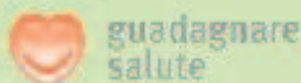


HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

WORLD HEALTH ORGANIZATION
COLLABORATIVE CROSS-NATIONAL STUDY

Stili di vita e Salute degli Adolescenti

I Risultati
della Sorveglianza
HBSC Italia 2014



hbsc
ITALIA/ITALY



Südtiroler Sanitätsbetrieb
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitaria de Südtirol

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Abteilung Z3 - Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Ripartizione Z3 - Sanità
Osservatorio epidemiologico



UNIVERSITÀ
DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DI TORINO



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

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

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*) e Prof.ssa Patrizia Lemma

Dott.ssa Paola Berchialla

Dott. Alberto Borraccino

Dott.ssa Lorena Charrier

Dott.ssa Paola Dalmaso

Dott.ssa Giulia Piraccini

Dott. Nazario Cappello

Università degli Studi di Siena

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

Prof. Mariano Giacchi

Dott. Giacomo Lazzeri

Dott.ssa Rita Simi

Dott.ssa Stefania Rossi

Dott. Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Prof. Alessio Vieno

Dott. Natale Canale

Dott.ssa Michela Lenzi

Dott.ssa Claudia Marino

Ministero della Salute

Segretariato Generale

Dott.ssa Daniela Galeone

Dott.ssa Maria Teresa Menzano

Direzione Generale della Prevenzione

Dott. Lorenzo Spizzichino

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dott. Alessandro Vienna

Provincia Autonoma di Bolzano

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 Julia Von Spinn (Intendenza scolastica tedesca)

Dr. Lois Kastlunger (Intendenza scolastica ladina)

Prof.ssa Annalisa Gallegati (Intendenza scolastica Italiana)

Responsabilità editoriali

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

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

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

Indice

PRESENTAZIONE.....	6
PREMESSA.....	7
RINGRAZIAMENTI.....	8
CAPITOLO 1: LA RICERCA E IL CAMPIONE IN STUDIO.....	10
INTRODUZIONE	10
1.2 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE.....	11
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 1.....	12
CAPITOLO 2: IL CONTESTO FAMILIARE	14
INTRODUZIONE	14
2.1 LA STRUTTURA FAMILIARE	14
2.2 LA QUALITÀ DELLA RELAZIONE CON I GENITORI.....	17
2.3 LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE.....	19
CONCLUSIONI.....	20
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 2.....	21
CAPITOLO 3: L'AMBIENTE SCOLASTICO.....	24
INTRODUZIONE	24
3.1 STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE	24
3.2 RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI.....	28
3.3 RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE.....	30
3.4 RAPPORTO CON LA SCUOLA.....	32
CONCLUSIONI.....	34
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 3.....	34
CAPITOLO 4: SPORT E TEMPO LIBERO	36
INTRODUZIONE	36
4.1 ATTIVITÀ FISICA	36
4.2 COMPORTAMENTI SEDENTARI	38
4.2.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione.....	38
4.3 RAPPORTI CON I PARI.....	40
CONCLUSIONI.....	41
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 4.....	42
CAPITOLO 5 : ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE	44
INTRODUZIONE	44
5.1 FREQUENZA E REGOLARITÀ DEI PASTI	45
5.2 CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA	46
5.3 CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE	47
5.4 STATO NUTRIZIONALE.....	48
5.5 IGIENE ORALE	51
CONCLUSIONI.....	52
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 5.....	52
CAPITOLO 6: COMPORTAMENTI A RISCHIO	55
6.1 USO DI SOSTANZE	55
6.1.1 Il fumo.....	55
6.1.2 L'alcol	56
6.1.3 Cannabis	59
6.2 GIOCO D'AZZARDO	60
6.3 ABITUDINI SESSUALI	61
6.4 INFORTUNI.....	62

CONCLUSIONI.....	63
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 6.....	63
CAPITOLO 7:SALUTE E BENESSERE	66
INTRODUZIONE	66
7.1 SALUTE PERCEPITA.....	66
7.2 BENESSERE PERCEPITO	67
7.3 SINTOMI RIPORTATI	68
7.4 UTILIZZO DI FARMACI.....	71
CONCLUSIONI.....	71
BIBLIOGRAFIA CAPITOLO 7.....	72
INDICATORI RIASSUNTIVI	74

Presentazione

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale (www.hbsc.org) svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa (www.who.int/about/regions/euro/en/index.html).

L'indagine HBSC è oggi in Italia il solo studio, con finalità di sorveglianza, che interessi la popolazione pre-adolescente e adolescente, una fascia attualmente non coperta da altre sorveglianze attive. Per questa ragione si pone, di fatto, in continuità con gli altri sistemi di sorveglianza nazionali, OKkio alla Salute, che si occupa della fascia infantile, e PASSI più PASSI D'ARGENTO, che si rivolgono alla popolazione adulta e anziana. Sorveglianze che nel loro complesso sono strumenti essenziali per l'attuazione di strategie come il Piano Nazionale della Prevenzione e Guadagnare salute.

Scopo dell'implementazione della sorveglianza HBSC a livello nazionale è la comprensione dei fattori e processi rilevanti per la salute nell'età pre-adolescenziale e adolescenziale che la possono promuovere o compromettere e di indirizzare politiche pertinenti. Inoltre sostiene la rete inter-regionale di operatori sanitari attivi nei settori pertinenti alle fasce di età e alle aree indagate al fine di raccogliere e diffondere dati utili a promuovere programmi e politiche di promozione della salute nell'età dello sviluppo.

Auspichiamo che i risultati della sorveglianza vengano utilizzati da operatori sanitari, educatori e insegnanti per informare e sensibilizzare genitori e ragazzi e per costruire interventi di prevenzione incentrati sugli effettivi bisogni di salute.

L'Assessora alla Salute, Sport, Politiche sociali e Lavoro
Dr. Matha Stocker

L'Assessora all'Istruzione e Cultura tedesca, Integrazione
Dr. Philipp Achammer

L'Assessore alla scuola, formazione professionale e cultura italiana, edilizia e cooperative, opere pubbliche
Dr. Christian Tommasini

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.

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 quattro indagini nazionali (2002, 2006, 2010 e 2014).

Fino al 2006 lo studio HBSC è stato portato avanti da un network nazionale costituito da tre Università, Torino, Siena e Padova, con una estensione progressiva dell'indagine anche a livello di quattro regioni e una Provincia Autonoma (Piemonte, Veneto, Toscana, Lombardia e Provincia Autonoma di Bolzano). Nel 2010 HBSC è entrato a far parte del progetto, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero della Salute/CCM, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e collegato al programma europeo "Guadagnare Salute" e, per la prima volta, l'indagine HBSC ha previsto una rappresentatività sia nazionale che regionale, permettendo di avere dati a livello di ciascuna regione, elemento essenziale per definire politiche di intervento.

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

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

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

Si ringraziano tutte le scuole medie e istituti superiori della Provincia di Bolzano, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2013-14:

Scuole secondarie di primo grado

Mittelschule "Dr. F. Ebner" – SSP Schlanders
Mittelschule "Michael Pacher" – SSP Brixen/Milland
Mittelschule "Oswald von Wolkenstein" – Brixen
Mittelschule „Albin Egger Lienz“ – SSP Bozen/Stadtzentrum
Mittelschule „A. Schweitzer“ – SSP Bozen/Europa
Mittelschule „J. Röd“ – SSP Bruneck I
Mittelschule „J. Wenter“ – SSP Meran/Stadt
Mittelschule „K. Meusburger“ – SSP Bruneck II
Mittelschule „P. Rosegger“ – SSP Meran/Untermals
Mittelschule Algund – SSP Algund
Mittelschule Ahrntal – SSP Ahrntal
Mittelschule Eppan – SSP Eppan
Mittelschule Graun im Vinschgau – SSP Graun
Mittelschule Innichen – SSP Innichen
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 Naturns – SSP Naturns
Mittelschule Neumarkt
Mittelschule Olang – SSP Olang
Mittelschule Prad – SSP Prad
Mittelschule Ritten – SSP Ritten
Mittelschule Sand in Taufers – SSP Sand in Taufers
Mittelschule Sarntal – SSP Sarntal
Mittelschule Schenna – SSP Meran/Obermais
Mittelschule St. Martin in Passeier – SSP St. Martin in Passeier
Mittelschule Terlan – SSP Terlan
Mittelschule Tramin – SSP Tramin
Mittelschule V. Raber – SSP Sterzing III
Mittelschule Vintl – SSP Vintl

Mittelschule Welsberg – SSP Welsberg
Gleichgestellte Mittelschule 'St. Antonius' PP. Franziskaner - Bozen
Gleichgestellte Mittelschule der Ursulinen - Bruneck
Scuola media D. Alighieri - Centro storico – IC Bolzano I
Scuola media Alfieri – IC Europa 2 Bolzano
Scuola media E. Fermi – Bolzano Iv - Oltrisarco
Scuola media Foscolo – IC Bolzano VI
Scuola media Leonardo da Vinci – IC Bolzano III
Scuola media Segantini – IC Merano I

Scuole secondarie di secondo grado

Fachoberschule für Soziales „Marie Curie“ – Meran
Technologische Fachoberschule „Max Valier“ - Bozen
Gewerbeoberschule „Oskar von Miller“ – Meran
Gewerbeoberschule Bruneck
Handelsoberschule – Oberschulzentrum „Claudia von Medici“ – Mals
Handelsoberschule „Franz Kafka“ – Meran
Handelsoberschule „Heinrich Kunter“ – Bozen
Handelsoberschule Bruneck
Handelsoberschule Sterzing
Humanistisches Gymnasium „Beda Weber“ – Meran
Humanistisches Gymnasium „Walther von der Vogelweide“ – Bozen
IPSCT De' Medici – Bolzano
ITG Delai – Bolzano
ITI Galilei – Bolzano
Lehranstalt für Soziales – Bozen
Lehranstalt für Wirtschaft und Tourismus „Robert Gasteiner“ – Bozen
Liceo Classico Carducci – Bolzano
Liceo Classico Dante Alighieri – Bressanone
Liceo pedagogico/artistico Pascoli – Bolzano
Liceo Scientifico Torricelli – Bolzano
Oberschule für Landwirtschaft Auer
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
Istituto professionale servizi economico-aziendale e turistici – Bressanone
Liceo Artistico 'Cademia' – Ortisei
Landesberufsschule für Handwerk und Industrie - Bozen
Landesberufsschule Schlanders
Landesberufsschule für Handel, Handwerk und Industrie 'Dipl. Ing. Luis Zuegg' - Meran
Landesberufsschule für das Gast- und Nahrungsmittelgewerbe "Emma Hellenstainer" - Brixen
Gleichgestelltes Pädagogisches Gymnasium 'St. Maria' - Bozen

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

Introduzione

La ricerca HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un progetto internazionale, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente. La ricerca HBSC raccoglie informazioni sui comportamenti collegati alla salute tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. A questa indagine l'Italia ha partecipato a livello nazionale per la prima volta nel 2001-2002 (HBSC-Italia, 2004; HBSC, 2001) e successivamente nel 2006 (Cavallo, 2007) e 2010 (Cavallo, 2013; Lazzeri, 2013). Ulteriori informazioni sulla ricerca sono reperibili sui seguenti siti <http://www.hbsc.org>, <http://www.hbsc.unito.it>, <http://www.provincia.bz.it/oep/studi-indagini/stato-salute-stili-vita-giovani.asp>.

Nella nostra provincia la raccolta dati HBSC del 2013-2014 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra l'Osservatorio Epidemiologico, le Intendenze scolastiche e, in primis, ragazzi e personale delle scuole coinvolte.

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

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

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

I questionari, auto-compilati dai ragazzi ed anonimi, sono stati somministrati nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire. Inoltre, secondo quanto suggerito dal protocollo internazionale dell'indagine HBSC, è stata effettuata una procedura di raccolta dati relativa all'istituto scolastico di afferenza del campione di ragazzi con l'obiettivo di migliorare l'analisi e la comprensione dei dati raccolti sui giovani studenti. E' stato dunque somministrato, contemporaneamente alla raccolta dati sui ragazzi, un questionario ai dirigenti scolastici che indagava alcune dimensioni relative ad aspetti contestuali della scuola (nello specifico: caratteristiche e risorse della scuola, misure di promozione alla salute adottate).

1.2 Descrizione del campione

In Provincia di Bolzano sono state selezionate complessivamente 161 classi, due terzi delle quali nelle scuole medie inferiori. La rispondenza per classe è risultata molto elevata, e pari al 93.5% per le scuole medie ed al 84.9% per le scuole superiori.

I questionari compilati in totale sono stati 2.493. A seguito dei controlli di qualità e di completezza rispetto alle informazioni minime richieste, 1.934 sono risultati idonei ad essere inclusi nell'analisi finale. I 559 questionari che non hanno superato la fase di controllo rappresentano il 22.4% 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.

Tabella 1.1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	54	51	94.4
Classe terza media	54	50	92.6
Classe seconda superiore	53	45	84.9
Totale	161	146	90.7

Di seguito è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 1.934 ragazzi. Complessivamente, i maschi sono 893 (46.2%). La quota di maschi passa dal 39.4% tra gli undicenni, rispettivamente al 41.5% e 19.0% nelle altre due fasce d'età. Complessivamente, il campione appare sbilanciato verso il genere femminile e gli alunni delle scuole medie.

Tabella 1.2. Composizione del campione per età e genere

	Maschi	Femmine	Totale
	% (N)	% (N)	% (N)
11 anni	39.4 (352)	38.6 (402)	39.0 (754)
13 anni	41.5 (371)	36.9 (384)	39.0 (755)
15 anni	19.0 (170)	24.5 (255)	22.0 (425)
Totale	100 (893)	100 (1041)	100 (1934)

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Nato in Italia	95.5 (720)	94.2 (711)	93.6 (398)
Nato all'estero	4.5 (34)	5.8 (44)	6.4 (27)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

La tabella 1.3 illustra la composizione del campione secondo la nascita o meno in Italia. Il 94.6% dei ragazzi dichiara la nascita in Italia, il 5.4% all'estero. Complessivamente risulta che il 94.6% dei ragazzi ha entrambi i genitori nativi nel nostro Paese, mentre il 5.4% dichiara che entrambi i genitori sono nati all'estero.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	%(N)	%(N)	%(N)
Entrambi i genitori nati in Italia	95.5 (720)	94.2 (711)	93.6 (398)
Entrambi i genitori nati all'estero	4.5 (34)	5.8 (44)	6.4 (27)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Bibliografia capitolo 1

HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at www.hbsc.org.

HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.

Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

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

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

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

Introduzione

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

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

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

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

2.1 La struttura familiare

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

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

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

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo invece annoverare la diminuzione dell'ampiezza familiare, l'aumento delle famiglie unipersonali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti), che se un tempo erano una risorsa per la famiglia stessa, ora nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani, la crescita di "nuove tipologie" familiari: monogenitoriali, famiglie ricostituite, convivenze more uxorio (Saraceno, 1995; ISTAT, 2002; AAVV, 2006).

Oltre alla struttura familiare tradizionale, quindi, sono sempre più frequentemente riscontrabili altre tipologie. Quelle maggiormente indagate per la popolazione adolescenziale sono, ad esempio:

- La famiglia “monoparentale”: cioè le famiglie in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore. Secondo Scabini (2000), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.
- La famiglia “ricostituita”: è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata “istituzionalizzazione” di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie d'incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

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

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

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

La tabella 2.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari. Nel 56.4% dei casi i ragazzi intervistati vivono con entrambi i genitori naturali, quota che sale all'84.0% se si considera anche la presenza dei nonni. L'11.6% dei ragazzi vive con uno solo dei due genitori (generalmente la madre), mentre alle restanti tipologie familiari appartiene il 6.4% dei ragazzi intervistati.

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	56.4 (1052)
Madre e padre, più uno o due nonni	27.6 (515)
Solo madre (con o senza nonni)	10.5 (195)
Solo padre (con o senza nonni)	1.1 (20)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.4 (63)
Solo nonni (uno o due)	0.2 (3)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.0 (18)
Totale	100 (1866)

I figli unici rappresentano l'11.0% della popolazione intervistata, mentre è più elevata la quota di chi ha due o più fratelli, pari al 43.0% (tabella 2.2).

Le famiglie diventano sempre più piccole: mentre al censimento 1971 l'ampiezza media familiare era ancora di 3.6 persone per famiglia, al censimento 2011 è calato a 2.4.

Tabella 2.2. Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	11.0 (212)
1 fratello o sorella	46.0 (890)
2 o più fratelli o sorelle	43.0 (832)
Totale	100 (1934)

2.2 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

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 74.1% degli undicenni al 55.1% dei quindicenni. Al contrario aumenta invece la quota di coloro che dichiarano "difficile" o "molto difficile" parlare col padre: dal 22.7% degli undicenni al 39.5% dei quindicenni. La comunicazione con la madre appare migliore rispetto a quella con il padre. La definiscono come "facile" o "molto facile" l'87.3% degli undicenni e l'80.7% dei quindicenni, mentre la difficoltà di comunicazione riguarda l'11.8% degli undicenni che sale al 18.3% tra i quindicenni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Molto facile	34.4 (259)	20.7 (156)	16.7 (71)
Facile	39.7 (299)	40.3 (204)	38.4 (163)
Difficile	16.3 (123)	27.5 (208)	27.3 (116)
Molto difficile	6.4 (48)	8.3 (63)	12.2 (52)
Non ho o non vedo mai questa persona	3.3 (25)	3.2 (24)	5.4 (23)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Molto facile	51.5 (388)	35.2 (266)	29.6 (126)
Facile	35.8 (270)	44.0 (332)	51.1 (217)
Difficile	8.6 (65)	16.6 (125)	14.1 (60)
Molto difficile	3.2 (24)	3.3 (25)	4.2 (18)
Non ho o non vedo mai questa persona	0.9 (7)	0.9 (7)	0.9 (4)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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.

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

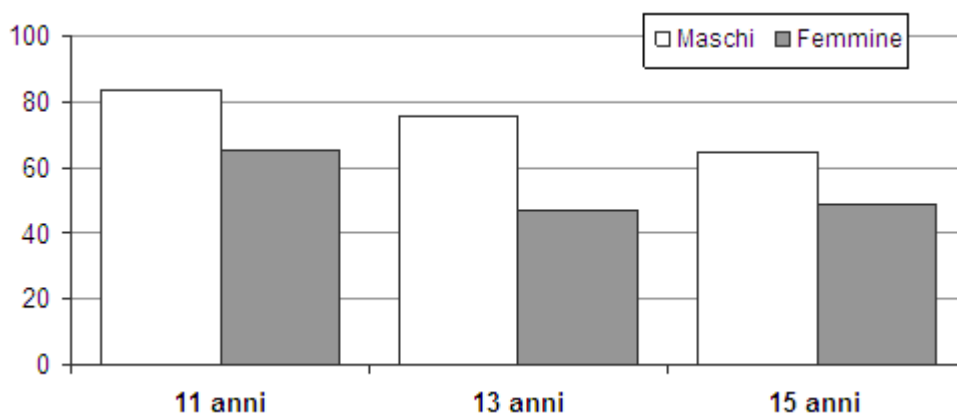
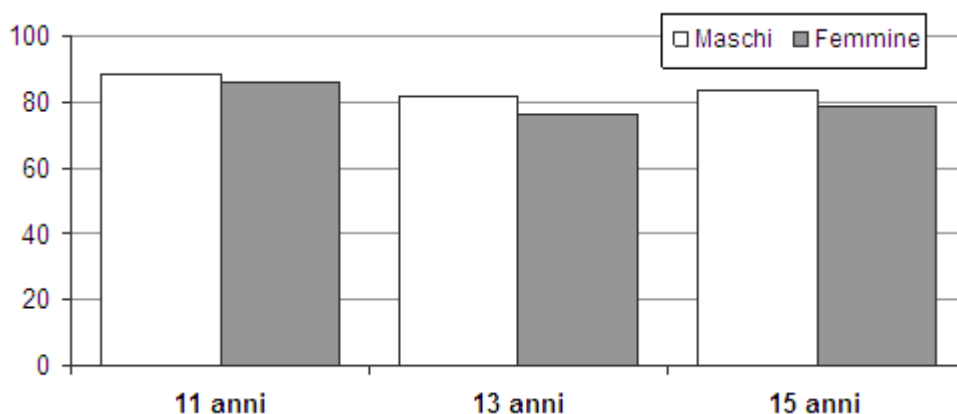


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



2.3 Lo status socio-economico familiare

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

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una "misura 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, 1997). Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);
- status sociale (educazione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

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

Nelle tabelle a seguire si possono osservare i risultati, distinti per indicatori utilizzati. La maggior parte dei ragazzi è classificata in una posizione media (40.4%) o alta (50.3%), mentre pochi sono coloro non in grado di accedere ai beni considerati per il calcolo dell'indice (9.3%).

Rispetto all'indagine 2009-10 lo status socio-economico risulta generalmente migliorato. È diminuita la quota di ragazzi posizionati nella fascia a bassa possibilità di consumo, mentre sono aumentati quelli situati nella fascia a medie ed 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')

FAS	HBSC 2014: % (N)	HBSC 2009-10: % (N)
Medio	9.3 (180)	10.7 (238)
Medio	40.4 (782)	47.2 (1047)
Alto	50.3 (972)	42.1 (934)
Totale	100.0 (1934)	100.0 (2219)

Il livello di educazione scolastica dei genitori è sconosciuto nel 27.8% dei casi riguardo al padre, e nel 24.1% rispetto alla madre. Il titolo di studio più frequente per i padri è quello della licenza media (28.6%), mentre tra le madri prevale la scuola professionale (31.1%). La licenza elementare è dichiarata per l'1.2% dei padri e lo 0.7% delle madri, la laurea è posseduta del 13.0% dei padri e dal 13.5% delle madri (tabella 2.6).

Tabella 2.6. Livello di istruzione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Licenza elementare	0.7 (5)	1.2 (9)	2.4 (10)	0.7 (5)	1.1 (8)	0.2 (1)
Licenza media	22.7 (171)	31.0 (234)	35.1 (149)	18.3 (138)	22.3 (168)	24.0 (102)
Scuola professionale	14.9 (112)	20.8 (157)	21.4 (91)	25.1 (189)	35.2 (266)	34.4 (146)
Maturità	6.2 (47)	11.7 (88)	17.2 (88)	5.0 (38)	9.1 (69)	18.1 (77)
Laurea	12.7 (96)	14.2 (107)	11.3 (48)	12.2 (92)	15.2 (115)	12.7 (54)
Non so	42.8 (323)	21.2 (160)	12.7 (54)	38.7 (292)	17.1 (129)	10.6 (45)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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 a 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.

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

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

- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37:121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*. Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61:603-606.
- 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., Groenhof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Milano, Cortina.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Torino, Claudiana Editrice.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.

- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16:23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E' stato dunque chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti, favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

I dirigenti d'istituto considerano le risorse strutturali della scuola e la loro adeguatezza rispetto ai bisogni adeguate (sopra il 60%); un po' meno buona la valutazione delle palestre che solo nel 58.4% sono in buone condizioni e il 57,6% dei dirigenti è dell'opinione che la scuola avrebbe bisogno di un restauro.

Tabella 3.1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza rispetto ai bisogni

	Completa- mente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completa- mente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente	Totale
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
La scuola avrebbe bisogno di un restauro	28.8 (19)	28.8 (18)	27.3 (18)	13.6 (9)		1.5 (1)	100 (66)
Il cortile è in buone condizioni	24.2 (18)	36.4 (24)	22.7 (15)	16.7 (11)			100 (66)
La palestra è in buone condizioni	24.6 (16)	33.8 (22)	23.1 (15)	18.5 (12)			100 (65)
Le classi specializzate sono ben attrezzate	21.2 (14)	40.9 (27)	19.7 (13)	16.7 (11)		1.5 (1)	100 (66)
Le riparazioni sono fatte in tempi	16.7 (11)	50.0 (33)	19.7 (13)	10.6 (7)	1.5 (1)	1.5 (1)	100 (66)
bagni sono in buone condizioni	24.2 (16)	40.9 (27)	21.2 (14)	13.6 (9)			100 (66)
Il sistema di ventilazione e riscaldamento funzionano bene	21.5 (14)	40.0 (26)	26.2 (17)	12.3 (8)			100 (65)
La scuola è accessibile a persone disabili	31.8 (21)	33.3 (22)	21.2 (14)	13.6 (9)			100 (66)
Le classi soddisfano bisogni di insegnanti e studenti	23.1 (15)	38.5 (25)	24.6 (16)	13.8 (9)			100 (65)
Sono disponibili sufficienti strumenti multimediali	25.8 (17)	43.9 (25)	15.2 (10)	15.2 (10)			100 (66)
La temperatura in classe è appropriata	23.1 (15)	43.1 (28)	20.0 (13)	13.8 (9)			100 (65)

Tra le misure di promozione della salute adottate nelle scuole prevalgono quelle relative alla promozione dell'attività fisica, considerate abituali dal 90.2% degli intervistati; seguono quelle contro la violenza e il bullismo e quelle contro l'abuso di sostanze. Presenti comunque anche le attività di promozione della corretta alimentazione (abituali per il 56.9%). Rispetto alla rilevazione HBSC 2009-10 è aumentata la percentuale di scuole che adottano misure di promozione abituali contro la violenza e il bullismo (dal 55.2% al 70.3%) e contro l'abuso di sostanze (dal 48.9% al 68.8%).

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 l'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	56.9 (37)	92.2 (59)	70.3 (45)	68.8 (44)
Sì di tanto in tanto	43.1 (28)	7.8 (5)	29.7 (19)	31.3 (20)
Totale	100 (65)	100 (64)	100 (64)	100 (64)

Secondo i dirigenti gli studenti sono sempre/quasi sempre coinvolti nell'organizzazione della scuola, sia per quanto riguarda le scelte di politica interna e di regole (69.3%), che nelle misure di organizzazione di eventi (48.5) e di promozione della salute (nel 41.0% degli istituti); più raramente nelle attività di insegnamento in classe.

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

	Sviluppo politiche o regole scolastiche	Organizza- zione contesto fisico	Sviluppo misure promozione salute	Pianificazione eventi scolastici	Insegnamento in classe	Gli studenti sono informati sulle decisioni	Le opinioni degli studenti vengono considerate	Gli studenti hanno voce in capitolo nelle decisioni
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Quasi sempre	43.1 (28)	18.8 (12)	10.9 (7)	22.7 (15)	12.5 (8)	63.1 (41)	41.5 (27)	50.8 (33)
Spesso	26.2 (17)	29.7 (19)	39.1 (25)	25.8 (17)	25.0 (16)	33.8 (22)	32.3 (21)	24.6 (16)
Qualche volta	30.8 (20)	42.2 (27)	40.6 (26)	43.9 (29)	50.0 (32)	3.1 (2)	23.1 (15)	21.1 (15)
Raramente		7.8 (5)	6.3 (4)	7.6 (5)	10.9 (7)	0	3.1 (2)	1.5 (1)
Mai	0	1.6 (1)	3.1 (2)	0	1.6 (1)	0	0	0
Totale	100 (65)	100 (64)	100 (64)	100 (66)	100 (64)	100 (65)	100 (65)	100 (65)

Solo il 6.2% dei dirigenti scolastici provinciali 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 (53.2%), le tensioni razziali (46.8%) e l'immondizia, rifiuti, vetri rotti intorno al proprio edificio scolastico (40.7%).

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

	Tensioni etiche	Immondizie, rifiuti, vetri rotti	Spaccio, consumo di droghe o abuso di alcol	Violenza, vandalismo di gang	Traffico eccessivo	Abitazioni ed edifici deismessi o abbandonati	Criminalità
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Problema rilevante	1.6 (1)	1.6 (1)	6.2 (4)	1.6 (1)	3.1 (2)		
Problema moderato	11.3 (7)	6.3 (4)	21.5 (14)	9.4 (6)	14.1 (9)	1.6 (1)	3.1 (2)
Problema lieve	35.5 (22)	34.4 (22)	27.7 (18)	21.9 (14)	39.1 (25)	9.4 (6)	30.8 (20)
Problema non presente	51.6 (32)	57.8 (37)	36.9 (24)	67.2 (43)	43.8 (28)	84.4 (54)	60.0 (39)
Non so			7.7 (5)			4.7 (3)	6.2 (4)
Totale	100 (62)	100 (64)	100 (65)	100 (64)	100 (64)	100 (64)	100 (65)

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

	Cassetta, suggerimenti, proposte	Homepage, forum, blog	Ore ufficio	Indagini su studenti
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Si	54.0 (34)	75.4 (46)	9.5 (6)	14.1 (9)
No	46.0 (29)	24.6 (15)	90.5 (57)	85.9 (55)
Totale	100 (63)	100 (61)	100 (63)	100 (64)

I dirigenti scolastici valutano come molto adeguato/adequato vari aspetti del quartiere in cui opera la scuola: nel 90% la pulizia nel quartiere, i trasporti pubblici e i luoghi per l'attività sportiva e ben oltre il 70% dei luoghi d'incontro per cittadini e giovani.

Secondo i dirigenti scolastici solo nel 16,4% dei quartieri sono molte le attrattive serali e nel 22.2% tante le manifestazioni culturali. Non si sente la mancanza di punti di ritrovo per giovani nel 62.9% dei quartieri e nel 40% dei quartieri sono presenti molte associazioni che operano nel sociale.

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

	Luoghi d'incontro cittadini	Luoghi d'incontro giovani	Luoghi attività sportive	Trasporti pubblici	Pulizia
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Per nulla adeguato	4.7 (3)	3.2 (2)	4.6 (3)	1.5(1)	1.7(1)
Poco adeguato	20.3 (13)	22.2 (14)	4.6 (3)	7.7 (5)	1.7 (1)
Adeguato	56.3 (36)	65.1 (41)	55.4 (36)	49.2 (32)	46.6 (27)
Molto adeguato	18.8 (12)	9.5 (6)	35.4 (23)	41.5 (27)	50.0 (29)
Totale	100 (64)	100 (63)	100 (65)	100 (65)	100 (58)

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

	Molte attrattive serali	Molte manife- stazioni culturali	Poche iniziative culturali	Nessuna attrezza- tura per iniziative culturali	Scarse attività svago per bambini	Mancanz a punti ritrovo giovani	Molte associa- zioni che operano nel sociale
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Completamente in disaccordo	5.0 (3)	4.8 (3)	29.5 (18)	50.0 (31)	36.1 (22)	35.5 (22)	5.5 (3)
In disaccordo	15.0 (9)	12.7 (8)	32.8 (20)	27.4 (17)	21.3 (13)	27.4 (17)	9.1 (5)
Abbastanza in disaccordo	21.7 (13)	22.2 (14)	6.6 (4)	6.5 (4)	16.4 (10)	24.2 (15)	14.5 (8)
Né in accordo né in disaccordo	10.0 (6)	4.8 (3)	9.8 (6)	6.5 (4)	13.1 (8)	8.1 (5)	1.8 (1)
Abbastanza d'accordo	31.7 (19)	33.3 (21)	13.1 (8)	4.8 (3)	8.2 (5)	3.2 (2)	29.1 (16)
D'accordo	11.7 (7)	14.3 (9)	8.2 (5)	4.8 (3)	4.9 (3)	1.6 (1)	25.5 (14)
Completamente d'accordo	5.0 (3)	7.9 (5)					14.5 (8)
Totale	100 (60)	100 (63)	100 (61)	100 (62)	100 (61)	100 (62)	100 (55)

3.2 Rapporto con gli insegnanti

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata come una delle componenti che maggiormente contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (Pianta, 2004; Vieno,

2007). Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata a un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola (Zimmer-Gembeck, 2007), è predittiva della motivazione in classe, così come dell'adattamento comportamentale e scolastico (Hamre, 2001). Alcuni studi longitudinali (Skinner, 1998) evidenziano, inoltre, come la percezione di calore ed empatia degli insegnanti sia associata alla percezione che l'alunno ha della propria competenza all'interno del gruppo classe.

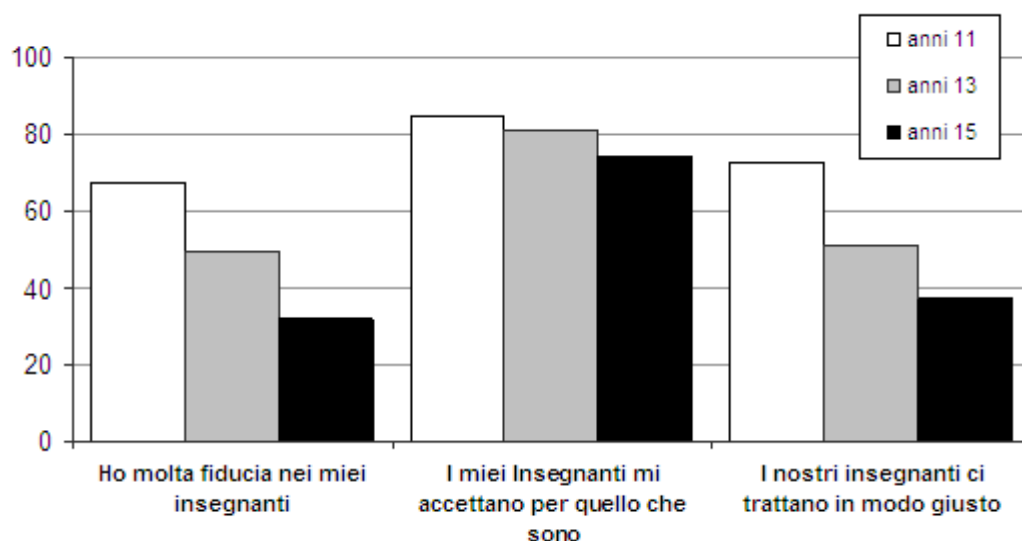
Inoltre, il rapporto con gli insegnanti influenza il successo scolastico (Graziano, 2007) e può essere un'importante fonte di sostegno (nell'offrire incoraggiamento e fiducia) nei momenti di crescita e cambiamento. Alcuni studi (Graziano, 2007) hanno inoltre esaminato come la qualità del rapporto con gli insegnanti influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (Huges, 1999; Pianta, 1991) ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (White, 2000).

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

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

Nella figura 3.1 sono riportate le risposte relative al grado di accordo rispetto alla prima affermazione. Le risposte sono importanti perché 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. Il grado di accordo sul fatto di essere trattati in modo giusto dagli insegnanti diminuisce con l'avanzare dell'età: si passa dal 72.9% negli 11enni, al 51.6% nei 13enni, al 37.4% dei 15enni. Sostanzialmente invariata la situazione per quanto riguarda l'affermazione di avere fiducia nei propri insegnanti: si passa dal 67.8% negli 11enni, al 49.8% nei 13enni, al 32.0% dei 15enni. Molto più alte le percentuali di studenti che si sentono accettati dai propri insegnanti per quello che sono: si passa dall'84.8% negli 11enni, all'81.0% nei 13enni, al 74.3% dei 15enni.

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



3.3 Rapporto con i compagni di classe

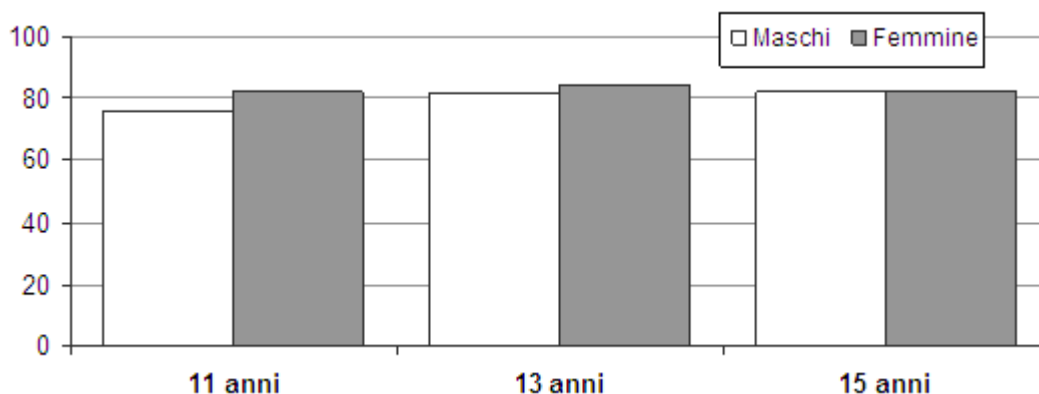
Il setting dei pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente (Barth, 2004, Goodenow, 1993). Questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti rispetto alle attività scolastiche (Lubbers, 2006), e conseguentemente, influenzare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

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

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni: "La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile" e "I miei compagni mi accettano per quello che sono". (modalità di risposta da "sono molto d'accordo" a "non sono per niente d'accordo"). Nelle figure 3.2 e 3.3 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

Anche il rapporto con i compagni viene vissuto all'insegna dell'accoglienza e della disponibilità: per oltre l'80% di tutti i ragazzi intervistati i compagni sono gentili collaborativi, con percentuali molto simili nelle tre fasce d'età (79.2%, 82.8% e 81.9%).

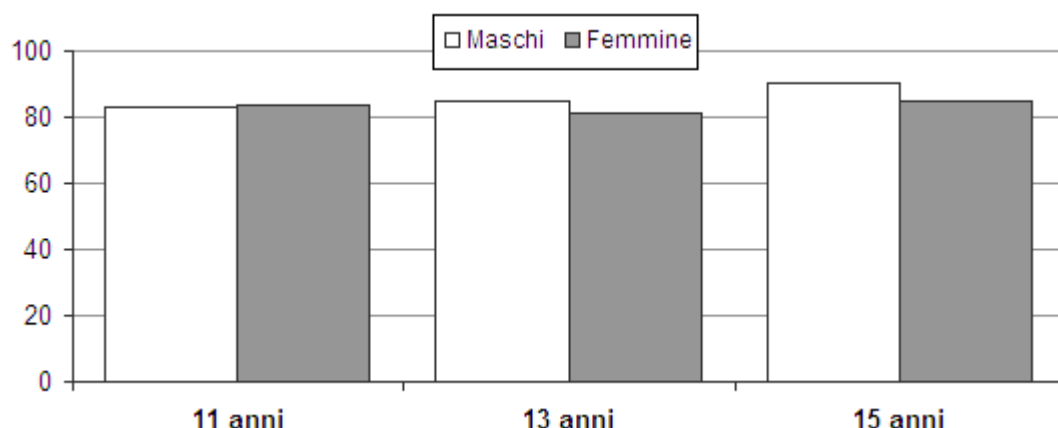
Figura 3.2 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per età e genere



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.

Più dell'80% dei ragazzi intervistati si dichiara ben accettato dai compagni, e qui i più convinti sono i 15enni con una percentuale dell'87,1% in confronto all'83.2% dei 13enni e all'83.3% degli 11enni.

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



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

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

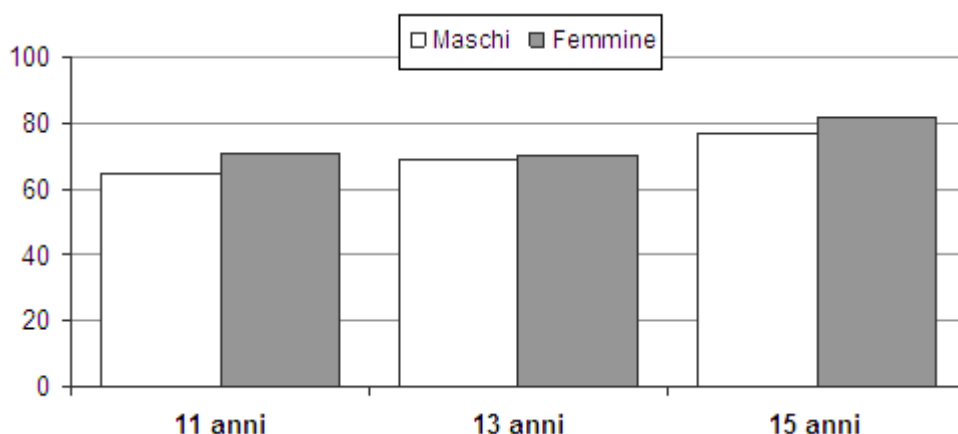
La percentuale di chi dichiara di non aver mai subito atti di bullismo è pari al 71.5% e aumenta con l'avanzare dell'età ed è maggiore nei maschi. C'è comunque ancora qualcuno che confessa di subirne più volte alla settimana (3.0% di tutti i ragazzi intervistati) con percentuale più alta tra gli 11enni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	68.3 (515)	69.9 (528)	79.8 (339)
1-2volte	19.1 (144)	18.9 (143)	15.1 (64)
2-3volte al mese	5.0 (38)	4.4 (33)	1.9 (8)
1v/sett	3.7 (28)	3.7 (28)	1.9 (8)
>1volta/sett	3.8 (29)	3.0 (23)	1.4 (6)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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



Gli undicenni appaiono più deboli nei confronti delle possibili “violenze” del gruppo o dei singoli, e questo conferma l'immagine, emersa anche dalla figura 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 73.3% dei ragazzi dichiara di non essersi mai azzuffato, soprattutto fra i 15enni. Come i più litigiosi (più di 4 volte in un anno) spiccano i 13enni, ma tra i giovani che si sono azzuffati una volta sola prevalgono gli 11enni.

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 3.9. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	72.1 (544)	70.5 (532)	80.5 (342)
Una volta	31.1 (99)	13.2 (100)	10.6 (45)
2 volte	6.6 (50)	7.4 (56)	4.2 (18)
3 volte	3.1 (23)	3.4 (26)	0.9 (4)
4 volte o più	5.0 (38)	5.4 (41)	3.8 (16)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

3.4 Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta certamente uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata. Per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il “contesto scuola” in senso più ampio e complessivo. I ragazzi

che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). Inoltre, una recente ricerca (Carter, 2007) evidenzia come i ragazzi che riportano un elevato legame e coinvolgimento con la scuola attuino con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute, dimostrando come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio.

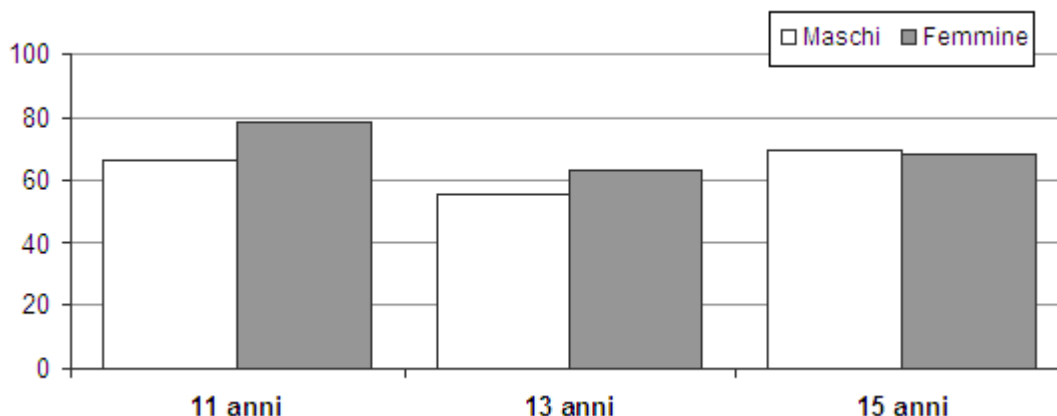
Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e grupale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità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

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità 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 3.10 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi della nostra provincia pensano della scuola. La percentuale dei ragazzi a cui la scuola piace molto o abbastanza ha un picco a 11 anni (72.8%), scende a 13 anni (59.6%), sale nei 15enni (68.7%). A 11 e 13 anni la valutazione delle ragazze è migliore di quella dei ragazzi.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mi piace molto	23.7 (179)	8.2 (62)	11.5 (49)
Abbastanza	49.1 (370)	51.4 (388)	57.2 (243)
Non tanto	20.4 (154)	29.3 (221)	25.9 (110)
Non mi piace per nulla	6.8 (51)	11.1 (84)	5.4 (23)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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



Conclusioni

Nel complesso la scuola piace molto o abbastanza a più della metà degli alunni intervistati (66.8%). La percentuale è calata in confronto alla rilevazione precedente (73.9%).

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 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: 173–184.

Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*,

38: 525–549.

Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.

Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.

Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.

Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33: 444–458.

Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.

Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49:366-374.

Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8:1045-1058.

Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.

Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.

Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Milano, Unicopli.

Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36: 327-341.

Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39:177-190.

Wentzel K.R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.

Wentzel K.R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.

White K.J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.

Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.

Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16

Capitolo 4: Sport e tempo libero

Introduzione

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

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

Per comprendere come i giovani pianificano la loro giornata e gli impegni quotidiani, in questa sezione sono stati analizzati alcuni comportamenti come l'attività fisica, l'uso della televisione e dei videogiochi, il tempo dedicato alla frequentazione dei coetanei e la frequenza di utilizzo di telefoni cellulari e computer.

4.1 Attività fisica

Secondo l'OMS i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa (WHO,2010). L'attività motoria, la salute e la qualità della vita risultano strettamente correlate tra loro, tant'è che la riduzione della prestazione motoria è associata all'aumento di prevalenza dell'obesità, come ulteriore fattore di rischio per la salute; a questo proposito, la letteratura scientifica internazionale evidenzia la relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta (Janssen,2007).

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

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, per divertirsi, per costruire nuove amicizie e per crescere in salute. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l'autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire una lunga serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura (Boreham,2001; Alfermann,2000). È infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare, si manifestano non solo nello sviluppo organico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia (EU Working Group,2008)

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno". Solo il 3.2% dei ragazzi intervistati ammette di non aver mai fatto attività fisica; il restante si allena da 1 a 7 giorni in settimana. I maschi praticano attività sportiva con una frequenza maggior delle femmine.

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

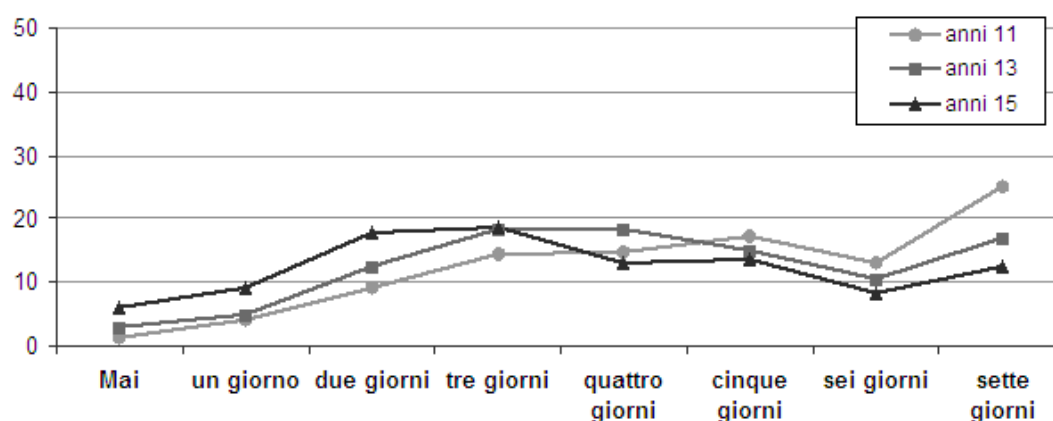
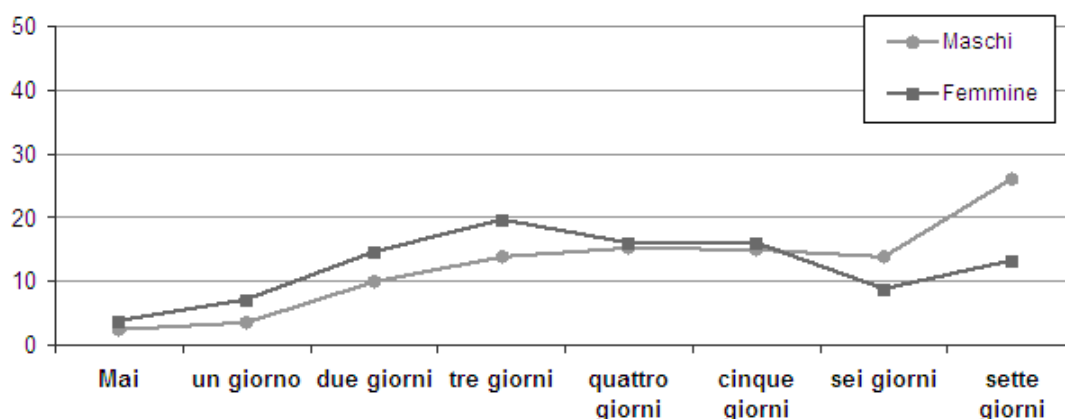
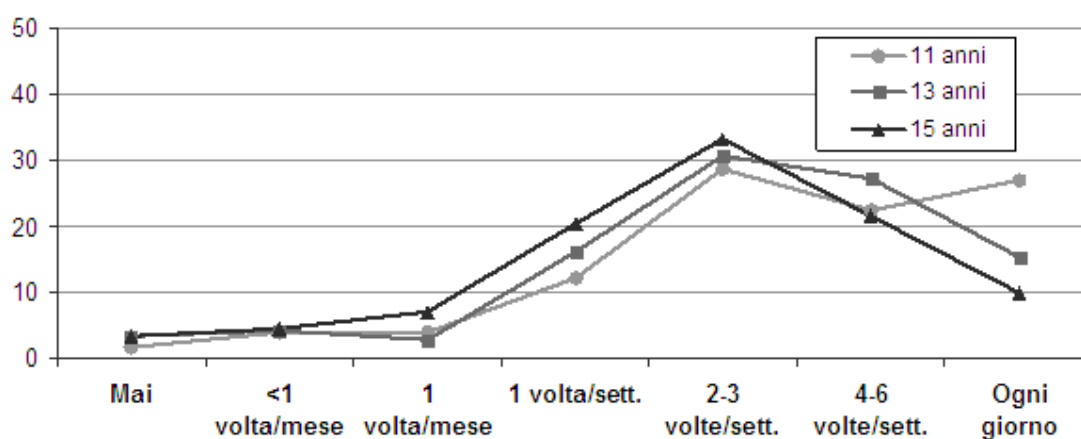


Figura 4.2 –Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte svolgono esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, sia durante l'orario scolastico che al di fuori di questo.

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



4.2 Comportamenti sedentari

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

Il comportamento sedentario si riferisce ad una mancanza o ad un minimo coinvolgimento in attività fisica, e ad un basso dispendio energetico (Biddle,2004). L'uso di computer e televisione sono forme di svago passive che riducono le esigenze e le opportunità di attività fisica (CDC,2001).

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

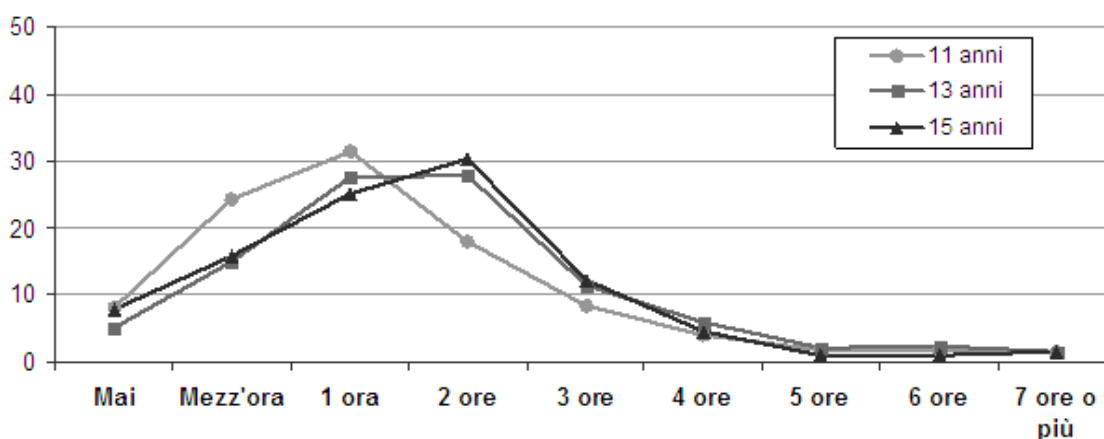
I suoi effetti negativi sono cumulativi nel corso dell'infanzia, con particolare rilevanza all'associazione fra aumento di peso in età adulta e utilizzo del televisore durante l'adolescenza(Parsons,2008).E' stato evidenziato che interventi mirati sul comportamento sedentario nei bambini favoriscono la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

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

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

Le linee guida internazionali (Committee on Public Education,2001; UK Government,2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

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



Una quota non piccola di ragazzi guarda la TV oltre le due ore al giorno. Questa quota corrisponde al 18.2% negli 11enni, al 24.0% nei 13enni ed al 21.1% nei 15enni. Guarda la TV più di 5 ore al giorno il 3.7% degli 11enni, il 4.1% dei 13enni e il 2.8% dei 15enni.

La proporzione di ragazzi che dedica ai giochi al computer, alla console, sul tablet, sullo smartphone o altro più di due ore al giorno è pari al 14.6% negli 11enni, all'17.9% nei 13enni ed al 14.6% nei 15enni. La durata dell'esposizione al PC, per l'utilizzo di video giochi, è di poco maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze.

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

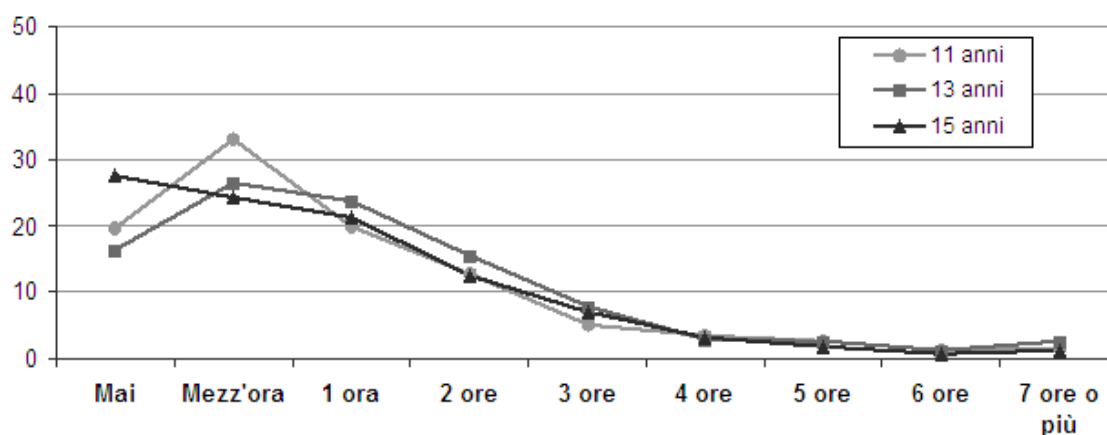
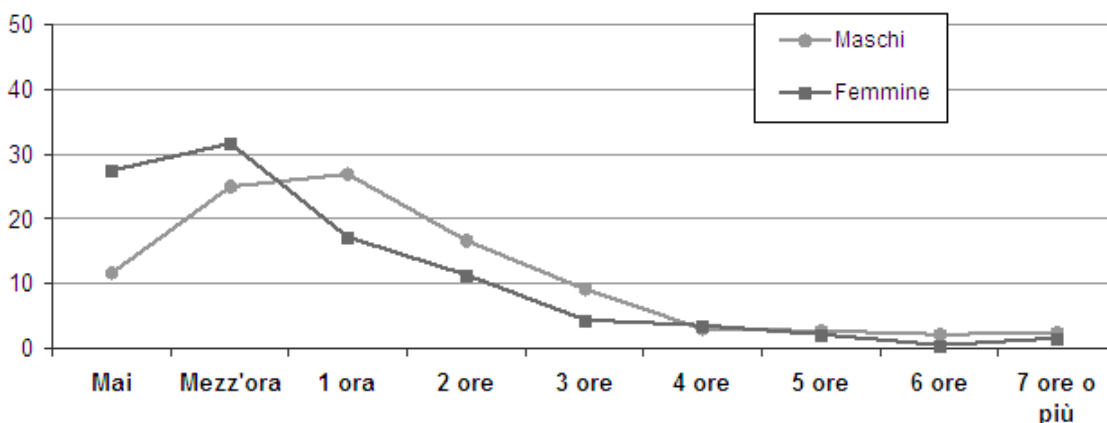


Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation, tablet, smartphone o altro), per genere



L'utilizzo di internet, specie in modo "intensivo"(> 2 h/die) cresce con l'età. La proporzione di ragazzi che utilizza internet più di 2 ore al giorno è del 13.9% a 11 anni, del 25.7% a 13 anni e del 35.5% a 15 anni. Non emergono differenze in relazione al genere.

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

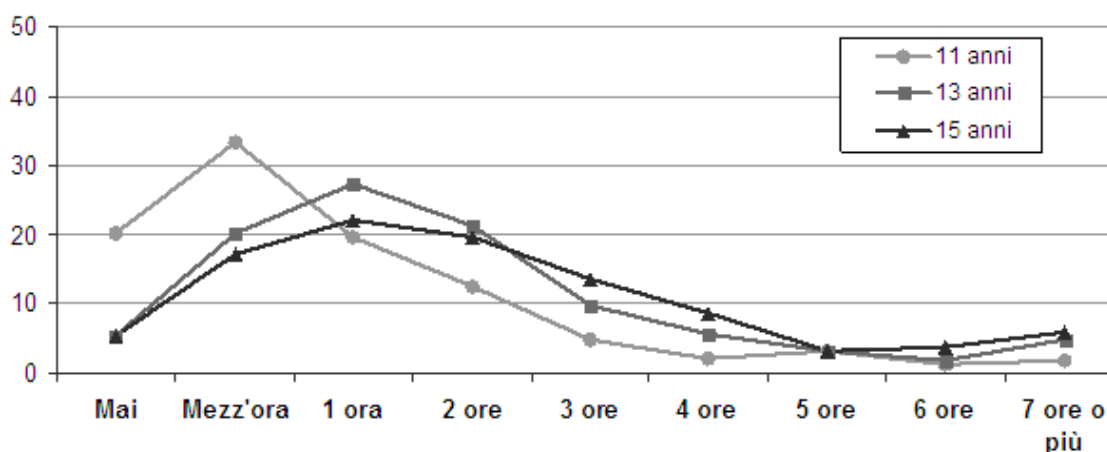
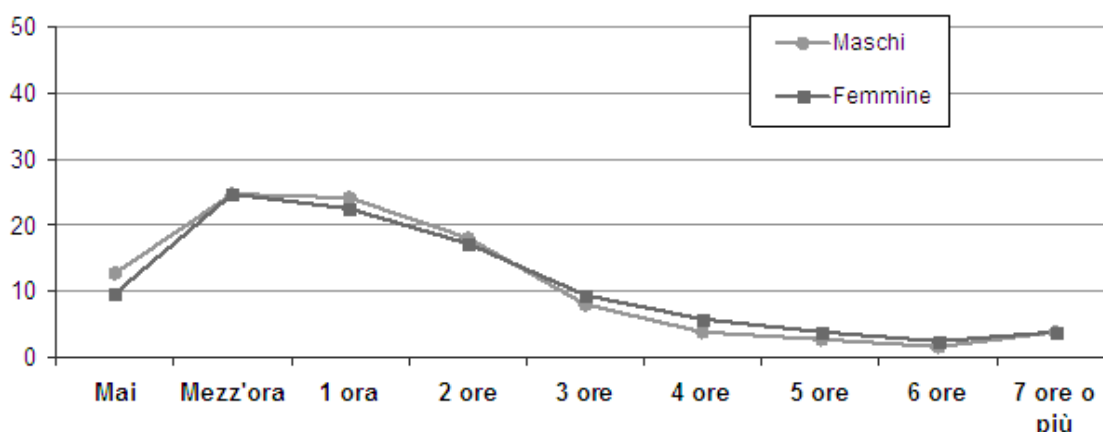


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a computer, tablet o smartphones per chattare, navigare su Internet o altro, per genere



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

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 è ripartito per il 36.5% davanti alla tv, per il 31.9% ai videogiochi e per il 31.6% con internet. Per i tredicenni le quote per la tv e l'internet sono identiche 34.7%, mentre un po' meno per i videogames (30.7%) Per i 15enni il 35.6% per la tv, il 27.9% per i videogames ed il 36,5% 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.

4.3 Rapporti con i pari

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

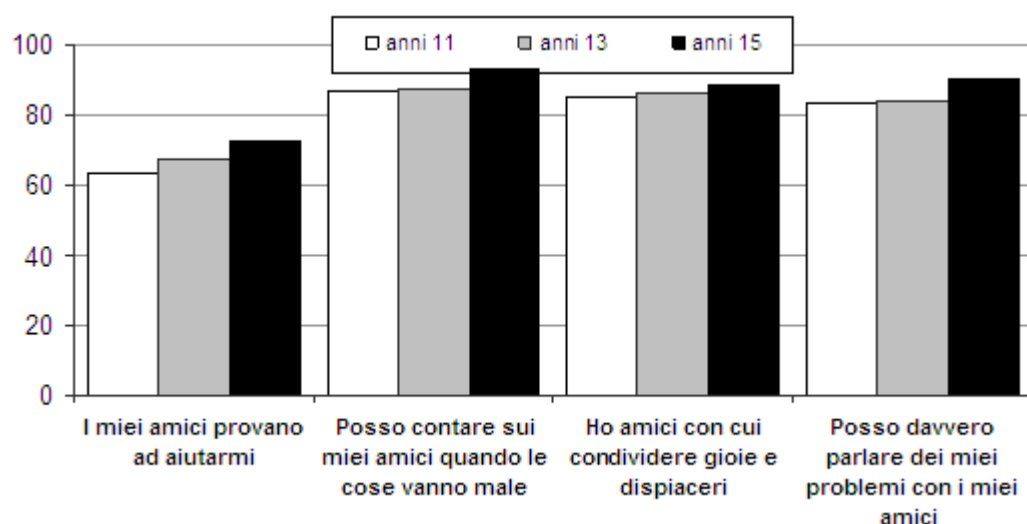
L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le comuni forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi.

Oltre l'80% dei 13enni e 15enni dichiara di avere contatti giornalieri con i propri amici attraverso il telefono, i messaggi sms o internet; negli 11enni questa percentuale scende al 63.1%.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Telefono, FaceTime, Skype	3.2 (15)	0.8 (5)	1.1 (4)
SMS, WhatsApp, WeChat	60.3 (287)	51.6 (324)	45.4 (167)
Email	1.1 (5)	0.5 (3)	
Facebook, Gmail, Messenger	14.5 (69)	16.4 (103)	25.3 (93)
Altri Social Network	21.0 (100)	30.7 (193)	28.3 (104)
Totale	100 (476)	100 (628)	100 (368)

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



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.

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

Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics*, 107:423-26

Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on selfconcept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65

Biddle S.J., Gorely T., Marshall S.J., Murdey I., Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33.

Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19:915-29

Borraccino A., Lemma P., Iannotti R.J., Zambon A., Dalmasso P., Lazzeri G., Giacchi M. Cavallo F. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41:749–756.

DeMattia L., Lemont L., Meurer L. (2007). Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 8:69–81

EU Working Group “Sport and Health” (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>

Hume C., Singh A., Brug J., Mechelen W., Chinapaw M. (2009). Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4:61–4

Janssen I., Katzmarzyk P.T., Boyce W.F., Vereecken C., Mulvihill C., Roberts C., Currie C., Pickett W. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6:123–132

Janssen I. (2007). Guidelines for physical activity in children and young people. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 32:S122–S135.

Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40

Kuntsche E., Pickett W., Overpeck M., Craig W., Boyce W., de Matos M.G. (2006). Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 39:908–915

Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*, 27:703-16.

CDC (2001). Increasing physical activity (A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 50:1–14.

Parsons T.J., Manor O., Power C. (2008). Television viewing and obesity: a prospective study in the 1958 British birth cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62:1355–63.

Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatrics*, 21:9-81

U.K. Government(2010).https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213739/dh_128144.pdf

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

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

Capitolo 5 : Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Introduzione

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

Risulta quindi fondamentale che tutti i cittadini diventino parte attiva nel processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute, e questo è tanto più vero in età evolutiva, un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di cambiamenti fisici ed emotivi. I modelli di consumo alimentare nell'adolescenza sono notevolmente condizionati dalla dimensione culturale che, a partire dall'influenza del contesto familiare (Benton,2004; Verzeletti,2010), diventa sempre più legata anche a quella del gruppo dei pari e della società (Salvy,2009). Gli atteggiamenti e i comportamenti che vengono adottati in giovane età sono generalmente mantenuti anche da adulti. Per questo motivo, interventi di prevenzione primaria rivolti a questa fascia d'età, che favoriscono l'acquisizione di stili di vita salutari, risultano più efficaci (NHMRC,2013). Un giovane con un sano stile di vita avrà maggiori possibilità di divenire un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più probabilità di vivere l'età senile in buona efficienza fisica con ovvi vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario.

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

Lo studio HBSC rileva alcune abitudini alimentari, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati (quali frutta e verdura) e sconsigliati (quali dolci e bevande zuccherate) (INRAN,2003; NHMRC,2013; NewZeland,2012) assunti durante la giornata. Inoltre per poter valutare lo stato ponderale, lo studio raccoglie dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) (Currie,2001), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) per stabilire la classe di stato nutrizionale dei ragazzi (Cole, 2000 e 2007). All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta 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 (Plutzer,2008).

5.1 Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano. Fa sempre colazione durante i giorni di scuola, il 69.6% degli 11enni, il 63.4% dei 13enni e il 59.5% dei 15enni. L'abitudine di fare sempre colazione diminuisce con l'aumentare dell'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	15.0 (113)	21.6 (163)	24.0 (102)
Un giorno	3.4 (26)	2.9 (22)	4.0 (17)
Due giorni	2.9 (22)	4.2 (32)	4.0 (17)
Tre giorni	4.6 (35)	3.7 (28)	3.8 (16)
Quattro giorni	4.4 (33)	4.1 (31)	4.7 (20)
Cinque giorni	69.6 (525)	63.4 (479)	59.5 (253)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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.

Mentre per la colazione la percentuale dei ragazzi che non la fanno cresce tra undici tredici e quindici anni (dal 15.0% al 24.0%), diminuisce quella di chi non fa la merenda al mattino e nel pomeriggio (dal 15.0% all'8.9%).

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
No	15.0 (113)	9.7 (73)	8.9 (38)
Solo a metà mattina	20.4 (154)	22.3 (168)	27.5 (117)
Solo nel pomeriggio	28.5 (215)	25.3 (191)	19.8 (84)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	36.1 (272)	42.8 (323)	43.8 (186)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

5.2 Consumo di frutta e verdura

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

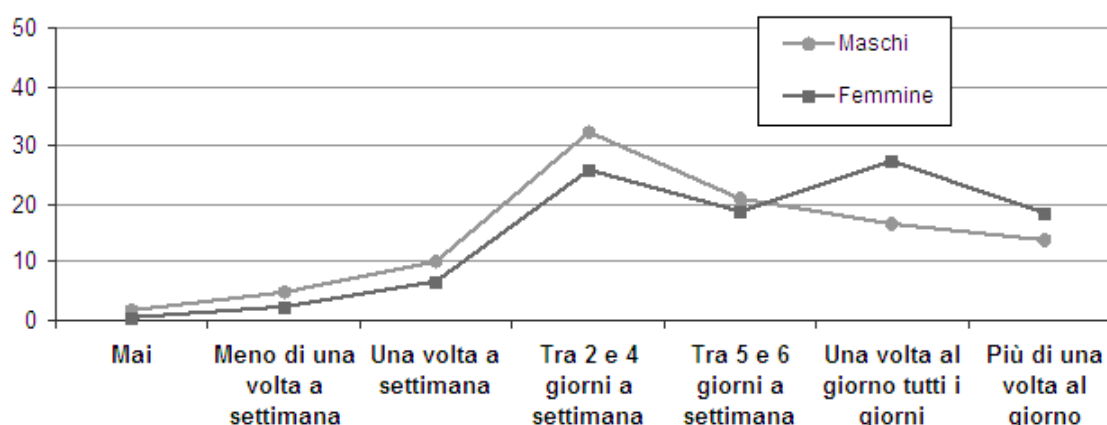
A tale riguardo ci sembra opportuno ricordare che le linee guida nazionali e internazionali raccomandano il consumo di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura (INRAN,2003; WHO Technical Report Series; 2003).

Il consumo di frutta si mantiene su livelli molto bassi, con il 16.2% dei ragazzi che dichiara di consumarne più di una volta al giorno, con una percentuale di poco superiore nelle femmine.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	1.6 (12)	0.9 (7)	0.9 (4)
Meno di una volta a settimana	4.0 (30)	3.3 (25)	3.3 (14)
Una volta a settimana	7.7 (58)	8.3 (63)	8.9 (38)
2-4 volte a settimana	23.2 (175)	31.5 (238)	33.6 (143)
5-6 volte a settimana	19.4 (146)	19.9 (150)	20.2 (86)
Una volta al giorno tutti i giorni	24.0 (181)	22.4 (169)	19.1 (81)
Più di una volta al giorno	20.2 (152)	13.6 (103)	13.9 (59)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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

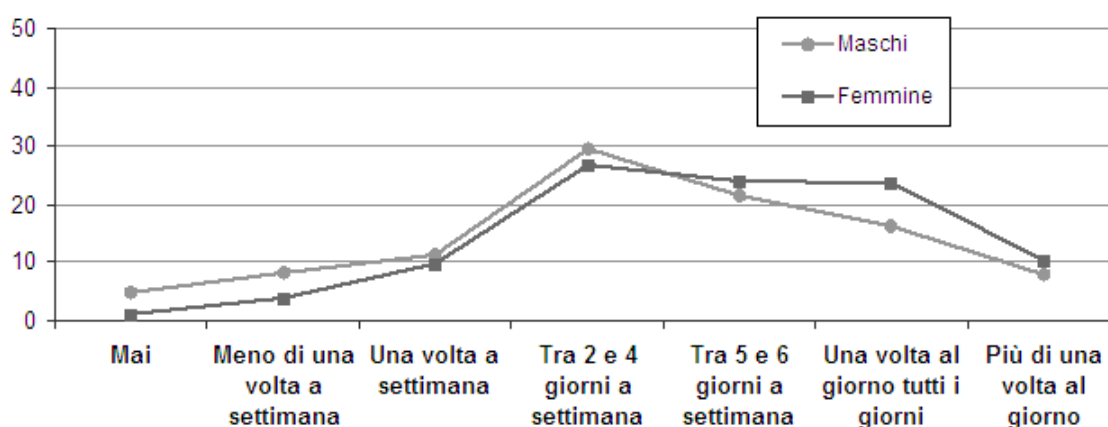


Anche il consumo giornaliero di verdura è molto ridotto: circa uno su dieci (9.2%) la mangia più di una volta al giorno. Il consumo giornaliero di verdura è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	3.7 (28)	2.4 (18)	2.8 (12)
Meno di una volta a settimana	8.8 (66)	5.0 (38)	2.8 (12)
Una volta a settimana	10.9 (82)	12.3 (93)	6.8 (29)
2-4 volte a settimana	25.7 (194)	29.1 (220)	30.1 (128)
5-6 volte a settimana	20.7 (156)	24.6 (186)	23.8 (101)
Una volta al giorno tutti i giorni	20.8 (157)	18.4 (139)	22.6 (96)
Più di una volta al giorno	9.4 (71)	8.1 (61)	11.1 (47)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Figura 5.2 – Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere

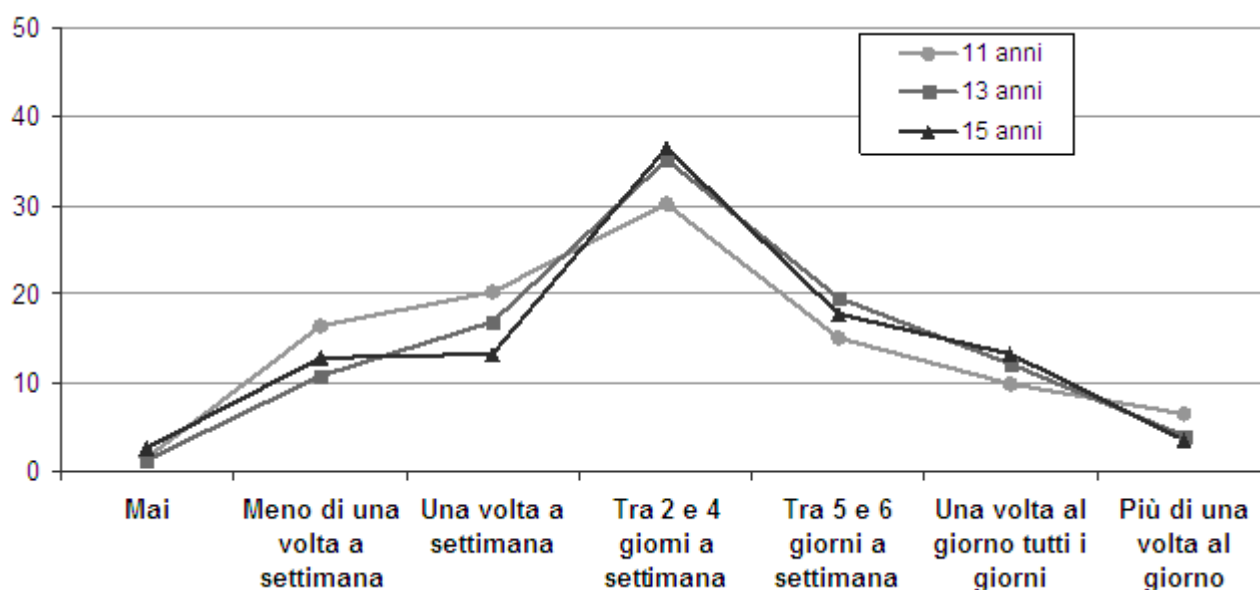


5.3 Consumo di dolci e bevande gassate

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

Quasi un ragazzo su cinque mangia dolci tutti i giorni o anche più volte al giorno. L'abitudine al consumo di dolci è maggiore negli 11enni: la percentuale di consumatori saltuari (mai o meno di una volta a settimana) passa, infatti, dal 18.0% degli undicenni al 12.2% dei tredicenni, al 15.7% dei quindicenni.

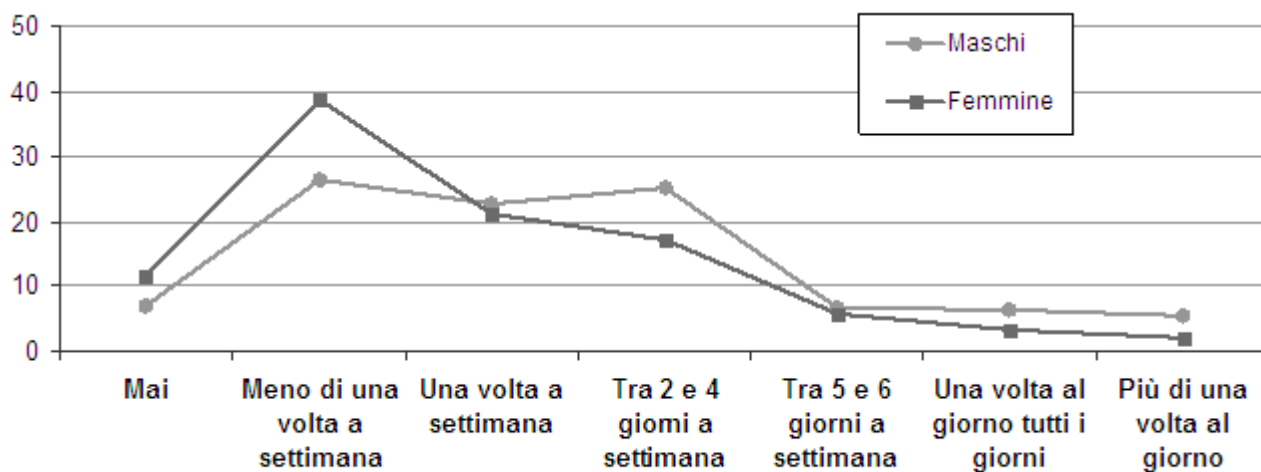
Figura 5.3 – Frequenza del consumo di dolci, caramelle o cioccolato, per età



Analogo comportamento si rileva rispetto all'assunzione di bibite zuccherate, dove i consumatori saltuari sono il 48.6% a 11 anni, 37.5% a 13 anni e 41.2% a 15 anni.

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

Figura 5.4 – Frequenza percentuale del consumo di bibite zuccherate, per genere



5.4 Stato nutrizionale

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

In provincia di Bolzano l'87.3% delle/dei giovani tra gli 11 e i 15 anni è normopeso. 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 precedente.

L'Alto Adige è la provincia con il più basso tasso di ragazze/i sovrappeso d'Italia e con un tasso di giovani obeso/i quasi impercettibile.

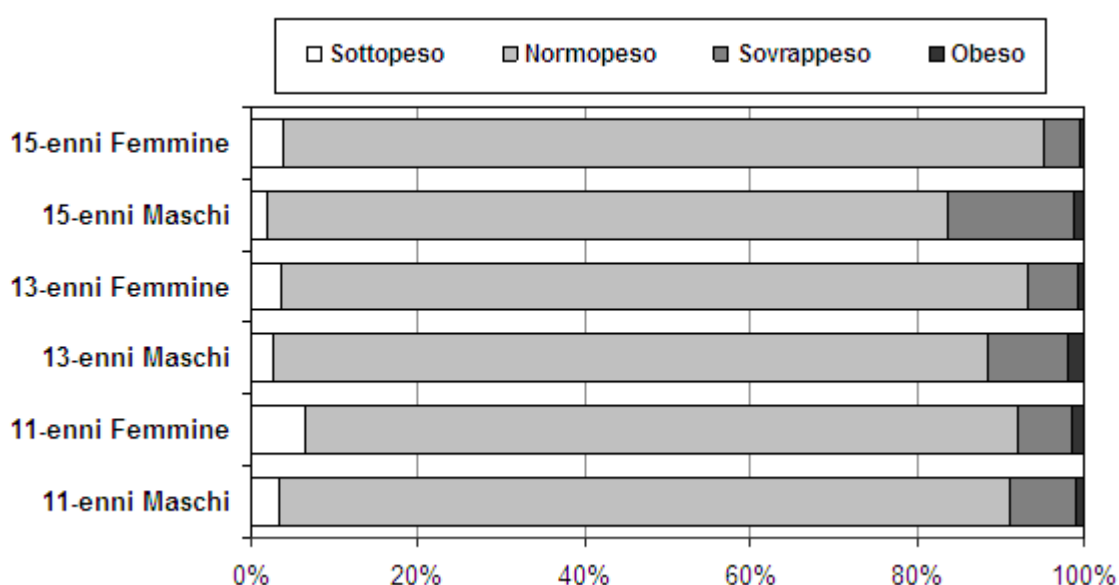
Rispetto al 2009-10 in Alto Adige la percentuale di sovrappeso e obesità è rimasta invariata nelle ragazze e ragazzi tra gli 11 e i 15 anni (9%). Il dato sembrerebbe confortevole, e in una certa misura riconducibile anche ai tanti progetti di prevenzione che vengono svolti in questo campo. Tuttavia c'è 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 2014, attraverso la misura diretta di peso e 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 13%, valori che si discostano da quelli rilevati da HBSC per indurci a pensare che peso ed altezza riferiti in questo studio siano in buona misura sottostimati.

Tabella 5.5. Valutazione del peso in base al IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Sottopeso	5.1 (38)	3.2 (24)	3.1 (13)
Normopeso	86.6 (649)	87.7 (657)	87.6 (369)
Sovrappeso	7.1 (53)	7.7 (58)	8.6 (36)
Obeso	1.2 (9)	1.3 (10)	0.7 (3)
Totale	100 (749)	100 (749)	100 (421)

Figura 5.5 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC per genere ed età



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).

Non è una novità, che la percentuale dei ragazzi che si sente "giusto" sia più alta di quella delle ragazze, che invece tendono a essere meno soddisfatte del proprio aspetto fisico e quindi a ritenersi troppo grasse o troppo magre. L'insoddisfazione aumenta con l'età. Mentre il 60,1% degli/delle 11enni considerano "giusto" il proprio peso corporeo, tra i/le 15enni sono più del 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.

Infatti il 16.5% dei ragazzi dichiara di seguire una dieta per dimagrire. La frequenza percentuale dei giovani che dichiarano di essere a dieta aumenta con l'età ed è maggiore nelle femmine.

Tabella 5.6. "Pensi che il tuo corpo sia...", per età

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Magro	11.1 (84)	13.2 (100)	13.9 (59)
Giusto	60.1 (453)	51.1 (386)	47.3 (201)
Grasso	28.8 (217)	35.6 (269)	38.8 (165)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Figura 5.6– Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi ("decisamente troppo grasso" o "un po' troppo grasso"), per età e genere

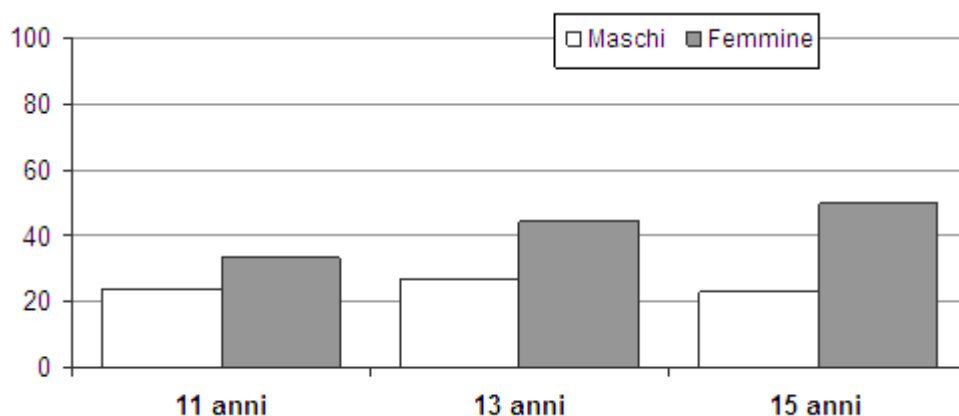
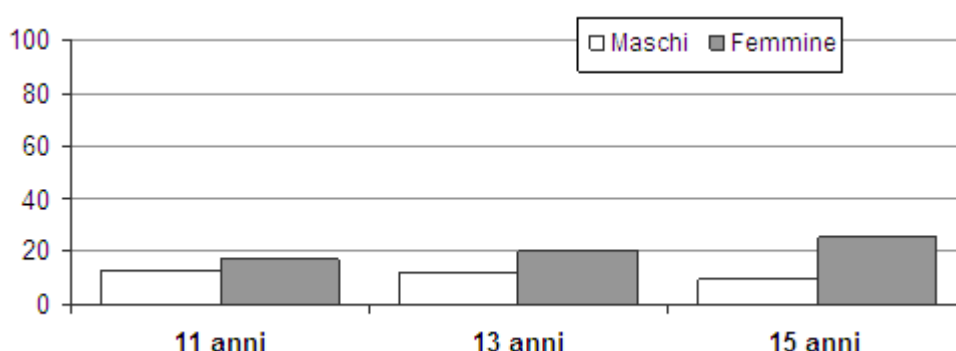


Tabella 5.7. “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” per età

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
No, il mio peso è quello giusto	60.9 (459)	55.1 (416)	50.1 (213)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	16.4 (124)	20.7 (156)	22.8 (97)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	7.6 (57)	7.8 (59)	7.8 (33)
Sì	15.1 (114)	16.4 (124)	19.3 (82)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Figura 5.7– Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere

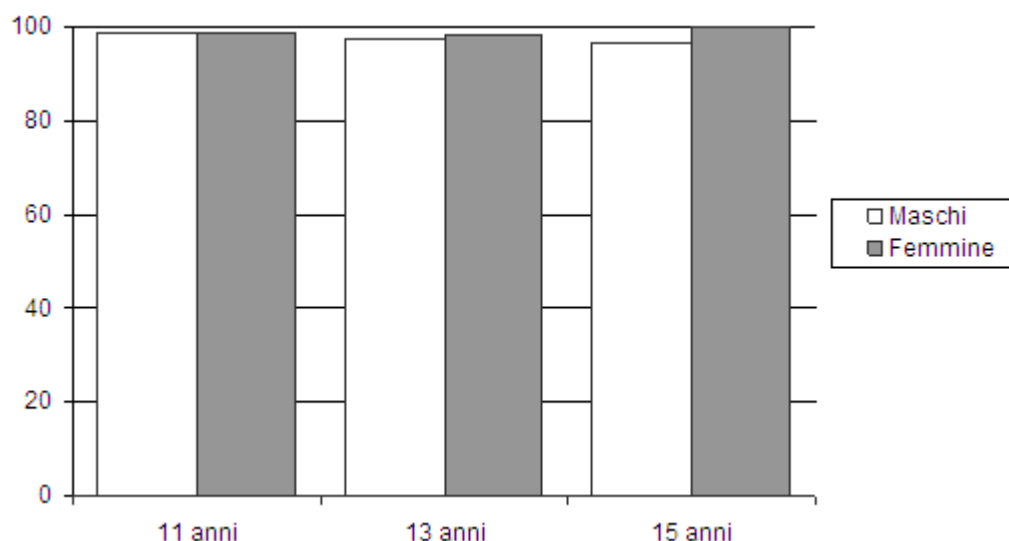
5.5 Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (NHMRC,2003), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. 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 98.6% degli undicenni, il 97.9% dei tredicenni ed il 98.5% dei quindicenni, percentuali tutte in crescita rispetto all'indagine 2009-10.

Tabella 5.8. “Quante volte al giorno ti lavi i denti?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Più di una volta al giorno	79.0 (596)	76.0 (574)	80.9 (344)
Una volta al giorno	19.6 (148)	21.9 (165)	17.6 (75)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	0.5 (4)	1.2 (9)	0.7 (3)
Meno di una volta alla settimana	0.5 (4)	0.8 (6)	0.5 (2)
Mai	0.3 (2)	0.1 (1)	0.2 (1)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Figura 5.8 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, per età e genere



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. L'87.3% degli/delle intervistate/i è normopeso ma il 33.7% si considera troppo grasso/a e il 12.6% 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.

Bibliografia capitolo 5

Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 28:858-69.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.

Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320:1240-3.

Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335: 194-7.

Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). *Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.

Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.

- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- Keane E., Kearney P.M., Perry I.J., Kelleher C.C., Harrington J.M.(2014) Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health*, 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.
- Lioret S.,Touvier M., Dubuisson C., Dufour A., Calamassi-Tran G.,Lafay L., Volatier J.L., Maire B.(2009).Trends in child overweight rates and 247 energy intake in France from 1999–2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder Al. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.
- Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (2012) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents.<http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf>
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries.*Academic Pediatrics*, 9:410-4.
- Monteiro P.O., Victora C.G. (2005).Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review.*Obesity Review*,6:143-54.
- NHMRC (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*.https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf
- Orden A.B., Bucci P.J., Petrone S. (2013). Trends in weight, height, BMI and obesity in 291 schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Annals of Human Biology*,40:348-54.
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12:267-83.
- Plutzer K., Spencer AJ. (2008) Efficacyof an oral healthpromotioninterventionin thepreventionofearlychildhoodcaries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36:335-46.
- Salvy S.J.,Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- Schmidt Morgen C., Rokholm B., Sjöberg Brixval C., Schou Andersen L., Geisler Andersen L., Rasmussen M., Nybo Andersen A.M., Due P., Sorensen T.I.(2013). Trends in prevalence of 293 overweight and obesity in danish infants, children and adolescents--are we still on a plateau? *PLoS One*,8:e69860.

European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases*. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf>

Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667–75.

Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*, 54:394-7.

Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1:11-25.

WHO (2002). *Move for Health*. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>

WHO (2003). Technical Report Series, No. 916. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, World Health Organization and Food and Agricultural Organization.

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

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

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

6.1.1 Il fumo

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

Una grande maggioranza degli studenti intervistati non è fumatore. Il confronto con lo stesso studio eseguito nel 2009-10 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 (9.4%), anche se emerge un trend in calo: nel 2009-10 questa percentuale si attestava al 13.8 %.

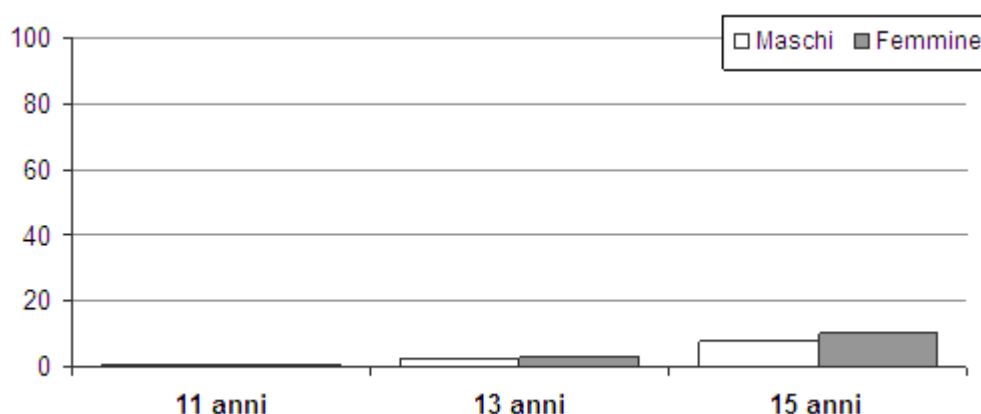
È opportuno considerare che, nella fase di vita tra gli 11 e i 15 anni, hanno luogo mutamenti sostanziali nell'atteggiamento e nel comportamento. Pertanto, anche se ci troviamo davanti a una tendenza negativa, esiste comunque sempre una differenza del 22,8% tra il gruppo di non fumatori 11enni e 15enni.

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Ogni giorno	0.5 (4)	2.6 (20)	9.4 (40)
Almeno una volta a settimana	0.3 (2)	3.3 (25)	5.2 (22)
Meno di una volta a settimana	1.1 (8)	6.9 (52)	10.1 (43)
Non fumo	98.1 (740)	87.2 (658)	75.3 (320)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Ponendo la domanda sulle esperienze legate al fumo nel periodo di vita emerge che, proprio tra i 15enni, più della metà risponde affermativamente (24,7%).

Nel confronto, le differenze tra sessi nei fumatori abituali sono minime: infatti, si registra una percentuale di fumatrici superiore a quella dei fumatori.

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

6.1.2 L'alcol

Il consumo di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta (Engels, 2000, 2006).

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

Gli studi HBSC del 2005/2006, 2009/2010 e 2014 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 tre 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 da 18,1% nei 15enni a 82,8% negli 11enni. Questo sviluppo è dovuto al fatto che il gruppo di astinenti è cresciuto in tutte le fasce d'età, 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 18,1%. 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.

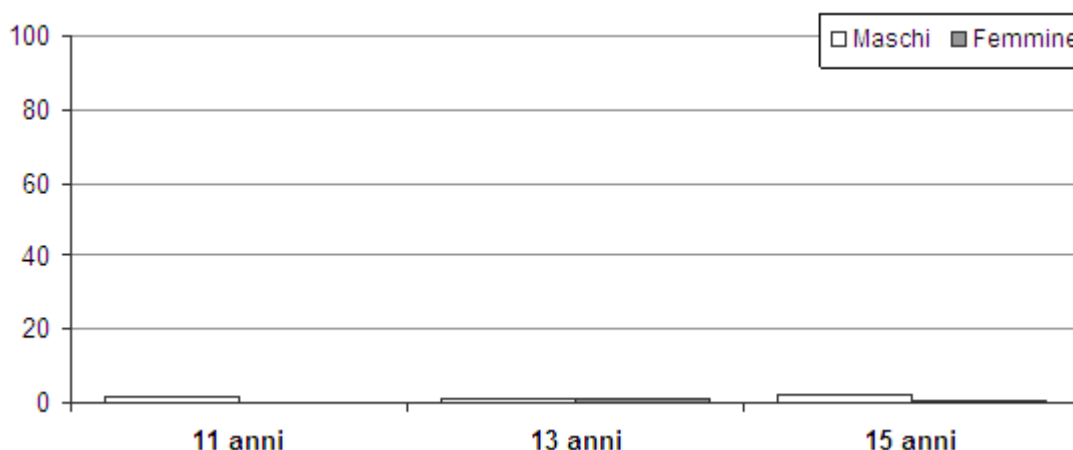
Tra i 13enni intervistati, il 5,2% consuma alcolici una volta alla settimana e il 42,9% una volta al mese o più raramente. Rispetto all'ultimo studio, la percentuale di astinenti in questa fascia d'età scende al 50,9 (- 6,5%). Anche tra gli 11enni intervistati gli astinenti scendono all'82,8% rispetto all'86,5% rilevato nell'indagine precedente. Il gruppo in quest'età che ammette il consumo di alcolici, lo fa raramente e meno di una volta al mese (16,1%), presumibilmente in occasioni particolari.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Ogni giorno	0.9 (7)	1.1 (8)	1.2 (5)
Ogni settimana	0.3 (2)	5.2 (39)	27.8 (118)
Ogni mese	2.7 (20)	11.9 (90)	29.4 (124)
Raramente	13.4 (101)	31.0 (234)	23.5 (100)
Mai	82.8 (624)	50.9 (384)	18.1 (77)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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 di consumatori e di astinenti molto simile. 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.

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



Se si chiede ai giovani quanto spesso abbiano consumato quantità di alcol tali da essere effettivamente ubriachi, il numero dal 2009 al 2014 è rimasto invariato in tutte e tre le fasce d'età per tutte e 4 le possibilità di risposta: il 16,5% dei 15enni si sono ubriacati una volta sola (16.8% nell'anno 2009-10) e oltre 10 ubriacature le racconta il 6.6% dei 15enni (7.2% nell'anno 2009-10).

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

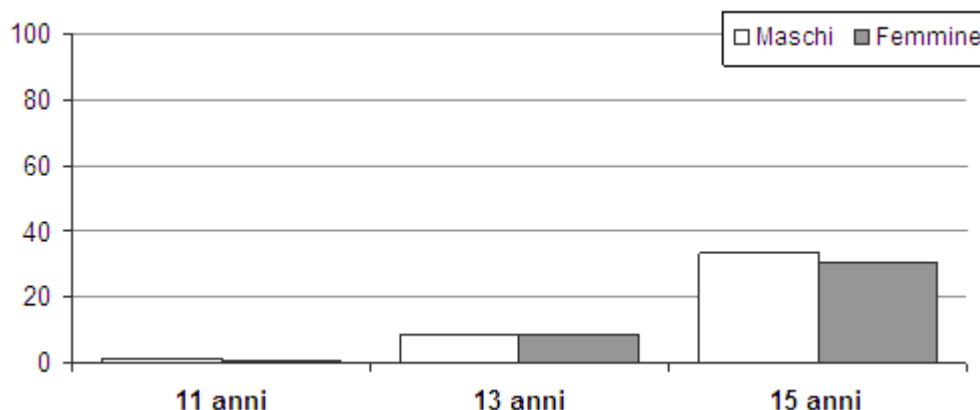


Figura 6.3. – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere

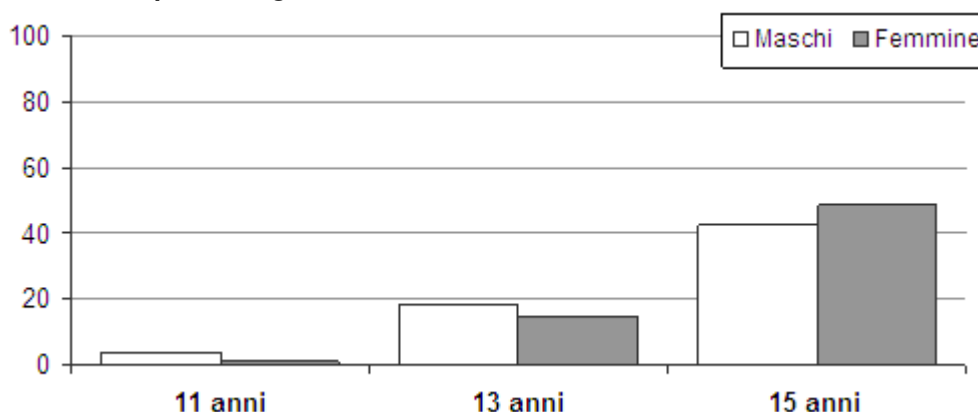
	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	95.8 (722)	82.9 (626)	51.8 (220)
Una volta	3.3 (25)	8.6 (65)	16.5 (70)
2-3 volte	0.8 (6)	5.2 (39)	16.5 (70)
4-10 volte		2.0 (15)	8.7 (37)
Più di 10 volte	0.1 (1)	1.3 (10)	6.6 (28)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Il binge drinking è un comportamento che nell'ultimo decennio si è diffuso in maniera crescente tra i giovani europei ed anche tra i ragazzi italiani. L'espressione "binge drinking" viene utilizzata per indicare il consumo di 5 o più bevande alcoliche in una singola occasione. Tra i giovani il binge drinking viene percepito come il bere che porta ad uno stato di ebbrezza, quindi con una accezione positiva, legata al divertimento ed alla facilitazione delle relazioni sociali, mentre al contrario l'ubriacatura assume una connotazione negativa. Permanendo in ogni caso tutti gli effetti negativi dell'alcol sulla salute, uno studio statunitense ha rilevato come il binge drinking possa danneggiare significativamente il sistema immunitario in giovani sani.

Il binge drinking è quindi un passatempo pericoloso, che viene praticato dal 17,3% dei giovani di età tra 11 e 15 anni. Rispetto al 2010 il numero dei cosiddetti bevitori binge è leggermente diminuito in tutte le fasce di età ed in entrambi i sessi. Tuttavia, quest'assunzione di grandi quantità

di alcol è più popolare tra i 15enni, dove quasi la metà (45,9%) conferma di aver sperimentato il binge drinking nell'ultimo anno, le femmine più dei maschi.

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



6.1.3 Cannabis

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
	% (N)	% (N)	% (N)
Mai	82.4 (140)	85.1 (217)	84.0 (357)
Una o due giorni	7.1 (12)	6.7 (17)	6.8 (29)
3-5 giorni	3.5 (6)	2.7 (7)	3.1 (13)
6-9 giorni	1.2 (2)	1.2 (3)	1.2 (5)
10-19 giorni	2.4 (4)	1.2 (3)	1.6 (7)
20-29 giorni		1.2 (3)	0.7 (3)
30 giorni o più	3.5 (6)	2.0 (5)	2.6 (11)
Totale	100 (170)	100 (255)	100 (425)

Il 16.0% degli studenti 15enni intervistati, il 17,6% dei maschi e il 14,9% delle femmine ammette di avere fumato cannabis almeno una volta nella vita. In base alla presente indagine, tra i 15enni non troviamo forti consumatori di cannabis a intervalli regolari.

6.2 Gioco d'azzardo

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

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

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

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

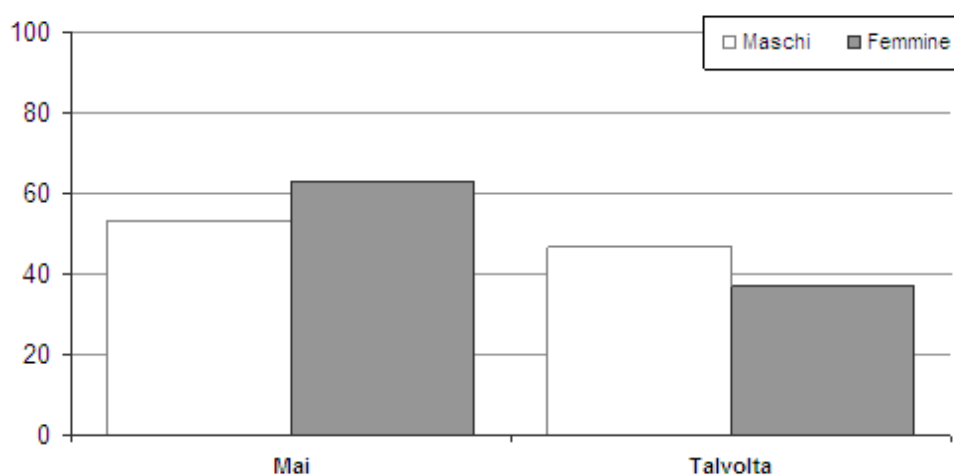
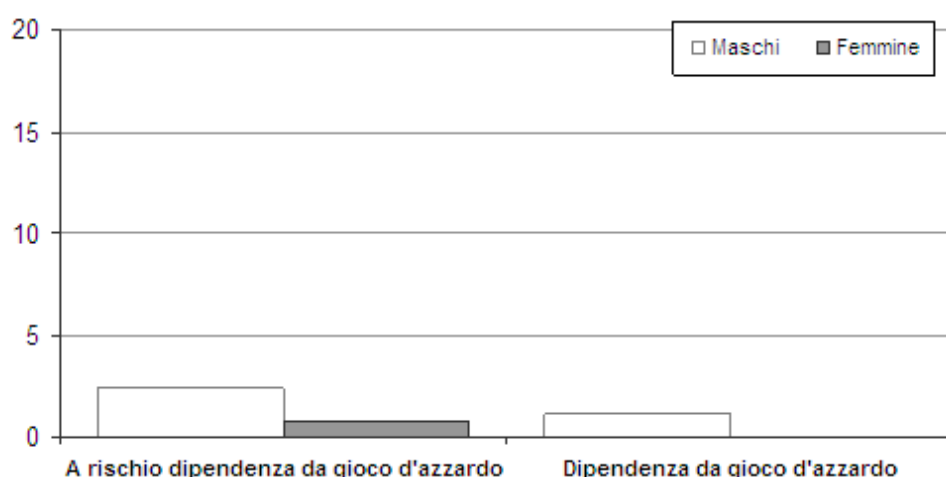


Figura 6.5.2. Percentuale di ragazzi quindicenni a rischio o con seri problemi di gioco, per genere



6.3 Abitudini sessuali

La vita sessuale riveste una notevole importanza, non solo per la sua influenza sulla crescita intellettuale e lo sviluppo degli adolescenti (Raphael, 1996; Wellings, 2006), ma anche per le conseguenze che essa può avere sulla salute: le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate nelle minori sono, in tutto il mondo, tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico fra gli adolescenti (Ellison, 2003; WHO, 2007). In particolare, le gravidanze indesiderate possono essere prevenute attraverso sforzi coordinati fra scuola, famiglia e strutture sanitarie. Lo sviluppo di interventi educativi efficaci richiede però la comprensione della natura e dell'estensione del fenomeno, unitamente all'individuazione dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio.

Tra i 425 intervistati (255 a ragazze e 170 a ragazzi), il 23,1% ammette di avere avuto rapporti sessuali con un calo del 2,4% rispetto all'ultimo studio del 2009-10. La differenza tra generi si evidenzia in questo modo: dei 98 giovani con esperienze sessuali, vi sono 66 ragazze e 32 ragazzi.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	18.8 (32)	25.9 (66)	23.1 (98)
No	81.2 (138)	74.1 (189)	76.9 (327)
Totale	100 (170)	100 (255)	100 (425)

E' stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a

riportare una frequenza maggiore rispetto a quella reale di comportamenti protettivi, fra i quali proprio l'utilizzo del profilattico (AAVV, 2004). Per questo motivo non è stato chiesto ai ragazzi del nostro campione di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

Il 77,7% dei giovani ha fatto uso del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale. A questa domanda, risponde affermativamente il 78,1% dei ragazzi e il 77,3% delle ragazze.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Si	78.1 (25)	77.3 (51)	77.6 (76)
No	15.6 (5)	22.7 (15)	20.4 (20)
Non so	6.3 (2)		2.0 (2)
Totale	100 (32)	100 (66)	100 (98)

6.4 Infortuni

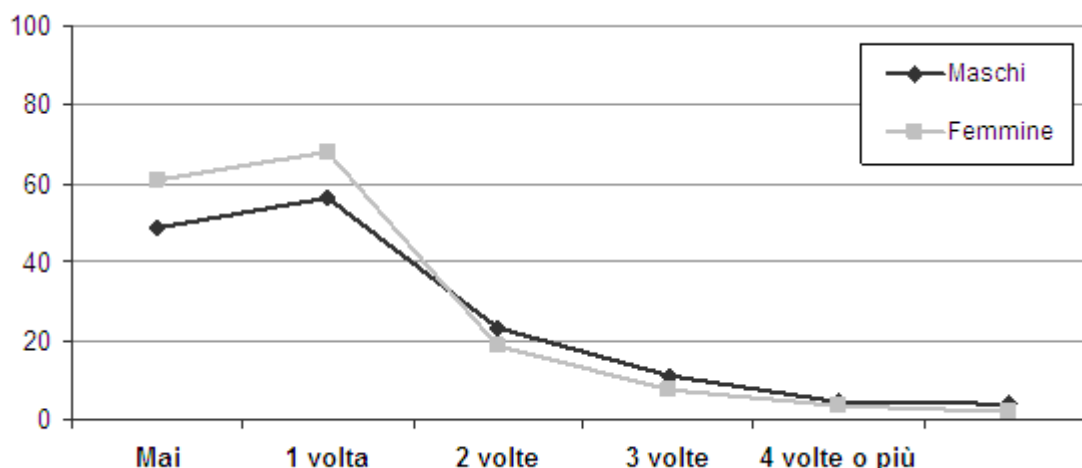
Gli infortuni sono diventati una delle cause più frequenti di morte e inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive (WHO, 2006). Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	65.8 (496)	58.1 (439)	64.7 (275)
Una volta	20.3 (153)	24.4 (184)	16.9 (72)
2 volte	7.0 (53)	11.5 (87)	9.9 (42)
3 volte	3.7 (28)	3.4 (26)	4.9 (21)
4 volte o più	3.2 (24)	2.5 (19)	3.5 (15)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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



Conclusioni

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: 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).

Bibliografia capitolo 6

A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.

Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents.*Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.

Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.

Blinn-Pike L., Worthy S.L.,Jonkman J.N.(2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47:223–236.

- Brand D.A., Saisana M., Rynn L.A., Pennoni F., Lowenfels A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, 4: e151.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., 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.
- Derevensky J., Gupta R. (2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions. *Journal of Gambling Studies*, 16: 227–251.
- Derevensky J.L., Gupta R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Ellison M.A. (2003). Authoritative Knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoptions, and single motherhood: social stigma and structural violence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17: 322-347.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25: 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440–449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2 Jarvis MJ. *Why people smoke? British Medical Journal*; 328: 277-279.
- Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). *Summary on the literature on young people, gender and smoking*. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-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: 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P. (2006). *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- Welte J.W., Barnes G.M., Hoffman J.H., Dintcheff B.A. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34: 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.

World Bank (1999). *Development in Practice: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington DC: A World Bank Publication.

WHO (2006). *Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe*. Factsheet EURO/02/06 ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013: Breaking the chain of transmission*. Geneva: World Health Organisation.

WHO (2011). *WHO Report on the global tobacco epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco. Mpower 2011*. Geneva, Switzerland.

Capitolo 7:Salute e benessere

Introduzione

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

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

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

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

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

7.1 Salute percepita

Lo studio HBSC rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana, che sotto il profilo epidemiologico presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute della comunità, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età, è infatti più appropriato utilizzare la percezione del

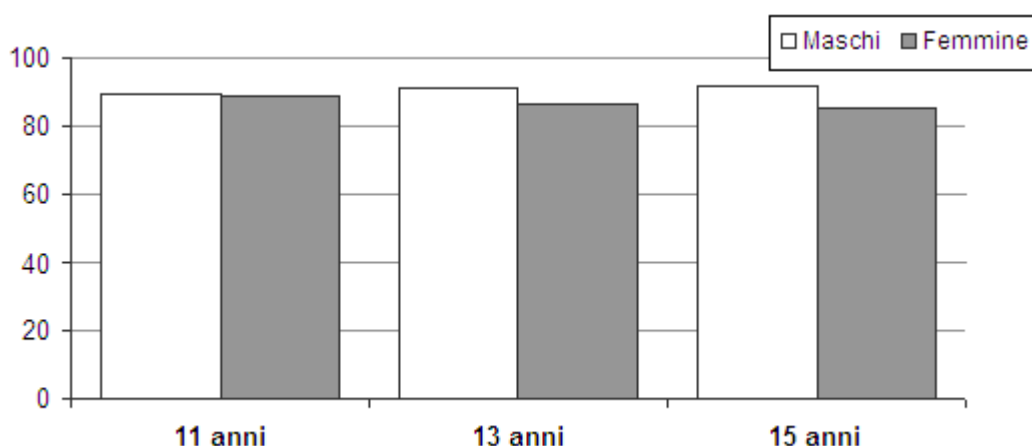
proprio stato di salute quale indicatore dello stato di salute generale (Bowling, 2014). Del resto, mentre per la misurazione delle dimensioni psicologiche vengono spesso impiegate scale composte da diverse domande sembra che, il modo più affidabile per sapere come stia una persona, sia chiederglielo direttamente. Studi recenti hanno inoltre dimostrato che anche nella popolazione adulta esiste una relazione tra salute percepita e salute misurata. Percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita (Friedman, 2014; Bowling, 2014; Burstroem, 2001). Anche per gli adolescenti poi la percezione dello stato di salute si dimostra una questione rilevante in quanto presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione (Gaspar, 2003), con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la comunicazione con i genitori (Ravens-Sieberer, 2004).

Nella figura 7.1 si osservano le differenze per età, dove sono quasi sempre a svantaggio i 15enni. I ragazzi danno giudizi più positivi rispetto alle ragazze, dichiarando la condizione di eccellenza più frequentemente delle ragazze, dato che conferma quello dell'indagine 2009-10.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Eccellente	37.1 (280)	35.2 (266)	26.6 (113)
Buona	52.1 (393)	53.8 (406)	61.2 (260)
Discreta	9.9 (75)	9.8 (74)	10.1 (43)
Scadente	0.8 (6)	1.2 (9)	2.1 (9)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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



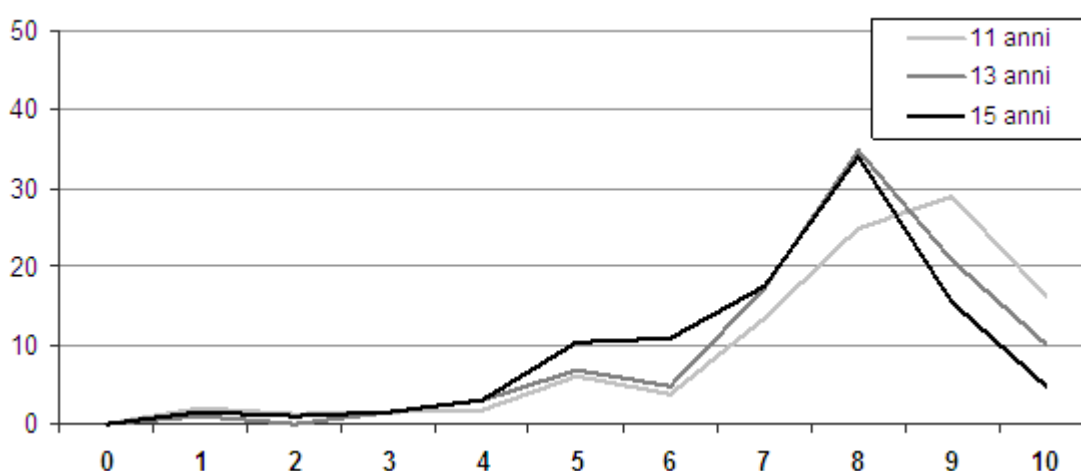
7.2 Benessere percepito

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è

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

Rispetto all'indagine del 2009-10 i giudizi si sono spostati verso i valori più alti della scala.

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



7.3 Sintomi riportati

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

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

Un percentuale variabile tra il 13.9% dei tredicenni e il 19.1% dei quindicenni indica la presenza di almeno un sintomo giornaliero tra quelli considerati. Rispetto al 2009-10 cresce la quota di sintomi tra i quindicenni (era il 14.7%) mentre diminuisce per gli undicenni (era il 20.4%). Le ragazze confermano una situazione di salute meno positiva rispetto ai ragazzi. I sintomi più frequentemente dichiarati sono l'insonnia, nervoso, irritabile e il mal di testa.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Ogni giorno	15.8 (119)	13.9 (105)	19.1 (81)
Più di 1 volta a settimana	14.7 (111)	18.4 (139)	23.3 (99)
1 volta a settimana	15.8 (119)	17.7 (134)	20.9 (89)
1 volta al mese	23.1 (174)	31.4 (237)	23.5 (100)
Raramente o mai	30.6 (231)	18.5 (140)	13.2 (56)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere

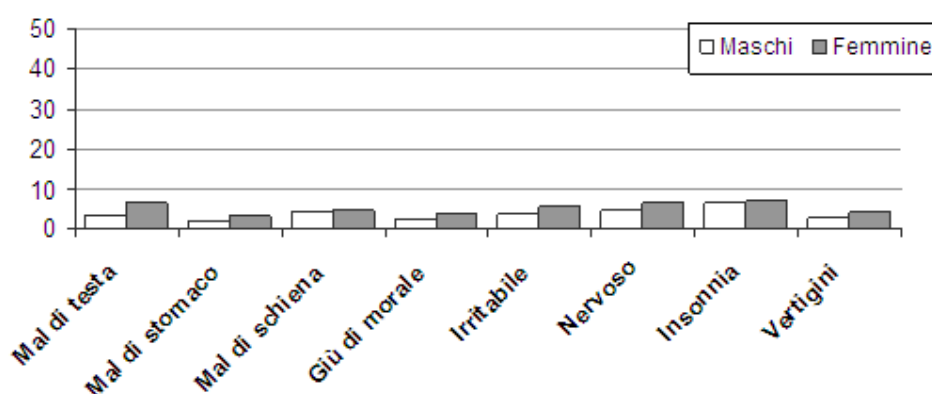
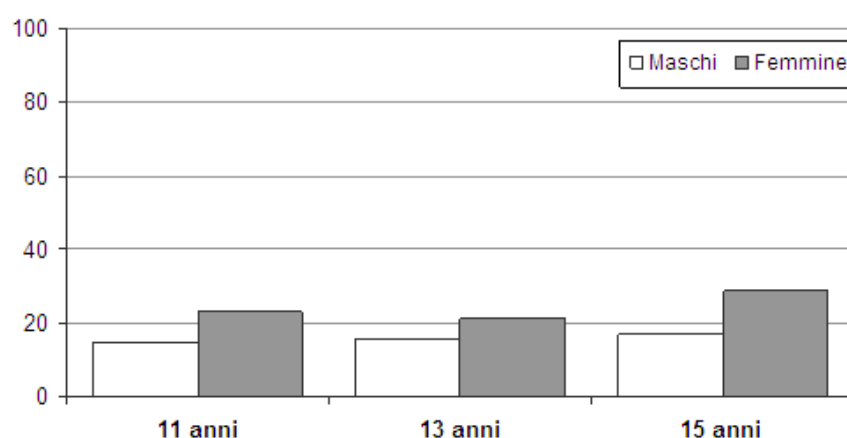


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte (Haugland, 2001a;Haugland, 2001b): una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l’aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l’altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù,

irritabile e nervoso). I sintomi somatici e psicologici sono più frequentemente dichiarati dalle ragazze e dai quindicenni in generale.

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

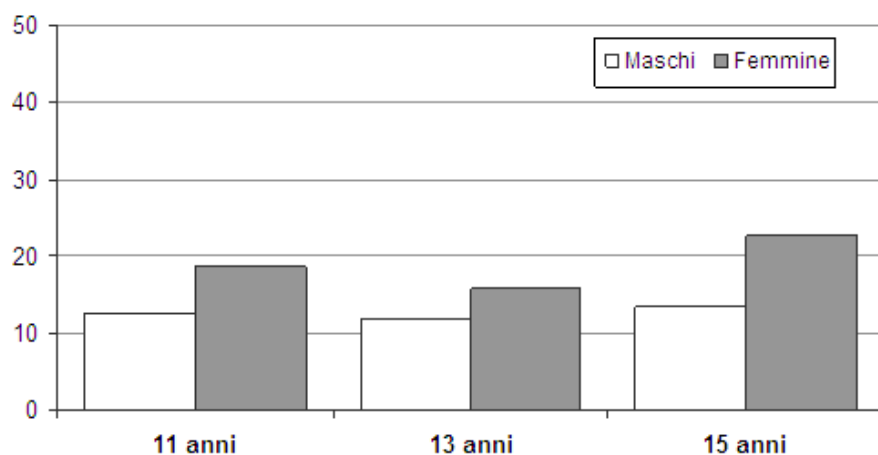
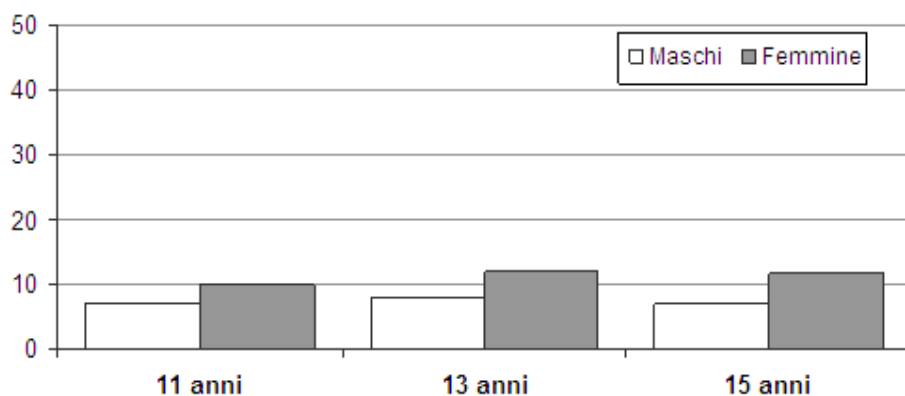


Tabella 7.4: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici, per età

	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Ognigiorno	8.6 (65)	9.9 (75)	9.9 (42)
Più di 1 volta a settimana	12.2 (92)	15.0 (113)	18.8 (80)
1 volta a settimana	16.7 (126)	20.3 (153)	22.8 (97)
1 volta al mese	27.6 (208)	30.7 (232)	31.1 (132)
Raramente o mai	34.9 (263)	24.1 (182)	17.4 (74)
Totale	100 (754)	100 (755)	100 (425)

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



7.4 Utilizzo di farmaci

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

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

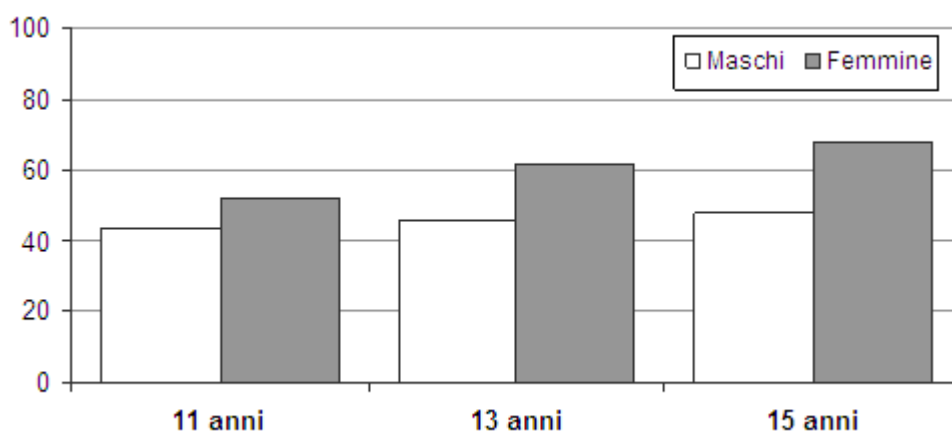
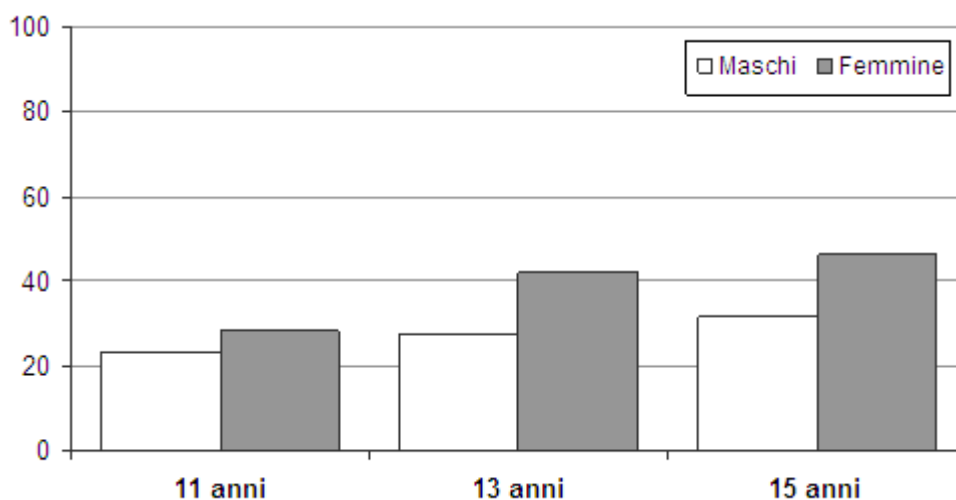


Figura 7.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per 'mal di testa', per genere ed età



Conclusioni

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

Emerge, infatti, una considerazione positiva del proprio stato di salute, riguardante poco più di un terzo dei ragazzi, che ripetono una condizione di benessere eccellente ed ulteriori 54,8% la valuta

come buona. Nella relativa scala con valori tra 0 e 10 punti il 64,9% degli intervistati esprime valori tra 8 e 10 punti, con un decremento dei valori di 9 e 10 punti con l'età. Sono però molti anche quelli che dichiarano la presenza di specifici sintomi giornalieri, addirittura un quindicenne ogni cinque, e si tratta di sintomi somatici più che psicologici, in particolare mal di testa nervosismo ed insonnia.

Bibliografia capitolo 7

- Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). *Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories*. Oxford: Oxford University Press.
- Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1:1-2.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health*. New York, McGraw-Hill Education..
- Burstroem B, Fredlund P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55:836-40.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Friedman, H. S., Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology*, 65:719-742.
- de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18:3-14.
- Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Notizie di Politeia*, 45:1-48.
- Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24:611-24.
- Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11:4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12:231-40.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.
- Lemma, P., Borraccino, A., Berchialla, P., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, fdu095.
- Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. *Health Promotion International*, 29:i68-i82.
- Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C,

Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.

Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescence Research*, 16:293-303.

Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. *Eurohealth*, 18:3-7.

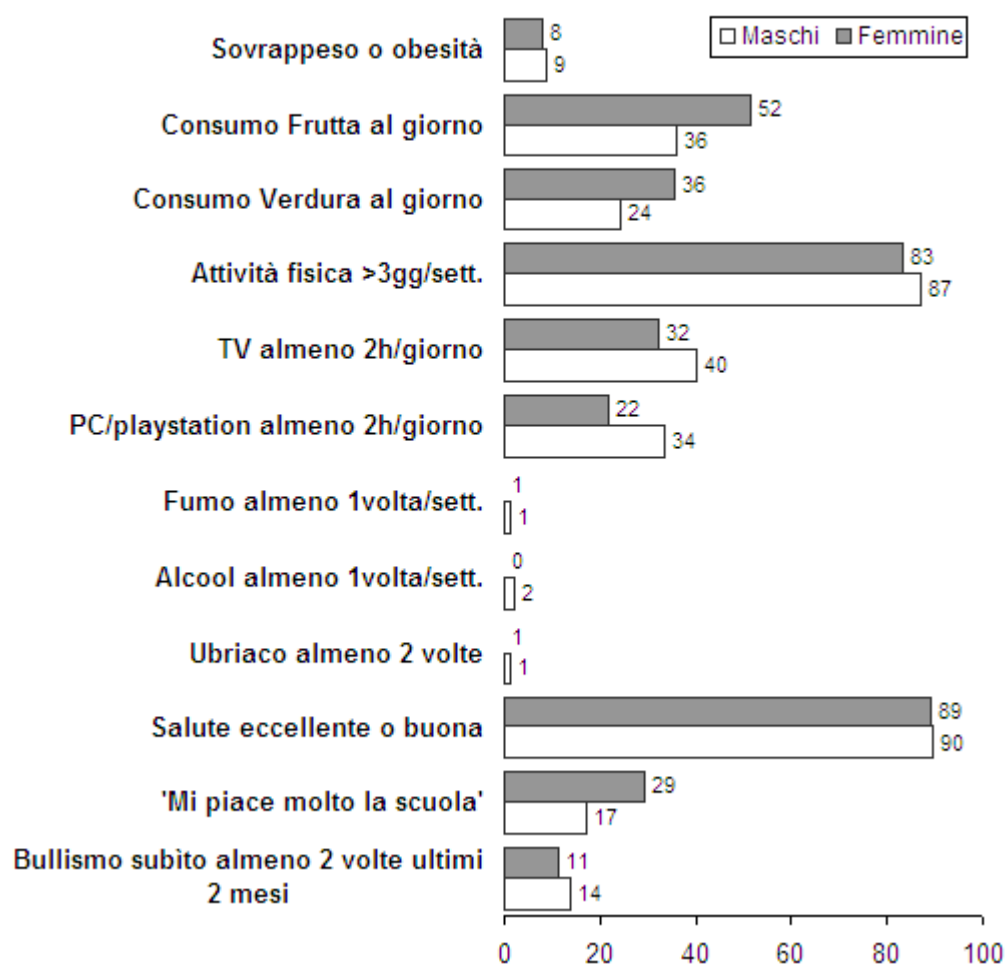
World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.

World Health Organization (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*; 78:413-26.

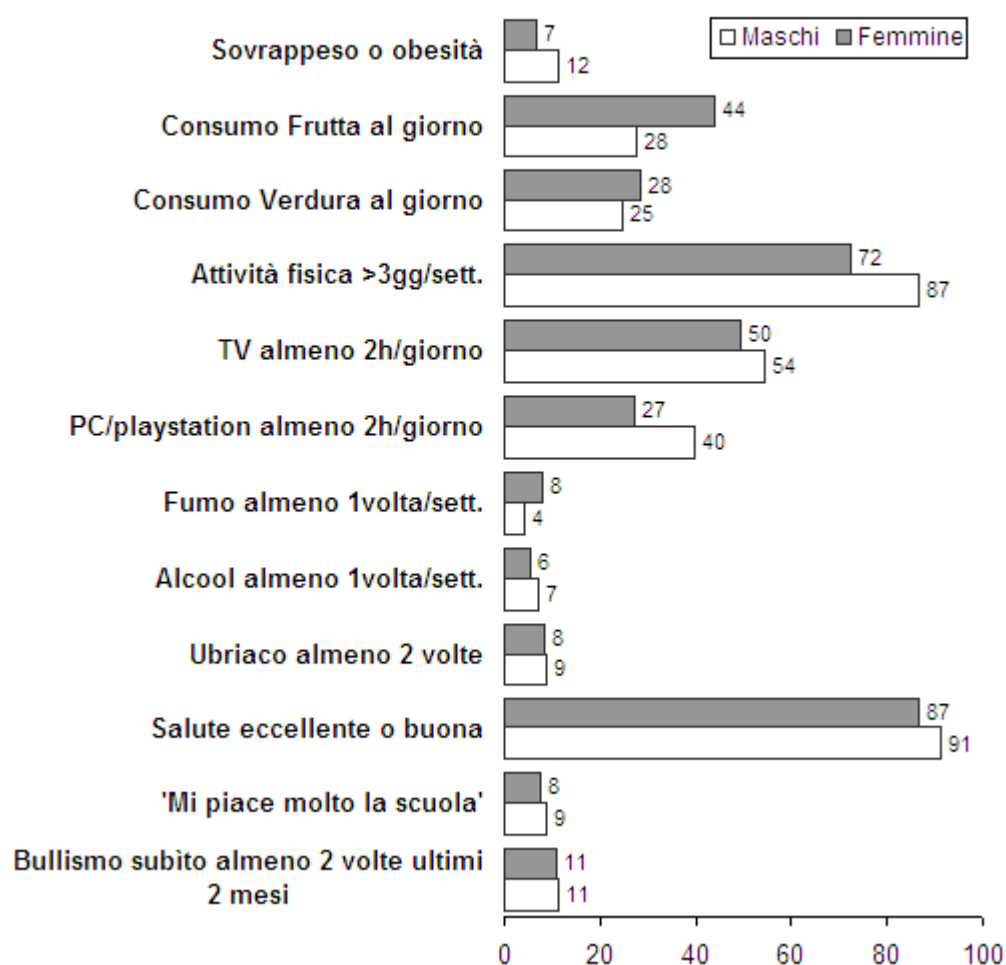
Zullig K.J., Valois R.F., Scott Huebner E., Oeltmann J.E. Wanzer Drane J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescence Health*, 29:279-88.

Indicatori riassuntivi

Undicenni (%)



Tredicenni (%)



Quindicenni (%)

