



STILI DI VITA E SALUTE DEI GIOVANI IN ETÀ SCOLARE

Provincia Autonoma di Bolzano

a cura di:
Silvia Casazza
Antonio Fanolla
Annalisa Gallegati
Lois Kastlunger
Peter Koler
Lucio Lucchin
Sara Tanja Oberhofer
Sabine Scherer
Raffaella Vanzetta
Sabine Weiss

*Rapporto sui dati regionali
HBSC 2009 -2010*



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia



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



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



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

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

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*)

Provincia Autonoma di Bolzano

Prof. Lucio Lucchin (*Responsabile Scientifico – Azienda Sanitaria dell'Alto Adige*)

Dr. Antonio Fanolla (*Coordinatore provinciale – Osservatorio Epidemiologico Provinciale*)

Sabine Weiss (Vice-coordinatrice provinciale - Osservatorio Epidemiologico Provinciale)
Dr.ssa Sara Tanja Oberhofer (Intendenza scolastica tedesca)
Dr.ssa Brigitte Regele (Intendenza scolastica tedesca)
Dr.ssa Michaela Steiner (Intendenza scolastica tedesca)
Prof.ssa Annalisa Gallegati (Intendenza scolastica Italiana)
Dr. Lois Kastlunger (Intendenza scolastica ladina)
Dr.ssa Gertrud Gasser (Formazione professionale tedesca e ladina)
Dr.ssa Silvia Casazza (Formazione professionale italiana)
Dr.ssa Sabine Scherer (Formazione professionale agricola, forestale e di economia domestica)
Dr. Helga Mock (Ufficio Giovani)
Dr. Peter Koler (Forum Prevenzione)
Dr.ssa Raffaella Vanzetta (Infes)

Responsabilità editoriali

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

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

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

Per il gruppo di lavoro della Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige

- Antonio Fanolla e Sabine Weiss per il Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio
- Antonio Fanolla e Sabine Weiss per il Capitolo 1: Il contesto familiare
- Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer per il Capitolo 3: L'ambiente scolastico
- Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer per il Capitolo 4: Sport e tempo libero
- Raffaella Vanzetta, Lucio Lucchin per il Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale
- Peter Koler e Helga Mock per il Capitolo 6: Comportamenti a rischio
- Antonio Fanolla e Sabine Weiss per il Capitolo 7: Salute e benessere

Presentazione	7
Premessa	9
Ringraziamenti	11
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	13
1.1 Introduzione	13
1.2 Descrizione del campione	14
Bibliografia capitolo 1	15
Capitolo 2: Il contesto familiare	17
2.1 Introduzione	17
2.2 La struttura familiare	17
2.3 La qualità della relazione con i genitori	19
2.4 Lo status socio-economico familiare	22
2.5 Conclusioni	24
Bibliografia capitolo 2	25
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	27
3.1 Introduzione	27
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	27
3.3 Rapporto con gli insegnanti	31
3.4 Rapporto con i compagni di classe	34
3.5 Rapporto/giudizio con/sulla scuola	38
3.6 Conclusioni	39
Bibliografia capitolo 3	39
Capitolo 4: Sport e tempo libero	41
4.1 Introduzione	41
4.2 Attività fisica	41
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica	42
4.3 Comportamenti sedentari	43
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	43
4.4 Rapporti con i pari	46
3.6 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	49
5.3 Consumo di frutta e verdura	51
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	52
5.5 Stato nutrizionale	53
5.6 L'immagine corporea	56
5.7 Igiene orale	58
5.8 Conclusioni	58
Bibliografia capitolo 5	59
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	61
6.1 Uso di sostanze	61
6.1.1 Consumo di tabacco	61
6.1.2 Consumo di alcol	64
6.1.3 Consumo di cannabis	68
6.2 Abitudini sessuali	70
6.3 Infortuni	71
6.4 Conclusioni	72
Bibliografia capitolo 6	73
Capitolo 7: Salute e benessere	77
7.1 Introduzione	77
7.2 Percezione della propria salute	77
7.3 La percezione del benessere	79
7.4 I sintomi riportati	80
7.5 Utilizzo di farmaci	82
7.6 Conclusioni	83
Bibliografia capitolo 7	84
Alcuni indicatori riassuntivi	85

Presentazione

L'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), condotta in collaborazione con i ministeri della Salute e dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con il supporto delle università di Torino, Padova e Siena, ha rappresentato un ulteriore momento dell'efficace e pluriennale collaborazione tra l'Assessorato alla Sanità e gli assessorati provinciali competenti per la scuole e la formazione professionale dei tre gruppi linguistici.

HBSC si integra nel progetto di respiro europeo "Guadagnare Salute", rispetto al quale in Provincia di Bolzano-Alto Adige sono attivi il sistema di sorveglianza PASSI e gli studi "OKio alla salute", coordinati entrambi dall'Assessorato alla Sanità.

Il target dello studio è costituito dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni frequentanti le prime e terze classi delle scuole secondarie di primo grado e le seconde classi delle scuole superiori, rispetto ai quali sono indagati i principali aspetti e comportamenti riconducibili alla salute.

Le informazioni raccolte sono fondamentali per indirizzare più miratamente gli interventi di politica sanitaria e di educazione e promozione della salute, promuovendone la multisettorialità con il superamento della divisione tra strutture ed organizzazioni ed accrescendone l'efficacia. L'ambito scolastico, compreso quello di formazione professionale, è e deve continuare ad essere un terreno di confronto e di lavoro utile per l'attivazione di programmi di promozione e prevenzione della salute dei nostri giovani.

Il carattere internazionale dell'indagine, svolta secondo un protocollo standard in diversi Paesi europei, fornisce un ulteriore stimolo, data la dimensione plurilingue e le peculiarità di territorio transfrontaliero della Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige. In quest'ottica assume quindi particolare significato non solo il confronto con le altre regioni italiane, ma anche il misurarsi con i Paesi germanofoni partecipanti allo studio.

Auspichiamo che questa ricerca, che ha tenuto conto non solo di aspetti più specificamente sanitari, ma anche dei determinanti sociali e ambientali influenti sulla salute dei nostri giovani, possa essere vantaggiosamente utilizzata per approfondire il quadro delle conoscenze locali sui profili di salute della nostra popolazione giovane, al fine di pianificare modalità di intervento sempre più efficaci, che impegnino tutti i settori della comunità ad operare in sinergia per promuovere e favorire la salute globale delle generazioni future.

L'Assessore alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali

Dr. Richard Theiner



L'Assessora all'istruzione ed alla cultura tedesca

Dr.ssa Sabine Kasslatter Mur



L'Assessore all'edilizia abitativa, cultura, scuola e formazione professionale in lingua italiana

Dr. Christian Tommasini



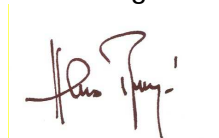
L'Assessore ai Lavori pubblici, Patrimonio, scuola e cultura ladina

Dr. Florian Mussner



L'Assessore all'Agricoltura, Formazione professionale agricola, forestale e di economia domestica, Turismo, Libro fondiario e Catasto

Hans Berger



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 Provincia Autonoma di Bolzano, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2009-2010:

Scuole secondarie di primo grado

Mittelschule "Dr. F. Ebner" – SSP Schlanders
Mittelschule "Michael Pacher" – SSP Brixen/Milland
Mittelschule "Oswald von Wolkenstein" – Brixen
Mittelschule „A. Stifter" – SSP Bozen/Gries
Mittelschule „J. Aufschnaiter" – SSP Bozen/Stadtzentrum
Mittelschule „J. Röd" – SSP Bruneck I
Mittelschule „J. Wenter" – SSP Meran/Stadt
Mittelschule „K. Fischnaler" – SSP Sterzing II
Mittelschule „K. Meusburger" – SSP Bruneck II
Mittelschule „P. Rosegger" – SSP Meran/Untermals
Mittelschule Ahrntal – SSP Ahrntal
Mittelschule Blumau – SSP Karneid
Mittelschule Deutschnofen – SSP Deutschnofen
Mittelschule Eppan – SSP Eppan
Mittelschule Jenesien – SSP Tschöggberg
Mittelschule Kaltern – SSP Kaltern
Mittelschule Kastelruth – SSP Schlern
Mittelschule Klausen
Mittelschule Laas – SSP Laas
Mittelschule Lana – SSP Lana
Mittelschule Latsch – SSP Latsch
Mittelschule Leifers – SSP Leifers
Mittelschule Mals – SSP Mals
Mittelschule Mühlbach – SSP Mühlbach
Mittelschule Naturns – SSP Naturns
Mittelschule Neumarkt
Mittelschule Olang – SSP Olang
Mittelschule Partschins
Mittelschule Ritten – SSP Ritten
Mittelschule Salurn
Mittelschule Sand in Taufers – SSP Sand in Taufers
Mittelschule Sarntal – SSP Sarntal
Mittelschule Schenna – SSP Meran/Obermais
Mittelschule St. Leonhard in Passeier – SSP St. Leonhard in Passeier
Mittelschule St. Martin in Passeier – SSP St. Martin in Passeier
Mittelschule Terlan – SSP Terlan
Mittelschule Toblach – SSP Toblach
Mittelschule Tramin – SSP Tramin
Mittelschule V. Raber – SSP Sterzing III
Mittelschule Vintl – SSP Vintl
Mittelschule Welsberg – SSP Welsberg
Scuola media Alfieri – IC Europa 2 Bolzano
Scuola media Archimede – IC Bolzano V Gries
Scuola media Calvino – IC Bassa Atesina (Egna)
Scuola media Centro storico – IC Bolzano I

Scuola media Dobbiaco
Scuola media Filzi – IC Laives I
Scuola media Foscato – IC Bolzano VI
Scuola media Leonardo da Vinci – IC Bolzano III
Scuola media Mameli – IC Bassa Atesina (Salorno)
Scuola media Manzoni – IC Bressanone
Scuola media Marcelline – Bolzano
Scuola media Negrelli – IC Merano II
Scuola media Segantini – IC Merano I
Scora mesana – Sëlva – DRSL Sëlva
Scora mesana “Tita Alton” - La Ila – DRSL Badia
Scora mesana “Ujep Antone Vian” – Urtijëi – DRSL Urtijëi

Scuole secondarie di secondo grado

Fachoberschule für Soziales „Marie Curie“ – Meran
Gewerbeoberschule „Oskar von Miller“ – Meran
Gewerbeoberschule Bruneck
Handelsoberschule – Oberschulzentrum „Claudia von Medici“ – Mals
Handelsoberschule „Franz Kafka“ – Meran
Handelsoberschule „Heinrich Kunter“ – Bozen
Handelsoberschule Auer
Handelsoberschule Brixen
Handelsoberschule Bruneck
Handelsoberschule Sterzing
Humanistisches Gymnasium „Beda Weber“ – Meran
Humanistisches Gymnasium „Nikolaus Cusanus“ – Bruneck
Humanistisches Gymnasium „Vinzentinum“ – Brixen
Humanistisches Gymnasium „Walther von der Vogelweide“ – Bozen
IPIA Galilei – Bolzano
IPSC De' Medici – Bolzano
Istituto Tecnico Commerciale „Raetia“ - Urtijëi
ITC Battisti – Bolzano
ITG Delai – Bolzano
ITI Galilei – Bolzano
Lehranstalt für Industrie und Handwerk „Johann Kravogl“ – Bozen
Lehranstalt für Soziales – Bozen
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus „Peter Mitterhofer“ – Meran
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus „Robert Gasteiner“ – Bozen
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus Innichen
Liceo Classico Cantore – Brunico
Liceo Classico Carducci – Bolzano
Liceo Classico Dante Alighieri – Bressanone
Liceo pedagogico/artistico Pascoli – Bolzano
Liceo Scientifico Pascal – Merano
Liceo Scientifico Torricelli – Bolzano
Oberschule für Geometer „Peter Anich“ – Bozen
Oberschule für Landwirtschaft Auer
Oberschule Schlönders – Handelsoberschule
Pädagogisches Gymnasium „Josef Ferrari“ – Meran
Pädagogisches Gymnasium „Josef Gasser“ – Brixen
Pädagogisches Gymnasium Bruneck
Realgymnasium „Albert Einstein“ – Meran
Realgymnasium „J. Ph. Fallmerayer“ – Brixen
Realgymnasium Bozen
Realgymnasium Bruneck
Scuola Professionale Provinciale per il Commercio, Turismo e Servizi “L. Einaudi” – Bolzano
Scuola Professionale per l'Artigianato, l'Industria e il Commercio “G. Marconi” - Merano

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

Antonio Fanolla, Sabine Weiss e il gruppo nazionale HBSC

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 Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige la raccolta dati HBSC del 2009-2010 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra le ripartizioni Sanità, Intendenza scolastica tedesca, Intendenza scolastica italiana, Cultura e Intendenza scolastica ladina, Formazione professionale tedesca e ladina, Formazione professionale italiana, Formazione professionale agricola, forestale e di economia domestica, 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 delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio provinciale, fornita dalle intendenze scolastiche e dalle ripartizioni di formazione professionale.

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 provincia di Bolzano, 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 eseguita una procedura di raccolta dati relativa all'istituto scolastico di afferenza del campione di ragazzi con l'obiettivo di migliorare l'analisi e la comprensione dei dati raccolti sui giovani studenti.

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

1.2 Descrizione del campione

In Provincia di Bolzano sono state selezionate complessivamente 176 classi, due terzi delle quali nelle scuole medie inferiori. La rispondenza per classe (tabella 1.1) è risultata moto elevata, e pari al 98.3% per le scuole medie ed al 93.1% per le scuole superiori.

I questionari compilati in totale sono stati 2.966. A seguito dei controlli di qualità e di completezza rispetto alle informazioni minime richieste, 2.276 sono risultati idonei ad essere inclusi nell'analisi finale.

Il 77.5% dei questionari validi proviene da scuole in lingua tedesca, il 18.2% ed il 4.3% rispettivamente da scuole in lingua italiana e ladina. Rispetto al totale degli iscritti nelle scuole secondarie di primo e secondo grado appaiono più rappresentato nel campione le scuole di lingua tedesca e ladina meno quelle in lingua italiana. Il campione appare sbilanciato in particolar modo nella scuola di secondo grado (tabella 1.2).

I 690 questionari che non hanno superato la fase di controllo rappresentano il 23.3% del totale. Il motivo per cui questi questionari sono stati esclusi dall'analisi finale è dovuto ad un'età di sei mesi superiore od inferiore all'età media dei ragazzi a parità di grado scolastico. La distribuzione dei questionari esclusi non appare uniformemente distribuita secondo il grado scolastico: 13.9% tra i ragazzi di prima media, 21.8% tra quelli di terza, 34.9% tra quelli di seconda superiore. L'eccesso di questionari non idonei tra i ragazzi della seconda superiore è riferibile all'inclusione nelle liste di campionamento delle scuole professionali, che presentano una più alta variabilità nella distribuzione per età degli iscritti. I questionari non idonei sono uniformemente distribuiti per gruppo linguistico.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	59	58	98.3
Classe terza media	59	58	98.3
Classe seconda superiore	58	54	93.1
Totale	176	170	96.59

Tabella 1.2: Composizione percentuale del campione per lingua della scuola e percentuale di iscritti alle scuole primarie di I e II grado per lingua della scuola nell'anno scolastico 2009-10

	Campione HBSC totale	Isritti nelle scuole secondarie di I grado (campione HBSC)	Isritti nelle scuole secondarie di II grado (campione HBSC)
Scuole in lingua tedesca	77.5	74.0 (76.2)	69.7 (81.0)
Scuole in lingua italiana	18.2	21.4 (18.1)	28.5 (18.3)
Scuole in lingua ladina	4.3	4.6 (5.7)	1.8 (0.7)
Totale	100	100 (100)	100 (100)

In tabella 1.3 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 2276 ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, i maschi risultano essere 1067 (46.9%), con una frequenza maggiore tra i ragazzi ladini (54.1%) e tra i tredicenni (47.9%). Rispetto alle femmine la quota di maschi passa dal 47.5% tra gli undicenni, rispettivamente al 49.7% e 44.6% nelle altre due fasce d'età. Nelle scuole in lingua italiana e tedesca i maschi sono rispettivamente pari al 48.1% e al 46.2%. Complessivamente, il campione appare sbilanciato verso il genere femminile.

Tabella 1.3: Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	38.7 (413)	37.7 (456)	38.2 (869)
13 anni	35.5 (379)	34.1 (412)	34.7 (791)
15 anni	25.8 (275)	28.2 (341)	27.1 (616)
Totale	100 (1067)	100 (1209)	100 (2276)

Nonostante la diminuita numerosità campionaria conseguente alle operazioni di pulizia, il campione esaminato viene ritenuto accettabilmente rappresentativo della popolazione di riferimento. Le analisi per genere e lingua della scuola saranno d'aiuto per l'interpretazione dei risultati.

La tabella 1.4 illustra la composizione del campione secondo la nascita o meno in Italia. Il 94.9% dei ragazzi dichiara la nascita in Italia, il 5.1% all'estero. Complessivamente risulta che il 91.3% dei ragazzi ha entrambi i genitori nativi nel nostro Paese, mentre il 4.7% presenta almeno un genitore nato all'estero ed il 4.0% dichiara che entrambi i genitori sono nati all'estero.

Tra i genitori stranieri, la maggior parte dei genitori proviene dall'Est europeo (38.6%) e dall'Europa occidentale (34.4%), seguiti da Asia (12.7%), Centro-Sud America (7.7%) e Africa (6.2%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	95.0 (816)	96.3 (755)	94.9 (581)
Nato all'estero	5.0 (43)	3.7 (29)	5.1 (31)
Totale	100 (859)	100 (784)	100 (612)

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.
- ASTAT (2010). *Scuole secondarie di II grado - Anno scolastico 2009/10*. ASTATInfo 15 03/2010. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.
- ASTAT (2010). *Scuole secondarie di I grado - Anno scolastico 2009/10*. ASTATInfo 06 02/2010. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.

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

Antonio Fanolla, Sabine Weiss e il gruppo nazionale HBSC

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 ad 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 provincia di Bolzano si riscontrano tassi di fecondità tra i più elevati in Italia (1.61 figli per donna), del tutto particolari rispetto al resto delle regioni italiane (1.37 la media nazionale). All'interno del quadro provinciale sono in realtà profonde le differenze tra i gruppi linguistici: i profili di fecondità più elevati sono da ascrivere al gruppo ladino ed a quello tedesco, mentre nel gruppo linguistico italiano i comportamenti riproduttivi, inizialmente più elevati negli anni '60, si sono avvicinati a quelli del settentrione d'Italia. La maggiore fecondità in provincia di Bolzano rispetto alle restanti regioni del nord Italia risente in ogni caso della specificità culturale locale mentre le politiche sociali a sostegno della famiglia non sembrano aver indotto, almeno per il gruppo italiano, una maggiore prolificità rispetto al resto d'Italia settentrionale (Billari e Mauri, 2004; ASTAT 2010).

Se in termini di fecondità l'Alto Adige si avvicina alle regioni del sud Italia per gli aspetti più formali legati alla costituzione della famiglia, è maggiore la vicinanza con i paesi dell'Europa nord-occidentale: la quota di matrimoni civili è del 60% (35% la media nazionale), così come elevate sono le famiglie unipersonali (29% rispetto ad una media nazionale del 25%), monogenitore (18% vs 13% della media nazionale) e le coppie non coniugate (5,6% vs 3,6%) (Billari e Mauri, 2004; ASTAT 2010).

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo quindi 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 ad 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 potesse essere considerato un fattore protettivo per la salute, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite potesse 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. Nel 68.3% dei casi i ragazzi intervistati vivono con entrambi i genitori naturali, quota che sale all'82.8% se si

considera anche la presenza dei nonni. L'11.3% dei ragazzi vive con uno solo dei due genitori (generalmente la madre) mentre alle restanti tipologie familiari appartiene il 4.9% dei ragazzi intervistati.

Tra i ragazzi delle scuole tedesche e ladine sono maggiori le situazioni in cui uno o entrambi i nonni fanno parte della famiglia, mentre tra le famiglie dei ragazzi delle scuole italiane sono più frequenti le tipologie familiari con un solo genitore e le famiglie ricostruite.

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

Tipo di famiglia	Scuola tedesca % (N)	Scuola italiana % (N)	Scuola ladina % (N)	Totale % (N)
Madre e padre, no altri adulti	68.3 (1177)	68.2 (272)	68.8 (64)	68.3 (1513)
Madre e padre, più uno o due nonni	15.9 (274)	7.5 (30)	18.3 (17)	14.5 (321)
Solo madre (con o senza nonni)	10.4 (179)	15.3 (61)	9.7 (9)	11.2 (249)
Solo padre (con o senza nonni)	1.0 (18)	1.2 (5)	0.0 (-)	1.1 (23)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.9 (50)	6.3 (25)	3.2 (3)	3.5 (78)
Solo nonni (uno o due)	0.3 (5)	0.5 (2)	0.0 (0)	0.3 (7)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.2 (20)	1.0 (4)	0.0 (0)	1.1 (24)
Totale	100 (1723)	100 (399)	100 (93)	100 (2215)

I figli unici rappresentano l'11.3% della popolazione intervistata: raggiungono una quota del 21.7% tra i ragazzi delle scuole in lingua italiana mentre sono solo il 5.6% nelle scuole ladine. Più elevata è la quota di chi ha due o più fratelli, pari al 47.3%, che sale al 50.4% tra i ragazzi delle scuole tedesche. Nel 24.6% il dato è mancante (tabella 2.2).

Secondo i dati del censimento 2001, l'ampiezza media delle famiglie altoatesine è di 2.6 componenti, pari alla media italiana. Ha almeno un figlio il 58% delle coppie, e di queste il 62.5% ne ha più di uno.

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	Scuola tedesca % (N)	Scuola italiana % (N)	Scuola ladina % (N)	Totale % (N)
Figli unici	9.2 (123)	21.7 (67)	5.6 (4)	11.3 (194)
1 fratello o sorella	40.4 (540)	43.4 (134)	49.3 (35)	41.4 (709)
2 o più fratelli o sorelle	50.4 (673)	34.9 (108)	45.1 (32)	47.3 (813)
Totale	100.0 (1336)	100.0 (309)	100.0 (71)	100.0 (1713)

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 ad 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 ad 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, possa 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. La facilità della comunicazione diminuisce all'aumentare dell'età, passando le modalità di risposta “molto facile” o “facile” dal 65.9% degli undicenni al 42.9% dei quindicenni. Al contrario aumenta invece la quota di coloro che dichiarano “difficile” o “molto difficile” parlare col padre: dal 30.4% degli undicenni al 52.8% dei quindicenni.

La comunicazione con la madre appare migliore rispetto a quella con il padre. La definiscono come “facile” o “molto facile” l'83.5% degli undicenni ed il 75.5% dei quindicenni, mentre la difficoltà di comunicazione riguarda il 15.3% degli undicenni che sale al 24.3% tra i quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	24.2 (203)	11.7 (91)	8.5 (51)
Facile	41.7 (350)	38.5 (301)	34.4 (207)
Difficile	22.4 (188)	33.9 (265)	35.2 (212)
Molto difficile	8.0 (67)	12.7 (99)	17.6 (106)
Non ho questa persona	3.8 (32)	3.2 (25)	4.3 (26)
Totale	100.0 (840)	100 (781)	100 (602)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	43.2 (362)	28.6 (221)	23.1 (140)
Facile	40.3 (337)	48.3 (373)	52.4 (318)
Difficile	12.4 (104)	17.1 (132)	17.6 (107)
Molto difficile	2.9 (24)	5.1 (39)	6.7 (41)
Non ho questa persona	1.2 (10)	0.9 (7)	0.2 (1)
Totale	100.0 (837)	100.0 (772)	100.0 (607)

Parlare con il padre è più agevole per i maschi, a tutte le età, mentre rispetto alla facilità del parlare con la madre non si rilevano differenze di genere (figure 2.1 e 2.2).

Sia nella facilità della comunicazione con il padre che con la madre non ci sono differenze per lingua della scuola tra gli undicenni. Nei tredicenni invece c'è una maggiore facilità di comunicazione tra i ragazzi delle scuole di lingua tedesca, mentre tra i quindicenni la situazione è invertita, in particolar modo per quanto riguarda il parlare con il padre (figure 2.3 e 2.4).

Rispetto all'indagine HBSC 2005-06 è generalmente diminuita la quota di ragazzi che dichiara "facile" o "molto facile" parlare con i genitori: tra gli undicenni dall'81,7% al 72,7% per i maschi e dal 70,1% al 60,1% per le femmine, tra i tredicenni dal 73,6% al 62,2% per i maschi mentre è rimasta sostanzialmente invariata per le femmine, tra i quindicenni dal 60,6% al 56,0% per i maschi e dal 44,8% al 34,7% per le femmine.

Nel rapporto con la madre i cambiamenti sono meno significativi. Le differenze più evidenti si rilevano tra i maschi: una diminuzione dall'89,5% al 85,4% per gli undicenni, dal 81,3% al 77,6% per i tredicenni e dal 73,6% al 67,9% per i quindicenni, mentre per le femmine le differenze non sono rilevanti, eccetto che per una diminuzione dal 73,5% al 70,4% per le quindicenni.

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

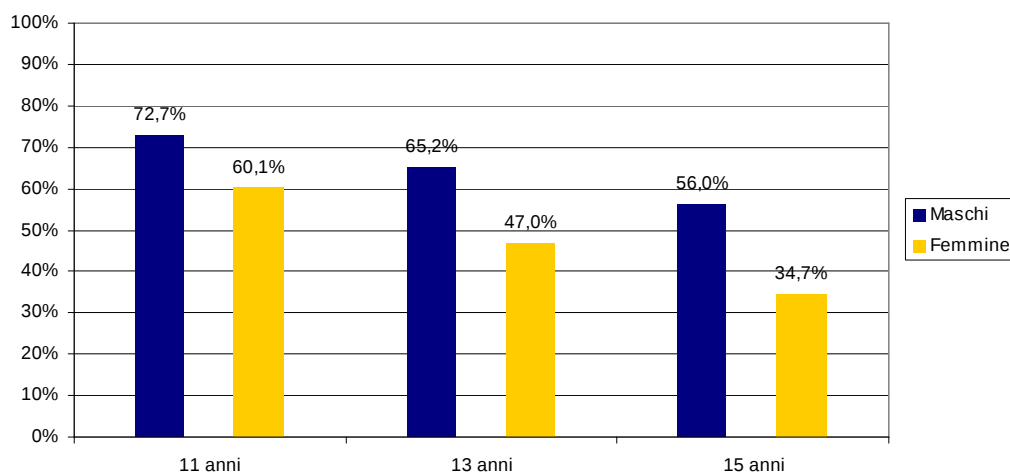


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)

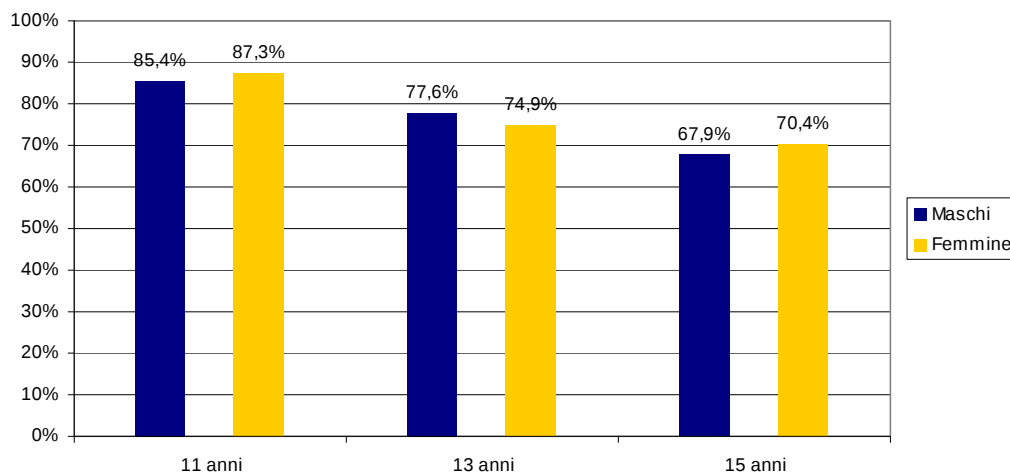


Figura 2.3 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre (per lingua della scuola ed età)

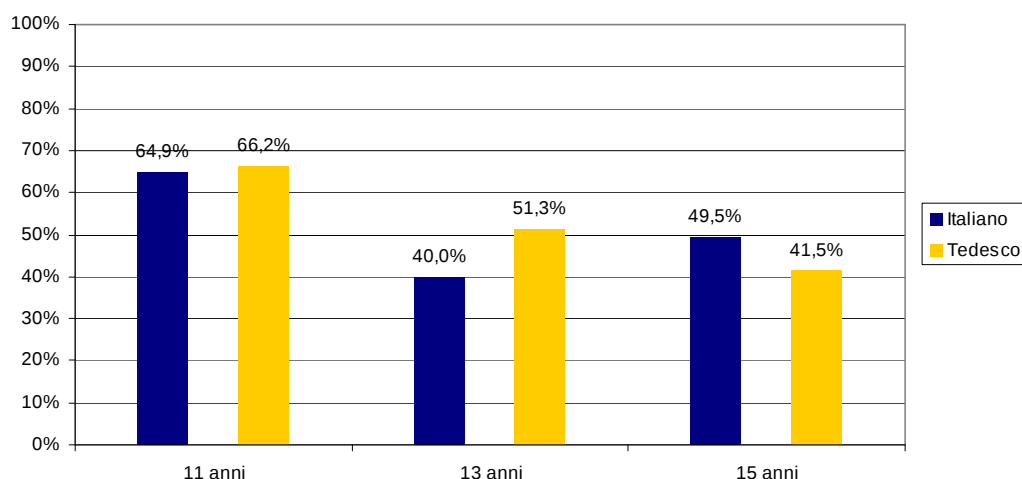
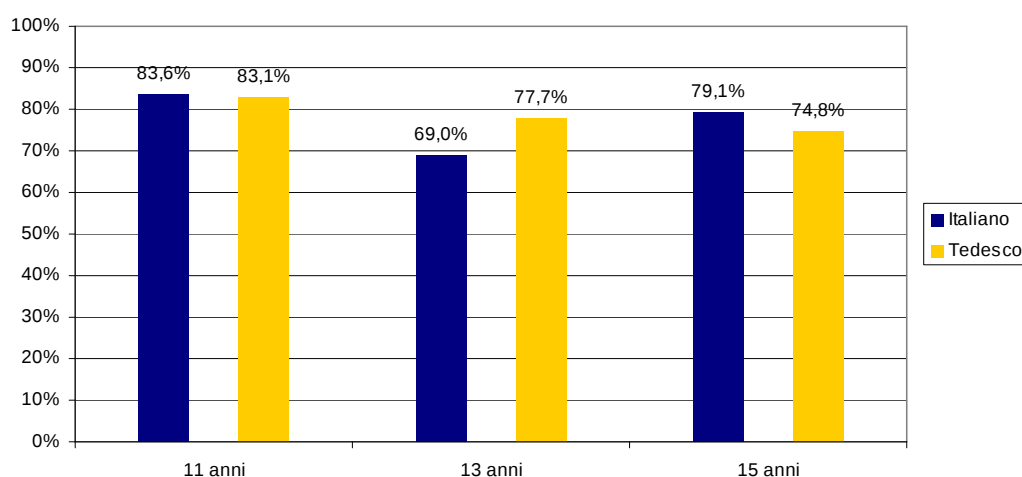


Figura 2.4 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per lingua della scuola ed età)



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. La maggior parte dei ragazzi è classificato in una posizione media (47,2%) o alta (42,1%), mentre pochi sono coloro non in grado di accedere ai beni considerati per il calcolo dell'indice (10,7%). Nelle scuole in lingua tedesca è dichiarata più frequentemente una bassa possibilità di consumo (tabella 2.5).

Rispetto all'indagine 2005-06 lo status socio-economico risulta generalmente migliorato. È diminuita considerevolmente la quota di ragazzi posizionati nella fascia a bassa possibilità di consumo mentre sono aumentati quelli situati nella fascia ad elevate possibilità di consumo.

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

FAS	Tedesco % (N)	Italiano % (N)	Ladino % (N)	Totale % (N)
Basso	11.3 (193)	9.5 (39)	6.5 (6)	10.7 (238)
Medio	47.6 (817)	44.2 (182)	52.2 (48)	47.2 (1047)
Alto	41.1 (705)	46.3 (191)	41.3 (38)	42.1 (934)
Totale	100.0 (1715)	100.0 (412)	100.0 (92)	100.0 (2219)

Il livello di educazione scolastica dei genitori è sconosciuto nel 27,9% dei casi riguardo al padre, e nel 26,3% rispetto alla madre. Il titolo di studio più frequente per i padri è quello di un istituto professionale (38,3%) mentre tra le madri prevale il diploma di maturità (36,9%). La licenza elementare è dichiarata per il 2,4% dei padri e l'1,0% delle madri, la laurea è posseduta del 16,4% dei padri e dal 15,2% delle madri (tabella 2.6).

La non conoscenza del titolo di studio dei genitori è maggiormente dichiarata nel caso di un basso status socio-economico (nel 37,2% di non conoscenza del titolo di studio del padre il FAS è basso, nel 31,3% è medio, nel 20,9% è alto, analogamente per il titolo di studio della madre, con valori rispettivamente del 31,4%, 29,8% e 20,3% per FAS basso, medio e alto). I "non so" rispetto al titolo di studio dei genitori sono quindi ipotizzabili come distribuiti maggiormente nelle situazioni di basso livello d'istruzione.

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	2.46 (11)	2.30 (13)	2.48 (13)	1.30 (6)	1.22 (7)	0.37 (2)
Licenza media	14.29 (64)	17.31 (98)	17.52 (92)	13.91 (64)	17.63 (101)	16.57 (89)
Istituto professionale	40.62 (182)	36.57 (207)	38.29 (201)	28.48 (131)	25.48 (146)	38.55 (207)
Maturità	25.00 (112)	28.45 (161)	25.14 (132)	38.04 (175)	41.71 (239)	30.73 (165)
Laurea	17.63 (79)	15.37 (87)	16.57 (87)	18.26 (84)	13.96 (80)	13.78 (74)
Totale	100 (448)	100 (566)	100 (525)	100 (460)	100 (573)	100 (537)

2.5 Conclusioni

La vita in famiglia è ciò che forse con maggior forza influenza le modalità dei ragazzi, anche in quanto futuri adulti, di rapportarsi con il mondo, e quindi di trovarvi occasioni di soddisfazione e di buona, o cattiva, salute. Abbiamo qui osservato alcuni aspetti di tre fondamentali componenti della vita familiare: la struttura di convivenza, la qualità percepita delle relazioni con i genitori e la situazione socio-economica.

Pur con una netta prevalenza dei nuclei familiari in cui sono presenti entrambi i genitori, con o senza nonni, le situazioni alternative rappresentano oramai una realtà assodata, di cui non si può non tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali. Tra le forme "alternative" è soprattutto consistente la presenza di madri sole, considerate a forte rischio di povertà (in Europa tale rischio sta già esplodendo, mentre in Italia è ancora un po' attutito dalla presenza dei nonni). Problematica è dunque l'associazione tra famiglie "alternative" e situazioni di svantaggio sociale, dove molti autori sostengono che l'assenza di uno dei genitori non è, in sé, problematica, se agli altri adulti di riferimento è permesso di attuare pienamente una buona relazione con i ragazzi.

La qualità delle relazioni con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende ad essere più bassa tra i quindicenni che tra i tredicenni, e più bassa tra i tredicenni che tra gli undicenni. Si tratta di un dato che ci si poteva aspettare, considerato che l'adolescenza è l'età in cui si comincia a staccarsi dalla famiglia per avvicinarsi ad altri gruppi ed a valori diversi da quelli di provenienza. Sempre migliore è comunque il rapporto con la madre rispetto a quello con il padre. Dà da pensare invece la minore quota di ragazze, rispetto ai ragazzi, che trova facilità nella relazione con il padre, e ci si potrebbe chiedere se questo fatto potrebbe essere collegato con una minore considerazione di sé e un minor benessere percepito sperimentato dalle ragazze (si veda il Capitolo 7).

Per quanto riguarda la situazione socio-economica, abbiamo osservato diversi tipi di indicatori che ne rendono conto. Si registra, pur in una maggioranza di casi con possibilità di consumo medie e alte, il permanere di casi di disagio. I genitori laureati invece continuano ad essere piuttosto pochi rispetto agli standard europei. Anche di questi fatti è importante tenere conto nell'organizzazione delle politiche redistributive e di sostegno alle famiglie, anche per l'importanza che lo status socio-economico esercita sullo stato di salute attuale e futuro 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.
- ASTAT (2010). Quadro sociale della provincia di Bolzano 2009. Bolzano: Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige.
- 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.
- Billari, F.C., Mauri, L. (a cura di) (2004). Dinamiche familiari e bisogni sociali. Survey socio-demografica in Alto Adige. Milano: Franco Angeli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.

- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet.*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer e il gruppo nazionale HBSC

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 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).

La scuola, oltre a dover rispondere alla domanda di istruzione, si colloca all'interno della comunità come portatrice di valori e cultura: è qui (anche se non solo qui) che i ragazzi e le ragazze possono sviluppare la capacità di scelta, l'assegnazione di valore, l'assunzione di responsabilità delle proprie azioni. In altre parole assolve la funzione di promuovere il benessere degli studenti e formare dei cittadini attivi e consapevoli nella globalità dei termini.

È ovvio dunque che la scuola diventi un importante luogo di studio per indagare gli stili di vita e la percezione dei giovani in tema di salute.

Andando ad esplorare e mettendo in relazione diversi fattori collegabili allo stato di salute, la ricerca offre un quadro preciso e spunti di riflessione per tutti coloro che direttamente o indirettamente si occupano di prevenzione e di promozione della salute.

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 dei dirigenti scolastici sugli aspetti strutturali, organizzativi e funzionali delle scuole.

Interessante risulta l'analisi dei dati rispetto ai gruppi linguistici e il confronto con la precedente indagine svolta nell'anno scolastico 2005/06.

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.

Questo capitolo contiene infatti affermazioni e valutazioni che provengono sia dalle risposte fornite dai dirigenti scolastici intervistati sia dagli alunni: le prime 7 appartengono all'area "dirigenziale", le altre esprimono le percezioni degli studenti.

Per esigenze di significatività, il campione è stato suddiviso in due blocchi: alunni italiani e alunni tedeschi+ladini. Dove fosse necessario, le risposte degli studenti sono state ulteriormente analizzate in base alla densità di popolazione del comune di appartenenza, per valutare se ci fossero differenze significative negli stili di vita fra piccole e grandi comunità.

I Capi d'istituto considerano più che adeguate (sopra l'80%) le risorse interne della scuola (laboratori – attrezzature informatiche – biblioteche); un po' meno buona la valutazione (69.8%) sui cortili e le aree esterne all'edificio (tabella 3.1).

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	69.79 (67)	86.17 (81)	83.33 (80)	83.16 (79)	91.67 (88)	94.74 (90)	95.83 (92)	85.42 (82)	83.16 (79)
Non adeguato	29.17 (28)	13.83 (13)	16.67 (16)	12.63 (12)	7.29 (7)	5.26 (5)	4.17 (4)	14.58 (14)	13.68 (13)
Risorsa non presente	1.04 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.21 (4)	1.04 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	3.16 (3)
Totale	100 (96)	100 (94)	100 (96)	100 (95)	100 (96)	100 (95)	100 (96)	100 (96)	100 (95)

Tra le misure di promozione della salute adottate nelle scuole prevalgono quelle relative alla promozione dell'attività fisica (tutte o quasi tutte le scuole fanno almeno 2 ore di attività motoria curricolare alla settimana – cfr. tab. 3.4), considerate abituali dall'83.3% degli intervistati; seguono quelle contro la violenza e il bullismo (abituali per il 55.2% ma presenti comunque anche per gli altri) e quelle contro l'abuso di sostanze (abituali per il 48.9%, saltuarie per il 51.1%). Presenti comunque anche le attività di promozione della corretta alimentazione (abituali per il 41.5%, più saltuarie per il 57.4%) (tabella 3.2).

Ne deriva l'immagine di una scuola attenta a promuovere negli studenti l'acquisizione e lo sviluppo di competenze positive per il benessere, e che incentiva e sostiene le iniziative legate alla diffusione di abitudini salutari e alla prevenzione.

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	41.49 (39)	84.21 (80)	55.21 (53)	48.94 (46)
Sì di tanto in tanto	57.45 (54)	15.79 (15)	43.75 (42)	51.06 (48)
No	1.06 (1)	0.00 (0)	1.04 (1)	0.00 (0)
Totale	100 (94)	100 (95)	100 (96)	100 (94)

Solo il 51.6% degli istituti scolastici è dotato di una mensa e pochi sono i programmi (16.5%) che prevedono distribuzione di latte, frutta e yogurt come spuntino di metà mattina, a fronte invece di una presenza importante di distributori automatici (nel 60.0% delle strutture italiane e nel 42.5% di quelle tedesche/ladine), con prevalenza di disponibilità di acqua, bevande calde, bibite zuccherate o gassate, succhi di frutta e merendine preconfezionate) (tabella 3.3).

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	51.58 (49)	16.48 (15)	46.24 (43)
No	48.42 (46)	83.52 (76)	53.76 (50)
Totale	100 (95)	100 (91)	100 (93)

Tabella 3.4: Classi che riescono a fare le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum.

	Classi %
	(N)
Tutte	83.33 (80)
Quasi tutte	12.50 (12)
Circa la metà	3.12 (3)
Poche	1.04 (1)
Totale	100 (96)

Poche scuole partecipano a iniziative organizzate con partner esterni, ma invece prevalgono quelle proposte dalle Direzioni scolastiche o da insegnanti (nel 36% dei casi) (tabella 3.5); il Comune risulta più presente nelle scuole italiane (19.0%) rispetto alle scuole tedesche/ladine (12.0%) così come le istituzioni provinciali (23.8% vs. 17.3%) e le associazioni di volontariato (19.0 vs. 9.3%) (tabella 3.5).

Tabella 3.5: 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	13.54 (13)	8.33 (8)	18.75 (18)	11.46 (11)	36.46 (35)	3.12 (3)
No	86.46 (83)	91.67 (88)	81.25 (78)	88.54 (85)	63.54 (61)	96.87 (93)
Totale	100 (96)	100 (96)	100 (96)	100 (96)	100 (96)	100 (96)

Secondo i dirigenti gli studenti sono abbastanza coinvolti nell'organizzazione della scuola, sia per quanto riguarda scelte di politica interna e di regole (per il 66.7%) che nelle misure di organizzazione di eventi (36,5%) e di promozione della salute (nel 36% degli istituti); più raramente nelle attività di insegnamento in classe. La partecipazione allo sviluppo di politiche e regole è maggiore nelle scuole italiane (85.7%) rispetto a quelle tedesche/ladine (61.3%), così come lo sviluppo di misure di promozione della salute (60.0% vs. 29.7%) mentre maggiore attenzione agli studenti viene data nelle scuole tedesche/ladine all'organizzazione del contesto fisico (38.7% vs. 25.0%) (tabella 3.6).

Tabella 3.6: Frequenza del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola.

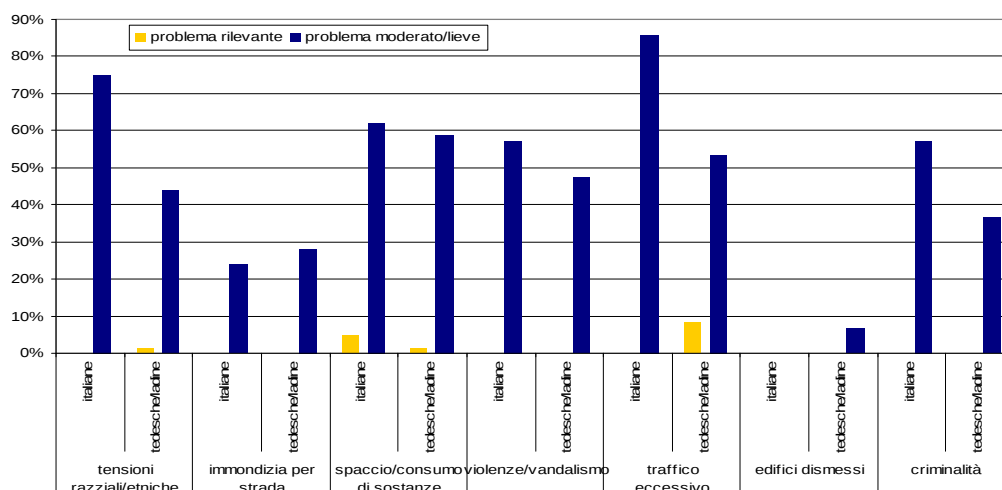
	Sviluppo politiche e regole	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure di promozione alla salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Frequentemente	66.67 (64)	35.79 (34)	36.17 (34)	36.46 (35)	32.63 (31)
Raramente	31.25 (30)	56.84 (54)	58.51 (55)	57.29 (55)	67.37 (64)
Mai	2.08 (2)	7.37 (7)	5.32 (5)	6.25 (6)	0.00 (0)
Totale	100 (96)	100 (95)	100 (94)	100 (96)	100 (95)

Solo il 4.8% dei dirigenti italiani segnala un rilevante problema di spaccio/consumo di droghe intorno al proprio edificio scolastico. Sono al contrario molto segnalati in qualità di problemi moderati o lievi l'eccessivo traffico (85.7%), le tensioni razziali (75.0%) e lo spaccio o consumo di sostanze (61.9%).

Anche una piccola parte (8.2%) dei dirigenti tedeschi appare preoccupata per l'aumento e la pericolosità del traffico intorno all'istituto; gli altri fattori sono considerati lievi o comunque moderati (tabella 3.7 e figura 3.1).

Tabella 3.7: 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	1.08 (1)	0.00 (0)	2.13 (2)	0.00 (0)	6.38 (6)	0.00 (0)	0.00 (0)
Problema moderato/lieve	50.54 (47)	27.08 (26)	59.57 (56)	49.47 (47)	60.64 (57)	5.26 (5)	41.05 (39)
Problema non presente	48.39 (45)	72.92 (70)	32.98 (31)	47.37 (45)	32.98 (31)	92.63 (88)	53.68 (51)
Non so	0.00 (0)	0.00 (0)	5.32 (5)	3.16 (3)	0.00 (0)	2.11 (2)	5.26 (5)
Totale	100 (93)	100 (96)	100 (94)	100 (95)	100 (94)	100 (95)	100 (95)

Figura 3.1: Percezione in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola per lingua della scuola.

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

Alcuni studi (Graziano, 2007) hanno inoltre esaminato come la qualità del rapporto con gli insegnanti influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (Huges, 1999; Pianta e Niemetz,

1991), ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (White e Jones, 2000).

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

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro (solo 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".

Le risposte sono importanti perchè rispecchiano il clima all'interno della comunità scolastica e consentono di trarre deduzioni sul livello di "benessere relazionale" degli allievi, sulla propria autostima e su come si sentano considerati e valorizzati nell'ambiente in cui trascorrono gran parte della loro giornata. I dati che emergono sono stati, dove possibile, confrontati con quelli analoghi rilevati in precedenza (HBSC 2005/6), anche per capire se le iniziative che sono state messe in campo in proposito abbiano sortito qualche effetto o modificato in modo sensibile eventuali negatività.

Il 45.2% dei 15enni italiani (con leggera prevalenza femminile, 55.1%) è d'accordo sul fatto di essere trattati in modo giusto dagli insegnanti; i restanti, soprattutto maschi, sembrano indifferenti al problema. Il rapporto si inverte nella scuola tedesca, dove il 45.9% si ritiene trattato nel giusto modo, con i maschi (47.3%) maggiormente convinti rispetto alle femmine (44.8%), più indifferenti. Il confronto fra i due gruppi non evidenzia differenze sostanziali mentre nel 2005/6 i dati indicavano il sentimento di un trattamento più equo tra gli studenti italiani (tabella 3.8).

Tabella 3.8: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto": per genere, solo quindicenni

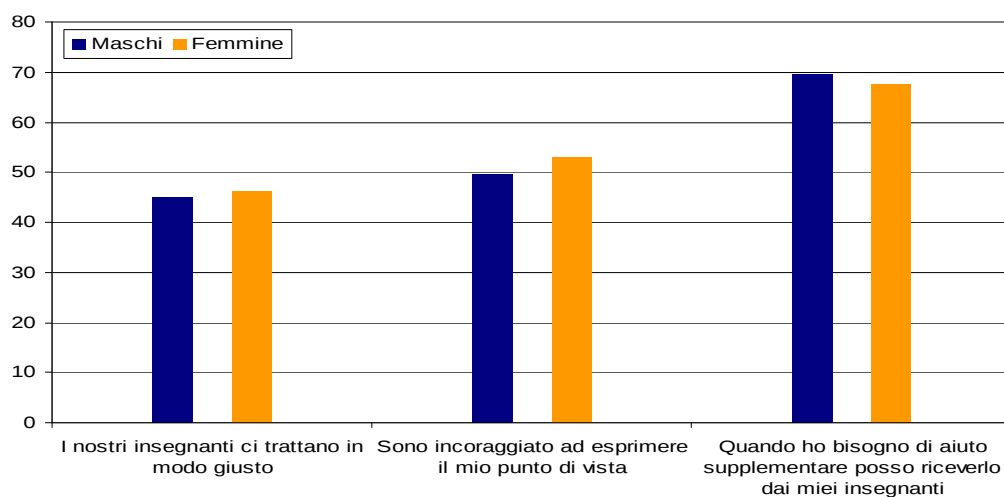
	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	4.03 (11)	7.67 (26)	6.05 (37)
D'accordo	41.03 (112)	38.64 (131)	39.71 (243)
Né d'accordo né in disaccordo	37.73 (103)	40.12 (136)	39.05 (239)
Non d'accordo	11.72 (32)	9.44 (32)	10.46 (64)
Per niente d'accordo	5.49 (15)	4.13 (14)	4.74 (29)
Totale	100 (273)	100 (339)	100 (612)

Sostanzialmente invariata la percentuale (circa la metà) dei 15enni tedeschi e italiani d'accordo con l'affermazione di poter ricevere, se richiesto, aiuto supplementare da parte dei propri insegnanti; per il 68.5% dei 15enni italiani e tedeschi (con una leggera prevalenza maschile) i docenti sono disponibili ad aiutare anche al di fuori del loro insegnamento; circa il 20% però, non si esprime (tabella 3.9 e figura 3.2).

Un quadro simile emergeva anche nell'indagine precedente, insieme alla sensazione di essere ascoltati nell'espressione dei propri bisogni e di vivere/appartenere ad un ambiente di crescita "protetta" e consapevole.

Tabella 3.9: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti”, per genere solo quindicenni

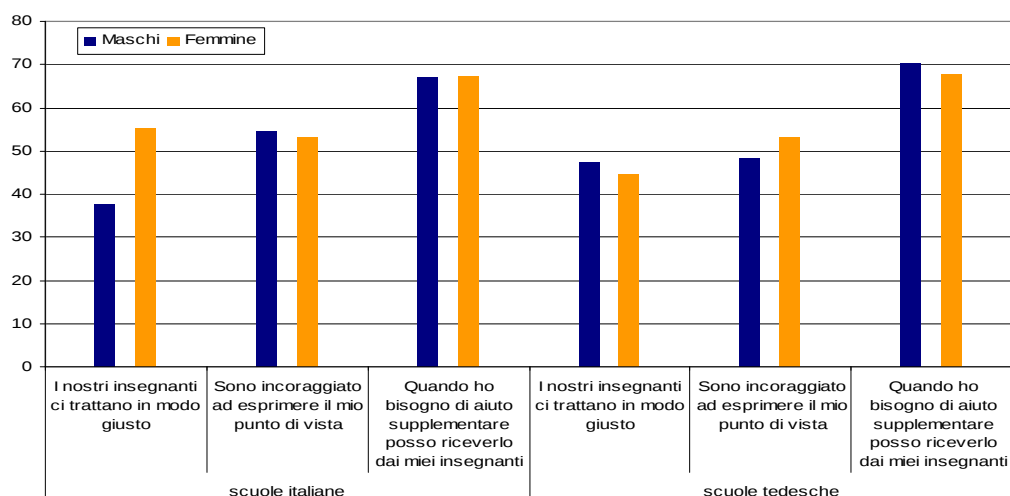
	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	12.82 (35)	15.63 (53)	14.38 (88)
D'accordo	56.78 (155)	51.92 (176)	54.08 (331)
Né d'accordo né in disaccordo	20.88 (57)	23.60 (80)	22.39 (137)
Non d'accordo	6.59 (18)	6.78 (23)	6.70 (41)
Per niente d'accordo	2.93 (8)	2.06 (7)	2.45 (15)
Totale	100 (273)	100 (339)	100 (612)

Figura 3.2 – 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

La percezione che gli studenti altoatesini hanno dei loro insegnanti sembra ancora legata al rapporto insegnamento/apprendimento, ad una trasmissione quindi di saperi più che di competenze di vita. La libera espressione e la valorizzazione della propria opinione sono obiettivi importanti per una scuola che si propone di formare cittadini autonomi e responsabili del proprio pensiero e delle proprie azioni.

Fa riflettere anche il fatto che meno della metà degli intervistati (con qualche eccezione fra le ragazze italiane) ritenga di essere trattato in modo “giusto” dai propri insegnanti: comportamenti equi e corretti da parte degli adulti costituiscono, a questa età, forti elementi di “protezione” in un percorso di crescita e identificazione in modelli positivi (figura 3.3).

Figura 3.3 – 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 e lingua della scuole, 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 altoatesini con i 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 3.10 e 3.11 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

Anche il rapporto con i compagni viene vissuto all'insegna dell'accoglienza e della disponibilità: per oltre il 70% di tutti i ragazzi intervistati i compagni sono gentili collaborativi, soprattutto a 15 anni (81.3%) (tabella 3.10). Più dell'80% dei ragazzi intervistati si dichiara ben accettato dai compagni, e anche qui i più convinti sono i 15enni (tabella 3.11).

Questa percentuale riprende sostanzialmente quella del 2005/6, anche se allora erano più gli 11enni a professarsi maggiormente accolti ed accettati nella loro singolarità.

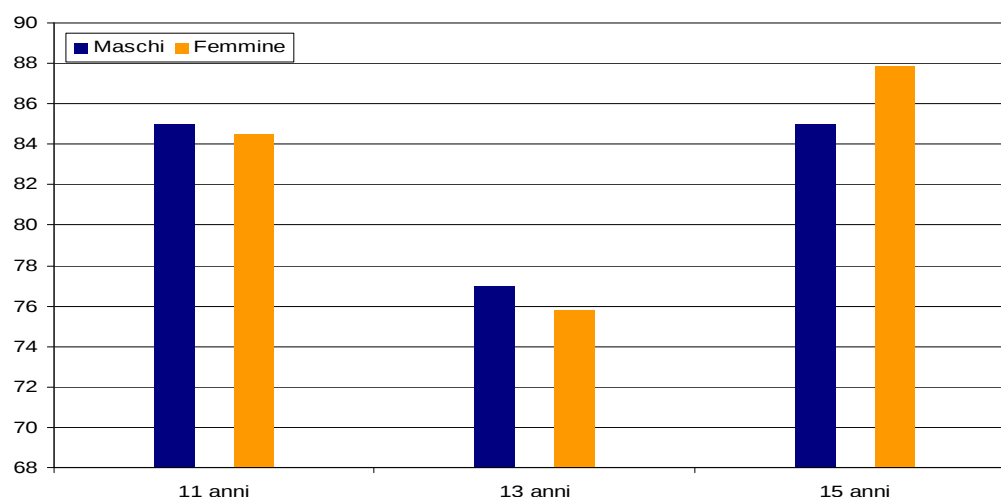
Tabella 3.10: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	32.51 (278)	28.79 (226)	32.79 (200)
D'accordo	45.61 (390)	45.61 (358)	48.52 (296)
Né d'accordo né in disaccordo	17.54 (150)	18.73 (147)	12.46 (76)
Non d'accordo	3.51 (30)	5.99 (47)	5.08 (31)
Per niente d'accordo	0.82 (7)	0.89 (7)	1.15 (7)
Totale	100 (855)	100 (785)	100 (610)

Tabella 3.11: 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	37.96 (323)	32.40 (254)	34.97 (214)
D'accordo	46.89 (399)	44.01 (345)	51.63 (316)
Né d'accordo né in disaccordo	11.52 (98)	16.84 (132)	10.29 (63)
Non d'accordo	2.47 (21)	4.85 (38)	2.12 (13)
Per niente d'accordo	1.18 (10)	1.91 (15)	0.98 (6)
Totale	100 (851)	100 (784)	100 (612)

Pur valutando sostanzialmente buono, dal proprio punto di vista, il rapporto amicale, spicca la condizione dei tredicenni che, con leggera prevalenza maschile, appaiono meno “accettati” o considerati dal gruppo dei pari (figura 3.4). Inutile ribadire quanto la solidarietà dei coetanei, oltre alla valorizzazione da parte degli adulti, rafforzino il processo di crescita in termini di autostima e capacità di affrontare il disagio e le difficoltà tipiche dell'età adolescenziale. Ciò significa quindi che accettazione e collaborazione reciproca vanno continuamente ribadite e sostenute dalla scuola, anche attraverso iniziative che promuovano la valorizzazione delle risorse personali e la partecipazione di ciascun alunno all'interno del gruppo.

Figura 3.4 – 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 anche il tema del bullismo e delle relazioni violente, che purtroppo spesso non emerge con chiarezza ma si annida in spazi e modalità "coperte", 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".

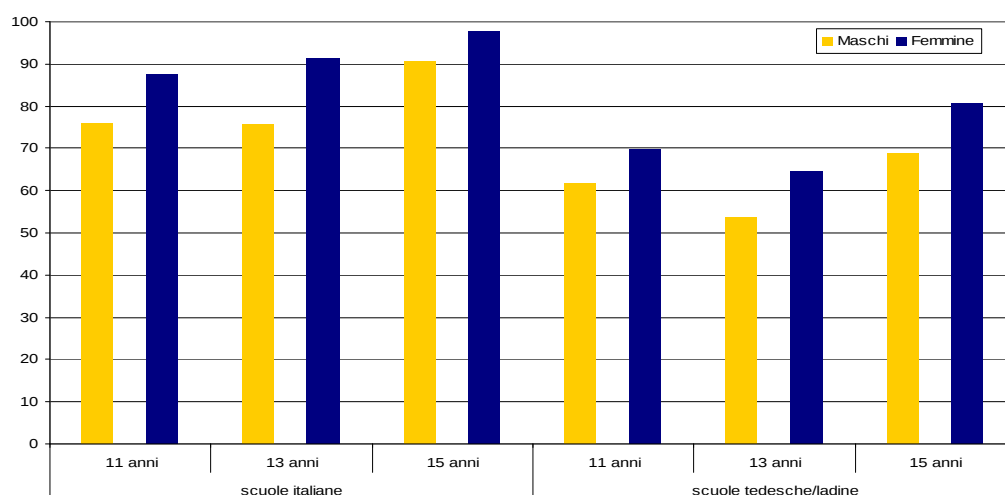
Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle 3.12 e 3.13 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

Cresce la percentuale di chi dichiara di non aver mai subito atti di bullismo (l'86.1% degli italiani e il 66,3% dei tedeschi; nel 2005/6 si attestava sul 67%) soprattutto fra i 15enni italiani (93.7%); il 28.5% dei 13enni tedeschi e ladini ammette di averne subito 1 o 2 volte, contro il 9.9% degli italiani (tabella 3.12 e figura 3.5). C'è comunque ancora qualcuno che confessa di subirne più volte alla settimana (1.5% di ragazzi italiani contro 2.7% di tedeschi/ladini). Nel mondo tedesco e ladino è un po' più alta anche l'ammissione di subirne almeno 1 volta a settimana (3.1%).

Va tenuto però conto del fatto che nell'ultimo periodo il bullismo ha modificato le sue forme, è diventato più sottile, e si avvale di strumenti che non hanno sempre a che fare con la forza fisica, ma si nascondono sotto forme più subdole affidate a sms, internet o altri mezzi mediatici.

Tabella 3.12: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	69.25 (581)	63.45 (493)	78.96 (484)
1-2 volte negli ultimi due mesi	21.45 (180)	25.35 (197)	14.85 (91)
2-3 volte nell'ultimo mese	4.53 (38)	4.25 (33)	2.61 (16)
1v/sett	2.26 (19)	3.73 (29)	2.12 (13)
>1 volta/sett	2.50 (21)	3.22 (25)	1.47 (9)
Totale	100 (839)	100 (777)	100 (613)

Figura 3.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età, genere e lingua della scuola

Ancora una volta i tredicenni, soprattutto tedeschi e ladini, appaiono più deboli nei confronti delle possibili “violenze” del gruppo o dei singoli, e questo conferma l’immagine, emersa anche dalla fig. 3.4, di una generazione più isolata o, almeno, meno integrata. Forse proprio in questa fascia d’età va concentrata l’attenzione, per evitare che il sentirsi “poco o male accettato” non si trasformi in isolamento, depressione o altra sensazione “a rischio”.

Il 70.2% dei ragazzi ladini e tedeschi dichiara di non essersi mai azzuffato, soprattutto fra i 15enni; un po’ meno (62.5%) fra gli italiani, dove i più tranquilli sembrano i 13enni. Nel restante gruppo, spiccano come più litigiosi (più di 4 volte in un anno) proprio gli 11enni, sia italiani che tedeschi/ladini (tabella 3.13).

Vale la pena comunque ribadire che deve essere tenuta sempre alta e vigile la soglia dell’attenzione, da parte della scuola, e in stretta collaborazione con la famiglia, su tutti quei fenomeni che comportano cambiamenti nelle abitudini e nei comportamenti dei giovani: osservare, dialogare, confrontarsi devono essere pratiche continue e costanti.

Tabella 3.13: “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	68.06 (586)	66.07 (518)	73.41 (450)
Una volta	13.94 (120)	16.58 (130)	15.01 (92)
2 volte	7.43 (64)	6.12 (48)	5.87 (36)
3 volte	2.67 (23)	4.97 (39)	2.12 (13)
4 volte o più	7.90 (68)	6.25 (49)	3.59 (22)
Totale	100 (861)	100 (784)	100 (613)

3.5 Rapporto/giudizio con/sulla 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 praticata e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e grupale e stimola la partecipazione alle attività proposte (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 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 3.14 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

Tabella 3.14: "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mi piace molto	31.04 (266)	11.05 (87)	15.01 (92)
Abbastanza	48.42 (415)	54.64 (430)	56.28 (345)
Non tanto	15.40 (132)	24.27 (191)	23.49 (144)
Non mi piace per nulla	5.13 (44)	10.04 (79)	5.22 (32)
Totale	100 (857)	100 (787)	100 (613)

Figura 3.6 – Percentuale di coloro a cui piace "molto" e "abbastanza" la scuola, per età e genere

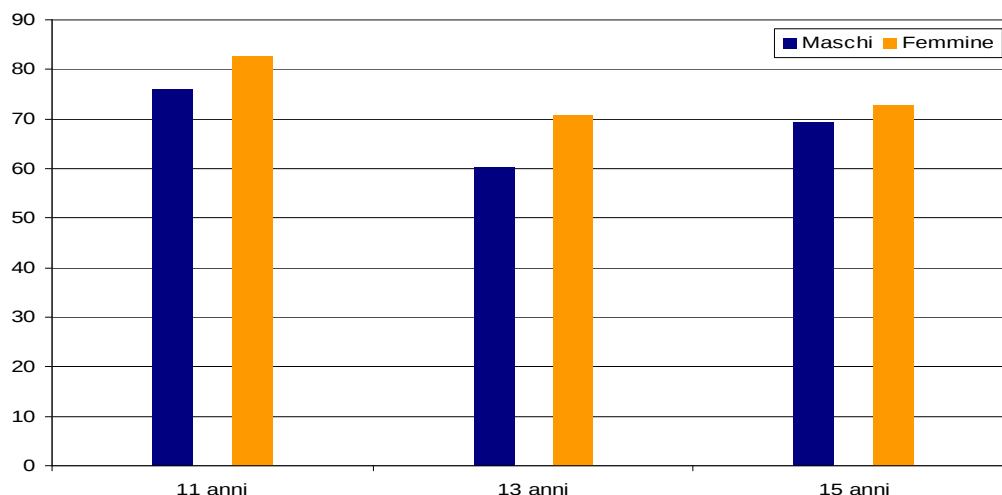
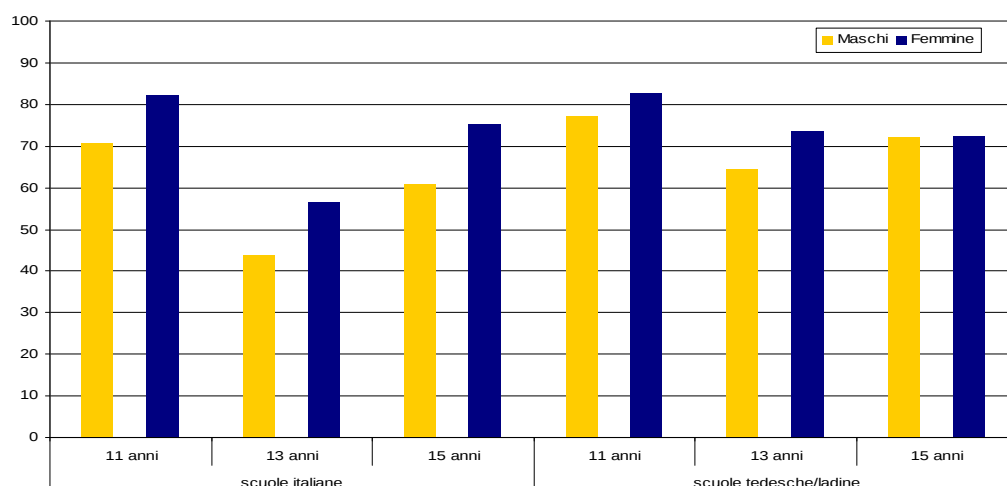


Figura 3.7 – Percentuale di coloro a cui piace “molto” e “abbastanza” la scuola, per età e genere e lingua della scuola



3.6 Conclusioni

Nel complesso la scuola piace molto o abbastanza a 2/3 degli alunni intervistati, soprattutto tedeschi (73.9%, in maggioranza 11enni). Per gli italiani la percentuale complessiva si ferma al 65.9%, con prevalenza degli 11enni (tabella 3.14).

Il giudizio generale verso gli insegnanti sembra dunque positivo: sono ritenuti infatti corretti, attenti e disponibili, anche se aumenta l'indifferenza verso l'ambiente scolastico: preoccupa infatti quella quota di 13enni italiani (49.6%) e tedeschi (31.3%) a cui la scuola piace poco o addirittura per nulla: questo dovrebbe essere oggetto e motivo di riflessione e indagine ulteriore.

Sostanzialmente positivo, come nelle aspettative, il rapporto con i compagni, ritenuti accoglienti, gentili e disposti a collaborare. Va comunque tenuto sotto controllo il fenomeno dell'aggressività/bullismo, che deve emergere con chiarezza per poter essere affrontato e combattuto.

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

Silvia Casazza, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Sara Tanja Oberhofer, Sabine Scherer e il gruppo nazionale HBSC

4.1 Introduzione

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

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

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

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

Il tempo libero infatti costituisce un fattore determinante nei processi di identificazione e socializzazione, in una dimensione non solo di svago e divertimento, ma anche della costruzione di interessi utili per l'adozione e il mantenimento nel tempo di uno stile di vita sano.

Lo sport, considerato come attività strutturata del tempo libero, è un'occasione di confronto, collaborazione, competizione, fondamentale per lo sviluppo di competenze sociali.

4.2 Attività fisica

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

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

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

E' peraltro interessante notare che la partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, per divertirsi, per costruire nuove amicizie e per crescere in salute. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere (Nelson, 2006; Fox, 2000). E' ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un bambino dal praticare un'attività motoria regolare, si

manifestano non solo nello sviluppo organico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia (EU Working Group "Sport and Health", 2008).

In questo capitolo le risposte degli studenti sono state messe in relazione anche con la densità di popolazione dei Comuni di residenza (o dove è situato l'istituto scolastico), per capire se vi siano differenze significative nelle abitudini di vita dei piccoli o grandi comuni.

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".

Solo il 5.2% dei ragazzi italiani e il 3.0% dei tedeschi ammette di non aver mai fatto attività fisica; il restante si allena da 2 a 4 giorni in settimana, con una leggera prevalenza dei 15enni tedeschi. Ciò avviene in tutte le tipologie di comuni: la pratica sportiva extracurricolare è quindi diffusa omogeneamente.

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

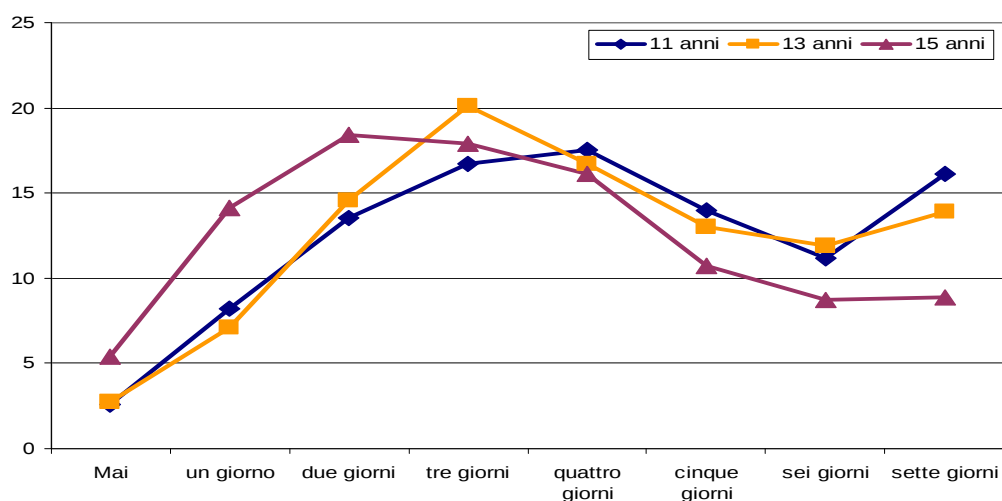
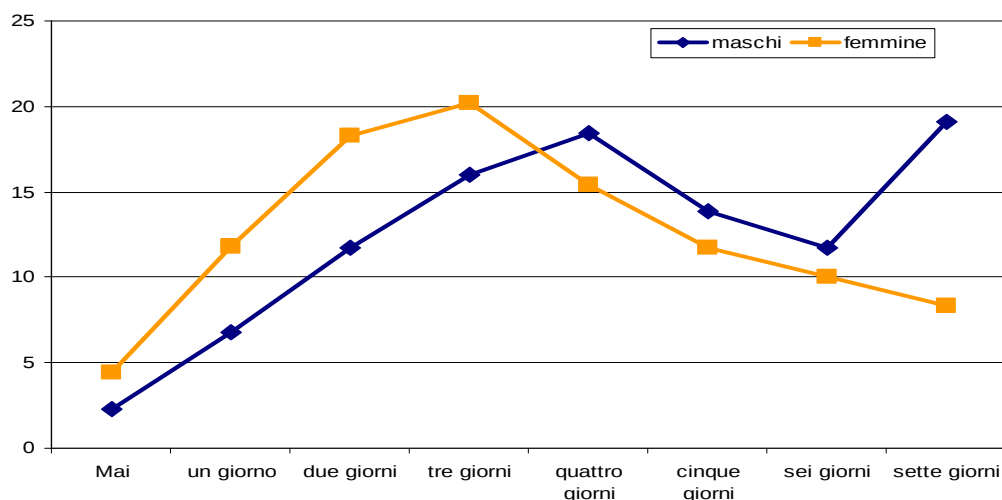


Figura 4.2 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

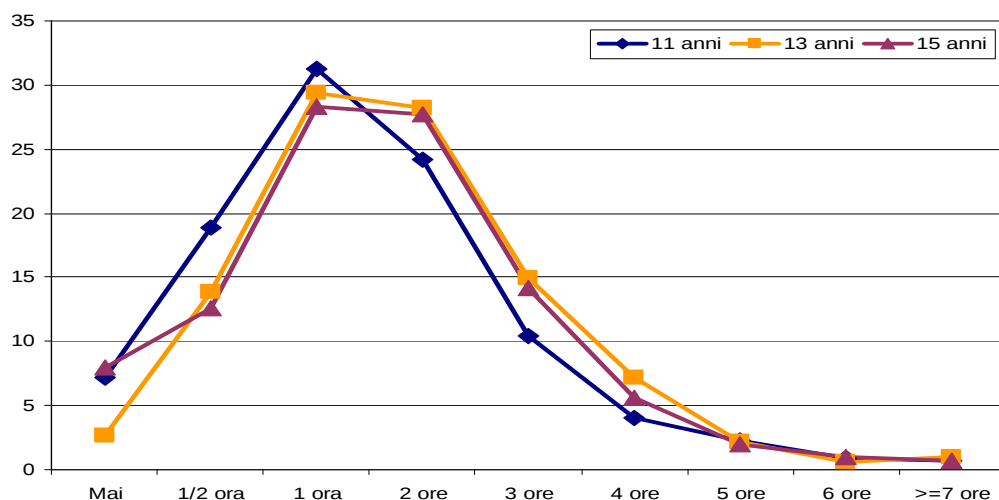
L'indagine sulla pratica di attività fisica viene arricchita da alcune domande sulla sedentarietà, ovvero quante ore al giorno vengono trascorse davanti alla televisione e davanti al computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue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

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).

I ragazzi intervistati dichiarano di guardare la televisione da 1 a 2 ore al giorno, soprattutto a 11 anni, senza significative differenze territoriali.

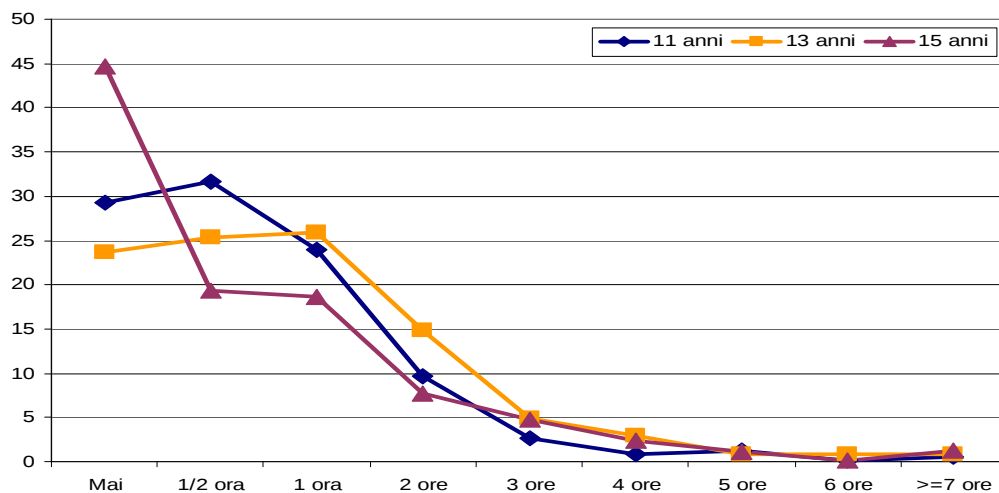
Figura 4.3 – Frequenza percentuale del tempo trascorso a guardare la televisione (videocassette, DVD o altro), per età



Circa 1/3, soprattutto 15enni, dichiara di non giocare mai al computer o alla playstation; per gli altri la media è fra mezzora e 1 ora, con una leggera prevalenza degli 11/13enni che vivono nei comuni a maggiore densità di popolazione.

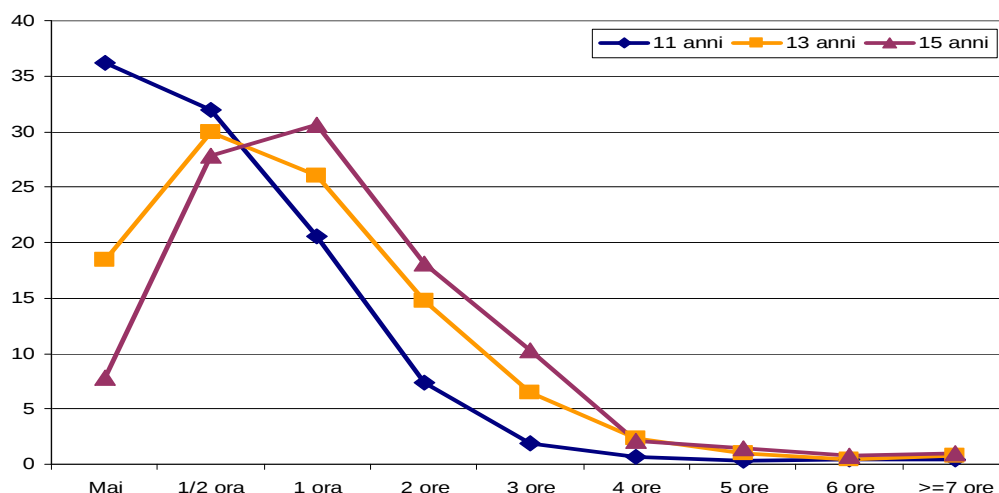
Preoccupa un po' quel quasi 15% di 13enni, soprattutto italiani, residenti nei comuni di media grandezza, che ammette di giocare più di 2 ore al giorno.

Figura 4.4 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per età



Circa il 22% a 11 anni dichiara di non usare mai il computer per chattare o altro; per gli altri la media è fra mezzora e 1 ora, ugualmente distribuita fra 11, 13 e 15 anni, più fra i ladini e tedeschi che fra gli italiani.

Figura 4.5 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età

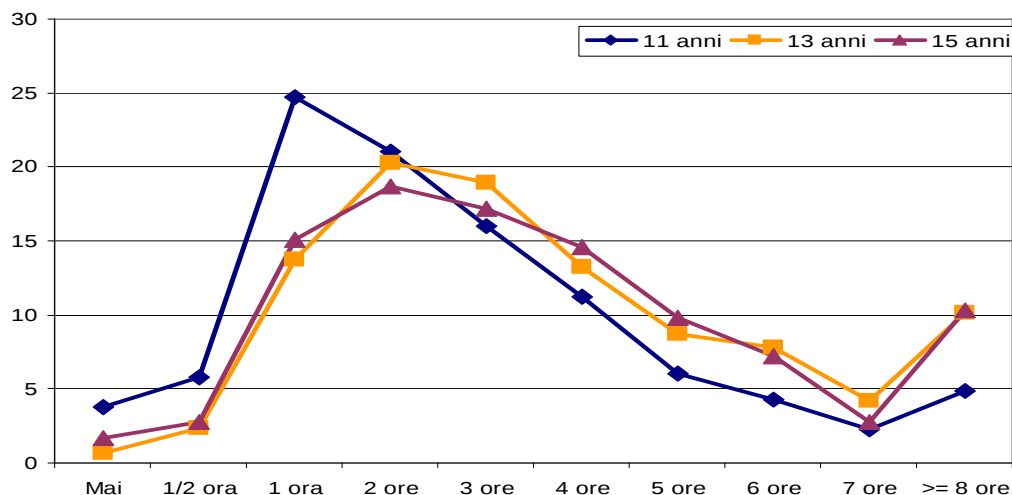


La figura 4.6 mostra la somma dei tempi dichiarati trascorsi a guardare la tv, a giocare con i videogiochi o a navigare in internet. Una simile somma è una sovrastime dell'effettivo tempo trascorso, anche per via delle dichiarazioni evidentemente "esagerate" fornite dai ragazzi.

Una lettura integrata delle figure dalla 4.3 alla 4.6 evidenzia però come l'elevata percentuale di quindicenni (quasi il 45%) che non usa mai i videogiochi (figura 4.4) è spiegata dal fatto che gli stessi si dedicano a internet o alla TV, visto che nella figura 4.6 rimane comunque bassa la quota di quindicenni che non trascorre il proprio tempo davanti alla TV, o ai videogiochi o a navigare in internet.

Analogamente per gli undicenni che non usano internet (figura 4.5).

Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a guardare la TV, o a giocare ai videogames o al computer per consultare internet, chattare o altro, per età

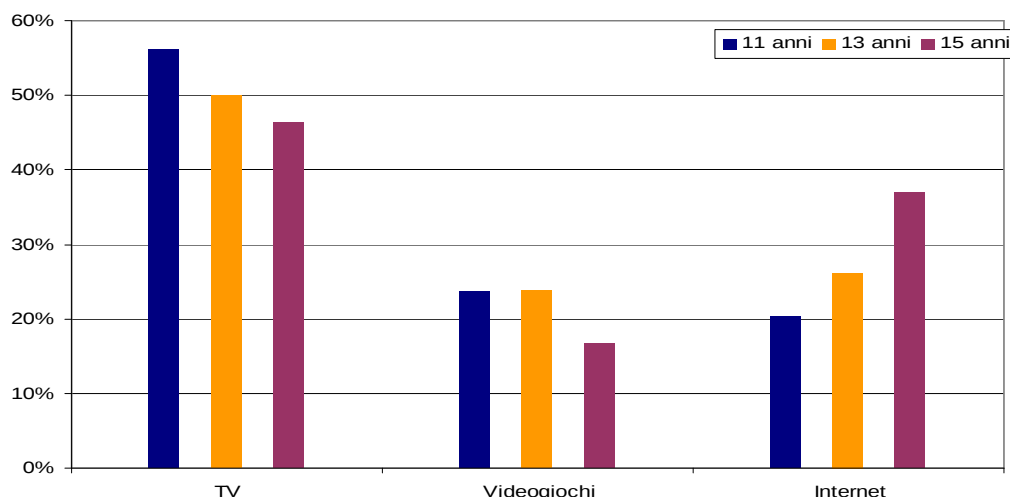


Pesando il tempo libero passato rispettivamente a guardare la TV, ai videogiochi o a navigare in internet rispetto alla somma del tempo libero che ciascun ragazzo dichiarava complessivamente per queste attività è stata stimato l'utilizzo percentuale di TV, videogiochi ed internet.

Il 100% delle ore passate tra TV, videogames o internet tra gli undicenni era ripartito per il 56,0% davanti alla tv, per il 23,7% ai videogiochi e per il 20,3% con internet. Per i tredicenni le analoghe quote sono del 50,0% per la tv, del 23,2% videogames e del 23,8% internet. Per i 15enni il 46,3% per la tv, il 16,7% per i videogames ed il 37,0% per internet.

La TV, che rimane comunque lo svago più utilizzato, perde importanza al crescere con l'età a scapito della navigazione in internet, mentre tra i quindicenni i videogiochi cominciano a perdere d'interesse.

Figura 4.7 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a guardare la TV, a giocare ai videogames e al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



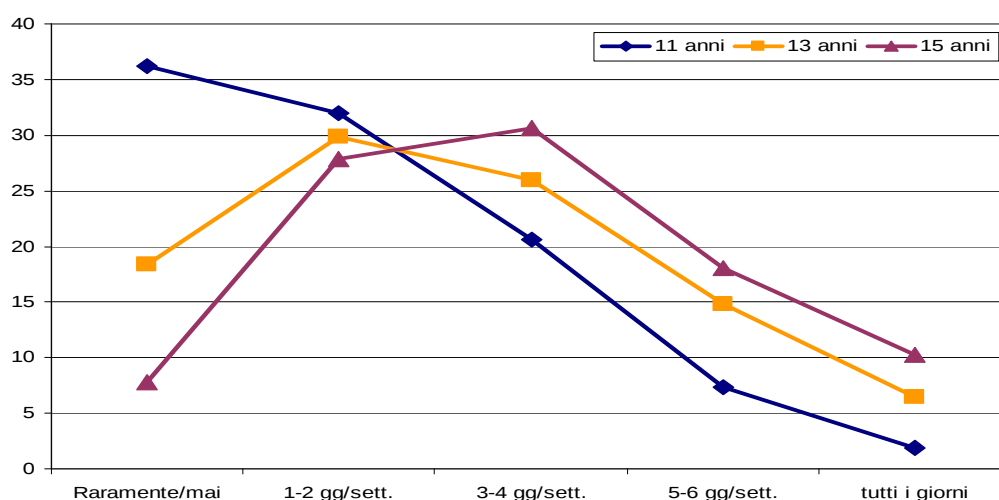
4.4 Rapporti con i pari

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

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

Più della metà dei 13 e 15enni italiani e tedeschi dichiara di avere contatti giornalieri con i propri amici attraverso il telefono, i messaggi sms o internet, soprattutto nei comuni più grandi; mai invece 1/3 degli 11enni, soprattutto tedeschi che vivono nei comuni medio-piccoli.

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



3.6 Conclusioni

Il rapporto dei giovani altoatesini con l'attività fisica e lo sport conferma i dati già emersi nella precedente ricerca e che sono supportati anche dalla presenza di un ambiente fisico/territoriale che invoglia la pratica sportiva, sia a livello agonistico che amatoriale. Tv, computer (comprese le varianti network, facebook e altro) non sembrano ancora in grado di sostituire virtualmente il gruppo di amici con cui condividere il tempo libero, anche se un 15% di tredicenni italiani confessa di utilizzarli per più di due ore al giorno.

Purtroppo il vistoso e vorticoso aumento di tali tecnologie e il fascino che esse possono esercitare sui giovani, allargando a dismisura e senza controllo le possibilità di incontro e conoscenza e quindi i potenziali rischi ad essi correlati, non solo sul piano delle relazioni ma anche su quello fisico (sedentarietà – alimentazione scorretta – ecc.) dovrà essere oggetto di ulteriori e più approfondite analisi, in modo che anche la scuola ne valorizzi l'uso strumentale ma ne conosca e contrasti le conseguenze negative.

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

Raffaella Vanzetta, Lucio Lucchin e il gruppo nazionale HBSC

5.1 Introduzione

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.

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

Dal punto di vista dei fattori di rischio, l'alimentazione è stata riconosciuta insieme al fumo il principale determinante modificabile delle malattie croniche (WHO, 2004). Alterazioni della dieta hanno, infatti, forte impatto, sia in positivo che in negativo, sulla salute nel corso di tutta la vita. Cambiamenti nell'alimentazione possono condizionare non solo la salute attuale dell'individuo ma anche la probabilità di sviluppare, più avanti nella sua vita, patologie come cancro, patologie cardiovascolari e diabete (WHO, 2002). L'obesità nei bambini e nei ragazzi è associata ad un aumento di ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2 e sviluppo precoce di lesioni aterosclerotiche (Roh, 2007; Amed, 2010; Flynn, 2010). La presenza di questi fattori di rischio, se anche non dà luogo necessariamente ad una morbidità nell'età dello sviluppo, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, dismetaboliche e tumori 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 ad una dieta scorretta (WHO, 2002; 2004).

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

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

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

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

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

La percentuale di ragazzi che non fanno colazione quasi raddoppia tra undici e tredici anni, passando dal 10.0% al 21.0% e contemporaneamente diminuisce dal 78.5% al 64.6% la quota di chi fa colazione per cinque giorni.

Non ci sono differenze sostanziali tra i ragazzi di lingua italiana e quelli di lingua tedesca/ladina, mentre rispetto all'indagine del 2005-06 è in diminuzione la quota di quelli che non fanno mai colazione (-4.2% rispetto ai quindicenni di quattro anni fa) ed in aumento la percentuale di chi fa colazione tutti i giorni (+5.3% sempre rispetto ai quindicenni).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9.96 (83)	15.40 (120)	20.98 (128)
Un giorno	2.76 (23)	2.57 (20)	2.79 (17)
Due giorni	2.76 (23)	2.57 (20)	3.77 (23)
Tre giorni	3.00 (25)	3.72 (29)	3.93 (24)
Quattro giorni	3.00 (25)	3.98 (31)	3.93 (24)
Cinque giorni	78.51 (654)	71.76 (559)	64.59 (394)
Totale	100 (833)	100 (779)	100 (610)

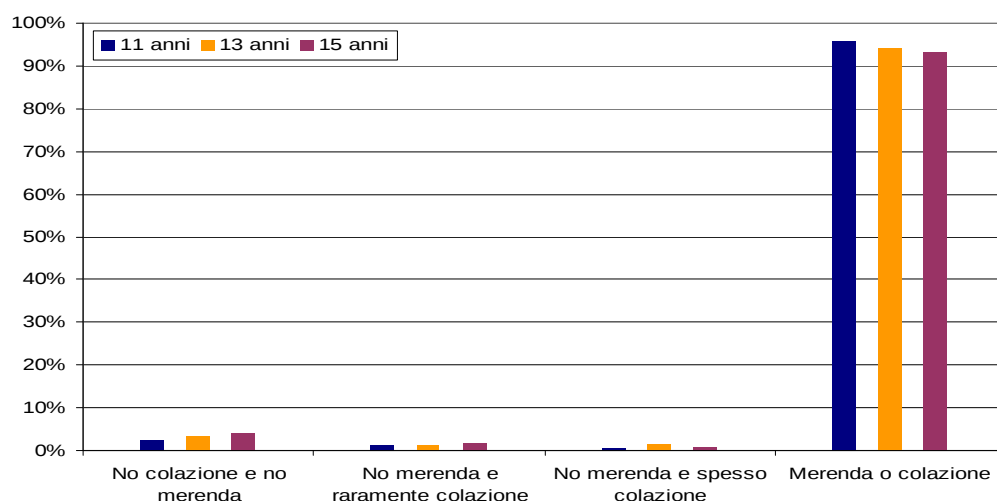
La merenda è un elemento essenziale per la crescita di bambini e ragazzi, poiché interrompe il periodo di digiuno tra due pasti principali. Attraverso la merenda i ragazzi devono essere in grado di arrivare al pranzo o alla cena senza assumere una quantità di calorie eccessive tali da compromettere l'appetito utile per consumare il pasto successivo.

Come già visto per la colazione cresce tra undici e tredici anni la percentuale dei ragazzi che non fanno mai merenda (dal 4.2% al 11.6%) e diminuisce quella di chi fa la merenda sia al mattino che nel pomeriggio (dal 55.3% al 45.6%). Tra i quindicenni di lingua italiana è più elevata la percentuale di chi non fa merenda (15.0% vs. 10.8%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	4.23 (36)	5.69 (45)	11.56 (71)
Solo a metà mattina	32.43 (276)	36.03 (285)	36.81 (226)
Solo nel pomeriggio	11.05 (94)	8.98 (71)	6.03 (37)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	52.29 (445)	49.30 (390)	45.60 (280)
Totale	100 (851)	100 (791)	100 (614)

Il 95,9% degli undicenni, il 94,2% dei tredicenni ed il 93,1% dei quindicenni fa colazione alla mattina o la merenda a metà mattina. Non fa ne colazione ne merenda il 2,4% degli undicenni, il 3,2% dei tredicenni ed il 4,3% dei 15nni (figura 5.1).

Figura 5.1 – Frequenza percentuale della colazione o della merenda a metà mattina, per età

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

Il consumo di frutta rimane limitato, e solo 1 ragazzo su sei consuma frutta più di una volta al giorno, senza differenze sostanziali di comportamento per gruppo linguistico e nemmeno rispetto all'indagine 2005-06 (tabella 5.3).

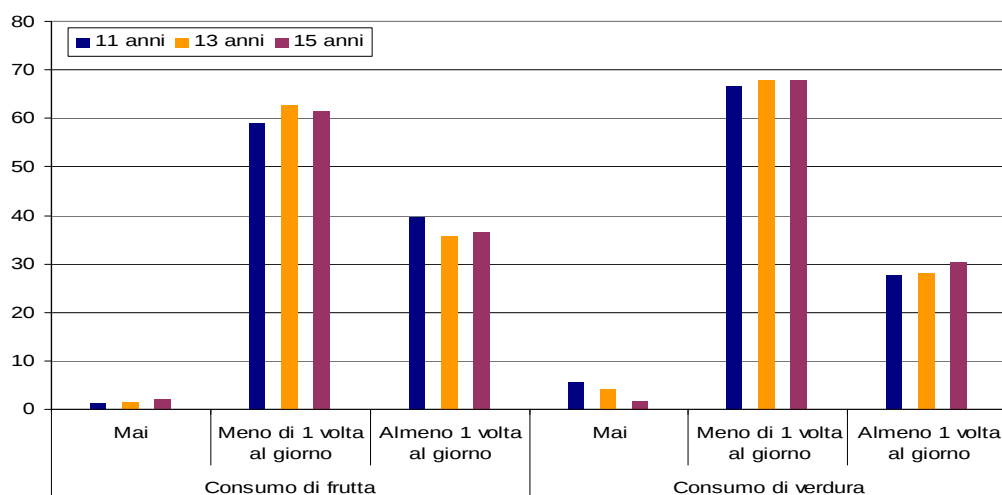
Anche il consumo di verdura si mantiene su livelli molto bassi, e meno del 9% dei quindicenni dichiara di consumarne più di una volta al giorno (tabella 5.4). Tra i ragazzi di lingua italiana è più diffuso il consumo almeno giornaliero di verdura: complessivamente il 38.1% dichiara di consumarne una o più volte al giorno rispetto al 26.4% dei ragazzi delle scuole tedesche/ladine.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	1.28 (11)	1.53 (12)	1.96 (12)
Meno di una volta a settimana	5.70 (49)	4.97 (39)	5.89 (36)
Una volta a settimana	10.13 (87)	10.70 (84)	9.00 (55)
2-4 volte a settimana	25.26 (217)	28.54 (224)	29.46 (180)
5-6 volte a settimana	17.93 (154)	18.47 (145)	17.18 (105)
Una volta al giorno tutti i giorni	22.35 (192)	21.02 (165)	21.11 (129)
Più di una volta al giorno	17.35 (149)	14.78 (116)	15.38 (94)
Totale	100 (859)	100 (785)	100 (611)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	5.61 (48)	3.96 (31)	1.80 (11)
Meno di una volta a settimana	10.29 (88)	8.31 (65)	5.07 (31)
Una volta a settimana	15.09 (129)	13.30 (104)	9.98 (61)
2-4 volte a settimana	23.86 (204)	27.75 (217)	31.59 (193)
5-6 volte a settimana	17.43 (149)	18.54 (145)	21.28 (130)
Una volta al giorno tutti i giorni	17.78 (152)	19.05 (149)	21.44 (131)
Più di una volta al giorno	9.94 (85)	9.08 (71)	8.84 (54)
Totale	100 (855)	100 (782)	100 (611)

Figura 5.2 – Frequenza percentuale del consumo di frutta e 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 contiene quantità notevoli di tali nutrienti (Ludwig, 2001).

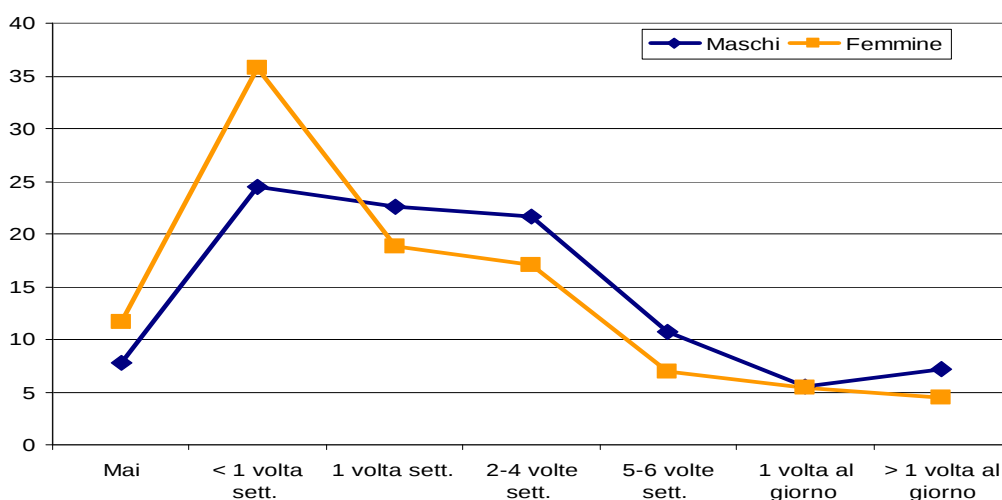
Circa un ragazzo su cinque mangia dolci tutti i giorni o anche più volte al giorno. L'abitudine al consumo di dolci cresce con l'età: la percentuale di consumatori saltuari (mai o meno di una volta a settimana) passa infatti dal 18.4% degli undicenni al 10.9% dei quindicenni (tabella 5.5). Tale risultato è più evidente tra i ragazzi delle scuole tedesche/ladine, dove i consumatori saltuari sono l'11.2% a 15 anni rispetto al 17.8% dei ragazzi delle scuole italiane. Non ci sono invece differenze tra maschi e femmine.

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	1.40 (12)	0.64 (5)	1.96 (12)
Meno di una volta a settimana	17.02 (146)	12.10 (94)	8.99 (55)
Una volta a settimana	18.65 (160)	13.38 (104)	13.24 (81)
2-4 volte a settimana	25.87 (222)	32.18 (250)	33.50 (205)
5-6 volte a settimana	17.02 (146)	21.49 (167)	21.41 (131)
Una volta al giorno tutti i giorni	12.59 (108)	12.74 (99)	14.54 (89)
Più di una volta al giorno	7.46 (64)	7.46 (58)	6.37 (39)
Totale	100 (858)	100 (777)	100 (612)

Analogo comportamento si rileva rispetto all'assunzione di bibite zuccherate, dove i consumatori saltuari sono il 48.1% a 11 anni e diminuiscono al 29.8% a 15 anni, sempre con un maggiore consumo tra i quindicenni di lingua tedesca/ladina (29.1% di consumatori saltuari vs. 33.0%). Le differenze più evidenti riguardano il genere: le ragazze che assumono al più una volta a settimana bibite zuccherate sono il 45.3% nelle scuole italiane ed il 47.8% in quelle tedesche, laddove i ragazzi sono invece rispettivamente il 29.6% ed il 32.9%.

La percentuale di ragazzi che riferisce un consumo frequente di bibite zuccherate risulta inferiore a quanto atteso, forse a causa di una incompleta percezione del contenuto zuccherino delle bevande consumate.

Figura 5.3 – 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.

In provincia di Bolzano quasi il 90% delle/dei giovani tra i 11 e i 15 anni è normopeso, con differenze irrilevanti tra le diverse età o tra i gruppi linguistici. Tra i pochi soggetti sovrappeso ci sono tendenzialmente più maschi, dato confermato anche dai dati delle altre regioni e che non è cambiato rispetto all'indagine di 4 anni fa.

L'Alto Adige è la provincia col più basso tasso di ragazze/i sovrappeso d'Italia e con un tasso di giovani obese/i quasi impercettibile. Già nella vicina provincia di Trento il tasso di giovani sovrappeso è il doppio tra le/gli undicenni e molto più alto anche nelle altre fasce di età. Se scendiamo a Sud troviamo regioni con un tasso di ragazzi sovrappeso che supera il 30% (Sicilia, Campania Basilicata) e di poco più basso per le ragazze.

Rispetto al 2006 in Alto Adige c'è stata una diminuzione di sovrappeso ed obesità (dal 12% al 9%) nelle ragazze e ragazzi tra gli 11 e i 15 anni. Il dato sembrerebbe confortevole, ed in una certa misura riconducibile anche ai tanti progetti di prevenzione che vengono svolti in questo campo. Tuttavia c'è da tenere presente che è stato chiesto ai/alle partecipanti allo studio di indicare peso e altezza ed è probabile che, vista l'età, molti/e intervistati/e abbiano dato dati approssimativi. Il confronto con i dati rilevati nella primavera del 2010, attraverso la misura diretta di peso ed altezza dei bambini di 8 anni, mette in mostra una realtà un po' diversa, con una percentuale di obesità del 4% e di sovrappeso del 12%, valori che si discostano talmente da quelli rilevati da HBSC per indurci a pensare che peso ed altezza riferiti in questo studio siano in buona misura sottostimati.

Tabella 5.6: 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	3.88 (24)	3.54 (22)	2.77 (15)
Normopeso	88.53 (548)	86.31 (536)	89.11 (483)
Sovrappeso	7.43 (46)	8.86 (55)	7.56 (41)
Obeso	0.16 (1)	1.29 (8)	0.55 (3)
Totale	100 (619)	100 (621)	100 (542)

Figura 5.4 - Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e di età

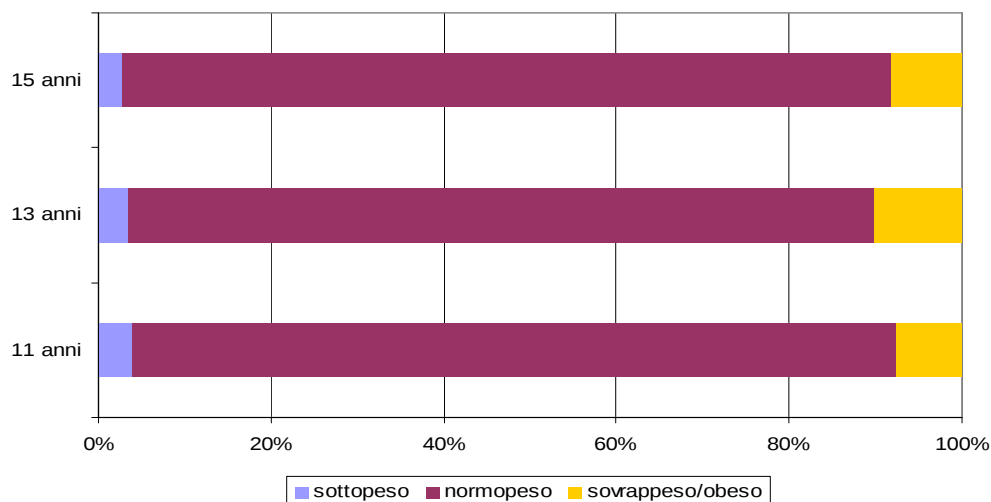


Figura 5.5 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

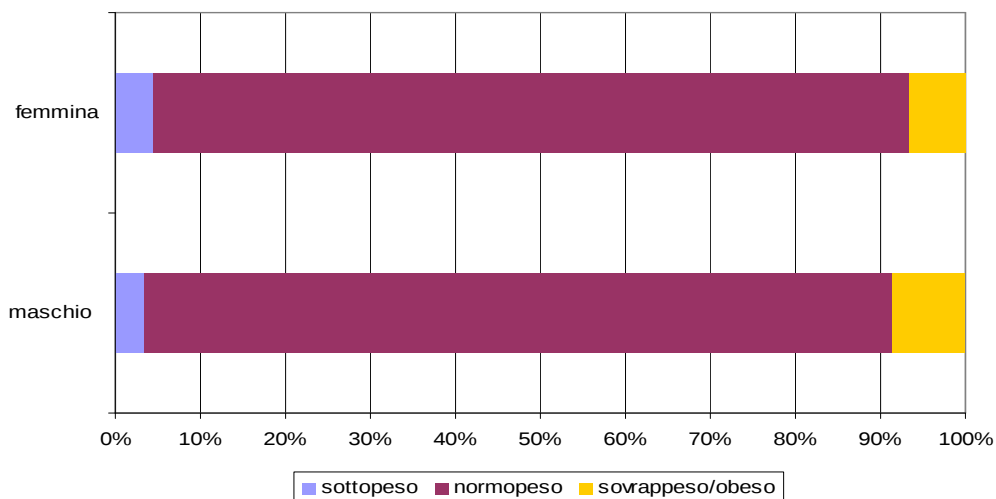


Figura 5.6 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

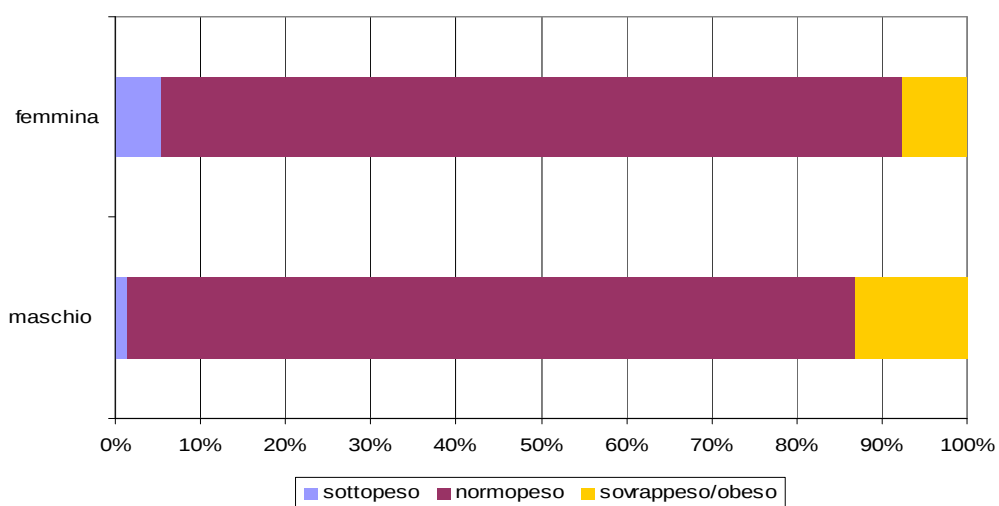
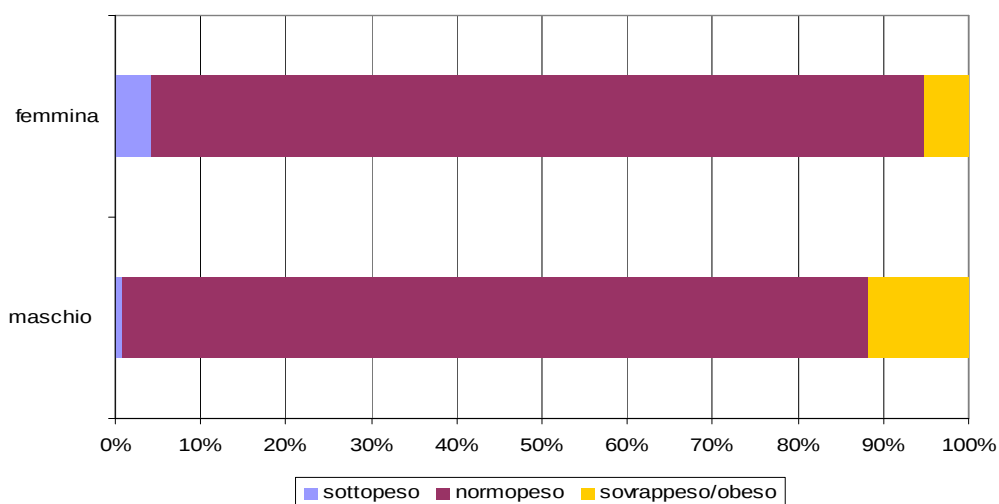


Figura 5.7 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



5.6 L'immagine corporea

L'attenzione dedicata dai/dalle giovani all'aspetto esteriore ha subito forti mutamenti negli ultimi anni. Se fino agli anni '80 i/le giovani cercavano di trasmettere un senso di appartenenza a gruppi o movimenti giovanili attraverso l'abbigliamento, il trucco o la pettinatura, prestando meno attenzione al proprio fisico, negli ultimi 20 anni si è definito un trend diverso: la gestione del proprio aspetto non si limita più ad accessori intercambiabili, come l'abbigliamento o la pettinatura, ma riguarda sempre di più il corpo, arrivato ad essere spazio di autogestione, espressione di individualità e di identità, trasformato in maniera indelebile attraverso tatuaggi, piercing, diete o training in palestra (Kasten 2006).

Queste espressioni fisiche sembrano orientarsi a pochi modelli predefiniti che lasciano poco spazio alla diversità. Più uniformi sono i modelli proposti, più difficile diventa corrispondervi (Orbach 2009).

Diversi studi fatti ripetutamente negli Stati Uniti e in Germania e Austria sulla soddisfazione per il proprio corpo, dimostrano che l'insoddisfazione è in costante aumento (Rettenwander et.al. 2008). Secondo l'indagine sui giovani dell'ASTAT 2009, anche l'Alto Adige non fa eccezione: soltanto la metà delle ragazze (e tre quarti dei ragazzi) tra i 12 e i 25 anni, dichiarano di essere soddisfatte del proprio fisico e del proprio peso corporeo. Cifra in diminuzione rispetto ai dati rilevati dall'ASTAT nel 2006.

Se nel 2006 erano il 37% le/i minorenni che avevano già fatto una dieta per dimagrire, nel 2009 erano il 41% e sono passate/i dal 23% al 41% i/le giovani che contano regolarmente le calorie che ingeriscono.

Nel seguente studio la soddisfazione corporea, che è da considerarsi un indice di autostima, è messa in correlazione con diversi dati, quali l'età, l'appartenenza al gruppo linguistico, la facilità di parlare con i genitori, il bullismo subito o agito o lo stress percepito.

Nonostante l'88% delle/degli intervistate/i sia normopeso, solo il 58% ritiene di esserlo. Ciò significa che il 30% ha una percezione distorta del proprio corpo o si confronta con modelli che non le/gli corrispondono.

Non è una novità, che la percentuale dei ragazzi che si sente "giusto" sia più alta di quella delle ragazze, che invece tendono ad essere meno soddisfatte del proprio aspetto fisico e quindi a ritenersi troppo grasse o troppo magre. L'insoddisfazione aumenta con l'età. Mentre il 63,5% degli/delle 11enni considerano "giusto" il proprio peso corporeo, tra i/le 15enni sono quasi il 10% in meno. In quella fascia d'età il corpo subisce forti cambiamenti che gli/le adolescenti sembrano fare fatica ad accettare. Particolarmente per le ragazze diventare adulte significa anche perdere quelle caratteristiche fisiche infantili che oggi giorno caratterizzano l'ideale di bellezza: fianchi stretti, pancia piatta, assenza di peli. Se si confrontano i dati con quelli del 2006 emerge che la soddisfazione riguardante il proprio corpo è rimasta piuttosto invariata nei 13enni e 15enni, mentre è aumentata di quasi 5 punti percentuali negli 11enni.

È interessante che l'insoddisfazione cambi in maniera piuttosto eclatante a seconda del gruppo linguistico. I/le più soddisfatti/e sembrano i/le ragazzi/e di lingua ladina, mentre a ritenersi meno giusti/e sono ragazzi e ragazze di lingua tedesca.

Nel 2006 ragazzi e ragazze ladine/i erano stati accorpati al gruppo linguistico tedesco. Vista l'esiguità del numero di ladini coinvolti nell'indagine, resta un dato di fatto che anche nel 2006 ragazzi e ragazze di lingua tedesca dichiaravano una maggiore insoddisfazione riguardo al proprio peso rispetto a ragazze e ragazzi italiani. Il dato stupisce, in quanto, l'88% dei partecipanti allo studio risulta normopeso, indipendentemente dal gruppo linguistico.

Anche l'indice di benessere familiare sembra influenzare la percezione del proprio corpo. Ragazze e ragazzi che crescono con un benessere familiare alto si dichiarano soddisfatte/i del proprio corpo per un 10% in più rispetto alle/ai loro coetanee/i che crescono con meno benessere.

Siccome molti studi internazionali indicano che nei paesi industrializzati il tasso di obesità diminuisce con l'aumento del benessere (sono quindi le persone più povere a tendere a maggior sovrappeso), è difficile dire se l'insoddisfazione è dovuta ad una percezione reale o distorta.

Coloro che ritengono facile parlare con i propri genitori, si dichiarano più soddisfatte/i del proprio corpo. La soddisfazione corporea è un indice di autostima. L'autostima quindi è maggiore, se la comunicazione con i genitori è facile.

Mentre per i ragazzi non fa differenza parlare facilmente con padre o madre, nelle ragazze una lieve differenza c'è: sono molte di più le ragazze che riescono a parlare facilmente con la propria madre, ma tra coloro che ritengono facile parlare col padre c'è una percentuale più alta di ragazze che si piacciono. Tra coloro che ritengono difficile la comunicazione non c'è incidenza rilevante con la propria percezione corporea.

Ragazzi e ragazze che sono frequentemente vittime di bullismo sembrano essere più insoddisfatti/e del proprio aspetto fisico rispetto a chi invece non subisce mai bullismo. Questo dato però può essere interpretato anche in maniera inversa. Chi non si ritiene adeguato nel proprio aspetto fisico e quindi dimostra un livello più basso di autostima, è più facilmente oggetto di bullismo. Nelle tabelle che tengono conto della differenza di genere emerge però, che questa affermazione è valida per i ragazzi. Nelle ragazze sembra non ci sia alcuna correlazione tra il sentirsi adeguate fisicamente e l'essere oggetto di bullismo. Negli autori di bullismo invece la soddisfazione del proprio corpo sembra non avere incidenza alcuna.

Altro dato che sembra incidere sulla propria soddisfazione corporea è lo stress percepito a scuola: ragazze e ragazzi, che non si sentono per niente stressate/i, sono prevalentemente soddisfatte/i del proprio corpo, mentre tra quelli che hanno un'alta percezione di stress l'autostima legata al proprio aspetto corporeo si abbassa di ben 15 punti percentuali. Sono comunque più i ragazzi non stressati dalla scuola a sentirsi contenti del proprio peso corporeo. Nelle ragazze lo stress scolastico sembra avere un'incidenza minore.

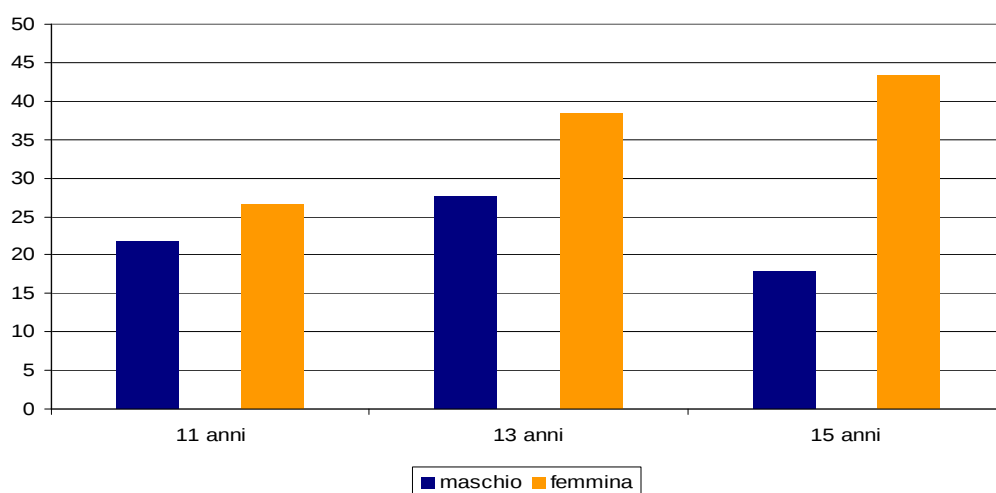
Anche l'avere più di un vero amico sembra influenzare positivamente la propria autostima corporea, o viceversa: chi si piace, solitamente piace anche agli altri ed entra più facilmente in contatto e in amicizia.

Il rendimento scolastico giudicato buono o molto buono dagli insegnanti, ha effetti positivi sull'autostima: tra i ragazzi e le ragazze ritenute/i brave/i a scuola, quasi 2/3 sono soddisfatte/i del proprio corpo. Qui diventa piuttosto rilevante fare una distinzione tra maschi e femmine. Infatti, tra chi secondo gli insegnanti ha un rendimento al di sotto della media, il 41,3% dei maschi si sente troppo grasso o troppo magro, tra le ragazze sono il 64,6%.

Tabella 5.7: “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	12.46 (106)	11.79 (91)	13.58 (83)
Giusto	63.45 (540)	54.92 (424)	54.50 (333)
Grasso	24.09 (205)	33.29 (257)	31.91 (195)
Totale	100 (851)	100 (772)	100 (611)

Figura 5.8 – Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età e genere



5.7 Igiene orale

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

La carie è una malattia in grado di alterare la qualità della vita sociale e di favorire altre patologie. È associata a dolori ed ansia, senza considerare i relativi interventi odontoiatrici (Moynihan & Petersen, 2007).

Progetti di profilassi della carie nelle scuole per l'infanzia ed elementari si svolgono regolarmente in provincia, ed anche la presente indagine conferma l'ottima situazione dell'igiene orale in Alto Adige. Si lava i denti almeno una volta al giorno il 97.1% degli undicenni, il 96.4% dei tredicenni ed il 97.9% dei quindicenni (tabella 5.8), percentuali tutte in crescita rispetto all'indagine 2005-06.

Tabella 5.8: “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	69.69 (600)	71.61 (565)	78.18 (480)
Una volta al giorno	27.41 (236)	24.84 (196)	19.71 (121)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.32 (20)	2.79 (22)	1.63 (10)
Meno di una volta alla settimana	0.46 (4)	0.51 (4)	0.16 (1)
Mai	0.12 (1)	0.25 (2)	0.33 (2)
Totale	100 (861)	100 (789)	100 (614)

5.8 Conclusioni

Nonostante a livello nazionale ed europeo si parli di un tendenziale aumento dell'obesità, soprattutto in bambini e giovani, sembra che in Alto Adige nei/nelle giovani compresi/e tra gli 11 e i 15 anni il sovrappeso sia in diminuzione. L'Alto Adige è la regione con il più basso tasso di ragazze/i in sovrappeso di tutt'Italia, e questo, nonostante il consumo di frutta e verdura (dato rilevato dall'indagine) non sia eccellente in confronto ad altre regioni del Nord Italia.

La percezione dell'adeguatezza del proprio corpo però non corrisponde alla realtà. 88% degli/delle intervistate/i è normopeso ma il 42% si considera troppo grasso/a o troppo magro/a. Tendenzialmente sono di più le ragazze ad avere un indice di massa corporea nella norma ma sono ugualmente più insoddisfatte del proprio corpo rispetto ai loro coetanei maschi.

La soddisfazione riguardo al proprio peso è maggiore nei soggetti ai quali riesce facile parlare con i propri genitori, in quelli che non si sentono stressati dalla scuola, in quelli che gli insegnanti considerano più bravi della media e nei soggetti che non sono oggetto di bullismo.

Osservando le differenze di genere emerge un dato interessante. La correlazione tra l'essere considerati sotto la media dai propri insegnanti e il non apprezzare il proprio corpo così com'è, è maggiore nelle ragazze. Si potrebbe pensare che il non sentirsi apprezzate da altri influenzi l'autostima delle ragazze più che quella dei ragazzi.

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.
- ASTAT (2004) Jugendstudie: Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend
- ASTAT (2009) Jugendstudie: Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health*, 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*;335: p. 194-7
- Currie C., Samdal O., Boyce W., Smith R. (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr*, 127:S1884-6.
- Flynn J.T. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens*.
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.
- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management*, 2:171-87.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- Kasten E. (2006) Body-Modification: Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen Ernst Reinhardt Verlag, 2006
- Lazzeri G., Rossi S., Pammolli A., Pilato V., Pozzi T., Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; 49(1):13-21
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore*. 38(1):57-9.
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 357:505-508.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot.* 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.
http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- Moynihan P., Petersen P.E. (2007). Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr.* 7(1A):201-26.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)

Orbach S. (2009) Corpi. codiceedizioni 2010

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.

Rettenwander, A.; Humer, L. (2008): "Does reading of women's magazines influence mood and body image? An experimental study." In: *"International Journal of Psychology"* 43/3-4, 650 – 650. siehe auch <http://diestandard.at/1229975421618/dieStandardat-Interview-Man-kann-sich-nur-als-Verliererin-fuehlen>

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

Peter Koler, Helga Mock e il gruppo nazionale HBSC

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in fatto 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 e sul futuro percorso di vita. 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 alle sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza.

I prossimi 3 capitoli verteranno sul consumo di nicotina, cannabis e alcol e verranno analizzati i comportamenti stessi, i relativi mutamenti rispetto all'ultimo studio HBSC effettuato nel 2005/2006, le differenze legate a sesso, età e appartenenza al gruppo linguistico, ma anche i rapporti con le variabili familiari e le situazioni scolastiche.

Oggi è opportuno considerare che, avendo la fase di giovinezza un inizio più precoce e una durata maggiore, come è emerso nella 2^a Modernità, i giovani si trovano ad affrontare tutta una serie di problematiche.

Da un lato, l'uso di sostanze è diventato uno degli ulteriori compiti di gestione dello sviluppo; ciò vale anche qualora i giovani decidano di non farne uso o di consumarne quantità minime.

Dall'altro, con la sempre crescente tendenza all'individualismo nei giovani, cresce la sfida per dare forma a una propria identità rispetto agli altri, così da originare e da comunicare valori importanti per lo sviluppo della personalità quali approvazione, autostima, capacità d'imporsi, senso di appartenenza e coerenza (Stump, G. et al., 2009).

Le capacità di "gestione della propria identità" diventano pertanto centrali, perché le classiche istanze di socializzazione, quali famiglia e scuola, hanno perso peso.

In un tale contesto acquisiscono importanza gli scenari giovanili sub-culturali che, in concomitanza con il consumo di sostanze, diventano anche (ma non solo) ambienti di vita principali degli adolescenti (Böhnisch, L. 2008).

Se, dalla prospettiva degli adulti, possono essere considerati comportamenti pericolosi e dannosi per la salute, per i giovani, audacia, curiosità ed esperienze intense e rilevanti per l'identità passano invece in primo piano (Koler, P., 2008).

Per alcuni, la ricerca del proprio io e di nuove esperienze ed emozioni (almeno per un determinato periodo di tempo) supera i confini imposti da genitori ed educatori. I fenomeni di uso problematico, 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 natura economica non solo individuali (Di Clemente et al., 1996; WHO, 1998).

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

È molto interessante vedere come il presente studio HBSC illustri anche alcuni cambi di tendenza.

6.1.1 Consumo di tabacco

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 maggiori fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. La valutazione della diffusione dell'abitudine al fumo rappresenta, quindi, un processo indispensabile per la definizione di politiche efficaci di salute pubblica, volte sia a promuovere la cessazione e la riduzione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007, Koler et al., 2005).

Una grande maggioranza degli studenti intervistati non sono fumatori. Il confronto con lo stesso studio eseguito nel 2005 evidenzia una crescita delle percentuali di non fumatori in tutte le fasce d'età.

Un numero significativo di studenti fumatori abituali si registra nei minori di 15 anni (13,8%), anche se emerge un positivo trend in calo: nel 2005 questa percentuale si attestava al 21,1%.

È opportuno considerare che, nella fase di vita tra gli 11 e i 15 anni, hanno luogo mutamenti sostanziali nell'atteggiamento e nel comportamento. Pertanto, anche se ci troviamo davanti a una tendenza negativa, esiste comunque sempre una differenza del 29,6% tra il gruppo di non fumatori 11enni e 15enni.

I fattori che influenzano tale cambiamento sono stati presi in analisi qui di seguito con alcuni riscontri incrociati.

Tabella 6.1: “Attualmente, con quale frequenza fumi?” e confronto con HBSC 2005-06

	11 anni		13 anni		15 anni	
	% (N)	HBSC 2005-06 %	% (N)	HBSC 2005-06 %	% (N)	HBSC 2005-06 %
Ogni giorno	0.0 (0)	1.6	2.5 (20)	5.9	13.8 (85)	21.1
Almeno una volta a settimana	0.3 (3)	1.1	3.3 (26)	4.4	6.2 (38)	9.1
Meno di una volta a settimana	1.2 (10)	3.9	6.2 (49)	8.5	11.1 (68)	12.3
Non fumo	98.5 (850)	93.4	88.0 (694)	81.2	68.9 (423)	57.5
Totale	100 (863)	100	100 (789)	100	100	100

Ponendo la domanda sulle esperienze legate al fumo nel periodo di vita emerge che, proprio tra i 15enni, più della metà risponde affermativamente (58,1%). I fumatori abituali sono però notevolmente inferiori (31,1%).

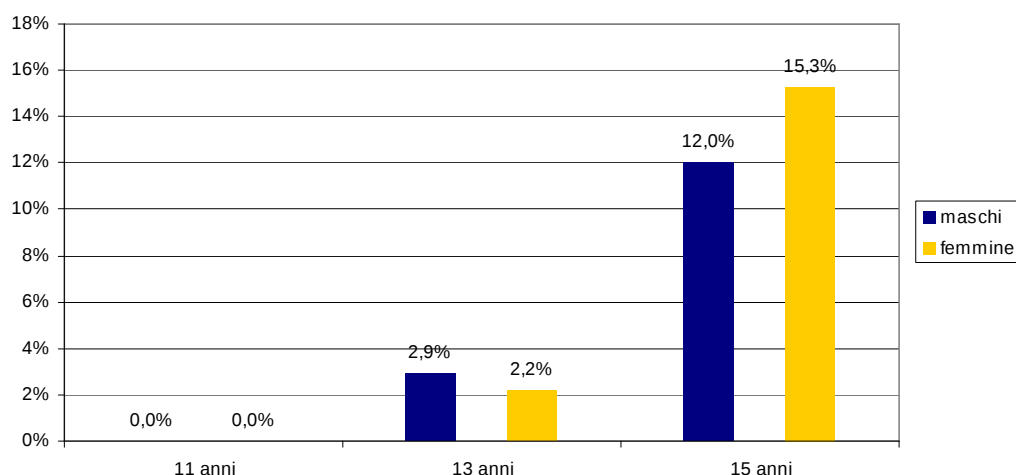
Nel confronto, le differenze tra sessi nei fumatori abituali sono minime: tra femmine e maschi, infatti, si registra praticamente la stessa percentuale di fumatori e non fumatori.

Tra i 15enni troviamo il 18,9% di maschi e il 20,9% di femmine che fumano almeno una volta alla settimana. Con questo dato i maschi sono al di sotto della media italiana (19,08%), le femmine invece al di sopra (19,42%). Tuttavia, in questo caso non erano a disposizione campioni numerosi (n=123).

Degno di nota è il fatto che tra gli studenti ladini nessuno ha ammesso di essere fumatore, mentre la percentuale di tedeschi e italiani è quasi equivalente. Probabilmente ciò è dovuto anche a campioni di ladini troppo piccoli.

Tra lo stato d'agiatezza familiare e il consumo di tabacco non sono state evidenziate correlazioni significative.

Qualche collegamento, invece, si ritrova nei dati disponibili in merito al consumo di tabacco e alla comunicazione all'interno del nucleo familiare: tra i giovani intervistati che non presentano difficoltà comunicative con padre e madre, si riscontrano maggiori non fumatori (91% e 88,1%) rispetto al gruppo che, invece, presenta tali difficoltà (81,8% e 81,4%). Tuttavia, rispetto ad altre correlazioni individuate, le differenze in questo caso non sono così rilevanti.

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

Se tra le vittime del mobbing non si rilevano relazioni tra violenza subita e fumo, queste emergono chiaramente nei fautori: il gruppo di studenti cosiddetti “mobber” presenta un numero notevolmente maggiore di fumatori (26,2%) rispetto a quello delle vittime (9,8%).

Le stesse relazioni di riscontro tra la sensazione di appartenenza alla propria scuola e il fumo. Se, nel gruppo di studenti che provano questo sentimento, il 70,5% non fuma, il gruppo avulso da questo sentimento, invece, registra il 52,2% di fumatori.

Altri collegamenti significativi si rilevano in relazione a stress e rendimento scolastico. Nel gruppo di studenti che non avvertono alcun stress dovuto all'impegno scolastico, si registra il 90,5% di non fumatori, mentre nel gruppo di quelli che lamentano stress, la percentuale di non fumatori scende al 73,9%.

Si suppone, dunque, che in quest'ultimo gruppo la nicotina funga da regolatore di un livello di stress eccessivo.

Nelle prestazioni scolastiche che non si basano sull'autostima, ma sui giudizi degli insegnanti, le differenze sono ancora più marcate.

Nel gruppo di studenti che, secondo gli insegnanti, ottengono ottimi risultati, la percentuale di non fumatori è pari al 94%. Tra gli studenti, le cui prestazioni scolastiche sono al di sotto della media, la percentuale di non fumatori scende al 62,5%. In questo gruppo, troviamo il 31,3% di fumatori quotidiani o “uno o più volte alla settimana”, tra gli studenti con ottimo rendimento il 2%, e il 3,8% con buon rendimento.

Anche in questo caso, è possibile concludere che gli studenti più “deboli” regolino la sensibilità psichica con l'assunzione di nicotina. Mentre gli studenti modello ricevono un riconoscimento tramite i voti, il gruppo più debole sceglie le sostanze come rafforzatore positivo.

Tabella 6.2 – Frequenza del fumo e rendimento scolastico secondo gli insegnanti

	Molto buono % (N)	Buono % (N)	Nella media % (N)	Al di sotto della media % (N)	Totale % (N)
Non fumo	94.0 (410)	91.7 (858)	80.1 (599)	62.5 (70)	86.8 (1937)
Meno di 1 volta a settimana	3.9 (17)	4.5 (42)	8.2 (61)	6.3 (7)	5.7 (127)
Almeno 1 volta a settimana	1.1 (5)	1.6 (15)	4.1 (31)	12.15 (14)	2.9 (65)
Ogni giorno	0.9 (4)	2.2 (21)	7.6 (57)	18.8 (21)	4.6 (103)
Totale	100 (436)	100 (936)	100 (748)	100 (112)	100 (2232)

Osservando questi dati circoscritti ai 15enni, le differenze diventano più palesi. Negli studenti, i cui risultati scolastici sono sotto media, la percentuale di non fumatori si attesta sul 34,1%, mentre tra quelli che vanno molto bene e bene si aggira intorno al 78,4% e al 77,9%, più del doppio rispetto ai primi.

Tabella 6.3 – “Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98.4 (844)	88.6 (691)	67.5 (414)
Meno di 1 sigaretta alla settimana	1.2 (10)	4.7 (37)	9.5 (58)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.2 (2)	2.2 (17)	4.1 (25)
1-5 sigarette al giorno	0.1 (1)	1.0 (8)	8.0 (49)
6 o più sigarette al giorno	0.1 (1)	3.5 (27)	10.9 (67)
Totale	100 (858)	100 (780)	100 (613)

6.1.2 Consumo di alcol

Il consumo di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non va sottovalutato. Secondo alcuni autori sembra 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).

Gli studi HBSC del 2005/2006 e del 2009/2010 hanno analizzato il consumo di alcol anche tra i giovani altoatesini tra gli 11 e i 15 anni. Paragonando la frequenza del consumo di alcol di questi due periodi, si nota un calo in tutte e 3 le fasce d'età di 11, 13 e 15 anni. Nel complesso, il gruppo di giovani che non fa mai uso di alcolici sale di un 10,3%, per arrivare al 56,5%. Questo sviluppo è dovuto al fatto che il gruppo di astinenti è cresciuto nella fascia degli 11enni e dei 13enni, tra cui sembrano essere efficaci le misure di prevenzione e i maggiori controlli.

Diversamente, tra i 15enni, coloro che non fanno mai uso di alcolici sono la minoranza con il 14,3%. Tra le altre cose, ciò dimostra che la tutela giovanile non è efficace, forse anche a causa degli sviluppi degli ultimi anni, e non riesce a prendere piede tra i giovani.

Anche in questo caso, è stato appurato (in maniera più incisiva rispetto alla nicotina) che nella fase di vita tra gli 11 e i 15 anni, hanno luogo cambiamenti determinanti nel consumo di alcol, legati al fatto che in numerosi contesti giovanili “l'imparare a bere” e “il poter bere” sono diventati i presupposti per entrare a far parte di un gruppo.

Osservando la frequenza, si evidenzia che il consumo quotidiano in tutte e 3 le fasce d'età è trascurabile a causa degli esigui campioni.

Il 39,1% degli intervistati al di sotto dei 15 anni beve una volta alla settimana (presumibilmente durante il fine settimana), mentre il 44,4% una volta al mese o più raramente.

Tra i 13enni intervistati, il 5,7% consuma alcolici una volta alla settimana e il 35,5% una volta al mese o più raramente. Rispetto all'ultimo studio, il numero di non fumatori in questa fascia d'età sale al 57,4 (+ 14,5%).

Anche tra gli 11enni intervistati gli astinenti passano all'86,5% con una crescita del 12,7%. Il gruppo in quest'età che ammette il consumo di alcolici, lo fa raramente e meno di una volta al mese (11%), presumibilmente in occasioni particolari.

Se si paragonano questi dati dei giovani altoatesini, che bevono almeno una volta alla settimana, con i valori medi italiani, gli 11enni e i 13enni si attestano al di sotto della media nazionale: tra gli 11enni altoatesini non emergono dati statisticamente rilevanti (0,7% per i maschi e 0,4% per le femmine), mentre il valore medio italiano è pari al 9,93% nei maschi e del 3,45% nelle femmine. Tra i 13enni in Alto Adige si rileva l'8,7% dei maschi e il 5,7% delle femmine, mentre i dati medi italiani si aggirano sul 16,82% e l'8,7%, ossia il doppio.

Tra i 15enni, invece, i dati sul consumo in Alto Adige superano la media nazionale: il 43,7% dei maschi e il 39,3% delle femmine ammettono di fare uso di alcolici almeno una volta alla settimana. I dati medi italiani si attestano sul 39,61% per i maschi e sul 23,51% per le femmine.

Tabella 6.4 “Attualmente, con quale frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici?”

	11 anni % % (N)	HBSC 2005-06 %	13 anni % % (N)	HBSC 2005-06 %	15 anni % % (N)	HBSC 2005-06 %
Ogni giorno	0.2 (2)	1.3	1.4 (11)	2.9	2.1 (13)	3.2
Ogni settimana	0.4 (3)	2.8	5.7 (44)	11.9	39.1 (241)	45.7
Ogni mese	1.9 (16)	2.8	8.1 (63)	11.7	22.2 (137)	19.2
Raramente	11.0 (93)	19.3	27.4 (212)	30.6	22.2 (137)	18.9
Mai	86.5 (728)	73.8	57.4 (444)	42.9	14.3 (88)	13.0
Totale	100 (842)	100	100 (774)	100	100 (616)	100

Le differenze tra sessi sono minime in riferimento al consumo di alcol, tanto che sia tra i maschi che tra le femmine si rileva un numero praticamente uguale di consumatori e di astinenti. Svariati studi attribuiscono questa circostanza al fatto che in società equiparate e “di parità tra i sessi” le femmine hanno accesso alla vita sociale in maniera paritaria ai maschi.

Tabella 6.5 – Indice riassuntivo sul consumo di alcool (numero di unità alcoliche consumate) per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
1 ogni giorno	1.7 (18)	0.7 (8)	1.2 (26)
1 ogni settimana	13.0 (137)	12.8 (151)	12.9 (288)
1 ogni mese	9.1 (96)	10.2 (120)	9.7 (216)
Raramente	21.3 (224)	18.5 (218)	19.8 (442)
Nessuna bevanda	54.9 (578)	57.8 (682)	56.5 (1260)
Totale	100 (1053)	100 (1179)	100 (2232)

Tabella 6.6 – “Nell’ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	96.4 (822)	83.6 (654)	40.5 (249)
Solo Lunedì-Venerdì	1.4 (12)	3.1 (24)	4.6 (28)
Solo Sabato e Domenica	1.6 (14)	9.6 (75)	40.7 (250)
Sia in settimana che nel week-end	0.4 (3)	3.2 (25)	12.9 (79)
Sempre	0.2 (2)	0.5 (4)	1.3 (8)
Totale	100 (853)	100 (782)	100 (614)

Tra gli studenti di lingua italiana e tedesca si riscontra, in tutte le categorie, lo stesso numero di consumatori e di astinenti. Tra i ladini, invece, gli astinenti sono più di un quarto. Non esiste ancora una

spiegazione chiara in merito: o i piccoli campioni influenzano il risultato o gli studenti intervistati all'interno del contesto scolastico godono di particolari fattori di protezione (clima scolastico, soddisfazione negli studi, progetti di prevenzione, ecc.).

Se si chiede ai giovani quanto spesso abbiano consumato quantità di alcol tali da essere effettivamente ubriachi, il numero dal 2005 al 2009 si riduce in tutte e tre le fasce d'età per tutte e 4 le possibilità di risposta, mentre coloro che non hanno fatto quest'esperienza aumentano.

Degno di nota è il notevole calo del 16,8% delle ubriacature tra i 15enni e il dimezzamento del gruppo a rischio con oltre 10 ubriacature dal 14,5% al 7,2%. Ciò nonostante, con questi valori i giovani altoatesini superano decisamente le altre regioni italiane, soprattutto le femmine. Come indicato sopra, la ragione per cui le ragazze altoatesine registrino valori più elevati di consumo di alcolici, potrebbe essere individuata in un rapporto maggiormente paritario nella vita sociale, rispetto alle coetanee di Campania, Calabria o Sicilia.

Tra gli 11enni, che spesso sono alla ribalta mediatica, i campioni relativi alle ubriacature si attestano al di sotto del rilevante valore statistico di 30.

Tabella 6.7 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

	11 anni %		13 anni %		15 anni %	
	(N)	HBSC 2005-06	(N)	HBSC 2005-06	(N)	HBSC 2005-06
Mai	96.8 (798)	92.7	87.5 (684)	74.6	53.6 (328)	36.8
Una volta	2.4 (20)	4.3	7.3 (57)	10.8	13.1 (80)	14.5
2-3 volte	0.5 (4)	1.3	3.6 (28)	8.4	17.1 (105)	21.4
4-10 volte	0.0 (0)	0.5	0.6 (5)	2.9	9.0 (55)	12.8
Più di 10 volte	0.2 (2)	1.2	1.0 (8)	3.3	7.2 (44)	14.5
Totale	100 (824)	100	100 (782)	100	100 (612)	100

Tra le femmine (83,1%) è stato riscontrato un numero maggiore di esperienze di ubriacatura rispetto ai maschi (79,9%), tra cui quelli ubriachi “più di 10 volte” sono più del doppio (3,5%) rispetto alle femmine (1,5%).

Tabella 6.8 – Frequenza di ubriacature per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
No, mai	79.9 (829)	83.1 (981)	81.6 (1810)
Sì 1 volta	7.9 (82)	6.4 (75)	7.1 (157)
Sì 2-3 volte	6.0 (62)	6.4 (75)	6.2 (137)
Sì 4-10 volte	2.8 (29)	2.6 (31)	2.7 (60)
Sì più di 10 volte	3.5 (36)	1.5 (18)	2.4 (54)
Totale	100 (1038)	100 (1180)	100 (2218)

Il 18,4% dei giovani di lingua tedesca ammette di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, una percentuale che in quelli di lingua italiana è leggermente inferiore. Per il gruppo ladino, invece, tale valore si attesta sul 4,2%, dovuto nuovamente al fatto che il campione determinante dei 15enni è molto ridotto e quasi non consente una valutazione.

Nei dati disponibili possono essere individuate correlazioni in merito al consumo di alcol in ambito familiare. Gli studenti, il cui livello familiare può essere definito “elevato”, troviamo percentuali

leggermente più elevate di consumatori in tutte le frequenze, rispetto a quelli con una situazione di benessere familiare più modesta.

Tra gli studenti, il cui livello di benessere familiare può essere definito “basso”, con il 64,1% si riscontra il 14% in più di astinenti rispetto a quelli di livello familiare “elevato” (50,1%). Tra i giovani intervistati, che non hanno difficoltà di comunicazione con entrambi i genitori, si rileva un maggior numero di astinenti (64,6% e 58,5%) rispetto al gruppo che, invece, dichiara di avere difficoltà comunicative (45,7% e 47,4%).

Simili sono i dati relativi alla comunicazione con i genitori, collegati alle esperienze di ubriacatura: tra i giovani che hanno facilità di comunicazione con i genitori sono maggiori coloro che non si sono mai ubriacati (86,1% e 83,5%), rispetto a quelli che presentano difficoltà in tal senso (76,2% e 74,1%).

Similmente al fumo, tra le vittime del mobbing non si rilevano correlazioni chiare tra violenza subita e consumo di alcol.

Allo stesso modo, invece, nel gruppo di studenti “mobber” si registra un numero decisamente maggiore di consumatori di alcol (58,5%) rispetto a quelli che non lo sono mai stati (38,8%).

Ciò vale anche per le ubriacature: tra coloro che esercitano spesso il mobbing, le ubriacature raddoppiano (35,2%) rispetto a quelli che non lo esercitano mai (14,3%).

Ulteriori relazioni significative si evidenziano in presenza di situazioni di stress e di prestazioni scolastiche. Nel gruppo di studenti che non vivono l'impegno scolastico con stress, si registra il doppio di coloro che non fanno uso di alcolici (69,7%), rispetto a chi invece lo vive con grande stress (31%).

Tabella 6.9 Indice riassuntivo del consumo di alcol e stress percepito per il lavoro a scuola

	per niente %	un po' %	abbastanza %	molto	Totale %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
1 ogni giorno	1.2 (5)	1.2 (15)	0.5 (2)	2.8 (4)	1.2 (26)
1 ogni settimana	7.9 (33)	10.4 (127)	19.3 (81)	29.6 (42)	12.9 (283)
1 ogni mese	5.0 (21)	9.3 (114)	14.3 (60)	13.4 (19)	9.7 (214)
Raramente	16.1 (67)	19.4 (237)	24.1 (101)	23.2 (33)	19.9 (438)
Nessuna bevanda	69.7 (290)	59.6 (728)	41.8 (175)	31.0 (44)	56.3 (1237)
Totale	100 (416)	100 (1221)	100 (419)	100 (142)	100 (2198)

Nel gruppo del consumo settimanale, si riscontra almeno il triplo di coloro che vivono situazioni di stress. Ciò confermerebbe la tesi del “bere per frustrazione” durante il fine settimana.

Nel gruppo degli studenti che non vivono con stress l'impegno scolastico, il 87,1% non ha avuto esperienze di ubriacatura; questo dato scende al 61,7% tra coloro che avvertono questo stress.

Per le prestazioni scolastiche che non dipendono dall'autostima personale, ma dalle valutazioni degli insegnanti, si rileva la medesima situazione.

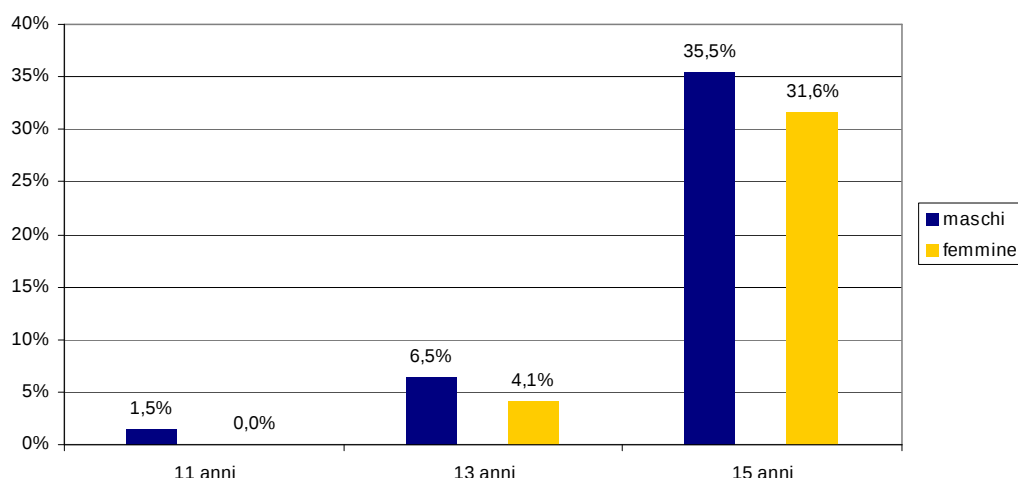
Nel gruppo di studenti che, stando ai loro insegnanti, ottengono ottimi risultati scolastici, il 71,4% non fa consumo di alcol, mentre tra coloro, le cui prestazioni scolastiche sono sotto la media, tale percentuale si riduce al 38,7%. In questo gruppo troviamo il 27,9%, che beve “una volta alla settimana”, un dato che negli studenti cosiddetti “modello” con ottimi e buoni risultati si riduce rispettivamente al 6,6%, e 10,3%.

Anche in questo caso si può trarre la conclusione che gli studenti meno capaci regolano la loro sensibilità psichica con il consumo di alcol, rafforzando così la tesi del “bere per frustrazione” durante il fine settimana.

Tale tesi viene confermata ulteriormente, se si osservano le correlazioni tra prestazioni scolastiche e ubriacature.

Sommando i gruppi che si ubriacano più di una volta alla settimana (quindi, almeno due), tra gli studenti con ottime prestazioni si raggiunge la percentuale del 3,3%, tra quelli con buone prestazioni l'8,3%, mentre tale dato decuplica tra gli studenti al di sotto della media, registrando un 32,7%.

Figura 6.2. – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 o più volte, per età e genere



6.1.3 Consumo di cannabis

La domanda sull'eventuale consumo di cannabis è stata posta solo ai 15enni. Come per il consumo di tabacco, anche in questo caso si evidenzia una tendenza in calo. L'85,5% degli intervistati afferma di non avere mai fumato cannabis, nel sondaggio del 2006 era il 73,3%, con una percentuale lievemente maggiore tra le femmine rispetto ai maschi.

Tabella 6.10 “Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis?” (solo quindicenni)

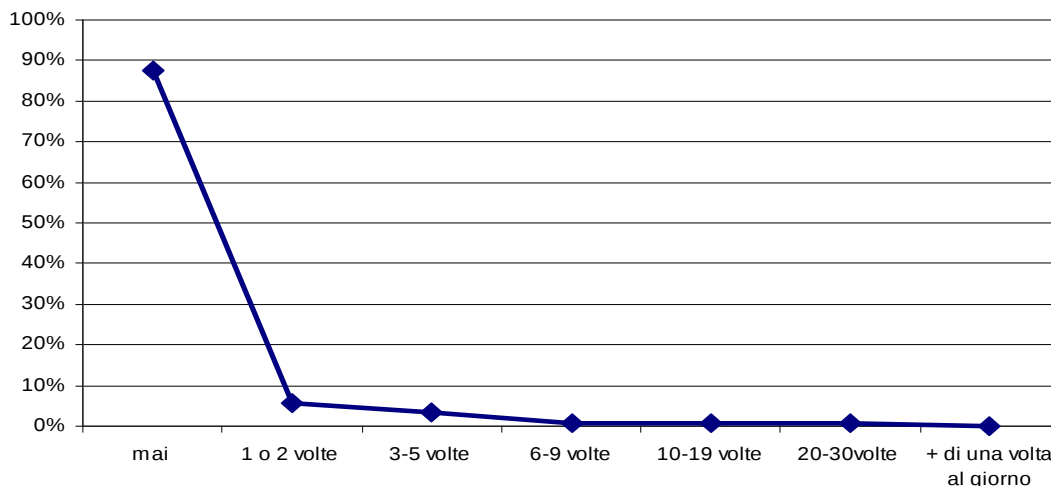
	Maschi % (N)	HBSC 2005-06 %	Femmine % (N)	HBSC 2005-06 %	Totale % (N)	HBSC 2005-06 %
Mai	82.1 (225)	73.0	88.2 (300)	73.6	73.3	85.5 (525)
Una o due volte	6.9 (19)	8.2	6.8 (23)	9.8	9.1	6.8 (42)
3-5 volte	4.0 (11)	4.4	2.1 (7)	2.2	3.2	2.9 (18)
6-9 volte	1.8 (5)	2.0	0.9 (3)	3.5	2.8	1.3 (8)
10-19 volte	1.8 (5)	2.2	0.3 (1)	2.0	2.1	1.0 (6)
20-39 volte	1.5 (4)	1.5	0.9 (3)	2.0	1.8	1.1 (7)
>1 una volta al giorno	1.8 (5)		0.9 (3)			1.3 (8)
Totale	100 (274)	100	100 (340)	100	100 (614)	100

Il 14,5% degli studenti 15enni intervistati, il 17,9% di maschi e il 11,8% di femmine ammette di avere fumato cannabis una volta nella vita.

Questo dato diminuisce se la domanda si riferisce agli ultimi 12 mesi (12,5%) o agli ultimi 30 giorni (4,6%). In entrambi i casi sono i maschi (il 16,1% negli ultimi 12 mesi, il 6,6% negli ultimi 30 giorni) più numerosi delle femmine (il 9,5% negli ultimi 12 mesi, il 3% negli ultimi 30 giorni).

In base alla presente indagine, tra i 15enni non troviamo forti consumatori di cannabis a intervalli regolari.

Figura 6.3 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver fumato cannabis negli ultimi 12 mesi



Il 24,8% dei giovani di lingua italiana ammette di avere fumato cannabis una volta nella vita. Questa percentuale è dimezzata per il gruppo linguistico tedesco con il 12,3%, mentre per gli studenti di lingua ladina il campione è troppo esiguo per poter effettuare una valutazione.

Tra il benessere familiare e il consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni non sono state registrate relazioni significative.

Non si possono effettuare evidenti analisi neppure in tema di comunicazione con i genitori. Tra i giovani intervistati che non hanno difficoltà a comunicare con il padre, si riscontra una maggiore percentuale di coloro che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 30 giorni (5,1%), rispetto al gruppo che ha maggiore difficoltà in tal senso (3,5%). Tra i giovani che comunicano con facilità con la madre troviamo la medesima percentuale (4,6%) di quelli che, invece, hanno difficoltà (4,8%). È degno di nota il fatto che in base ai campioni, un maggior numero di ragazzi afferma di avere minore difficoltà a interloquire con la madre (n=432) che con il padre (n=241).

Se nelle vittime di mobbing non vi sono relazioni tra la violenza subita e il consumo di cannabis, nei “mobber” emerge un chiaro uso di cannabis (38,7%) rispetto a quelli che non lo sono mai stati (12,3%). Allo stesso modo, s’individuano più mobber tra coloro che hanno ammesso di avere fumato cannabis negli ultimi 12 mesi (35,5%) o negli ultimi 30 giorni (9,7%), rispetto a coloro che non hanno mai praticato il mobbing (12 mesi: 9,7%, 30 giorni: 4,2%).

Si riscontrano, invece, correlazioni tra coloro che si sentono appartenenti alla propria scuola e il consumo di cannabis. Se, tra il gruppo di studenti che avverte questo senso di appartenenza, il 13% ammette di aver fumato cannabis, questo dato raddoppia al 28,9% tra coloro che non lo avvertono. Simili differenze legate al senso di appartenenza alla scuola si rilevano anche tra coloro che negli ultimi 12 mesi (21,7%) o 30 giorni (10,9%) hanno fatto consumo di cannabis o sono astinenti (11,2% e 4,1%).

Altri legami significativi si registrano in presenza di stress e prestazioni scolastiche. Nel gruppo di studenti per cui l’impegno scolastico non è causa di stress, l’82,4%, afferma di non avere mai provato la cannabis (l’83,8% negli ultimi 12 mesi, il 91,9% negli ultimi 30 giorni) mentre, nel gruppo che vive la scuola come fonte di stress, la percentuale scende al 73,8% (il 78,1% negli ultimi 12 mesi, l’88,7% negli ultimi 30 giorni).

Nel gruppo di studenti che, stando agli insegnanti, hanno ottimi risultati, il 90,9% non ha provato la cannabis, mentre tra gli studenti il cui rendimento è sotto la media, le esperienze con la cannabis salgono al 53,7%.

Le differenze emergono anche nel confronto delle esperienze di consumo negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni. Anche in questo caso gli studenti “modello” presentano una più elevata quota d’astinenza (il 92,2% negli ultimi 12 mesi, il 97,4% negli ultimi 30 giorni) rispetto a quelli al di sotto della media (il 58,5% negli ultimi 12 mesi, il 77,5% negli ultimi 30 giorni).

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 a trasmissione sessuale 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.

È 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 fattori 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).

Alla domanda se le ragazze abbiano già avuto il primo menarca, l'89,9% delle 11enni risponde negativamente, il 10,1% affermativamente.

Tutt'altro aspetto hanno i dati del sondaggio tra le 13enni, dove è il 77,1% a dare una risposta affermativa. All'età di 15 anni, già il 96,8% di tutte le ragazze ha avuto la prima mestruazione.

Questi risultati corrispondono anche ad altri rilevamenti europei, a dimostrazione che la gran parte delle ragazze vivono la prima mestruazione all'età di 11, 12 e 13 anni.

Tra i 589 intervistati (323 a ragazze e 266 a ragazzi), il 25,5% ammette di avere avuto rapporti sessuali con un calo del 6% rispetto all'ultimo studio del 2006. La differenza tra generi si evidenzia in questo modo: dei 150 giovani con esperienze sessuali, vi sono 82 ragazze e 68 ragazzi.

In totale il gruppo con esperienze sessuali costituisce circa un quarto degli intervistati. La maggior parte dei 15enni ammette di avere fatto quest'esperienza proprio a quell'età: il 48,6% a 15 anni, il 30,6% a 14 e il 12,6% a 13.

L'età menzionata del primo contatto è, per il 4,4% dei ragazzi, 11 anni o meno; mancano invece dati comparabili in quest'età per le ragazze.

All'età di 12 anni, il 4,4% dei ragazzi e il 2,4% delle ragazze ha avuto il primo rapporto sessuale, a 13 anni, invece, si evidenzia un rapporto bilanciato tra i due sessi: il 13,2% dei ragazzi e il 12,2% delle ragazze.

Se, paragonati al 2006, questi dati mostrano una leggera tendenza tra i ragazzi ad anticipare quest'esperienza (il 4,4% a 11 e più giovani, nel 2010, in rapporto al 2,8% nel 2006), tra i 12 e i 13 anni ciò si evidenzia in entrambi i generi: tra i ragazzi nel 2006 si registrava lo 0,9% a 12 anni, nel 2010 il 4,4%; nel 2006, il 4,6% a 13 anni e nel 2010 il 13,2%; tra le ragazze a 12 anni, lo 0,6% nel 2006 e il 2,4% nel 2010, mentre a 13 anni l'8,4% nel 2006 e il 12,2% nel 2010.

Tabella 6.11 “Hai già avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche ‘fare l’amore’, ‘fare sesso’...)” (solo quindicenni)

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	25.46	25.08	25.25
	(69)	(82)	(151)
No	74.54	74.92	74.75
	(202)	(245)	(447)
Totale	100	100	100
	(271)	(327)	(598)

È stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani,

quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare una frequenza di comportamenti protettivi maggiore rispetto a quella reale, 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 avessero usato il profilattico, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

Il 78,0% dei giovani ha fatto uso del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale. A questa domanda, risponde affermativamente l'87,0% dei ragazzi e il 70,4% delle ragazze.

Il 33,1% protegge se stesso e il partner con la pillola. Questo dato fa pensare che venga impiegata una doppia contraccezione con pillola e preservativo, come emerge da svariati studi internazionali.

Un totale di 13 ragazzi su 150 ammette di non essere sicuro su qualche metodo impiegare per proteggere se stessi e il/la proprio/a partner da una gravidanza indesiderata.

Tabella 6.12 “L’ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?” (solo quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali completi)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	86.96 (60)	70.37 (57)	78.00 (117)
No	13.04 (9)	29.63 (24)	22.00 (33)
Totale	100 (69)	100 (81)	100 (150)

Questo studio, purtroppo, non esplicita l'impiego di altri metodi contraccettivi ormonali quali l'anello vaginale, il cerotto ormonale, ecc., e quindi non consente di registrare una parte della contraccezione praticata dai giovani. La risposta “altro metodo” viene scelta dal 9,0% degli intervistati, anche se questo studio non permette di sapere quale.

La domanda relativa alla contraccezione tramite il coitus interruptus, ovvero l'estrazione del pene prima dell'eiaculazione, è una domanda rischiosa, perché questo metodo non è affidabile.

6.3 Infortuni

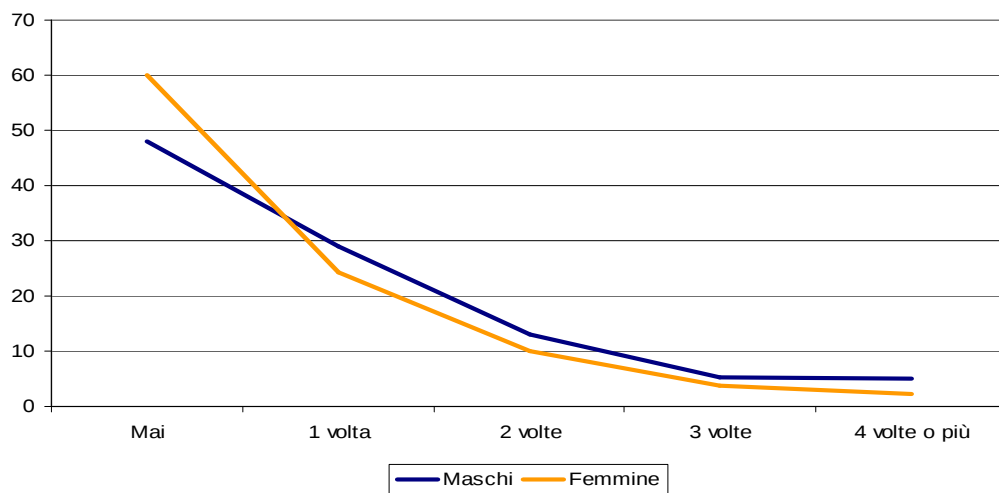
Gli infortuni sono diventati, nel XX secolo, una delle cause più frequenti d'inabilità nei bambini di età superiore a 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende, inoltre, a crescere in maniera considerevole durante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

Oltre la metà degli intervistati non dichiara negli ultimi dodici mesi infortuni che abbiano richiesto il ricorso alle cure sanitarie, e circa un quarto dichiara un infortunio nell'ultimo anno (tabella 6.9). Non si rilevano particolari differenze tra i gruppi linguistici.

Come atteso, i ragazzi sono più soggetti ad infortuni rispetto alle ragazze, che non dichiarano infortuni nel 60.1% dei casi rispetto al 48.0% dei ragazzi, così come dichiarano un unico infortunio nel 24.2% dei casi rispetto al 29.0% dei ragazzi.

Tabella 6.13 “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	55.69 (475)	54.58 (429)	52.52 (323)
Una volta	27.55 (235)	26.08 (205)	25.37 (156)
2 volte	9.03 (77)	11.20 (88)	14.47 (89)
3 volte	3.99 (34)	4.33 (34)	5.04 (31)
4 volte o più	3.75 (32)	3.82 (30)	2.60 (16)
Totale	100 (853)	100 (786)	100 (615)

Figura 6.4 Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere

6.4 Conclusioni

Nei tre settori relativi alle sostanze si riscontra una chiara tendenza a un calo del consumo.

Risulta anche evidente il fatto che gli studenti che si sentono appartenenti al contesto scolastico, avvertono meno stress e ottengono risultati da buoni a ottimi, fanno uso di una quantità notevolmente inferiore di alcol, tabacco e cannabis rispetto ai compagni che non avvertono tale senso di appartenenza, ma denunciano situazioni di stress e ottenengono risultati inferiori alla media.

Altrettanto chiaro risulta il fatto che una comunicazione facilitata con il padre e la madre contribuisce alla riduzione del consumo.

In base ai presenti dati, invece, sembra non avere alcuna conseguenza sull'uso di sostanze l'esperienza di essere vittima di mobbing. Per contro, i mobber presentano valori elevati di consumo per tutte e tre le sostanze.

I presenti dati HBSC possono essere interpretati, oltre che essere confermati da una serie di studi qualitativi esistenti, con una tendenza di base verso la polarizzazione tra i giovani delle abitudini legate all'assunzione di alcolici: coloro che bevono moderatamente, diminuiscono costantemente il consumo, mentre la percentuale piuttosto bassa di giovani che bevono già considerevolmente, tende ad accrescere la frequenza e la quantità di alcol assunto e beve per un senso di appartenenza al gruppo di coetanei. I più giovani bevono meno, i (più) grandi invece più spesso e in eccesso; è possibile, dunque,

affermare che il consumo di alcol al di sotto dei 15 anni è cambiato in modo fondamentale (Eisenbach-Stangl E. et al., 2008).

Si osserva, infine, un calo nel consumo di alcol nei più giovani e una “radicalizzazione” delle abitudini tra i più grandi.

Nella letteratura si parla di “normalizzazione” delle ubriacature, in cui assumono fondamentale importanza due presupposti di base: da una parte, l'accettazione da parte della società e, dall'altra, la facile accessibilità alla sostanza, cosa che accade per l'alcol a causa della sua legalità. Il fenomeno delle ubriacature viene normalizzato perché la società, o almeno parte di essa, lo accetta e l'alcol è, di fatto, facilmente reperibile (Starzer, A. et al., 2009).

Un seconda possibile spiegazione deve essere aggiunta: nel corso degli ultimi 5 anni, non è mutata la caratteristica (l'esperienza di consumo nella vita), ma lo spirito della risposta: o i giovani non sono più disposti a dare informazioni veritiere sul consumo di alcol o rispondono così perché è ciò che la società si aspetta (Uhl, A., 2009b). Il prossimo studio HBSC previsto tra 4 anni dimostrerà quale di queste ipotesi si sarà affermata.

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.
- als Entwicklung? In: Oerter R. (ed.): *Lebensbewältigung im Jugendalter* (pp. 192-219).
- Anderson, P.; Baumberg, B. (2006): *Alcohol in Europe*. Institute of Alcohol Studies, UK
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Autonome Provinz Bozen - Landesinstitut für Statistik ASTAT (Hrsg): *Jugendstudie 2009 (Bozen 2010)*
- Beccaria, F.; Sande, A. (2003): *Drinking Games and Rite of Life Projects: A Social Comparison of the Meaning and Functions of Young People's Use of Alcohol during the Rite of Passage to Adulthood in Italy and Norway*. In: Young, 11. Jg. (2003), S. 99 - 119.
- 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.
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Böhnisch, L. (2008): *Sozialpädagogik der Lebensalter: Eine Einführung*, 5. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München
- Böhnisch, L. (2010): *Abweichendes Verhalten. Eine pädagogisch-soziologische Einführung*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage 2010. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Brehm, J.W. (1966): *A theory of psychological reactance*. Academic Press, New York
- 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.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Jugendsexualität 2010 (Köln 2010)*
- 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.
- Dollinger, B. (2005): *Drogenkonsum als sinnhafter Bewältigungsmechanismus. Methodologische Anmerkungen zu einer neueren Forschungsperspektive*, in: Dollinger, B.; Schneider, W. (Hg.): *Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 143-168
- Douglas, M. (2004): *Ritual, Tabu und Körpersymbolik*. Fischer, Frankfurt am Main
- Egginton, R.; Williams, L.; Parker, H. (2002): *Going out drinking: the centrality of heavy alcohol use in English adolescents' leisure time and poly substance repertoires*. In: *Journal of Substance Abuse*, 7. Jg. (2002), H.33, S.125-135.

- Eisenbach-Stangl, I.; Bernardis, A.; Fellöcker, K.; Haberhauer-Stidl, J.; Schmied, G. (2008): Jugendliche Alkoholszenen, Konsumkontexte, Trinkmotive, Prävention. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien
- 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.
- Epstein, R.: Der Mythos vom Teenager- Gehirn (2008), in: Gehirn und Geist, 06, S. 24- 29. Online: <http://www.gehirn-und-geist.de/artikel/912987>.
- Erdheim, M. (2002): Omnipotenz, Rausch und Lust, in: Uhlig, S.; Thiele M. (Hg.): Rausch – Sucht – Lust. Kulturwissenschaftliche Studien an den Grenzen von Kunst und Wissenschaft, Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 121-140
- 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
- Gmel, G.; Kuntsche, E.; Wicki, M.; Labhart, F. (2009): Abschlussbericht: Das European school Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007. SFA, Lausanne
- Hurrelmann, K.; Hesse, S. (1991): Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht*, 37, 240-252.
- Järvinen, M.; Gundelach, P. (2007): Teenage Drinking, Symbolic Capital and Distinction. In: *Journal of Youth Studies*, 10. Jg. (2007), H.1, S. 55-71.
- Järvinen, M.; Room, R. (Hg.) (2007): Youth Drinking Cultures: European Experiences. Ashgate Publishing, Aldershot UK.
- Khantzian, E.J. (1985): The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264
- Koler, P. (2004): Selbstwahrnehmung, Risikofaktoren und Drogenkonsum, in: Autonome Provinz Bozen – Landesinstitut für Statistik (Hrsg.): Jugendstudie 2004. Werthaltungen, Lebensformen und Lebensentwürfe der Südtiroler Jugend. Bozen
- Koler, P. (2006): Berauschend. Über die Jugend, den Alkohol und einiges mehr. , in: Burtscher A.; Kager T. (Hrsg.): Unerhört: Visionen des jungen Südtirols. Pre visioni del giovane Sudtirolo. Edition Raetia, Bozen
- Koler, P. (2007): Meinungen und Verhalten der erwachsenen Bevölkerung in Bezug auf Alkohol, in: Autonome Provinz Bozen – Landesinstitut für Statistik (Hrsg.): Lebensformen und Werthaltungen in Südtirol. Bozen
- Koler, P. (2008): Berauschende Aussichten. Aufbruch zu einer neuen Präventionskultur, in: Abhängigkeiten. Nr. 1/2008, 14. Jahrgang. Lausanne (CH)
- Koler, P.; Trenkwalder A.; Morosetti G. (2005): „Konzept für Tabak-Prävention, -Entwöhnung und -Behandlung in Südtirol“. Autonome Provinz Bozen (Hrsg.). Bozen 2005
- Koller, G.; Baldemair, A.; Guzei, M.; Rettenwander, A.; Strieder, C.; Willfahrt, J. (2003): Risreflecting Grundlagen, Statements und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik – Ein Studien- und Lesebuch. Akzente Suchtprävention, Salzburg
- Korte, S. (2007): Rauschkonstruktionen: Eine qualitative Interviewstudie zur Konstruktion von Drogenrauschwirklichkeit. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Kuntsche, E. (2001): Radikalisierung? Ein Interpretationsmodell jugendlichen Alkoholkonsums von 1986 bis 1998 in der Schweiz, in: *Sucht* 47, S. 393-403
- Martinic, M.; Marsham, F. (Hg.) (2008): Swimming with Crocodiles. The culture of Extrem Drinking. Routledge. ICAP Book Series on Alcohol in Society, London
- Moffitt, T.E. (1993): Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Development Taxonomy. *Psychological Review*, 100, 4, 674-701
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars>. 2000.
- Pape, H.; Rossow, I.; Storvoll, E. (2008): Wetter and Better? Changes in Associations between Drunkenness and Other Problem Behaviors among Norwegian Youth, in: *European Addiction Research* 2. S. 61-70
- Parker, H.; Aldrige, J.; Measham, F. (1998): Illegal Leisure. The normalization of adolescent recreational drug use. Routledge, London and New York

- 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.
- Rodriguez-Martos, A.(2006): The Spanish „botellón”, a particular way of bingeing, in: Nordic Studies on Alcohol and Drugs, vol. 23, S. 137-142
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Schmid, H.; Delgrande Jordan, M.; Kuntsche, E.N.; Kuendig, H.; Annaheim, B. (2008): Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz (Forschungsbericht Nr. 42, revidierte und aktualisierte Fassung). SFA, Lausanne
- Settertobulte, W.; Bruun Jensen, B.; Hurrelmann, K. (2001): Drinking among young Europeans, in WHO Policy Series (Hrsg.), Health policy for children and adolescents. Issue 3. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Silbereisen, R. K.; Kastner, P. (1985): Entwicklung von Drogengebrauch - Drogengebrauch
- Starzer, A.; Uhl, A.; Puhm, A.; Strizek, J.; Auracher, U.; Kampusch, A. (2009): Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Wien
- Streek-Fischer, A. (1992): „Geil auf Gewalt“. Psychoanalytische Bemerkungen zu Adoleszenz und Rechtsextremismus, in: Psyche 8, S. 745-771
- Stumpp, G.; Stauber, B.; Reinl, H. (2009): „Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen“: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Institut für Erziehungswissenschaft Universität Tübingen, Forschungsinstitut tifs,
- Uhl, A. (2000c): 'Non-Problematic Use' - 'Problematic Use': A Paradox. In: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): Illicit Drugs: Patterns of Use - Patterns of Response. Proceedings of the 10th Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe. Studienverlag, Innsbruck. Online: www.api.or.at/lbi/download.htm
- Uhl, A. (2002a): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Röhrle, B. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. DGVT, Tübingen
- Uhl, A. (2003): Jugend und Alkohol – mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. praeval.doc, 1, 3-10. Online: www.api.or.at/lbi/download.htm
- Uhl, A. et al. (2005): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen Band 1: Forschungsbericht und Band 3: Kreuztabellen, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Uhl, A. et al. (2009a): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Uhl, A.; Strizek, J.; Puhm, A.; Kobra, U.; Springer, A. (2009b): Österreichweite Repräsentativ-erhebung zu Substanzgebrauch - Erhebung 2008 - Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Uhlig, S.; Thiele M. (Hg.) (2002): Rausch – Sucht – Lust. Kulturwissenschaftliche Studien an den Grenzen von Kunst und Wissenschaft, Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Weinheim: Edition Psychologie.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- 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.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.
- Zuckerman, M. (1979): Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal. Erlbaum, Hillsdale

Capitolo 7: Salute e benessere

Antonio Fanolla, Sabine Weiss e il gruppo nazionale HBSC

7.1 Introduzione

La necessità di monitorare e comprendere i meccanismi di salute negli individui nasce dall'idea che la salute 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:

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

7.2 Percezione della propria salute

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

Circa 9 ragazzi su dieci tra gli undici e i tredici anni giudicano almeno buono il proprio stato di salute, mentre la percentuale cala leggermente per i quindicenni (86.9%) (tabella 7.1). I dati confermano i risultati dell'indagine svolta nel 2005-06.

Lo stato di salute è giudicato più positivamente tra i ragazzi delle scuole italiane (complessivamente il 93.0% lo giudica almeno buono) rispetto agli intervistati delle scuole tedesche/ladine (88.9%), ed in particolare giudicano eccellente la propria condizione di salute il 46.9% dei quindicenni italiani rispetto al 29.9% dei quindicenni tedeschi/ladini.

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

I ragazzi (91.7%) danno giudizi più positivi rispetto alle ragazze (87.9%), dichiarando la condizione di eccellenza nel 41.3% dei casi (nel 28.9% le ragazze), dato che conferma quello dell'indagine 2005-06.

La condizione di salute è giudicata più positivamente (eccellente o buona) da chi vive in una famiglia con un status socio economico medio alto (90.3%) rispetto ad uno status basso (85.2%). In particolare la dichiarazione di una salute eccellente varia tra lo status socio economico basso, medio ed elevato rispettivamente dal 27.8%, al 33.3% al 38.3%.

I giudizi positivi riguardano maggiormente i ragazzi normopeso (90.5%) rispetto agli obesi (66.7%), così come un ruolo gioca la percezione del proprio corpo, dove giudica eccellente o buona la propria salute il 93.8% tra quelli che si considerano “giusti” ed il 84.1% di quelli che si considerano troppo grassi o troppo magri.

Anche la facilità del dialogo con i genitori sembra essere correlata con la salute dichiarata: il giudizio eccellente o buona nel caso in cui è facile parlare col padre (93.2%) o con la madre (91.8%) è più frequente rispetto alle situazioni di dialogo difficile (84.7% e 81.6%), ed è proprio il giudizio di eccellenza a fare la differenza (40.9% e 36.8% per la facilità di dialogo con padre e madre rispetto al 28.0% e 27.3% della difficoltà di dialogo).

Tra chi beve alcool ogni giorno, la salute è giudicata eccellente o buona nel 76.9% de casi (eccellente nel 15.4%), mentre tra chi non assume alcool il giudizio di eccellente o buono riguarda il 92.1% dei casi e quello di eccellente il 38.2%. Analogamente tra chi fuma ogni giorno un giudizio eccellente o buono si ha nel 69.6% dei ragazzi (21.0% eccellente) mentre tra chi non fuma il giudizio è positivo è nel 90.8% dei casi (36.1% eccellente).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	36.53 (312)	33.97 (267)	33.06 (202)
Buona	53.51 (457)	57.38 (451)	53.85 (329)
Discreta	9.60 (82)	7.89 (62)	11.78 (72)
Scadente	0.35 (3)	0.76 (6)	1.31 (8)
Totale	100 (854)	100 (786)	100 (611)

Figura 7.1 – Percentuale di coloro che considerano la propria salute buona o eccellente per genere ed età

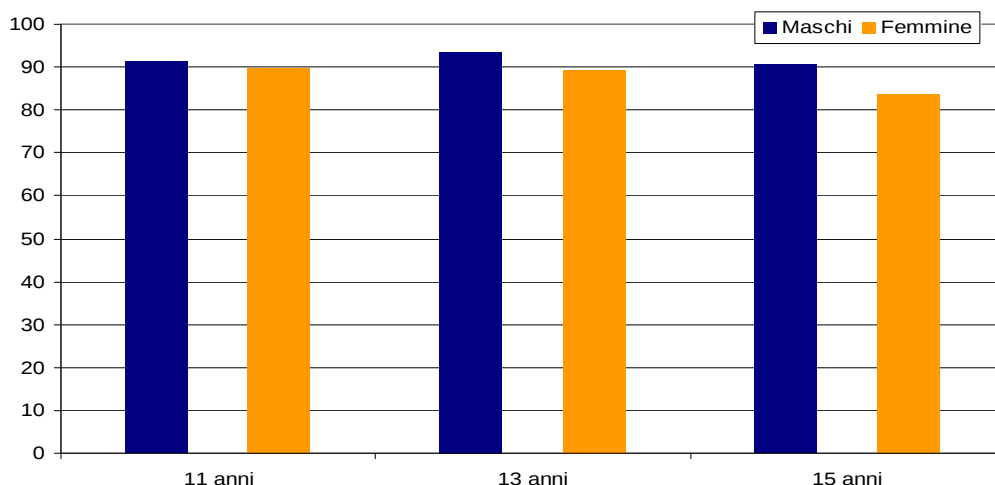
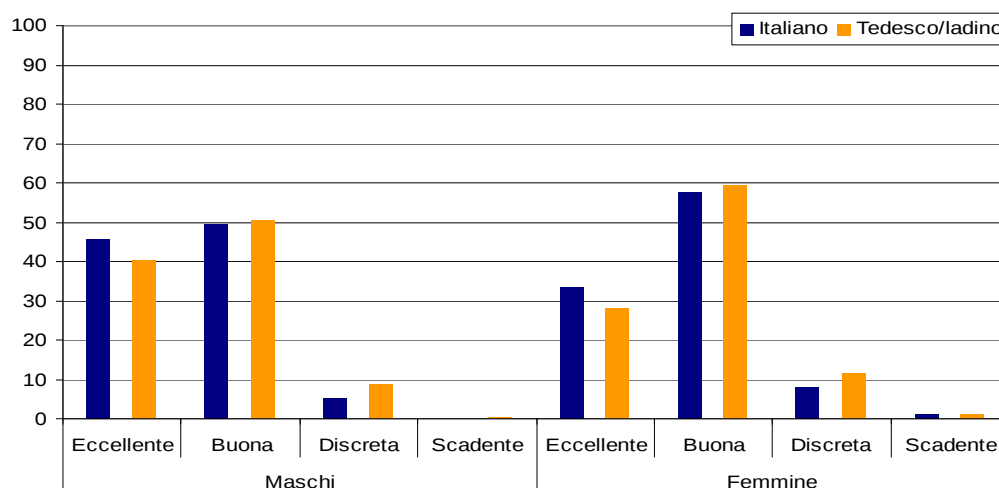


Figura 7.2 – Stato di salute dichiarato per genere e lingua della scuola



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.

Il valore modale del punteggio riferito per la scala della qualità della vita è pari a 9 per gli undicenni ed i tredicenni, ed a 8 per i quindicenni, mentre per tutte le età 8 è il punteggio mediano, senza differenze per lingua della scuola. Si conferma come per la salute un atteggiamento meno positivo delle ragazze rispetto ai ragazzi.

Rispetto all'indagine del 2005-06 i giudizi si sono spostati verso i valori più alti della scala sia per i ragazzi che per le ragazze.

Figura 7.3 – Percezione del benessere misurato su scala da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile) per età

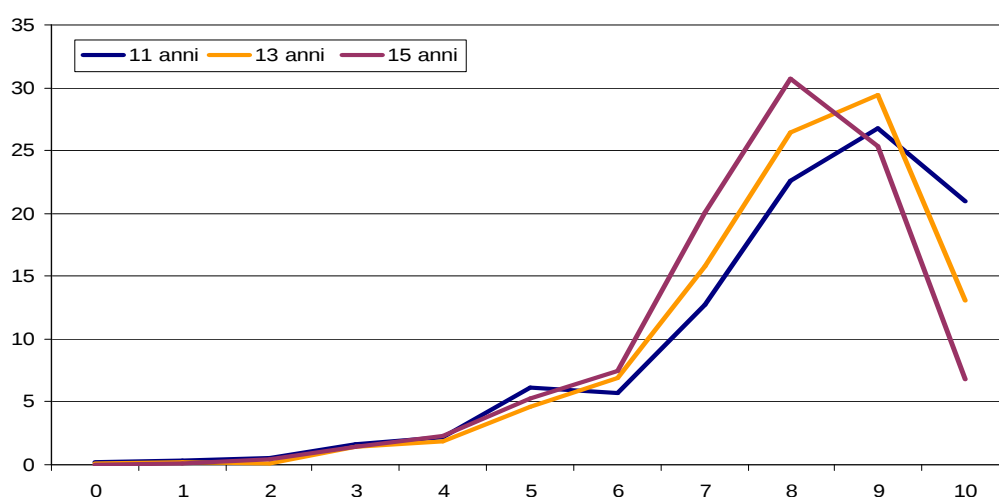
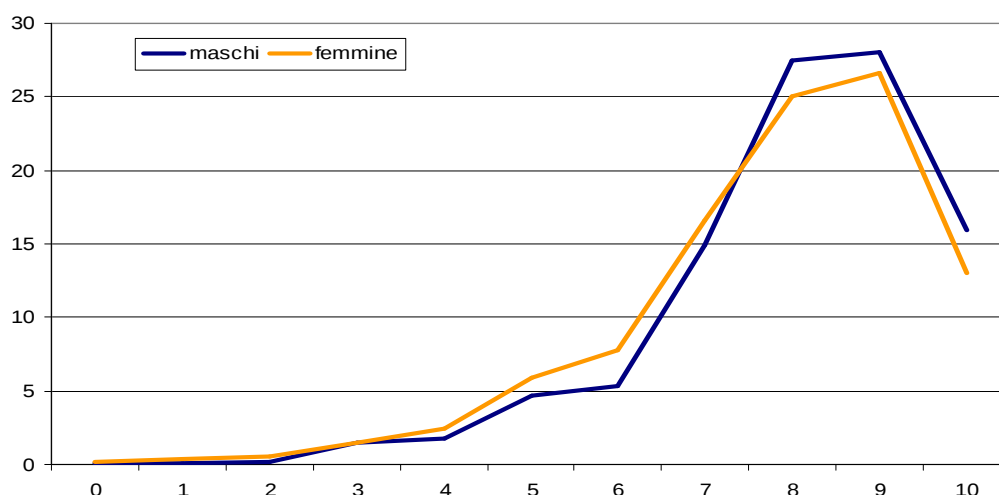


Figura 7.4 – Percezione del benessere misurato su scala da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile) per genere



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 di presenza di sintomi.

Un percentuale variabile tra il 14.6% dei tredicenni ed il 20.4% degli undicenni indica la presenza di almeno un sintomo giornaliero tra quelli considerati (tabella 7.2). Rispetto al 2005-06 cresce la quota di sintomi tra gli undicenni (era il 15.3%) mentre diminuisce per gli altri (-2.1% a 13 anni e -3.8% a 15).

Le ragazze confermano una situazione di salute meno positiva rispetto ai ragazzi, con una differenza particolarmente evidente a 13 anni. I sintomi più frequentemente dichiarati sono l'insonnia ed il mal di testa.

Nelle situazioni di basso status socio economico i sintomi giornalieri (18.3%) sono riportati più frequentemente rispetto allo status medio o alto (16.3%).

Tra i ragazzi normopeso la presenza di sintomi è dichiarata nel 15.0% dei casi, mentre è superiore tra i sottopeso (21.3%), i sovrappeso (23.2%) e gli obesi (25.0%). Chi ha una considerazione positiva del proprio corpo, dichiara sintomi giornalieri nel 14.7% dei casi, mentre tra chi si ritiene troppo grasso o troppo magro la presenza di sintomi cresce al 20.2%.

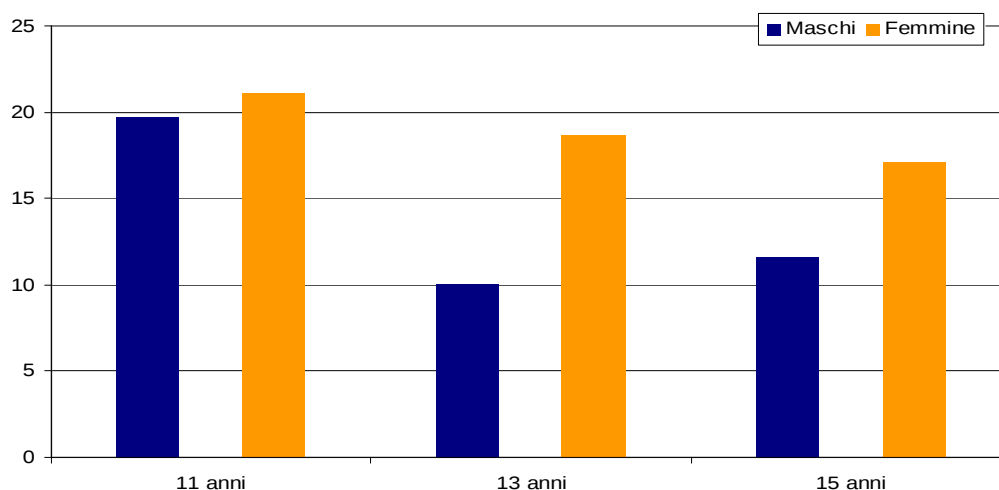
Tra chi dialoga facilmente con il padre o con la madre, i sintomi sono indicati rispettivamente nel 14.0% e nel 14.5% dei casi, mentre tra chi dichiara difficoltà di dialogo queste quote crescono al 19.4% e 25.6%.

Tra chi beve ogni giorno alcool un sintomo giornaliero è dichiarato nel 45.8% dei casi rispetto al 15.7% di chi non beve, e tra chi fuma giornalmente il 28.6% dichiara un sintomo rispetto al 15.9% di chi non fuma.

Tabella 7.2: “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	20.42 (175)	14.58 (115)	14.66 (90)
Più di 1 volta a settimana	17.50 (150)	23.45 (185)	24.76 (152)
1 volta a settimana	19.95 (171)	20.79 (164)	27.36 (168)
1 volta al mese	23.69 (203)	28.90 (228)	26.38 (162)
Raramente o mai	18.44 (158)	12.29 (97)	6.84 (42)
Totale	100 (857)	100 (789)	100 (614)

Figura 7.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo per genere



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 a addormentarsi e senso di vertigini), e l'altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso).

I sintomi somatici sono più frequentemente dichiarati dalle ragazze e dagli undicenni in generale. Tra i ragazzi, le differenze tra sintomi somatici e psicologici sono meno evidenti eccetto che per gli undicenni.

I ragazzi delle scuole italiane dichiarano più frequentemente un sintomo, somatico o psicologico, rispetto a quelli delle scuole tedesche/ladine, ed in particolare quasi uno su quattro tra gli undicenni ed i tredicenni italiani dichiara la presenza giornaliera di un sintomo somatico.

Figura 7.6 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo per genere e tipo di sintomo

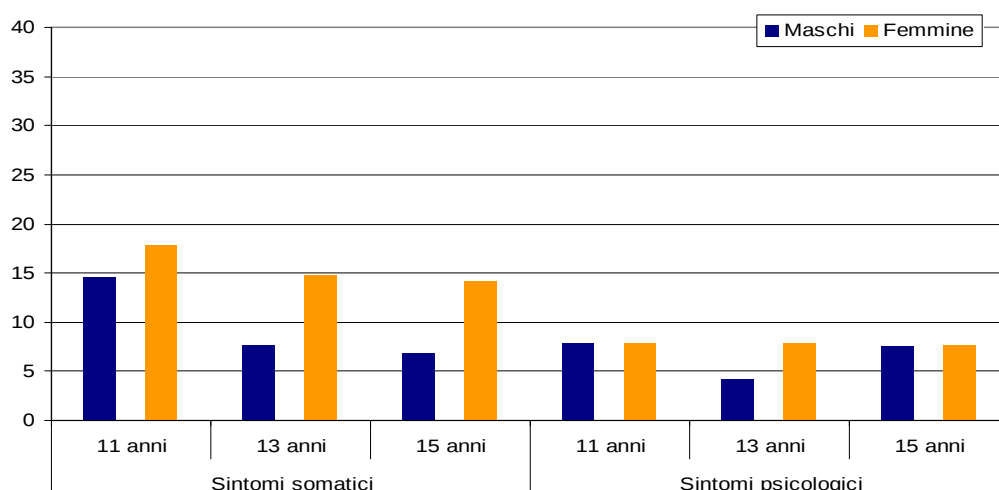
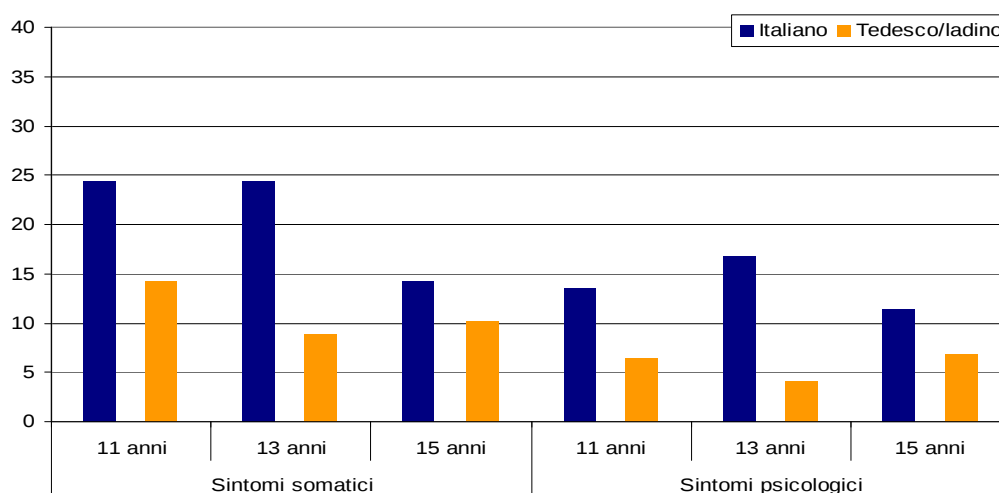


Figura 7.7 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo per lingua della scuola e tipo di sintomo



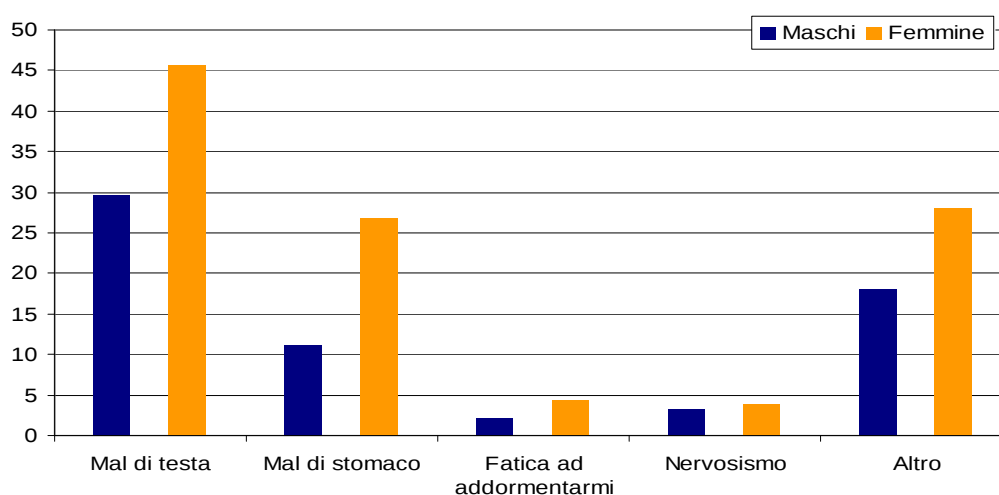
7.5 Utilizzo di farmaci

Il 40.3% dei quindicenni intervistati ha dichiarato di non aver assunto farmaci nell'ultimo mese. Coerentemente con una condizione di salute meno positiva le ragazze dichiarano di assumere maggiormente farmaci rispetto ai ragazzi, ed il 44.2% ha assunto più di un farmaco nell'ultimo mese rispetto al 27.4% dei ragazzi (tabella 7.3).

I farmaci maggiormente assunti sono quelli contro il mal di testa (45.7% delle femmine e 29.6% dei maschi) ed il mal di stomaco (26.9% delle femmine e 11.3% dei maschi).

Tabella 7.3: “Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci?”, per genere (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	53.70 (145)	29.55 (99)	40.33 (244)
Sì, 1 farmaco	18.89 (51)	26.27 (88)	22.98 (139)
Sì, >1 farmaco	27.41 (74)	44.18 (148)	36.69 (222)
Totale	100 (270)	100 (335)	100 (605)

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

7.6 Conclusioni

I quattro aspetti considerati per descrivere salute e benessere non sempre porta a risultati che vanno nella stessa direzione.

Emerge, infatti, una considerazione corretta del proprio stato di salute, riguardante circa 9 ragazzi su 10, che ripetono una condizione di benessere molto elevata, con valori modali di 9 su 10 punti tra undicenni e tredicenni e di 8 punti tra i quindicenni nella relativa scala.

Sono però molti anche quelli che dichiarano la presenza di specifici sintomi giornalieri, addirittura un undicenne ogni 5, e si tratta di sintomi somatici più che psicologici, in particolare mal di testa ed insonnia.

È possibile anche tracciare un profilo di chi presenta maggiori criticità rispetto alle condizioni di salute. Innanzitutto le ragazze, che sono colte in questo studio durante l'età dello sviluppo, ma anche chi si trova in una situazione di basso status socio economico, così come chi presenta uno stato nutrizionale non positivo e chi non è contento della propria immagine corporea. La difficoltà di dialogo con i genitori è poi più frequentemente presente nelle situazioni dove lo stato di salute dichiarato è meno positivo. I comportamenti a rischio quali assunzione di alcool e fumo di sigaretta sembrano già condizionare negativamente la percezione di salute dei ragazzi.

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.

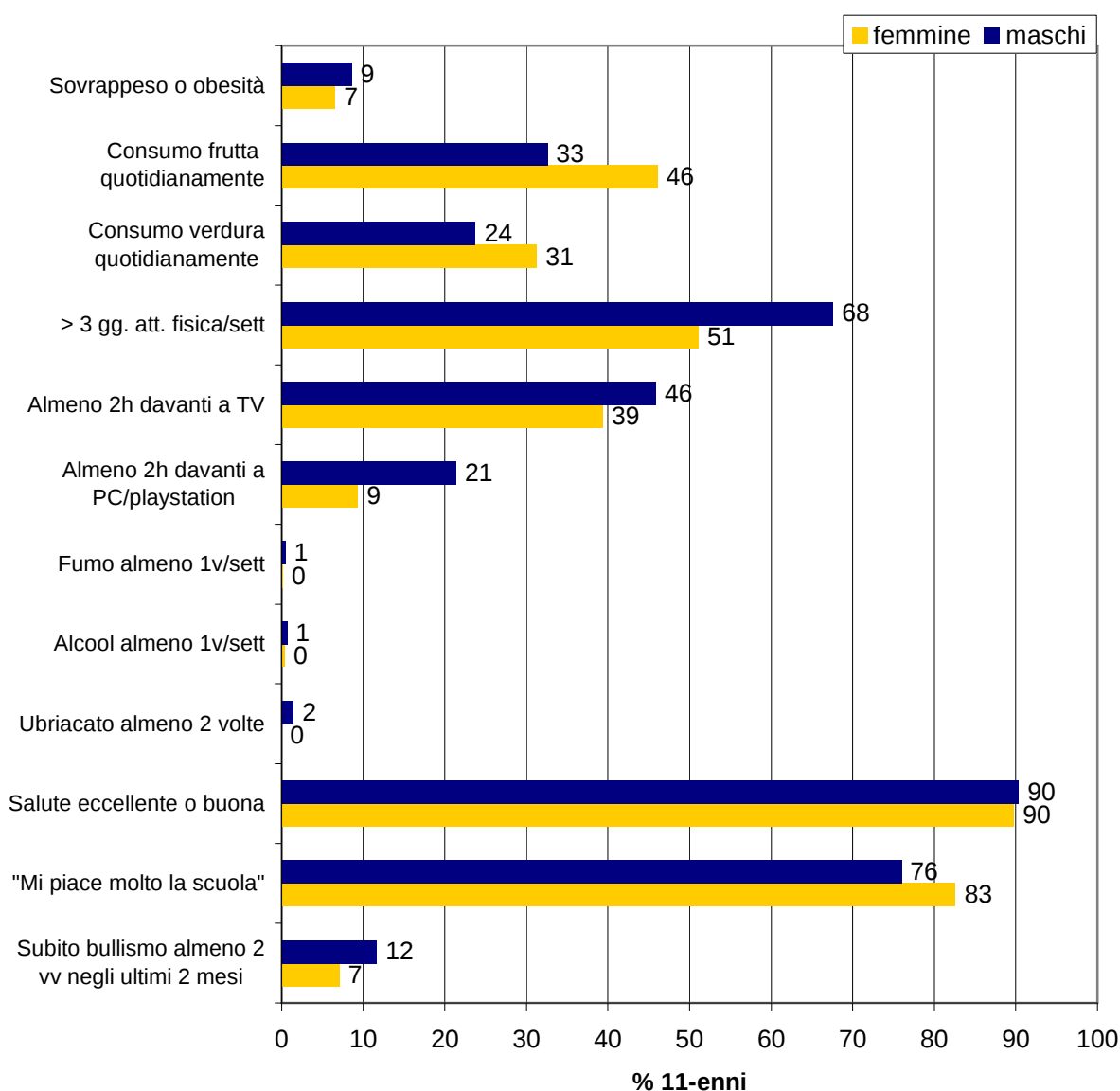
Alcuni indicatori riassuntivi

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, scuola, bullismo.

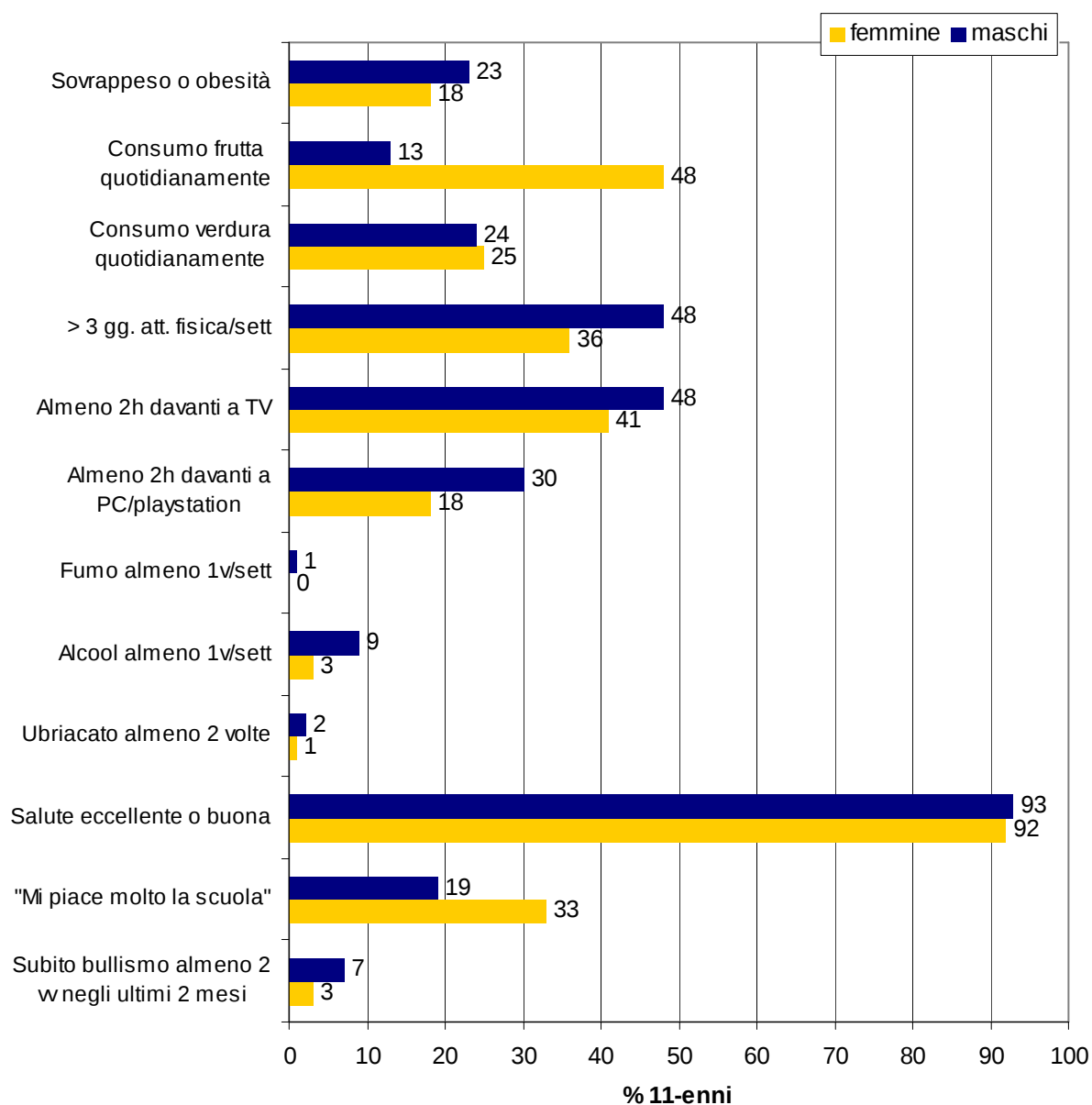
In linea con gli altri studi condotti su bambini (OKkio) ed adulti (PASSI) la percentuale di sovrappeso ed obesità (pur con le limitazioni dell'essere una misura riferita) si conferma in Alto Adige ai minimi livelli nazionali. Il consumo quotidiano di frutta e verdura non si discosta dai valori medi nazionali, mentre i ragazzi altoatesini, rispetto ai loro coetanei del resto d'Italia praticano più frequentemente attività fisica e passano meno tempo a giocare al PC od alla playstation.

Comportamenti scorretti quali l'abitudine al fumo e l'assunzione di alcool interessano una quota minima di undicenni, ai quali la scuola piace di più rispetto ai loro coetanei delle altre regioni italiane, ma che sono anche più soggetti ad atti di bullismo.

Undicenni – Dati regionali

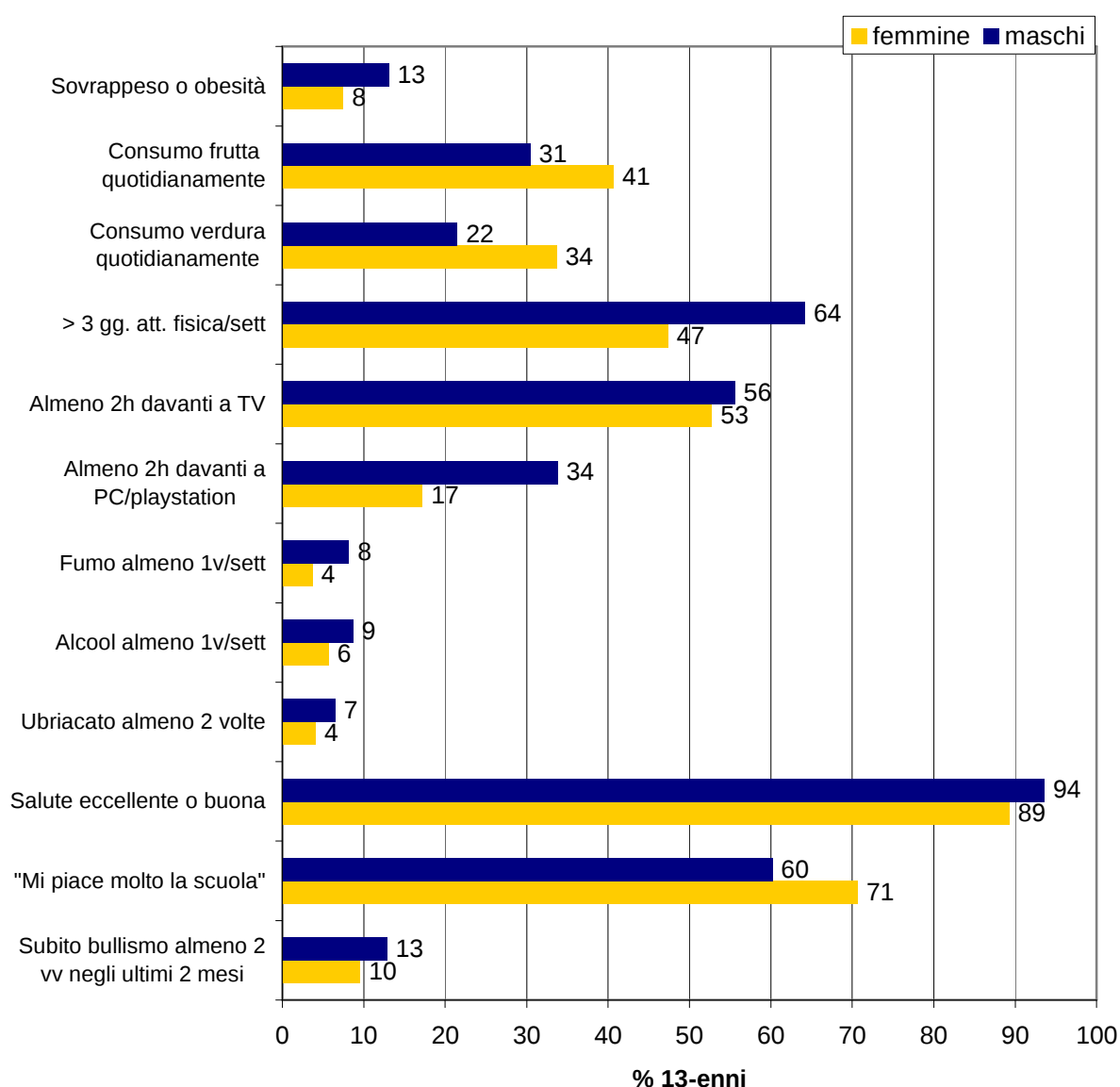


Undicenni – Dati nazionali

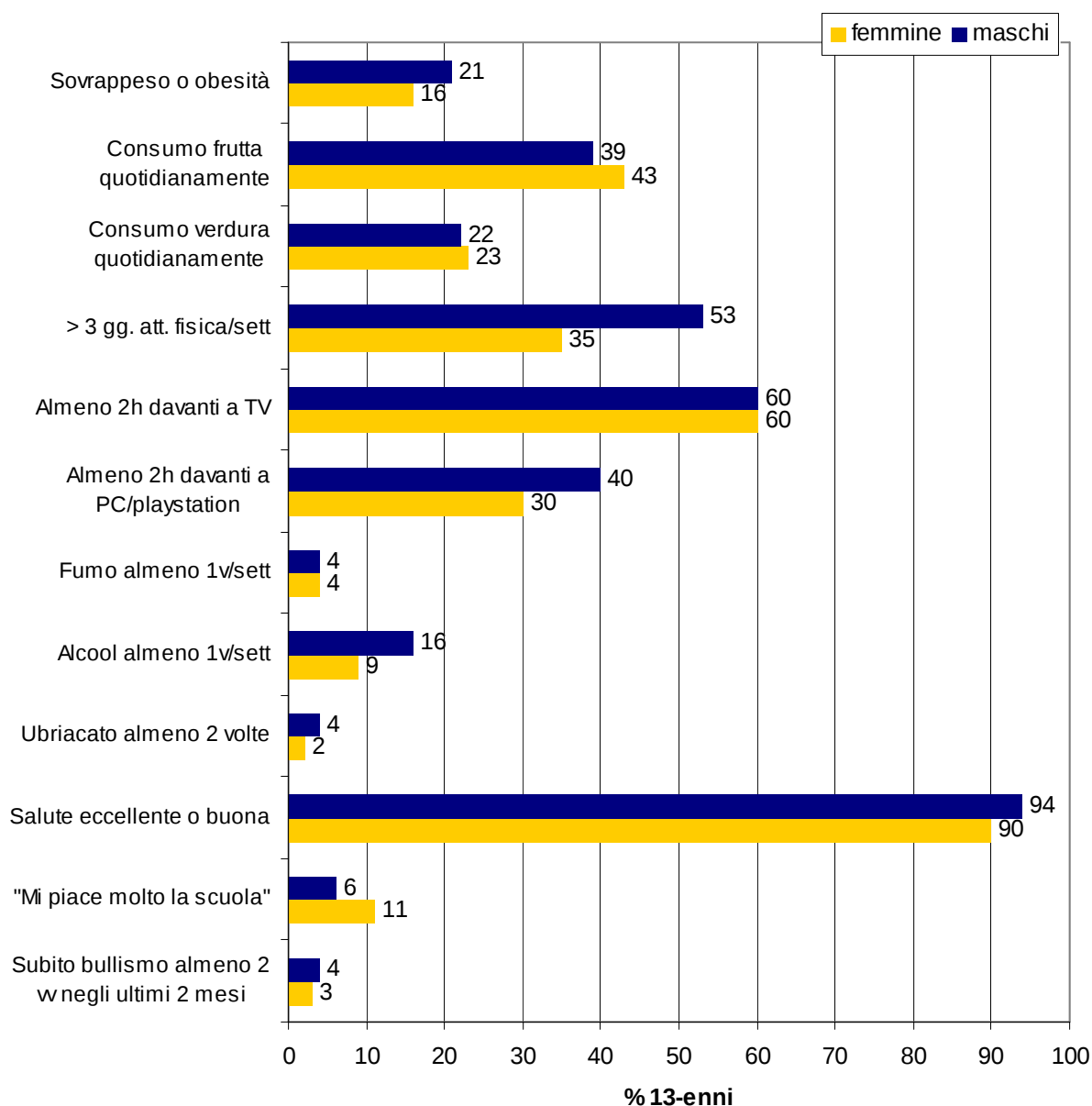


Anche tra i tredicenni si conferma la minor presenza di sovrappeso ed obesità, la maggiore attività fisica, il minor tempo trascorso a giocare al PC e migliora il consumo di verdura. La scuola continua a piacere di più così come più frequenti sono gli atti di bullismo. Comincia ad emergere il fenomeno delle ubriacature.

Tredicenni – Dati regionali

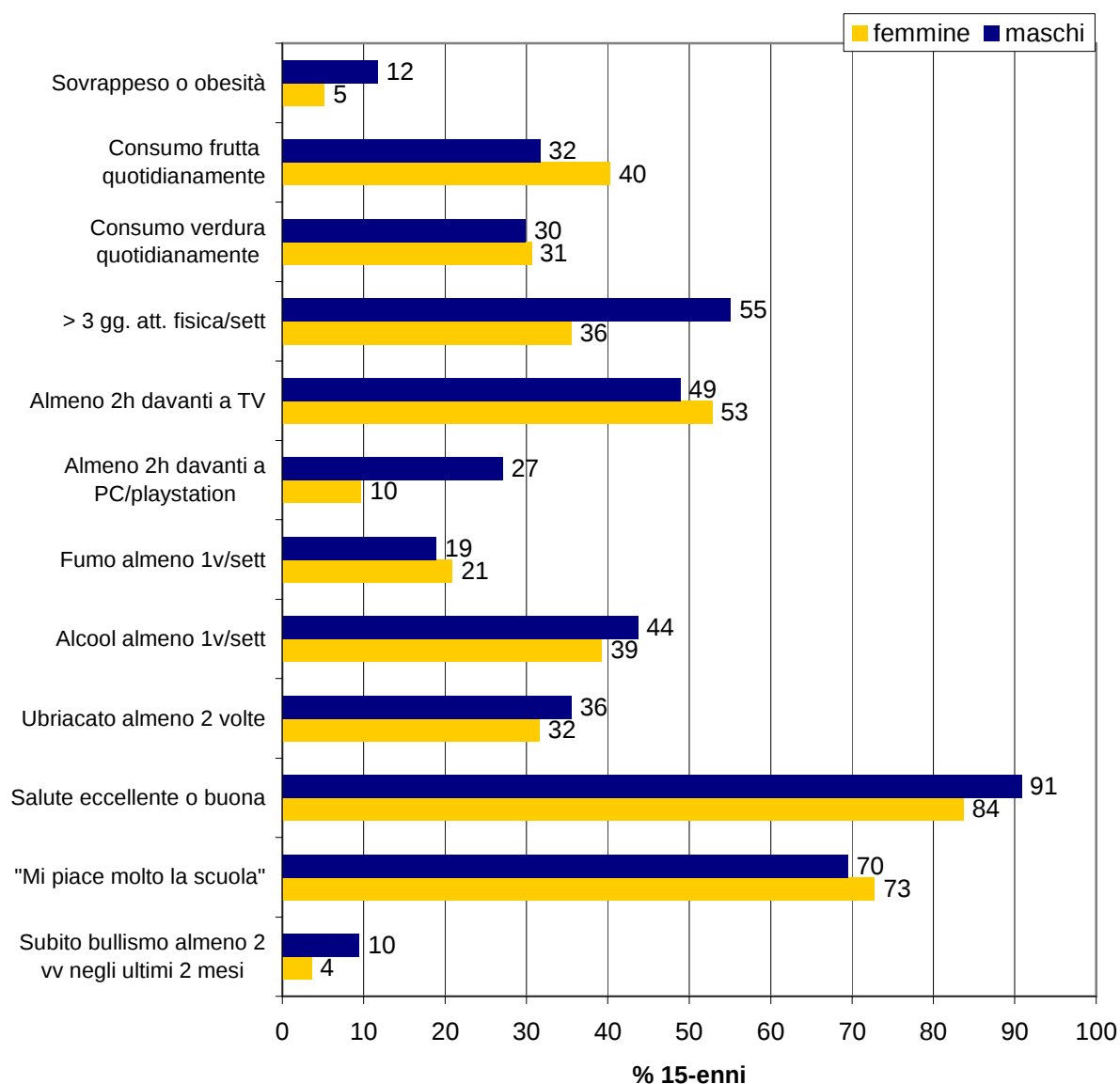


Tredicenni – Dati nazionali



Tra i quindicenni si mantiene bassa la quota di sovrappeso ed obesità così come elevata continua a rimanere la frequenza della pratica di attività fisica.

Quindicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati nazionali

