198)	50.85 (209)	50.68 (407)
Né d'accordo né in disaccordo	25.51 (100)	28.22 (116)	26.90 (216)
Non d'accordo	9.69 (38)	9.73 (40)	9.71 (78)
Per niente d'accordo	4.34 (17)	1.46 (6)	2.86 (23)
Totale	100 (392)	100 (411)	100 (803)

Circa il 61% degli studenti si dichiara molto d'accordo/d'accordo con l'affermazione “quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti”; non si evidenziano differenze significative per genere (tab.3.11- fig. 3.1).

Circa il 51% degli studenti si dichiara molto d'accordo/d'accordo con l'affermazione “nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista”; le ragazze rappresentano una percentuale maggiore rispetto ai maschi (femmine 52,67% vs maschi 49,48%) (tab.3.12- fig. 3.1).

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).

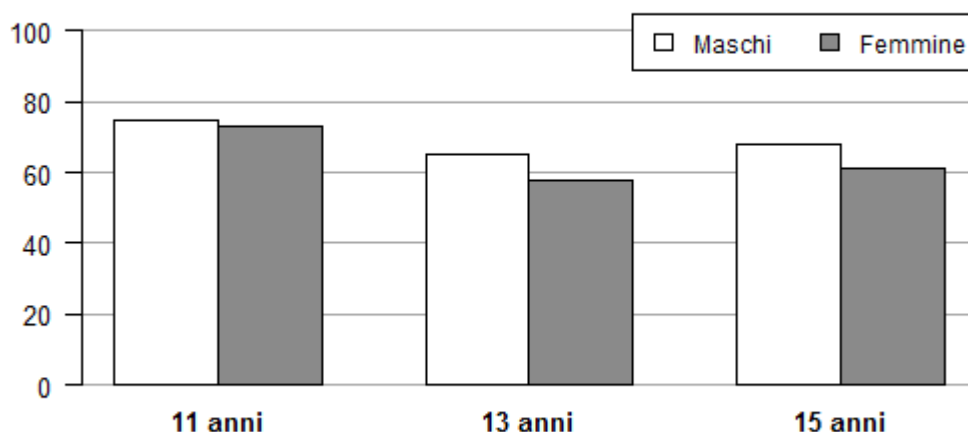
Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni "La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile" e "I miei compagni mi accettano per quello che sono" (modalità di risposta da "sono 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 %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	34.79 (351)	18.96 (183)	18.18 (146)
D'accordo	39.05 (394)	42.49 (410)	46.33 (372)
Né d'accordo né in disaccordo	17.44 (176)	24.66 (238)	21.92 (176)
Non d'accordo	5.75 (58)	10.88 (105)	9.96 (80)
Per niente d'accordo	2.97 (30)	3.01 (29)	3.61 (29)
Totale	100 (1009)	100 (965)	100 (803)

Il grado di accordo dichiarato con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", varia a seconda delle fascia di età considerata; si dichiara molto d'accordo/d'accordo il 73,84% degli 11enni, il 61,45% dei 13enni ed il 64,51% dei 15enni (tab. 3.13)

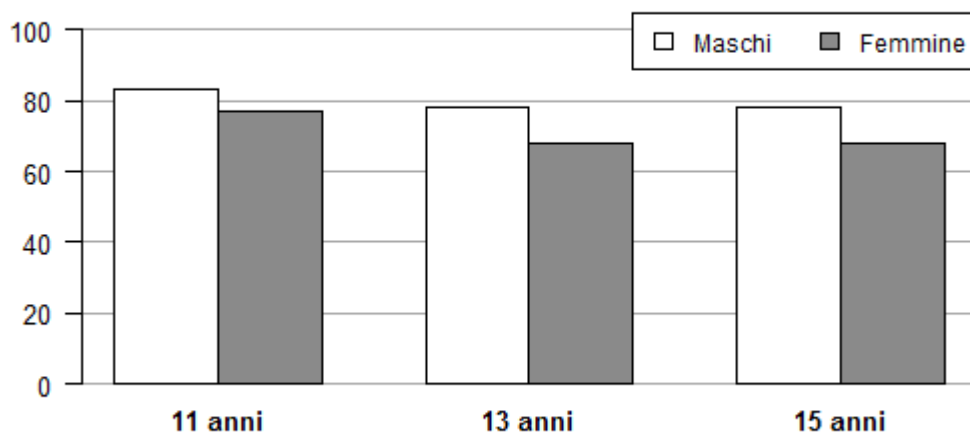
Se si osserva la distribuzione per genere si evidenzia che, mentre negli 11enni non c'è differenza tra maschi e femmine, nei 13enni e nei 15enni, la percentuale delle femmine che si sono dette molto d'accordo/d'accordo con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" è minore rispetto a quella dei maschi (fig.3.2).

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 %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	44.70 (451)	34.55 (332)	23.60 (189)
D'accordo	35.38 (357)	38.40 (369)	49.44 (396)
Né d'accordo né in disaccordo	12.69 (128)	15.82 (152)	18.85 (151)
Non d'accordo	3.77 (38)	6.24 (60)	5.37 (43)
Per niente d'accordo	3.47 (35)	4.99 (48)	2.75 (22)
Totale	100 (1009)	100 (961)	100 (801)

Il grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", varia a seconda della fascia di età considerata; si dichiara molto d'accordo/d'accordo l'80% degli 11enni, circa il 73% dei 13enni e dei 15enni (tab. 3.14).

Se si osserva la distribuzione per genere in tutte le classi di età si evidenzia che la percentuale delle femmine che si sono dette molto d'accordo/d'accordo con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono" è minore rispetto a quella dei maschi, soprattutto nei 13enni e nei 15enni (fig.3.3).

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.

La percentuale dei ragazzi che dichiarano di "non" aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi aumenta con l'aumentare dell'età (85% degli 11enni vs 91% dei 13enni vs 93% dei 15enni) (tab. 3.15).

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	85.06 (860)	90.83 (872)	93.14 (747)
1-2volte negli ultimi due mesi	10.29 (104)	6.67 (64)	4.99 (40)
2-3volte nell'ultimo mese	1.98 (20)	1.35 (13)	1.12 (9)
1v/sett	0.89 (9)	0.62 (6)	0.12 (1)
>1volta/sett	1.78 (18)	0.52 (5)	0.62 (5)
Totale	100 (1011)	100 (960)	100 (802)

Se si osservano i dati relativi alla percentuale degli studenti che dichiarano di “non” avere mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi suddivisi per genere, si evidenzia che nella fascia dei 13enni e dei 15enni non c'è differenza tra maschi e femmine, mentre tra gli 11enni sono più numerose le femmine (fig. 3.4),

Il 70% del totale degli studenti non si è mai azzuffato o picchiato con qualcuno negli ultimi 12 mesi; quelli che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta negli ultimi due mesi risultano essere il 16% dei 13enni e dei 15enni vs il 14% degli 11enni (tab.3.16)

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

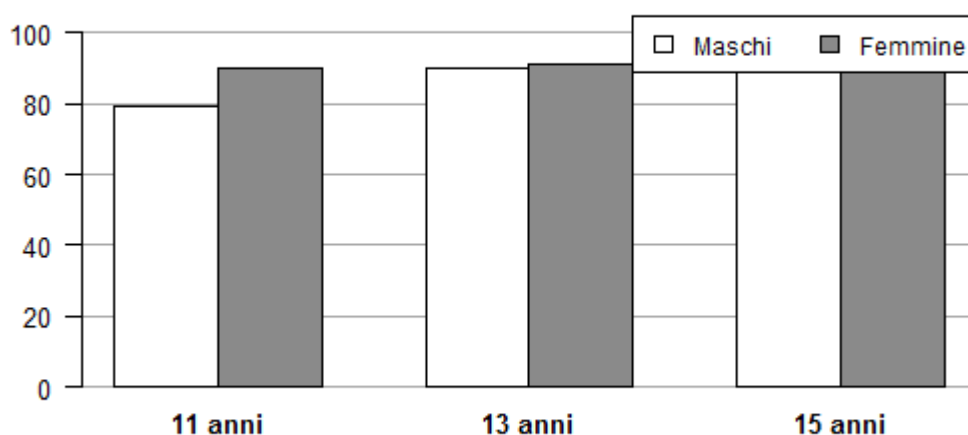


Tabella 3.16: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	70.81 (718)	68.74 (664)	72.21 (582)
Una volta	13.61 (138)	15.63 (151)	15.51 (125)
2 volte	5.42 (55)	7.35 (71)	6.08 (49)
3 volte	2.27 (23)	1.97 (19)	2.48 (20)
4 volte o più	7.89 (80)	6.31 (61)	3.72 (30)
Totale	100 (1014)	100 (966)	100 (806)

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.

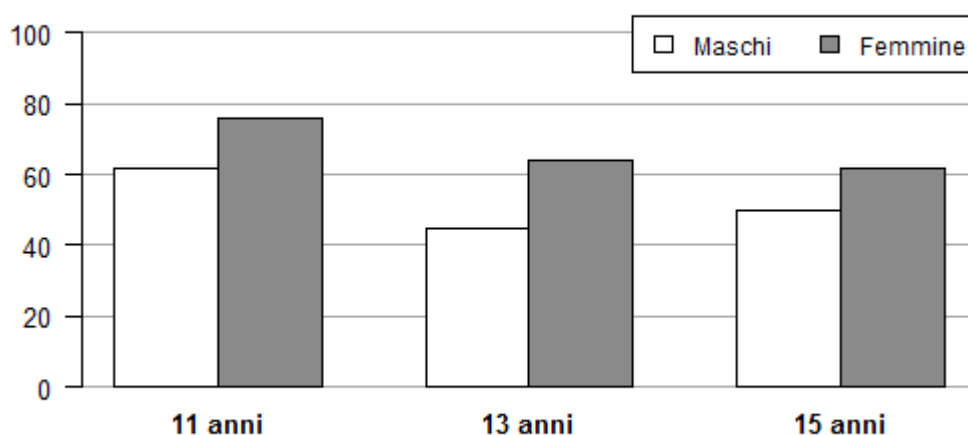
Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e gruppal e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità 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 %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mi piace molto	18.73 (189)	8.68 (84)	8.58 (69)
Abbastanza	50.55 (510)	45.97 (445)	47.76 (384)
Non tanto	21.01 (212)	30.99 (300)	32.71 (263)
Non mi piace per nulla	9.71 (98)	14.36 (139)	10.95 (88)
Totale	100 (1009)	100 (968)	100 (804)

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



Al 12% circa del totale degli studenti la scuola piace molto, soprattutto ai ragazzi più giovani (18,73% degli 11enni vs 8,58% dei 15enni); al 48% piace abbastanza e anche in questo caso la percentuale è più alta negli 11enni (50,55% vs 45,97% 13enni) (tab.3.17).

Tra coloro che hanno dichiarato che la scuola piace molto/abbastanza, la percentuale delle ragazze supera sempre quella dei maschi in tutte le fasce di età (fig.3.5)

3.6 Conclusioni

Per quanto riguarda la struttura delle scuole e soprattutto l'attitudine a promuovere benessere, si può dire che nella nostra regione ci sia una buona attenzione alle attività di promozione della salute anche se da ricondurre in un approccio moderno e con metodiche di provata efficacia. Una scuola su dieci non ha la palestra e una su tre ha una biblioteca non percepita come adeguata dai ragazzi. Solamente un 40% delle scuole ha una mensa. Fra le problematiche rilevanti per i ragazzi prevale sicuramente il traffico eccessivo legato spesso all'assenza di spazi pedonali adeguati in vicinanza degli edifici scolastici. I ragazzi trovano un aiuto nei propri insegnanti solo nella metà dei casi e solo nella metà dei casi si sentono liberi di esprimere le proprie idee. Meno di un ragazzo su dieci non si sente accettato dai compagni e uno su dieci ha subito episodi di bullismo. Hanno un buon rapporto con la scuola oltre la metà degli intervistati, soprattutto le ragazze. Ci sono in questo settore delle diversità da scuola a scuola, e si intravedono margini per interventi di promozione della salute intesa come “benessere psico – relazionale” al fine di evitare situazioni di marginalità ed esclusione.

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

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 EL, 2003) che l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abituarini anche in età adulta.

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

4.2 Attività fisica

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

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

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

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

4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

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

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

Circa l'8% dei ragazzi non fa mai attività fisica, il 40% la fa due o tre giorni a settimana, circa il 14% la fa sei o sette giorni a settimana (tab. 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	6.27 (63)	6.83 (66)	10.82 (87)
un giorno	9.65 (97)	9.21 (89)	10.57 (85)
due giorni	20.20 (203)	19.15 (185)	20.40 (164)
tre giorni	21.29 (214)	19.77 (191)	18.66 (150)
quattro giorni	18.71 (188)	16.56 (160)	17.91 (144)
cinque giorni	8.86 (89)	12.73 (123)	9.45 (76)
sei giorni	5.57 (56)	9.11 (88)	6.22 (50)
sette giorni	9.45 (95)	6.63 (64)	5.97 (48)
Totale	100 (1005)	100 (966)	100 (804)

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

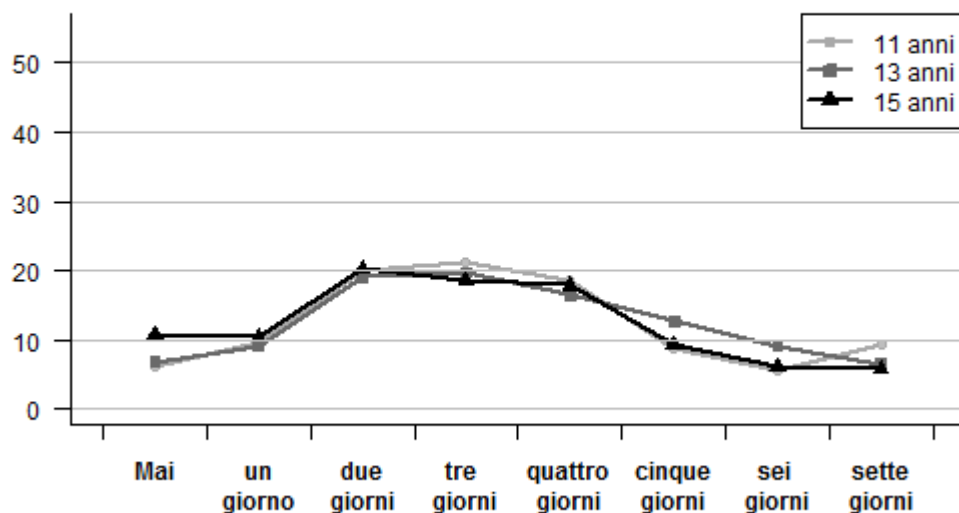
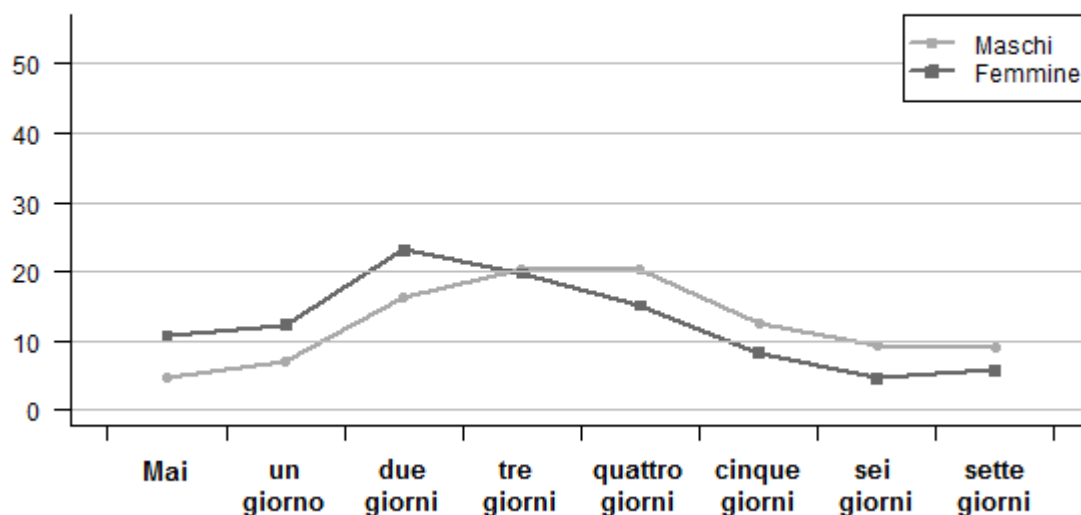
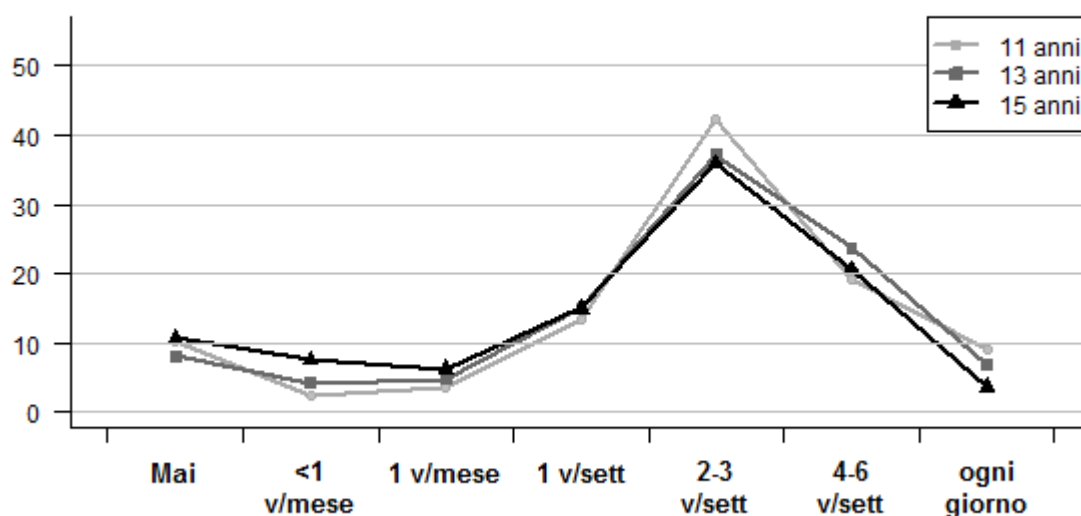


Figura 4.2 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



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

Figura 4.3 – 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 et al., 2009).

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

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

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

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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7.49 (76)	3.32 (32)	3.97 (32)
Mezz'ora	18.13 (184)	13.16 (127)	14.02 (113)
1 ora	29.16 (296)	24.87 (240)	23.33 (188)
2 ore	23.05 (234)	28.19 (272)	26.92 (217)
3 ore	11.03 (112)	17.62 (170)	17.25 (139)
4 ore	5.52 (56)	7.15 (69)	7.82 (63)
5 ore	3.05 (31)	3.01 (29)	4.09 (33)
6 ore	1.08 (11)	1.66 (16)	1.24 (10)
>= 7 ore	1.48 (15)	1.04 (10)	1.36 (11)
Totale	100 (1015)	100 (965)	100 (806)

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

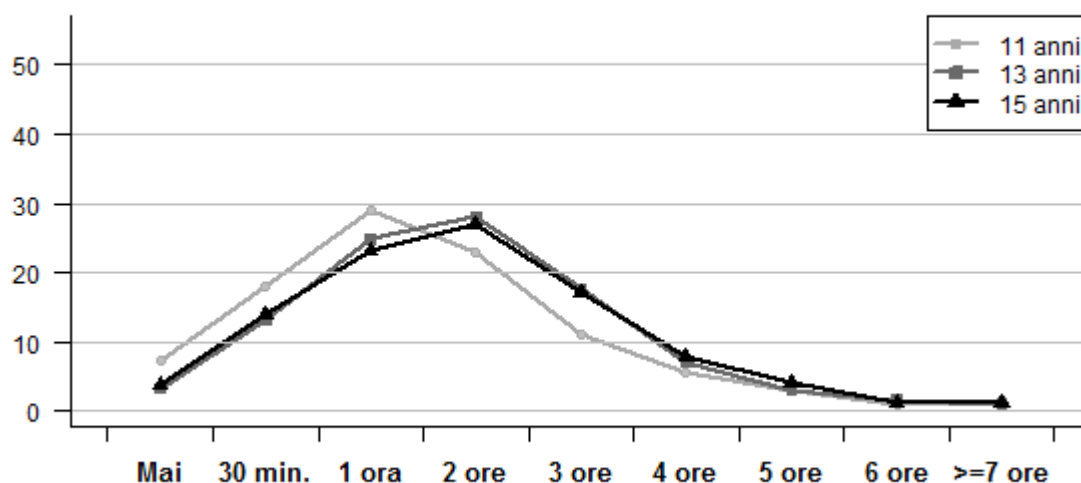


Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	19.27 (195)	20.87 (201)	33.04 (266)
Mezz'ora	28.36 (287)	17.55 (169)	17.76 (143)
1 ora	27.57 (279)	28.35 (273)	22.86 (184)
2 ore	14.23 (144)	16.72 (161)	12.92 (104)
3 ore	5.83 (59)	9.14 (88)	6.96 (56)
4 ore	2.67 (27)	3.74 (36)	2.48 (20)
5 ore	0.79 (8)	2.08 (20)	1.74 (14)
6 ore	0.59 (6)	0.73 (7)	1.37 (11)
>= 7 ore	0.69 (7)	0.83 (8)	0.87 (7)
Totale	100 (1012)	100 (963)	100 (805)

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

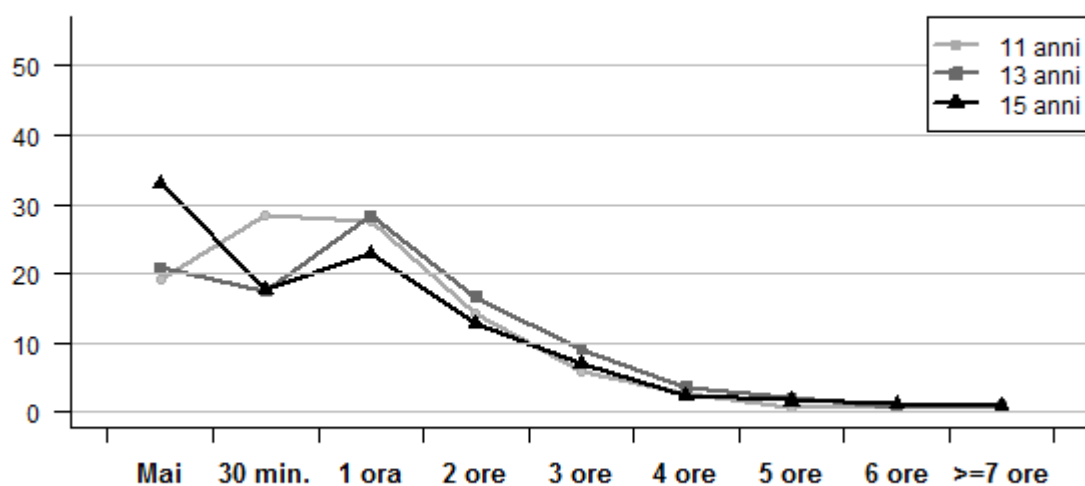


Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per genere

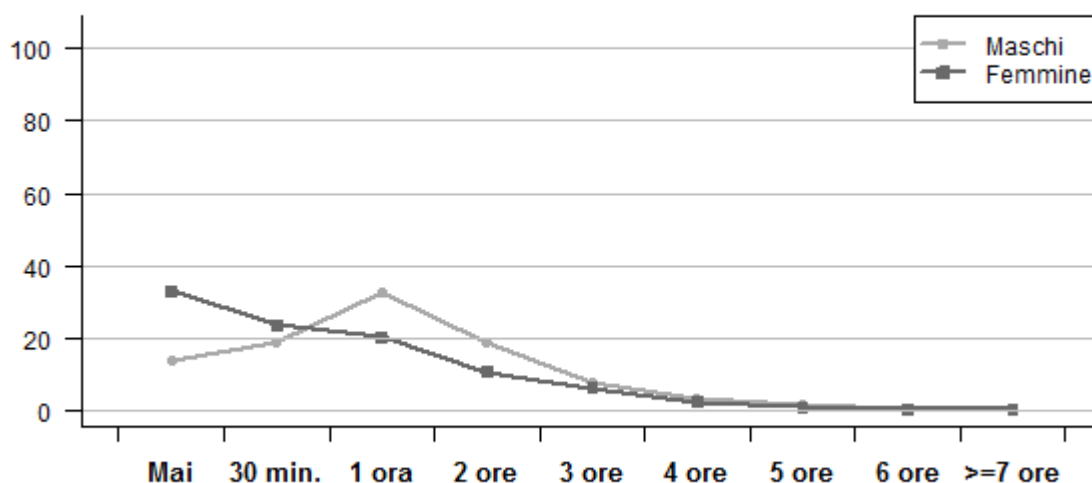


Tabella 4.4: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	26.87 (273)	11.19 (108)	8.20 (66)
Mezz'ora	22.74 (231)	15.13 (146)	15.65 (126)
1 ora	22.15 (225)	25.28 (244)	21.86 (176)
2 ore	13.48 (137)	21.76 (210)	24.84 (200)
3 ore	8.66 (88)	12.64 (122)	14.53 (117)
4 ore	2.76 (28)	6.84 (66)	7.95 (64)
5 ore	1.38 (14)	3.42 (33)	3.85 (31)
6 ore	0.59 (6)	2.07 (20)	1.49 (12)
>= 7 ore	1.38 (14)	1.66 (16)	1.61 (13)
Totale	100 (1016)	100 (965)	100 (805)

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

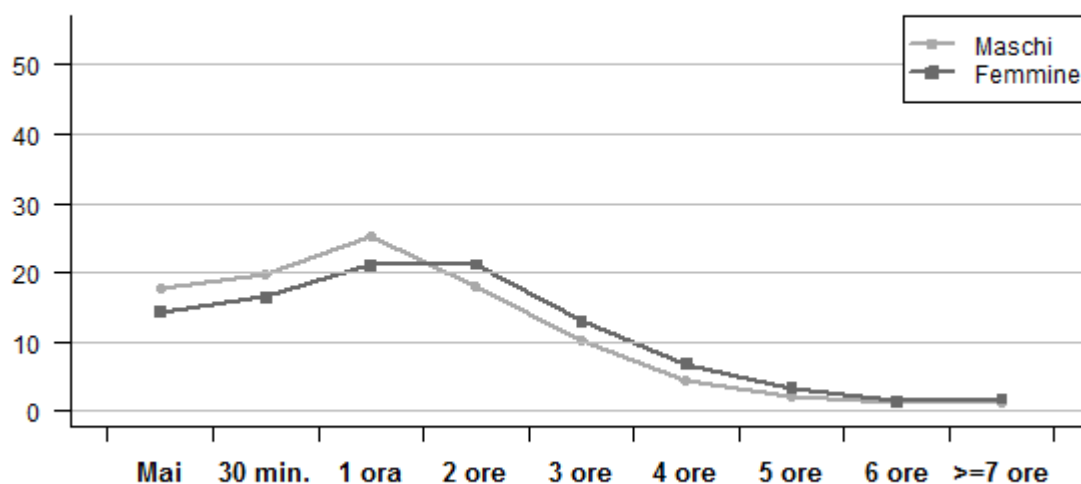
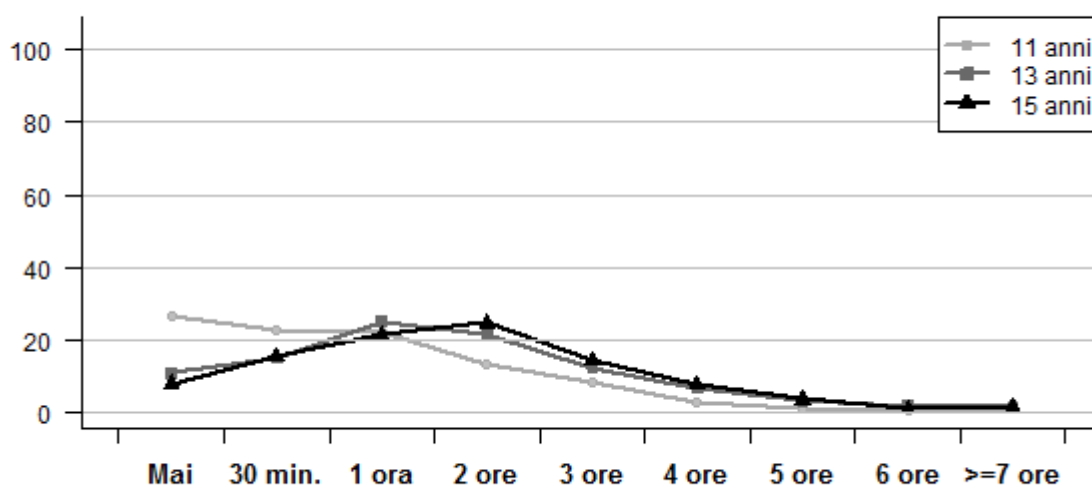


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



L'utilizzo della TV e di internet è maggiore nei ragazzi più grandi senza distinzione di genere. I videogiochi sono più amati dagli 11enni.

4.4 Rapporti con i pari

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

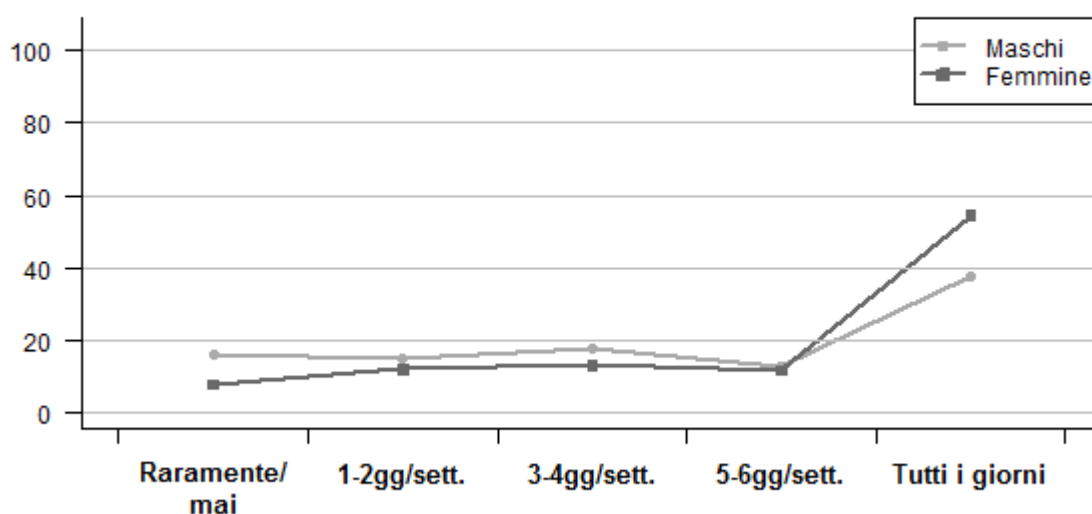
L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi.

La frequenza con cui i ragazzi si relazionano con gli amici al telefono, con sms o internet, aumenta con l'aumentare dell'età, il 59,63% dei 15enni lo fa tutti i giorni (vs il 51,86% dei 13enni ed il 30,77% degli 11enni).

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

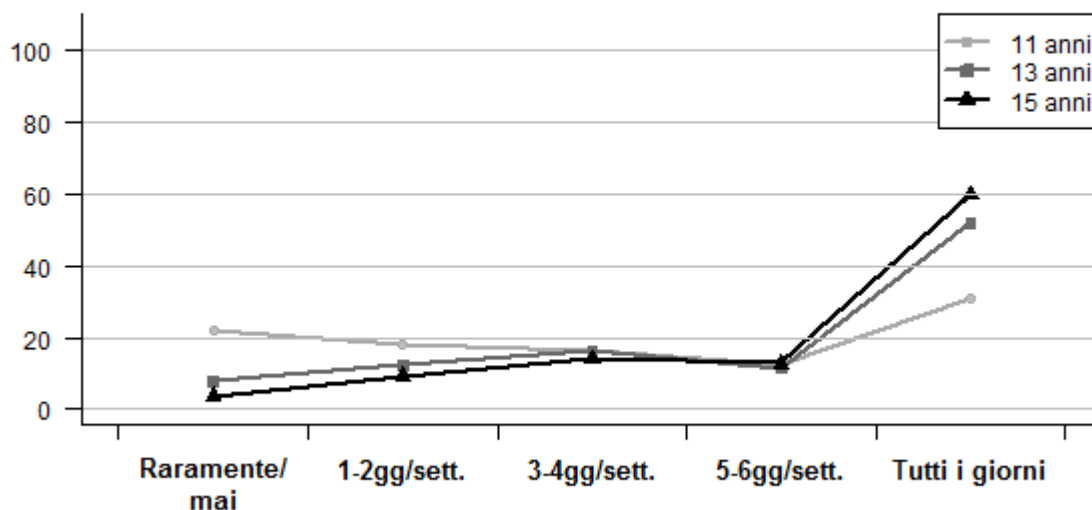
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	21.99 (223)	7.85 (76)	3.85 (31)
1-2gg/sett.	18.34 (186)	12.29 (119)	9.44 (76)
3-4gg/sett.	16.17 (164)	16.43 (159)	14.29 (115)
5-6gg/sett	12.72 (129)	11.57 (112)	12.80 (103)
Tutti i giorni	30.77 (312)	51.86 (502)	59.63 (480)
Totale	100 (1014)	100 (968)	100 (805)

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



Le femmine dedicano più tempo dei maschi a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet (Fig.4.9)

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



Le frequenze percentuali delle uscite con gli amici dopo scuola aumentano con l'aumentare dell'età, in questo caso è il genere maschile che esce di più (fig. 4.12).

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

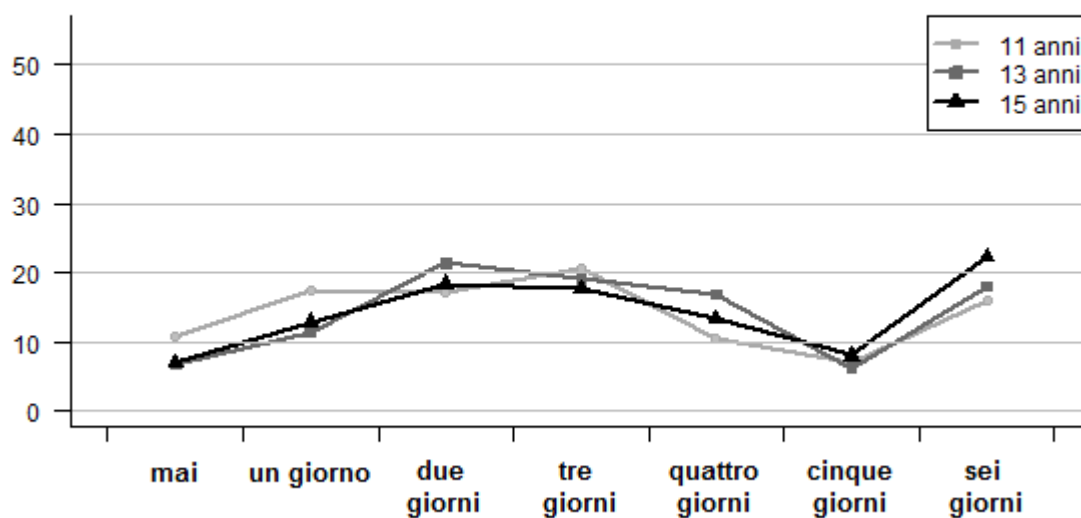


Figura 4.12 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere

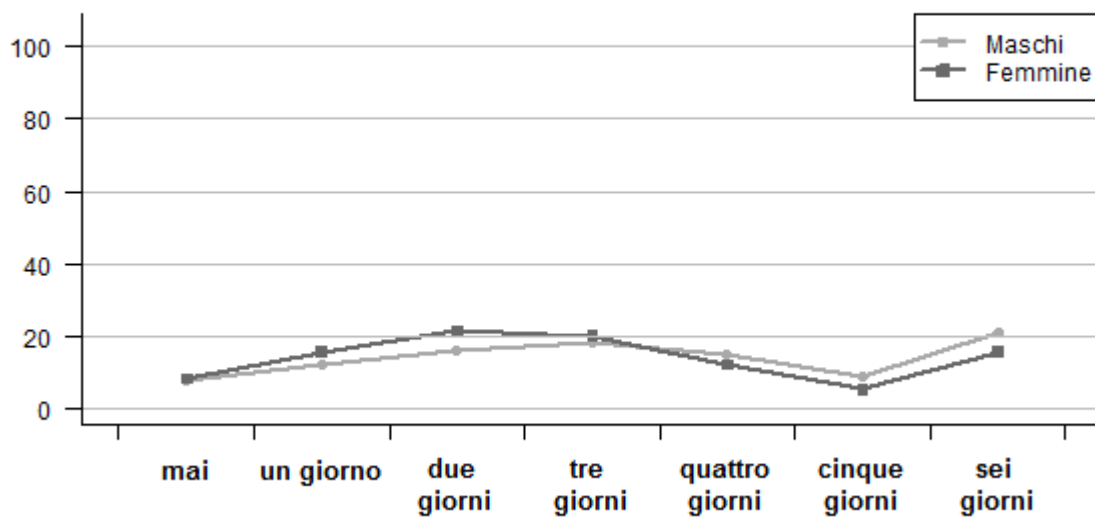


Figura 4.13 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per età

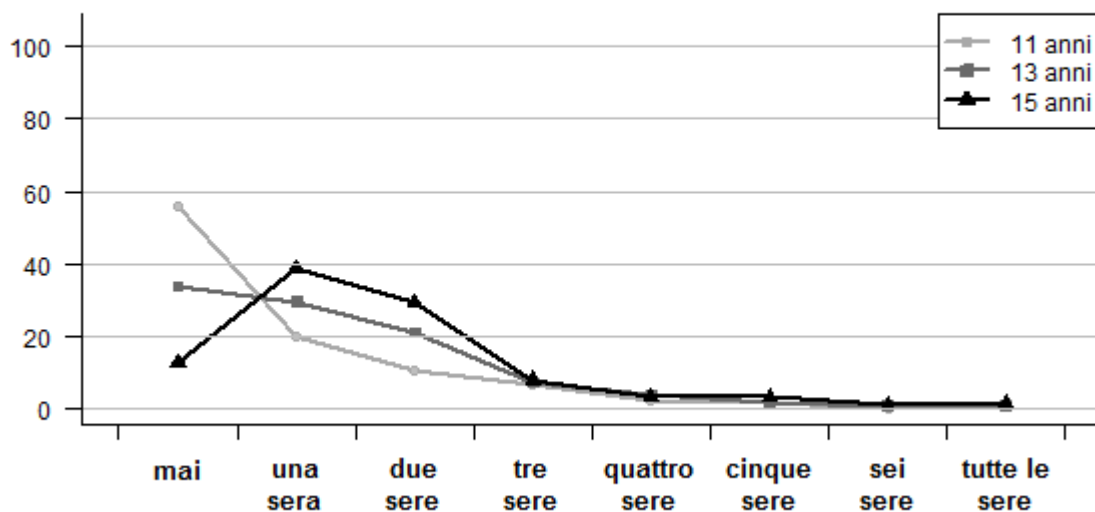
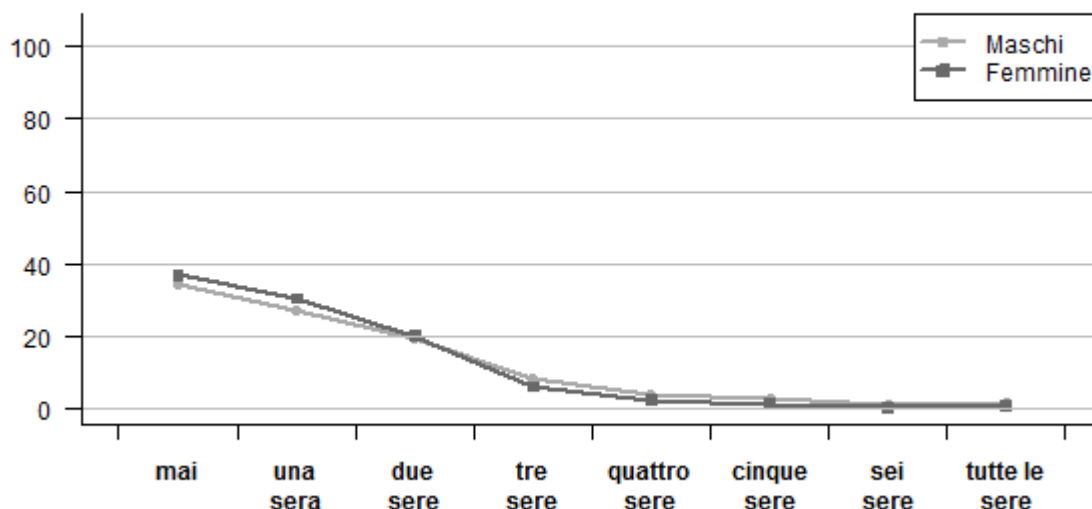


Figura 4.14 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per genere



4.5 Conclusioni

La frequenza di contatti con i coetanei, sia diretta che attraverso cellulari o internet, al di fuori dell'orario scolastico aumenta con l'aumentare dell'età. I maschi escono di più mentre le ragazze hanno maggiore tendenza a parlare al telefono o inviare messaggi.

Bibliografia capitolo 4

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

- Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*. 118(6):e1627-34.
- Powell L.M., Szczypka G., Chaloupka F.J. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med*. 33(4 Suppl):S251-6.
- Schor E.L., Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111(6 Pt 2):1541-71.
- Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr*. 21;9:81.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Troiano R.P., Macera C.A., Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr*. 131(2S-1):451S-460S.
- UK Government. Directgov. Children and healthy weight. Last update 2010
http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIH. (2005) We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook
http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. (2006). Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr*;9(5):606-12.
- Vieno A., Santinello M., Martini C.M. (2005). Epidemiologia del sovrappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

5.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

Circa il 63% del totale degli studenti fa colazione tutti i giorni mentre circa il 20% dice di non fare mai colazione, la percentuale di coloro che non fanno mai colazione aumenta con l'aumentare dell'età (13% negli 11enni vs 25,5% nei 15enni) (Tab.5.1).

Circa il 57% del totale dei ragazzi di solito fa merenda sia a metà mattina che nel pomeriggio (tab.5.2).

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	13.34 (133)	22.50 (216)	25.56 (205)
Un giorno	3.11 (31)	3.23 (31)	3.24 (26)
Due giorni	2.51 (25)	4.58 (44)	3.62 (29)
Tre giorni	4.51 (45)	6.15 (59)	5.24 (42)
Quattro giorni	4.51 (45)	3.65 (35)	4.49 (36)
Cinque giorni	72.02 (718)	59.90 (575)	57.86 (464)
Totale	100 (997)	100 (960)	100 (802)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	5.95 (60)	8.16 (79)	8.44 (68)
Solo a metà mattina	13.39 (135)	19.52 (189)	21.09 (170)
Solo nel pomeriggio	23.12 (233)	13.64 (132)	14.52 (117)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	57.54 (580)	58.68 (568)	55.96 (451)
Totale	100 (1008)	100 (968)	100 (806)

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

In tabella 5.3. possiamo vedere che 2 ragazzi su dieci non mangiano mai frutta o la mangiano meno di una volta a settimana o una volta a settimana. Circa la metà dei ragazzi (53%) mangia frutta 5-6 volte a settimana o una volta al giorno o più di una volta al giorno. Un ragazzo su quattro consuma frutta 2-4 volte a settimana (25,5%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4.44 (45)	4.15 (40)	5.47 (44)
Meno di una volta a settimana	6.51 (66)	6.11 (59)	8.20 (66)
Una volta a settimana	10.06 (102)	9.43 (91)	10.68 (86)
2-4 volte a settimana	22.09 (224)	26.84 (259)	28.45 (229)
5-6 volte a settimana	12.62 (128)	13.16 (127)	10.56 (85)
Una volta al giorno tutti i giorni	24.95 (253)	24.66 (238)	17.89 (144)
Più di una volta al giorno	19.33 (196)	15.65 (151)	18.76 (151)
Totale	100 (1014)	100 (965)	100 (805)

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

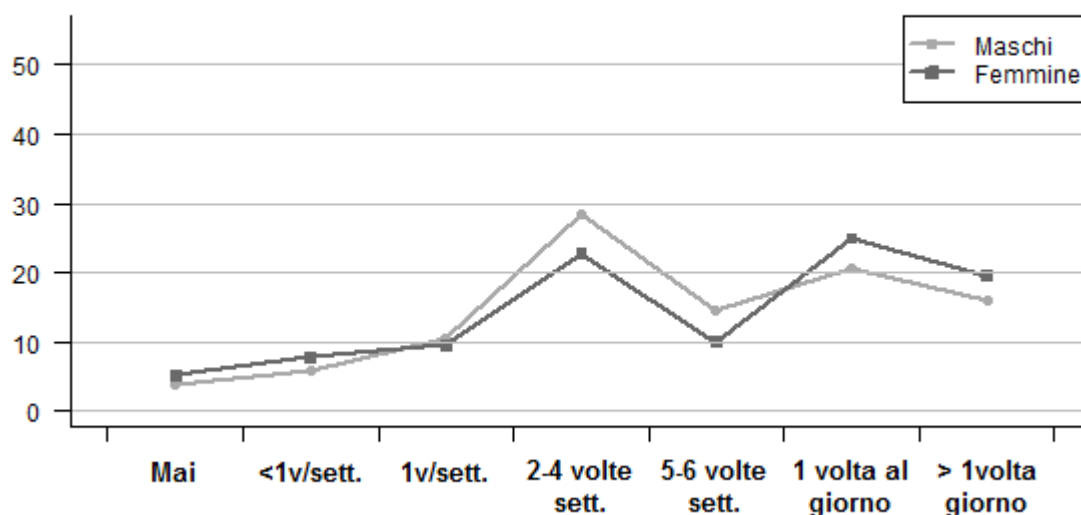
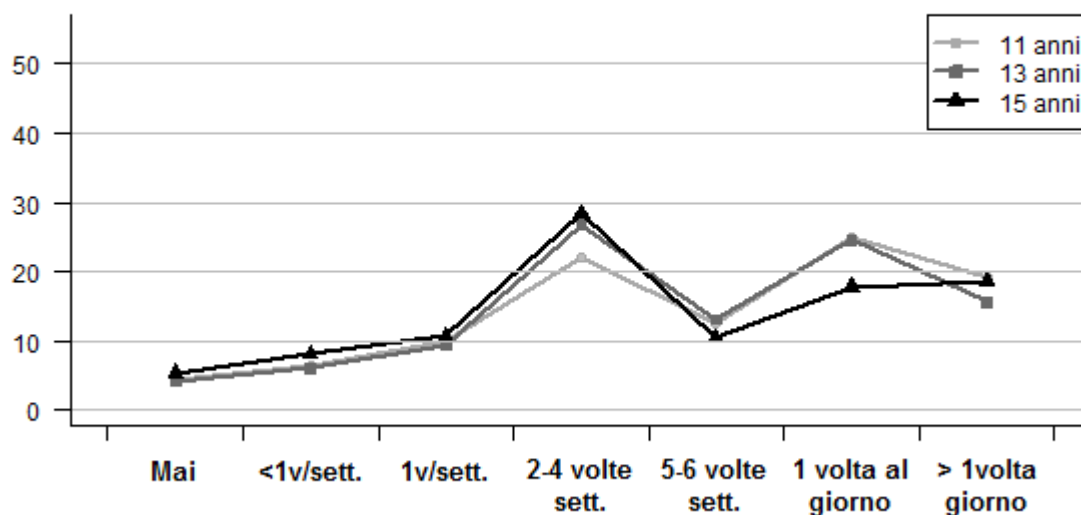


Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età

In tabella 5.4. possiamo vedere che 3 ragazzi su dieci non mangiano mai verdura o la mangiano meno di una volta a settimana o una volta a settimana. Meno della metà dei ragazzi (44,5%) mangia verdura 5-6 volte a settimana o una volta al giorno o più di una volta al giorno. Un ragazzo su quattro consuma verdura 2-4 volte a settimana (26,5%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9.31 (94)	5.52 (53)	6.98 (56)
Meno di una volta a settimana	9.60 (97)	7.92 (76)	7.73 (62)
Una volta a settimana	14.26 (144)	13.33 (128)	10.60 (85)
2-4 volte a settimana	22.77 (230)	27.19 (261)	30.30 (243)
5-6 volte a settimana	16.44 (166)	16.98 (163)	16.08 (129)
Una volta al giorno tutti i giorni	17.33 (175)	17.71 (170)	16.71 (134)
Più di una volta al giorno	10.30 (104)	11.35 (109)	11.60 (93)
Totale	100 (1010)	100 (960)	100 (802)

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

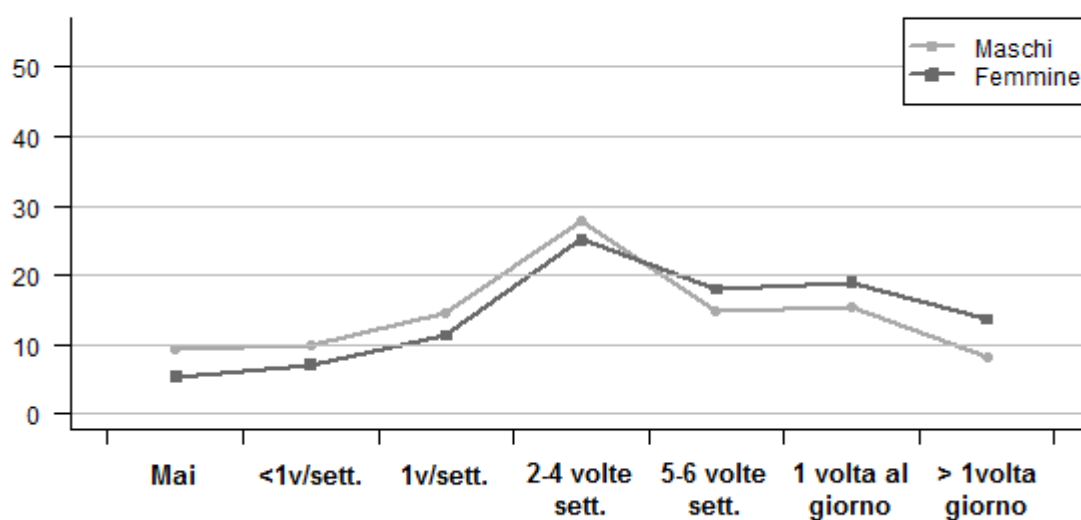
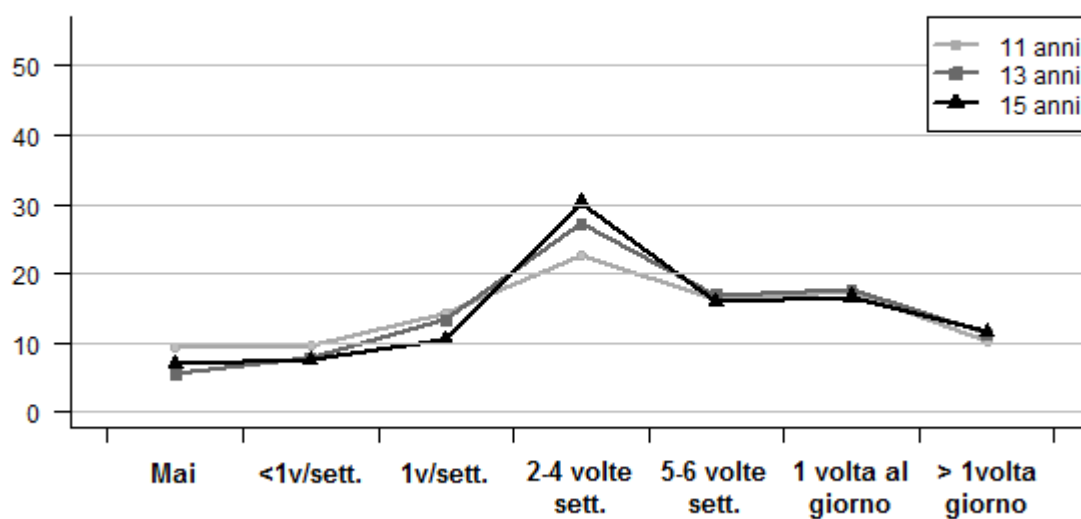


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

L'assunzione di bibite zuccherate e di dolci è piuttosto elevato e non ci sono differenze per età e genere.

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	4.27 (43)	1.98 (19)	1.62 (13)
Meno di una volta a settimana	15.59 (157)	10.42 (100)	7.49 (60)
Una volta a settimana	17.68 (178)	17.19 (165)	13.23 (106)
2-4 volte a settimana	22.94 (231)	24.90 (239)	25.72 (206)
5-6 volte a settimana	13.90 (140)	16.98 (163)	15.48 (124)
Una volta al giorno tutti i giorni	11.62 (117)	14.38 (138)	17.73 (142)
Più di una volta al giorno	14.00 (141)	14.17 (136)	18.73 (150)
Totale	100 (1007)	100 (960)	100 (801)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

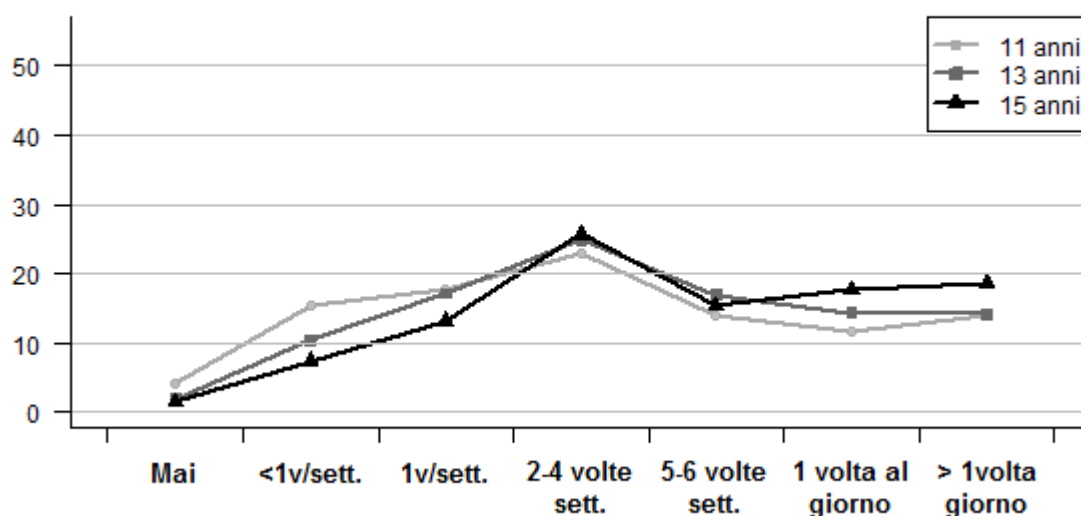
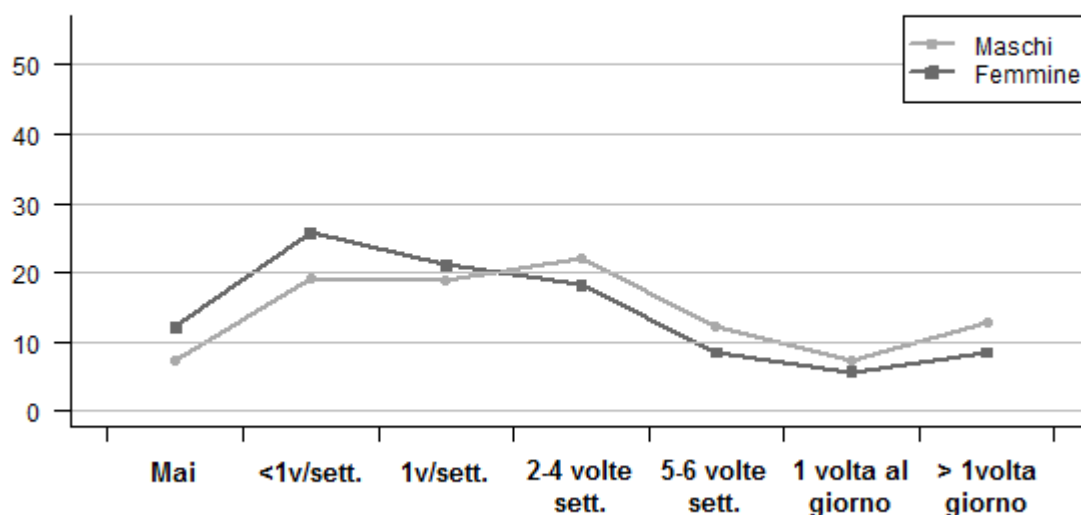


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	10.58 (107)	9.75 (94)	8.99 (72)
Meno di una volta a settimana	23.94 (242)	22.41 (216)	21.22 (170)
Una volta a settimana	21.46 (217)	19.81 (191)	18.35 (147)
2-4 volte a settimana	18.69 (189)	21.06 (203)	20.85 (167)
5-6 volte a settimana	8.51 (86)	11.83 (114)	10.86 (87)
Una volta al giorno tutti i giorni	6.13 (62)	5.71 (55)	7.74 (62)
Più di una volta al giorno	10.68 (108)	9.44 (91)	11.99 (96)
Totale	100 (1011)	100 (964)	100 (801)

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



5.5 Stato nutrizionale

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

Se consideriamo gli studenti obesi e sovrappeso si va da un 17,76% degli 11enni ad un 17,57% dei 13enni fino ad un 15,78% dei 15enni. La percentuale delle femmine sovrappeso ed obese diminuisce al crescere dell'età, la percentuale dei maschi sembra invece aumentare moderatamente al crescere dell'età (fig.5.8-5.9-5.10) .

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	3.22 (25)	1.66 (13)	1.48 (11)
Normopeso	79.02 (614)	80.76 (634)	82.73 (613)
Sovrappeso	14.93 (116)	14.90 (117)	13.63 (101)
Obeso	2.83 (22)	2.68 (21)	2.16 (16)
Totale	100 (777)	100 (785)	100 (741)

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

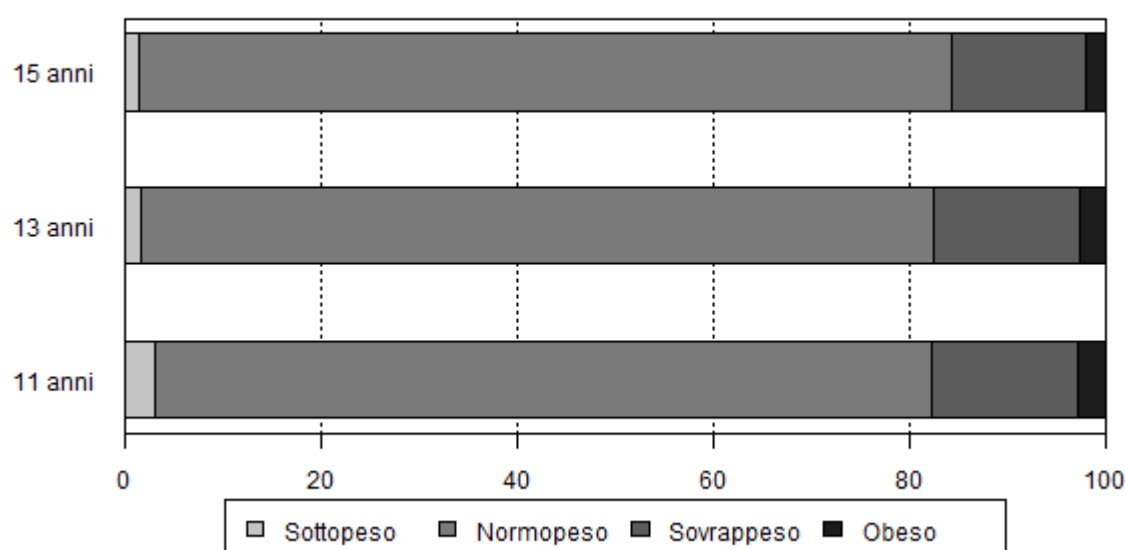


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

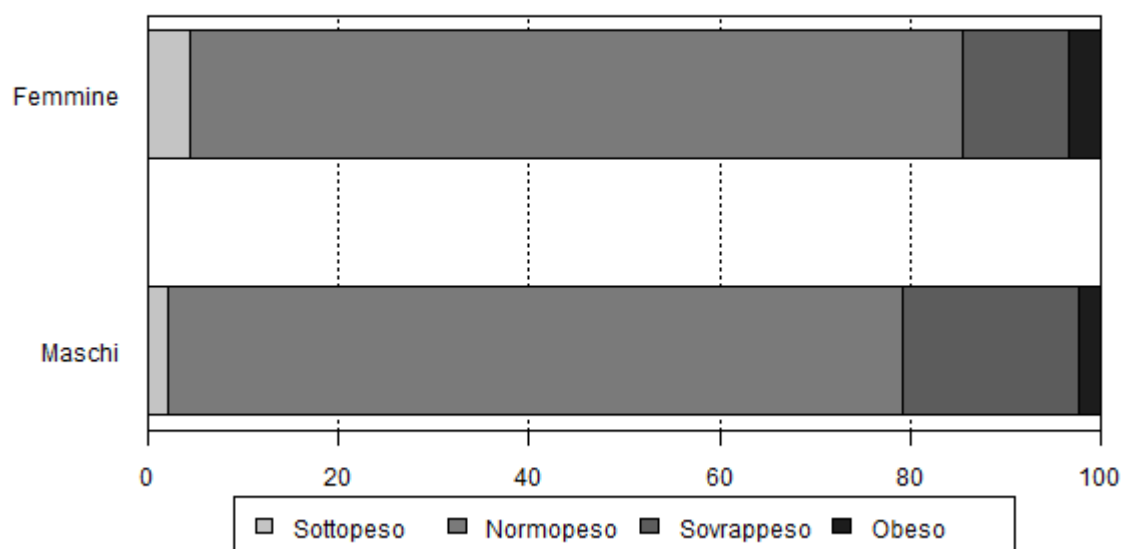


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

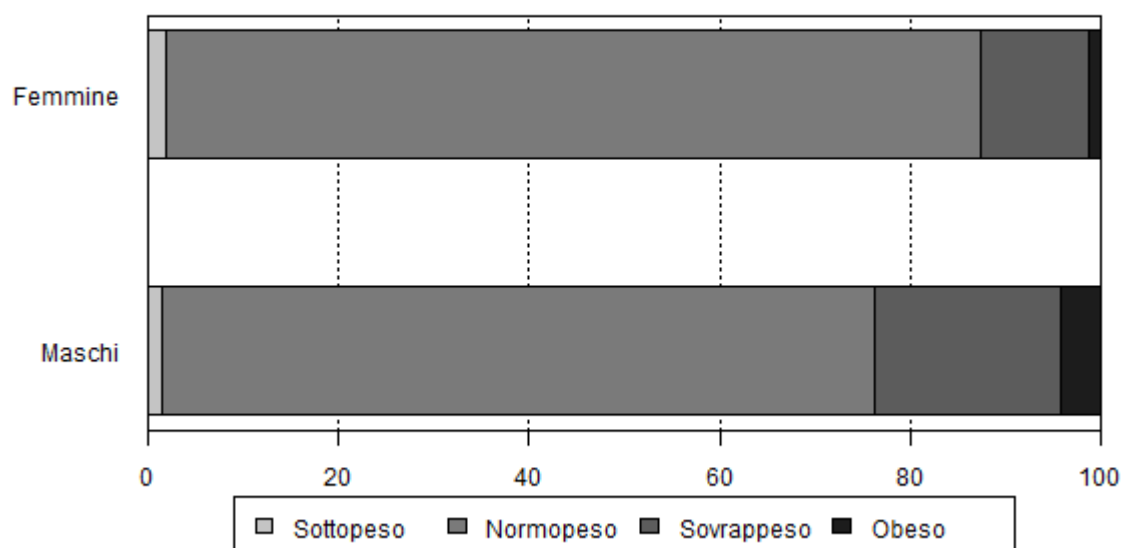
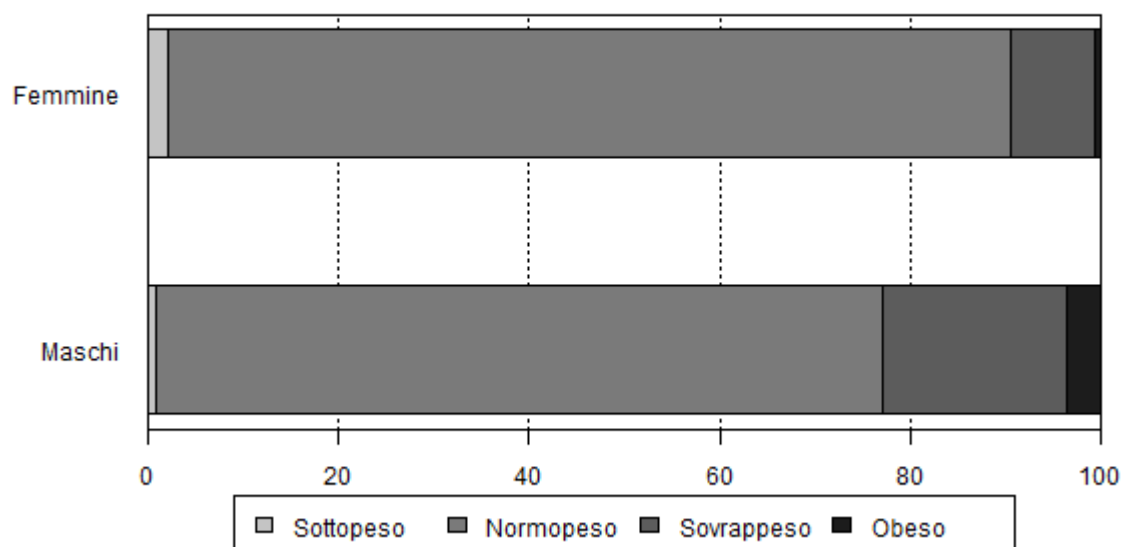


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)

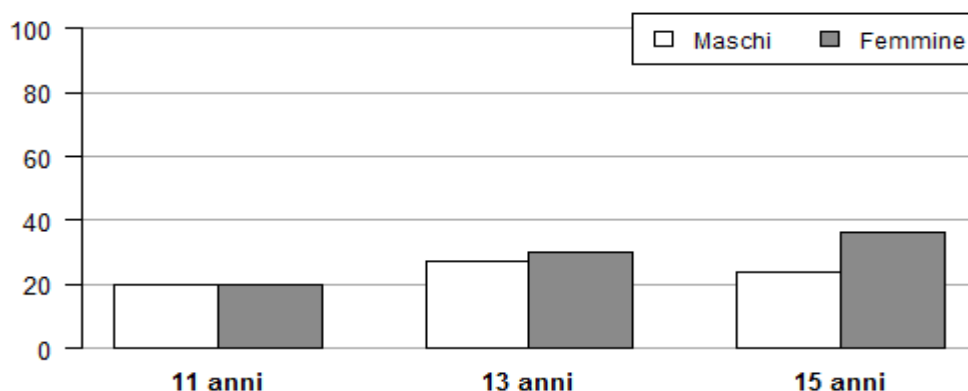


Con l'aumentare dell'età aumenta anche la percentuale degli studenti che pensano di essere grassi, negli 11enni non si evidenzia una differente percezione per genere, dai 13enni ai 15enni la percentuale delle femmine che si sentono grasse aumenta progressivamente rispetto a quella dei maschi (fig. 5.11).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	12.80 (129)	9.33 (90)	10.09 (81)
Giusto	66.87 (674)	62.38 (602)	59.53 (478)
Grasso	20.34 (205)	28.29 (273)	30.39 (244)
Totale	100 (1008)	100 (965)	100 (803)

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

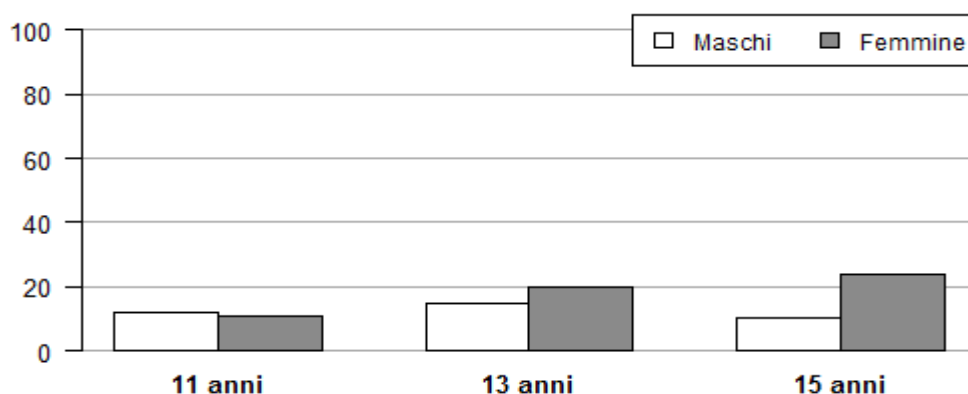


Circa il 12% degli 11enni dichiara di essere a dieta e tra questi non si evidenzia una significativa differenza di genere, nei 13enni e 15enni circa il 17% è a dieta, soprattutto le ragazze.

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	53.66 (543)	45.97 (445)	42.98 (346)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23.12 (234)	28.82 (279)	30.93 (249)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11.56 (117)	7.85 (76)	9.19 (74)
Sì	11.66 (118)	17.36 (168)	16.89 (136)
Totale	100 (1012)	100 (968)	100 (805)

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



5.6 Igiene orale

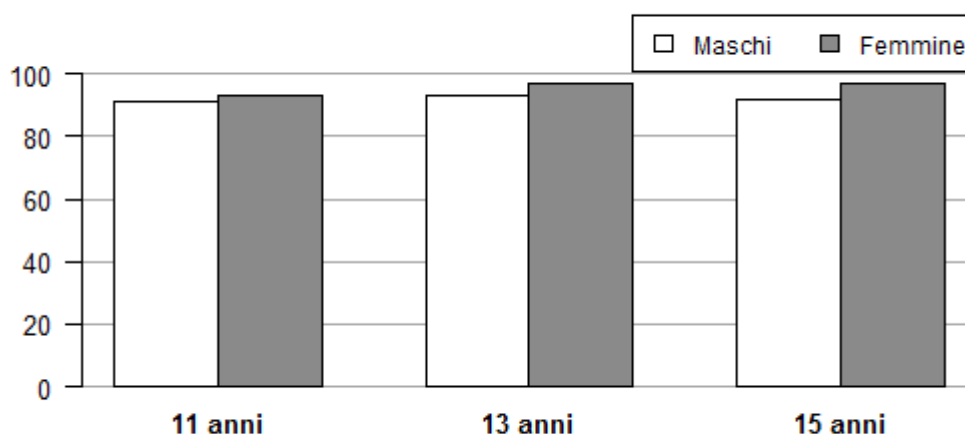
L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (Mobley C., 2009), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

Circa il 94% degli studenti campionati si lava i denti almeno una volta al giorno, la percentuale delle femmine è leggermente maggiore di quella dei maschi (soprattutto nei 15enni) (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	63.12 (640)	66.70 (645)	67.00 (540)
Una volta al giorno	28.70 (291)	28.65 (277)	27.67 (223)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	6.02 (61)	3.72 (36)	3.97 (32)
Meno di una volta alla settimana	1.18 (12)	0.62 (6)	0.74 (6)
Mai	0.99 (10)	0.31 (3)	0.62 (5)
Totale	100 (1014)	100 (967)	100 (806)

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

Per quanto riguarda la situazione nutrizionale circa il 15% dei ragazzi è in sovrappeso o obeso, con una forte prevalenza nei maschi (24% Vs 9%). La percentuale di obesità a questa età è molto bassa (2 – 3%). Il sottopeso interessa meno del 2% dei ragazzi ed è maggiore negli 11enni. Con l'aumentare dell'età aumenta anche la percentuale degli studenti che pensano di essere grassi, soprattutto le femmine che sono anche quelle che seguono maggiormente una dieta, soprattutto le 15enni. L'igiene orale sembra essere buona, la maggior parte dei ragazzi lava i denti quotidianamente. Questa abitudine aumenta con l'aumentare dell'età.

Bibliografia capitolo 5

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

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).

Il 14% dei 15enni dichiara di fumare ogni giorno (negli 11enni il dato è del 0,39% e nei 13enni del 1,24%), di questi il 9,7% ha fumato 6 o più sigarette al giorno e l'8,59% da 1 a 5 sigarette al giorno negli ultimi 30 giorni (tab. 6.1-6.2).

Tabella 6.1: "Attualmente, quanto spesso fumi?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.39 (4)	1.24 (12)	14.04 (113)
Almeno una volta a settimana	0.10 (1)	2.38 (23)	5.84 (47)
Meno di una volta a settimana	1.18 (12)	4.24 (41)	6.09 (49)
Non fumo	98.33 (998)	92.13 (890)	74.04 (596)
Totale	100 (1015)	100 (966)	100 (805)

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

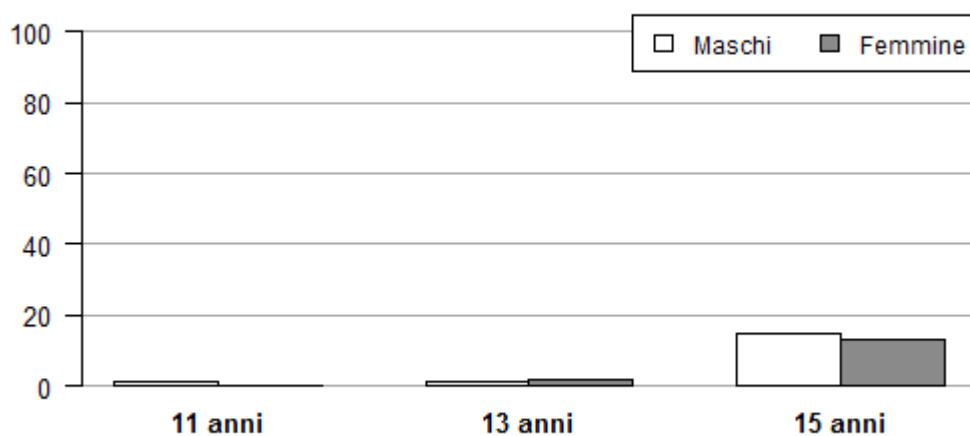


Tabella 6.2 – “Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98.51 (995)	92.20 (886)	71.61 (575)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0.69 (7)	3.75 (36)	6.72 (54)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.40 (4)	1.14 (11)	3.49 (28)
1-5 sigarette al giorno	0.10 (1)	1.66 (16)	8.59 (69)
6 o più sigarette al giorno	0.30 (3)	1.25 (12)	9.59 (77)
Totale	100 (1010)	100 (961)	100 (803)

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).

Negli 11enni la percentuale che dichiara di non bere mai alcolici è circa del 64%, per poi scendere al 37% nei 13enni e al 20,5% nei 15enni (tab. 6.3). Tra coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno la percentuale dei maschi è maggiore di quella delle femmine in tutte le fasce di età (fig. 6.2)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	2.00 (20)	3.35 (32)	4.74 (38)
Ogni settimana	3.90 (39)	8.89 (85)	25.34 (203)
Ogni mese	2.50 (25)	9.62 (92)	15.48 (124)
Raramente	27.63 (276)	41.11 (393)	33.96 (272)
Mai	63.96 (639)	37.03 (354)	20.47 (164)
Totale	100 (999)	100 (956)	100 (801)

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

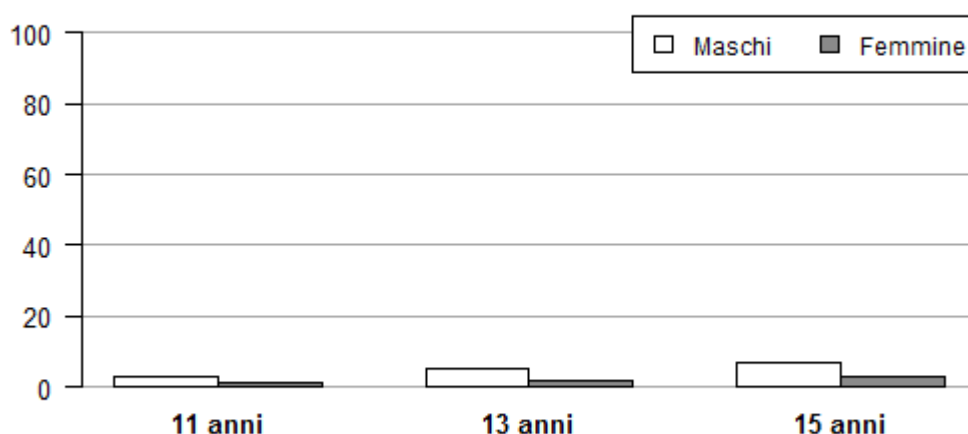


Tabella 6.4– “Nell’ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	87.67 (882)	75.37 (716)	56.04 (450)
Solo Lunedì-Venerdì	3.88 (39)	5.37 (51)	6.97 (56)
Solo Sabato e Domenica	6.56 (66)	15.47 (147)	29.89 (240)
Sia in settimana che nel week-end	1.09 (11)	2.42 (23)	6.10 (49)
Sempre	0.80 (8)	1.37 (13)	1.00 (8)
Totale	100 (1006)	100 (950)	100 (803)

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	93.74 (928)	88.63 (850)	69.78 (561)
Una volta	5.45 (54)	8.97 (86)	14.68 (118)
2-3 volte	0.61 (6)	1.46 (14)	10.32 (83)
4-10 volte	0.10 (1)	0.63 (6)	3.73 (30)
Più di 10 volte	0.10 (1)	0.31 (3)	1.49 (12)
Totale	100 (990)	100 (959)	100 (804)

Il 30% dei 15enni ed il 15,5% dei 13enni dichiara di bere alcolici solo il sabato e la domenica (tab.6.4)
 Il 30,22% dei 15enni ha bevuto tanto da essere davvero ubriaco almeno una volta (vs l’11,4% dei 13enni ed il 6,3% degli 11enni), con un 5,2% a cui è successo da 4-10 volte e più di 10 volte(tab.6.5).

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

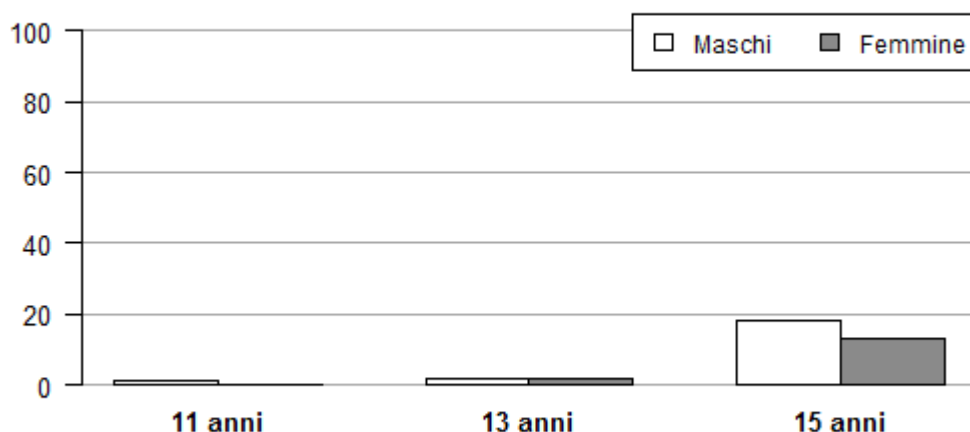
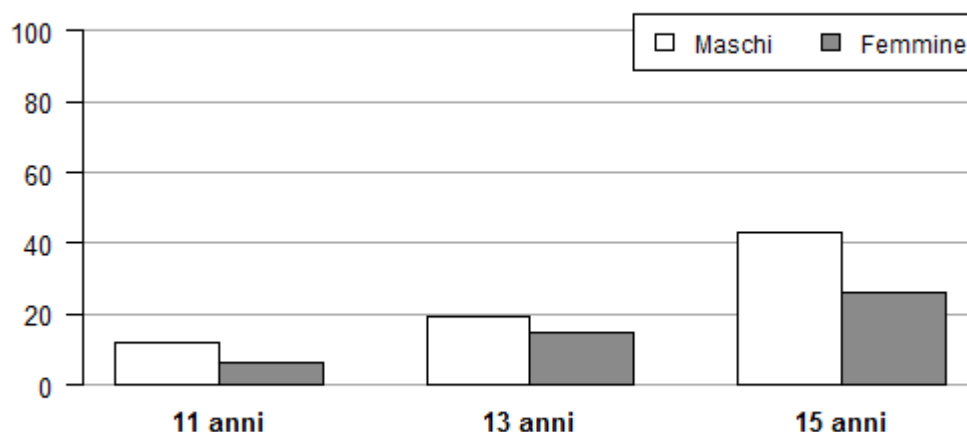


Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc..), negli ultimi 12 mesi, per genere



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.

Il 17% dei 15enni dichiara di aver fatto uso almeno una volta nel corso della vita di cannabis, con un 5,5% che ne ha fatto uso da 10 a 39 volte e più di una volta al giorno (tab. 6.6)

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Mai	78.32 (307)	87.38 (360)	82.96 (667)
Una o due volte	9.18 (36)	5.83 (24)	7.46 (60)
3-5 volte	3.83 (15)	1.46 (6)	2.61 (21)
6-9 volte	1.79 (7)	1.21 (5)	1.49 (12)
10-19 volte	2.30 (9)	2.67 (11)	2.49 (20)
20-39 volte	2.30 (9)	0.97 (4)	1.62 (13)
>1 una volta al giorno	2.30 (9)	0.49 (2)	1.37 (11)
Totale	100 (392)	100 (412)	100 (804)

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).

Circa il 22,5% dei 15enni dichiara di avere avuto rapporti sessuali completi (il 21,61% dei maschi vs il 23,24% delle femmine), tra questi l' 80,7% dice di avere usato il preservativo (79,22% dei maschi vs il 81,91% delle femmine)

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	21.61 (83)	23.24 (96)	22.46 (179)
No	78.39 (301)	76.76 (317)	77.54 (618)
Totale	100 (384)	100 (413)	100 (797)

E' stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare una frequenza maggiore rispetto a quella reale di comportamenti protettivi, fra i quali proprio l'utilizzo del profilattico (AAVV, 2004). Per questo motivo non è stato chiesto ai ragazzi del nostro campione di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	79.22 (61)	81.91 (77)	80.70 (138)
No	20.78 (16)	18.09 (17)	19.30 (33)
Totale	100 (77)	100 (94)	100 (171)

6.3 Infortuni

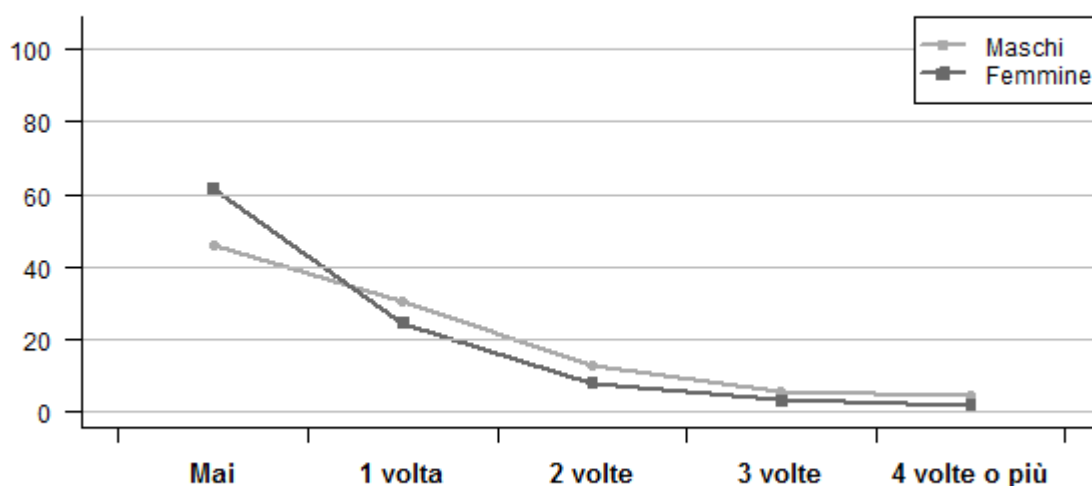
Gli infortuni sono diventati nel XX secolo una delle cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante l'adolescenza (NCDPC, 2000), ma i fattori causali non sono ancora ben noti (Scheidt, 1998; Pickett, 2005).

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	56.78 (574)	51.93 (497)	53.55 (430)
Una volta	25.42 (257)	29.68 (284)	28.14 (226)
2 volte	9.20 (93)	11.70 (112)	10.59 (85)
3 volte	4.15 (42)	3.87 (37)	5.48 (44)
4 volte o più	4.45 (45)	2.82 (27)	2.24 (18)
Totale	100 (1011)	100 (957)	100 (803)

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



IL 46% dei ragazzi dichiara di avere avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi per i quali ha dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiere/a.

I maschi si infortunano maggiormente rispetto alle femmine (fig. 6.5)

6.4 Conclusioni

I comportamenti a rischio sono abbastanza diffusi nella nostra regione, la percentuale di fumatori sale con l'aumentare dell'età e raggiunge il 29% nei 15enni, un ragazzo su 5 ha fatto uso almeno una volta di cannabis.. Si conferma anche l'abitudine al bere ai fini dello sballo con poca consapevolezza del sentirsi “ubriachi”. L'abitudine al binge drinking soprattutto nel fine settimana è diffusa e inizia già negli 11enni. La protezione nei rapporti sessuali è abbastanza alta ma ancora da migliorare visto che a questa età dovrebbe raggiungere il 100%. Gli infortuni sono una percentuale rilevante soprattutto nei maschi.

Bibliografia capitolo 6

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

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

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

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

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

- Percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);
- Percezione del proprio benessere (valutato su una scala da 0 a 10);
- 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;
- Consumo di farmaci (nessun farmaco nell'ultimo mese, un farmaco o più di un farmaco nell'ultimo mese).

7.2 Percezione della propria salute

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

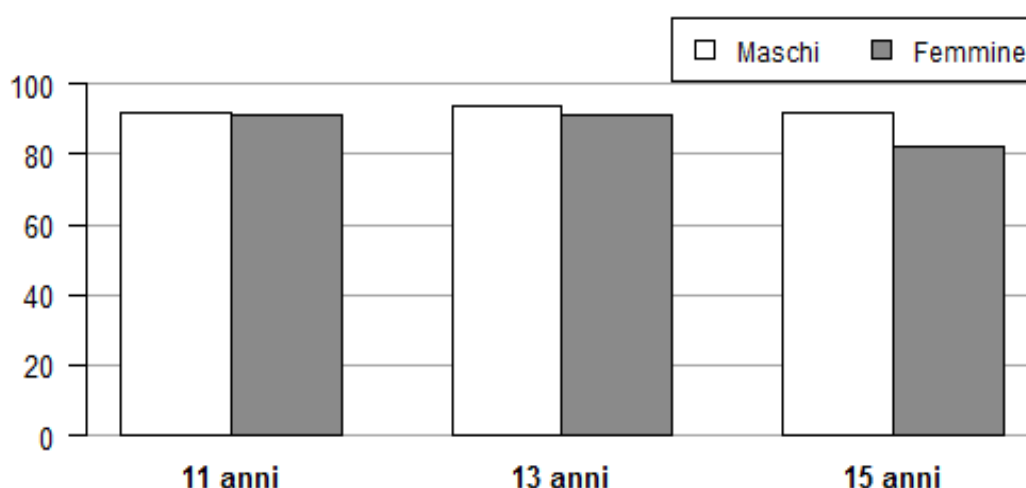
Gli studenti che ritengono la propria salute eccellente o buona sono il 91,44% degli 11enni, il 92,55% dei 13enni e l'86,95% dei 15enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	44.59 (453)	37.27 (360)	29.19 (235)
Buona	46.85 (476)	55.28 (534)	57.76 (465)
Discreta	7.97 (81)	7.04 (68)	12.05 (97)
Scadente	0.59 (6)	0.41 (4)	0.99 (8)
Totale	100 (1016)	100 (966)	100 (805)

Nella classe di età degli 11enni non si evidenzia una differenza di genere tra coloro che percepiscono la propria salute buona o eccellente, con il crescere dell'età i maschi sembrano percepire il proprio stato di salute in modo più positivo rispetto alle femmine(fig.7.1). Questo è emerso anche da studi precedenti (Cavallo et al., 2006).

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



7.3 La percezione del benessere

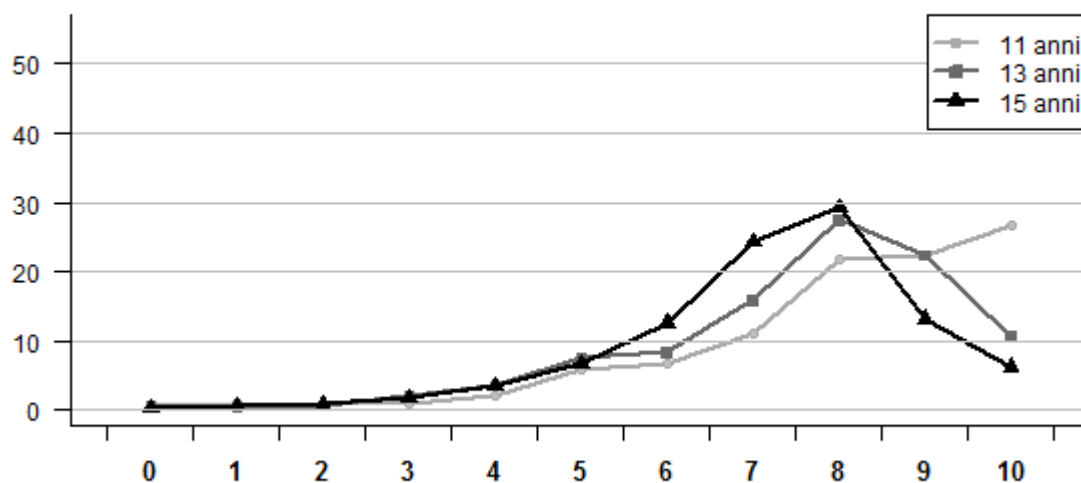
Come per la salute, anche per il concetto di benessere la percezione soggettiva costituisce una dimensione importante (Diener, 1984; Huebner, 1991). Nello studio HBSC (Cavallo et al., 2005 e 2007), è stata utilizzata una scala che misura il benessere percepito come variabile che si muove tra 0 e 10 (Cantril,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

Nella scala utilizzata gran parte dei ragazzi si trova in una fascia superiore a 5, tuttavia è importante evidenziare dei disagi che riguardano oltre un ragazzo su 10.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	0.59 (6)	0.62 (6)	0.37 (3)
1	0.69 (7)	0.52 (5)	0.62 (5)
2	1.09 (11)	0.72 (7)	0.87 (7)
3	0.99 (10)	2.07 (20)	1.86 (15)
4	2.07 (21)	3.62 (35)	3.60 (29)
5	5.82 (59)	7.56 (73)	6.70 (54)
6	6.71 (68)	8.39 (81)	12.66 (102)
7	11.06 (112)	15.94 (154)	24.32 (196)
8	21.82 (221)	27.54 (266)	29.40 (237)
9	22.31 (226)	22.36 (216)	13.28 (107)
10	26.85 (272)	10.66 (103)	6.33 (51)
Totale	100 (1013)	100 (966)	100 (806)

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.

Il 29% dei ragazzi dichiara di avere avuto, negli ultimi sei mesi, ogni giorno almeno uno dei sintomi sopra riportati, con una maggiore frequenza negli 11enni (32,45%) e nel genere femminile (fig.7.4). Il sintomo più frequente ogni giorno è quello di “sentirsi giù” a cui seguono nell’ordine decrescente “irritabile” “nervoso” mal di testa” ed “insonnia” (fig.7.3).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	32.45 (329)	26.89 (260)	27.42 (221)
Più di 1 volta a settimana	27.81 (282)	36.61 (354)	37.72 (304)
1 volta a settimana	19.43 (197)	20.27 (196)	23.82 (192)
1 volta al mese	14.40 (146)	13.55 (131)	9.80 (79)
Raramente o mai	5.92 (60)	2.69 (26)	1.24 (10)
Totale	100 (1014)	100 (967)	100 (806)

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere

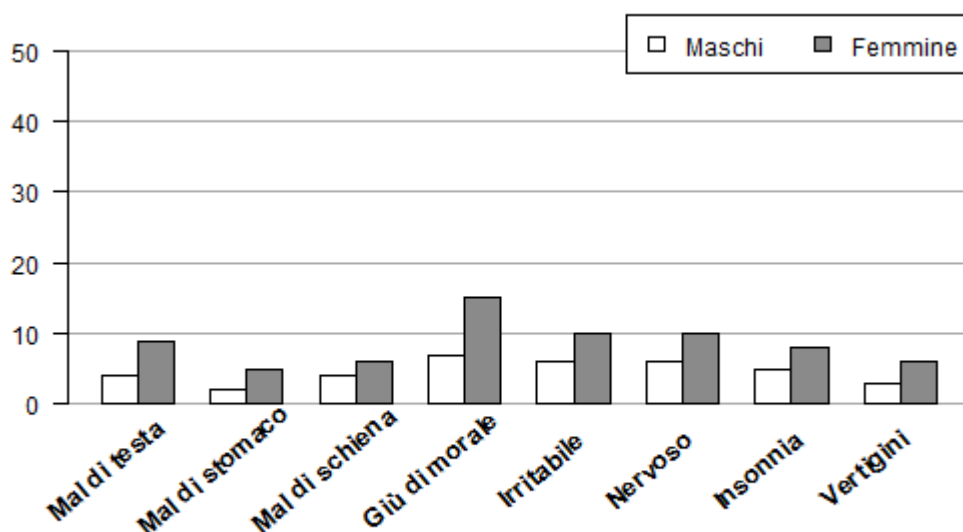
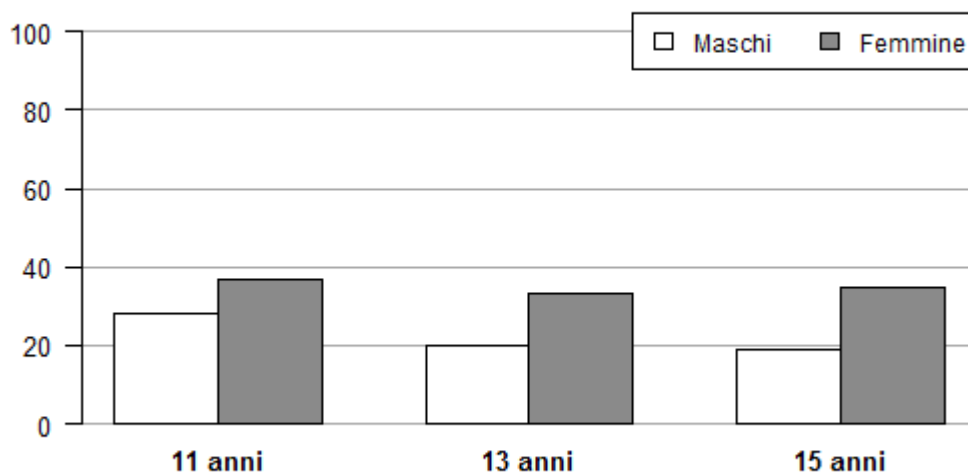


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



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).

Il genere femminile risulta essere più soggetto sia ai sintomi con componente somatica che a quelli con prevalente componente psicologica e questo in tutte le fasce di età (tab. 7.5-7.6)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	20.12 (204)	17.17 (166)	16.87 (136)
Più di 1 volta a settimana	24.16 (245)	26.27 (254)	29.65 (239)
1 volta a settimana	19.13 (194)	21.82 (211)	21.59 (174)
1 volta al mese	22.39 (227)	24.72 (239)	22.08 (178)
Raramente o mai	14.20 (144)	10.03 (97)	9.80 (79)
Totale	100 (1014)	100 (967)	100 (806)

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

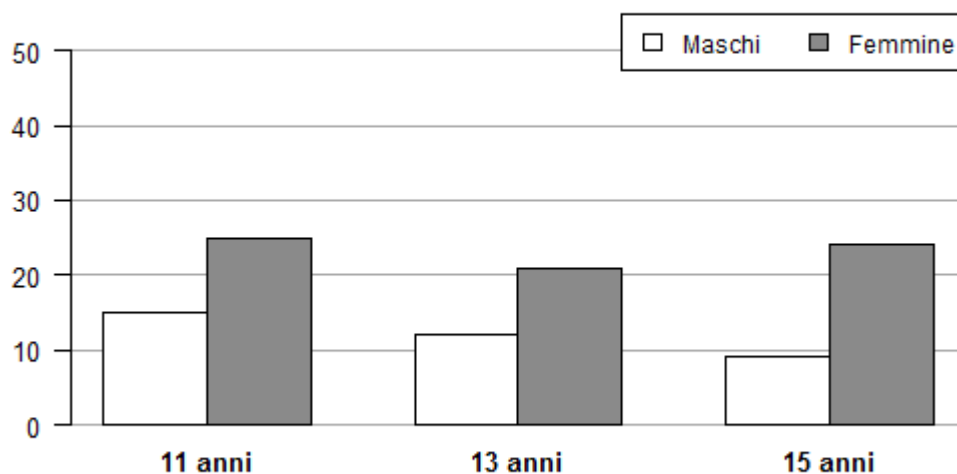
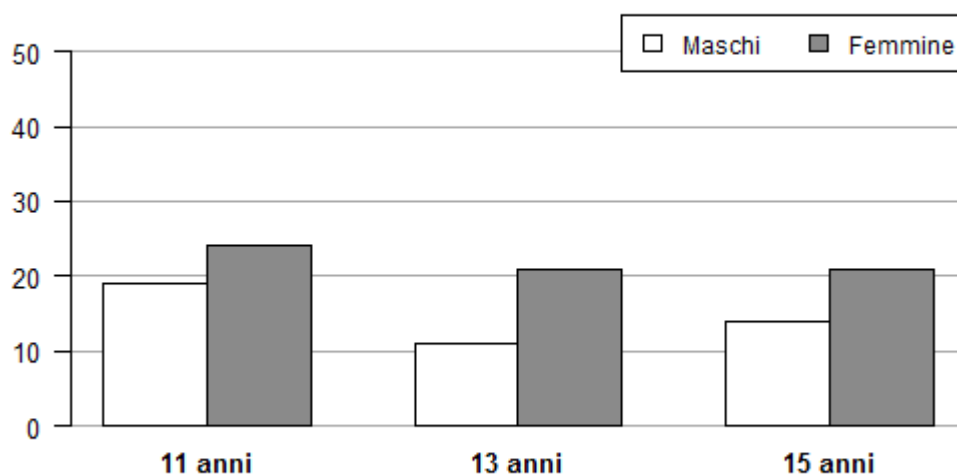


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	21.54 (218)	16.24 (157)	17.37 (140)
Più di 1 volta a settimana	23.02 (233)	32.99 (319)	34.86 (281)
1 volta a settimana	22.63 (229)	24.51 (237)	27.79 (224)
1 volta al mese	19.47 (197)	19.54 (189)	16.75 (135)
Raramente o mai	13.34 (135)	6.72 (65)	3.23 (26)
Totale	100 (1012)	100 (967)	100 (806)

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



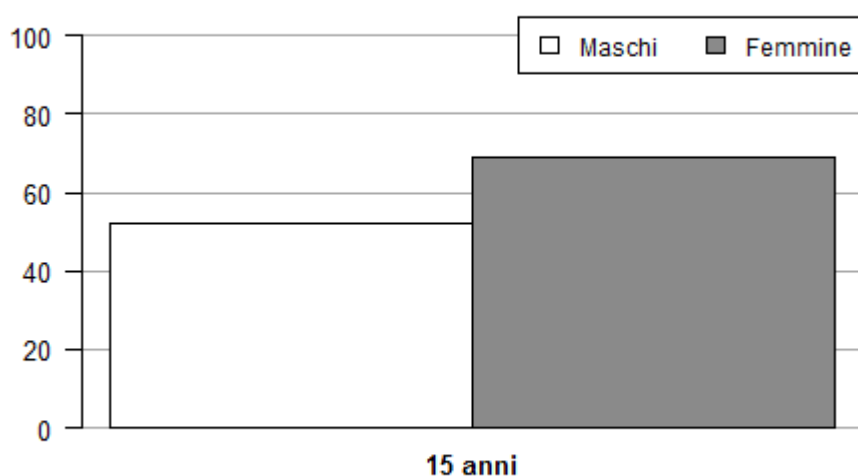
7.5 Utilizzo di farmaci

Per quel che riguarda il consumo di farmaci, circa il 60% dei ragazzi ha assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese e la percentuale risulta essere più alta nel genere femminile (il 52% dei maschi assume farmaci vs il 69% delle femmine).

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

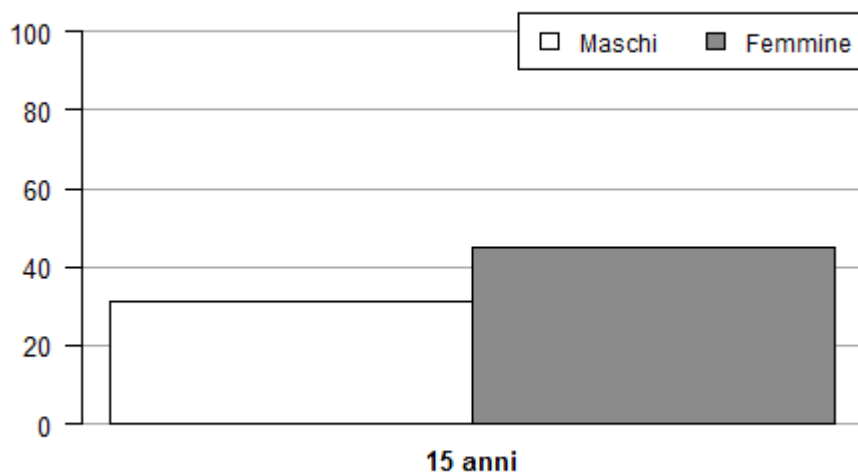
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	48.30 (185)	30.79 (125)	39.29 (310)
Sì, 1 farmaco	30.55 (117)	34.73 (141)	32.70 (258)
Sì, >1 farmaco	21.15 (81)	34.48 (140)	28.01 (221)
Totale	100 (383)	100 (406)	100 (789)

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



La percentuale di ragazzi che ha assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese è piuttosto elevata, andrebbero fatte campagne di sensibilizzazione perché questo dato è preoccupante, soprattutto se si tratta di farmaci di automedicazione.

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



7.6 Conclusioni

La percezione dello stato di benessere nei ragazzi presenta alcune peculiarità importanti sui quali dovrebbero essere sviluppati approfondimenti. Le femmine risultano più vulnerabili dei ragazzi, questo lo si riscontra anche nello specifico delle sintomatologie psicosomatiche e anche nell'assunzione di farmaci che risulta elevata.

Bibliografia capitolo 7

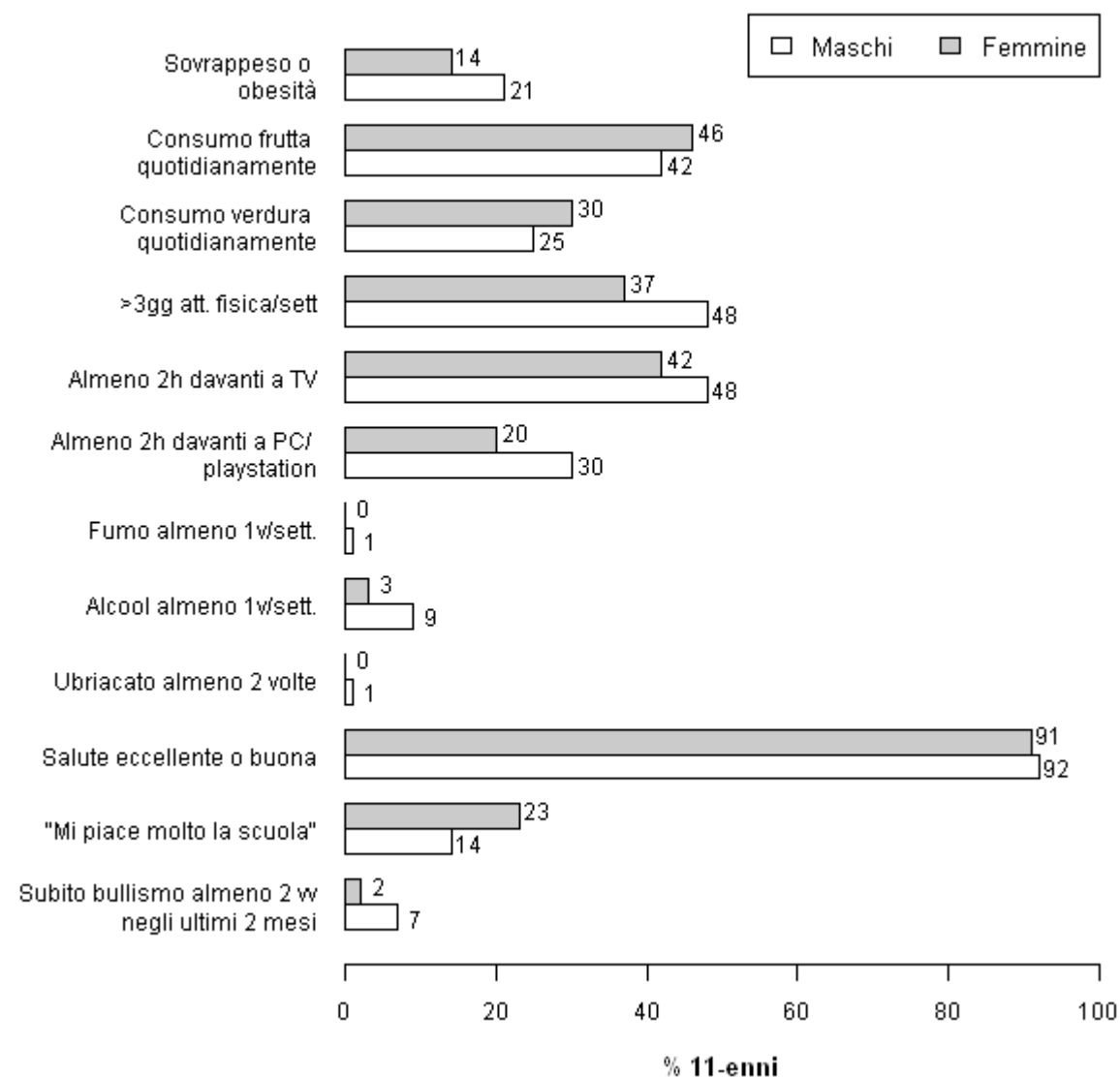
- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F.,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

Alcuni indicatori riassuntivi

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

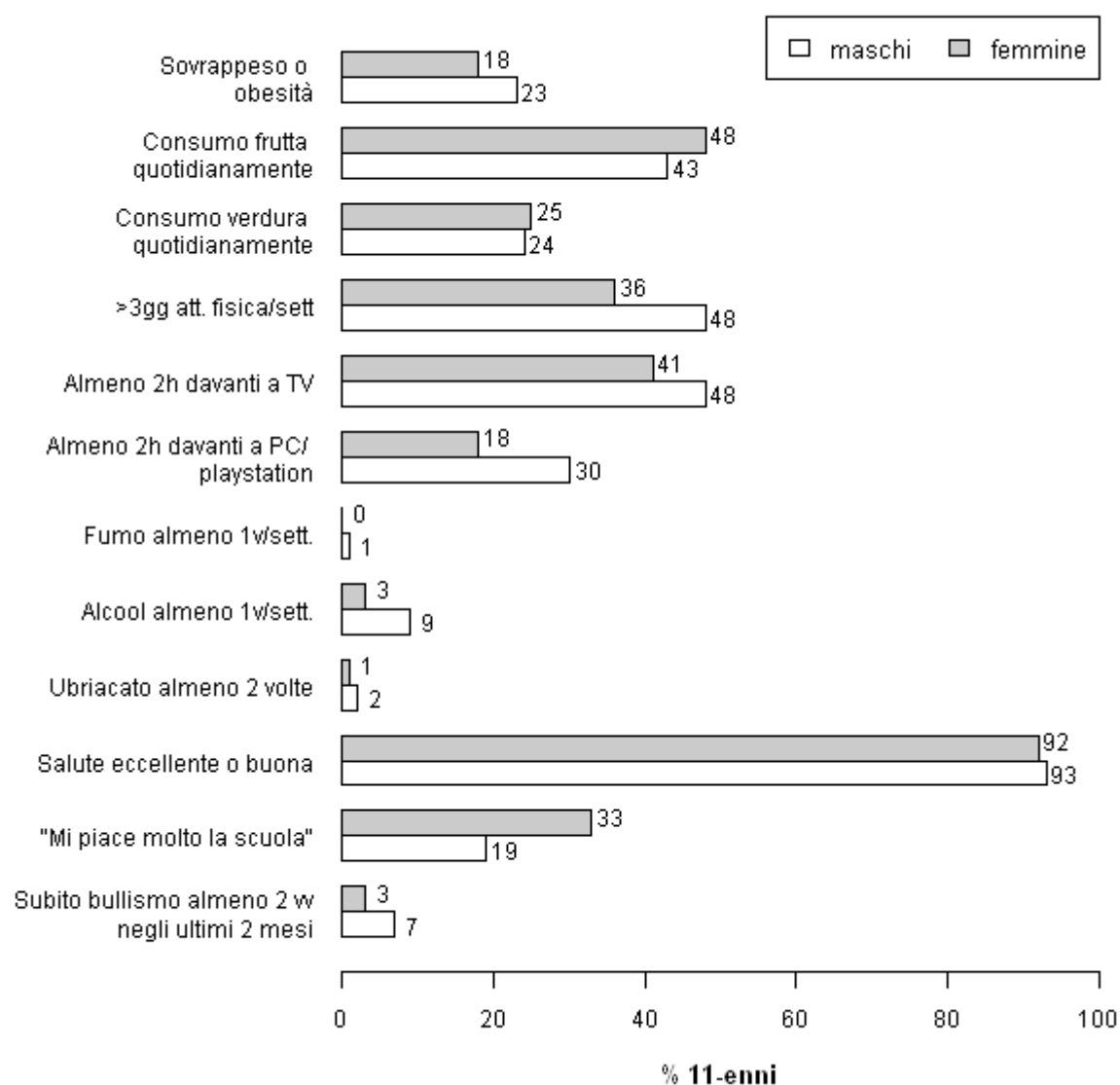
- Indice di Massa Corporea;
- Consumo di frutta e verdura;
- Attività fisica;
- Sedentarietà;
- Benessere;
- Fumo e Alcol;
- La scuola;
- Bullismo.

Undicenni – Dati regionali

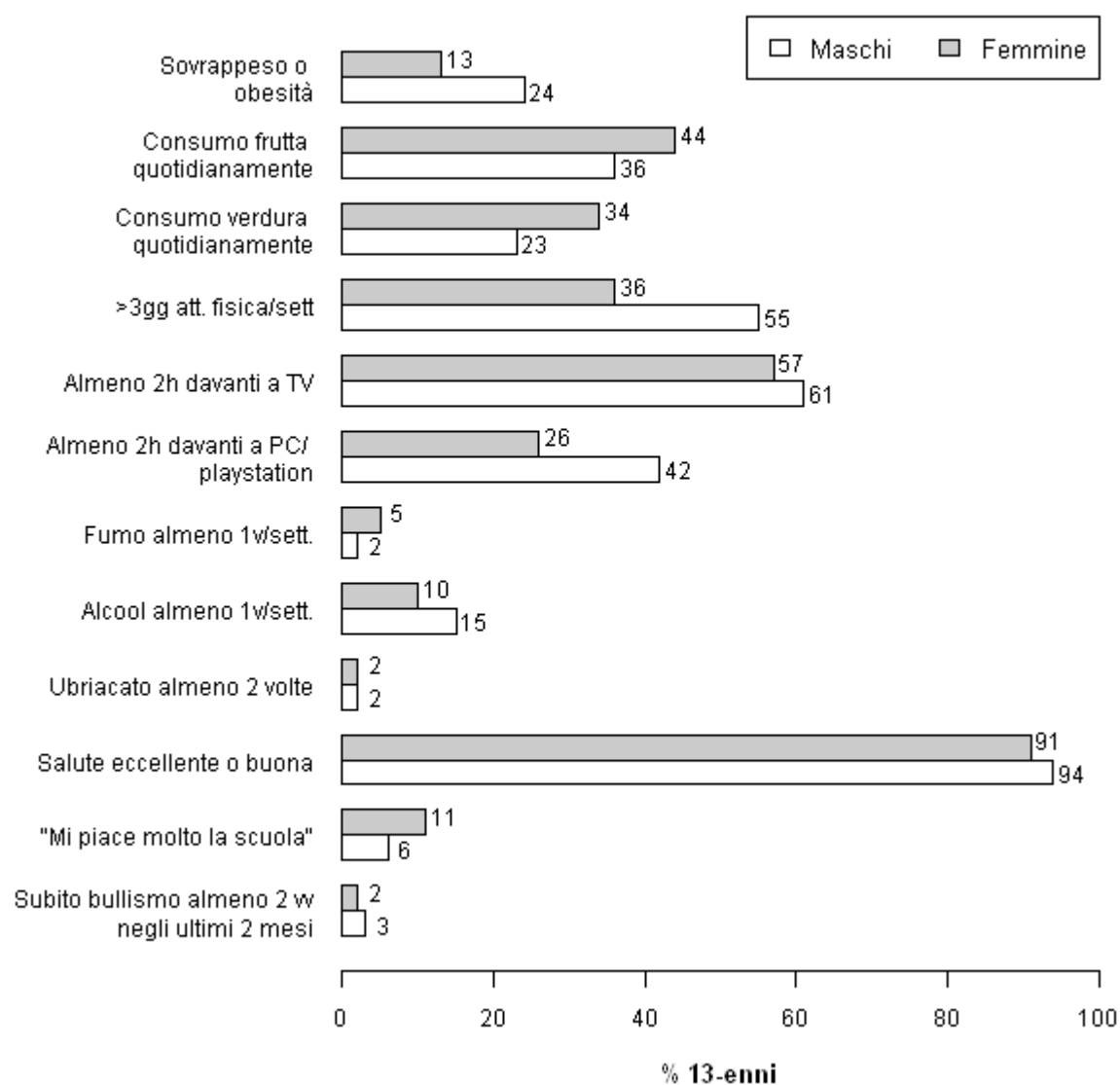


I dati sono nella media di quelli nazionali con alcune piccole differenze sull'alimentazione soprattutto nelle ragazze.

Undicenni – Dati nazionali

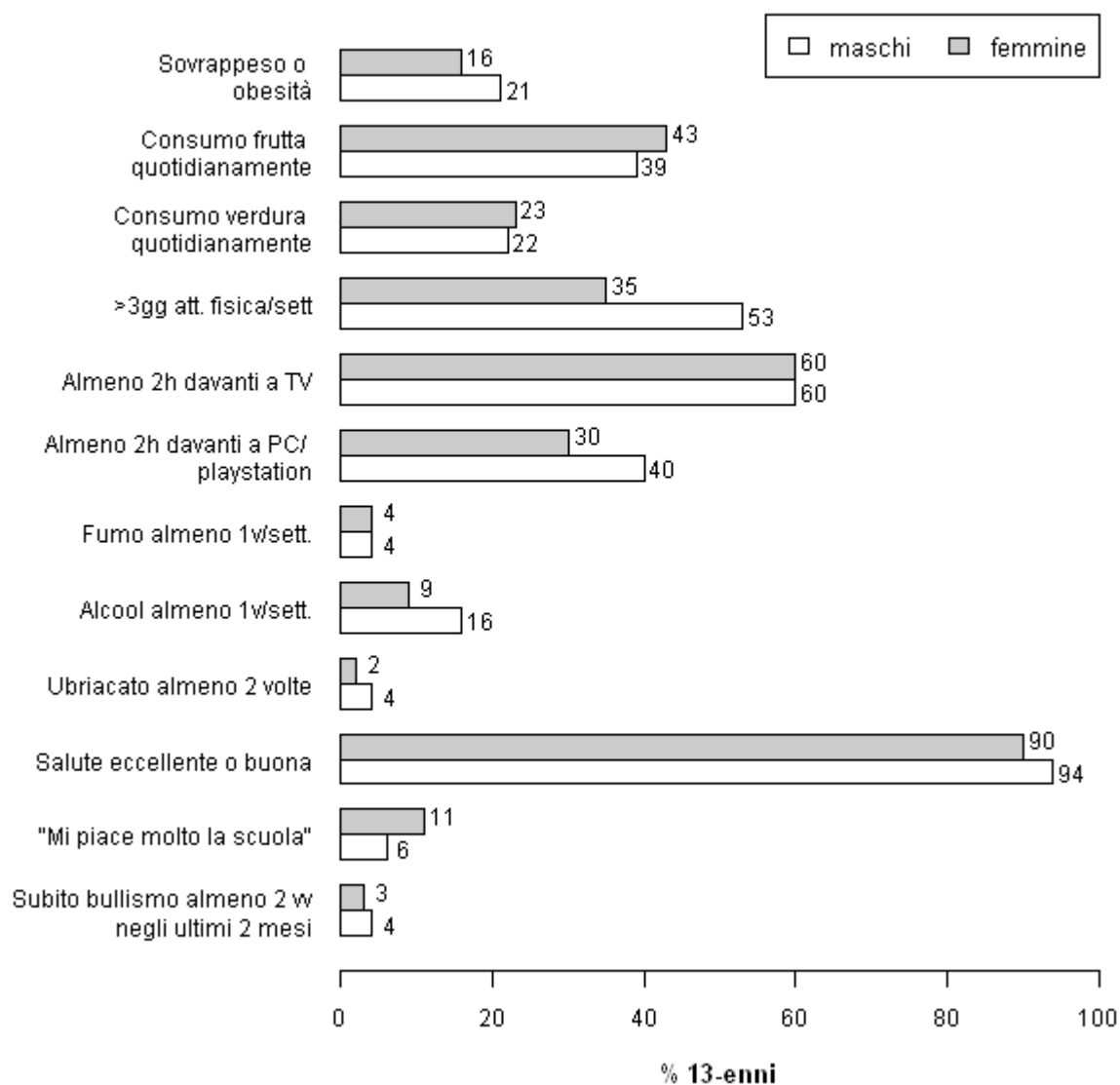


Tredicenni – Dati regionali

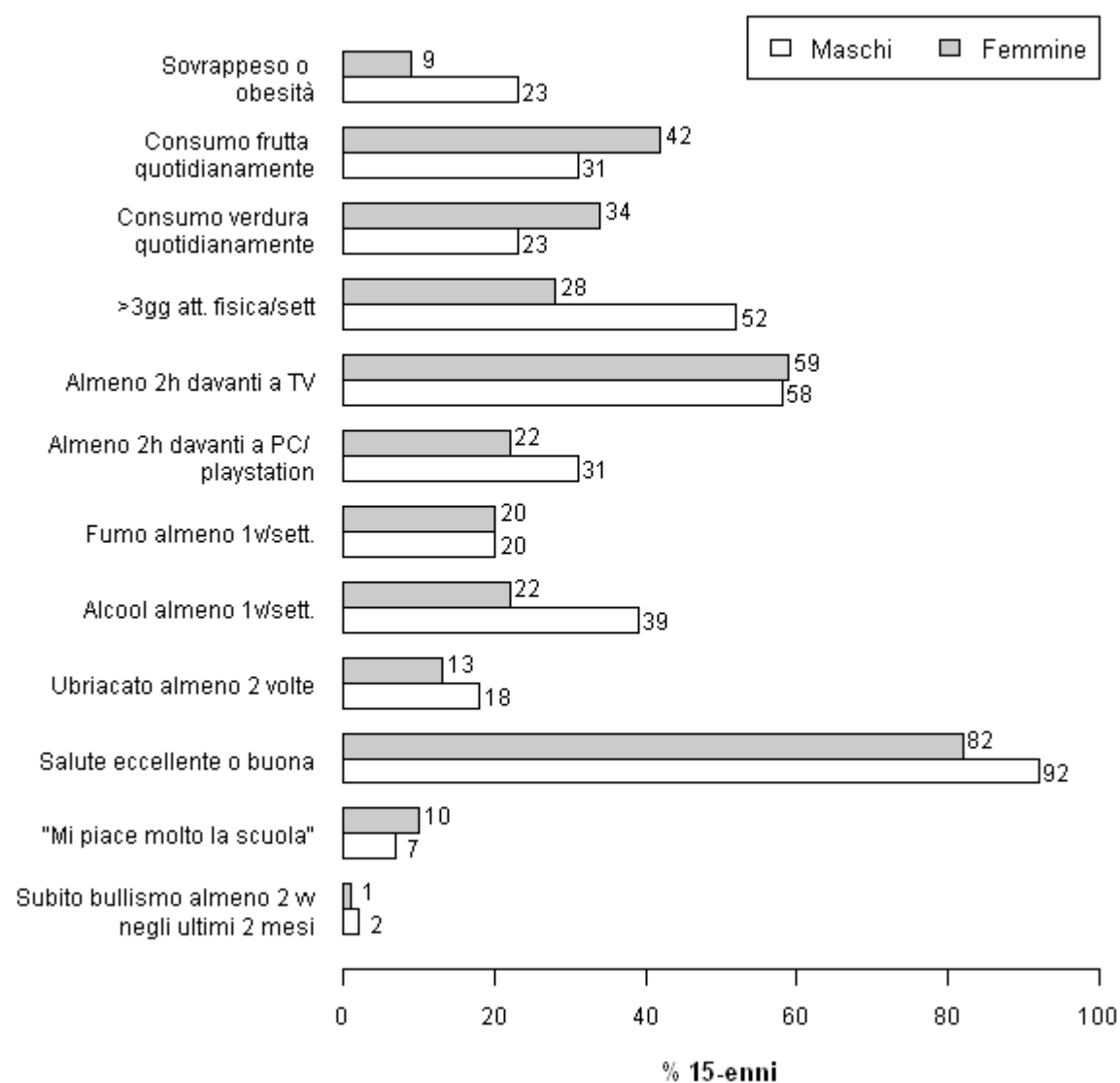


Anche qui i dati confermano quanto vale per gli 11enni anche se è preoccupante l'abuso di alcool.

Tredicenni – Dati nazionali



Quindicenni – Dati regionali



Non ci sono differenze con i dati nazionali ma si evidenzia anche in questo caso un forte aumento dell'abuso di alcool e abitudine al fumo, diminuisce nelle femmine la percezione di benessere.

Quindicenni – Dati nazionali

