

**STILI DI VITA E SALUTE
DEGLI ADOLESCENTI.
HBSC LOMBARDIA 2014**

MAGGIO 2016

Questo Rapporto è stato elaborato da Éupolis Lombardi nell'ambito del programma di attività 2015/2016 degli Osservatori dell'Area Sociale dell'Istituto, a supporto 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 presente rapporto è stato redatto da Veronica Velasco.

Gruppo di lavoro

Guido Gay, Éupolis Lombardia (project leader); Veronica Velasco, consulente; Marika Lavatelli, consulente

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 Berchiolla

Dott. Alberto Borraccino

Dott.ssa Lorena Charrier

Dott.ssa Paola Dalmasso

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

Regione Lombardia

Referenti Regionali

Dott. Corrado Celata

Dott.ssa Liliana Coppola

Dott. Marco Tosi

Ufficio Scolastico Regionale

Dott.ssa Bruna Baggio

Referenti ASL

ASL Bergamo: Luca Biffi. ASL Brescia: Margherita Marella. ASL Como: Walter De Agostini. ASL Cremona: Leone Armando Lise'. ASL Lecco: Carlo Pellegrini. ASL Lodi : Celeste Zaghenò. ASL Mantova: Valter Drusetta. ASL Milano: Corrado Celata. ASL Milano 1: Paola Duregon. ASL Milano 2: Alessandra Meconi. ASL Monza e Brianza: Ornella Perego. ASL Pavia: Elisabetta Mauri. ASL Sondrio: Valentina Salinetti. ASL Varese: Manuel Benedusi. ASL Vallecamonica-Sebino: Marina Salada.

Referenti Uffici Scolastici Territoriali

UST Bergamo: Antonella Giannellini. UST Brescia: Federica Di Cosimo. UST Como: Laura Peruzzo. UST Cremona: Tullia Guerrini Rocco. UST Lecco: Jessica Sala. UST Lodi: Claudia Zoppi. UST Mantova: Barbara Artioli. UST Milano: Laura Stampini. UST Monza-Brianza: Maristella Colombo. UST Pavia: Emanuela Farina. UST Sondrio: Daniela Marchesi. UST Varese: Linda Casalini

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine in qualità di somministratori dei questionari:

ASL Bergamo: Rita Arcieri, Roberta Biazzo, Luisa Crietti, Laura Danelli, Barbara Lamera, Emilio Maino, Claudio Persico, Patrizia Pini, Giuliana Rocca. ASL Brescia: Laura Anselmi, Maria Belleri, Silvia Ciaccio, Michela Creminati, Mirella Ferrandi, Laura Ferrari, Marco Gandolfi, Paola Ghidini, Cristina Marconi, Morena Ossoli, Giulia Tomasoni. ASL Como: Marco Caprioglio, Miriam Della Rossa, Lisa Impagliazzo, Antonietta Orlando. ASL Cremona: Leone Lisè, Parmigiani Pierluigi,

Elisabetta Ungari. ASL Lecco: Angela Gandolfi, Manuela Radaelli. ASL Lodi: Chiara Codecà, Marialuisa Dallavalle. ASL Milano: Mariella Antichi, Tiziana Antonini, Gloria Atzori, Sandro Brasca, Carla Carini, Danila Cecile, Franca Angela Colombo, Paola Ghilotti, Dario Gianoli, Elena Giovanetti, Guendalina Locatelli, Riccardo Valenti, Nadia Vimercati. ASL Milano 1: Daniela Cavagnini, Lorena Falabretti, , Katia Salemi. ASL Milano 2: Elena Bertolini, Anna Monga, Simona Piacentini. ASL Monza e Brianza: Mariangela Beretta, Roberto Calloni, Emanuela Colombo, Luisa Contraffatto, Camilla Galbiati, Manuela Galli, Antonella Grassi, Giorgia Geminiani, Giuseppe Monaco, Giancarlo Perrone, Isella Piera, Dolores Rizzi. ASL Mantova: Laura Bini, Bruno Boccaletti, Simona Covizzi, Rosaria Di Bella. ASL Pavia: Silvia Maggi , Patrizia Maggi, Elisabetta Mauri, Marisa Pini, Martina Suardi, Lorella Vicari. ASL Sondrio: Valentina Salinetti. ASL Varese: Manuel Benedusi, Chiara Bonizzoni, Cristina Chirolì, Mara Lambertini, Antonella Manfrin, Chiar Pizzoli, Morena Riggi, Giulietta Zamana. ASL Vallecamonica-Sebino: Lorena Castellani

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Éupolis Lombardia

Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione
via Taramelli 12/F - Milano
www.eupolislombardia.it

Contatti: Guido Gay, guido.gay@eupolislombardia.it

Indice

Premessa.....	7
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	8
1.1 Introduzione	8
1.2 Descrizione del campione	9
Bibliografia capitolo 1	10
Capitolo 2: Il contesto familiare.....	12
2.1 Introduzione	12
2.2 La struttura familiare.....	12
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	15
2.4 Lo status socio-economico familiare	18
Bibliografia capitolo 2	20
Capitolo 3: L'ambiente scolastico.....	22
3.1 Introduzione	22
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola).....	23
3.3 Rapporto con gli insegnanti	29
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	32
3.5 Rapporto con la scuola.....	37
Bibliografia capitolo 3	38
Capitolo 4: Sport e tempo libero	41
4.1 Introduzione	41
4.2 Attività fisica.....	41
4.3 Comportamenti sedentari	44
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione... 45	
4.4 Rapporti con i pari.....	49
Bibliografia capitolo 4.	51
Capitolo 5 : Abitudini alimentari e stato nutrizionale	53
5.1 Introduzione	53
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	54
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	55
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	58
5.5 Stato nutrizionale	60
5.6 Igiene orale.....	63
Bibliografia capitolo 5	65
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	67
6.1 Uso di sostanze.....	67
6.1.1 Il fumo.....	67
6.1.2 L'alcol	69

6.1.3 Cannabis.....	72
6.2 Gioco d'azzardo	73
6.3 Abitudini sessuali.....	75
6.4 Infortuni	76
Bibliografia capitolo 6	77
Capitolo 7: Salute e benessere.....	80
7.1 Introduzione	80
7.2. Salute percepita	81
7.3. Benessere percepito.....	82
7.4. Sintomi riportati	84
7.5. Utilizzo di farmaci	88
Bibliografia capitolo 7	90

Premessa

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

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

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

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

Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982 e oggi conta 41 paesi partecipanti. L'Italia ne è entrata a far parte nel 2000 ed ha svolto finora 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

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

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

Regione Lombardia partecipa dal 2007, anno in cui è stata realizzata un'edizione pilota per entrare nel network internazionale. Nella nostra regione la raccolta dati HBSC del 2013-2014 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra gli operatori sanitari regionali, l'Ufficio Scolastico Regionale e, in primis, ragazzi e personale delle scuole coinvolte. La ricerca è stata gestita attraverso un processo partecipativo che ha coinvolto i diversi attori interessati ai dati raccolti e la Rete Regionale Prevenzione.

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

Le classi sono state stratificate sia sulla base dell'età (scuole medie inferiori e superiori), sia secondo la provincia di appartenenza, con lo scopo di assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Regione Lombardia, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

La numerosità campionaria è stata calcolata in 1200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto 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 e sostanze, comportamento sessuale).

Il questionario Lombardo per gli studenti 13 e 15 anni è stato integrato in più parti utilizzando domande opzionali.

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

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

È 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

Il campione è composto da 76 scuole secondarie di I grado e 79 di II grado per un totale di 231 classi. Il tasso di rispondenza è stato pari a 90.9% e varia tra 89.5% per le scuole secondarie di I grado e 93.7% per le quelle di II grado (Tabella 1.1).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	76	68	89.5
Classe terza media	76	68	89.5
Classe seconda superiore	79	74	93.7
Totale	231	210	90.9

Complessivamente sono stati raccolti 3172 questionari validi sulla base dei criteri definiti a livello internazionale, suddivisi nelle tre fasce di età come indicato nella Tabella 1.2.

Rispetto al genere il campione è composto da 1637 maschi e 1535 femmine.

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	maschio	femmina	Totale
11 anni	37.6%	37.5%	37.5%
	615	576	1191
13 anni	34.2%	33.6%	33.9%
	560	515	1075
15 anni	28.2%	28.9%	28.6%
	462	444	906
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	1637	1535	3172

Il 93.4% degli studenti è nato in Italia a fronte di un 6.6% nato all'estero (Tabella 1.3). La percentuale degli studenti nati all'estero è maggiore tra gli 11enni. Inoltre, il 7.1% degli studenti ha un genitore nato all'estero e il 10.4% entrambi i genitori (Tabella 1.4).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Nato in Italia	94.2%	92.9%	93.0%	93.4%
	1122	998	842	2962
Nato all'estero	5.8%	7.1%	7.0%	6.6%
	69	76	63	208
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1191	1074	905	3170

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Entrambi in Italia	80.5%	82.5%	85.0%	82.5%
	955	884	766	2605
Madre o Padre all'estero	7.5%	6.9%	6.8%	7.1%
	89	74	61	224
Entrambi all'estero	12.0%	10.6%	8.2%	10.4%
	142	113	74	329
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1186	1071	901	3158

Bibliografia capitolo 1

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

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

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

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

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

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo invece annoverare la diminuzione dell'ampiezza familiare, l'aumento delle famiglie unipersonali (single), la diminuzione delle

famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti), che se un tempo erano una risorsa per la famiglia stessa, ora nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani, la crescita di “nuove tipologie” familiari: monogenitoriali, famiglie ricostituite, convivenze more uxorio (Saraceno, 1995; ISTAT, 2002; AAVV, 2006).

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

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

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

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

Molte ricerche si sono focalizzate sui riscontri negativi che tali nuove tipologie familiari potessero avere sullo sviluppo dei figli. Molte di queste hanno individuato come il vivere in una

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

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

La tabella 2.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari. I dati lombardi confermano la persistenza di modelli di tipo tradizionale nei modi di formare la famiglia: l'82.0% degli studenti dichiara di vivere in una famiglia tradizionale composta da madre e padre e, in alcuni casi, anche con uno o più nonni. Le famiglie mono-parentali rappresentano il 13.1% del campione; tra queste è assolutamente predominante la convivenza con la madre (11.8%) rispetto a quella col padre (1.3%). Tuttavia, i dati rilevati non ci permettono di capire se gli studenti vivono in più case e se, nel caso di genitori separati, l'altro genitore mantiene il proprio ruolo di riferimento. Le famiglie ricostituite sono rappresentate da una minoranza di studenti, confermandosi quindi come fenomeno molto ridotto.

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

Madre e padre, no altri adulti	69.3%	2095
Madre e padre, più uno o due nonni	12.7%	383
Solo madre (con o senza nonni)	11.8%	357
Solo padre (con o senza nonni)	1.3%	39
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.3%	101
Solo nonni (uno o due)	0.6%	17
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.1%	33
Totale	100.0%	3025

Per quanto riguarda la numerosità familiare (Tabella 2.2), i dati mostrano che il 16.6% degli studenti dichiara di essere figlio unico e evidenziano, quindi, che le famiglie con più figli rappresentano la maggioranza. Tuttavia, il 57.4% del campione dichiara di avere un solo fratello o sorella mentre il 26.0% di averne più di uno. Per approfondire il quadro sarebbe interessante capire l'influenza delle famiglie straniere sul fenomeno.

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

Figli unici	16.6%	507
1 fratello o sorella	57.4%	1754
2 o più fratelli o sorelle	26.0%	793
Totale	100.0%	3054

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

Nel presente studio, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa a problemi che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta a questa domanda erano distribuite su una scala da "molto facile" a "non ho o non vedo questa persona".

Nelle tabelle 2.3. e 2.4 si possono osservare le risposte relative alla percezione dei ragazzi circa la facilità di comunicare con il padre e con la madre su questioni che li preoccupano.

Un primo aspetto da notare riguarda il fatto che solo il 3.8% dichiara di non avere o di non vedere mai il proprio padre e lo 0.9% la propria madre. Questo conferma quanto ipotizzato nel

paragrafo precedente e quanto affermato da Scabini (2000) rispetto alle famiglie monoparentali: il genitore non convivente, o convivente per meno tempo, non è virtualmente cancellato ma mantiene il rapporto con il figlio. Ulteriori approfondimenti sarebbero necessari per capire la qualità della relazione con questi genitori.

Inoltre, dai dati emerge una differenza consistente nella qualità del rapporto con la madre e col padre: il 58.4% dichiara di parlare facilmente o molto facilmente con il proprio padre di cose che lo preoccupano mentre la percentuale relativamente alla comunicazione con la madre è pari a 75.8%. Questa differenza è evidente in tutte e tre le fasce di età analizzate: a 11 anni le percentuali di buona comunicazione (facile o molto facile) sono pari a 67.6% col padre e 83.3% con la madre, a 13 anni 56.6% col padre e 75.2% con la madre e a 15 anni 48.6% col padre e 66.6% con la madre. Da questi dati emerge un peggioramento nella comunicazione coi genitori al crescere dell'età. Questo fenomeno è tipico dell'adolescenza e in linea con i compiti evolutivi dei pre-adolescenti e degli adolescenti. È da sottolineare, inoltre, che sebbene la differenza tra le risposte positive date nelle tre fasce di età è più elevata nel caso delle madri, nel caso dei padri il 17.5% dei 15enni afferma che la comunicazione è molto difficile (per le madri la percentuale è pari a 8.3%).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto facile	31.0%	19.8%	13.0%	22.0%
	360	210	117	687
Facile	36.6%	36.8%	35.6%	36.4%
	425	390	319	1134
Difficile	19.8%	26.0%	28.7%	24.5%
	230	276	257	763
Molto difficile	9.7%	13.9%	17.5%	13.4%
	113	147	157	417
Non ho o non vedo questa persona	2.9%	3.5%	5.2%	3.8%
	34	37	47	118
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1162	1060	897	3119

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto facile	47.6%	36.2%	22.1%	36.4%
	548	380	198	1126
Facile	35.7%	39.0%	44.5%	39.4%
	411	409	398	1218
Difficile	11.3%	17.4%	23.2%	16.8%
	130	183	208	521
Molto difficile	4.9%	6.9%	8.3%	6.5%
	56	72	74	202
Non ho o non vedo questa persona	0.5%	0.5%	1.9%	0.9%
	6	5	17	28
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1151	1049	895	3095

Un ulteriore elemento di differenza nella relazione con madre è padre dipende dal genere dei figli. Nel caso della madre la comunicazione risulta positiva in modo analogo tra maschi e femmine; nel caso dei padri, invece, è migliore la comunicazione tra figli maschi e padri rispetto a quella che hanno le figlie femmine. Questa differenza è più marcata al crescere dell'età e dall'emergere quindi di problematiche e tematiche più caratterizzate dai ruoli genere.

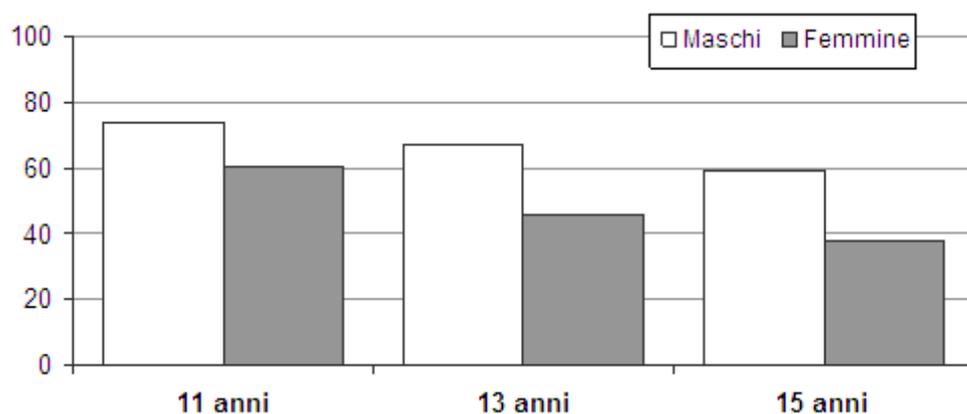
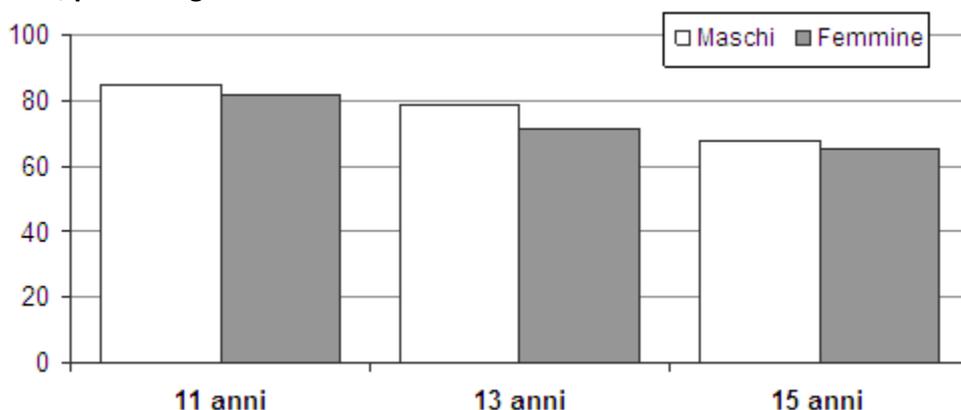
Figura 2.1 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il Padre, per età e genere

Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la Madre, per età e genere



Sarebbero necessari ulteriori analisi per conoscere anche gli aspetti normativi, regolatori e di controllo da parte dei genitori. Ad esempio, un tema centrale in una fascia di età adolescenziale riguarda il *monitoring* familiare.

2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

Per quanto riguarda lo status socio-economico e la Family Affluence Scale (Tabella 2.5) emerge come il 52.2% del campione si posiziona su un livello intermedio mentre il 18.3% ha uno status socio-economico basso e il 29.4% alto.

Le percezioni degli studenti sono, invece, più positive: il 47.1% dichiara che dal punto di vista economico la sua famiglia sta molto bene o bene e il 43.0% che sta nella media; solo il 10.0% dichiara che la famiglia non sta molto bene o per niente bene da un punto di vista economico.

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

FAS basso (0-3)	18.3%	569
FAS medio (4-5)	52.2%	1620
FAS alto (6-7)	29.4%	913
Totale	100.0%	3102

Tabella 2.6: Livello di Istruzione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
Licenza elementare	2.0%	2.6%	2.7%	1.0%	1.2%	0.6%
	22	27	23	10	12	5
Licenza media	12.7%	24.6%	25.6%	8.7%	18.9%	19.8%
	139	254	221	89	187	172
Scuola professionale	7.4%	13.8%	12.9%	7.7%	12.9%	13.4%
	81	142	111	79	128	116
Maturità	14.9%	26.6%	31.1%	20.3%	33.4%	37.6%
	163	274	268	208	331	326
Laurea	18.6%	17.7%	20.9%	22.6%	20.1%	23.0%
	203	183	180	232	199	200
Non lo so	44.4%	14.7%	7.0%	39.7%	13.5%	5.6%
	485	152	60	407	134	49
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1093	1032	863	1025	991	868

Relativamente allo status sociale, il 18.9% e il 21.9% degli studenti ha rispettivamente un padre e una madre laureati mentre il 23.6% e il 30% ha un padre e una madre diplomati in una scuola media superiore. Da notare come in entrambi i casi siano più alte le percentuali delle madri. La licenza elementare viene riportata da una piccolissima minoranza di studenti: il 2.4% per i padri e lo 0.9% per le madri. Nella Tabella 2.6 sono indicati i dati divisi per fascia di età. Da notare come a 11 anni un'alta percentuale di studenti non conosce il titolo di studio dei propri genitori: il 44.4% per i padri e il 39.7% per le madri.

Bibliografia capitolo 2

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

- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175–1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school. *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61:603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana». Anno 2000*. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., lafrate 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., lafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). *Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents*. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Milano, Cortina.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Torino, Claudiana Editrice.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16:23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qui di seguito sono riportate alcune tabelle con i dati relativi alla nostra regione. I temi analizzati sono: le caratteristiche strutturali della scuola, le iniziative per la promozione della salute degli studenti, il coinvolgimento degli studenti nelle attività e nei processi decisionali a scuola e il quartiere in cui è inserita la scuola.

Per quanto riguarda le caratteristiche strutturali delle scuole (Tabella 3.1), il 58.3% dei dirigenti scolastici afferma che la scuola avrebbe bisogno di un restauro. Tuttavia, i giudizi sugli aspetti specifici sono abbastanza buoni. L'elemento valutato più positivamente è l'accesso a persone disabili: l'86.9% dei dirigenti afferma che la scuola è accessibile a persone disabili. Nell'interpretare questa risposta è però opportuno ricordare che le scuole hanno vincoli di legge relativamente alle barriere architettoniche. Altri elementi soddisfacenti sono il cortile (75.2%), la disponibilità di strumenti multi-mediali (73.1%), l'attrezzatura delle classi specializzate (70.5%) e il sistema di ventilazione e riscaldamento (70.0%). Gli spazi su cui emergono più criticità sono la palestra (68.2%), i bagni (63.1%) e le classi, sia rispetto all'adeguatezza per i bisogni di insegnanti e studenti (63.6%) sia alla temperatura in aula (61.8%).

Un secondo tema indagato riguarda il coinvolgimento della scuola in misure per promuovere la salute degli studenti e favorire lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (Tabella 3.2).

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

	La scuola avrebbe bisogno di un ristorante	Il cortile è in buone condizioni	La palestra è in buone condizioni	Le classi specializzate sono ben attrezzate	Le riparazioni sono fatte in tempi ragionevoli	I bagni sono in buone condizioni	Il sistema di ventilazione e riscaldamento funziona bene	La scuola è accessibile a persone disabili	Le classi soddisfano i bisogni di insegnante e studenti	Sono disponibili sufficienti strumenti multimediali	La temperatura in classe è appropriata
Completamente d'accordo	27 21.3%	23 17.8%	19 14.7%	20 15.5%	6 4.6%	7 5.4%	10 7.7%	30 23.3%	5 3.9%	20 15.4%	7 5.5%
D'accordo	47 37.0%	74 57.4%	69 53.5%	71 55.0%	68 52.3%	75 57.7%	81 62.3%	82 63.6%	77 59.7%	75 57.7%	72 56.3%
In disaccordo	34 26.8%	23 17.8%	26 20.2%	27 20.9%	39 30.0%	30 23.1%	33 25.4%	12 9.3%	40 31.0%	27 20.8%	39 30.5%
Completamente in disaccordo	15 11.8%	7 5.4%	7 5.4%	5 3.9%	16 12.3%	15 11.5%	5 3.8%	3 2.3%	2 1.6%	6 4.6%	7 5.5%
Non saprei	1 0.8%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	3 2.3%	0 0.0%	2 1.6%
Risorsa non presente	3 2.4%	2 1.6%	7 5.4%	6 4.7%	1 0.8%	3 2.3%	1 0.8%	1 0.8%	2 1.6%	2 1.5%	1 0.8%
Totale	127 100.0 %	129 100.0 %	129 100.0 %	129 100.0 %	130 100.0 %	130 100.0 %	130 100.0 %	129 100.0 %	129 100.0 %	130 100.0 %	128 100.0 %

Solo una percentuale minima dichiara di non occuparsi di questo tema. In particolare, il 99.2% dichiara di adottare misure di promozione della salute per favorire competenze nella prevenzione di abuso di sostanze e abilità nel prevenire violenza e bullismo; il 96.9% per potenziare le competenze rispetto ad attività fisica e sport e il 93.0% competenze di tipo nutrizionale. È significativo il fatto che il 3.1% dei dirigenti dichiara di non adottare misure per lo sviluppo di competenze su attività fisica e sport e che l'11.7% dichiara di farlo di tanto in tanto. L'ambito dell'attività fisica è, infatti, quello più esplicitamente ancorato alle materie curriculari essendo già compresa una materia specifica su questo nell'offerta formativa sia delle scuole secondarie di I grado sia di quelle secondarie di II grado. Questo dato sembra riflettere la rappresentazione dei dirigenti sulle attività di promozione della salute come qualcosa di extra-curriculare e diverso dalle normali attività didattiche.

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

	Competenze di tipo nutrizionale	Competenze rispetto ad attività fisica e sport	Abilità nel prevenire violenza e bullismo	Competenza nella prevenzione di abuso di sostanze
sì, abitualmente	62	109	69	73
	48.4%	85.2%	54.3%	57.5%
sì, di tanto in tanto	57	15	57	53
	44.5%	11.7%	44.9%	41.7%
No	9	4	1	1
	7.0%	3.1%	0.8%	0.8%
Totale	128	128	127	127
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Un aspetto più critico è, invece, rappresentato dal coinvolgimento degli studenti negli aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola (Tabella 3.3). Gli studenti vengono informati sulle decisioni (99.2%: 94.5% spesso/quasi sempre e 4.7% qualche volta), hanno voce in capitolo nelle decisioni (97.7%: 82.3% spesso/quasi sempre e 15.4% qualche volta), le loro opinioni vengono considerate (97.0%: 80.8% spesso/quasi sempre e 16.2% qualche volta) e in termini generali i dirigenti affermano che gli studenti vengono coinvolti nello sviluppo delle politiche e delle regole scolastiche (96.9%: 81.4% spesso/quasi sempre e 15.5% qualche volta). Tuttavia, quando vengono indagati aspetti più specifici le percentuali diminuiscono: gli studenti vengono coinvolti nello sviluppo delle misure di promozione della salute nell'84.1% delle scuole (57.1% spesso/quasi sempre e nel 27% qualche volta); per la pianificazione di eventi scolastici nell'82.9% delle scuole (57.1% spesso/quasi sempre e 25.8% qualche volta); nell'insegnamento in classe nel 78.3% delle scuole (48.1% spesso/quasi sempre e 30.2% qualche volta) e nell'organizzazione del contesto fisico nel 76.0% dei casi (39.2% spesso/quasi sempre e 36.8% qualche volta).

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

	Sviluppo politiche o regole scolastiche	Organizzazione 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
quasi sempre	40	14	16	23	13	83	46	50
	31.0%	11.2%	12.7%	18.0%	10.1%	64.8%	35.4%	38.5%
spesso	65	35	56	50	49	38	59	57
	50.4%	28.0%	44.4%	39.1%	38.0%	29.7%	45.4%	43.8%
qualche volta	20	46	34	33	39	6	21	20
	15.5%	36.8%	27.0%	25.8%	30.2%	4.7%	16.2%	15.4%
raramente	3	24	19	18	22	1	4	2
	2.3%	19.2%	15.1%	14.1%	17.1%	0.8%	3.1%	1.5%
Mai	1	6	1	4	6	0	0	1
	0.8%	4.8%	0.8%	3.1%	4.7%	0.0%	0.0%	0.8%
Totale	129	125	126	128	129	128	130	130
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

All'interno delle scuole non sembrano essere particolarmente diffuse neanche modalità organizzative per raccogliere preoccupazioni o lamentele da parte degli studenti e rivolte al dirigente (Tabella 3.5). Nel 91.4% delle scuole eventuali lamentele sono raccolte durante gli orari di ufficio mentre i tradizionali strumenti per lasciare suggerimenti, proposte o commenti off-line o on-line vengono utilizzati rispettivamente nel 25.6% e nel 13.9% dei casi. L'unico strumento più diffuso è l'indagine sugli studenti (57.5%) ma non è chiaro a che tipo di indagine facciano riferimento i dirigenti.

Sarebbe interessante approfondire le diverse modalità di coinvolgimento delle scuole superiori di I e II grado, considerando anche il fatto che i regolamenti e i vincoli di rappresentanza studentesca sono diverse nei due gradi di scuola.

Infine, il questionario rivolto ai dirigenti indagava le caratteristiche del quartiere all'interno del quale è inserita la scuola. Innanzitutto, è stato chiesto di indicare eventuali problemi dell'area in cui è situata la scuola (Tabella 3.4). Il problema più sentito è il traffico eccessivo: il 16.5% lo considera un problema rilevante e il 24.4% un problema moderato. Altro aspetto critico è lo spaccio, il consumo di droghe o l'abuso di alcol: nel 7.8% delle scuole il problema è rilevante e nel 34.4% moderato. Infine, la criminalità viene valutata come problema rilevante dal 4.8% dei dirigenti e moderato dal 21.4%. Gli altri problemi vengono indicati da percentuali nettamente più basse di dirigenti.

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

	Tensioni etniche	Immondizie, rifiuti, vetri rotti	Spaccio, consumo di droghe o abuso alcol	Violenze, vandalismo o di gang	Traffico eccessivo	Abitazioni ed edifici dismessi o abbandonati	Criminalità
problema rilevante	2 1.6%	5 3.9%	10 7.8%	2 1.6%	21 16.5%	3 2.4%	6 4.8%
problema moderato	12 9.7%	10 7.9%	44 34.4%	16 12.8%	31 24.4%	6 4.7%	27 21.4%
problema lieve	31 25.0%	39 30.7%	46 35.9%	46 36.8%	39 30.7%	39 30.7%	53 42.1%
problema non presente	78 62.9%	73 57.5%	19 14.8%	58 46.4%	35 27.6%	73 57.5%	30 23.8%
non so	1 0.8%	0 0.0%	9 7.0%	3 2.4%	1 0.8%	6 4.7%	10 7.9%
Totale	124 100.0%	127 100.0%	128 100.0%	125 100.0%	127 100.0%	127 100.0%	126 100.0%

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

	Cassetta suggerimenti, proposte	Homepage, forum, blog	Ore ufficio	Indagini su studenti
sì	31 25.6%	16 13.9%	117 91.4%	69 57.5%
no	90 74.4%	99 86.1%	11 8.6%	51 42.5%
Totale	121 100.0%	115 100.0%	128 100.0%	120 100.0%

Per quanto riguarda, invece, le risorse presenti nel territorio (Tabella 3.6) i quartieri vengono valutati positivamente relativamente alla pulizia (86.4%) e ai trasporti pubblici (80.5). Più criticità emergono, invece, rispetto all'offerta di luoghi e momenti di aggregazione per i cittadini: il 75.0% considera i luoghi per attività sportive adeguati o molto adeguati mentre i luoghi d'incontri per i cittadini e per i giovani sono soddisfacenti rispettivamente per il 64.1% e il 52.4% dei dirigenti.

L'offerta culturale dei quartieri è stata ulteriormente approfondita (Tabella 3.7). Il 69.0% delle scuole afferma che nel quartiere sono presenti molte associazioni che svolgono attività nel sociale e il 55.1% sostiene che le attrezzature del quartiere sono adeguate per ospitare iniziative culturali. Tuttavia, in meno della metà dei casi i quartieri offrono realmente iniziative culturali: il 45.3% dei dirigenti sostiene che il quartiere della scuola è spesso animato da iniziative culturali, il 43.3% di attività di svago per bambini, il 41.8% da manifestazioni quali mostre o spettacoli e il

40.9% di punti di ritrovo per i giovani in cui passare il loro tempo libero. Le percentuali si riducono ulteriormente se si prendono in considerazione le iniziative serali (24.7%).

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
per nulla adeguato	10 7.8%	17 13.5%	7 5.5%	2 1.6%	4 3.9%
poco adeguato	36 28.1%	43 34.1%	25 19.5%	23 18.0%	10 9.7%
adeguato	81 63.3%	61 48.4%	80 62.5%	88 68.8%	87 84.5%
molto adeguato	1 0.8%	5 4.0%	16 12.5%	15 11.7%	2 1.9%
Totale	128 100.0%	126 100.0%	128 100.0%	128 100.0%	103 100.0%

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

	Molte attrattive serali	Molte manifestazioni culturali	Poche iniziative culturali	Nessuna attrezzatura per iniziative culturali	Scarse attività svago per bambini	Mancanza punti ritrovo giovani	Molte associazioni che operano nel sociale
completamente in disaccordo	24 19.0%	10 7.8%	2 1.6%	5 3.9%	5 3.9%	6 4.7%	3 2.3%
in disaccordo	33 26.2%	17 13.2%	30 23.4%	44 34.1%	27 21.3%	24 18.9%	10 7.8%
abbastanza in disaccordo	21 16.7%	30 23.3%	26 20.3%	22 17.1%	23 18.1%	22 17.3%	8 6.2%
né in accordo né in disaccordo	17 13.5%	18 14.0%	15 11.7%	19 14.7%	19 15.0%	19 15.0%	19 14.7%
abbastanza d'accordo	18 14.3%	44 34.1%	31 24.2%	24 18.6%	29 22.8%	26 20.5%	48 37.2%
d'accordo	7 5.6%	7 5.4%	19 14.8%	9 7.0%	16 12.6%	23 18.1%	36 27.9%
completamente d'accordo	6 4.8%	3 2.3%	5 3.9%	6 4.7%	8 6.3%	7 5.5%	5 3.9%
Totale	126 100.0%	129 100.0%	128 100.0%	129 100.0%	127 100.0%	127 100.0%	129 100.0%

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

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

Nelle tabelle 3.10, 3.11 e 3.12 sono riportati i dati relativi al grado di accordo rispetto a ciascuna affermazione. Le risposte alle tre domande sono piuttosto differenziate: il 73.2% degli studenti sente che gli insegnanti li accettano per quello che sono, il 56.5% dimostra fiducia nei loro docenti e il 58.8% sostiene di essere trattato in modo giusto. Sembra, quindi, che la maggior parte degli studenti percepisca un atteggiamento di non giudizio sulla loro persona da parte degli insegnanti ma, allo stesso tempo, che molti facciano fatica a fidarsi dei propri docenti. È da sottolineare, inoltre, che una quota consistente di studenti ha indicato la risposta intermedia "Né d'accordo né in disaccordo" (27.9% "ci trattano in modo giusto", 29.5% "ho fiducia nei miei insegnanti" e 18.7% "mi accettano per quello che sono"). Questo dato riflette probabilmente una forte diversità nella relazione con i singoli insegnanti. Sembra quindi che il rapporto insegnanti-studenti sia meno legato al clima della scuola o della classe ma alle caratteristiche del singolo docente. Questo, inoltre, fa sì che le risposte negative siano indicate solo da una percentuale bassa dei pre-adolescenti: il 13.3% non è d'accordo con l'affermazione "i nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", il 14.1% con "ho fiducia nei miei insegnanti" e il 6% con "mi accettano per quello che sono".

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	35.1%	18.7%	5.4%	21.0%
	414	199	49	662
D'accordo	39.3%	39.3%	34.1%	37.8%
	464	419	307	1190
Né d'accordo né in disaccordo	18.4%	29.4%	38.5%	27.9%
	217	313	347	877
Non sono d'accordo	4.4%	8.8%	15.3%	9.0%
	52	94	138	284
Per niente d'accordo	2.9%	3.8%	6.7%	4.3%
	34	41	60	135
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1181	1066	901	3148

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	33.4%	16.1%	6.8%	20.0%
	395	172	61	628
D'accordo	38.7%	40.6%	28.8%	36.5%
	457	433	259	1149
Né d'accordo né in disaccordo	19.5%	29.7%	42.3%	29.5%
	230	317	380	927
Non sono d'accordo	5.2%	9.0%	15.9%	9.6%
	62	96	143	301
Per niente d'accordo	3.1%	4.6%	6.2%	4.5%
	37	49	56	142
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1181	1067	899	3147

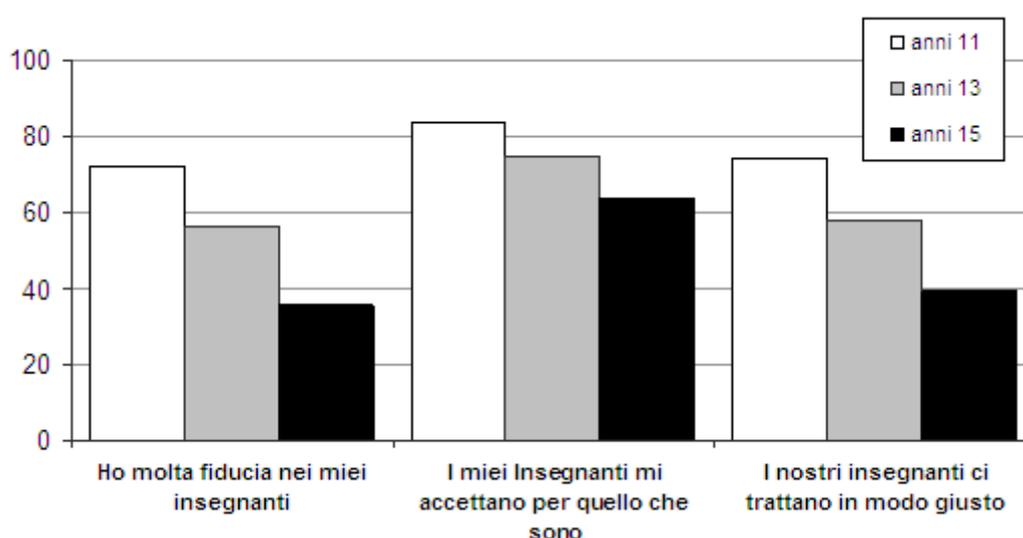
Come è possibile vedere nella figura 3.1, le risposte degli studenti cambiano in modo significativo al crescere dell'età mostrando un peggioramento del rapporto insegnanti-studenti nel tempo. In particolare, viene meno l'elemento di fiducia. Inoltre, aumenta in modo consistente la percentuale di studenti che sceglie la risposta intermedia. Un aspetto interessante riguarda il fatto che il peggioramento delle risposte è riscontrabile anche tra gli 11 e i 13 anni, seppur la scuola e gli insegnanti siano i medesimi. Questo calo riflette sicuramente un cambiamento evolutivo tipico dei pre-adolescenti caratterizzato dall'allontanamento dagli adulti di riferimento. Tuttavia, allo stesso tempo, rispecchia una difficoltà da parte degli insegnanti di creare un rapporto di fiducia con i propri allievi durante il loro processo di crescita. Inoltre, anche in questo caso l'adattamento alla crescita degli studenti da parte degli insegnanti

sembra dipendere più dalle capacità relazionali del singolo docente che non da una strategia educativa della scuola. Nelle scuole secondarie di II grado i dati sono ancora più critici in quanto meno della metà degli studenti fornisce risposte positive: il 39.5% dei 15enni afferma che gli insegnanti li trattano in modo giusto, il 35.6% ha fiducia nei loro insegnanti mentre il 64.1% sente di essere trattato in modo giusto; le risposte intermedie vengono indicate rispettivamente dal 38.5%, dal 42.3% e dal 25.6% dei 15enni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	43.3%	31.4%	17.6%	32.0%
	513	336	158	1007
D'accordo	40.5%	43.3%	46.5%	43.2%
	479	463	418	1360
Né d'accordo né in disaccordo	12.4%	19.9%	25.6%	18.7%
	147	213	230	590
Non sono d'accordo	2.0%	4.1%	7.1%	4.2%
	24	44	64	132
Per niente d'accordo	1.8%	1.2%	3.1%	2.0%
	21	13	28	62
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1184	1069	898	3151

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, per età



3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

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

I dati mostrano come circa tre quarti degli studenti ha buone relazioni con i propri compagni di classe: il 60.7% sostiene che i compagni sono gentili e disponibili e il 70.3% si sente accettato dai propri compagni. A questi bisogna aggiungere le risposte intermedie che, come per gli insegnanti, riflettono probabilmente relazioni diverse con differenti compagni di classe: le percentuali sono rispettivamente pari a 25.8% e 19.2%.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	27.1%	14.9%	12.3%	18.7%
	321	159	111	591
D'accordo	41.3%	41.3%	43.7%	42.0%
	489	442	395	1326
Né d'accordo né in disaccordo	21.3%	29.8%	26.9%	25.8%
	252	319	243	814
Non sono d'accordo	7.3%	10.4%	12.5%	9.8%
	87	111	113	311
Per niente d'accordo	3.0%	3.6%	4.5%	3.7%
	36	39	41	116
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1185	1070	903	3158

Nelle figure 3.2 e 3.3 è possibile vedere la percentuale degli studenti che forniscono risposte positive differenziati per età e per genere. Da questo confronto è evidente come le risposte dei

maschi non cambino in maniera marcata nelle tre fasce di età. Le femmine, invece, tendono a giudicare più negativamente i rapporti con i propri compagni man mano che crescono. Questo fa sì che mentre a 11 anni le differenze di genere siano esigue, a 13 e 15 anni si fanno più marcate. Sarebbe interessante approfondire questo aspetto confrontando la tipologia di amicizie di maschi e femmine. Nelle precedenti edizioni di HBSC era, infatti, emerso che le ragazze crescendo tendevano a ridurre il numero di amicizie ma a intensificarle da un punto di vista della qualità (ORed, 2013). Infine, anche in questo caso, i cambiamenti sono evidenti già tra gli 11 e i 13 anni, sebbene la scuola e i compagni siano gli stessi.

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

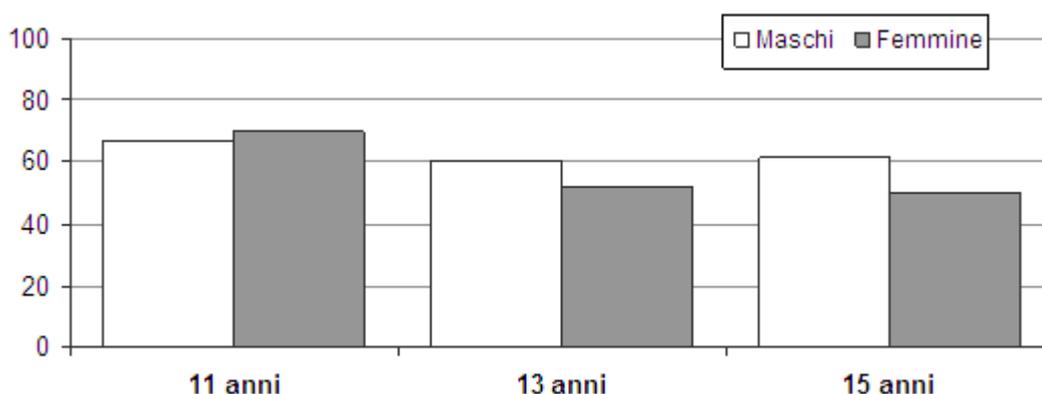


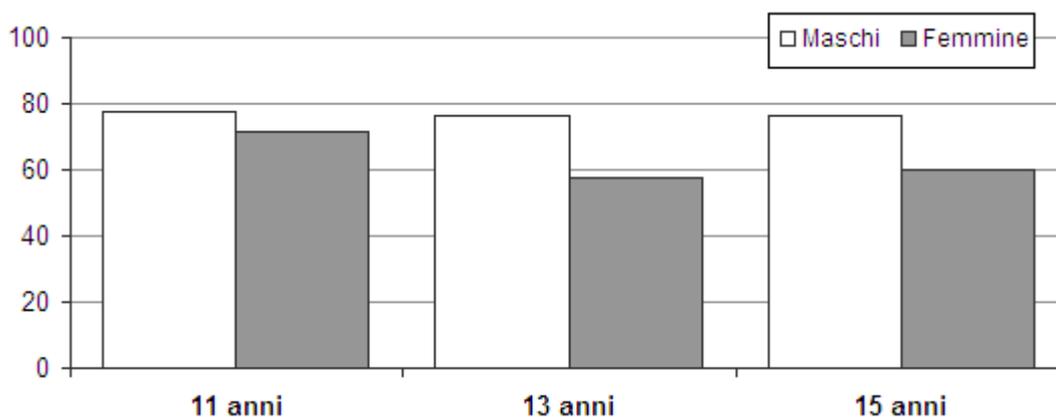
Tabella 3.14: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	37.7%	24.1%	22.4%	28.7%
	446	258	202	906
D'accordo	36.8%	43.1%	46.0%	41.6%
	436	461	415	1312
Né d'accordo né in disaccordo	15.8%	21.1%	21.4%	19.2%
	187	226	193	606
Non sono d'accordo	5.6%	7.2%	6.4%	6.4%
	66	77	58	201
Per niente d'accordo	4.1%	4.5%	3.9%	4.2%
	49	48	35	132
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1184	1070	903	3157

In questo studio, relativamente al rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola, è stato approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana". È stato

inoltre chiesto ai ragazzi se hanno mai subito atti di cyberbullismo o attraverso chat, computer, sms o bacheca (Figura 3.4.1) o con la pubblicazione online di foto (Figura 3.4.2)

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



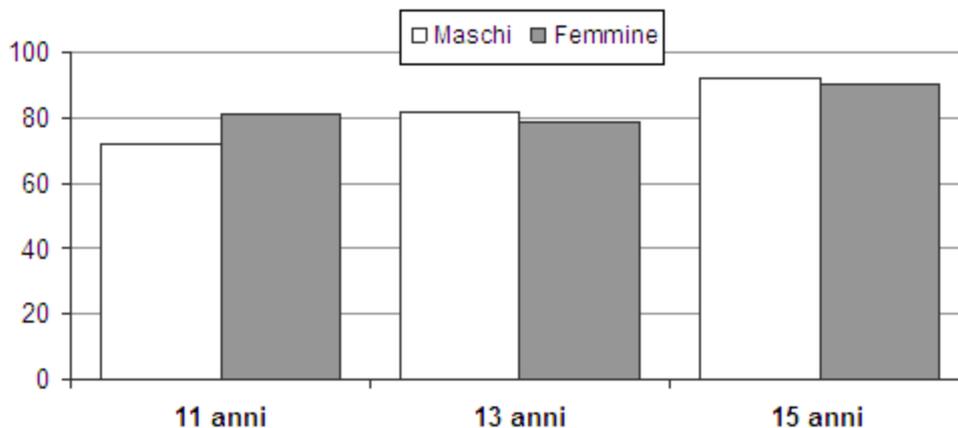
Complessivamente, il 18.1% degli studenti dichiara di aver subito atti di bullismo a scuola negli ultimi due mesi (Tabella 3.15). In particolare, il 12.2% afferma di averli subiti 1-2 volte mentre il 5.9% di subire atti di questo tipo con una frequenza consistente. Il fenomeno sembra caratterizzare maggiormente le scuole secondarie di I grado e gli studenti più coinvolti sono gli 11enni: dichiarano di aver subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi il 23.6% degli 11enni, il 19.7% dei 13enni e il 9.0% dei 15enni. Un dato interessante riguarda le differenze di genere (Figura 3.4): a 11 anni subiscono più atti di bullismo i maschi (28% maschi e 18.9% femmine) mentre a 13 (18.1% maschi e 21.5% femmine) e 15 anni (8.1% maschi e 9.9% femmine) la differenza si annulla.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
non sono stato oggetto di bullismo nell'ultimo paio di mesi	76.4%	80.3%	91.0%	81.9%
una volta o due	15.3%	13.7%	6.2%	12.2%
due o tre volte al mese	3.6%	2.4%	1.4%	2.6%
circa una volta alla settimana	1.5%	1.7%	0.6%	1.3%
più volte alla settimana	3.1%	1.9%	0.8%	2.0%
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	888	853	819	2560
	178	146	56	380
	42	25	13	80
	18	18	5	41
	36	20	7	63
	1162	1062	900	3124

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.

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



Una forma di bullismo che ha focalizzato molto le attenzioni in questi ultimi anni è il così detto cyberbullismo che include le molestie messe in atto tramite computer, e-mail, cellulare o social network (Figura 3.4.1 e Figura 3.4.2). L’8.2% degli studenti afferma di aver subito atti di bullismo attraverso chat, computer, sms o bacheca a scuola mentre il 4.8% attraverso immagini pubblicate online. In questo caso, sembrano più coinvolte le femmine rispetto ai maschi e, in particolar modo, la fascia di età dell’ultimo anno delle scuole secondarie di I grado: a 13 anni il 14.3% delle ragazze afferma di aver ricevuto messaggi cattivi in chat, e-mail, sms, in bacheca o in altri siti internet e il 5.1% riferisce che qualcuno ha pubblicato online sue foto imbarazzanti senza permesso.

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

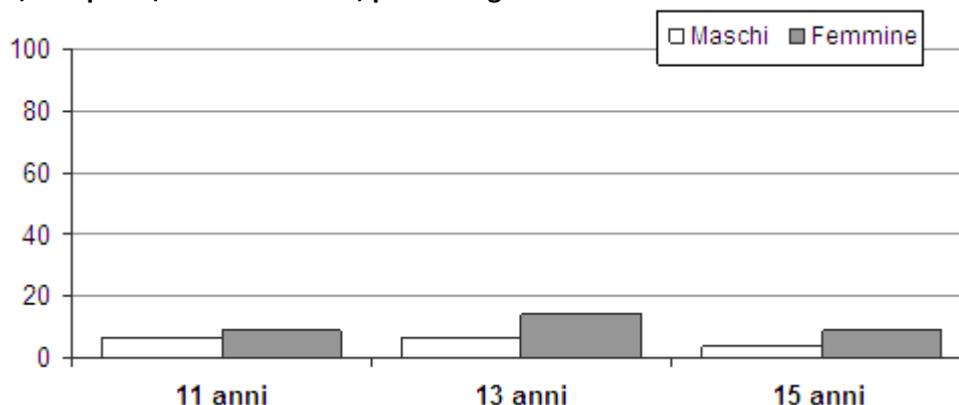
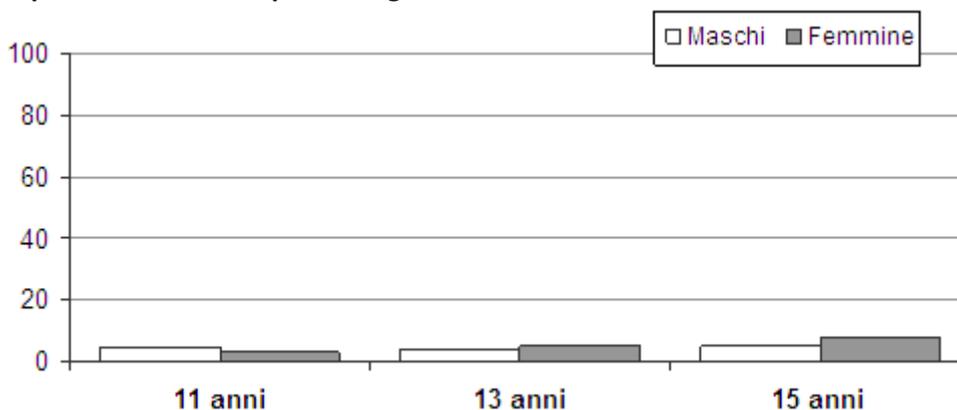


Figura 3.4.2 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso foto pubblicate online”, per età e genere



L'ultimo aspetto riguardante violenza e aggressività riguarda gli episodi in cui gli studenti si sono azzuffati o picchiati con qualcuno (Tabelle 3.16). In questo caso le percentuali sono più elevate in quanto il 32.1% degli studenti afferma di averlo fatto almeno una volta negli ultimi 12 mesi. In particolare, il 16.8% dice di averlo fatto una volta, il 7.2% due volte e l'8.0% tre o più volte. Anche in questo caso emergono differenze nelle tre fasce di età: a 11 anni il 36.6% degli studenti è stato coinvolto in episodi di violenza, a 13 anni il 34.4% e a 15 anni il 23.5%. Tuttavia, questa domanda è da interpretare con cautela in quanto spesso per gli studenti non è chiaro se sono da considerarsi anche le azzuffate per gioco, ad esempio con i propri fratelli o col proprio padre.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	63.4%	65.6%	76.5%	67.9%
	738	699	692	2129
una volta	18.7%	17.7%	13.0%	16.8%
	218	189	118	525
due volte	8.1%	8.3%	5.0%	7.2%
	94	88	45	227
tre volte	2.7%	3.3%	2.1%	2.7%
	32	35	19	86
quattro volte o più	7.0%	5.1%	3.4%	5.3%
	82	54	31	167
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1164	1065	905	3134

3.5 Rapporto con la scuola

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

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

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

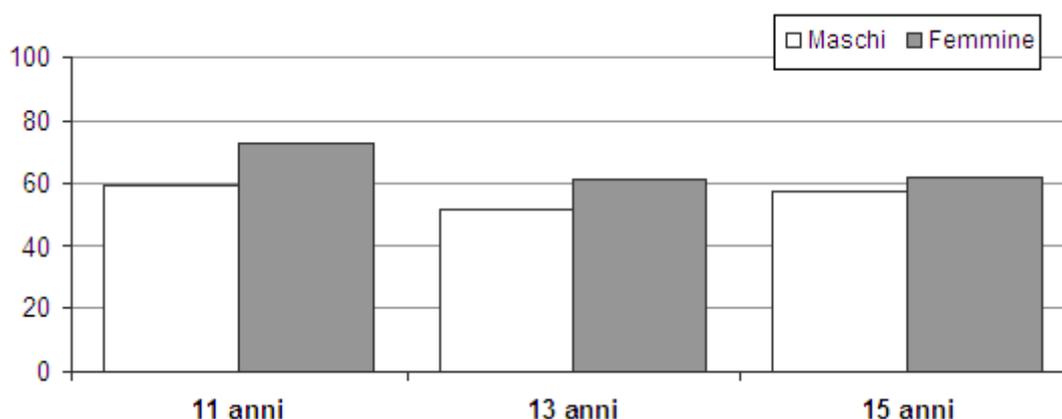
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	16.6%	5.7%	7.4%	10.3%
	197	61	67	325
Mi piace abbastanza	48.9%	50.2%	52.3%	50.3%
	580	539	471	1590
Non mi piace tanto	24.3%	30.9%	29.0%	27.9%
	288	332	261	881
Non mi piace per niente	10.1%	13.1%	11.2%	11.5%
	120	141	101	362
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1185	1073	900	3158

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età. Complessivamente al 60.6% degli studenti la scuola piace molto o abbastanza. Anche in questo caso si conferma quanto visto nelle precedenti domande sul rapporto tra studenti e scuola per

cui il cambiamento di percezioni avviene tra 11 e 15 anni: la scuola piace al 65.5% degli 11enni, al 55.9% dei 13enni e al 59.7% dei 15enni. Inoltre, a 13 e 15 anni diminuisce di molto la percentuale degli studenti che afferma “mi piace molto” la scuola.

Un altro dato interessante è dato dal confronto per genere (Figura 3.5). Mentre a 11 e 13 anni la scuola piace più frequentemente alle femmine rispetto che ai maschi, a 15 anni questa differenza diventa molto piccola.

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



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.
- OReD (a cura di). (2013). *Generazione 20.10: comportamenti di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi. Indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Lombardia 2009-2010: stili di vita e salute degli studenti di 11, 13 e 15 anni*. Rapporto finale. Éupolis Lombardia: Milano
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33: 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49:366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8:1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Milano, Unicopli.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36: 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39:177-190.
- Wentzel K.R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K.R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.

- White K.J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours:relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

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

Le attività sedentarie sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute umana 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.

4.2 Attività fisica

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

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

Come suggeriscono alcuni studi (Janssen,2009; WHO,2011), l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti 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). E' infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare, si manifestano non solo nello sviluppo organico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia (EU Working Group,2008)

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

Complessivamente, il 95.1% degli studenti ha fatto attività fisica per almeno 60 minuti al giorno (Tabella 4.1). È importante sottolineare che nel questionario veniva data come indicazione di sommare tutto il tempo che lo studente impiegava per fare attività fisica considerando qualsiasi attività che fa aumentare il battito cardiaco e che può lasciare senza fiato. Questo significa che in questi 60 minuti sono incluse non solo l'attività sportiva ma anche le ore di educazione fisica a scuola, il gioco con amici o eventuali spostamenti a piedi/bicicletta/ecc.. La percentuale degli studenti attivi diminuisce al crescere dell'età: a 11 anni ha svolto attività fisica per almeno 60 minuti al giorno il 97.5%, a 13 anni il 94.8% e a 15 anni il 92.2%.

Nella Figura 4.1 è possibile confrontare le risposte date dagli studenti di 11, 13 e 15 anni. La maggior parte degli studenti svolge almeno 60 minuti di attività fisica tra le 2 e le 4 volte alla settimana. Tuttavia, la percentuale dei 15enni attivi quattro giorni risulta minore rispetto alle altre due fasce di età; una percentuale maggiore di 11enni è, invece, attivo tutti i giorni della settimana.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0 giorni	2.5%	5.2%	7.8%	4.9%
	29	55	70	154
1 giorno	5.2%	10.2%	11.2%	8.6%
	61	109	101	271
2 giorni	18.2%	18.4%	16.9%	17.9%
	213	196	152	561
3 giorni	19.4%	18.3%	20.1%	19.2%
	228	195	181	604
4 giorni	19.7%	18.2%	14.2%	17.6%
	231	194	128	553
5 giorni	12.7%	13.1%	12.7%	12.8%
	149	140	114	403
6 giorni	7.8%	6.9%	7.3%	7.4%
	92	74	66	232
7 giorni	14.5%	9.7%	9.7%	11.5%
	170	104	87	361
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1173	1067	899	3139

Per quanto riguarda il confronto di genere, una percentuale maggiore di ragazze indica di non aver mai fatto attività fisica per almeno 60 minuti al giorno: sono attivi il 96.4% dei ragazzi e il 93.7% delle ragazze. Inoltre, è evidente nella Figura 4.2 come le ragazze tendano a svolgere attività fisica meno frequentemente rispetto ai propri coetanei. Questa differenza di genere si fa sempre più marcata al crescere dell'età: a 11 anni sono attivi in modo analogo il 97.5% dei maschi e delle femmine, a 13 anni il 96.4% dei maschi e il 93.1% delle femmine e a 15 anni il 95.0% dei maschi e l'89.3% delle femmine.

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

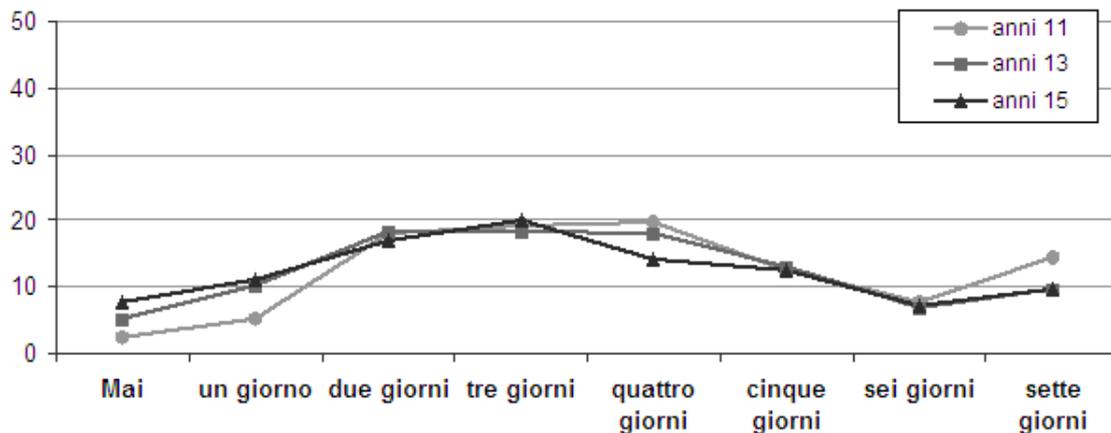
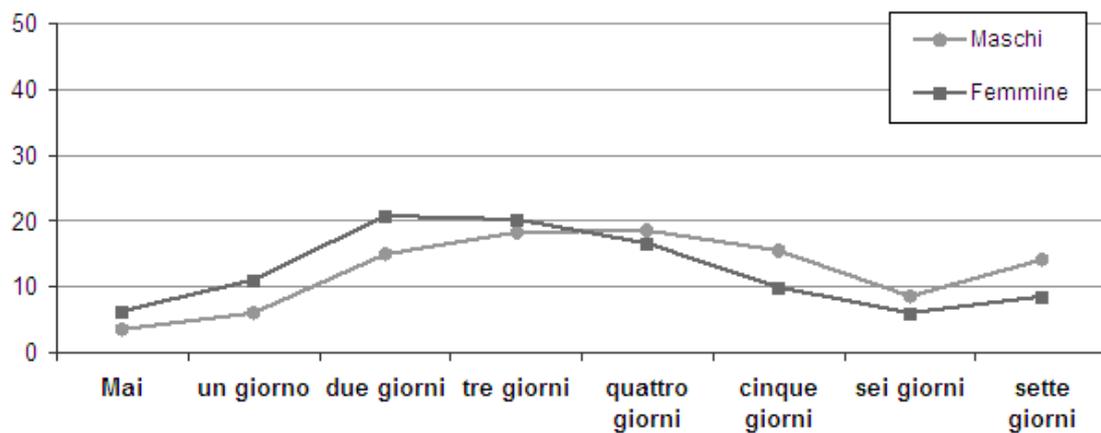


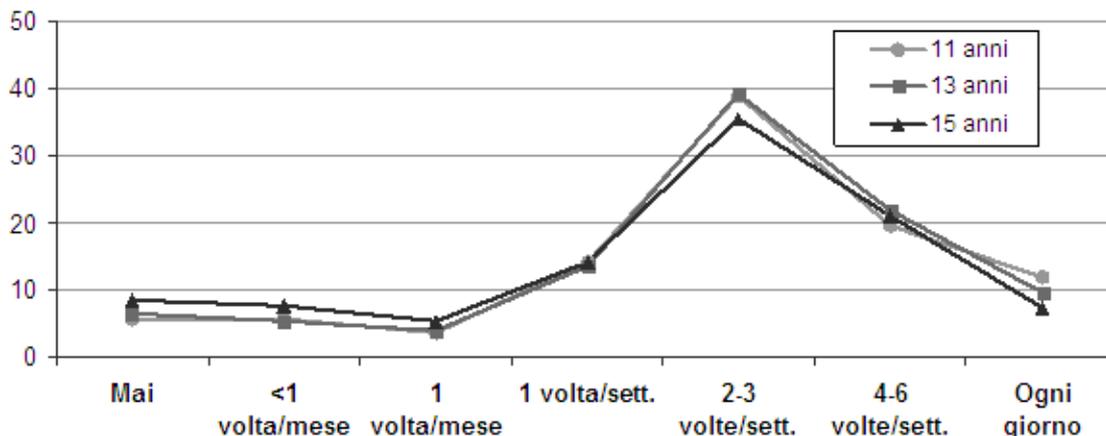
Figura 4.2 – Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata. Complessivamente il 93.2% degli studenti afferma di fare esercizio fisico intenso al di fuori dell'orario scolastico; l'82.7% di farlo almeno una volta alla settimana. Anche in questo caso emergono delle differenze per età (Figura 4.3): a 11 anni svolge attività fisica al di fuori dell'orario scolastico il 94.4% degli studenti, a 13 anni il 93.4% e a 15 anni il 91.4%. Se si considera soltanto gli studenti che svolgono esercizio almeno una volta alla settimana le percentuali sono rispettivamente pari a 84.9%, 84.1% e 78.1%. In tutte e tre le fasce

di età considerate la maggior parte degli studenti svolge esercizio fisico intenso 2-3 volte alla settimana.

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



4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

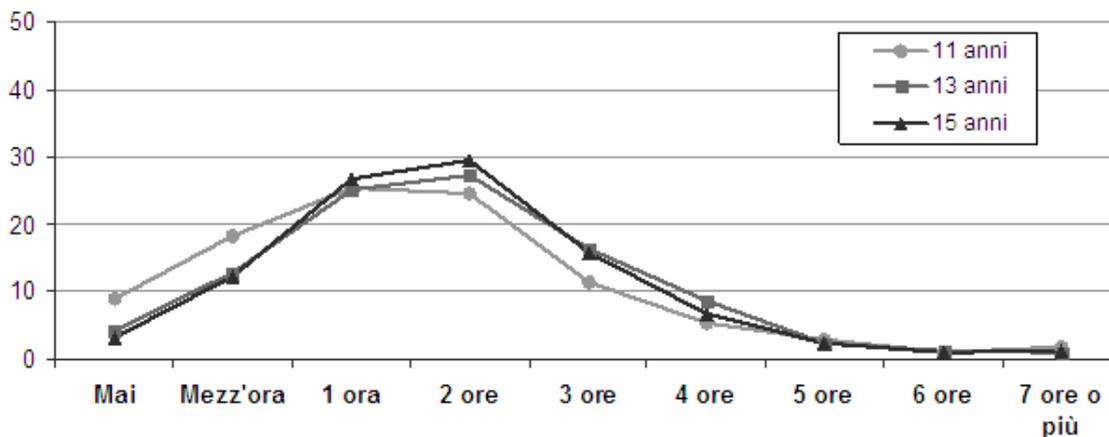
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione

Le linee guida internazionali (Committee on Public Education, 2001; UK Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet). Come è possibile vedere nella tabella 4.2, il 26.8% degli studenti supera questa indicazione. In particolare, la percentuale è pari a 22.8% per gli 11enni, a 30.3% per i 13enni e a 27.7% per i 15enni. La figura 4.4 mostra le risposte degli studenti nelle tre fasce di età. Sarebbero necessari ulteriori approfondimenti per capire questa discrepanza e i fattori influenti (ad es. minor controllo da parte dei genitori, minore disponibilità di attività nelle zone di residenza, maggior richiesta di studio da parte della scuola, ecc.). Per quanto riguarda le differenze di genere, il 28.0% dei maschi e il 25.4% delle femmine dichiara di passare più di 2 ore al giorno davanti alla televisione.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	9.0%	4.4%	3.4%	5.8%
	105	47	31	183
Mezz'ora	18.3%	12.8%	12.3%	14.7%
	215	136	111	462
1 ora	25.5%	25.1%	26.9%	25.8%
	299	266	243	808
2 ore	24.5%	27.3%	29.6%	26.9%
	287	289	267	843
3 ore	11.4%	16.4%	15.9%	14.4%
	134	174	143	451
4 ore	5.4%	8.7%	6.8%	6.9%
	63	92	61	216
5 ore	3.0%	2.5%	2.5%	2.7%
	35	27	23	85
6 ore	1.2%	1.5%	1.1%	1.3%
	14	16	10	40
7 ore o più	1.8%	1.2%	1.4%	1.5%
	21	13	13	47
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1173	1060	902	3135

Figura 4.4 – Frequenza percentuale del tempo trascorso a guardare la TV, dei VIDEO (incluso YouTube o simili), DVD o altre forme di intrattenimento su schermo, per età



Come è noto da tempo, la televisione non è l'unico media a cui i pre-adolescenti e adolescenti accedono frequentemente. Molto tempo è, infatti, dedicato ai videogiochi utilizzabili tramite computer, console, tablet, smartphone o altri dispositivi elettronici. È importante sottolineare come spesso più media vengono utilizzati contemporaneamente; di conseguenza, le frequenze indicate non devono essere sommate ma valutate in modo indipendente l'uno dall'altra. Il 19.7% degli studenti trascorre più di due ore al giorno usando videogiochi (Tabella 4.3). Le percentuali nelle tra fasce di età sono pari a 16.5% per gli 11enni, a 24.0% per i 13enni e 18.9% per i 15enni. Come è possibile vedere nella figura 4.5, i 13enni riportano frequenze d'uso maggiori rispetto ai coetanei mentre a 11 anni una percentuale consistente dichiara di giocare solo mezz'ora al giorno. In questo caso le differenze di genere sono più marcate (Figura 4.6): il 22.7% dei maschi e il 16.5% delle femmine trascorre più di 2 ore al giorno con i videogiochi e la maggior parte delle ragazze giocatrici si intrattiene solo per mezz'ora al giorno.

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

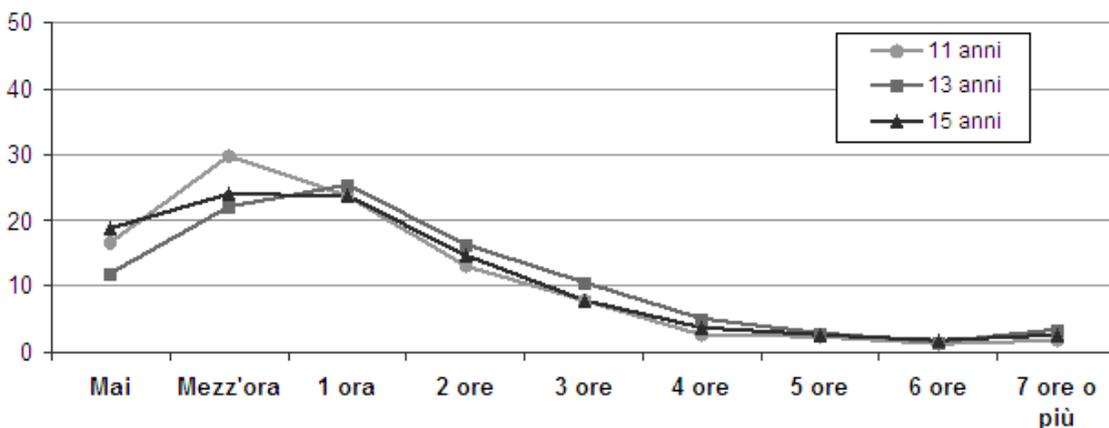
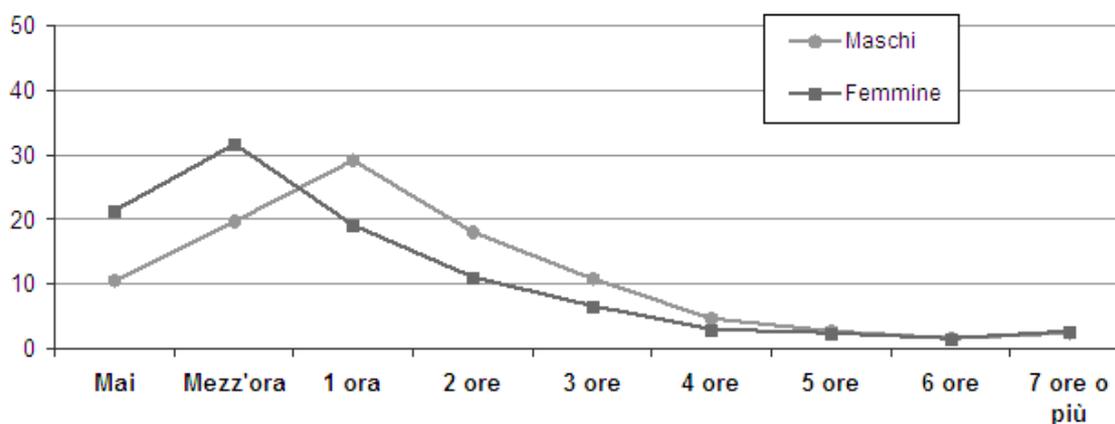


Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer, alla console, sul tablet, sullo smartphone o simili?”

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	16.6%	12.1%	18.8%	15.7%
	194	129	169	492
Mezz'ora	29.8%	22.1%	24.0%	25.5%
	348	235	216	799
1 ora	23.9%	25.3%	23.8%	24.3%
	279	269	214	762
2 ore	13.2%	16.5%	14.7%	14.7%
	154	175	132	461
3 ore	7.9%	10.7%	7.8%	8.8%
	92	114	70	276
4 ore	2.8%	5.1%	3.9%	3.9%
	33	54	35	122
5 ore	2.4%	3.0%	2.6%	2.7%
	28	32	23	83
6 ore	1.4%	1.7%	1.9%	1.6%
	16	18	17	51
7 ore o più	2.0%	3.5%	2.7%	2.7%
	23	37	24	84
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1167	1063	900	3130

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



Infine, un ampio utilizzo dei media riguarda l'accesso a internet. Questo può avvenire tramite diversi dispositivi, quali computer, tablet o smartphone, e con diverse finalità, come ad esempio comunicare con altri, accedere ai social network, fare i compiti o navigare. Complessivamente il 26.8% degli studenti trascorre più di 2 ore al giorno in internet (Tabella 4.4). Le percentuali nelle tre fasce di età sono pari a 13.9% per gli 11enni, a 30.3% per i 13enni e 39.5% per i 15enni (Figura 4.8). L'incremento di uso tra gli 11 e i 13 anni è, quindi, molto

consistente; questo può essere dovuto anche all'accesso a nuovi dispositivi portatili quali smartphone con connessioni internet o tablet, il cui uso forse è ancora limitato per gli 11enni. Ulteriori approfondimenti sono però necessari per confermare questa ipotesi. Tra i 15enni la frequenza d'uso, inoltre, aumenta ulteriormente. Per quanto riguarda le differenze di genere (Figura 4.7) emerge un coinvolgimento lievemente maggiore per i maschi (il 36.8% passa più di 2 ore al giorno su internet) rispetto alle femmine (25.1%).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	23.1%	6.8%	5.1%	12.4%
	270	72	46	388
Mezz'ora	29.7%	19.7%	14.3%	21.9%
	347	208	128	683
1 ora	19.8%	25.1%	24.9%	23.0%
	231	265	223	719
2 ore	13.5%	18.1%	16.2%	15.8%
	157	191	145	493
3 ore	6.2%	11.5%	10.5%	9.2%
	72	122	94	288
4 ore	2.7%	5.8%	8.8%	5.5%
	31	61	79	171
5 ore	1.6%	4.7%	6.8%	4.2%
	19	50	61	130
6 ore	1.2%	2.8%	3.2%	2.3%
	14	30	29	73
7 ore o più	2.2%	5.5%	10.2%	5.6%
	26	58	91	175
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1167	1057	896	3120

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

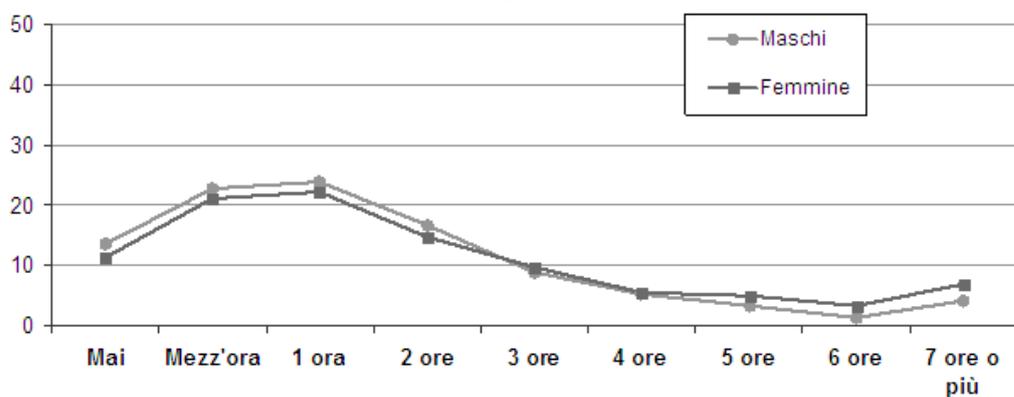
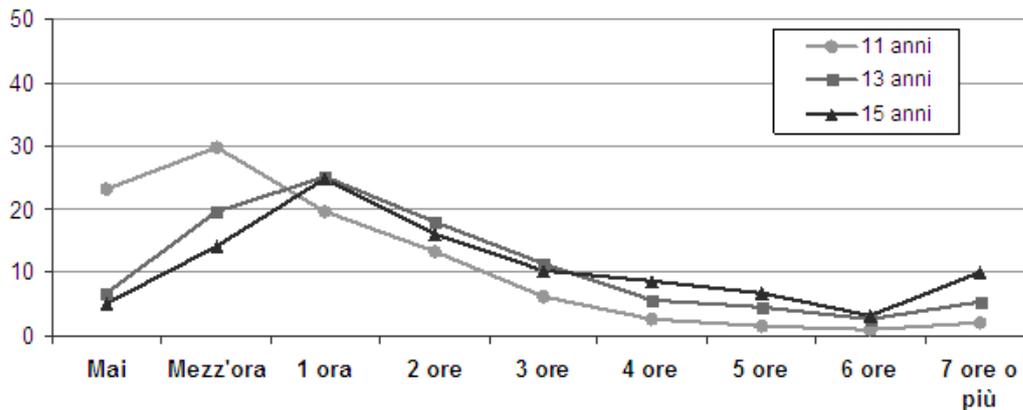


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer o altri dispositivi per consultare internet, chattare o altro, per età



L'utilizzo dei media da parte di pre-adolescenti e adolescenti andrebbe ulteriormente approfondito. Questo tipo di comportamento non può essere interpretato solo come indicatore di sedentarietà ma come fenomeno specifico. I media permettono di accedere a informazioni su numerosi temi, anche di salute, di comunicare con altri e di accedere a nuove forme di marketing e di acquisto. Alcuni dati, infatti, non confermano la correlazione tra uso dei media e sedentarietà (Janssen, 2005; Borraccino, 2009). Anche in Lombardia nella precedente edizione di HBSC, un'analisi dei cluster ha fatto emergere un gruppo di studenti attivo in ogni ambito, sia quello sportivo sia quello mediatico (Vecchio, Velasco e Miglioretti, 2013) mostrando, quindi, una copresenza tra questi due comportamenti.

Anche il rapporto tra i media stessi sta evolvendo nel tempo. I dati appena presentati mostrano, ad esempio, come la televisione e internet abbiano oggi un ruolo paritario nella vita degli adolescenti (in entrambi i casi il 26.8% degli studenti passa più di 2 ore al giorno guardando la televisione e/o in internet) e come i 15enni trascorrono più tempo in internet (39.5% più di 2 ore al giorno) che guardando la televisione (27.7% più di due ore al giorno). Tuttavia, questi dati andrebbero approfonditi per capire la diversa modalità di utilizzo di questi due mezzi.

4.4 Rapporti con i pari

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

L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le comuni forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi. Come si può vedere nella tabella 4.5, le forme di comunicazione più diffuse sono quelle mediate da testi scritti o fotografie. Il 51.3% degli studenti indica, infatti, di comunicare ogni giorno tramite SMS o WhatsApp e il 30.7% tramite altri social network. Il telefono o altre forme online per comunicare

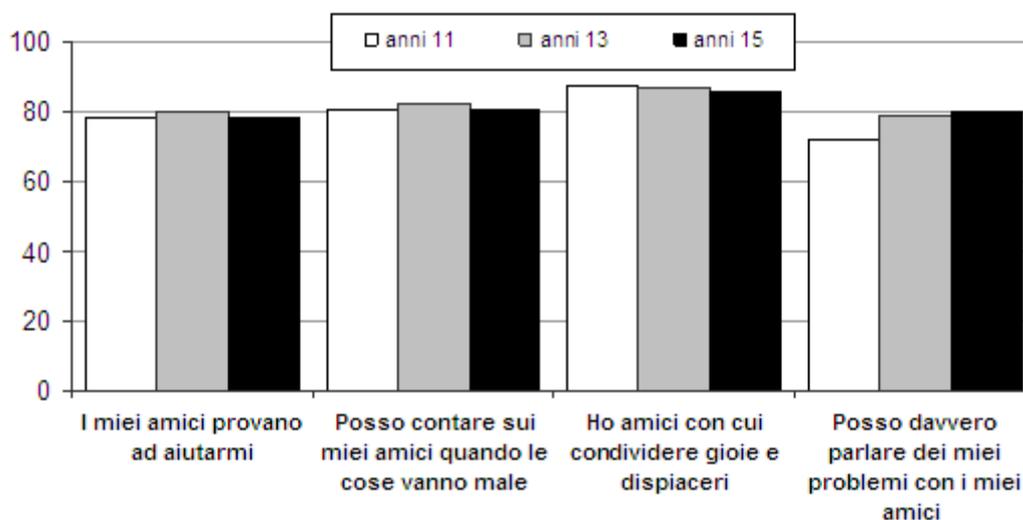
“faccia a faccia” vengono utilizzate quotidianamente solo dall’1.8% degli studenti. Le email, strumento online più usato dagli adulti, viene indicati solo dal 0.7% degli intervistati.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Telefono, FaceTime, Skype	4.1%	1.0%	0.6%	1.8%
SMS, WhatsApp, WeChat	55.9%	48.3%	50.6%	51.3%
Email	1.4%	0.2%	0.5%	0.7%
Chat di Facebook, Gmail, Messenger	10.2%	16.1%	19.9%	15.6%
Altri Social Network	28.5%	34.4%	28.3%	30.7%
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	709	915	794	2418

Un’ulteriore domanda del questionario indagava il supporto percepito da parte degli amici (Figura 4.9). Emerge un quadro piuttosto positivo: il 79.1% afferma che gli amici provano ad aiutarlo, l’81.4% che può contare sugli amici quando ha bisogno, l’86.8% che può condividere gioie e dispiacere con i suoi amici e il 76.7% che può parlare con i propri amici dei suoi problemi. Non emergono particolari differenze nelle tra fasce di età. Soltanto relativamente alla possibilità di parlare dei propri problemi, gli 11enni si sentono leggermente meno supportati rispetto ai propri coetanei.

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



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.

OReD (a cura di). (2013). *Generazione 20.10: comportamenti di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi. Indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Lombardia 2009-2010: stili di vita e salute degli studenti di 11, 13 e 15 anni*. Rapporto finale. Éupolis Lombardia: Milano

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](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213739/dh_128144.pdf)
[/file/213739/dh_128144.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213739/dh_128144.pdf)

Vecchio, L., Velasco, V. e Miglioretti, M. (2013). Dai comportamenti di salute all'individuazione di tipologie di condotte. I dati della ricerca HBSC come supporto per la progettazione di interventi sulla salute. In OReD (a cura di) *Generazione 20.10: comportamenti di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi. Indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Lombardia 2009-2010: stili di vita e salute degli studenti di 11, 13 e 15 anni*. Rapporto finale. Éupolis Lombardia: Milano

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

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

Capitolo 5 : Abitudini alimentari e stato nutrizionale

5.1 Introduzione

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

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

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

Lo studio HBSC rileva alcune abitudini alimentari, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati (quali frutta e verdura) e sconsigliati (quali dolci e bevande zuccherate) (INRAN,2003; NHMRC,2013; NewZeland,2012) assunti durante la giornata. Inoltre per poter valutare lo stato ponderale, lo studio raccoglie dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) (Currie,2001), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) per stabilire la classe di stato nutrizionale dei ragazzi (Cole, 2000 e 2007).

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta 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).

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano. Solo il 64.4% dichiara di fare colazione tutti i giorni della settimana; ben il 21.1% dice di non farla mai. Questa percentuale aumenta nel corso del tempo: a 11 anni non fa mai colazione il 14.8% degli studenti, a 13 anni il 22.9% e a 15 anni il 27.3%.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	14.8%	22.9%	27.3%	21.1%
	174	244	245	663
Un giorno	3.5%	3.4%	2.2%	3.1%
	41	36	20	97
Due giorni	3.3%	4.2%	2.3%	3.3%
	39	45	21	105
Tre giorni	5.4%	3.0%	4.3%	4.3%
	64	32	39	135
Quattro giorni	4.2%	4.4%	2.4%	3.8%
	49	47	22	118
Cinque giorni	68.9%	62.1%	61.4%	64.4%
	812	661	552	2025
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1179	1065	899	3143

Per quanto riguarda gli spuntini tra i pasti, soltanto il 41.6% degli studenti mangia qualcosa sia a metà mattina che a metà pomeriggio; il 12.8% non fa mai uno spuntino. In questo caso le percentuali dei 15enni che fanno uno spuntino sono più alte rispetto ai compagni più piccoli. Tuttavia, bisognerebbe capire la qualità di questi spuntini per capire se si tratta di comportamenti salutari o meno.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
no	13.6%	13.3%	11.2%	12.8%
	160	142	101	403
solo a metà mattina	14.9%	14.6%	11.3%	13.8%
	176	156	102	434
solo a metà pomeriggio	31.3%	32.3%	32.1%	31.9%
	369	345	290	1004
sia a metà mattina che a metà pomeriggio	40.2%	39.9%	45.4%	41.6%
	474	426	410	1310
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1179	1069	903	3151

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

La frutta viene consumata almeno una volta al giorno solo dal 38.1% degli studenti (Tabella 5.3) e la verdura dal 31.5% degli intervistati (Tabella 5.4). Vi è una piccola percentuale di studenti che non mangia mai la frutta e la verdura (4.3% per la frutta e 5.8% per la verdura); inoltre, il 16.3% mangia circa una volta alla settimana la frutta e il 16.6% la verdura.

Per quanto riguarda le differenze tra le tre fasce di età (Figura 5.2 e Figura 5.4), i 15enni sembrano avere un’attenzione maggiore alla propria alimentazione: a 11 anni il 39.4% mangia tutti i giorni frutta e il 28.8% la verdura, a 13 anni le percentuali sono rispettivamente pari a 34.9% e 30.6% e a 15 anni a 40.1% e 36.0%. Sarebbe interessante approfondire le motivazioni alla base di questo. Tra maschi e femmine (Figura 5.3 e Figura 5.5), invece, sono le ragazze a sembrare più attente: tra i maschi il 34.8% mangia tutti i giorni frutta e il 26.1% verdura; tra le femmine il 41.5% la frutta e il 37.1% la verdura.

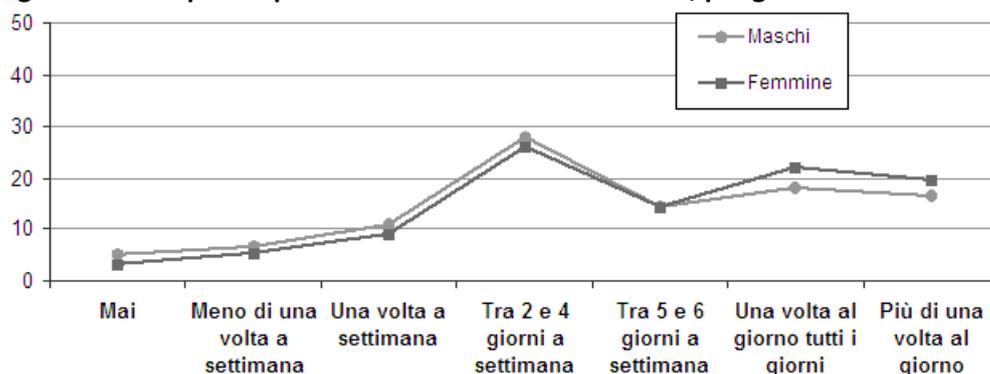
Figura 5.1 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per genere

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3.9%	4.7%	4.3%	4.3%
	47	50	39	136
Meno di una volta a settimana	5.2%	7.2%	6.1%	6.1%
	62	77	55	194
Una volta a settimana	10.6%	11.6%	8.0%	10.2%
	126	124	72	322
2-4 volte a settimana	26.3%	28.2%	26.4%	27.0%
	313	303	239	855
5-6 volte a settimana	14.5%	13.5%	15.1%	14.4%
	173	145	137	455
Una volta al giorno tutti i giorni	20.2%	19.9%	20.2%	20.1%
	240	213	183	636
Più di una volta al giorno	19.2%	15.0%	19.9%	18.0%
	229	161	180	570
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1190	1073	905	3168

Figura 5.2 - “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età

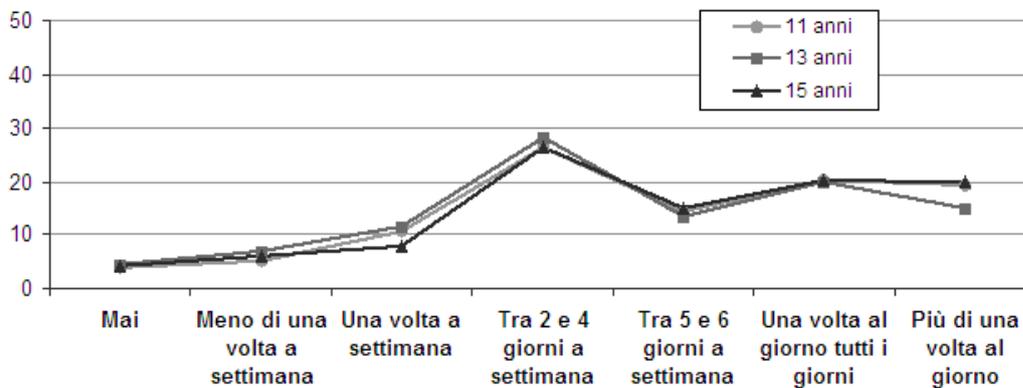


Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	7.3%	5.3%	4.5%	5.8%
	87	57	41	185
Meno di una volta a settimana	6.8%	7.3%	4.9%	6.4%
	81	78	44	203
Una volta a settimana	10.7%	11.6%	8.0%	10.2%
	127	125	72	324
2-4 volte a settimana	27.6%	28.5%	28.6%	28.2%
	328	306	259	893
5-6 volte a settimana	18.8%	16.7%	18.1%	17.9%
	223	179	164	566
Una volta al giorno tutti i giorni	15.5%	17.0%	17.5%	16.6%
	184	182	158	524
Più di una volta al giorno	13.3%	13.6%	18.5%	14.9%
	158	146	167	471
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1188	1073	905	3166

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

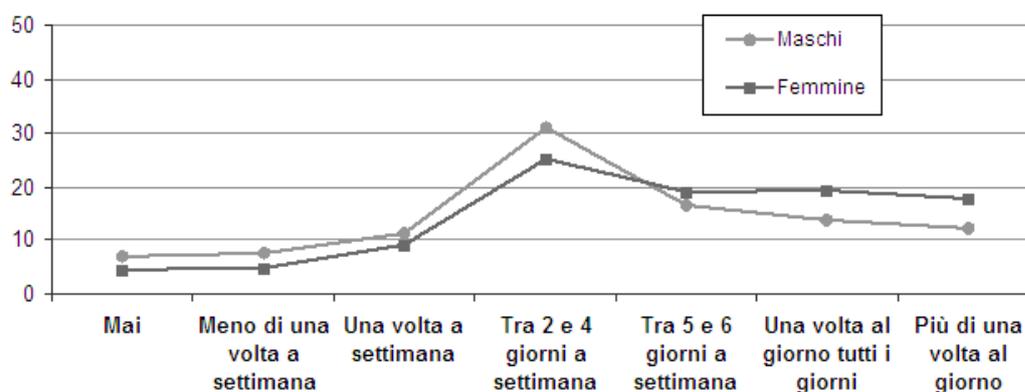
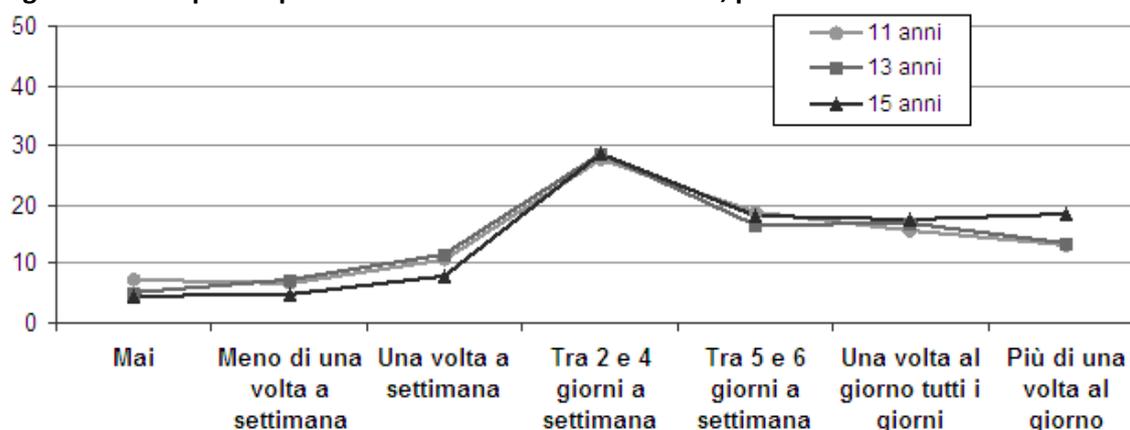


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura, per età



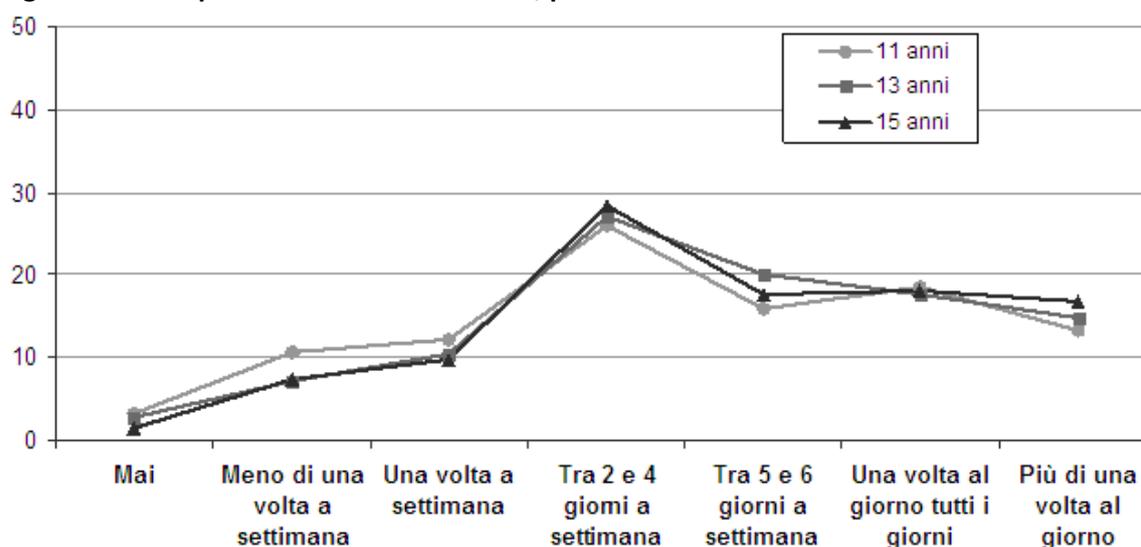
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (Malik,2010; Vartanian,2007). Complessivamente, solo l'11.2% degli studenti dichiara di consumare dolci meno di una volta alla settimana mentre il 33.0% lo fa tutti i giorni (Tabella 5.5). In questo caso gli 11enni dichiarano un consumo più basso di dolci, probabilmente grazie ad un maggior controllo da parte dei genitori della loro alimentazione (Figura 5.5).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3.3%	2.8%	1.5%	2.6%
	39	30	14	83
Meno di una volta a settimana	10.7%	7.3%	7.4%	8.6%
	127	78	67	272
Una volta a settimana	12.3%	10.4%	9.9%	11.0%
	146	111	90	347
2-4 volte a settimana	26.0%	27.1%	28.4%	27.0%
	309	290	257	856
5-6 volte a settimana	15.9%	20.0%	17.7%	17.8%
	189	214	160	563
Una volta al giorno tutti i giorni	18.5%	17.7%	18.1%	18.1%
	220	190	164	574
Più di una volta al giorno	13.4%	14.8%	16.9%	14.9%
	159	159	153	471
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1189	1072	905	3166

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età



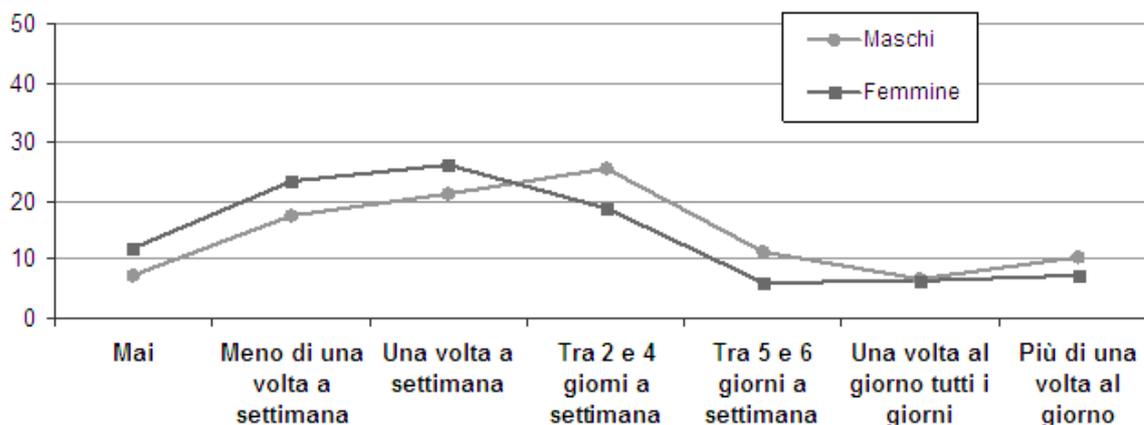
Il consumo di bevande zuccherate (Tabella 5.6) risulta più contenuto: il 29.9% degli studenti le beve meno di una volta alla settimana. Tuttavia, la frequenza d'uso è molto alta: in media le bibite vengono consumate 2 giorni alla settimana e il 15.7% degli intervistate le beve tutti i giorni.

Anche in questo caso le femmine si mostrano più attente rispetto ai loro coetanei (Figura 5.6).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	11.1%	7.9%	9.8%	9.7%
	132	85	89	306
Meno di una volta a settimana	22.1%	19.6%	18.3%	20.2%
	263	210	166	639
Una volta a settimana	25.5%	21.4%	23.6%	23.6%
	303	229	214	746
2-4 volte a settimana	17.4%	24.3%	25.9%	22.2%
	207	260	235	702
5-6 volte a settimana	7.7%	9.7%	9.1%	8.8%
	92	104	82	278
Una volta al giorno tutti i giorni	6.9%	6.5%	6.2%	6.6%
	82	70	56	208
Più di una volta al giorno	9.2%	10.6%	7.1%	9.1%
	109	114	64	287
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1188	1072	906	3166

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



5.5 Stato nutrizionale

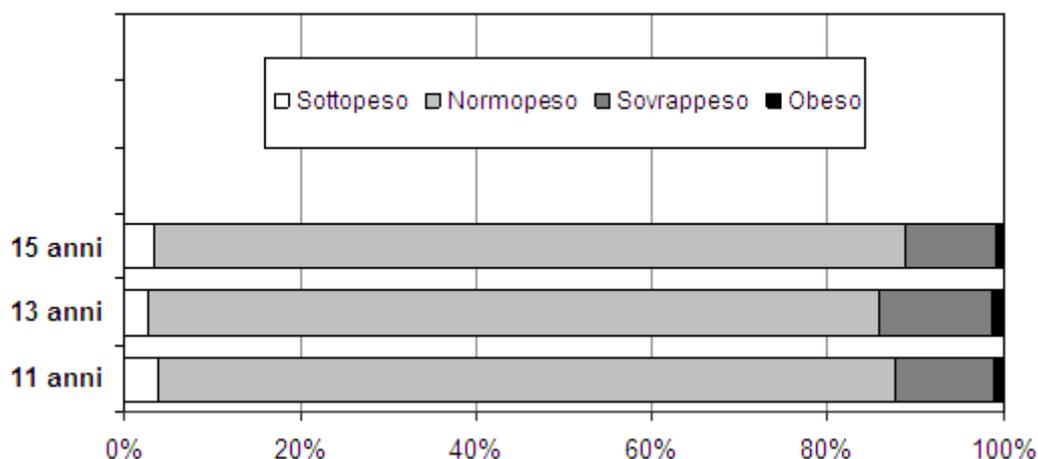
E' stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (Cole, 2000 e 2007) in modo separato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

L'84.0% degli studenti risulta essere normopeso, il 12.6% sovrappeso (11.5% sovrappeso e 1.1% obeso) e il 3.3% sottopeso (Tabella 5.7). Rispetto alle tre fasce di età indagate (Figura 5.7) si differenziano i 13enni tra i quali sono meno diffusi i sottopeso ma sono più frequenti i sovrappeso: il 14.2% risulta essere sovrappeso o obeso.

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

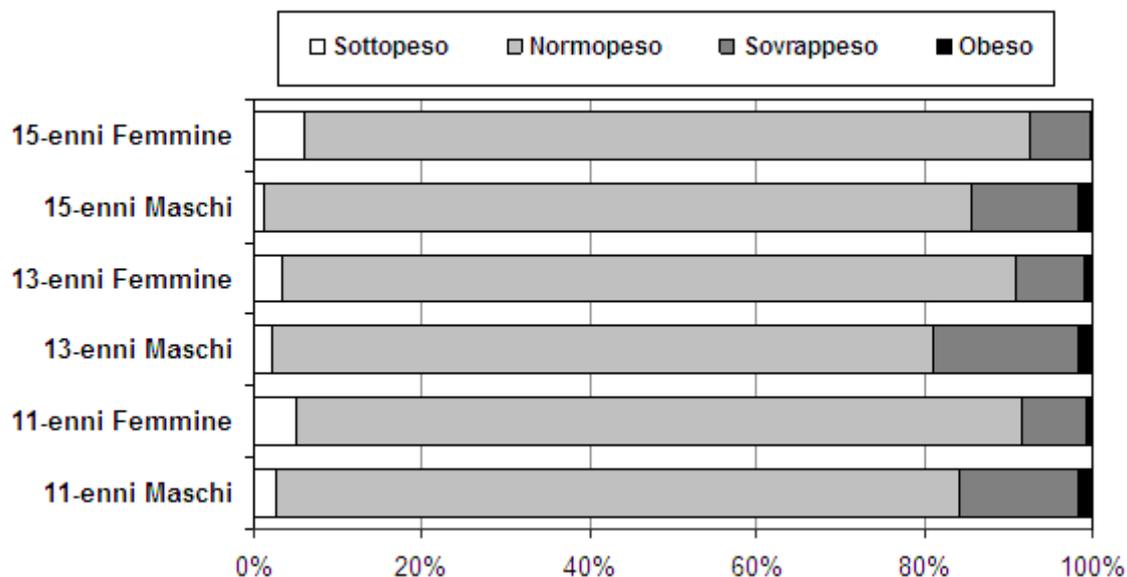
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3.8%	2.7%	3.5%	3.3%
	37	26	30	93
Normopeso	83.8%	83.0%	85.4%	84.0%
	807	802	730	2339
Sovrappeso	11.2%	12.9%	10.2%	11.5%
	108	125	87	320
Obeso	1.1%	1.3%	0.9%	1.1%
	11	13	8	32
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	963	966	855	2784

Figura 5.7 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC, per età



Per quanto riguarda le differenze di genere, emergono dinamiche differenziate nelle tre fasce di età. I sottopeso sono maggiormente diffusi tra le femmine rispetto ai maschi. In particolare, le percentuali più alte si riscontrano tra le 11enni e le 15enni. Nel primo caso si potrebbe trattare di motivi fisiologici legati alla crescita; nel secondo potrebbero, invece, riflettere problemi alimentari e di percezione corporea. I sovrappeso, al contrario sono più diffusi tra i maschi in tutte e tre le fasce di età; il problema è particolarmente accentuato per i 13enni.

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



La percezione che gli studenti hanno del proprio corpo (Tabella 5.8) si discosta dal reale Indice di Massa Corporea. Solo il 62.1% degli intervistati considera che il suo corpo sia più o meno della taglia giusta (a fronte dell'84.0% che riporta un IMC normopeso); il 12.4% lo

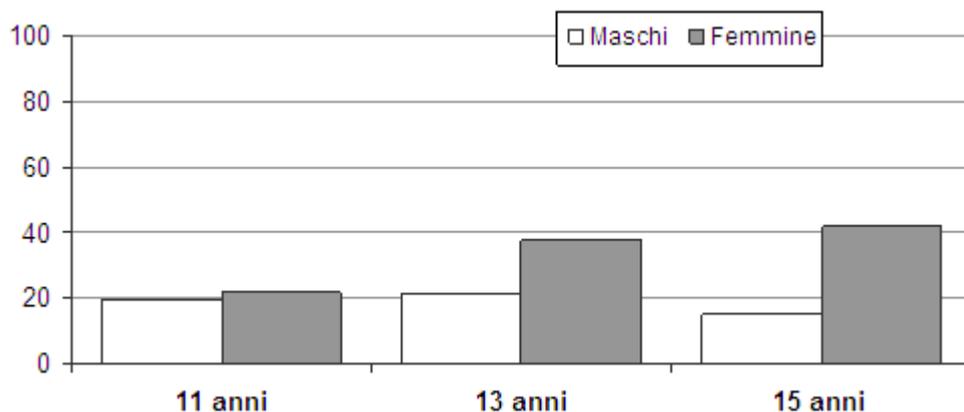
considera troppo magro e il 25.6% troppo grasso. A 11 anni una percentuale maggiore di studenti percepisce il proprio corpo della taglia giusta.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Magro	13.1%	11.9%	12.0%	12.4%
	154	125	107	386
Giusto	66.4%	59.0%	59.9%	62.1%
	782	620	536	1938
Grasso	20.5%	29.0%	28.2%	25.6%
	241	305	252	798
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1177	1050	895	3122

Sono più consistenti le differenze di genere: il 66.7% dei maschi e il 57.2% delle femmine si percepiscono più o meno della taglia giusta; i maschi si percepiscono più magri (14.6%) rispetto alle femmine (10.0%) mentre una percentuale maggiore di femmine (32.8%) si percepisce troppo grassa rispetto ai maschi (18.8%). Queste differenze di genere sono particolarmente evidenti a 13 e 15 anni (Figura 5.11).

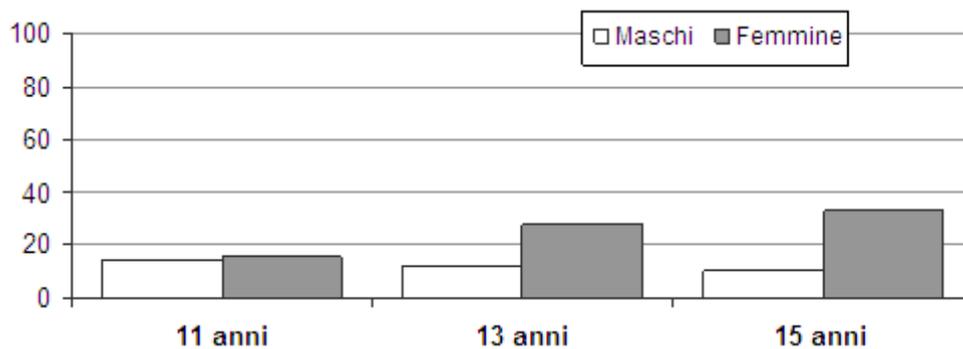
Figura 5.11 – Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi (“decisamente troppo grasso” o “un po' troppo grasso”), per età e genere



Infine, è stato chiesto agli studenti se sono a dieta o stanno facendo qualcosa per dimagrire (Tabelle 5.9). Il 18.5% afferma di essere a dieta per dimagrire e il 24.4% non sta facendo niente ma pensa che dovrebbe perdere qualche chilo. Il 46.2% sostiene che il proprio peso sia quello giusto. Gli studenti a dieta aumentano al crescere dell'età: sceglie questa opzione il 15.3% degli 11enni, il 19.4% dei 13enni e il 21.6% dei 15enni. Anche in questo caso, le femmine sembrano essere più preoccupate dei maschi rispetto al loro eccessivo peso (Figura 5.2) e questa differenza aumenta al crescere dell'età: a 11 dichiarano di essere a dieta il 14.6% dei maschi e il 16.1% delle femmine, a 13 anni l'11.8% dei maschi e il 27.7% delle femmine e a 15 anni il 10.7% dei maschi e il 33.0% delle femmine.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	50.3%	44.5%	42.9%	46.2%
	594	477	387	1458
No, ma dovrei perdere qualche chilo	22.5%	26.7%	24.3%	24.4%
	266	286	219	771
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11.8%	9.5%	11.3%	10.9%
	139	102	102	343
Sì	15.3%	19.4%	21.6%	18.5%
	181	208	195	584
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1180	1073	903	3156

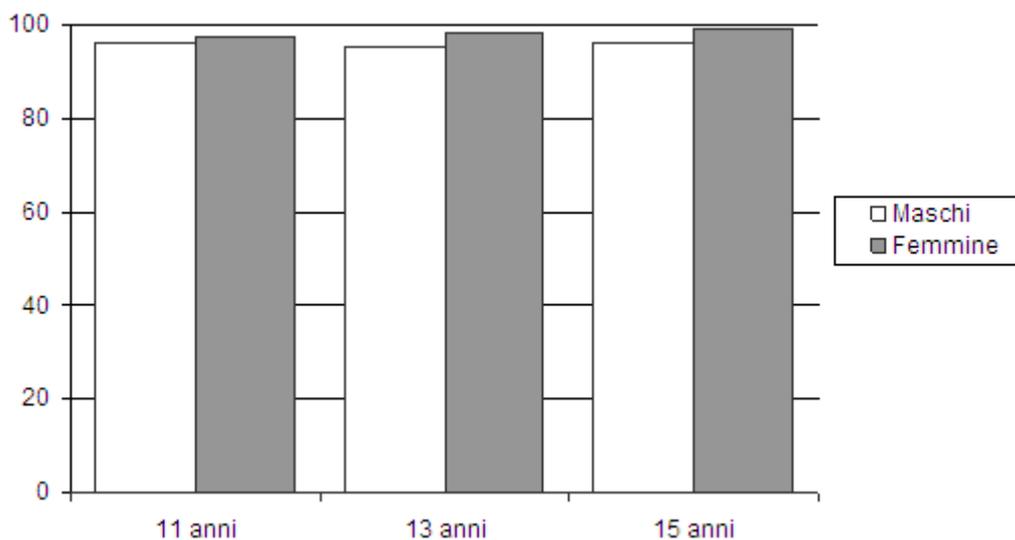
Figura 5.12 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere

5.6 Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (NHMRC,2003), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. Il 72.6% degli studenti si lava i denti più di una volta al giorno e il 24.4% una sola volta (Tabella 5.10). La pulizia dentale è più carente tra gli 11enni. Inoltre, le femmine tendono ad essere più attente dei loro coetanei in tutte e tre le fasce di età (Figura 5.13).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	69.9%	72.4%	76.5%	72.6%
	832	776	693	2301
Una volta al giorno	26.9%	24.3%	21.1%	24.4%
	320	261	191	772
Almeno una volta alla settimana, non tutti i giorni	2.7%	2.3%	1.8%	2.3%
	32	25	16	73
Meno di una volta alla settimana	0.3%	0.6%	0.2%	0.4%
	4	6	2	12
Mai	0.3%	0.4%	0.4%	0.3%
	3	4	4	11
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1191	1072	906	3169

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

Bibliografia capitolo 5

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

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

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

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

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

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

Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.

Keane E., Kearney P.M., Perry I.J., Kelleher C.C., Harrington J.M. (2014) Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health*, 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.

Lioret S., Touvier M., Dubuisson C., Dufour A., Calamassi-Tran G., Lafay L., Volatier J.L., Maire B. (2009). Trends in child overweight rates and 247 energy intake in France from 1999–2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100

Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.

Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.

Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.

Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf

Ministry of Health of New Zealand. (2012) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf>

Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9:410-4.

Monteiro P.O., Victora C.G. (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obesity Review*, 6:143-54.

NHMRC (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children* and

Adolescents. https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf

Orden A.B., Bucci P.J., Petrone S. (2013). Trends in weight, height, BMI and obesity in 291 schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Annals of Human Biology*, 40:348-54.

Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12:267-83.

Plutzer K., Spencer A.J. (2008) Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36:335-46.

Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.

Schmidt Morgen C., Rokholm B., Sjöberg Brixval C., Schou Andersen L., Geisler Andersen L., Rasmussen M., Nybo Andersen A.M., Due P., Sorensen T.I. (2013). Trends in prevalence of 293 overweight and obesity in Danish infants, children and adolescents--are we still on a plateau? *PLoS One*, 8:e69860.

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

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

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

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

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

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

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

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

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

6.1.1 Il fumo

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

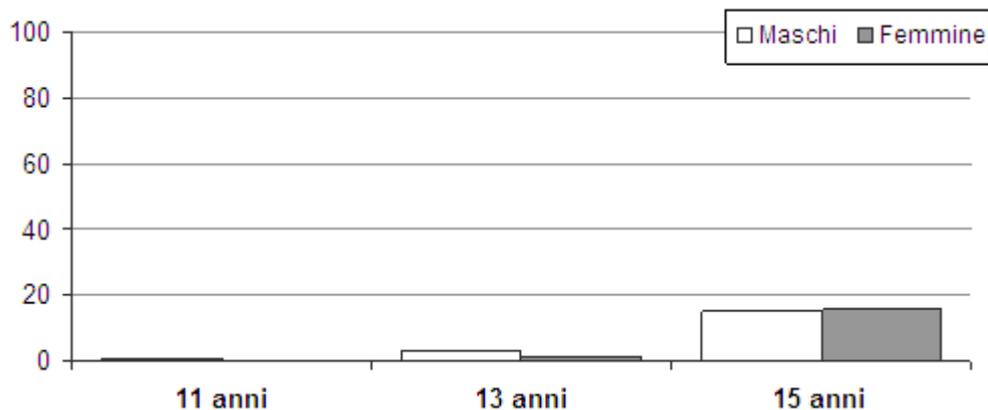
Complessivamente il 12.5% degli studenti dichiara di fumare attualmente. In particolare, dai dati emerge l'importanza della fascia tra i 13 e i 15 anni per instaurare l'abitudine al fumo (Tabella 6.1). A 11 anni, infatti, fuma lo 0.8% degli studenti, a 13 anni l'11% e 15 anni il 29.7%. Inoltre, emerge come a 15 anni per il 15.5% degli studenti il consumo diventi giornaliero e per il 6.6% settimanale. E' opportuno, tuttavia, sottolineare che la domanda fa riferimento al consumo attuale; una percentuale maggiore di studenti ha provato almeno una volta nella vita (2.4% a 11 anni, 22.5% a 13 anni e 45.7% a 15 anni).

Un dato particolarmente interessante riguarda le differenze di genere: a 11 e 13 anni non ci sono differenze tra maschi e femmine rispetto alla percentuale di fumatori attuali; a 15 anni invece la percentuale di ragazze che fumano (33.1%) è maggiore di quella dei ragazzi (26.5%). Inoltre, se si confrontano le percentuali sui fumatori quotidiani (Figura 6.1) emerge come a 15 anni siano di più i ragazzi (maschi: 2.9%; femmine: 1.4%) mentre a 15 anni risultano di più le femmine, anche se per una differenza minima (maschi: 15.0%; femmine: 16.0%).

Tabella 6.1: "Attualmente, quanto spesso fumi?"

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	0.3%	2.1%	15.5%	5.2%
	3	23	140	166
Almeno una volta a settimana	0.3%	2.9%	6.6%	3.0%
	3	31	60	94
Meno di una volta a settimana	0.3%	6.0%	7.6%	4.3%
	3	64	69	136
Non fumo	99.2%	89.0%	70.3%	87.5%
	1182	954	636	2772
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1191	1072	905	3168

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).

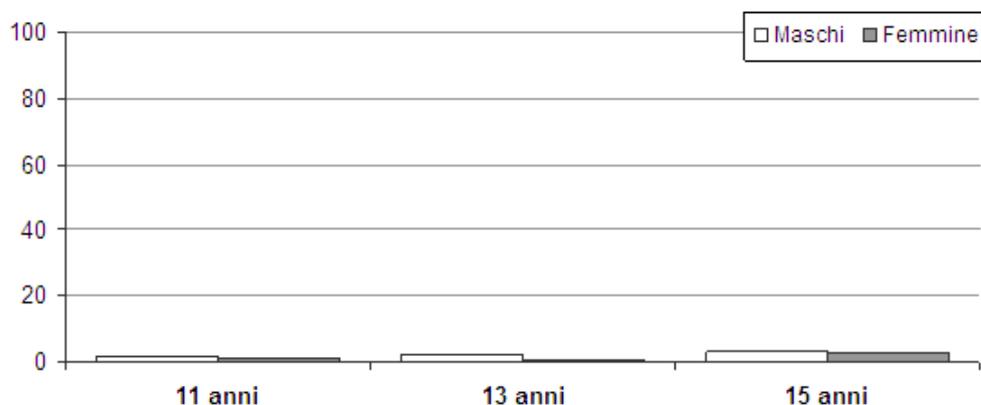
Sebbene l'uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti paesi, in altri rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli (Brand, 2007).

Anche nel caso dell'alcol (Tabella 6.3), emerge un aumento consistente del consumo al crescere dell'età: attualmente bevono alcolici il 30.3% degli 11enni, il 57.4% dei 13enni e il 79.4% dei 15enni. Inoltre, il consumo ripetuto di mese in mese coinvolge il 18.7% dei 13enni e il 49.4% dei 15enni. Questo significa che a 15 anni circa la metà degli studenti dichiara di consumare almeno ogni mese alcolici. È interessante, inoltre, notare come a 15 anni le bibite più consumate siano la birra e i superalcolici. Sarebbe interessante approfondire questo dato per analizzare le culture sull'alcol predominanti nelle tre fasce di età e verificare eventuali differenze con le edizioni precedenti di HBSC.

Per quanto riguarda le differenze di genere (Figura 6.2) una percentuale maggiore di maschi dichiara di consumare giornalmente alcolici rispetto alle loro coetanee; questa differenza è più evidente tra i 13enni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	1.4%	1.4%	2.9%	1.8%
	16	15	26	57
Ogni settimana	1.9%	6.5%	25.9%	10.4%
	22	70	234	326
Ogni mese	2.7%	10.8%	20.6%	10.6%
	32	115	186	333
Raramente	24.4%	38.7%	30.1%	30.9%
	286	414	272	972
Mai	69.7%	42.6%	20.6%	46.4%
	818	455	186	1459
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1174	1069	904	3147

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

L'uso eccessivo di alcol sembra coinvolgere soprattutto i 15enni (Tabella 6.5): a 11 anni il 3.9% si è ubriacato almeno una volta nella vita, a 13 anni l'8.7% mentre a 15 anni la percentuale aumenta notevolmente fino al 37.0%. Tuttavia, anche nella fascia di età più alta gli episodi risultano essere ridotti: al 14.7% è capitato solo una volta nella vita e al 13.1% 2-3 volte; frequenze maggiori sono indicate dal 9.2% dei 15enni. Il dato sull'ubriacatura è da considerare con cautela in quanto può rappresentare sia situazioni di abuso alcolico tra pari sia situazioni più controllate in occasioni ad esempio di festività familiari. Questa difficoltà di interpretazione è particolarmente marcata in relazione alle frequenze più basse di ubriacatura (1 volta o 2-3 volte).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	96.1%	91.3%	63.0%	85.0%
	1142	977	569	2688
Una volta	3.2%	6.5%	14.7%	7.6%
	38	70	133	241
2-3 volte	0.6%	1.7%	13.1%	4.5%
	7	18	118	143
4-10 volte	0.1%	0.2%	6.2%	1.9%
	1	2	56	59
Più di 10 volte	0.0%	0.3%	3.0%	0.9%
	0	3	27	30
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1188	1070	903	3161

Nel questionario è stato indagato anche il *binge drinking* chiedendo agli studenti se negli ultimi 12 mesi avevano mai consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione. In questo caso gli studenti potevano rispondere solo sì o no. Le percentuali emerse si discostano significativamente rispetto alle risposte sull'ubriacatura: dichiara di averlo fatto il 7.8% degli 11enni, il 12.7% dei 13enni e 36.7% dei 15enni. Sarebbe interessante approfondire la differenza nelle risposte alle due domande sull'abuso di alcol e confrontare le risposte con le

precedenti edizioni di HBSC. Nel 2009-10, infatti, le risposte a queste due domande erano pressoché identiche.

Per quanto riguarda le differenze di genere si conferma il maggior coinvolgimento dei maschi nel consumo di alcolici. La percentuale di maschi che a 15 anni si sono ubriacati 2 volte o più nella vita (23.9%) è significativamente maggiore della percentuale delle femmine che hanno messo in atto questo comportamento (20.5%) (Figura 6.3). Per quanto riguarda la *binge drinking* (Figura 6.4) la differenza tra maschi e femmine è evidente in tutte e tre le fasce di età ma si assottiglia a 15 anni: a 11 anni il 10.8% dichiara di aver bevuto 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione contro il 4.7% delle femmine; a 13 anni il 14.3% dei maschi contro l'11.0% delle femmine e a 15 anni il 38.3% contro il 35.1%.

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

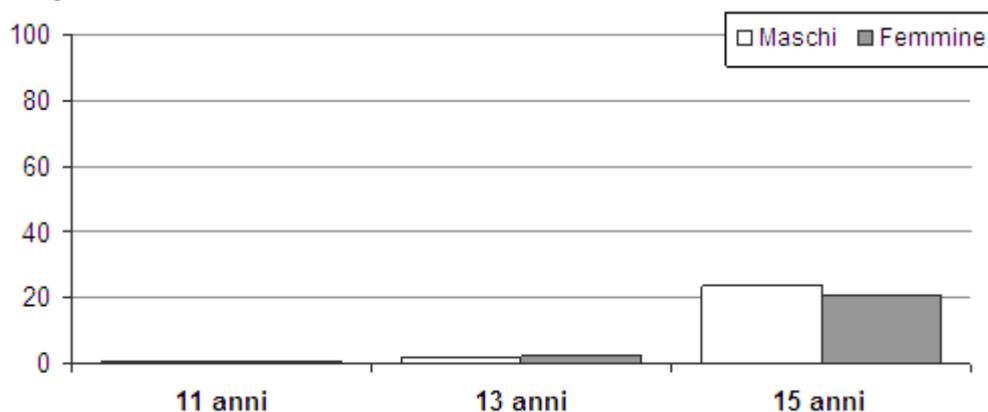
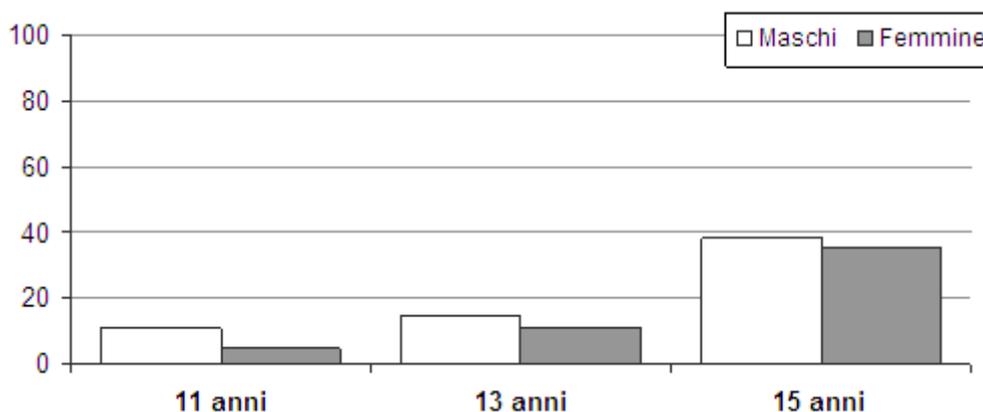


Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc.), negli ultimi 12 mesi, per età e genere



6.1.3 Cannabis

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

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

Regione Lombardia ha deciso di indagare il consumo di cannabis sia tra i 13enni (Tabella 6.6.1) sia tra i 15enni (Tabella 6.6). Il confronto tra queste due fasce di età permette infatti di cogliere il momento di iniziazione a questa sostanza: a 13 anni ha fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita il 6.8% mentre a 15 anni la percentuale sale a 26.5%. Inoltre, a 13 anni il consumo è ancora sperimentale: il 3.9%, corrispondente al 57.5% dei consumatori, dichiara di averne fatto uso 1-2 giorni. A 15 anni, invece, la frequenza d'uso aumenta: il 6.8%, corrispondente al 25.5% dei consumatori, dichiara un uso sperimentale mentre il 7.7% afferma di aver fatto uso di cannabis 30 giorni o più nella vita. Sarebbe interessante confrontare questo dato con quelli rilevati nelle precedenti edizioni per verificare se viene confermato l'aumento del consumo di cannabis messo già in evidenza da altre ricerche a livello europeo e nazionale (vedi ESPAD, Dipartimento Politiche Antidroga, 2015).

Tabella 6.6.1 “ Hai mai fumato cannabis...nella tua vita?” (solo tredicenni)

	Maschio	femmina	Totale
Mai	92.1%	94.4%	93.2%
	511	485	996
1-2 giorni	4.3%	3.5%	3.9%
	24	18	42
3-5 giorni	1.6%	0.6%	1.1%
	9	3	12
6-9 giorni	0.5%	0.6%	0.6%
	3	3	6
10-19 giorni	0.2%	0.0%	0.1%
	1	0	1
20-29 giorni	0.2%	0.2%	0.2%
	1	1	2
30 giorni o più	1.1%	0.8%	0.9%
	6	4	10
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	555	514	1069

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

	Maschio	femmina	Totale
Mai	69.9%	77.1%	73.5%
	321	341	662
1-2 giorni	7.0%	6.6%	6.8%
	32	29	61
3-5 giorni	5.4%	2.9%	4.2%
	25	13	38
6-9 giorni	4.1%	2.0%	3.1%
	19	9	28
10-19 giorni	2.6%	2.9%	2.8%
	12	13	25
20-29 giorni	2.2%	1.8%	2.0%
	10	8	18
30 giorni o più	8.7%	6.6%	7.7%
	40	29	69
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	459	442	901

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).

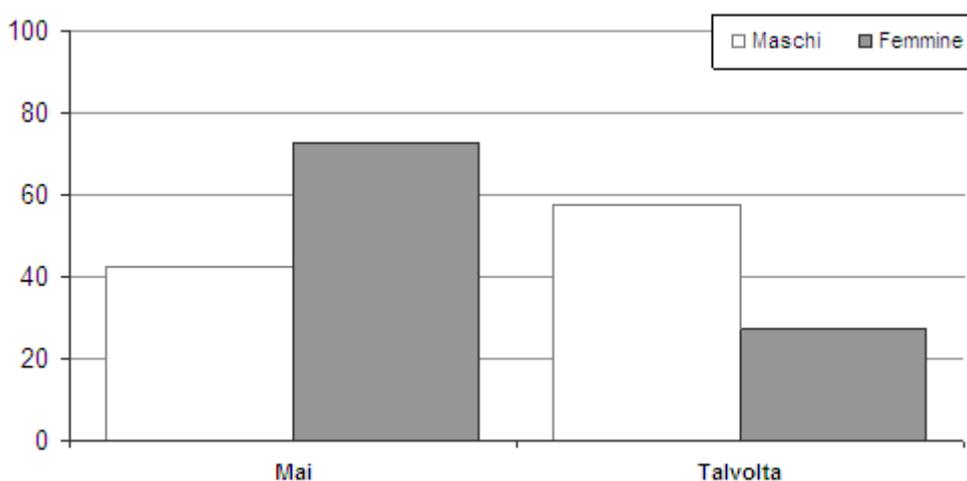
Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscono sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di società, variabili socio-economiche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

Le domande sul gioco d'azzardo inserire per la prima volta nell'indagine HBSC italiana del 2014 sono volte ad indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel

corso della vita, che a valutare il loro grado di ‘coinvolgimento’ riuscendo ad individuare la quota di ragazzi ‘a rischio’ di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano ‘seri problemi’. Questo ambito è stato indagato soltanto per gli studenti di 15 anni.

I dati mostrano che il 42.7% dei 15enni ha scommesso o giocato denaro almeno una volta nella loro vita. In particolare, il 18.9% lo ha fatto 1-2 volte e l’8.2% 3-5 volte. Emerge, inoltre, una differenza consistente tra le affermazioni dei ragazzi e quelle delle ragazze (Figura 6.5.1): il 57.7% dei maschi dichiara di aver scommesso o giocato denaro almeno una volta nella vita mentre le femmine la percentuale è pari a 27.1%.

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



Nel questionario sono stati inseriti anche due strumenti volti a rilevare la problematicità del gioco. Nella Figura 6.5.2 sono riportati i risultati del Lie/Bet questionnaire (Johnson et al., 1997). Il 3.3% degli studenti di 15 anni mostrano un gioco a rischio e il 0.3% problematico. Il livello di problematicità è, tuttavia, molto più diffuso tra i maschi: sono a rischio il 5.6% dei 15enni (contro il 0.9% delle femmine) e hanno un gioco problematico lo 0.6% (contro nessuna ragazza).

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.

I dati mostrano come già una percentuale consistente di 15enni, pari al 18.1%, è sessualmente attivo (Tabella 6.7). In particolare, questo dato viene riportato più frequentemente dalla ragazze: il 20.6% delle femmine dichiara di aver già avuto rapporti sessuali completi contro il 15.6% dei maschi.

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

	maschio	femmina	Totale
Sì	15.6%	20.6%	18.1%
	69	89	158
No	84.4%	79.4%	81.9%
	372	344	716
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	441	433	874

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. Questo dato è fondamentale per capire se i comportamenti sessuali degli studenti siano protetti e gestiti con una tutela della propria salute.

I dati mostrano come il 73.5% degli studenti di 15 anni che hanno avuto rapporti sessuali completi dichiara di aver usato un preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale. In questo caso le risposte dei maschi e delle femmine sono analoghe (Tabella 6.8).

Anche in questo caso sarebbe interessante confrontare i dati con quelli delle scorse edizioni in modo da capire eventuali evoluzioni o cambiamenti nei comportamenti degli adolescenti.

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)

	maschio	femmina	Totale
Si	74.2%	72.9%	73.5%
	49	62	111
No	24.2%	27.1%	25.8%
	16	23	39
Non so	1.5%	0.0%	0.7%
	1	0	1
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	66	85	151

6.4 Infortuni

Gli infortuni sono diventati una delle cause più frequenti di morte e inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive (WHO, 2006). Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante l’adolescenza, ragion per cui lo studio ei 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. Il 43.6% degli studenti dichiara di aver avuto un infortunio per i quali ha dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiere/a negli ultimi 12 mesi (Tabella 6.9). Il 23.4% dichiara di aver avuto un solo infortunio, l’11.9% due infortuni e l’8.3% tre o più. Le percentuali nelle tre fasce di età sono abbastanza simili: a 11 anni dichiara almeno un infortunio il 43.9% del campione, a 13 anni il 46.2% e a 15 anni il 40.3%. Tuttavia, col crescere dell’età il numero di infortuni diminuisce: riportano tre o più infortuni il 10.2% degli 11enni, il 7.5% dei 13enni e il 6.9% dei 15enni. In tutte e tre la fasce di età, le femmine sono meno coinvolte in questo tipo di situazioni (Figura 6.5): il 49.6% dei ragazzi dichiara di aver avuto almeno un infortunio contro il 37.3% delle ragazze.

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

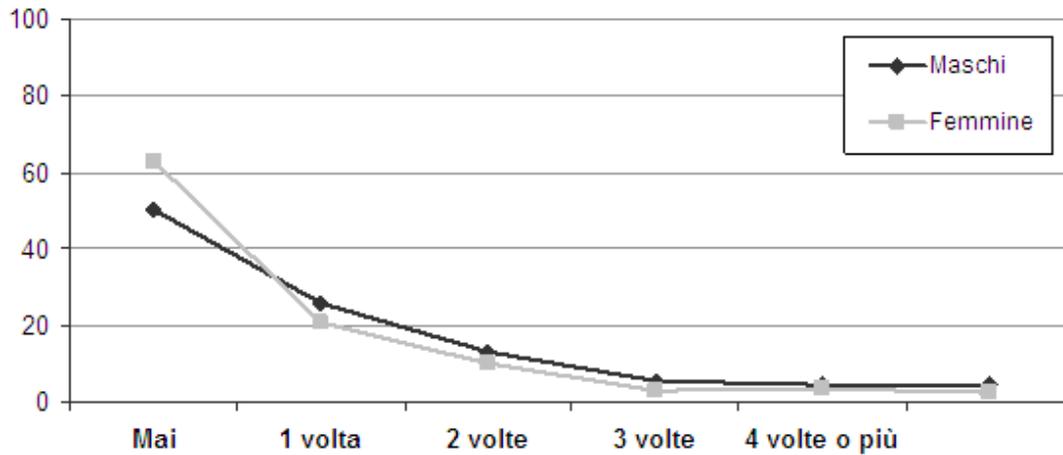


Tabella 6.9 “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiere/a?”

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi	56.1%	53.8%	59.7%	56.4%
	659	570	540	1769
Una volta	22.4%	24.2%	23.9%	23.4%
	263	256	216	735
Due volte	11.4%	14.5%	9.5%	11.9%
	134	154	86	374
Tre volte	4.8%	3.8%	4.0%	4.2%
	56	40	36	132
Quattro volte o più	5.4%	3.7%	2.9%	4.1%
	63	39	26	128
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1175	1059	904	3138

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents.*Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.

- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Blinn-Pike L., Worthy S.L., Jonkman J.N. (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47:223–236.
- Brand D.A., Saisana M., Rynn L.A., Pennoni F., Lowenfels A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, 4: e151.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeauet E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Derevensky J., Gupta R. (2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions. *Journal of Gambling Studies*, 16: 227–251.
- Derevensky J.L., Gupta R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2015). Relazione annual al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Governo italiano, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- 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.
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N & Engelhart C. (1997). The Lie/Bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80(1): 83–88.
- 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

7.1 Introduzione

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

A fronte di questa definizione diventa necessario comprendere e monitorare non solo i determinanti della salute già noti, ma esplorare e far luce sui meccanismi che, insieme, concorrono a promuoverla. Un impegno, questo, che della 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 (HealthBehaviour in School-aged Children) offre l'opportunità di monitorare alcune delle variabili più importanti per valutare un momento definito come centrale nello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione dei ragazzi del proprio stato di salute e del proprio benessere nei diversi ambiti della loro vita, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psico-fisico sono raccolte in quattro macro categorie:

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

nell'ultimo mese).

7.2. Salute percepita

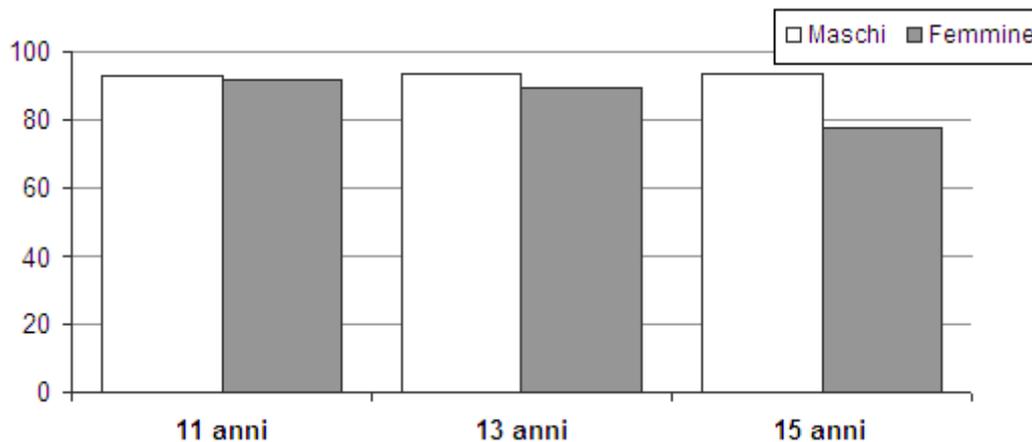
Lo studio HBSC rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana, che sotto il profilo epidemiologico presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute della comunità, hanno una ridotta capacità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

In tabella 7.1 sono riportate le risposte degli studenti. A dimostrazione del fatto che HBSC si rivolge ad una popolazione sana, i dati mostrano come il 32.2% consideri la propria salute eccellente e il 58.0% buona; solo lo 0.9% la considera scadente. Tuttavia, al crescere dell'età la percezione degli adolescenti peggiora: tra gli 11 e i 13 anni gli intervistati che considerano la propria salute eccellente passa dal 37.0% al 25.9% e coloro che la considerano discreta passano dal 7.0% al 12.8%. Nella Figura 7.1 è, inoltre, possibile vedere come in particolar modo siano le femmine a peggiorare la loro percezione di salute.

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

Tabella 7.1: "Diresti che la tua salute è ...", per età				
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	37.0%	32.2%	25.9%	32.2%
	439	346	234	1019
Buona	55.4%	59.2%	59.8%	58.0%
	657	635	540	1832
Discreta	7.0%	7.8%	12.8%	9.0%
	83	84	116	283
Scadente	0.5%	0.7%	1.4%	0.9%
	6	8	13	27
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1185	1073	903	3161

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



7.3. Benessere percepito

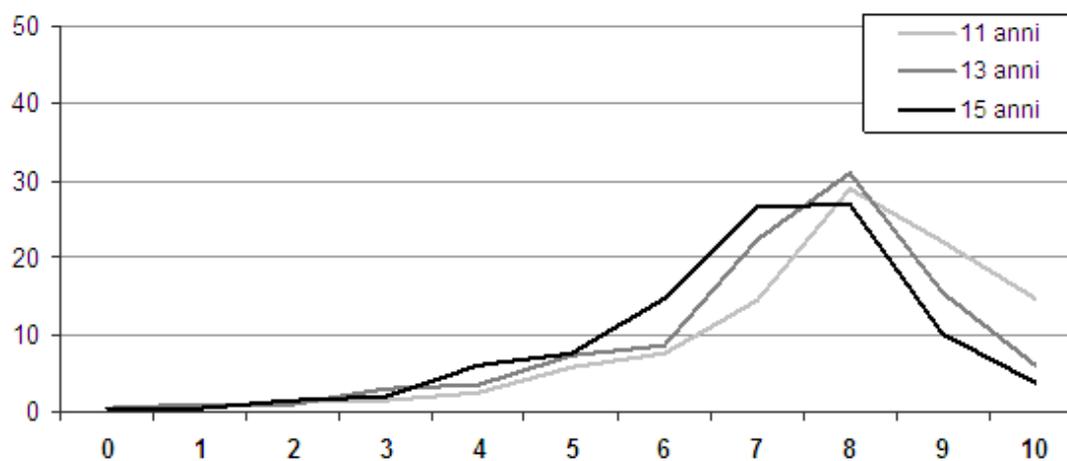
Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto (Friedman, 2014; Ravens-Sieberer, 2004; Huebner, 1991). Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al non uso di sostanze (Zullig, 2001; Lemma, 2014) e a più alti livelli di attività fisica (Thome, 2004). Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su di una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi (Cantril, 1965). Il valore più frequentemente indicato è 8 (Tabella 7.2), sempre a conferma del buon livello di salute degli intervistati. I valori inferiori al 6 vengono indicati dal 15.4%, i valori tra 6 e 7 dal 30.5%, dall'8 al 10 dal 54.1%.

Anche in questo caso le percezioni di benessere peggiorano al crescere dell'età (Figura 7.2). Questo cambiamento è presente sia tra i maschi sia tra le femmine e per le ragazze il calo risulta più marcato.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0	0.5%	0.4%	0.6%	0.5%
	6	4	5	15
1	0.8%	1.1%	0.6%	0.9%
	10	12	5	27
2	1.2%	1.1%	1.4%	1.2%
	14	12	13	39
3	1.4%	3.0%	2.0%	2.1%
	17	32	18	67
4	2.5%	3.5%	6.0%	3.9%
	30	38	54	122
5	5.9%	7.4%	7.5%	6.8%
	69	79	68	216
6	7.5%	8.7%	14.6%	9.9%
	88	93	132	313
7	14.4%	22.3%	26.6%	20.6%
	170	239	240	649
8	28.9%	31.0%	26.9%	29.1%
	341	333	243	917
9	22.1%	15.5%	10.1%	16.4%
	261	166	91	518
10	14.7%	6.1%	3.8%	8.6%
	173	65	34	272
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1179	1073	903	3155

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



7.4. Sintomi riportati

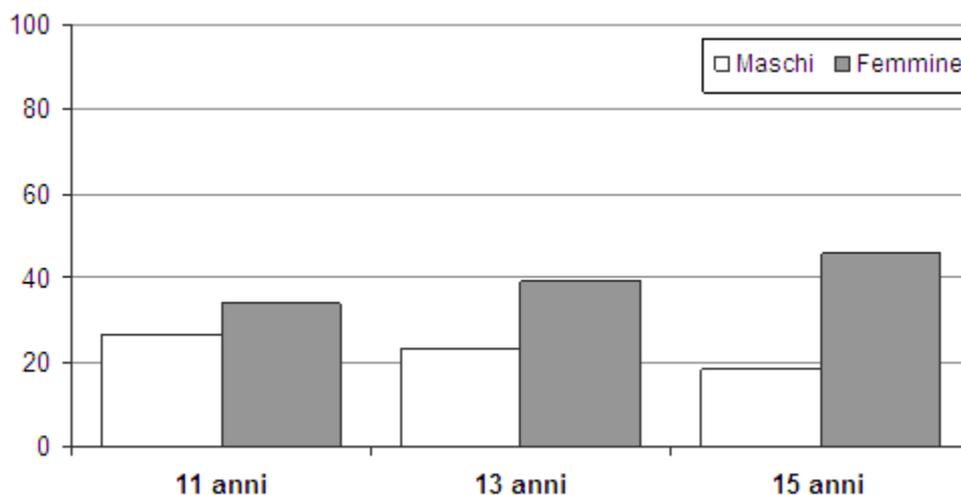
Nello studiare la salute degli adolescenti è importante indagare la complessità dei fattori che sostengono la percezione che loro stessi hanno della condizione riferita interrogandoli, ad esempio, sui sintomi di cui dichiarano di soffrire, anche e soprattutto in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza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

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

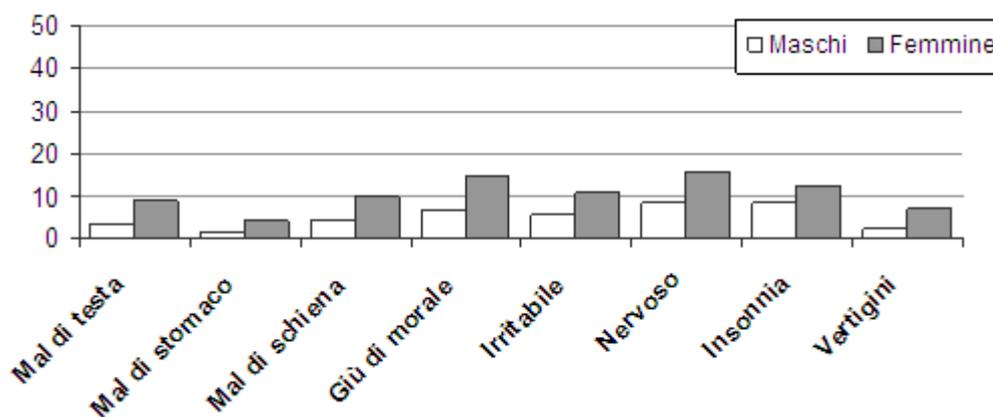
La quasi totalità degli studenti riporta almeno un sintomo negli ultimi sei mesi (Tabella 7.3). In particolare il 30.8% li ha sentiti tutti i giorni, il 32.0% più volte alla settimana e il 19.6% una volta alla settimana. I sintomo psico-somatici sembrano, quindi, caratterizzare notevolmente i pre-adolescenti e gli adolescenti. Inoltre, la frequenza riportata aumenta col crescere dell'età degli intervistati ed è maggiore per le femmine rispetto ai maschi. In Figura 7.4 è possibile vedere come col crescere dell'età aumenti notevolmente la percentuale di ragazze che soffre ogni giorno di almeno un sintomo.

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	Totale
Ogni giorno	30.0%	30.8%	31.9%	30.8%
	355	331	287	973
Più di 1 volta a settimana	28.8%	33.7%	34.1%	32.0%
	340	362	307	1009
1 volta a settimana	21.1%	19.5%	17.8%	19.6%
	249	209	160	618
1 volta al mese	15.7%	13.5%	13.5%	14.3%
	185	145	122	452
Raramente o mai	4.5%	2.5%	2.8%	3.3%
	53	27	25	105
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1182	1074	901	3157

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

Per meglio capire il fenomeno è utile analizzare l'incidenza di ciascun sintomo. Nella Figura 7.3 sono indicate le percentuali di studenti che hanno indicato di sentire uno dei sintomi ogni giorno. I sintomi più diffusi sono, sia tra i maschi che tra le femmine: nervosismo, giù di morale, insonnia, irritabilità e mal di schiena.

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno, per genere

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte (Haugland, 2001a;Haugland, 2001b): una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l'aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l'altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso). Nelle tabelle 7.4 e 7.5 sono riportate le percentuali di studenti che dichiarano di aver sentito almeno uno di questi sintomi.

I sintomi più diffusi sembrano essere quelli con una componente prevalentemente psicologica: l'88.8% degli studenti dichiara di aver sentito almeno un sintomo somatico e il 91.3%

un sintomo psicologico. Tuttavia, i sintomi somatici sembrano essere più persistenti: dichiarano di soffrire ogni giorno di sintomi somatici il 21.3% e di sintomi psicologici il 18.7%. Entrambe le tipologie sembrano aumentare col crescere dell'età ma con modalità diverse: per i sintomi somatici la differenza è piuttosto esigua (ne soffrono l'86.5% degli 11enni, l'89.7% dei 13enni e il 90.7% dei 15enni) mentre è più marcata per i sintomi psicologici, sia relativamente alla diffusione (a 11 anni ne soffre l'88.0%, a 13 anni il 93.1% e a 15 anni il 93.7%) sia alla frequenza.

Nelle figure 7.5 e 7.6 sono riportate le percentuali di studenti che soffrono le due tipologie di sintomi divisi per età e per sesso. Dai grafici risulta evidente come ci sia una marcata differenza di genere per cui le femmine riportano più frequentemente entrambe le tipologie di sintomi. Inoltre, per le femmine nel tempo aumenta la percezione di malessere mentre per i maschi diminuisce, come nel caso dei sintomi somatici, o rimane pressoché costante, come nel caso dei sintomi psicologici.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	22.0%	20.5%	21.5%	21.3%
	260	220	194	674
Più di 1 volta a settimana	22.8%	26.9%	27.4%	25.5%
	269	289	247	805
1 volta a settimana	18.9%	20.6%	19.2%	19.5%
	223	221	173	617
1 volta al mese	22.9%	21.7%	22.5%	22.4%
	271	233	203	707
Raramente o mai	13.5%	10.3%	9.3%	11.2%
	159	111	84	354
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1182	1074	901	3157

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

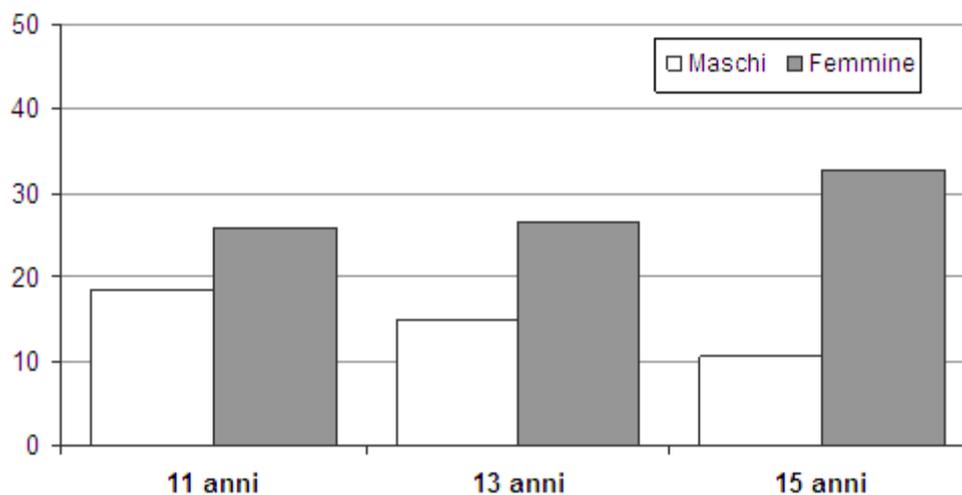
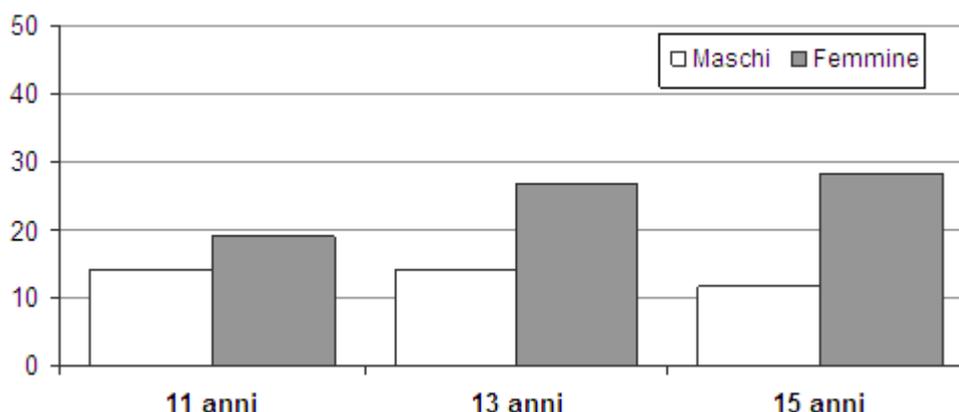


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	16.5%	20.2%	20.0%	18.7%
	194	217	180	591
Più di 1 volta a settimana	24.3%	28.7%	32.4%	28.1%
	287	308	292	887
1 volta a settimana	22.8%	24.9%	22.4%	23.4%
	269	267	202	738
1 volta al mese	24.3%	19.4%	18.9%	21.1%
	287	208	170	665
Raramente o mai	12.0%	6.9%	6.3%	8.7%
	142	74	57	273
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1179	1074	901	3154

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



7.5. Utilizzo di farmaci

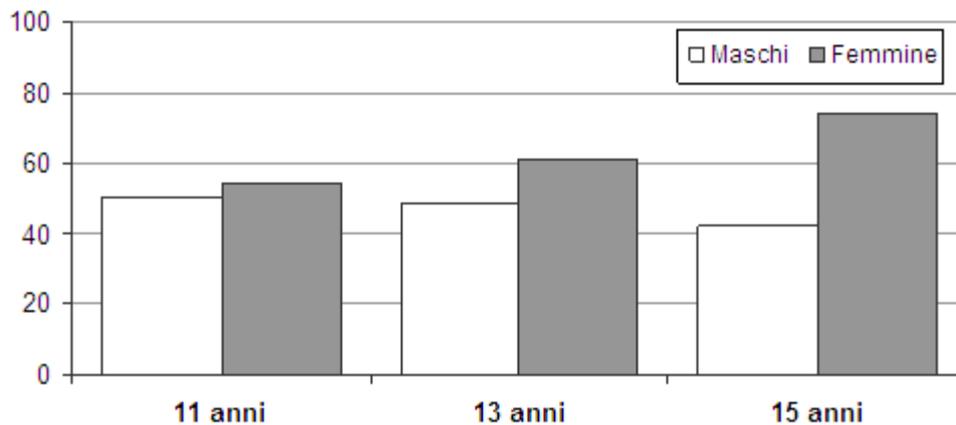
Come si diceva nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari (Belmaker, 1985). Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la 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.

Il 54.6% degli studenti dichiara di aver fatto uso di almeno un farmaco nell'ultimo mese (Tabella 7.6). In particolare, il 29.3% di aver assunto un farmaco e il 25.3% più di uno. La percentuale tende lievemente ad aumentare col crescere dell'età degli intervistati. Anche in questo caso le femmine riportano valori più alti (Figura 7.7) e la differenza aumenta al crescere dell'età. Questa differenza può essere dovuta a diversi fattori: un livello più basso di benessere percepito, una maggior diffusione di sintomi somatici e psicologici tra le ragazze o le ricadute del ciclo sintomi mestruale.

Tabella 7.6: "Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci?", per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Nessun farmaco	47.8%	45.4%	42.3%	45.4%
	565	486	380	1431
Sì, 1 farmaco	27.2%	30.6%	30.4%	29.3%
	322	328	273	923
Sì, più di un farmaco	25.0%	24.0%	27.4%	25.3%
	295	257	246	798
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	1182	1071	899	3152

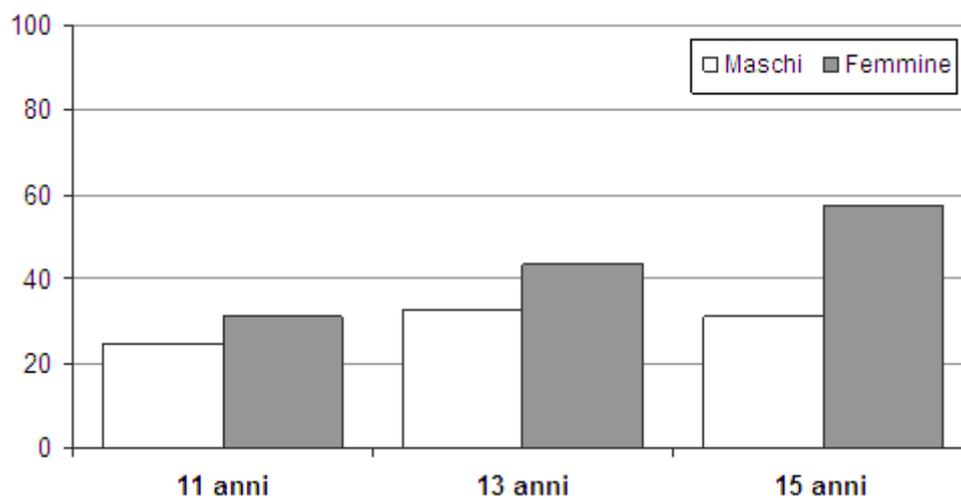
Figura 7.7 – Percentuale di coloro che hanno preso farmaci nell'ultimo mese (almeno 1), per età e genere



Tra i farmaci citati nel questionario, i più utilizzati sono quelli per il mal di testa: mal di testa 35.9%, mal di stomaco 22.1%, altri farmaci 19.1%, nervosismo 5.4% e difficoltà ad addormentarsi 4.8%. Oltre a quelli indagati a livello nazionale in Lombardia sono state aggiunte le opzioni raffreddore o sintomi influenzali e allergie indicati rispettivamente dal 41.8% e dal 23.6%.

La figura 7.8 sono riportate le percentuali di coloro che hanno preso almeno una volta farmaci per il mal di testa diviso per genere e età. Dal grafico è evidente come le femmine facciano più frequentemente uso di medicine per il mal di testa rispetto ai loro coetanei e che la differenza aumenta notevolmente nella fascia dei 15enni.

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



Per capire meglio le condizioni di salute degli adolescenti sarebbe utile indagare anche il livello di benessere psicologico degli studenti e le risorse personali che hanno a disposizione. Inoltre, saranno necessari ulteriori approfondimenti per capire meglio la diminuzione del livello

di benessere che sembra caratterizzare il passaggio verso i 15 anni per le ragazze.

Bibliografia capitolo 7

- Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). *Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories*. Oxford: Oxford University Press.
- Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1:1-2.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health*. New York, McGraw-Hill Education..
- Burstroem B, Fredlund P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55:836-40.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Friedman, H. S., Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology*, 65:719-742.
- de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18:3-14.
- Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Notizie di Politeia*, 45:1-48.
- Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24:611-24.
- Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11:4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12:231-40.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.
- Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmasso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, fdu095.
- Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. *Health Promotion International*, 29:i68-i82.
- Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.
- Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a

- general population study. *Journal of Adolescence Research*,16:293-303.
- Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. *Eurohealth*, 18:3-7.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*;78:413-26.
- Zullig K.J., Valois R.F., Scott Huebner E., Oeltmann J.E. Wanzer Drane J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescence Health*, 29:279-88.