

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 - 2010 FRIULI VENEZIA GIULIA

Informazioni sull'editore ISBN...

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

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

Franco Cavallo (*Principal Investigator*), Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Paola Dal masso, Alessio Zambon, Lorena Charrier, Sabina Colombini, Paola Berchiolla

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

Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri, Valentina Pilato, Stefania Rossi, Andrea Pammolli

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

Massimo Santinello, Alessio Vieno, Francesca Chieco, Michela Lenzi

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

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

Angela Spinelli (*Responsabile Scientifico*), Giovanni Baglio, Anna Lamberti, Paola Nardone

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Lorenzo Spizzichino

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

Maria Teresa Silani (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*), Silvana Teti (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

REGIONE Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, Area prevenzione e promozione della salute, Servizio epidemiologico

Loris Zanier, Anna Busolin

IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, Trieste

Alessandro Bavcar, Claudia Carletti, Paola Pacco, Adriano Cattaneo

Ufficio Scolastico Regionale

Gianmario Di Gianantonio, Santa Pighin

ASS 1 Triestina

Roberta Fedele, Marilena Geretto, Vanda Manfrin, Silvia Cosmini, Emanuela Occoni, Daniela Steinbock, Tiziana Longo

ASS 2 Isontina

Maura Nappa, Wally Culot

ASS 3 Alto Friuli

Comportamenti di salute dei ragazzi in età scolare

Denise Di Bernardo, Mariarita Forgiarini

ASS 4 Medio Friuli

Simonetta Micossi, Raffaella Dorigo, Massimiliana Iervolino, Claudia Maria Covazzi, Anna Fabbro, Cristina De Sarno, Stefano Miceli, Miriam Guatto, Emanuela Petrillo, Elena Mauro, Donatella Malacarne, Paola Guarneri

ASS 5 Bassa Friulana

Rosella Malaroda, Onelia Battiston

ASS 6 Friuli Occidentale

Silvana Widmann, Rossana Rincorosi, Little D'Anna, Fabiola Stuto, Raffaella Pittana, Patrizia Covre, Flavio Del Bianco

Responsabilità editoriali

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

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

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

Indice

Premessa	6
Ringraziamenti	7
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	10
1.1 Introduzione	10
1.2 Descrizione del campione	11
Bibliografia capitolo 1	12
Capitolo 2: Il contesto familiare	13
2.1 Introduzione	13
2.2 La struttura familiare	13
2.3 La qualità della relazione con i genitori	15
2.4 Lo status socio-economico familiare	17
2.5 Conclusioni	19
Bibliografia capitolo 2	19
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	21
3.1 Introduzione	21
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	21
3.3 Rapporto con gli insegnanti	25
3.4 Rapporto con i compagni di classe	27
3.5 Rapporto con la scuola	30
3.6 Conclusioni	31
Bibliografia capitolo 3	31
Capitolo 4: Sport e tempo libero	33
4.1 Introduzione	33
4.2 Attività fisica	33
4.2.1 <i>Frequenza dell'attività fisica</i>	33
4.3 Comportamenti sedentari	35
4.3.1 <i>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione</i>	35
4.4 Rapporti con i pari	38
4.5 Conclusioni	41
Bibliografia capitolo 4	41
5.1 Introduzione	43
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti	43
5.3 Consumo di frutta e verdura	44
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	45
5.5 Stato nutrizionale	47
5.6 Igiene orale	51
5.7 Conclusioni	51
Bibliografia capitolo 5	52
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	54
6.1 Uso di sostanze	54
6.1.1 <i>Il fumo</i>	54
6.1.2 <i>L'alcol</i>	55
6.1.3 <i>Cannabis</i>	57
6.2 Abitudini sessuali	58
6.3 Infortuni	59
6.4 Conclusioni	60
Bibliografia capitolo 6	60
Capitolo 7: Salute e benessere	62
7.1 Introduzione	62
7.2 Percezione della propria salute	62
7.3 La percezione del benessere	63
7.4 I sintomi riportati	64
7.5 Utilizzo di farmaci	67
7.6 Conclusioni	67
Bibliografia capitolo 7	68
Alcuni indicatori riassuntivi	69

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

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

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

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

Provincia di Trieste

- Scuole Medie
 - Igor Gruden, Duino Aurisina
 - Nazario Sauro, Muggia
 - Corsi, Trieste
 - Giancarlo Roli, Trieste
 - Dante Alighieri, Trieste
 - Antonio Bergamas, Trieste
 - Giuseppe Caprin, Trieste
 - Divisione Julia, Trieste
 - Lionello Stock, Trieste
 - Savio/Manzoni, Trieste
 - Stuparich, Trieste
- Scuole Superiori
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali Scipione De Sandrinelli, Trieste
 - Istituto Tecnico Nautico Tommaso di Savoia Duca di Genova, Trieste
 - Liceo Classico F. Petrarca, Trieste
 - Istituto Magistrale Anton Martin Slomsek, Trieste
 - Istituto Magistrale G. Carducci, Trieste
 - Liceo Scientifico France Preseren, Trieste
 - Liceo Scientifico G. Galilei, Trieste
 - Liceo Scientifico G. Oberdan, Trieste
 - Istituto d'Arte Nordio, Trieste
 - Istituto Tecnico Commerciale Carli, Trieste
 - Istituto Tecnico per Attività Sociali G. Deledda, Trieste
 - Istituto Tecnico per Geometri M. Fabiani, Trieste

Provincia di Gorizia

- Scuole Medie
 - Giovanni Pascoli, Cormons
 - Ezio Giacich, Monfalcone
 - Giovanni Randaccio, Monfalcone
 - Leonardo Da Vinci, Ronchi dei Legionari
 - Dante Alighieri, Staranzano
 - Perco, Gorizia
 - Isaia Graziadio Ascoli, Gorizia
 - Vittorio Locchi, Gorizia
- Scuole Superiori
 - Istituto Tecnico Industriale G. Marconi, Staranzano
 - Liceo Scientifico Michelangelo Buonarroti, Monfalcone
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato, Monfalcone
 - Liceo Classico Dante Alighieri, Gorizia
 - Liceo Scientifico Duca degli Abruzzi, Gorizia
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali R.M. Cossar, Gorizia
 - Istituto Tecnico per Attività Sociali G. D'Annunzio, Gorizia
 - Istituto Tecnico Industriale G. Galilei, Gorizia

Provincia di Udine

- Scuole Medie
 - C. Cavour, Palazzolo dello Stella
 - Dante Alighieri, San Pietro al Natisone
 - G. Carducci, Lignano Sabbiadoro
 - Divisione Julia, Fagagna
 - Giovanni XXIII, Tricesimo
 - C. Deganutti, Ruda
 - N. Grassi, Villa Santina
 - C. Percoto, Pavia di Udine
 - E. Ursella, Buia
 - E. Feruglio, Tavagnacco
 - I. Nievo, Remanzacco
 - P. Zorutti, Palmanova
 - G. Randaccio, Cervignano del Friuli
 - U. Pellis, Fiumicello
 - G. Bianchi, Codroipo
 - Generale Cantore, Gemona del Friuli
 - Peloso Gaspari, Latisana
 - Leonardo Da Vinci, Mortegliano
 - G.D. Bertoli, Pasian di Prato
 - G. Marchetti, Campofornido
 - Nazario Sauro, San Giorgio di Nogaro
 - G.F. da Tolmezzo, Tolmezzo
 - Elvira e Amalia Piccoli, Cividale del Friuli
 - Piazza Garibaldi, Udine
 - Via Petrarca, Udine
 - Via Divisione Julia, Udine
 - G. Bearzi, Udine
- Scuole Superiori
 - Liceo Scientifico P. Paschini, Tolmezzo
 - Istituto Tecnico Industriale F. Solari, Tolmezzo
 - Liceo Scientifico, Cividale del Friuli
 - Istituto Tecnico Commerciale, Cividale del Friuli
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato Mattioni, Cividale del Friuli
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato L. Plosner, Latisana
 - Istituto Tecnico Industriale D'Aronco, Gemona del Friuli
 - Liceo Scientifico L. Magrini, Gemona del Friuli
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali, Codroipo
 - Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri V. Manzini, San Daniele del Friuli
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali Mattei, Palmanova
 - Istituto Tecnico Industriale Malignani, Cervignano del Friuli
 - Liceo Classico J. Stellini, Udine
 - Istituto Magistrale C. Percoto, Udine
 - Istituto Magistrale Uccellis, Udine
 - Liceo Scientifico G. Marinelli, Udine
 - Liceo Scientifico N. Copernico, Udine
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali, Alberghieri e di Ristorazione, Udine
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato G. Ceconi, Udine
 - Istituto d'Arte G. Sello, Udine
 - Istituto Tecnico Commerciale A. Zanon, Udine
 - Istituto Tecnico Commerciale Deganutti, Udine
 - Istituto Tecnico Industriale A. Malignani, Udine
 - Istituto Tecnico per Geometri G.G. Marinoni, Udine

Provincia di Pordenone

- Scuole Medie
 - Enrico Fermi, Sesto al Reghena
 - Italo Svevo, Fontanafredda
 - Augusto Lizier, Travesio
 - Luigi Luzzatti, Azzano Decimo
 - Istituto Comprensivo, Chions

- Dante Alighieri, Fiume Veneto
- Enrico Fermi, Casarsa della Delizia
- Leonardo Da Vinci, Cordenons
- Scuola Media, Vivaro
- Ippolito Nievo, Sacile
- Bernardino Partenio, Spilimbergo
- Amalteo Pomponio Tommaseo, San Vito al Tagliamento
- Giuseppe Ungaretti, Prata di Pordenone
- Don Bosco, Pordenone
- Giuseppe Lozer, Pordenone
- Centro Storico, Pordenone
- Pier Paolo Pasolini, Pordenone
- Scuole Superiori
 - Istituto Magistrale G.A. Pujati, Sacile
 - Scuola Magistrale Ferrante Aporti, Sacile
 - Istituto Tecnico Commerciale G. Marchesini, Sacile
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato, Sacile
 - Istituto Tecnico Commerciale P. Sarpi, San Vito al Tagliamento
 - Liceo Scientifico Le Filandiere, San Vito al Tagliamento
 - Istituto Tecnico Agrario, Spilimbergo
 - Liceo Classico G. Leopardi, Pordenone
 - Liceo Scientifico E. Majorana, Pordenone
 - Liceo Scientifico M. Grigoletti, Pordenone
 - Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici F. Flora, Pordenone
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato L. Zanussi, Pordenone
 - Istituto Tecnico Commerciale O. Mattiussi, Pordenone
 - Istituto Tecnico Industriale Kennedy, Pordenone
 - Istituto Tecnico per Geometri S. Pertini, Pordenone

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

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

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

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

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

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

1.2 Descrizione del campione

In Friuli Venezia Giulia (Tabella 1.1) hanno aderito 202 classi su 205 selezionate (98,5%). La rispondenza è risultata decrescere con l'aumentare dell'età, passando da 100% per le classi di prima media (11 anni) a 97% per quelle di seconda superiore (15 anni).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	64	64	100
Classe terza media	69	68	98.55
Classe seconda superiore	72	70	97.22
Totale	205	202	98.54

Il campione studiato è composto da 1541 ragazzi (49,8%) e 1555 (50,2%) ragazze (Tabella 1.2). La risposta del campione non si mantiene costante nelle tre fasce di età, infatti si passa dal 50,3% di maschi vs 47,3% di femmine per gli undicenni a 51,1% vs 48,9% per i tredicenni fino al 47,3% vs 52,7% per i quindicenni.

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	35.76 (551)	34.98 (544)	35.37 (1095)
13 anni	37.57 (579)	35.56 (553)	36.56 (1132)
15 anni	26.67 (411)	29.45 (458)	28.07 (869)
Totale	100 (1541)	100 (1555)	100 (3096)

Dalla Tabella 1.3 è possibile osservare come la percentuale di ragazzi nati all'estero aumenti con il diminuire dell'età: tra i quindicenni solo il 5,5% del campione è nato all'estero mentre tra gli undicenni ben l'8,5%.

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Nato in Italia	91.49 (989)	93.49 (1049)	94.46 (818)
Nato all'estero	8.51 (92)	6.51 (73)	5.54 (48)
Totale	100 (1081)	100 (1122)	100 (866)

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.

Letture di approfondimento

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

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

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

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

- La famiglia "monoparentale": cioè le famiglie in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore. Secondo Scabini (2000), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.
- La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o

meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-Europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

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

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

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

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

Dall'analisi della tabella 2.1 emerge che la maggioranza dei ragazzi/e (80,2%) dichiara di vivere in un contesto familiare nucleare con entrambi i genitori, e in particolare il 68,9% solo con i genitori e l'11,4% con anche i nonni. Non sono pochi tuttavia quelli che riportano come contesto familiare principale una famiglia monogenitoriale (14,2%); si tratta quasi interamente di famiglie non allargate che fanno perno sulla figura materna (12,2%) rispetto a quella paterna (2%); se a queste si sommano i casi di famiglie ricostituite (materna o paterna) e le famiglie estese (prendendo in considerazione anche la famiglia allargata), si ha complessivamente il 18,4% di casi nei quali i genitori naturali sono separati.

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	68.87 (2075)
Madre e padre, più uno o due nonni	11.38 (343)
Solo madre (con o senza nonni)	12.18 (367)
Solo padre (con o senza nonni)	1.99 (60)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.75 (113)
Solo nonni (uno o due)	0.53 (16)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.29 (39)
Totale	100 (3013)

Dalla Tabella 2.2 emerge che il 24,6% dei ragazzi è figlio unico ed il 50,7% ha un solo fratello.

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	24.56 (572)
1 fratello o sorella	50.67 (1180)
2 o più fratelli o sorelle	24.77 (577)
Totale	100 (2329)

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

Nel presente studio, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa a problemi che li preoccupavano con i propri genitori (madre e padre). Le

modalità di risposta a questa domanda erano distribuite su una scala a 4 punti da “molto facile” a “molto difficile”.

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

Questi dati mostrano che il dialogo con le madri è sempre “molto facile” più che con i padri e con valori in diminuzione al crescere dell’età (a 11 anni il 47,9% trova molto facile parlare con la madre contro il 24,3% che trova molto facile parlare con i padri; a 13 anni il 28,8% contro il 12,4%; a 15 anni il 23,0% contro il 9,5%). All’estremo opposto, il dialogo “molto difficile” presenta un andamento inverso, nel senso che i valori più elevati si riscontrano per i padri e aumentano col progredire dell’età (a 11 anni il 4,3% trova molto difficile parlare con le madri contro il 10,5%, che trova molto difficile parlare con i padri; a 13 anni il 5,3% contro il 13,4%; a 15 anni il 6,6% contro il 17,2%).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	24.30 (261)	12.36 (139)	9.49 (82)
Facile	39.66 (426)	42.04 (473)	37.27 (322)
Difficile	22.44 (241)	28.36 (319)	31.48 (272)
Molto difficile	10.52 (113)	13.42 (151)	17.25 (149)
Non ho questa persona	3.07 (33)	3.82 (43)	4.51 (39)
Totale	100 (1074)	100 (1125)	100 (864)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	47.88 (509)	28.84 (321)	23.03 (199)
Facile	36.22 (385)	44.47 (495)	45.14 (390)
Difficile	9.88 (105)	19.77 (220)	23.26 (201)
Molto difficile	4.33 (46)	5.30 (59)	6.60 (57)
Non ho questa persona	1.69 (18)	1.62 (18)	1.97 (17)
Totale	100 (1063)	100 (1113)	100 (864)

Sommando le risposte “molto facile” e “facile”, parlare con il padre, e dividendo per genere, si vede come sia più facile per i ragazzi parlare con il padre rispetto alle ragazze in tutte le fasce di età, con la consueta diminuzione con la crescita (Figura 2.1).

Sommando le risposte “molto facile” e “facile” parlare con la madre, e dividendo per genere, si vede come le differenze fra ragazzi e ragazze siano praticamente assenti a 11 e 13 anni. C’è la consueta diminuzione con la crescita, anche se molto meno marcata rispetto al dialogo con il padre (Figura 2.2).

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

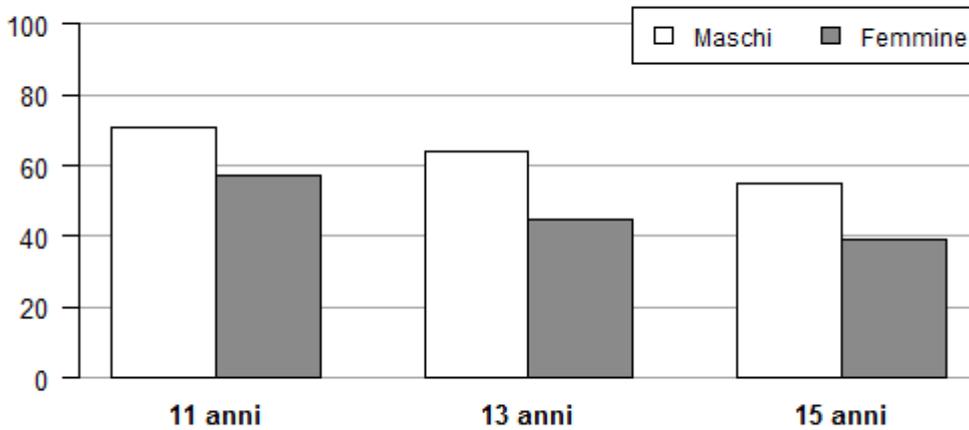
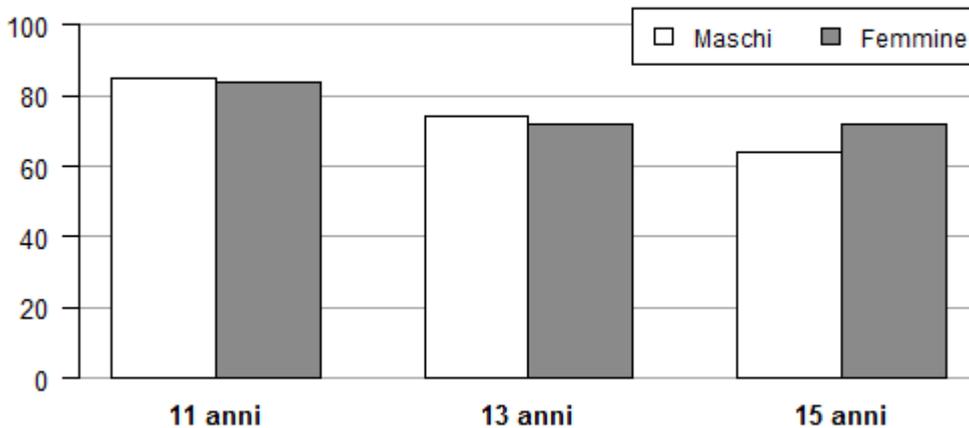


Figura 2.2. Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età).



2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai

ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze...) con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare) (Currie et al., 1997);

- status sociale (educazione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

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

Nelle tabelle a seguire si possono osservare i risultati, distinti per indicatori utilizzati. Nella Tabella 2.5 si nota che la frequenza del livello economico alto (FAS = 3) è quella più elevata (53,6%), rispetto a quello medio (37,5%) e a quello basso (8,9%).

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

FAS	% (N)
Basso	8.89 (271)
Medio	37.55 (1145)
Alto	53.56 (1633)
Totale	100 (3049)

Il livello di istruzione dei genitori, considerato indicativo dello status sociale della famiglia, è descritto nella Tabella 2.6, la quale evidenzia che complessivamente una buona percentuale di genitori ha un livello alto di istruzione (in possesso del diploma di maturità superiore e/o di laurea), in particolare, il 66,1% delle madri e il 60,5% dei padri.

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni %	13 anni %	15 anni %	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Licenza elementare	1.32 (8)	1.97 (17)	2.53 (19)	1.40 (9)	1.46 (13)	1.18 (9)
Licenza media	18.87 (114)	18.33 (158)	21.60 (162)	17.88 (115)	17.87 (159)	21.13 (161)
Istituto professionale	18.38 (111)	17.98 (155)	17.47 (131)	13.06 (84)	13.48 (120)	14.30 (109)
Maturità	35.43 (214)	37.94 (327)	38.53 (289)	38.41 (247)	42.70 (380)	41.60 (317)
Laurea	25.99 (157)	23.78 (205)	19.87 (149)	29.24 (188)	24.49 (218)	21.78 (166)
Totale	100 (604)	100 (862)	100 (750)	100 (643)	100 (890)	100 (762)

2.5 Conclusioni

Poiché la vita in famiglia è in grado di influenzare fortemente le modalità con cui i ragazzi, futuri adulti, si rapportano con il mondo, è stato scelto di analizzare alcuni aspetti di tre delle maggiori componenti della vita familiare: la struttura di convivenza, la qualità percepita delle relazioni con i genitori e la situazione socio-economica.

Rispetto alla struttura familiare, si conferma la netta prevalenza di nuclei in cui sono presenti entrambi i genitori, con o senza altre figure parentali. Non è tuttavia possibile trascurare il fatto che le situazioni alternative rappresentano ormai un 18% circa delle realtà in cui vivono e crescono i ragazzi; realtà associate, di cui occorre tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali, in quanto situazioni a rischio di svantaggio economico e sociale.

La qualità della relazione con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende a ridursi con l'età, risultando più bassa fra i quindicenni che fra i tredicenni e gli undicenni. Ciò indica che a tutt'oggi, nonostante negli ultimi anni il rapporto genitori-figli sia caratterizzato da un dialogo aperto, la fase adolescenziale, rispetto ai periodi precedenti, presenta maggiori difficoltà di relazioni con i genitori, in quanto rappresenta la fase evolutiva in cui inizia il distacco dalla famiglia, per avvicinarsi ad altri gruppi. Considerando il rapporto genitori/figli sotto il profilo di genere è emerso che in tutte le età considerate le ragazze hanno più frequentemente difficoltà a parlare con il padre rispetto ai ragazzi. Con la madre, invece, non vi sono differenze significative di genere indicando come all'interno del nucleo familiare la madre è il principale riferimento di sostegno emotivo.

Per quanto riguarda la situazione socio-economica, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-alte, seppur in presenza di situazioni di disagio (9%). Anche di questi dati occorre tenere conto nell'organizzazione delle politiche di sostegno alle famiglie, per l'importanza che lo status socio-economico esercita sullo stato di salute presente e futuro dei giovani.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.

- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Successivamente, si sono confrontate queste informazioni con quelle rilevate dagli studenti, per avere una migliore 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. La maggior parte delle scuole (circa il 75%) presenta risorse strutturali adeguate; mentre solo il 68,9% delle scuole è dotato di attrezzature speciali per disabili. Nell'11,7% delle scuole manca totalmente la palestra e nel 5,0% mancano le attrezzature speciali per disabili (Tabella 3.1).

Riguardo le misure di promozione della salute adottate abitualmente (Tabella 3.2), l'83% riguarda la promozione dell'attività fisica e dello sport, seguite da prevenzione dell'abuso di sostanze (58,6%), prevenzione di violenza e bullismo (57%) e nutrizione e alimentazione (52%). Solo il 37% delle scuole ha una mensa scolastica; mentre i distributori automatici di alimenti sono presenti in quasi 2 scuole su 3 (64,3%). Nella gran maggioranza delle scuole (87,4%) mancano programmi di distribuzione di alimenti sani come latte, yogurt e frutta (Tabella 3.3).

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

	Cortile/ Aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Biblioteca, libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature speciali per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguato	72.50 (87)	81.67 (98)	73.73 (87)	71.67 (86)	72.27 (86)	81.51 (97)	78.15 (93)	68.91 (82)	78.81 (93)
Non adeguato	24.17 (29)	18.33 (22)	26.27 (31)	16.67 (20)	26.05 (31)	18.49 (22)	21.85 (26)	26.05 (31)	20.34 (24)
Risorsa non presente	3.33 (4)	0.00 (0)	0.00 (0)	11.67 (14)	1.68 (2)	0.00 (0)	0.00 (0)	5.04 (6)	0.85 (1)
Totale	100 (120)	100 (120)	100 (118)	100 (120)	100 (119)	100 (119)	100 (119)	100 (119)	100 (118)

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

	Nutrizione e Alimentazione	Attività fisica e Sport	Violenza e bullismo	Abuso di sostanze
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì abitualmente	52.10 (62)	83.33 (100)	57.14 (68)	58.62 (68)
Sì di tanto in tanto	41.18 (49)	16.67 (20)	40.34 (48)	38.79 (45)
No	6.72 (8)	0.00 (0)	2.52 (3)	2.59 (3)
Totale	100 (119)	100 (120)	100 (119)	100 (116)

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

	Mensa scolastica %	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt %	Distributori automatici di alimenti %
	(N)	(N)	(N)
Sì	37.29 (44)	12.61 (14)	64.35 (74)
No	62.71 (74)	87.39 (97)	35.65 (41)
Totale	100 (118)	100 (111)	100 (115)

Nelle scuole in cui sono presenti programmi di distribuzione di alimenti sani (Tabella 3.4), questi riguardano principalmente (62,8%) la somministrazione di spuntini di metà mattina.

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

	Prima colazione %	Spuntini di metà mattina %	Merenda pomeridiana %
	(N)	(N)	(N)
Sì	21.43 (3)	92.86 (13)	14.29 (2)
No	78.57 (11)	7.14 (1)	85.71 (12)
Totale	100 (14)	100 (14)	100 (14)

Gli alimenti presenti nei distributori automatici (Tabella 3.5) sono nell'85% dei casi merendine confezionate o bibite zuccherate o gassate (80%). Solo in un distributore automatico su tre (37%) è presente yogurt o frutta.

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

	Bibite zuccherate o gassate %	Succhi di frutta %	Merendine preconfezionate, caramelle, snack %	Yogurt %	Frutta fresca %	Acqua %	Bevande calde %	Altro %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì	79.73 (59)	78.38 (58)	85.14 (63)	41.89 (31)	32.43 (24)	90.54 (67)	87.84 (65)	14.86 (11)
No	20.27 (15)	21.62 (16)	14.86 (11)	58.11 (43)	67.57 (50)	9.46 (7)	12.16 (9)	85.14 (63)
Totale	100 (74)	100 (74)	100 (74)	100 (74)	100 (74)	100 (74)	100 (74)	100 (74)

Per quanto riguarda l'attività motoria prevista dal curriculum, il 98,3% delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore raccomandate (Tabella 3.6).

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

	Classi
	%
	(N)
Tutte	98.32
	(117)
Quasi tutte	1.68
	(2)
Circa la metà	0.00
	(0)
Poche	0.00
	(0)
Totale	100
	(119)

In regione sono poche le collaborazioni con altri enti per sviluppare iniziative favorevoli corrette scelte alimentari (Tabella 3.7). La scuola collabora principalmente con altri enti (40,8%), con associazioni (20,8%) e con il comune (16,7%).

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

	Comune	Associazione agricoltori/ allevatori	Istituzioni provinciali	Associazioni (volontariato, onlus,...)	Direzione scolastica/ insegnanti	Altro
	%	%	%	%	%	%
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì	16.67	7.50	5.83	20.83	19.17	40.83
	(20)	(9)	(7)	(25)	(23)	(49)
No	83.33	92.50	94.17	79.17	80.83	59.17
	(100)	(111)	(113)	(95)	(97)	(71)
Totale	100	100	100	100	100	100
	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)	(120)

A proposito dell'organizzazione interna della scuola, la Tabella 3.8 mostra quanto frequentemente i ragazzi partecipino e siano coinvolti nello sviluppo di politiche e regole (85,0%) e nello sviluppo di misure di promozione della salute (53,4%); mentre il 63,8% degli studenti non è coinvolto "mai" oppure "raramente" nell'organizzazione del contesto fisico scolastico.

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

	Sviluppo politiche e regole	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure di promozione alla salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	%	%	%	%	%
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Frequentemente	85.00	36.21	53.39	45.38	47.46
	(102)	(42)	(63)	(54)	(56)
Raramente	13.33	56.03	42.37	47.90	46.61
	(16)	(65)	(50)	(57)	(55)
Mai	1.67	7.76	4.24	6.72	5.93
	(2)	(9)	(5)	(8)	(7)
Totale	100	100	100	100	100
	(120)	(116)	(118)	(119)	(118)

All'esterno della scuola, secondo i dirigenti scolastici, i problemi più rilevanti riguardano il traffico eccessivo (7,6%), mentre lo spaccio/consumo di sostanze e la criminalità vengono considerati problemi moderati/lievi (55,08% e 47,46% rispettivamente) (Tabella 3.9).

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

	Tensioni razziali/etniche %	Immondizie per strada %	Spaccio/consumo di sostanze %	Violenze/ vandalismo %	Traffico eccessivo %	Edifici dismessi %	Criminalità %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Problema rilevante	0.86 (1)	0.00 (0)	3.39 (4)	0.00 (0)	7.63 (9)	0.00 (0)	0.00 (0)
Problema moderato/lieve	37.07 (43)	31.03 (36)	55.08 (65)	28.45 (33)	46.61 (55)	22.88 (27)	47.46 (56)
Problema non presente	58.62 (68)	68.10 (79)	33.05 (39)	69.83 (81)	44.92 (53)	72.03 (85)	44.92 (53)
Non so	3.45 (4)	0.86 (1)	8.47 (10)	1.72 (2)	0.85 (1)	5.08 (6)	7.63 (9)
Totale	100 (116)	100 (116)	100 (118)	100 (116)	100 (118)	100 (118)	100 (118)

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

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

Nella tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla domanda "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto". Il 40,1% degli studenti (di cui 43,5% dei maschi ed il 37,1% delle femmine) si dichiara molto d'accordo/d'accordo (somma delle risposte "molto d'accordo" e "d'accordo") con tale affermazione, circa il 21,3% risulta essere non d'accordo/per niente d'accordo (somma delle risposte "non d'accordo" e "per niente d'accordo"); mentre il 38,6% afferma di essere "né d'accordo né in disaccordo" (somma delle risposte "né d'accordo" e "né in disaccordo") con l'insegnante.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	9.05 (37)	7.95 (36)	8.47 (73)
D'accordo	34.47 (141)	29.14 (132)	31.67 (273)
Né d'accordo né in disaccordo	34.96 (143)	41.94 (190)	38.63 (333)
Non d'accordo	14.43 (59)	16.34 (74)	15.43 (133)
Per niente d'accordo	7.09 (29)	4.64 (21)	5.80 (50)
Totale	100 (409)	100 (453)	100 (862)

Il 46,9% dei quindicenni (con una differenza tra maschi e femmine: 44,0% contro 49,6%) dichiara che in classe è incoraggiato a esprimere il proprio punto di vista (somma delle risposte molto d'accordo e d'accordo) (Tabella 3.11).

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	10.57 (43)	9.91 (45)	10.22 (88)
D'accordo	33.42 (136)	39.65 (180)	36.70 (316)
Né d'accordo né in disaccordo	32.68 (133)	32.82 (149)	32.75 (282)
Non d'accordo	16.22 (66)	12.33 (56)	14.17 (122)
Per niente d'accordo	7.13 (29)	5.29 (24)	6.16 (53)
Totale	100 (407)	100 (454)	100 (861)

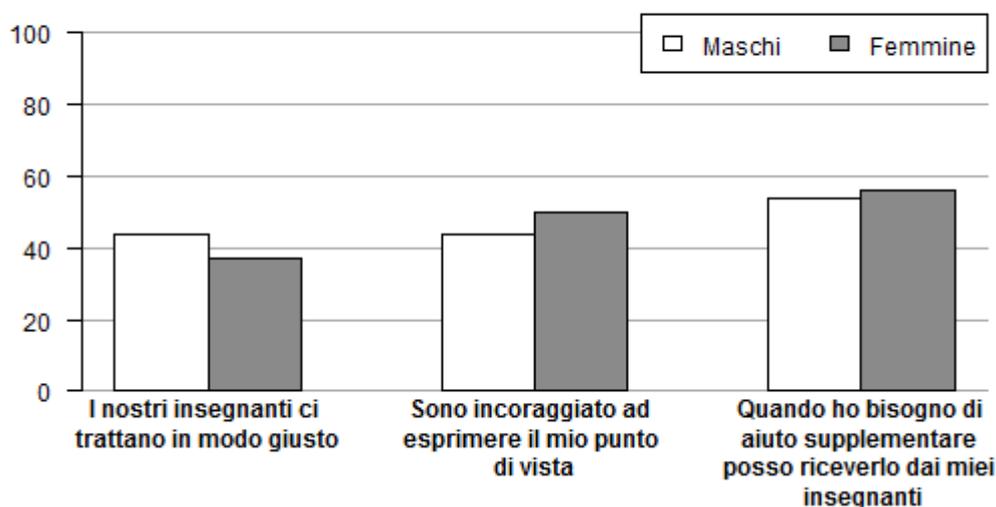
Nella Tabella 3.12 sono riportate le risposte relative alla domanda "quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti" e risulta che il 55,2% dei ragazzi è "d'accordo" o "molto d'accordo" con questa affermazione. Non vi sono sostanziali differenze di risposta tra maschi e femmine.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	11.79 (48)	11.04 (50)	11.40 (98)
D'accordo	42.26 (172)	45.25 (205)	43.84 (377)
Né d'accordo né in disaccordo	29.73 (121)	28.92 (131)	29.30 (252)
Non d'accordo	11.55 (47)	11.26 (51)	11.40 (98)
Per niente d'accordo	4.67 (19)	3.53 (16)	4.07 (35)
Totale	100 (407)	100 (453)	100 (860)

Infine dalla figura 3.1 possiamo vedere che solo il 40% dei ragazzi e delle ragazze ritiene di essere trattato in modo giusto dai propri insegnanti, la metà si sente incoraggiata ad esprimere il proprio punto di vista e, comunque, più della metà dei ragazzi e delle ragazze ritiene di poter ricevere un aiuto supplementare dai propri insegnanti.

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



3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

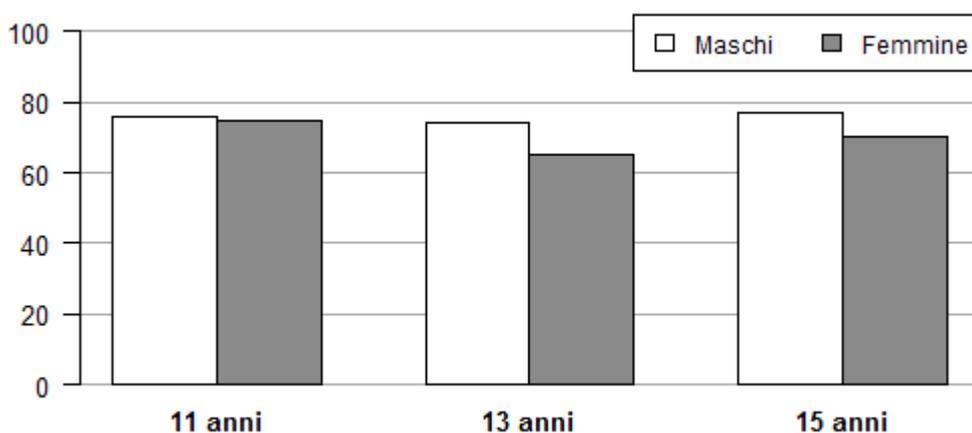
Al contrario, avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (Wentzel e Caldwell, 1997), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (Wentzel, 2003).

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

La maggior parte degli studenti dichiara che i propri compagni sono gentili e disponibili; sommando le risposte "molto d'accordo" e "d'accordo" si ottiene una percentuale di risposta per gli 11, 13 e 15 anni rispettivamente del 64,6%, 52,3% e 67,7%.

La maggior parte degli studenti dichiara di essere accettato per quello che è da parte dei compagni; sommando le risposte "molto d'accordo" e "d'accordo" si ottiene una percentuale di risposta per gli 11, 13 e 15 anni rispettivamente del 75,5%, 69,9% e 73,0%. Le ragazze mostrano percentuali sempre leggermente inferiori rispetto ai ragazzi, soprattutto a 13 e a 15 anni (Figura 3.2).

Figura 3.2 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere.



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

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi. Nelle Tabelle 3.13 e 3.14 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età. La maggior parte dei ragazzi dichiara di non avere mai subito atti di bullismo ed il fenomeno, inoltre, si è maggiormente presente tra i ragazzi più piccoli e decresce con l'aumentare dell'età: 82,5%, 86,1% e 92,9%, rispettivamente a 11, 13 e 15 anni.

La percentuale più elevata di coloro che dichiarano di essersi azzuffati almeno una volta nell'ultimo anno si riscontra nei tredicenni (35,4%) con un decremento in quelli di undici (30,0%) e di quindici anni (24,0%). Da segnalare come l'aggressività ripetuta nel tempo sia più elevata a 11 e 13 anni (rispettivamente il 6,8% ed il 6,5% dei ragazzi si è azzuffato o picchiato con qualcuno più di quattro volte in una settimana, durante gli ultimi dodici mesi).

Tabella 3.13: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	82.52 (897)	86.09 (972)	92.92 (801)
1-2 volte negli ultimi due mesi	11.68 (127)	9.21 (104)	4.99 (43)
2-3 volte nell'ultimo mese	2.85 (31)	1.68 (19)	0.12 (1)
1v/sett	0.83 (9)	1.24 (14)	0.58 (5)
>1volta/sett	2.12 (23)	1.77 (20)	1.39 (12)
Totale	100 (1087)	100 (1129)	100 (862)

Figura 3.3 – Percentuale di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età e genere (dati relativi ai ragazzini di 11, 13 e 15).

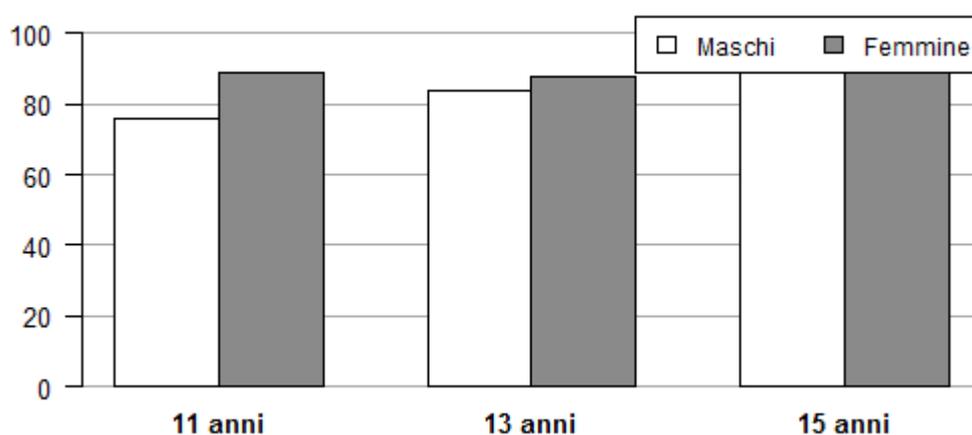


Tabella 3.14: Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	70.00 (763)	64.60 (730)	76.01 (659)
Una volta	15.05 (164)	19.91 (225)	13.26 (115)
2 volte	5.41 (59)	5.84 (66)	5.54 (48)
3 volte	2.75 (30)	3.19 (36)	1.61 (14)
4 volte o più	6.79 (74)	6.46 (73)	3.58 (31)
Totale	100 (1090)	100 (1130)	100 (867)

Dalla Figura 3.3 si può osservare che le ragazze dichiarano in maniera sempre maggiore rispetto ai maschi, di non aver mai subito atti di bullismo, la differenza maggiore si evidenzia all'età di 11 anni.

3.5 Rapporto con la scuola

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

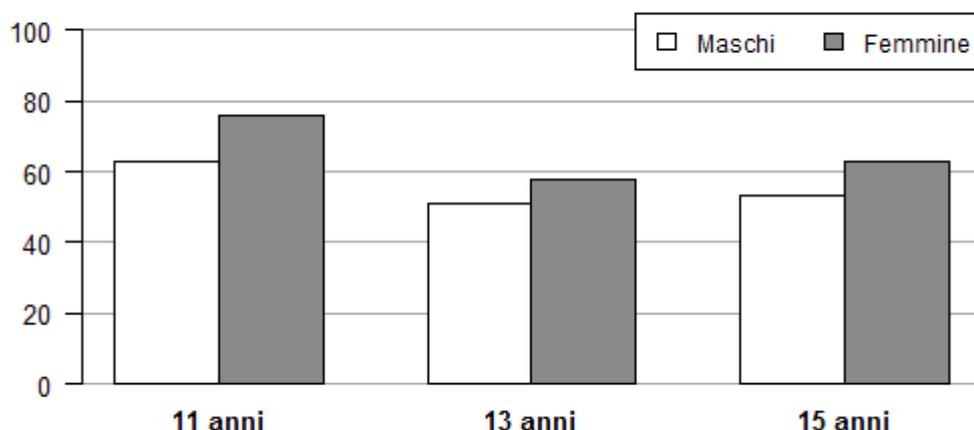
Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e grupppale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità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

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente".

La Tabella 3.15 e la Figura 3.4 evidenziano come a 11 anni, 2 ragazzi su 3 (69,2%) abbiano un buon rapporto con la scuola (piace "molto" e/o "abbastanza" la scuola). L'opzione che ha lo studente, verso la scuola, peggiora verso i 13 anni (54,1%) e, successivamente, migliora lievemente intorno ai 15 anni (58,4%). Il giudizio positivo sulla scuola risulta essere espresso maggiormente dalle femmine in ogni fascia di età.

Tabella 3.15: Attualmente cosa pensi della scuola?, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	19.32 (211)	7.43 (84)	7.98 (69)
Abbastanza	49.91 (545)	46.68 (528)	50.40 (436)
Non tanto	20.24 (221)	32.10 (363)	30.87 (267)
Non mi piace per nulla	10.53 (115)	13.79 (156)	10.75 (93)
Totale	100 (1092)	100 (1131)	100 (865)

Figura 3.4 – Percentuale di coloro a cui piace “molto” e “abbastanza” la scuola, per età e genere

3.6 Conclusioni

Il quadro strutturale scolastico è nel complesso buono, anche se emerge la necessità di intervenire sugli spazi fisici degli edifici scolastici per garantire non solo la didattica ma anche l'attività fisica e il movimento visto che il 12% delle scuole dichiara che la risorsa non è presente. Anche l'adeguatezza di strutture per i disabili dovrebbe essere garantita ovunque. La quasi totalità delle classi fa le due ore di attività motoria previste dal curriculum e l'attività fisica prevale nelle iniziative di promozione della salute. Vista la scarsa presenza di attività scolastiche su nutrizione e alimentazione (solo 1 scuola su 2 dichiara di farle abitualmente) si auspica un incentivo di questo tipo di attività, prendendo tra l'altro come prioritario oggetto di intervento la distribuzione di alimenti sani a scuola e la riduzione di distributori automatici con alimenti ad elevato contenuto calorico e zuccherino.

Rispetto al coinvolgimento degli studenti all'organizzazione all'interno della scuola, solo 1 ragazzo su 2 dice di sentirsi coinvolto; pare quindi ancora migliorabile l'integrazione tra gli studenti e i professori per quel che riguarda la pianificazione delle diverse attività scolastiche.

Il giudizio sulle qualità relazionali ragazzi/insegnanti dovrebbe essere lo stesso oggetto di riflessione per migliorare nel complesso il clima scolastico. Fa riflettere che meno ragazze (37%) rispetto ai ragazzi (43,5%) siano d'accordo con l'affermazione "i nostri insegnanti ci trattano in modo giusto" e che il 50% del campione non si senta incoraggiato a esprimere il proprio punto di vista. Probabilmente è anche per questo che al 40% dei ragazzi non piaccia tanto o per nulla la scuola. Sembra anche necessario lavorare per diminuire gli atti di bullismo segnalati da 1 ragazzo su 5 negli undicenni e da 1/7 nei tredicenni, anche se questo fenomeno sembra diminuire con l'età.

Bibliografia capitolo 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2

- (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K. R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

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

Particolare significato assume la diffusione di scorretti stili di vita negli adolescenti, età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana, attraverso l'acquisizione di stili di vita salutari. Infatti è utile ricordare, come suggeriscono alcuni studi, (WHO, 2008; Schor EL, 2003) che l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta.

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

4.2 Attività fisica

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

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

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

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

4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

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

intense (oltre 7 Kcal/min) comprendono: la corsa, step, karate, judo e la maggior parte degli sport competitivi (CDC, 2009; U.S. DHHS, 2008).

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

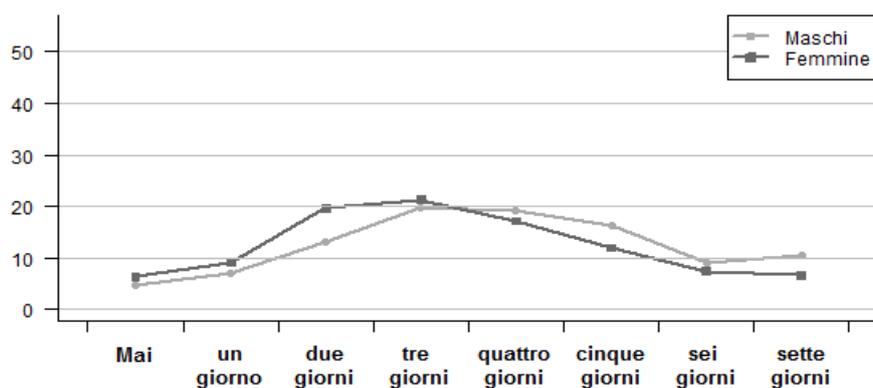
Osservando la Tabella 4.1, si nota che il 4,5% degli undicenni, il 5,4% dei tredicenni e il 7,3% dei quindicenni non svolge mai attività fisica. La maggior parte pratica attività motoria dai due ai cinque giorni, mentre la frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di sette giorni alla settimana con almeno un'ora di attività fisica è rispettivamente del 8,6% a 11 anni, 8,3% a 13 anni e 9,0% a 15 anni.

Se mettiamo a confronto, poi, le frequenze di quanti praticano attività fisica (moderata e/o intensa) per genere (Figura 4.1), risulta evidente che i ragazzi si muovono in generale più delle ragazze.

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

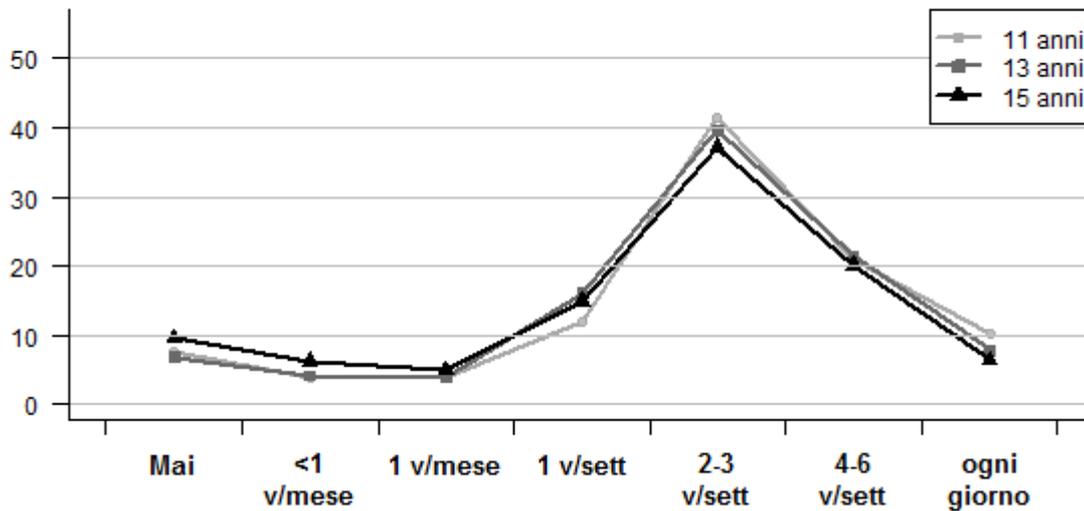
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	4.51 (49)	5.42 (61)	7.29 (63)
un giorno	6.26 (68)	7.19 (81)	11.57 (100)
due giorni	17.76 (193)	13.77 (155)	18.29 (158)
tre giorni	21.44 (233)	20.43 (230)	19.44 (168)
quattro giorni	19.14 (208)	19.98 (225)	14.81 (128)
cinque giorni	13.25 (144)	16.43 (185)	12.27 (106)
sei giorni	9.02 (98)	8.44 (95)	7.29 (63)
sette giorni	8.65 (94)	8.35 (94)	9.03 (78)
Totale	100 (1087)	100 (1126)	100 (864)

Figura 4.1 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, sia durante l'orario scolastico che al di fuori di questo, facessero esercizio fisico intenso, tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata. In tutte e tre le fasce di età, al di fuori dell'orario scolastico, le percentuali più elevate vengono riscontrate per "2-3 volte a settimana" (Figura 4.2). La quantità di attività fisica intensa sembra rimanere stabile al crescere dell'età. Valori confermati anche dai dati riportati nella tabella 4.1

Figura 4.2 – Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa (volte alla settimana) esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età



4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

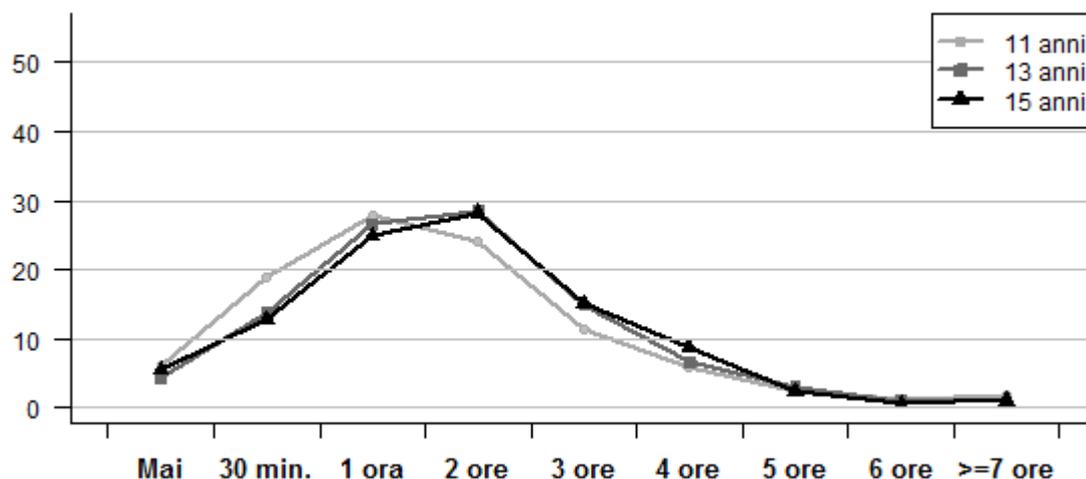
Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare 2 ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

Per quanto riguarda il tempo passato davanti alla televisione, i ragazzi che superano le 2 ore di televisione al giorno aumentano con l'aumentare dell'età: 23,0% a 11 anni, 26,6% a 13 e 28,4% a 15. Il picco, in termini di frequenza percentuale, si ha intorno alle 2 ore al giorno fra i tredicenni (28,6%) e i quindicenni (28,3%) e intorno a un'ora fra i più giovani (27,8%) (Tabella 4.2 e Figura 4.3).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6.06 (66)	4.34 (49)	5.65 (49)
Mezz'ora	19.01 (207)	13.81 (156)	12.80 (111)
1 ora	27.82 (303)	26.64 (301)	24.91 (216)
2 ore	24.15 (263)	28.58 (323)	28.26 (245)
3 ore	11.29 (123)	14.87 (168)	15.22 (132)
4 ore	5.79 (63)	6.64 (75)	8.88 (77)
5 ore	2.57 (28)	3.10 (35)	2.42 (21)
6 ore	1.38 (15)	1.06 (12)	0.69 (6)
>= 7 ore	1.93 (21)	0.97 (11)	1.15 (10)
Totale	100 (1089)	100 (1130)	100 (867)

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

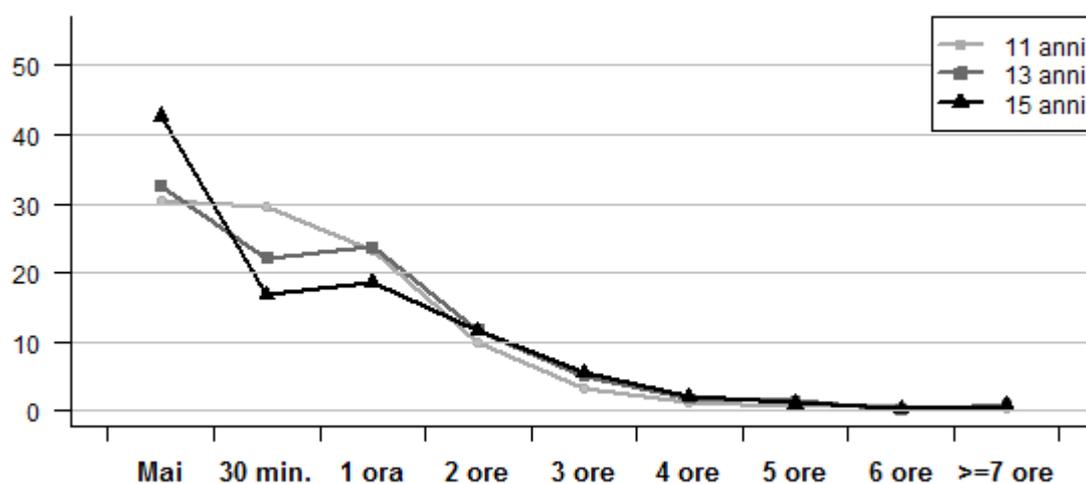


I dati relativi al tempo passato davanti al computer o alla playstation per giocare mostrano livelli di utilizzo bassi: non lo usa “mai” il 30,5% degli studenti di 11 anni, il 32,6% di quelli di 13 anni e il 42,7% di quelli di 15 anni (Tabella 4.3). Le percentuali maggiori del tempo dedicato a videogiochi risultano infatti “mai” per tutte le classi di età come si evidenzia anche in Figura 4.4.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	30.48 (331)	32.63 (369)	42.71 (369)
Mezz'ora	29.74 (323)	22.19 (251)	16.78 (145)
1 ora	23.11 (251)	23.78 (269)	18.75 (162)
2 ore	10.04 (109)	11.76 (133)	11.69 (101)
3 ore	3.31 (36)	5.13 (58)	5.56 (48)
4 ore	1.29 (14)	1.86 (21)	2.20 (19)
5 ore	0.83 (9)	1.50 (17)	1.16 (10)
6 ore	0.74 (8)	0.18 (2)	0.35 (3)
>= 7 ore	0.46 (5)	0.97 (11)	0.81 (7)
Totale	100 (1086)	100 (1131)	100 (864)

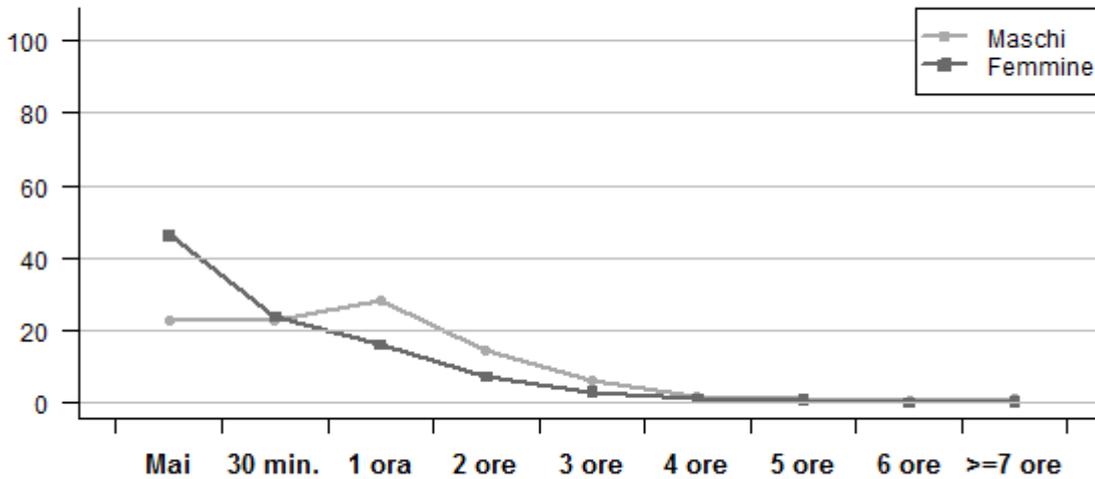
Figura 4.4 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, playstation o altro), per età



Per quel che riguarda le differenze di genere (figura 4.3) si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per i videogiochi.

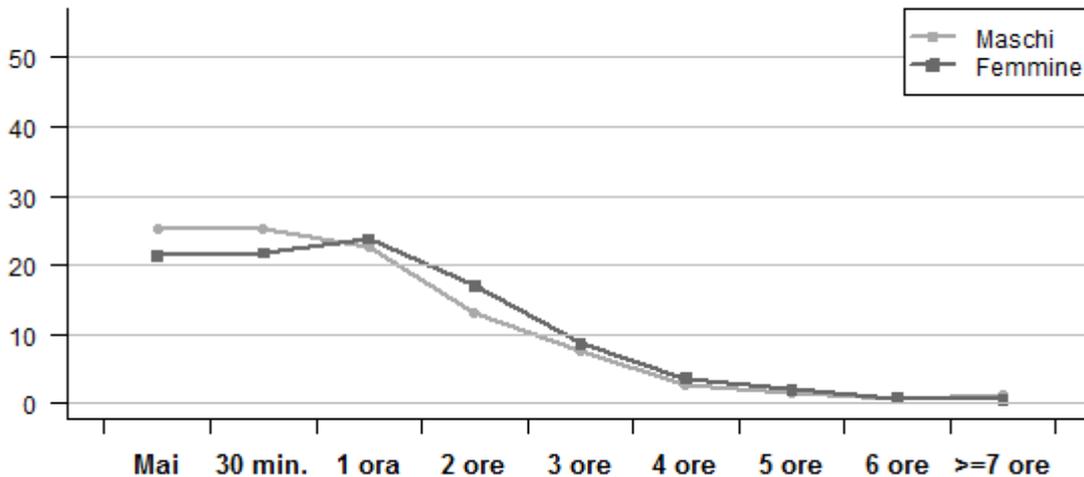
Più del doppio delle ragazze rispetto ai ragazzi non dedica mai tempo ai giochi elettronici. Circa 1 ragazzo su 3 gioca ai videogiochi per 1 ora al giorno.

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



Per quanto riguarda l'utilizzo del computer per chattare, navigare su internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti e simili, il 37,4% dei giovani di 11 anni non lo usa mai contro il 18,2% dei tredicenni e il 12,2% dei quindicenni. Il 24,5% dei tredicenni e il 26,6% dei quindicenni lo usa per 1 ora al giorno. Non vi sono sostanziali differenze nel tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare, scrivere e ricevere e-mail e fare i compiti tra ragazzi e ragazze (Figura 4.6).

Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per genere



4.4 Rapporti con i pari

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

L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi (via sms e/o via internet) rappresentano le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto, tra i ragazzi. Il loro utilizzo aumenta con l'età, infatti nella fascia degli 11 anni sono molto più frequenti le risposte "raramente o mai" (28,7%); mentre nei 13 e 15 anni la risposta più frequente è "tutti i giorni", rispettivamente con i valori di 48,4% e 60,0%.

La Figura 4.7 mette in luce, la differenza tra ragazzi e ragazze nelle percentuali di tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet. E' inoltre da notare come per la risposta "tutti i giorni" gli undicenni risultino circa un terzo dei quindicenni (Figura 4.8).

Figura 4.7 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per genere

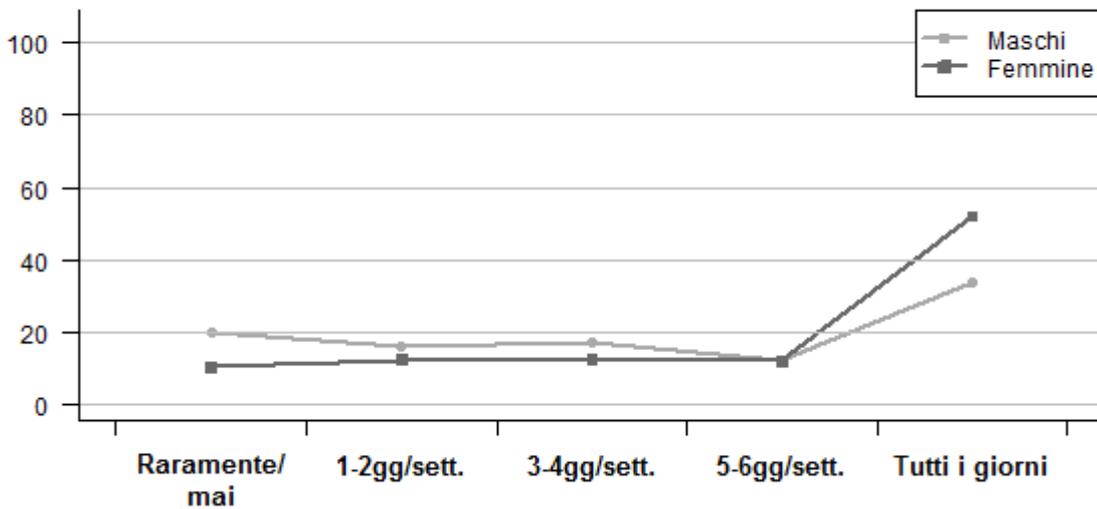
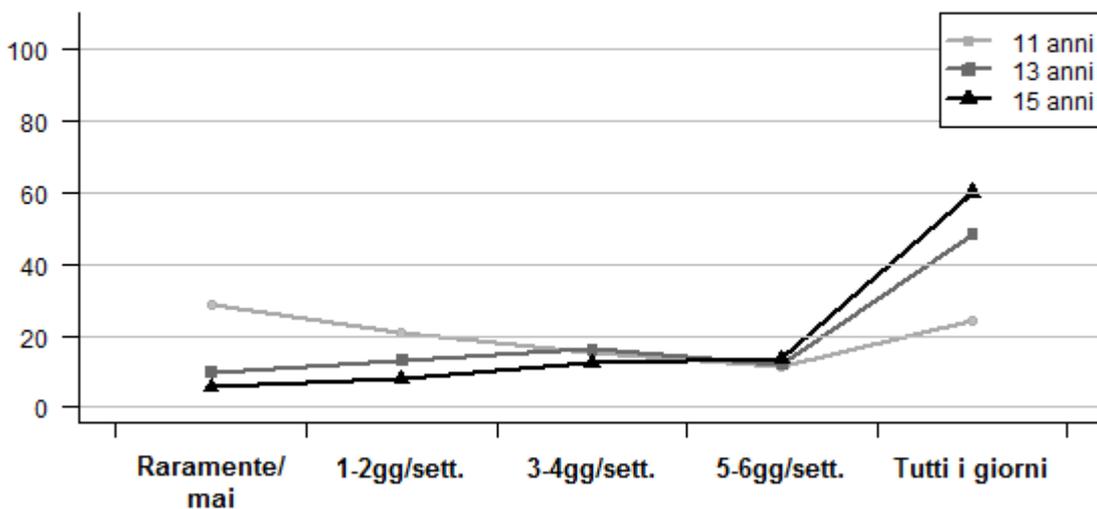


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età



A confronto, è stato analizzato il tempo che gli adolescenti dedicano agli incontri con i coetanei, al di fuori dell'orario scolastico. Questo risulta essere leggermente maggiore per gli studenti di 15 anni,

rispetto agli 11 e 13 anni (Figura 4.9), con una sostanziale uguaglianza tra ragazzi e ragazze (Figura 4.10).

Figura 4.9 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per età

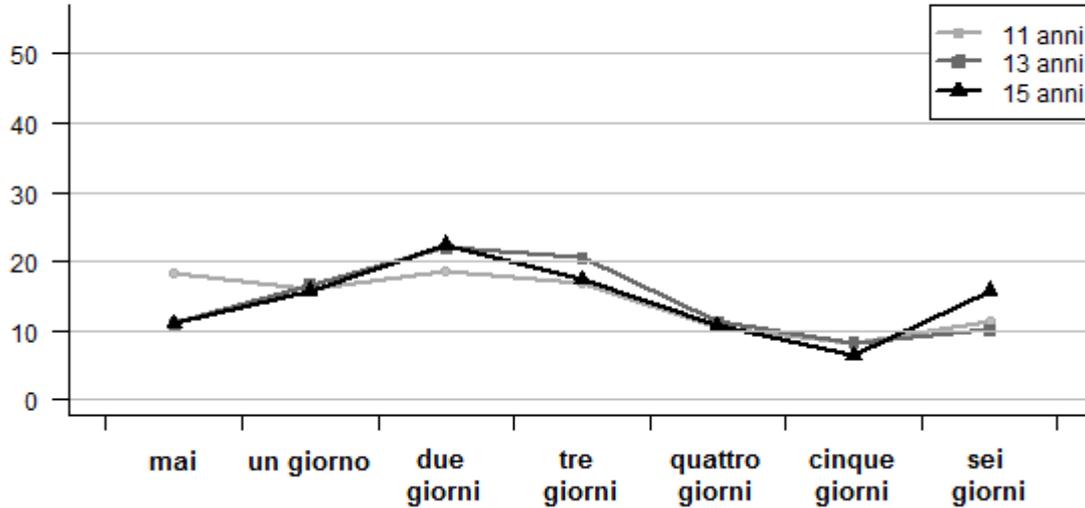
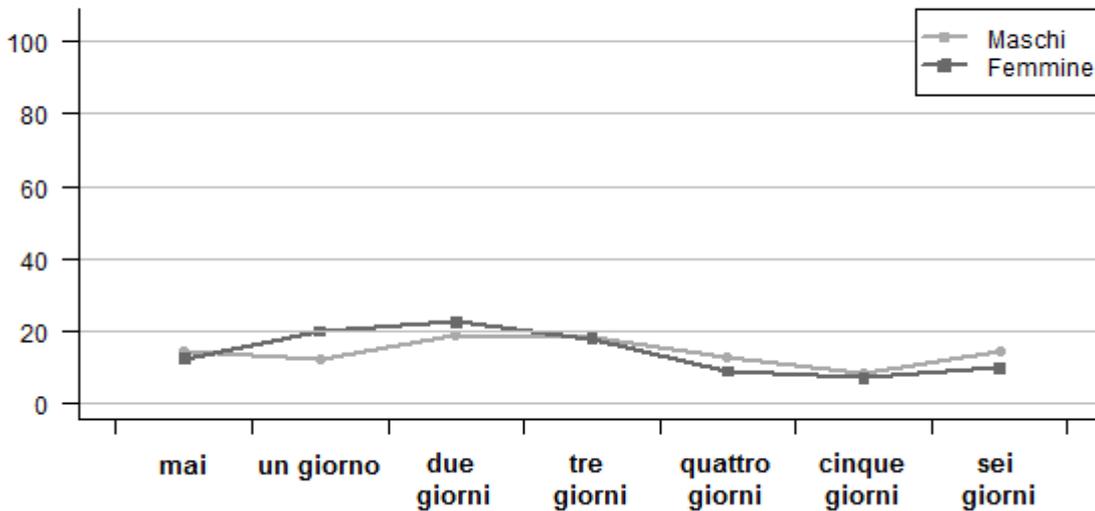
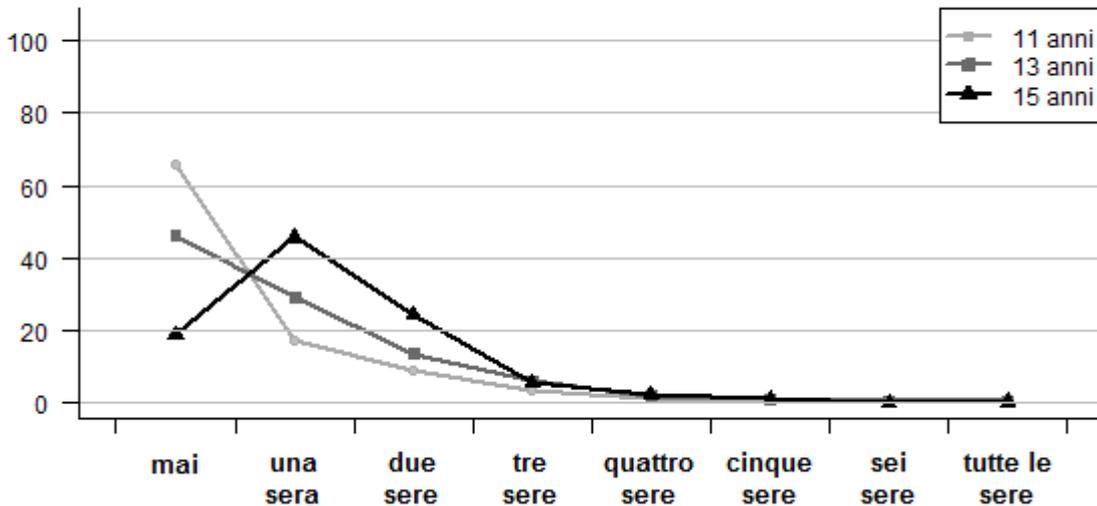


Figura 4.10 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere



Per quel che riguarda le uscite serali (4-5-6-7 volte a settimana), non si evidenziano particolari differenze fra le tre fasce di età (Figura 4.11) e tra generi. I quindicenni escono più spesso una o due sere alla settimana rispetto agli undici e tredicenni.

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



4.5 Conclusioni

La maggioranza dei ragazzi svolge un'attività fisica per 2-3 volte a settimana e neanche 1 ragazzo su 10 raggiunge il valore raccomandato di sette giorni alla settimana. Accanto a questo dato, lo studio HBSC ci mostra che 1 ragazzo su 4, in regione, guarda la TV oltre le due ore al giorno. Inoltre, se l'utilizzo del computer per i videogiochi o la playstation, non sembra così diffuso e si riduce con l'aumentare dell'età, l'utilizzo di internet cresce con l'età. La proporzione di ragazzi che utilizza internet più di 2 ore al giorno è pari al 9% negli undicenni, al 16% nei tredicenni, ed al 19.9% nei quindicenni, riguardando 1 ragazzo su 5. Non emergono sostanziali differenze in relazione al genere. Il tempo dedicato ad attività sedentarie (TV, computer e videogiochi) è quindi consistente anche rispetto a quello dedicato all'attività motoria il che comporta parallelamente una potenziale minore opportunità di relazioni e confronti con i gruppi di pari.

Bibliografia capitolo 4

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

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

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

5.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola e nel fine settimana. Nella Tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo. Si osserva che la

maggioranza dei ragazzi fa regolarmente (cinque giorni a settimana) la colazione (77,7% a undici anni, 67,4% a tredici anni e 65,6% a quindici anni); rimane, tuttavia, una discreta quota di giovani che comincia la giornata a digiuno (10,3% degli undicenni, 18,6% dei tredicenni e 21,7% dei quindicenni). Si evidenzia, inoltre, che la frequenza della colazione diminuisce al crescere dell'età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	10.32 (111)	18.59 (208)	21.76 (188)
Un giorno	1.30 (14)	2.86 (32)	2.89 (25)
Due giorni	2.60 (28)	3.22 (36)	2.08 (18)
Tre giorni	4.65 (50)	3.75 (42)	4.40 (38)
Quattro giorni	3.44 (37)	4.20 (47)	3.24 (28)
Cinque giorni	77.70 (836)	67.38 (754)	65.62 (567)
Totale	100 (1076)	100 (1119)	100 (864)

Il 60,3% degli undicenni, il 52,9% dei tredicenni e il 49,2% dei quindicenni dichiara di fare sia la merenda di metà mattina che quella del pomeriggio, mentre il 17,7% degli undicenni, il 18,6% dei tredicenni e il 22,0 % dei quindicenni dichiara di fare solo la merenda del pomeriggio saltando quella del mattino che invece risulta essere uno spuntino importante, insieme alla colazione (Tabella 5.2).

Tabella 5.2: Di solito fai merenda?, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	5.56 (60)	10.17 (115)	10.17 (88)
Solo a metà mattina	16.48 (178)	18.39 (208)	18.61 (161)
Solo nel pomeriggio	17.69 (191)	18.57 (210)	21.97 (190)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	60.28 (651)	52.87 (598)	49.25 (426)
Totale	100 (1080)	100 (1131)	100 (865)

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

In Tabella 5.3. possiamo vedere che per la risposta "più di una volta al giorno tutti i giorni", le frequenze relative di consumo di frutta risultano basse, con valori di 15,3% a 11 anni, 15,1% a 13 anni e 16,3% a 15 anni. Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai: 3,9%, 3,8% e 3,1% rispettivamente per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Risultano praticamente sovrapponibili le frequenze di consumo di frutta tra i maschi e le femmine.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3.95 (43)	3.81 (43)	3.12 (27)
Meno di una volta a settimana	8.00 (87)	6.82 (77)	5.67 (49)
Una volta a settimana	11.95 (130)	11.43 (129)	10.42 (90)
2-4 volte a settimana	22.52 (245)	25.69 (290)	29.63 (256)
5-6 volte a settimana	14.06 (153)	18.16 (205)	15.05 (130)
Una volta al giorno tutti i giorni	24.26 (264)	19.04 (215)	19.79 (171)
Più di una volta al giorno	15.26 (166)	15.06 (170)	16.32 (141)
Totale	100 (1088)	100 (1129)	100 (864)

Analizzando la risposta “più di una volta al giorno tutti i giorni”, le frequenze relative del consumo di verdura risultano basse, con valori di 17,3% a 11 anni, 16,0% a 13 anni e 18,3% a 15 anni (Tabella 5.4). Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai, dal 7,7% al 6,0% al 5,1% a 11, 13 e 15 anni, rispettivamente. Non si riscontrano sostanziali differenze per gruppi di età mentre per quanto riguarda il genere, le ragazze hanno percentuali di consumo più elevate quando ci si riferisce a consumi elevati (una volta al giorno o più).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7.73 (84)	6.04 (68)	5.09 (44)
Meno di una volta a settimana	7.92 (86)	7.19 (81)	4.63 (40)
Una volta a settimana	9.30 (101)	9.77 (110)	6.71 (58)
2-4 volte a settimana	21.09 (229)	22.91 (258)	21.53 (186)
5-6 volte a settimana	14.09 (153)	17.05 (192)	18.63 (161)
Una volta al giorno tutti i giorni	22.56 (245)	21.05 (237)	25.12 (217)
Più di una volta al giorno	17.31 (188)	15.99 (180)	18.29 (158)
Totale	100 (1086)	100 (1126)	100 (864)

5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

Per quanto riguarda il consumo di dolci, coloro che non ne consumano mai sono il 2.3%. In tutte le fasce di età, le maggiori frequenze di consumo riscontrate sono di 2-4 volte a settimana (23.20% a 11 anni, 28.77% a 13 anni e 29.70% a 15 anni) con una maggior frequenza tra i tredicenni ed i quindicenni.

Inoltre, gli adolescenti che consumano dolci almeno 5-6 giorni alla settimana sono il 15,6% del campione e il 13,7% ne consuma più di una volta al giorno (Tabella 5.5).

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

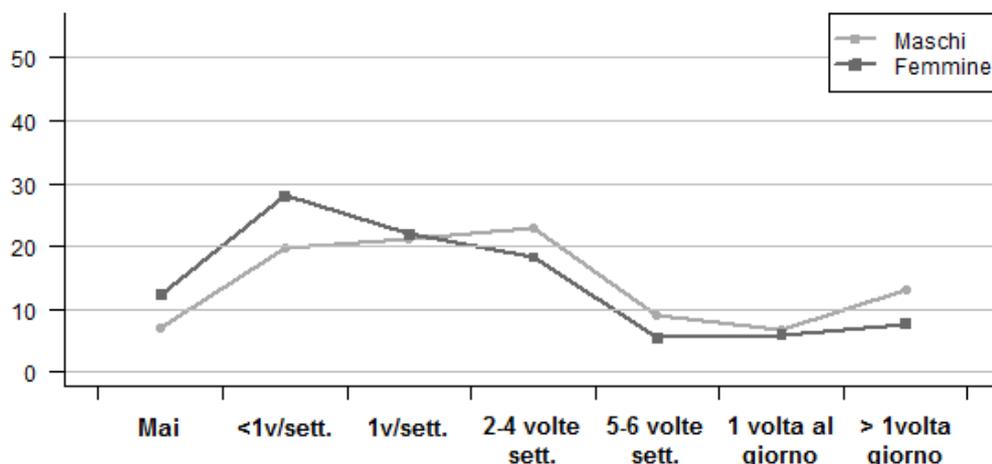
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	2.58 (28)	2.22 (25)	2.09 (18)
Meno di una volta a settimana	15.93 (173)	10.39 (117)	7.08 (61)
Una volta a settimana	20.90 (227)	15.54 (175)	13.34 (115)
2-4 volte a settimana	23.20 (252)	28.77 (324)	29.70 (256)
5-6 volte a settimana	14.00 (152)	16.34 (184)	16.82 (145)
Una volta al giorno tutti i giorni	10.50 (114)	14.03 (158)	15.43 (133)
Più di una volta al giorno	12.89 (140)	12.70 (143)	15.55 (134)
Totale	100 (1086)	100 (1126)	100 (862)

Il frequente consumo di bibite zuccherate coinvolge una quota di adolescenti non trascurabile. Ben, infatti, il 24,1% del campione dichiara l'assunzione per almeno "5-6 giorni alla settimana" (Tabella 5.6). I ragazzi bevono più spesso bibite zuccherate rispetto alle ragazze (Figura 5.1).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	11.59 (126)	7.63 (86)	10.30 (89)
Meno di una volta a settimana	25.30 (275)	25.47 (287)	20.37 (176)
Una volta a settimana	21.34 (232)	23.25 (262)	19.91 (172)
2-4 volte a settimana	18.86 (205)	20.32 (229)	23.26 (201)
5-6 volte a settimana	6.62 (72)	7.36 (83)	7.99 (69)
Una volta al giorno tutti i giorni	6.53 (71)	5.86 (66)	6.71 (58)
Più di una volta al giorno	9.75 (106)	10.12 (114)	11.46 (99)
Totale	100 (1087)	100 (1127)	100 (864)

Figura 5.1 – Frequenza percentuale del consumo di bibite zuccherate, per genere



5.5 Stato nutrizionale

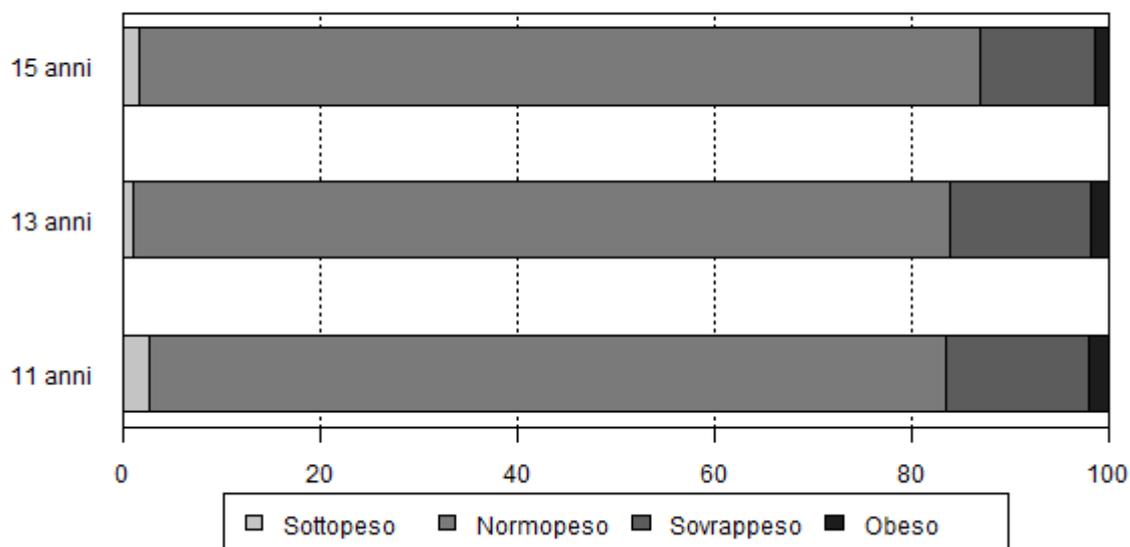
E' stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'IMC e valutare la percentuale di ragazzi che possono essere considerati sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (2000, 2007), in modo separato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

Osservando la Tabella 5.7 e la Figura 5.2 si nota che nelle tre classi di età considerate la maggior parte dei giovani risulta essere normopeso (82,9%) mentre solo l'1,9% è sottopeso. I valori del sovrappeso e dell'obesità sono rispettivamente 13,4% e 1,8%. Il sovrappeso diminuisce al crescere dell'età: dal 14,4% a 11 anni al 12,3% a 13 all'11,5% a 15 anni. Lo stesso succede con l'obesità che passa dal 2,2% all'1,8% all'1,5%.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	2.80 (22)	1.14 (10)	1.77 (14)
Normopeso	80.64 (633)	82.76 (725)	85.17 (672)
Sovrappeso	14.39 (113)	14.27 (125)	11.53 (91)
Obeso	2.17 (17)	1.83 (16)	1.52 (12)
Totale	100 (785)	100 (876)	100 (789)

Figura 5.2 - Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e di età



Differenze di genere emergono dalla lettura delle Figure 5.3, 5.4 e 5.5. I ragazzi sono più grassi delle ragazze a tutte le età e la differenza aumenta all'aumentare dell'età.

Figura 5.3 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

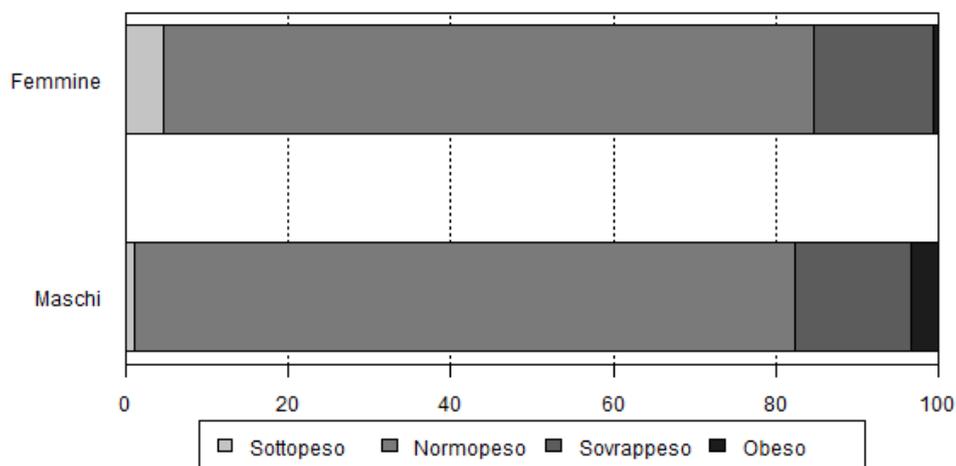


Figura 5.4 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

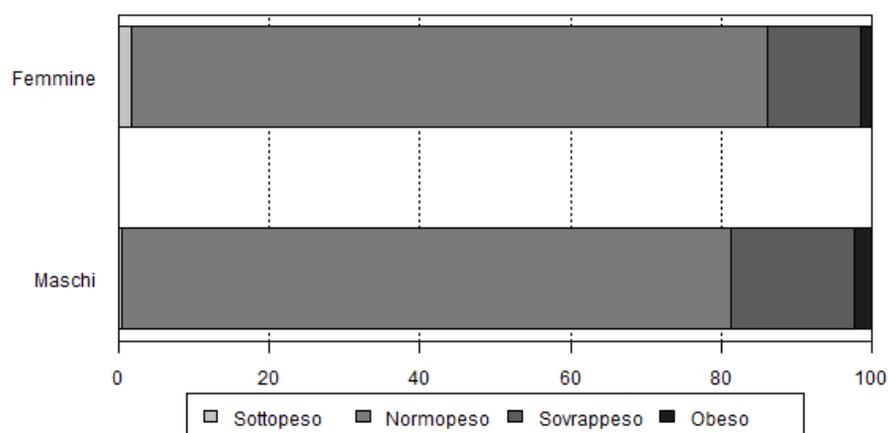
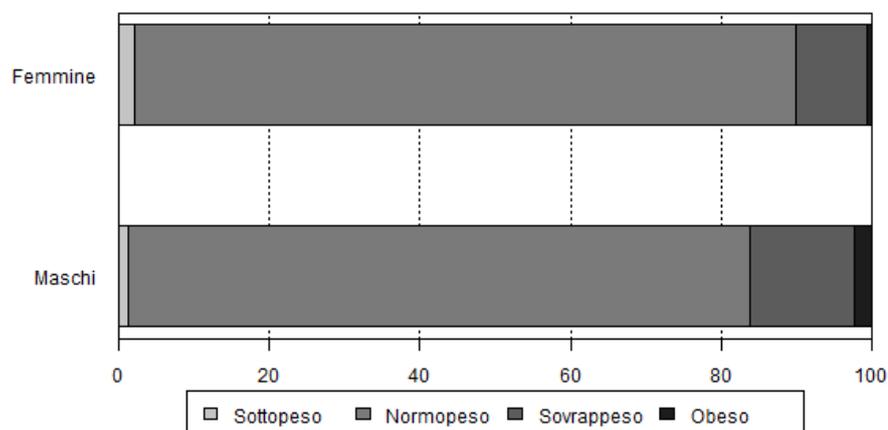


Figura 5.5 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)

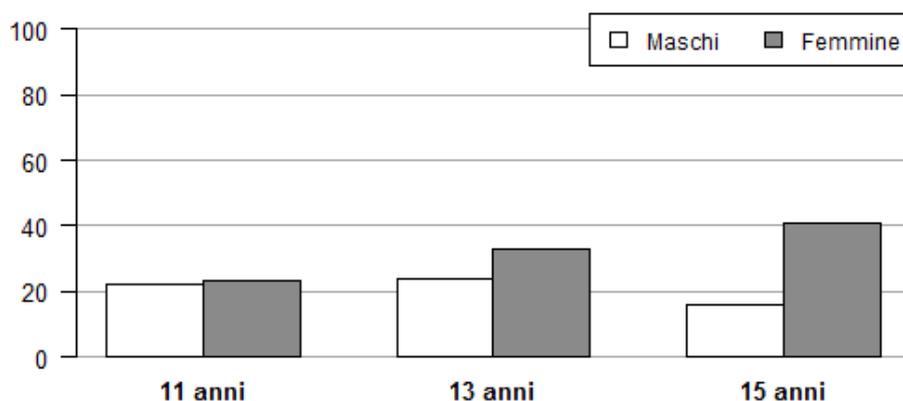


Per quanto riguarda la percezione che hanno i ragazzi del proprio corpo, la Tabella 5.8 e la Figura 5.6 ci offrono un quadro, generale, delle risposte per età e genere. Anche se gran parte dei ragazzi e in tutte le fasce d'età ritiene giusto il proprio corpo, è evidente la differenza tra i ragazzi e le ragazze, soprattutto se si guarda l'andamento al crescere dell'età. Per la popolazione maschile la percentuale che si ritiene grassa diminuisce drasticamente ai 15 anni. Per la popolazione femminile, al contrario la percentuale cresce progressivamente fino a raggiungere il 40%, più del doppio del dato dei ragazzi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	12.90 (140)	11.09 (125)	10.44 (90)
Giusto	64.79 (703)	60.43 (681)	60.44 (521)
Grasso	22.30 (242)	28.48 (321)	29.12 (251)
Totale	100 (1085)	100 (1127)	100 (862)

Figura 5.6 – Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età e genere

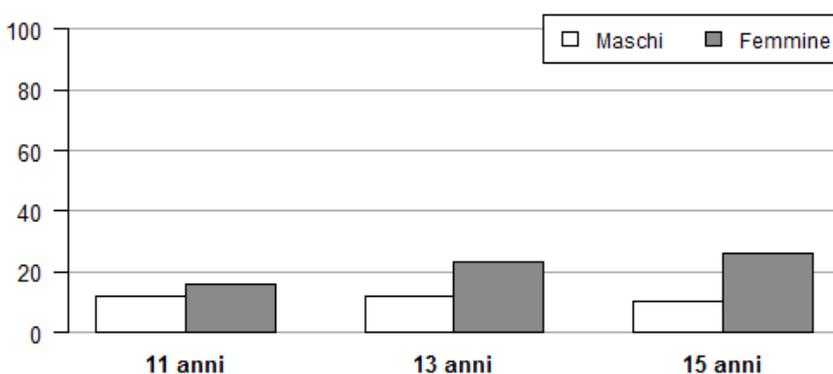


La tabella 5.9 ci mostra che il 14,0% degli undicenni, il 17,1% dei tredicenni e il 18,1% dei quindicenni stanno facendo una dieta per perdere peso, mentre il 52,2% a 11 anni, il 48,4% a 13 anni e il 45,6% a 15 anni dichiara di essere del giusto peso e perciò di non aver bisogno di seguire una dieta per dimagrire. Anche in questo caso sono in maggioranza le femmine a dichiarare di essere a dieta ed il trend aumenta, all'aumentare dell'età (Figura 5.7).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	52.24 (572)	48.36 (545)	45.66 (395)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23.01 (252)	24.58 (277)	25.55 (221)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10.78 (118)	9.94 (112)	10.64 (92)
Sì	13.97 (153)	17.13 (193)	18.15 (157)
Totale	100 (1095)	100 (1127)	100 (865)

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

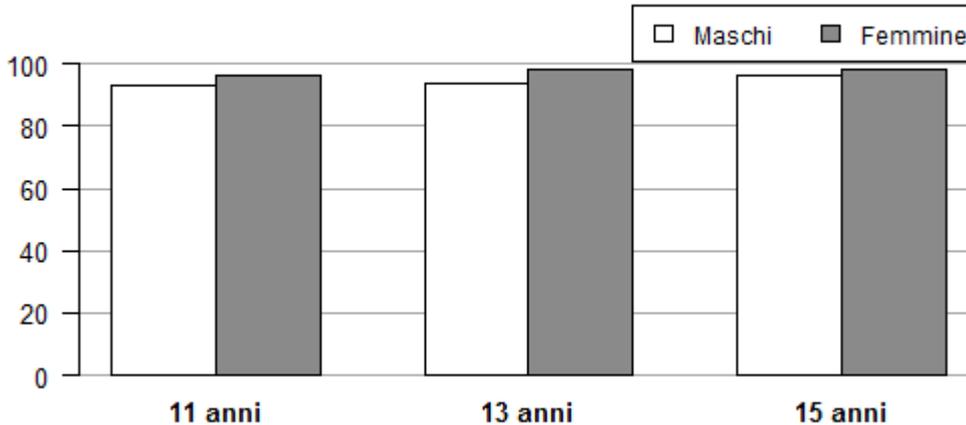


5.6 Igiene orale

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

Per quanto riguarda l'abitudine di lavarsi i denti (Figura 5.8), risulta che il 94,3% dei ragazzi di 11 anni, il 95,8% di 13 anni e il 97,5% di 15 anni risponde di lavarsi i denti "almeno una volta al giorno". Non risultano sostanziali differenze tra maschi e femmine.

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



5.7 Conclusioni

I dati dell'indagine sulle abitudini alimentari e sullo stato nutrizionale, dei giovani della regione, mettono in risalto e confermano la necessità di portare avanti programmi di promozione della salute già a partire dai primi anni di vita, affinché i ragazzi siano in grado di modificare i comportamenti a rischio implementando gli stili alimentari corretti. E' ormai riconosciuto che gli interventi educativi messi in atto precocemente, coinvolgendo anche le famiglie e i vari portatori d'interesse, possono determinare più facilmente l'instaurarsi di buone abitudini di vita che si consolidano e mantengono nel tempo. Tutte le criticità, riscontrate in HBSC, sono state riconosciute come fattori di rischio anche in OKkio alla SALUTE e nello studio pilota condotto sui bambini in età prescolare (Burlo/CCM 2009, dati non pubblicati).

A confronto con le "linee guida per una sana alimentazione italiana (proposte dall'INRAN), si nota che: 1 ragazzo su 6 non fa mai la prima colazione (16.6%); solo 1 su 7 (15%) consuma frutta e 1 su 6 (17%) verdura, più volte al giorno.

Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate, resta comunque importante ridurlo, visto che 1 ragazzo su 4 (27%) consuma dolci almeno 1 volta al giorno e il 17% assume tutti i giorni bevande zuccherate. Inoltre, l'assunzione di dolci e bevande zuccherate aumenta con l'aumentare dell'età. A tal proposito si ricorda che: una normale lattina (330 ml) di una delle bevande zuccherate maggiormente consumate dai ragazzi contiene circa 36 gr di zucchero, quasi 4 cucchiaini da cucina.

Riguardo allo stato nutrizionale, si evidenzia che il 15% dei giovani si trova in condizione di eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) con una predominanza dei maschi in tutte le fasce d'età.

Tuttavia, la percezione della propria immagine corporea, confrontata con i valori di IMC dimostra come circa 1 ragazzo su 10 sottostimi il suo stato nutrizionale in tutte le fasce d'età, mentre il sovrappeso è sempre sovrastimato e tale sovrastima aumenta con l'età (a 15 anni circa 1 ragazzo su 3 si considera grasso).

Circa 1 ragazzo su 5 a 15 anni riferisce di essere "a dieta", con una prevalenza per le femmine rispetto ai maschi. Considerato l'aumento generalizzato delle problematiche legate ai disturbi del

comportamento alimentare, un'attenzione particolare merita anche il dato del sottopeso in relazione con il numero di ragazzi in dieta, che si riscontra soprattutto nelle ragazze e che è riconducibile, almeno in parte, alla distorsione della percezione della propria immagine corporea. A tal proposito, è importante sottolineare che, dal confronto con i dati della letteratura, emerge che i dati autoriferiti di peso e altezza vengono sovrastimati per quanto riguarda l'altezza dai maschi e sottostimati per quanto riguarda il peso dalle femmine. Degno di nota è anche il rilievo, di una maggiore prevalenza di eccesso ponderale nei maschi rispetto alle femmine.

Infine l'abitudine di lavarsi i denti risulta ben radicata nei giovani (più del 90% circa pratica questa pulizia almeno una volta al giorno) ed in crescita.

Bibliografia capitolo 5

- Amed S., Daneman D., Mahmud F.H., Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health,* 67:9-26.
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ;*335: p. 194-7.
- Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr,* 127:S1884-6.
- Flynn J.T. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.
- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management,* 2:171-87.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition,* 5:1396-404.
- Lazzeri G., Rossi S., Pammolli A., Pilato V., Pozzi T., Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in Tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene;* 49(1):13-21.
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore.* 38(1):57-9.
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet,* 357:505-508.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot.* 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.
http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf.
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf).

- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. [http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf).
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite.* 54(2):394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.*;1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>.
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf.

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

6.1.1 Il fumo

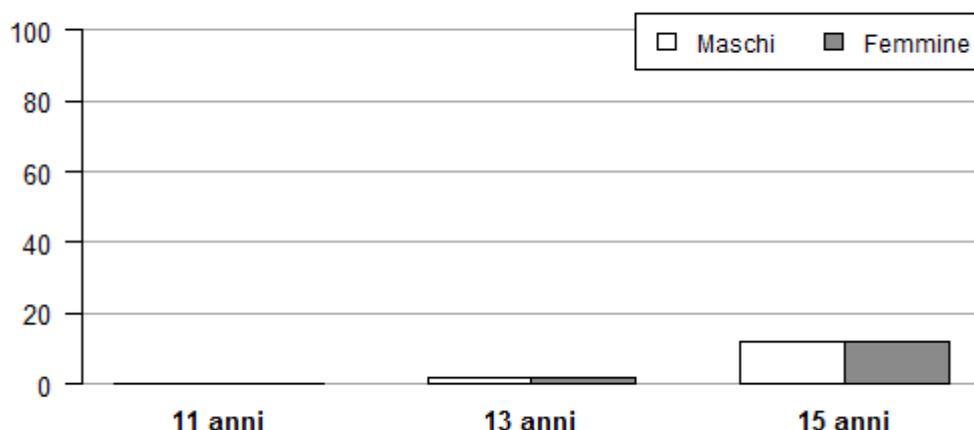
Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO, 2009) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. Anche eventi tragici come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

La maggioranza dei ragazzi, in ciascuna delle fasce d'età considerate, dichiara di non fumare. La percentuale di non fumatori, però, si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 98,0% degli undicenni, al 91,8% dei tredicenni, al 75,3% dei quindicenni. Tra questi ultimi il 7,73% circa ha dichiarato di fumare almeno una volta a settimana. La percentuale di fumatori quotidiani cresce nettamente tra i 13 (1,86%) ed i 15 anni (11,6%). (Tabella 6.1 e Figura 6.1).

Tabella 6.1: Attualmente, quanto spesso fumi? per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.37 (4)	1.86 (21)	11.65 (101)
Almeno una volta a settimana	0.28 (3)	2.04 (23)	5.31 (46)
Meno di una volta a settimana	1.38 (15)	4.34 (49)	7.73 (67)
Non fumo	97.98 (1068)	91.76 (1035)	75.32 (653)
Totale	100 (1090)	100 (1128)	100 (867)

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



La Tabella 6.2 riporta la distribuzione di frequenza del numero di sigarette fumate dal campione in studio nel mese precedente all'indagine e mostrano che all'aumentare dell'età aumenta anche il numero medio di sigarette fumate. Allo stesso modo si registra un aumento della percentuale di quelli che fumano più di 6 sigarette al giorno: undicenni - 0,2%; tredicenni - 1,7% e quindicenni - 6,1%. In particolare il 18% dei quindicenni ha dichiarato di aver fumato almeno una sigaretta a settimana e il 13% risulta fumatore abituale fumando una sigaretta o più al giorno.

Tabella 6.2 – Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni? Per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98.06 (1060)	90.46 (1015)	73.30 (637)
Meno di 1 sigaretta a settimana	1.02 (11)	5.08 (57)	8.86 (77)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.37 (4)	0.80 (9)	4.72 (41)
1-5 sigarette al giorno	0.37 (4)	1.96 (22)	7.02 (61)
6 o più sigarette al giorno	0.19 (2)	1.69 (19)	6.10 (53)
Totale	100 (1081)	100 (1122)	100 (869)

6.1.2 L'alcol

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

Il consumo di alcolici (Tabella 6.3) aumenta con l'aumentare dell'età. Se a 11 anni il 6,5% dichiara di bere almeno ogni mese, la percentuale dei bevitori aumenta a 19,6% a 13 anni e al 46,7% a 15 anni. Il consumo sembra essere concentrato maggiormente il sabato e la domenica e per i quindicenni la percentuale è di rilievo: più di 1 ragazzo su 3 (37,0%) beve durante il fine settimana (Tabella 6.4). Per

quanto riguarda il bere alcolici "tutti i giorni", le percentuali più alte le rileviamo nei maschi in tutte le fasce di età. La differenza è particolarmente evidente per i quindicenni.

Tabella 6.3. Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici? Per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	1.31 (14)	2.07 (23)	3.23 (28)
Ogni settimana	2.43 (26)	8.37 (93)	28.49 (247)
Ogni mese	2.72 (29)	9.18 (102)	14.99 (130)
Raramente	25.19 (269)	36.90 (410)	32.06 (278)
Mai	68.35 (730)	43.47 (483)	21.22 (184)
Totale	100 (1068)	100 (1111)	100 (867)

Tabella 6.4. Nell'ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche? Per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	89.84 (964)	77.92 (868)	50.23 (431)
solo Lunedì-Venerdì	2.80 (30)	5.21 (58)	4.78 (41)
solo Sabato-Domenica	6.15 (66)	13.11 (146)	36.95 (317)
Sia in settimana che nel week-end	0.84 (9)	2.87 (32)	6.53 (56)
Sempre	0.37 (4)	0.90 (10)	1.52 (13)
Totale	100 (1073)	100 (1114)	100 (858)

La maggior parte dei ragazzi dichiara di non essersi mai ubriacato, ma tale percentuale si riduce al crescere dell'età passando dal 94,6% dei più giovani al 70,0% dei più grandi. Il numero di episodi di ubriachezza mostra un andamento crescente con l'età in entrambi i sessi (Figura 6.2). Da segnalare la rilevanza del fenomeno del "binge drinking" che, nei quindicenni raggiunge valori del 39% nei maschi e del 30% nelle femmine (Figura 6.3)

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

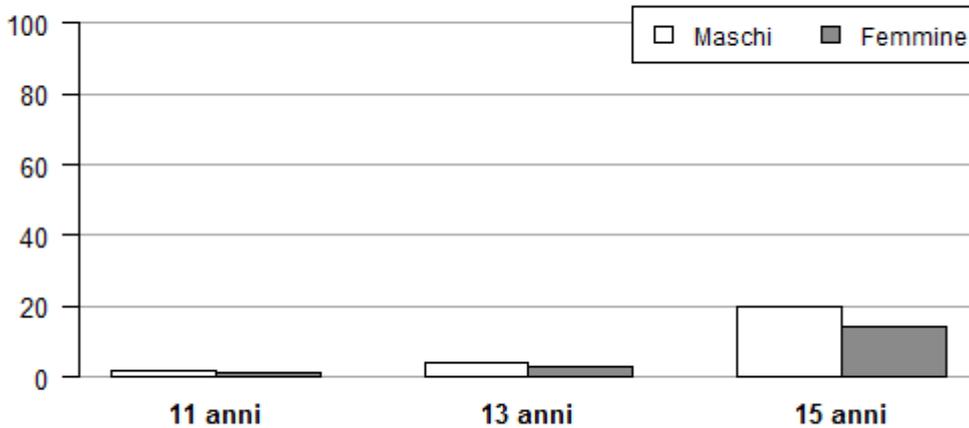
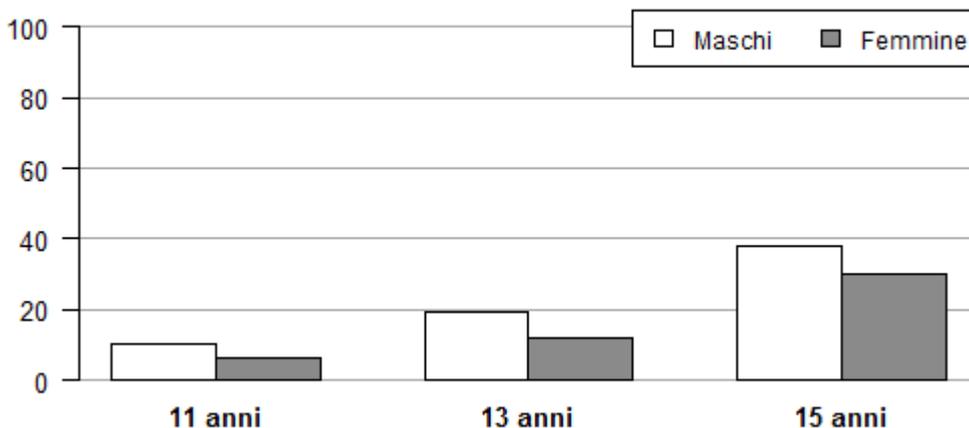


Figura 6.3 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc.), negli ultimi 12 mesi, per genere



6.1.3 Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante (Currie, 2008; Faggiano et al., 2005). Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, 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.

Ai quindicenni è stato chiesto di indicare se e quante volte avessero fatto uso di cannabis. Nella Tabella 6.5 sono indicati i risultati, distribuiti per sesso. Si osserva che 1 quindicenne su 7 (13,7%) ha già fatto uso di stupefacenti. Tra coloro che dichiarano di aver fatto uso di cannabis, il 10,9% ne ha fatto

un uso occasionale (tra 1 e 9 volte nella vita), mentre il 3,0% ne ha fatto un uso più continuativo (da 10 a 39 volte).

Tabella 6.5. Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis? (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	83.17 (341)	89.06 (407)	86.27 (748)
Una o due volte	9.51 (39)	5.25 (24)	7.27 (63)
3-5 volte	2.68 (11)	1.97 (9)	2.31 (20)
6-9 volte	1.22 (5)	1.09 (5)	1.15 (10)
10-19 volte	0.73 (3)	0.88 (4)	0.81 (7)
20-39 volte	1.95 (8)	1.53 (7)	1.73 (15)
>1 una volta al giorno	0.73 (3)	0.22 (1)	0.46 (4)
Totale	100 (410)	100 (457)	100 (867)

6.2 Abitudini sessuali

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

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

Le domande, rivolte soltanto ai ragazzi di 15 anni, derivano dal Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), studio americano sostenuto dai CDC di Atlanta (Brener, 1995). Nella Tabella 6.6 sono indicati i quindicenni che hanno già avuto rapporti sessuali completi. Possiamo osservare che il 21,2% dei ragazzi, senza differenze di genere, ha già avuto un rapporto di questo tipo.

Tabella 6.6. Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche 'fare l'amore', 'fare sesso') (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	20.99 (85)	21.49 (98)	21.25 (183)
No	79.01 (320)	78.51 (358)	78.75 (678)
Totale	100 (405)	100 (456)	100 (861)

E' stato inoltre indagato l'uso 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'uso 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. La Tabella 6.7 indica che, tra i quindicenni intervistati, 3 su 4 dichiarano complessivamente di aver usato un profilattico e che il comportamento è comunque più diffuso tra i maschi rispetto alle femmine.

Tabella 6.7. L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner avete usato un preservativo? (solo quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali completi)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	78.31 (65)	74.23 (72)	76.11 (137)
No	21.69 (18)	25.77 (25)	23.89 (43)
Totale	100 (83)	100 (97)	100 (180)

6.3 Infortuni

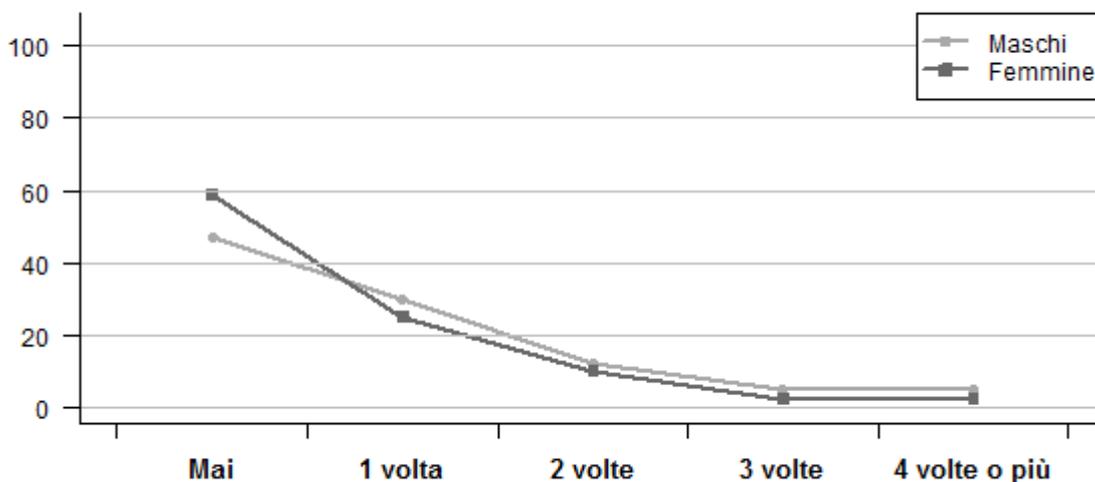
Gli infortuni sono diventati nel XX° secolo una delle cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante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

Più della metà (53,1%) dei giovani non ha mai avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, tali da ricorrere alle cure di uno specialista (Tabella 6.8). Poco più di un quarto dichiara soltanto un episodio in un anno (26,4%, 29,2% e 27,3% a 11, 13 e 15 anni, rispettivamente). Confrontando i generi (Figura 6.4), appare evidente come le ragazze abbiano dichiarato meno infortuni rispetto ai rispettivi coetanei: "mai " 60% vs. 43%.

Tabella 6.8. 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? per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	54.43 (590)	51.38 (578)	53.63 (465)
Una volta	26.38 (286)	29.16 (328)	27.34 (237)
2 volte	11.35 (123)	11.29 (127)	11.88 (103)
3 volte	3.41 (37)	4.89 (55)	3.11 (27)
4 volte o più	4.43 (48)	3.29 (37)	4.04 (35)
Totale	100 (1084)	100 (1125)	100 (867)

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



6.4 Conclusioni

Riassumendo, i comportamenti a rischio sono diffusi nei nostri ragazzi: il 13% dei ragazzi tra gli 11 e i 15 anni fuma, anche se non abitualmente, con un picco molto più elevato tra i quindicenni, nei quali la percentuale sale al 27%. Nei confronti dell'alcol c'è un atteggiamento di maggior apertura; probabilmente è considerato meno "rischioso" del fumo, infatti la percentuale dei ragazzi che bevono, anche se raramente, è molto più elevata e arriva a toccare più di 1 ragazzo su 2 (54%). Si nota inoltre che la disapprovazione dell'uso di tabacco e alcool diminuisce con l'aumentare dell'età. Il 14% dei quindicenni ha già fatto uso di cannabis, con una differenza tra maschi (17%) e femmine (11%). Due ragazzi su 10 riportano di aver già avuto rapporti sessuali completi; 1 maschio su 5 e 1 femmina su 4 che ha avuto rapporti sessuali completi, tuttavia non ha utilizzato il preservativo. E' doveroso tener conto che l'indagine non ha fornito indicazioni sull'uso di altri strumenti contraccettivi e/o intercettivi (pillola anticoncezionale e/o pillola "del giorno dopo"). Gli infortuni rappresentano un fenomeno che ricorre frequentemente, più nei maschi che nelle femmine, interessando sostanzialmente alle diverse età 1 soggetto su 2.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., 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.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.

- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440–449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), “*School-based prevention for illicit drugs’ use (Cochrane Review)*”. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2.
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars.2000>.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>.
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

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

La salute, sia fisica che mentale, rappresenta una risorsa per tutta la vita, un capitale che permette agli individui di raggiungere i propri obiettivi (Herzlich, 1973; WHO, 1998; Hastings Center, 1997), e il proprio benessere (WHO, 1999). In questo contesto lo studio HBSC ha la possibilità di monitorare variabili molto importanti in un momento centrale dello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione del proprio stato di salute e del proprio benessere psicofisico dei ragazzi, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psicofisico del ragazzo sono prevalentemente di quattro tipi:

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

7.2 Percezione della propria salute

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

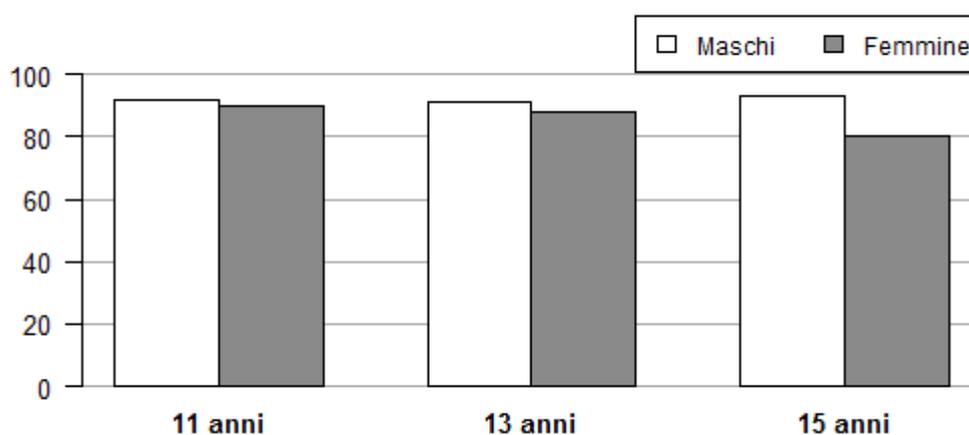
La percezione della propria salute in Friuli Venezia Giulia è generalmente riferita come buona e eccellente (Tabella 7.1) dal 91% degli undicenni, dall'89% dei tredicenni e dall'86% dei quindicenni. Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la propria salute eccellente (si passa dal 37 al 29%). In generale, comunque, con la crescita, la percezione della propria salute si modifica e viene riferita come "peggiore".

I risultati della Figura 7.1 evidenziano una percezione della salute significativamente migliore per i maschi rispetto alle femmine, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006). Questo aspetto potrebbe essere legato al fatto che nel periodo dagli 11 ai 15 anni la trasformazione fisica dell'adolescenza, nelle femmine, è generalmente anticipata rispetto al maschio a causa della comparsa delle mestruazioni e conseguentemente le ragazze riferiscono uno stato di salute percepito come peggiore.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	37.52 (409)	33.01 (373)	29.53 (254)
Buona	53.39 (582)	56.37 (637)	56.51 (486)
Discreta	8.17 (89)	9.29 (105)	12.79 (110)
Scadente	0.92 (10)	1.33 (15)	1.16 (10)
Totale	100 (1090)	100 (1130)	100 (860)

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

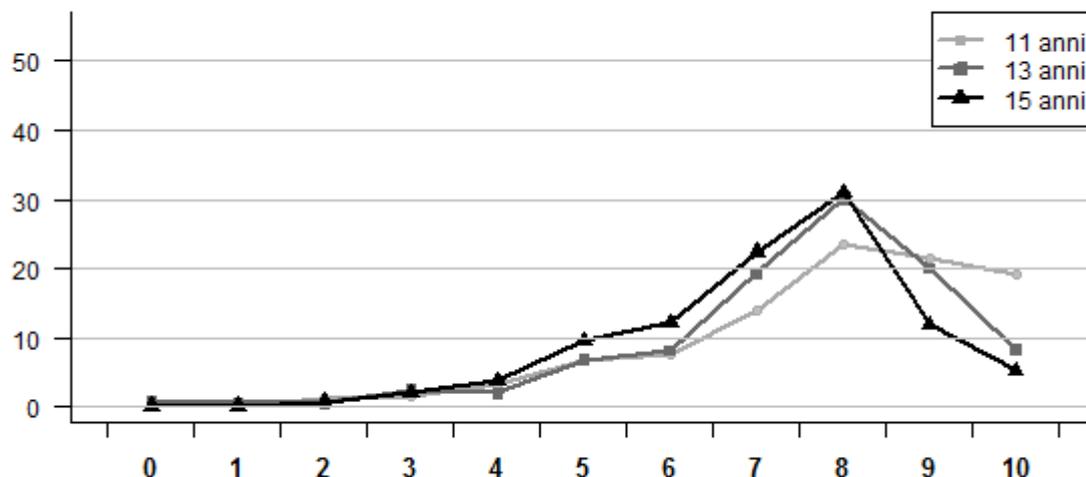


7.3 La percezione del benessere

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

Alla domanda “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)?” hanno riferito di trovarsi al gradino più alto il 19,2% degli undicenni, l’8,3% dei tredicenni e il 5,3% dei quindicenni. Complessivamente la maggioranza dei ragazzi ha indicato un punteggio tra 6 e 10: 85,7% degli undicenni, 86,2% dei tredicenni e 82,9% dei quindicenni. E’ peraltro un dato da sottolineare che il 7% in media degli adolescenti dagli 11 ai 15 anni scelgano di collocarsi ai livelli più bassi (da 1 a 4). Tale dato può essere considerato un indicatore di situazioni di grave/gravissimo disagio psicofisico e relazionale. In conclusione, aggregando i dati ottenuti, il campione intervistato ha le seguenti percezioni di soddisfazione: 57% molto soddisfatto (attribuzioni attorno ai valori 8-9-10), 36% mediamente soddisfatto (attribuzioni attorno ai valori 5-6-7) e 7% insoddisfatto (Figura 7.2).

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



7.4 I sintomi riportati

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

- avere mal di testa
- avere mal di stomaco
- avere mal di schiena
- sentirsi giù di morale
- sentirsi irritabili o di cattivo umore
- sentirsi nervoso
- avere difficoltà ad addormentarsi
- avere giramenti di testa.

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

Nella Tabella 7.2 è riportata la distribuzione, nelle tre fasce d'età, della prevalenza di almeno uno dei sintomi indicati. Si osserva come più di un quarto (26,9%) del campione dichiara di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati, con valori leggermente più bassi per i quindicenni, valori più alti si rilevano tra coloro che dichiarano una frequenza più di una volta la settimana (34,0%). Si tratta di valori molto elevati in linea con quelli già rilevati nel 2° Rapporto sui dati italiani di HBSC. Le ragazze lamentano un maggior numero di sintomi rispetto ai coetanei maschi (Figure 7.3 e 7.4).

Tabella 7.2: Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini? Per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	28.34 (310)	27.21 (308)	25.26 (219)
Più di 1 volta a settimana	31.26 (342)	33.04 (374)	37.83 (328)
1 volta a settimana	20.29 (222)	22.35 (253)	23.64 (205)
1 volta al mese	15.63 (171)	15.64 (177)	11.65 (101)
Raramente o mai	4.48 (49)	1.77 (20)	1.61 (14)
Totale	100 (1094)	100 (1132)	100 (867)

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

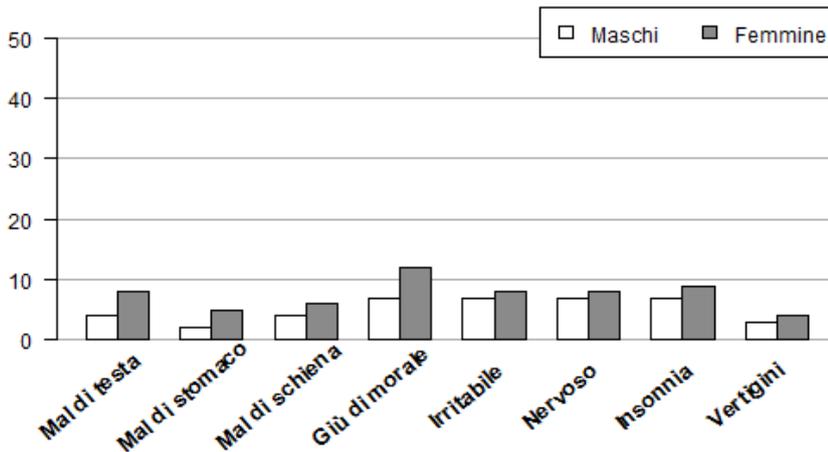
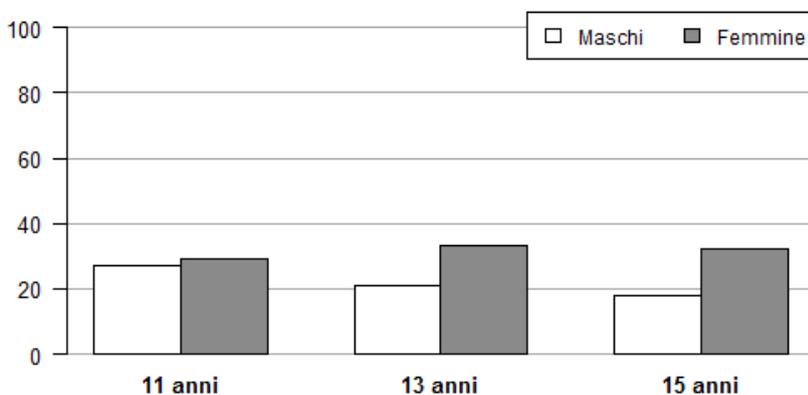


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



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

Nelle Figure 7.5 e 7.6 sono riportate le due tipologie di sintomi, somatiche e psicologiche, per età e genere. Il 42% dei ragazzi del nostro campione dichiara di soffrire di almeno un sintomo somatico più di 1 volta la settimana o tutti i giorni (44,2% a 11 anni, 41,5% a 13 anni, 42,9% a 15 anni). La percentuale aumenta leggermente (46,2%) se si riferisce ai sintomi psicologici e in questo caso il malessere aumenta con l'età: se il 42,2% dei ragazzi a 11 anni soffre di un sintomo psicologico più di 1 volta la settimana o tutti i giorni, a 15 anni si arriva ad 1 ragazzo su 2 (49,5%). Osservando i dati per genere si nota come già a 11 anni ci sono differenze tra maschi e femmine. Si potrebbe affermare, che la percezione della propria salute è peggiore nel sesso femminile, dato confermato da una maggiore prevalenza di sintomi psicologici e somatici.

Figura 7.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo somatico per età e sesso

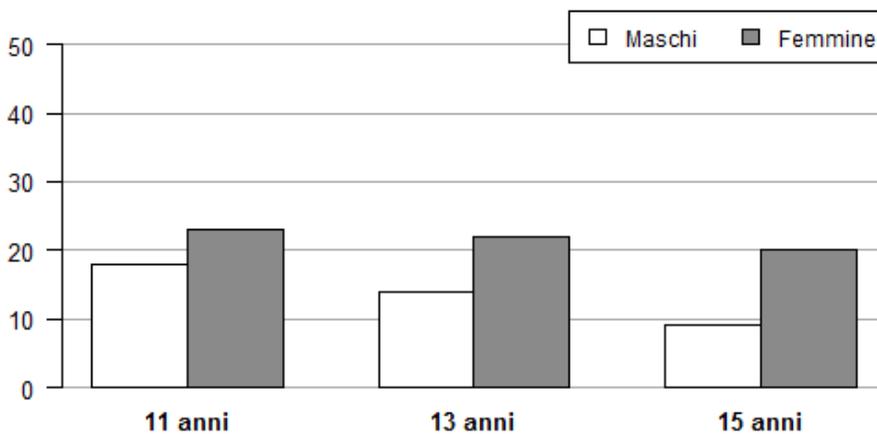
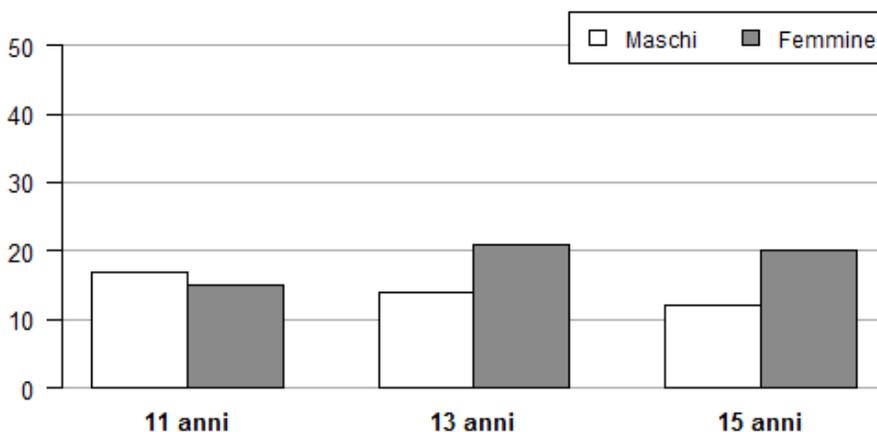


Figura 7.6 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo psicologico per età e sesso



7.5 Utilizzo di farmaci

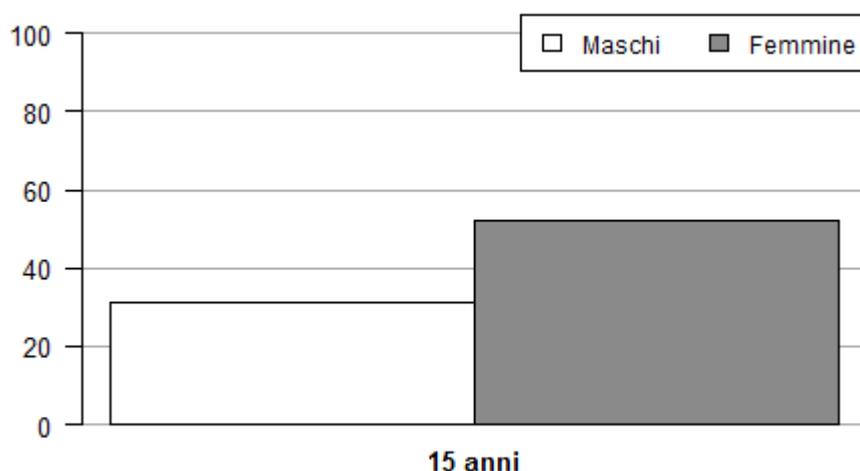
Nella nostra regione, il 59,0% dei ragazzi di 15 anni riferisce l'utilizzo di uno o più farmaci nell'ultimo mese, le ragazze con prevalenza maggiore (72,8%) rispetto ai ragazzi (43,6%) (Tabella 7.3).

Tabella 7.3: Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci? per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	56.36 (226)	27.15 (120)	41.04 (346)
Sì, 1 farmaco	24.94 (100)	36.65 (162)	31.08 (262)
Sì, >1 farmaco	18.70 (75)	36.20 (160)	27.88 (235)
Totale	100 (401)	100 (442)	100 (843)

Il facile ricorso a farmaci come antidolorifici e antinfiammatori, probabilmente assunti per la terapia di dolori mestruali, mal di testa (sintomi segnalati con molta frequenza soprattutto nelle femmine), è un dato meritevole di attenzione, almeno come indicatore della propensione a ricorrere a rimedi esterni per sedare un sintomo (figura 7.7). L'assunzione di farmaci non pare associata dagli intervistati alla percezione della propria salute: infatti nonostante l'89 % del campione descriva come eccellente e buona la percezione della propria salute, il 59% dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese.

Figura 7.7 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per mal di testa, per età e genere



7.6 Conclusioni

Gli aspetti considerati in questo capitolo consentono una descrizione forse non del tutto esaustiva della percezione del benessere psicofisico degli adolescenti. Si osserva una differenza fra femmine e maschi sulle modalità di riferire il proprio stato di salute: le ragazze hanno una percezione dello stato generale di salute meno soddisfacente rispetto ai maschi, forse per una maggiore propensione all'ascolto di sé.

Si evidenzia una percentuale consistente, 6 ragazzi su 10, che riferiscono segni di malessere psicofisico per più di una volta alla settimana.

Riguardo alle differenze di genere, può costituire un fattore di rischio al femminile il facile consumo di farmaci, la presenza di relativamente frequenti sintomi psicosomatici, mentre si possono considerare fattori protettivi il miglior ascolto di sé e la minore propensione ad assumere comportamenti a rischio. Per i maschi si considera come indice di rischio la propensione a sperimentare l'uso di sostanze, soprattutto per il consumo di alcol e droghe, mentre sono fattori protettivi la soddisfacente percezione di sé, della propria salute e qualità di vita.

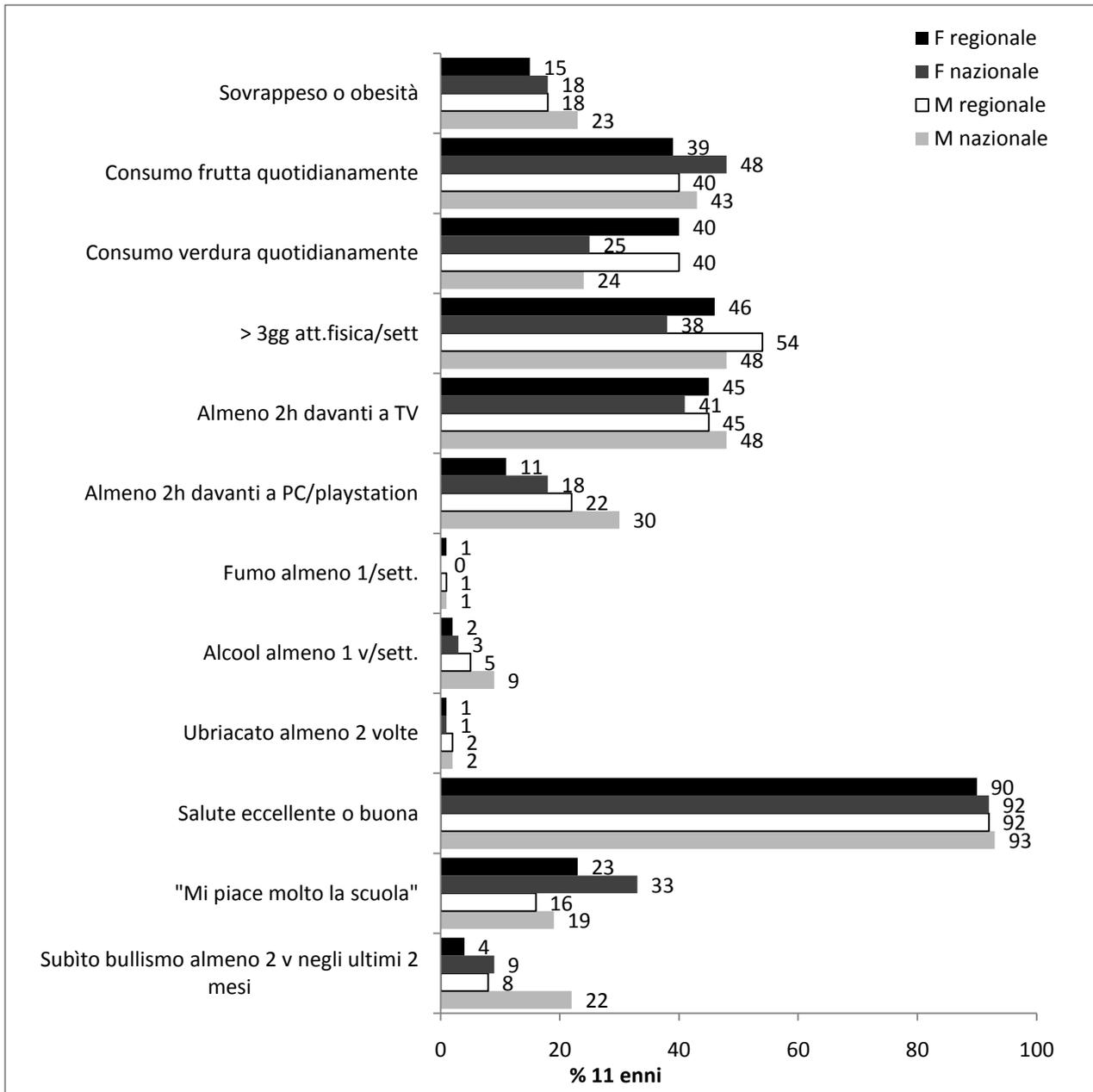
Bibliografia capitolo 7

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

Alcuni indicatori riassuntivi

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

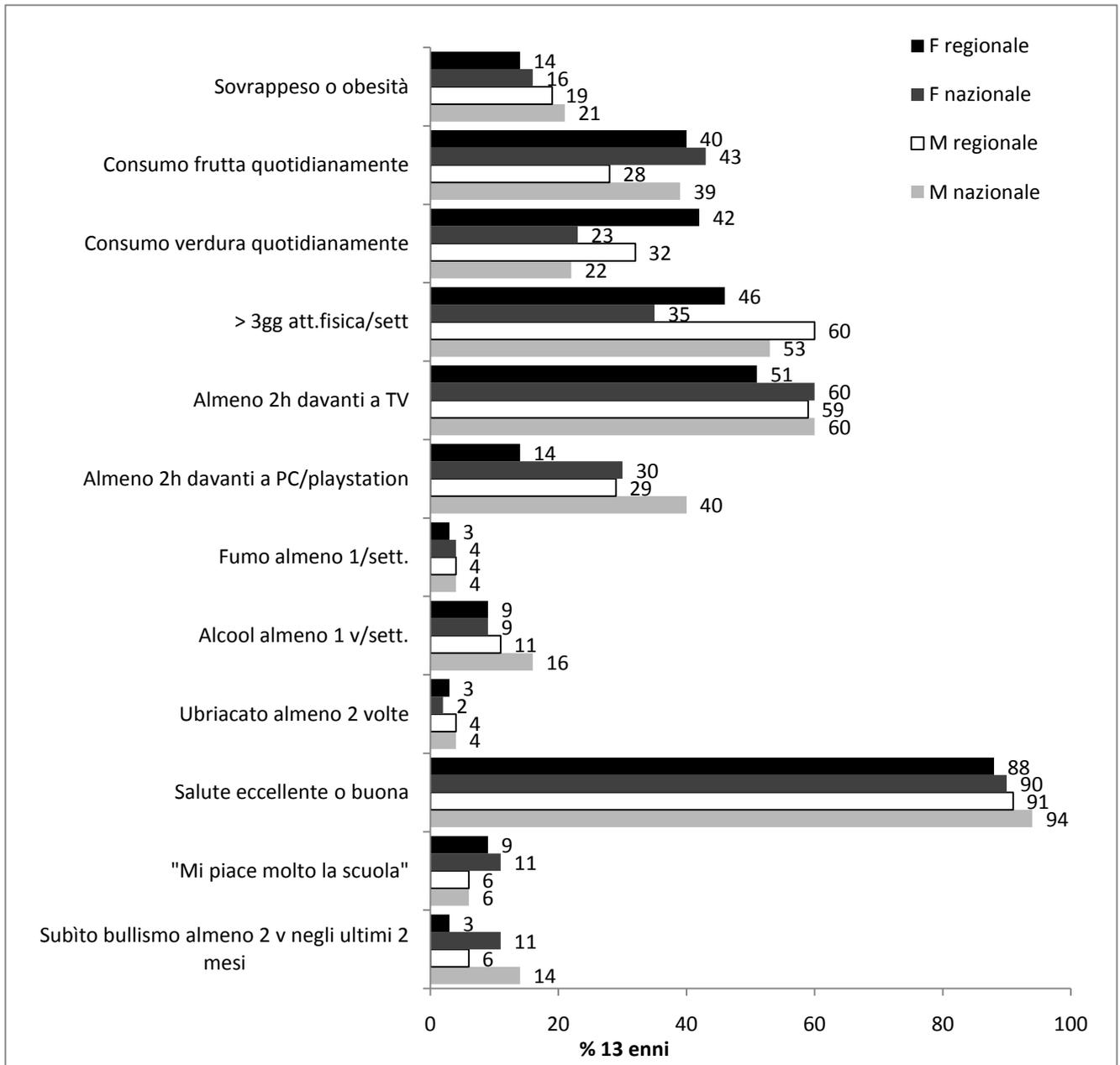
Undicenni – Dati regionali e nazionali a confronto per sesso



Confrontando i dati dei ragazzi **undicenni**, regionali e nazionali si osserva che:

- la prevalenza di sovrappeso/obesità in Friuli Venezia Giulia è inferiore al resto d'Italia sia nelle femmine (11% vs 18%) che nei maschi (17% vs 23%).
- in regione il consumo di frutta è lievemente inferiore mentre il consumo di verdura quotidiano è quasi il doppio rispetto al dato nazionale, senza differenze rilevanti di genere.
- Il numero di ragazzi locali, che pratica attività fisica, per più di 3 giorni alla settimana, è maggiore rispetto a quelli nazionali (46 maschi vs 41 e 50 femmine vs 48). Contemporaneamente il numero di ore, che i ragazzi friulani trascorrono davanti alla televisione è simile al dato nazionale mentre è inferiore l'utilizzo di computer o Playstation.
- Il consumo di fumo e alcool rispecchia le medie nazionali, con maggior prevalenza nei maschi rispetto alle femmine
- Ai ragazzi della regione piace meno la scuola ma la percentuale di ragazzi che hanno subito atti di bullismo è meno della metà rispetto ai connazionali

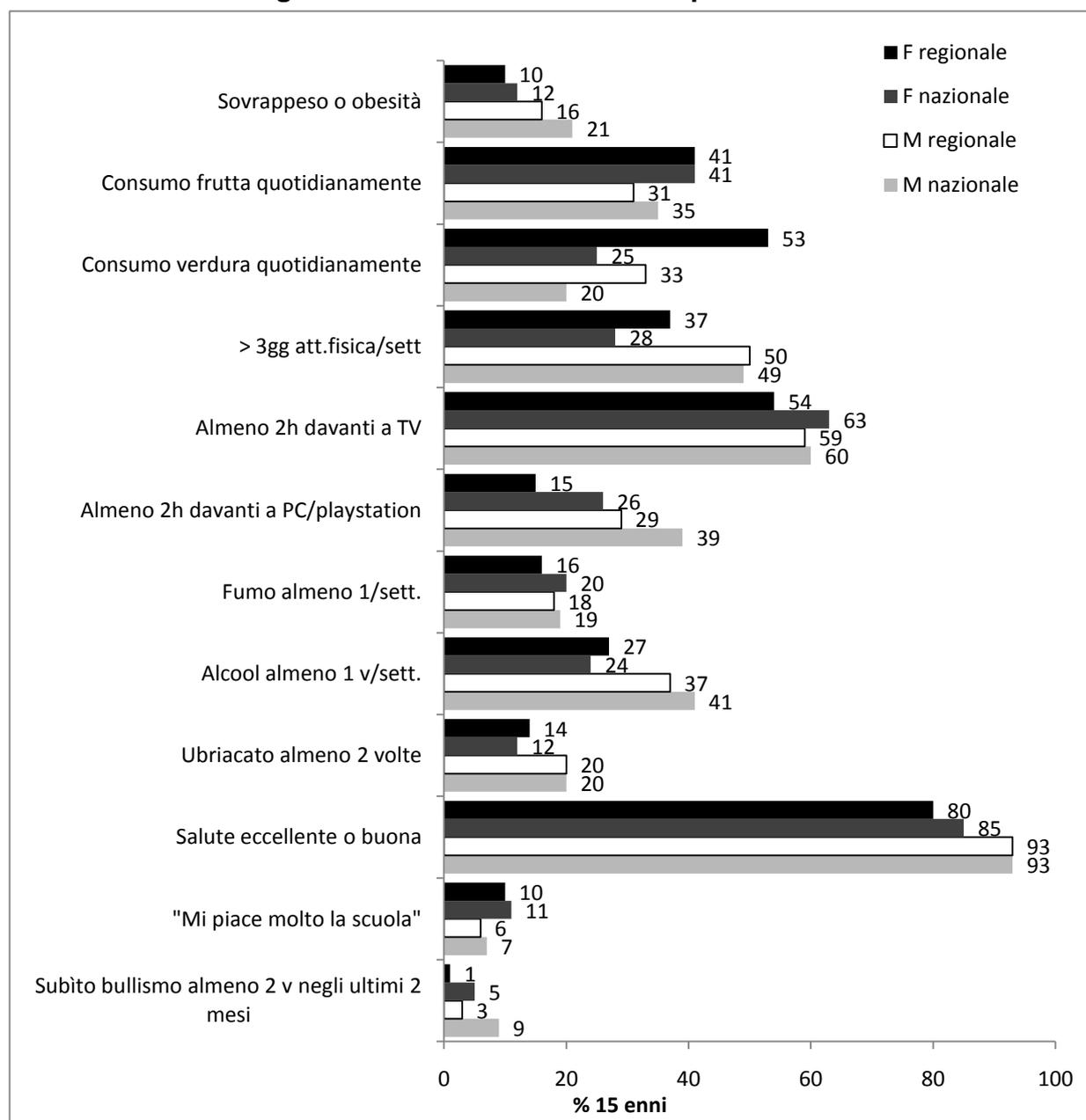
- **Tredicenni- Dati regionali e nazionali a confronto per sesso**



Confrontando i dati dei ragazzi **tredicenni**, regionali e nazionali si osserva che:

- la prevalenza di sovrappeso/obesità in Friuli Venezia Giulia continua a essere lievemente inferiore al resto d'Italia sia nelle femmine (14% vs 16%) che nei maschi (19% vs 21%).
- in regione il consumo di frutta è inferiore mentre il consumo di verdura quotidiano è di molto superiore al dato nazionale (37% vs 22%), con maggior prevalenza nelle femmine.
- Il numero di ragazzi locali, che pratica attività fisica, per più di 3 giorni alla settimana, è maggiore rispetto a quelli nazionali (53% regione vs 44% Italia). Contemporaneamente il numero di ore, che i ragazzi friulani trascorrono davanti alla televisione e utilizzando computer o Playstation è inferiore al dato nazionale.
- Il consumo di fumo e alcool rispecchia le medie nazionali, con maggior prevalenza nei maschi rispetto alle femmine
- Ai ragazzi della regione piace meno la scuola ma la percentuale di ragazzi che hanno subito atti di bullismo è meno della metà rispetto ai connazionali

Quindicenni- Dati regionali e nazionali a confronto per sesso



- Confrontando i dati dei ragazzi **quindicenni**, regionali e nazionali si osserva che:
- la prevalenza di sovrappeso/obesità in Friuli Venezia Giulia continua a essere inferiore al resto d'Italia sia nelle femmine (10% vs 12%) che nei maschi (16% vs 21%).
- Nei quindicenni friulani il consumo quotidiano di frutta è paragonabile a quello nazionale mentre il consumo di verdura è il doppio (43% vs 22,5%), con maggior prevalenza nelle femmine.
- Il numero di ragazzi locali, che pratica attività fisica, per più di 3 giorni alla settimana continua ad essere maggiore rispetto a quello nazionale (43,5% regione vs 38,5% Italia). Contemporaneamente il numero di ore, che i ragazzi friulani trascorrono davanti alla televisione e utilizzando computer o Playstation è inferiore al dato nazionale.
- Anche in questo caso, il consumo di fumo e alcool rispecchia le medie nazionali, con maggior prevalenza nei maschi rispetto alle femmine