



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

hbosc



Ministero della Salute

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

WORLD HEALTH ORGANIZATION
COLLABORATIVE CROSS-NATIONAL STUDY

Stili di vita e Salute degli Adolescenti

I Risultati della Sorveglianza HBSC Italia 2014



guadagnare
salute



hbosc
ITALIA/ITALY

Regione Piemonte



UNIVERSITÀ
DI TORINO



UNIVERSITÀ
DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

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

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

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

Dott.ssa Paola Berchiolla

Dott. Alberto Borraccino

Dott.ssa Lorena Charrier

Dott.ssa Paola Dalmaso

Dott.ssa Giulia Piraccini

Dott. Nazario Cappello

Università degli Studi di Siena

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

Prof. Mariano Giacchi

Dott. Giacomo Lazzeri

Dott.ssa Rita Simi

Dott.ssa Stefania Rossi

Dott. Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Prof. Alessio Vieno

Dott. Natale Canale

Dott.ssa Michela Lenzi

Dott.ssa Claudia Marino

Ministero della Salute

Segretariato Generale

Dott.ssa Daniela Galeone
Dott.ssa Maria Teresa Menzano

Direzione Generale della Prevenzione

Dott. Lorenzo Spizzichino

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dott. Alessandro Vienna

REGIONE PIEMONTE

Marcello Caputo (referente regionale)
Gianfranco Corgiat Loia (Dirigente settore regionale Prevenzione e Veterinaria)
Monica Bonifetto, Silvia Cardetti, Paolo Ferrari (collaboratori)

Ufficio Scolastico Regionale: Maria Angela Donna / Daniela Pinna (referente), Stefano Suraniti (Dirigente)

Operatori Sanitari ASL

ASL AL: Simonetta Tocci (referente), Giuseppina Beviglia, Regina Iseppi, Rosa Oleandro, Elisa Pugno, Stefania Santolli, Elisa Strona.

ASL AT: Renza Berruti (referente), Maria Petralia, Vincenzo Soardo, Cristian Valle.

ASL BI-Biella: Michelangelo Valenti (referente), Andrea Rosazza, Chiara Torelli.

ASL CN1: Sebastiano Blancato (referente), Pietro Luigi Devalle (referente), Mariangela Barale, Mario Bonanno, Silvia Cardetti, Marina Cerrato, Sergio Miaglia, Alessandra Russo, Maria Elena Sacchi, Deborah Taddio.

ASL CN2: Mauro Zarri (referente), Marcella Beraudi, Pietro Maimone.

ASL NO: Flavia Milan (referente), Laura Frizzarin, Patrizia Grossi.

ASL TO1-2: Filippo De Naro Papa (referente), Daniela Agagliati, Emanuela Bauducco, Larissa Manghisi, Laura Martignone, Marina Spanu.

ASL TO3: Teresa Denise Spagnoli (referente), Valeria Ballarino, Debora Lo Bartolo.

ASL TO4: Maria Franca Dupont (referente), Giuseppe Barone, Simone Depau, Annamaria Marzullo, Sara Richeda, Manuela Sciancalepore.

ASL TO5: Margherita Gulino (referente), Lucia Albano, Anna Aldrighetti, Cinzia Amelio, Ilaria De Luca, Alessandra Fornuto, Claudio Maggi, Stefania Marengo, Monica Minutolo.

ASL VC: Gianfranco Abelli (referente), Maria Luisa Berti, Luisa Novella, Mirella Ubertaini.

ASL VCO: Sara Rita Licciardello (referente), Katia Fasolo, Giovanni Malfa, Stefania Masi, Barbara Spadacini.

Responsabilità editoriali

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

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

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

Indice

Presentazione	7
Premessa	8
Ringraziamenti	9
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	18
Bibliografia capitolo 2	20
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	22
3.1 Introduzione	22
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	22
3.3 Rapporto con gli insegnanti	26
3.4 Rapporto con i compagni di classe	28
3.5 Rapporto con la scuola	32
3.6 Conclusioni	33
Bibliografia capitolo 3	34
Capitolo 4: Sport e tempo libero	36
4.1 Introduzione	36
4.2 Attività fisica	36
4.3 Comportamenti sedentari	38
4.4 Rapporti con i pari	42
4.5 Conclusioni	43
Bibliografia capitolo 4	43
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	45
5.1 Introduzione	45
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti	46
5.3 Consumo di frutta e verdura	47
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	49
5.5 Stato nutrizionale	51
5.6 Igiene orale	53
5.7 Conclusioni	54
Bibliografia capitolo 5	55
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	58
6.1 Uso di sostanze	58
6.1.1 Il fumo	58
6.1.2 L'alcol	59
6.1.3 Cannabis	62
6.2 Gioco d'azzardo	62
6.3 Abitudini sessuali	64
6.4 Infortuni	65
6.5 Conclusioni	66
Bibliografia capitolo 6	66
Capitolo 7: Salute e benessere	68
7.1 Introduzione	68
7.2. Salute percepita	69
7.3. Benessere percepito	70
7.4. Sintomi riportati	71
7.5. Utilizzo di farmaci	74
7.6. Conclusioni	76
Bibliografia capitolo 7	76
Indicatori riassuntivi	78

Presentazione

L'indagine HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children* - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), nata come studio internazionale coordinato in Italia dall'Università degli studi di Torino, si è progressivamente affermata a livello nazionale e regionale come lo strumento di sorveglianza dei comportamenti nell'età pre-adolescenziale e adolescenziale. HBSC integra e completa gli altri sistemi di sorveglianza nazionali, OKkio alla Salute, che si occupa della fascia d'età infantile, PASSI e PASSI D'ARGENTO, che si rivolgono alla popolazione adulta e anziana, costituendo il sistema nazionale di raccolta di informazioni sulla salute, fondamentale per la definizione, attuazione e monitoraggio dei piani nazionali e regionali di prevenzione. Il Piemonte ha partecipato fin dall'inizio e con convinzione allo sviluppo di questa indagine sostenendo, tra l'altro, la richiesta di finanziamento per l'indagine HBSC 2014 nell'ambito del programma CCM "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni".

Il report che viene presentato si riferisce all'indagine attuata nel 2014, la terza in Piemonte dopo quelle svolte nel 2004 e nel 2008. Anche questa edizione è stata caratterizzata da un'ottima adesione, pari al 94% delle 160 classi campionate, segno dell'impegno degli operatori sanitari delle ASL, ma anche della consolidata collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, gli Uffici scolastici Provinciali e le Scuole del territorio, da sempre strategica e indispensabile nella realizzazione delle raccolte dati in ambito scolastico.

I bambini coinvolti nell'indagine sono stati 2.300 rappresentativi delle classi di età 11, 13 e 15 anni.

Rispetto alla precedente indagine del 2008 sembrano migliorati alcuni indicatori di salute e di benessere, nonostante la crisi economica che viene sentita anche dai ragazzi. In miglioramento la condizione di sovrappeso-obesità, anche se permangono comportamenti alimentari non salutari; migliora anche la frequenza di attività fisica settimanale, anche se molto tempo viene occupato da attività sedentarie, che però si sono modificate negli anni: sempre meno diffuso l'uso della tv a favore del computer, usato sia per scopi di studio, sia soprattutto ricreativi. Per quanto riguarda i comportamenti a rischio, sembra diminuire la percentuale di quanti fumano e bevono ogni giorno, mentre si mantiene pressoché costante la frequenza di quanti hanno già sperimentato l'ubriacatura o l'uso di cannabis; emerge il gioco d'azzardo come comportamento a rischio, sperimentato almeno qualche volta da più del 40% dei maschi e dal 20% circa delle femmine. Più in generale questi adolescenti dichiarano di sentirsi in buona salute, ma spesso riportano sintomi specifici sia psicologici sia somatici.

Le informazioni presenti in questo report sono tante e ci consentono di avere un quadro aggiornato dei principali fattori comportamentali che possono promuovere o compromettere la salute attuale e futura degli adolescenti. Poiché, com'è noto, molti comportamenti dell'età adulta si strutturano in questa età, è necessario definire e consolidare programmi e politiche efficaci per promuovere fin dall'adolescenza comportamenti positivi per la salute ed in questa direzione sono indirizzate molte azioni contenute nel Piano regionale della prevenzione 2015-2018.

Regione Piemonte
Direzione Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria

Il Dirigente
Dottor Gianfranco CORGIAT LOIA

Premessa

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

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

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

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

Questo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982 e oggi conta 41 paesi partecipanti. L'Italia ne è entrata a far parte nel 2000 ed ha svolto finora quattro indagini nazionali (2002, 2006, 2010 e 2014).

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

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 Piemonte, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2013-14:

Scuole secondarie di secondo grado

Liceo scientifico G.Parodi, Acqui Terme; Istituto Tecnico Commerciale, Tortona; Istituto tecnico industriale A.Sobrero, Casale Monferrato; Istituto magistrale A.Monti, Asti; Istituto professionale per l'industria e l'artigianato P.Andriano, Castelnuovo Don Bosco; Liceo classico G.Q.Sella, Biella; Liceo artistico G.Q.Sella, Biella; Liceo classico G.Govone, Alba; Istituto magistrale R.Govone, Mondovì; Liceo scientifico G.Peano-S.Pellico, Cuneo; Istituto professionale per i servizi commerciali e turistici S.Grandis, Cuneo; Istituto professionale per i servizi alberghieri e ristorazione G.Giolitti, Mondovì; Liceo artistico E.Bianchi, Cuneo; Istituto tecnico commerciale F.A.Bonelli, Cuneo; Istituto tecnico industriale G.Vallauri, Fossano; Liceo classico e linguistico Carlo Alberto, Novara; Liceo scientifico San Lorenzo, Novara; Istituto professionale industria e artigianato T.Bellini, Novara; Istituto tecnico commerciale E.Mossotti, Novara; Liceo classico I. Des Ambrois, Oulx; Liceo classico G.F.Porporato, Pinerolo; Liceo classico V.Gioberti, Torino; Istituto magistrale Einstein, Torin; Liceo scientifico A.Moro, Rivarolo Canavese; Liceo scientifico A.Volta, Torino; Liceo scientifico Erasmo da Rotterdam, Nichelino; Liceo scientifico M.Curie, Pinerolo; Liceo scientifico C.Cattaneo, Torino; Liceo scientifico I.Newton, Chivasso; Liceo scientifico Juvarra con annessa sez. Classica, Venaria; Istituto professionale per i servizi commerciali e turistici T.D'oria, Ciriè; Istituto prof per i servizi commerciali e turistici V.Bosso - A.Monti, Torino; Istituto professionale per i servizi alberghieri e ristorazione R.G.Colombatto, Torino; Istituto professionale per i servizi alberghieri e ristorazione G.Giolitti, Torino; Istituto professionale industria e artigianato J.Beccari, Torino; Istituto d'arte - liceo artistico F.Faccio, Castellamonte; Liceo artistico Buniva, Pinerolo; Istituto tecnico commerciale e per geometri G.Cena, Ivrea; Istituto tecnico commerciale/istituto tecnico turistico P.Boselli, Torino; Istituto tecnico commerciale Russell-Moro, Torino; Istituto tecnico industriale C.Olivetti, Ivrea; Istituto tecnico industriale G.B.Pininfarina, Moncalieri; Istituto tecnico industriale G.Natta, Rivoli; Istituto tecnico per geometri E.Vittorini, Grugliasco; Liceo scientifico B.Cavaliere, Verbania; Istituto tecnico commerciale e per geometri Ferrini, Verbania; Liceo classico I.Lagrangia, Vercelli; Istituto professionale per i servizi alberghieri e ristorazione Soldati, Gattinara; Istituto tecnico industriale G.C. Faccio, Vercelli.

Scuole secondarie di primo grado

S. Giovanni Bosco, Alessandria; I.Perosi, Viguzzolo; S.Pertini, Ovada; A.Manzoni, Alessandria; I.Valenziano, Tortona; Goltieri, Asti; Vergano, Refrancore; C.A.Dalla Chiesa, Nizza Monferrato; Scuola Media di Graglia; Leonardo da Vinci, Cossato; Sacco-Boetto-Paglieri, Fossano; Macrino, Alba; A.Momigliano, Ceva; Scuola Media di Stefano Belbo; D.Alighieri, Revello; I.Einaudi, Dogliani; Scuola media Immacolata, Novara; G.Pascoli, Gozzano; E.S.Verjus, Oleggio; Bellini, Novara; Pier Lombardo, Novara; L.Murialdo, Rivoli; Perotti, Torino; Gozzano, Caluso; Brignone, Pinerolo; Alighieri, Volpiano; P.Calamandrei, Torino; Viale Calvetti, Piscina; D.Cosola, Chivasso; Dante Alighieri, Torino; I.C. L. Da Vinci, Torino; I.C. King-Mila, Torino; I.C. S.Antonino, Sant'antonino di Susa; I.C. G.Leopardi, Trofarello; I.C. Caffaro, Bicherasio; I.C. Rodari, Brandizzo; I.C. C.Casalegno, Leini; I.C. Trana, Trana; I.C. Regio Parco, Torino; I.C. via Palmieri-p.zza Bernini, Torino; I.C. Caselle Torinese - Demonte, Caselle Torinese; I.C. Tallone, Alpignano; I.C. ia san Nazario, Ivrea; I.C. L.Da Vinci, Orbassano; IC. Carmagnola - Pancalieri, Pancalieri; I.C. Chieri; Scuola Media di Domodossola; Scuola Media Cadorna, Verbania; S. Ignazio da Santhià, Santhià; Verga, Vercelli.

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

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

Nella nostra regione la raccolta dati HBSC del 2013-2014 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra gli operatori sanitari regionali, l'Ufficio Scolastico Regionale e, in primis, ragazzi e personale delle scuole coinvolte.

La 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 Piemonte, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

La numerosità campionaria è stata calcolata in 900 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento dal 10% al 25% in ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

1.2 Descrizione del campione

In Piemonte sono state campionate complessivamente 159 classi equamente distribuite fra la prima e la terza classe della scuola secondaria di primo grado (scuola media) e la seconda della scuola secondaria di secondo grado (scuola superiore). La rispondenza è elevata (93,7%) ed è risultata simile in tutte e tre le fasce di età (tabella 1.1). In tabella 1.2 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 2294 ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, i maschi risultano essere 1143 (49,8%).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	53	50	94.3
Classe terza media	53	50	94.3
Classe seconda superiore	53	49	92.5
Totale	159	149	93.7

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	maschio	femmina	Totale
11 anni	36.7%	36.1%	36.4%
	419	415	834
13 anni	36.1%	37.4%	36.7%
	413	430	843
15 anni	27.2%	26.6%	26.9%
	311	306	617
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	1143	1151	2294

Il 93,6% dei ragazzi risulta nato in Italia (tabella 1.3) senza apprezzabili differenze per età. La tabella 1.4 illustra la composizione del campione secondo la nascita dei genitori. Se, complessivamente, risulta che l'83,2% dei ragazzi ha entrambi i genitori nati nel nostro Paese, il 20% degli undicenni presenta almeno uno dei due genitori nato all'estero, mentre solo il 14% dei quindicenni ha uno o entrambi i genitori stranieri.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Nato in Italia	93.8%	93.8%	93.2%	93.6%
	781	791	575	2147
Nato all'estero	6.2%	6.2%	6.8%	6.4%
	52	52	42	146
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	833	843	617	2293

Tabella 1.4: Composizione del campione per età e Paese di nascita dei genitori

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Entrambi in Italia	79.9%	84.6%	85.9%	83.2%
	665	706	530	1901
Madre o Padre all'estero	6.7%	5.9%	4.9%	5.9%
	56	49	30	135
Entrambi all'estero	13.3%	9.6%	9.2%	10.9%
	111	80	57	248
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	832	835	617	2284

Rispetto all'indagine del 2008, è maggiore la percentuale di ragazzi con uno o entrambi i genitori stranieri (10,9% nel 2014 contro 6,5% nel 2008).

Bibliografia capitolo 1

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

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

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

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

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

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La tabella 2.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari: il 66,6% delle famiglie da cui provengono i ragazzi intervistati sono composte da entrambi i genitori naturali. Tale percentuale sale all'80% se si considerano le famiglie in cui, oltre ai genitori, sono presenti anche i nonni. Le famiglie composte da un solo genitore naturale (madre o padre) sono il 18% della popolazione intervistata; di queste, il 3,8% è rappresentato dalle famiglie "ricostituite", in cui uno dei genitori naturali, in assenza dell'altro, ha un nuovo coniuge o convivente. Sono soprattutto le famiglie con una madre sola (12,9%) la maggioranza di quelle che escono dagli schemi "tradizionali". Molto limitate sono infine le situazioni in cui, essendo assenti entrambi i genitori, i ragazzi vivono con i nonni (0,9%) o hanno un'altra sistemazione (1%): comunità alloggio, casa famiglia o altro qui non classificato.

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

Madre e padre, no altri adulti	66.6%	1445
Madre e padre, più uno o due nonni	13.5%	292
Solo madre (con o senza nonni)	12.9%	280
Solo padre (con o senza nonni)	1.3%	28
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.8%	83
Solo nonni (uno o due)	0.9%	20
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.0%	22
Totale	100.0%	2170

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

Figli unici	19.4%	426
1 fratello o sorella	57.5%	1263
2 o più fratelli o sorelle	23.2%	509
Totale	100.0%	2198

Rispetto al 2008 è diminuita la percentuale di famiglie tradizionali (73,5% nel 2008 vs 66,6% nel 2014), soprattutto a favore delle famiglie monoparentali con madre sola (7,4% nel 2008 vs 12,9% nel 2014) o con solo padre o con famiglia ricostituita.

2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. Da una parte è stato infatti dimostrato come la qualità della relazione con i genitori sia associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti; ad esempio relazioni difficoltose con i genitori sono associate a maggiore probabilità di adozione di comportamenti di consumo di sostanze tra i ragazzi (Zambon, 2006). Dall'altra parte, è stato

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

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

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

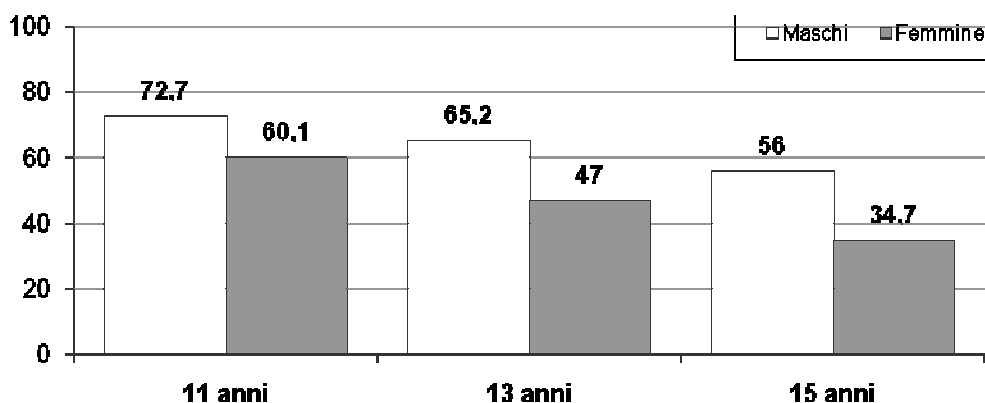
La facilità con cui i ragazzi intervistati parlano di argomenti importanti con il padre diminuisce con l'età. Infatti più di un terzo (36%) degli undicenni dichiara che è “molto facile” parlare con il proprio padre, tale quota scende al 12,4% fra i quindicenni; è pressoché costante nelle tre fasce d'età la percezione di coloro che rispondono “facile”, mentre aumenta con l'età la proporzione di chi risponde “difficile” o “molto difficile” (26,3% fra gli undicenni e 47,1% fra i quindicenni).

L'indagine mette inoltre in evidenza una notevole differenza fra i generi dovuta al fatto che le ragazze dichiarano un rapporto con il padre mediamente peggiore dei ragazzi, con differenze di circa 10 punti percentuali soprattutto fra i tredicenni e i quindicenni (fig. 2.1).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto facile	36.0%	22.9%	12.4%	24.8%
	296	191	76	563
facile	34.9%	37.7%	34.9%	35.9%
	287	315	213	815
difficile	17.5%	24.3%	32.4%	24.0%
	144	203	198	545
molto difficile	8.8%	11.4%	14.7%	11.3%
	72	95	90	257
non ho o non vedo questa persona	2.8%	3.7%	5.6%	3.9%
	23	31	34	88
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	822	835	611	2268

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



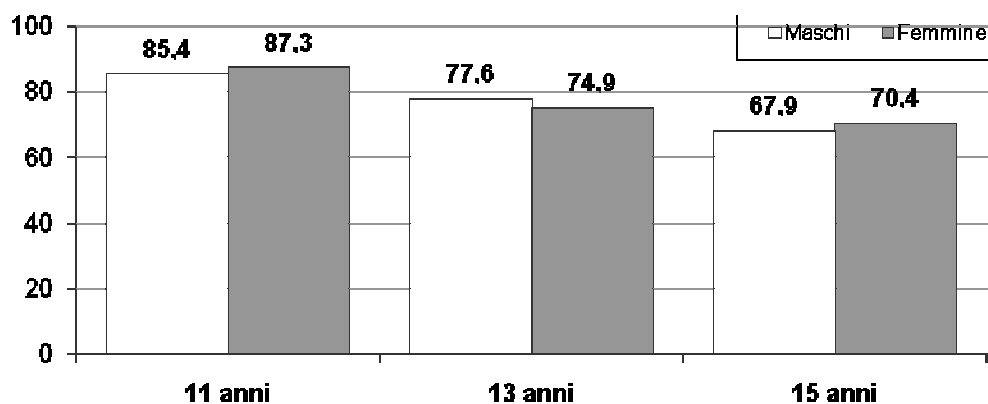
Tale differenza di genere non si evidenzia invece nella qualità della relazione con la madre, come mostra la Figura 2.2; la relazione con la madre è inoltre, a tutte le età, migliore di quella con il padre.

Anche nella facilità del rapporto con la madre, tuttavia, si osserva una diminuzione con l'età: la Tabella 2.4 evidenzia infatti il passaggio dal 55% circa dei ragazzi di 11 anni che lo giudicano "molto facile", al 26% dei quindicenni. Aumenta invece con l'età la quota di ragazzi intervistati che rispondono "facile"; aumento che è in grado però di compensare solo in piccola parte la diminuzione complessiva: infatti rispondono "facile" o "molto facile" l'87% degli undicenni, il 77% dei tredicenni e il 73% dei quindicenni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto facile	55.5%	35.7%	26.2%	40.2%
	446	297	160	903
facile	31.3%	41.8%	46.7%	39.4%
	252	348	285	885
difficile	8.2%	16.1%	19.8%	14.3%
	66	134	121	321
molto difficile	3.6%	5.8%	6.2%	5.1%
	29	48	38	115
non ho o non vedo questa persona	1.4%	0.7%	1.0%	1.0%
	11	6	6	23
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	804	833	610	2247

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, 2000; Mackenbach, 1997; Costa, 1998; Zambon, 2006), sia indirettamente. Infatti, come dimostrato da numerosi studi, un buon livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (Geckova, 2003; Due, 2003; Kosteniuk, 2003; Ruiz, 2002).

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

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze) con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare) (Currie, 1997). Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);
- status sociale (educazione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

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

La Tabella 2.5 riporta la distribuzione per i tre livelli di FAS nella popolazione intervistata. La maggior parte dei ragazzi (oltre il 52%) si situa in una posizione intermedia, mentre il 29% del campione dichiara una certa agiatezza nel possesso di beni da parte della propria famiglia. La quota di quanti non hanno accesso ai beni considerati raggiunge quasi il 19%.

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

FAS basso (0-3)	18.8%	426
FAS medio (4-5)	52.1%	1181
FAS alto (6-7)	29.1%	658
Totale	100.0%	2265

La Tabella 2.6 riporta i dati, stratificati per età, relativi al titolo di studio dei genitori dei ragazzi intervistati.

Tabella 2.6: Livello di Istruzione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
Licenza elementare	1.3%	2.5%	1.9%	0.5%	1.7%	1.2%
	10	20	11	4	13	7
Licenza media	14.6%	27.1%	25.4%	10.9%	19.7%	20.8%
	115	221	150	79	155	123
Scuola professionale	7.4%	12.4%	13.9%	8.4%	11.1%	14.7%
	58	101	82	61	87	87
Maturità	15.4%	29.7%	31.6%	19.9%	36.8%	37.7%
	121	242	187	145	289	223
Laurea	20.1%	14.8%	18.3%	22.9%	20.0%	18.8%
	158	121	108	167	157	111
Non lo so	41.1%	13.5%	9.0%	37.4%	10.7%	6.9%
	323	110	53	272	84	41
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	785	815	591	728	785	592

Sono piuttosto alte le percentuali di chi dichiara di non conoscere il titolo di studio dei genitori, in tutte le fasce d'età (intorno al 12% fra i tredicenni, intorno all'8% fra i quindicenni e, fra gli

undicenni, oltre il 39%). Degli altri, risulta che meno del 2% dei padri dei ragazzi intervistati possiede solo la licenza elementare, contro l'1% delle madri; il 19,6% dei genitori possiede solo la licenza media, mentre una percentuale simile (19,1%) ha conseguito la laurea; tutti gli altri hanno la maturità o un titolo professionale intermedio.

2.5 Conclusioni

Poiché la vita in famiglia è in grado di influenzare fortemente le modalità con cui i ragazzi si rapportano con il mondo, abbiamo 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 nonni o in famiglie ricostituite. Non è tuttavia possibile trascurare il fatto che le situazioni alternative (monoparentali o senza genitori) rappresentano ormai un 16% circa delle realtà in cui vivono e crescono i ragazzi; realtà assodate, di cui occorre tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali, in quanto situazioni a rischio di svantaggio economico e sociale. A questo proposito occorre notare la diminuzione, rispetto alle precedenti rilevazioni, delle famiglie (naturali o ricostituite) in cui sono presenti due genitori.

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 fra questi ultimi rispetto agli undicenni. Dato comprensibile, se si considera che l'adolescenza è l'età in cui inizia il distacco dalla famiglia, per avvicinarsi ad altri gruppi. Da rilevare che per entrambi i generi e a tutte le età, il rapporto con la madre è considerato più facile. Rispetto alle rilevazioni precedenti si nota una tendenza al miglioramento delle relazioni con i genitori: i ragazzi dichiarano una maggior facilità nella comunicazione con i genitori.

Per quanto riguarda la situazione socio-economica, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-alte, seppur in presenza di situazioni di disagio in quasi il 20% della popolazione giovanile. Da notare che rispetto al 2008 è presente uno scivolamento verso il basso dello status socio-economico espresso dall'indicatore FAS con una diminuzione del 10% dei ragazzi che si situano nel livello di FAS alto (dal 39,2% del 2008 al 29,1% del 2014) e un proporzionale aumento delle percentuali per il livello FAS medio e basso. Il dato è rilevante ed occorre tenerne 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.

Cos'è cambiato rispetto alle rilevazioni precedenti?

	2004	2008	2014
Figli unici	23,8%	19%	19,4%
Famiglie con entrambi i genitori o ricostituite (con o senza nonni)	90,3%	90,7%	83,9%
Facile o molto facile parlare con il padre (11 anni)	66,2%	66,5%	70,9%
Facile o molto facile parlare con il padre (15 anni)	42,3%	45,5%	47,3%
Facile o molto facile parlare con la madre (11 anni)	85,4%	86,3%	86,8%
Facile o molto facile parlare con la madre (15 anni)	67,3%	69,1%	79,6%
Status socioeconomico basso (FAS)	17,2%	14,5%	18,8%

Bibliografia capitolo 2

- AAVV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Firenze, Istituto degli Innocenti.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A.(1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M.,Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*. Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11: 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*. Milano, Rizzoli.
- Carrà E., Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano, Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*. Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C.(2005). *Parenting and culture in adolescence*, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica - Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37:121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*. Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61:603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana». Anno 2000*. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., 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*. Milano, Cortina.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Torino, Claudiana Editrice.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16:23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	La scuola avrebbe bisogno di un restauro	Il cortile è in buone condizioni	La palestra è in buone condizioni	Le classi specializzate sono ben attrezzate	Le riparazioni sono fatte in tempi ragionevoli	I bagni sono in buone condizioni	Il sistema di ventilazione e riscaldamento funzionano bene	La scuola è accessibile a persone disabili	Le classi soddisfano i bisogni di insegnanti e studenti	Sono disponibili sufficienti strumenti multimediali	La temperatura in classe è appropriata
Completamente d'accordo	35	10	9	7	5	8	9	21	8	12	11
	35.0%	10.0%	8.9%	7.0%	5.0%	8.0%	9.1%	21.4%	8.2%	12.0%	11.2%
D'accordo	37	50	46	52	43	46	50	71	48	46	45
	37.0%	50.0%	45.5%	52.0%	43.0%	46.0%	50.5%	72.4%	49.5%	46.0%	45.9%
In disaccordo	18	28	33	26	41	36	33	4	36	32	32
	18.0%	28.0%	32.7%	26.0%	41.0%	36.0%	33.3%	4.1%	37.1%	32.0%	32.7%
Completamente in disaccordo	6	8	9	9	11	9	6	1	2	9	8
	6.0%	8.0%	8.9%	9.0%	11.0%	9.0%	6.1%	1.0%	2.1%	9.0%	8.2%
Non saprei	0	1	2	1	0	1	1	1	2	1	1
	0.0%	1.0%	2.0%	1.0%	0.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.1%	1.0%	1.0%
Risorsa non presente	4	3	2	5	0	0	0	0	1	0	1
	4.0%	3.0%	2.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	1.0%
Totale	100	100	101	100	100	100	99	98	97	100	98
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Per quanto riguarda l'ambiente fisico, dalla valutazione effettuata dai dirigenti emerge la non completa adeguatezza delle strutture scolastiche: il 72% è d'accordo o completamente d'accordo sul fatto che le scuole necessitino di restauri; molti i dirigenti sono completamente in disaccordo o in disaccordo sulle buone condizioni di cortili (36%), palestre (41,6%), bagni (45%). Il 93,8% delle scuole è accessibile ai disabili. In circa la metà delle scuole è presente una dotazione adeguata di attrezzature e strumenti per l'insegnamento (d'accordo o molto d'accordo su aule specializzate ben attrezzate 59%, su strumenti multimediali 58%).

Nell'88% delle scuole sono adottate misure per favorire lo sviluppo di competenze rispetto ad attività fisica e sport, In poco più della metà (circa 58%) viene promosso lo sviluppo di competenze nutrizionali nella prevenzione dell'abuso di sostanze; il 68% delle scuole promuove l'acquisizione di abilità nel prevenire violenza e bullismo.

Nella costruzione di un ambiente che favorisce e promuove il benessere è fondamentale la compartecipazione e il coinvolgimento degli studenti nelle politiche della scuola.

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

	Competenze di tipo nutrizionale	Competenze rispetto ad attività fisica e sport	Abilità nel prevenire violenza e bullismo	Competenza nella prevenzione di abuso di sostanze
sì, abitualmente	59 57.8%	90 88.2%	68 68.0%	59 58.4%
sì, di tanto in tanto	39 38.2%	12 11.8%	28 28.0%	37 36.6%
no	4 3.9%	0 0.0%	4 4.0%	5 5.0%
Totale	102 100.0%	102 100.0%	100 100.0%	101 100.0%

La tabella 3.3. mostra il coinvolgimento degli studenti nell'organizzazione scolastica.

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

	Sviluppo politiche o regole scolastiche	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure promozione salute	Pianificazione eventi scolastici	Insegnamento in classe	Gli studenti sono informati sulle decisioni	Le opinioni degli studenti vengono considerate	Gli studenti hanno voce in capitolo nelle decisioni
quasi sempre	41 40.2%	13 12.7%	17 16.7%	23 22.5%	16 15.7%	72 70.6%	44 43.6%	47 46.5%
spesso	44 43.1%	27 26.5%	45 44.1%	32 31.4%	29 28.4%	27 26.5%	43 42.6%	42 41.6%
qualche volta	13 12.7%	41 40.2%	28 27.5%	31 30.4%	34 33.3%	3 2.9%	13 12.9%	9 8.9%
raramente	3 2.9%	18 17.6%	12 11.8%	14 13.7%	19 18.6%	0 0.0%	1 1.0%	2 2.0%
mai	1 1.0%	3 2.9%	0 0.0%	2 2.0%	4 3.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%
Totale	102 100.0%	102 100.0%	102 100.0%	102 100.0%	102 100.0%	102 100.0%	101 100.0%	101 100.0%

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

	Cassetta suggerimenti, proposte	Homepage, forum, blog	Ore ufficio	Indagini su studenti
sì	21 22.6%	22 24.2%	96 97.0%	65 67.7%
no	72 77.4%	69 75.8%	3 3.0%	31 32.3%
Totale	93 100.0%	91 100.0%	99 100.0%	96 100.0%

I ragazzi sono coinvolti quasi sempre o spesso nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (83,3%), di misure di promozione della salute (60,8%) e nella pianificazione di eventi scolastici (53,9%). Vengono solo qualche volta o raramente coinvolti nell'insegnamento (51,9%) e nell'organizzazione del contesto fisico (57,8%).

Le lamentele nell'ambito della scuola sono raccolte più frequentemente in modo diretto, tramite gli uffici scolastici (97%) o con indagini sugli studenti (67,7%). Più raramente attraverso la raccolta di suggerimenti o proposte raccolte in un'apposita cassetta (22,6%) o tramite canali informatici (sito, blog, forum) (24,2%).

Le tabelle seguenti mostrano una valutazione del contesto ambientale più ampio in cui è inserita la scuola.

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

	Tensioni etniche	Immondizie, rifiuti, vetri rotti	Spaccio, consumo di droghe o abuso alcol	Violenze, vandalismo di gang	Traffico eccessivo	Abitazioni ed edifici dismessi o abbandonati	Criminalità
problema rilevante	1	3	6	3	5	3	4
	1.0%	3.0%	6.1%	3.0%	5.0%	3.0%	4.0%
problema moderato	9	17	27	17	15	10	23
	9.0%	17.2%	27.6%	16.8%	15.0%	9.9%	23.0%
problema lieve	33	35	33	23	42	25	40
	33.0%	35.4%	33.7%	22.8%	42.0%	24.8%	40.0%
problema non presente	55	42	21	52	37	58	25
	55.0%	42.4%	21.4%	51.5%	37.0%	57.4%	25.0%
non so	2	2	11	6	1	5	8
	2.0%	2.0%	11.2%	5.9%	1.0%	5.0%	8.0%
Totale	100	99	98	101	100	101	100
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Le tensioni etniche sono giudicate un problema non presente o lieve nella maggior parte dei casi (88%), così come il degrado urbano rappresentato dalla presenza di edifici dismessi o abbandonati (82,2%). Lo spaccio e abuso di droghe o alcol sono considerate prevalentemente un problema lieve o moderato (61,3%), così come il traffico eccessivo (57%) o la criminalità (63%).

In generale il quartiere viene considerato adeguato per quanto riguarda i trasporti pubblici (61,4%) e la presenza di luoghi per fare sport (58,8%) e di incontro per i cittadini (50%); poco o per nulla adeguato per la presenza di luoghi di incontro per i giovani (62%).

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

	Luoghi d'incontro cittadini	Luoghi d'incontro giovani	Luoghi attività sportive	Trasporti pubblici	Pulizia
per nulla adeguato	11	13	6	3	1
	10.8%	13.0%	5.9%	3.0%	1.3%
poco adeguato	39	49	33	31	16
	38.2%	49.0%	32.4%	30.7%	20.0%
adeguato	51	37	60	62	60
	50.0%	37.0%	58.8%	61.4%	75.0%
molto adeguato	1	1	3	5	3
	1.0%	1.0%	2.9%	5.0%	3.8%
Totale	102	100	102	101	80
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

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

	Molte attrattive serali	Molte manifestazioni culturali	Poche iniziative culturali	Nessuna attrezzatura per iniziative culturali	Scarse attività svago per bambini	Mancanza punti ritrovo giovani	Molte associazioni che operano nel sociale
completamente in disaccordo	20	9	7	6	7	5	7
	19.6%	8.8%	6.9%	5.9%	6.9%	4.9%	6.9%
in disaccordo	42	28	17	23	12	11	15
	41.2%	27.5%	16.7%	22.5%	11.8%	10.8%	14.7%
abbastanza in disaccordo	14	13	17	18	15	20	10
	13.7%	12.7%	16.7%	17.6%	14.7%	19.6%	9.8%
né in accordo né in disaccordo	11	10	17	17	14	19	16
	10.8%	9.8%	16.7%	16.7%	13.7%	18.6%	15.7%
abbastanza d'accordo	10	29	20	22	24	19	36
	9.8%	28.4%	19.6%	21.6%	23.5%	18.6%	35.3%
d'accordo	2	10	21	13	23	24	15
	2.0%	9.8%	20.6%	12.7%	22.5%	23.5%	14.7%
completamente d'accordo	3	3	3	3	7	4	3
	2.9%	2.9%	2.9%	2.9%	6.9%	3.9%	2.9%
Totale	102	102	102	102	102	102	102
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

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

Nelle tabelle seguenti sono riportate le risposte relative al grado di accordo rispetto alla percezione di equità, fiducia e accettazione nel rapporto con gli insegnanti.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto d'accordo	45.7%	23.0%	7.8%	27.1%
	380	193	48	621
d'accordo	34.6%	39.0%	34.1%	36.1%
	288	328	210	826
né d'accordo né in disaccordo	15.3%	27.4%	36.5%	25.4%
	127	230	225	582
non sono d'accordo	3.1%	7.1%	14.8%	7.7%
	26	60	91	177
per niente d'accordo	1.3%	3.5%	6.8%	3.6%
	11	29	42	82
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	832	840	616	2288

La maggior parte degli studenti (63,2%) afferma di essere trattato in "modo giusto" dai propri insegnanti, senza importanti differenze tra maschi e femmine. Tuttavia, un quarto dei ragazzi si dichiara indifferente nella valutazione del rapporto con i propri insegnanti.

Tabella 3.10.1: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", per età

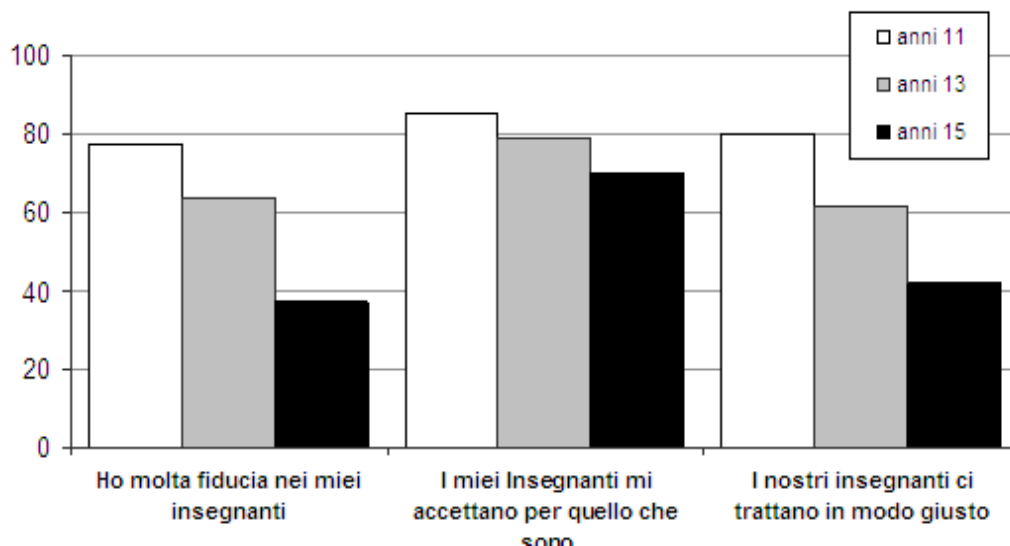
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto d'accordo	40.8%	22.0%	7.3%	24.9%
	339	184	45	568
d'accordo	36.6%	41.8%	29.9%	36.7%
	304	350	184	838
né d'accordo né in disaccordo	17.2%	26.7%	42.5%	27.5%
	143	224	262	629
non sono d'accordo	3.5%	6.4%	14.6%	7.6%
	29	54	90	173
per niente d'accordo	1.8%	3.1%	5.7%	3.3%
	15	26	35	76
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	830	838	616	2284

Tabella 3.10.2: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto d'accordo	47.4%	34.7%	20.8%	35.6%
	394	292	128	814
d'accordo	37.7%	44.4%	49.3%	43.3%
	314	373	303	990
né d'accordo né in disaccordo	12.3%	15.5%	21.8%	16.0%
	102	130	134	366
non sono d'accordo	1.6%	3.8%	5.9%	3.5%
	13	32	36	81
per niente d'accordo	1.1%	1.7%	2.3%	1.6%
	9	14	14	37
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	832	841	615	2288

Il 61,6% dei ragazzi ha fiducia nei propri insegnanti, sebbene la percentuale di chi è molto d'accordo diminuisca drasticamente fra i quindicenni (7,3%).

Allo stesso modo, la maggior parte dei ragazzi si sente accettato dai propri insegnanti (78,9%); anche in questo caso i ragazzi più grandi si sentono accettati in proporzione minore rispetto ai più piccoli (70,1% dei quindicenni vs 85,1% degli undicenni).

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

La figura 3.1 riassume graficamente quanto riportato nelle tabelle 3.1, 3.2 e 3.3 per i ragazzi che hanno dichiarato di essere d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni precedenti. Si può osservare come siano i ragazzi più giovani a percepire il rapporto con gli insegnanti come migliore: in particolare fra i quindicenni diminuisce la percezione di essere trattati in modo giusto e di conseguenza la fiducia verso il corpo docente.

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 carenze relazionali con i compagni di classe tendono ad avere voti peggiori (Wentzel, 2003, Zettergren, 2003), minor successo scolastico (Buhs, 2006), un maggior numero di assenze (Fredricks, 2004) ed un maggior rischio di drop out (Jimerson, 2000).

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto d'accordo	28.0%	17.6%	11.9%	19.8%
	232	148	73	453
d'accordo	36.9%	39.4%	44.1%	39.7%
	306	331	271	908
né d'accordo né in disaccordo	24.4%	27.6%	27.6%	26.4%
	202	232	170	604
non sono d'accordo	8.0%	11.7%	12.5%	10.5%
	66	98	77	241
per niente d'accordo	2.8%	3.8%	3.9%	3.5%
	23	32	24	79
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	829	841	615	2285

La maggior parte dei ragazzi in tutte le età considerate percepisce i propri compagni come gentili e disponibili (65%, 57% e 56% rispettivamente per gli undicenni, i tredicenni ed i quindicenni), anche se al crescere dell'età si riduce la percezione della disponibilità dei coetanei. Quando si analizzano le risposte per classi di età suddivise per sesso (figura 3.2) si osserva che questa percezione tende a diminuire con il crescere dell'età, in entrambi i sessi, anche se le femmine riportano un minor grado di accordo con tale affermazione rispetto ai maschi.

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

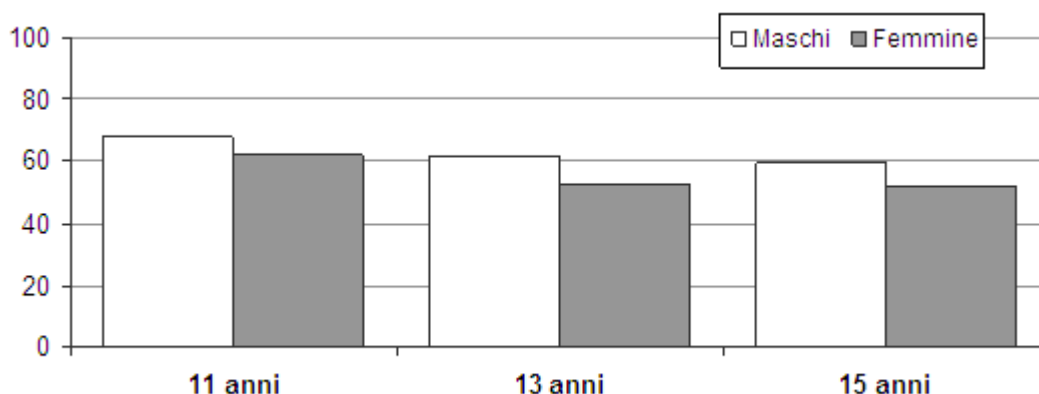


Tabella 3.14: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto d'accordo	39.8%	27.1%	22.9%	30.6%
	331	228	141	700
d'accordo	37.6%	39.3%	48.3%	41.1%
	313	330	297	940
né d'accordo né in disaccordo	14.3%	20.0%	21.0%	18.2%
	119	168	129	416
non sono d'accordo	3.8%	8.1%	3.9%	5.4%
	32	68	24	124
per niente d'accordo	4.4%	5.5%	3.9%	4.7%
	37	46	24	107
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	832	840	615	2287

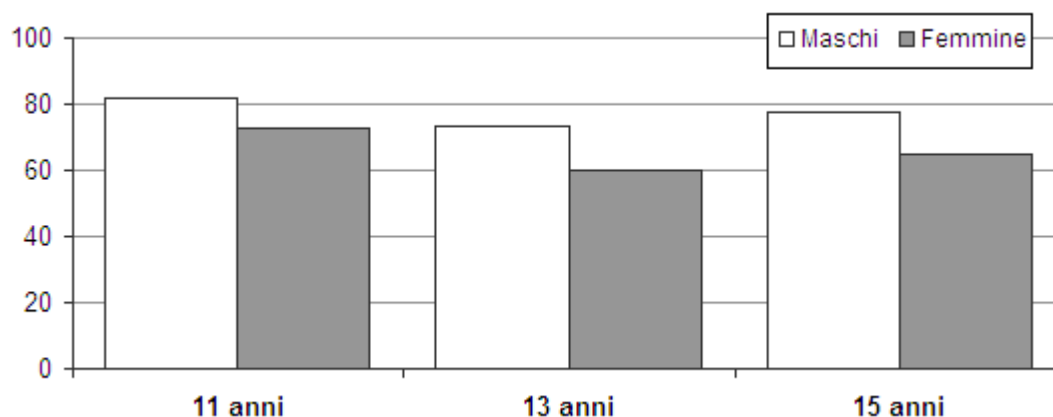
Nella tabella 3.14 sono riportate le risposte relative al secondo item riservato alle relazioni con i coetanei e al grado di accettazione percepito. Nuovamente possiamo osservare quella che sembra essere una riduzione costante nella frequenza di risposte positive al crescere dell'età, pur con un livello di accordo sempre vicina al 70% (77% per gli undicenni, 66% tredicenni, 71% quindicenni). La maggior parte dei ragazzi a qualunque età si sente accettato dai compagni. A differenza di quanto osservato nelle domande relative al rapporto con gli insegnanti, si riducono moltissimo le risposte neutrali, indicando una maggiore volontà o capacità di giudizio di fronte alle affermazioni proposte.

Tabella 3.14.1: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ai miei compagni piace stare insieme", per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
molto d'accordo	41.1%	37.3%	22.3%	34.6%
	341	313	137	791
d'accordo	38.7%	42.0%	45.7%	41.8%
	321	353	281	955
né d'accordo né in disaccordo	17.3%	16.1%	22.3%	18.2%
	144	135	137	416
non sono d'accordo	1.9%	2.4%	7.2%	3.5%
	16	20	44	80
per niente d'accordo	1.0%	2.3%	2.6%	1.9%
	8	19	16	43
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	830	840	615	2285

Anche suddividendo le risposte per genere (figura 3.3) la situazione osservata non cambia: più del 60% degli intervistati si sente accettato dai compagni, anche se le ragazze rispetto ai ragazzi rappresentano una percentuale più bassa in tutte le fasce di età.

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



In questo studio, relativamente al rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola, è stato approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana". È stato inoltre chiesto ai ragazzi se hanno mai subito atti di cyberbullismo o attraverso chat, computer, sms o bacheca (Figura 3.4.1) o con la pubblicazione online di foto (Figura 3.4.2).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
non sono stato oggetto di bullismo nell'ultimo paio di mesi	80.0%	87.2%	94.6%	86.6%
una volta o due	13.3%	9.0%	4.1%	9.2%
due o tre volte al mese	2.2%	1.9%	0.2%	1.5%
circa una volta alla settimana	1.6%	0.4%	0.7%	0.9%
più volte alla settimana	2.9%	1.6%	0.5%	1.8%
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	825	835	614	2274

Il bullismo non sembra essere un fenomeno prevalente nelle nostre scuole: più dell'85% dei ragazzi, in tutte le fasce d'età, dichiara di non aver subito atti di bullismo a scuola negli ultimi due mesi. Il fenomeno, quando presente, è leggermente più rappresentato nelle classi di età più giovani: essere stato oggetto di atti di bullismo una o due volte, negli ultimi due mesi, nei ragazzi di 11 anni raggiunge infatti il 13% per scendere al 9,2% nei ragazzi più grandi.

Benché la percentuale di chi dichiara di essere stato vittima di uno o più atti di "bullismo" nel corso degli ultimi due mesi sia inferiore al 20% e si riduca con l'aumentare dell'età dei ragazzi, tale

fenomeno non è da sicuramente da sottovalutare in un'ottica di interventi di prevenzione e promozione del benessere a scuola.

Nella figura 3.4 si evidenziano le differenze tra i due sessi e si nota come il fenomeno del "bullismo", quando presente, risulti essere maggiormente diffuso nei ragazzi.

Prevalenze simili si riscontrano per chi dichiara di aver subito atti di "cyber bullismo", con un andamento opposto per quanto riguarda i generi: le femmine sono più frequentemente vittime di bullismo attraverso chat, computer, sms o foto pubblicate online (fig. 3.4.1. e 3.4.2.).

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

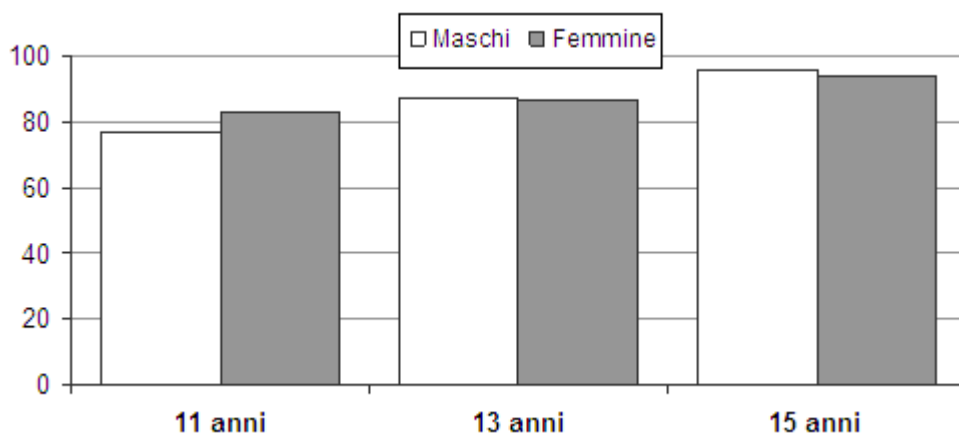


Figura 3.4.1 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso chat, computer, sms o bacheca, per età e genere

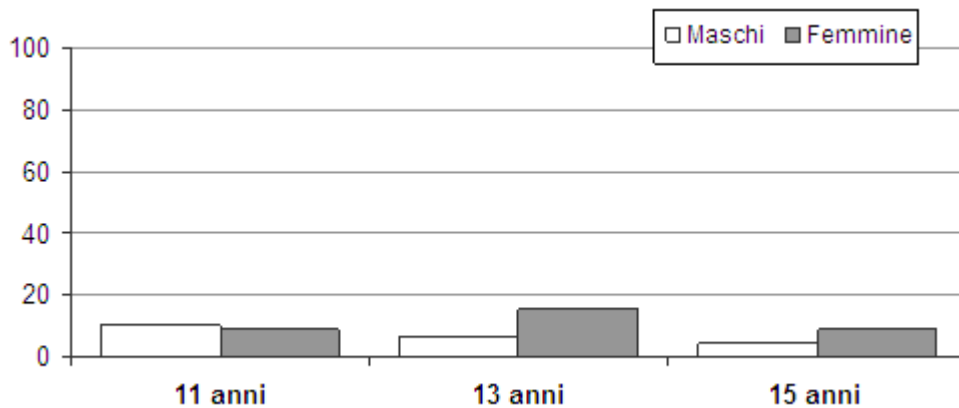
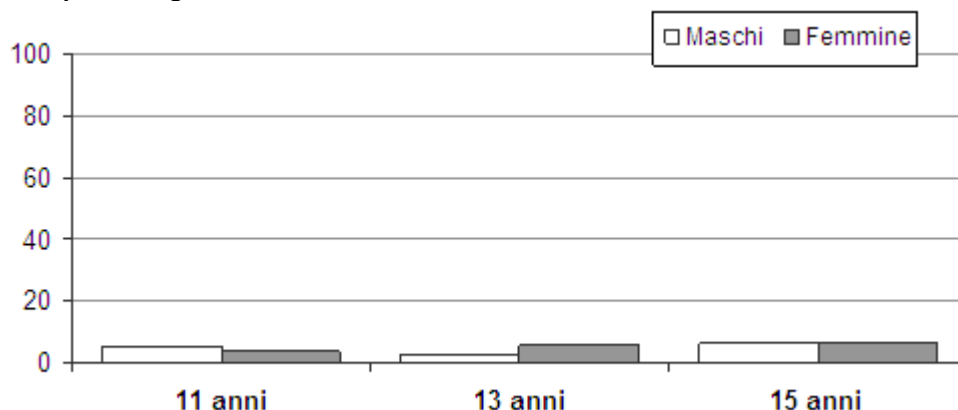


Figura 3.4.2 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso foto pubblicate online, per età e genere



Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se e quante volte, negli ultimi 12 mesi, si erano azzuffati o picchiati con qualcuno (tabella 3.16). Più del 65% del campione, in tutte le fasce d'età (il 70% nei più grandi), dichiara di non essere stato coinvolto in episodi violenti nell'ultimo anno; i più giovani sembrano essere coinvolti in piccole risse più di frequente (tre o più volte): 8% negli undicenni e tredicenni contro meno del 5% nei quindicenni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	68.1%	68.7%	74.3%	70.0%
	563	574	456	1593
una volta	16.8%	16.7%	15.5%	16.4%
	139	140	95	374
due volte	6.8%	6.5%	5.4%	6.3%
	56	54	33	143
tre volte	3.1%	3.1%	2.3%	2.9%
	26	26	14	66
quattro volte o più	5.2%	5.0%	2.6%	4.4%
	43	42	16	101
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	827	836	614	2277

3.5 Rapporto con la scuola

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

Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia espressa e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità

individuale e gruppale 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 dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

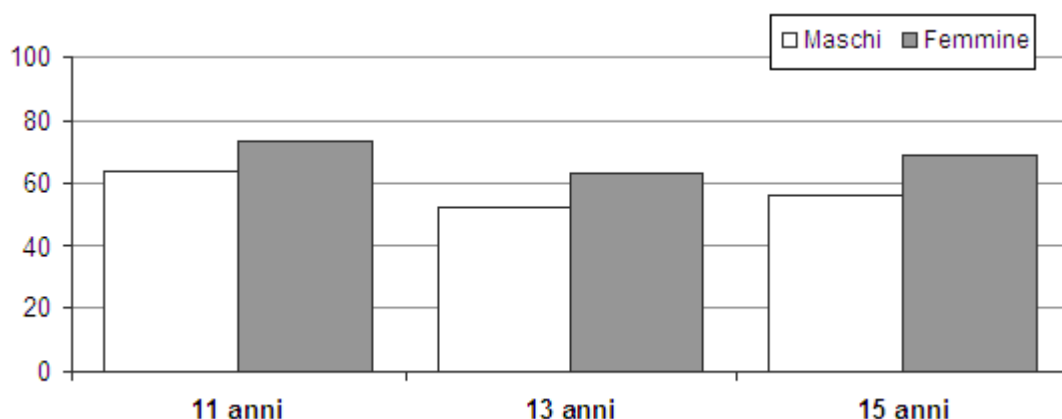
La maggior parte degli adolescenti (63%) dichiara di gradire la scuola, senza grandi differenze fra le fasce d'età.

Nella figura 3.5 possiamo osservare come la scuola piaccia soprattutto alle ragazze e in misura maggiore alle più giovani. Sia fra i maschi che fra le femmine si osserva una leggera caduta del gradimento per la scuola nella fascia d'età intermedia.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mi piace molto	18.7%	5.7%	9.4%	11.4%
	155	48	58	261
mi piace abbastanza	49.9%	51.8%	53.2%	51.5%
	415	436	328	1179
non mi piace tanto	21.4%	31.3%	28.6%	27.0%
	178	263	176	617
non mi piace per niente	10.0%	11.2%	8.8%	10.1%
	83	94	54	231
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	831	841	616	2288

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



3.6 Conclusioni

La percezione di un ambiente scolastico sostenente, caratterizzato da buoni rapporti con i pari e con i propri insegnanti, è solitamente correlato ad un maggior piacere ed un maggior impegno nelle attività scolastiche anche al di fuori delle ore dedicate alla scuola.

Soprattutto per i più giovani la scuola è percepita come luogo "piacevole" e le figure di

riferimento che in essa si possono incontrare rappresentano fonte di sostegno e benessere: i ragazzi, in particolare i più giovani, si sentono trattati equamente e accettati dai propri insegnanti, in cui hanno fiducia; anche i compagni sono vissuti come gentili e disponibili. Rispetto alle rilevazioni precedenti sembra esserci un miglioramento nel rapporto con gli insegnanti. Con il passaggio dai 13 ai 15 anni la scuola sembra diventare un luogo meno piacevole, almeno per una minoranza degli adolescenti, ed anche le relazioni che in essa si intrattengono sembrano diventare più difficili. Tuttavia si registra, rispetto alle rilevazioni precedenti, un maggior gradimento della scuola.

Un ulteriore aspetto da sottolineare è come all'interno dei diversi contesti scolastici (scuole medie e scuole superiori) siano diffusi atti di bullismo, sebbene in percentuali modeste. Queste forme di prevaricazione ripetute possono essere fonte, per le vittime, di una progressiva perdita di autostima e del benessere scolastico. Incoraggiante è comunque il dato secondo cui tale fenomeno sembrerebbe ridursi consistentemente con il passaggio alle scuole superiori. Il motivo di questa riduzione potrebbe dipendere dall'acquisizione di competenze relazionali più raffinate e mature. Il fenomeno sembra inoltre in attenuazione dalla prima rilevazione HBSC. Un'ultima considerazione è la divergenza che si osserva tra ragazze e ragazzi nelle relazioni con i compagni, per cui le femmine sembrano sentire le relazioni con i pari come meno accoglienti e più giudicanti.

Cos'è cambiato rispetto alle rilevazioni precedenti?

	2004	2008	2014
I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto (d'accordo o molto d'accordo) (11 anni)	77,5%	-	80,3%
I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto (d'accordo o molto d'accordo) (15 anni)	39,4%	42,5%	41,9%
La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile (d'accordo o molto d'accordo) (11 anni)	74,2%	70,5%	64,9%
La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile (d'accordo o molto d'accordo) (15 anni)	56,6%	60,7%	55,9%
I miei compagni mi accettano per quello che sono (d'accordo o molto d'accordo) (11 anni)	77,8%	79,7%	77,4%
I miei compagni mi accettano per quello che sono (d'accordo o molto d'accordo) (15 anni)	69,9%	72,1%	71,2%
Ha subito almeno una volta atti di bullismo a scuola negli ultimi due mesi (11 anni)	26,4%	15,2%	20%
Ha subito almeno una volta atti di bullismo a scuola negli ultimi due mesi (15 anni)	10%	8,1%	5,4%
Mi piace la scuola (molto o abbastanza) (11 anni)	63,3%	69,5%	68,6%
Mi piace la scuola (molto o abbastanza) (15 anni)	53,3%	56,3%	62,7%

Bibliografia capitolo 3

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

- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (pp 421-471). New York, Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59-109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21-43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of School Psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B.K., Pianta R.C. (2001). Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625-638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28: 173-184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525-549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491-512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379-393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher-child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33: 444-458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351-361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49:366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8:1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Milano, Unicopli.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36: 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39:177-190.
- Wentzel K.R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198-1209.
- Wentzel K.R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5-28.
- White K.J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302-326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207-221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1-16.

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

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

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

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

4.2 Attività fisica

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

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

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

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

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

Fare attività fisica regolare non sembra un'abitudine diffusa fra gli adolescenti: dalla tabella 4.1 si evince che meno della metà (46,5%) dei ragazzi fa attività fisica almeno 4 giorni la settimana e solo il 17% raggiunge la frequenza di almeno 6 giorni la settimana.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0 giorni	4.6%	4.4%	10.1%	6.0%
	38	37	62	137
1 giorno	8.4%	10.0%	11.2%	9.8%
	70	84	69	223
2 giorni	17.6%	17.2%	15.8%	17.0%
	146	144	97	387
3 giorni	18.1%	22.1%	22.6%	20.8%
	150	185	139	474
4 giorni	17.7%	17.8%	18.2%	17.9%
	147	149	112	408
5 giorni	11.8%	13.0%	8.6%	11.4%
	98	109	53	260
6 giorni	9.3%	5.8%	4.4%	6.7%
	77	49	27	153
7 giorni	12.4%	9.7%	9.1%	10.5%
	103	81	56	240
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	829	838	615	2282

I grafici in figura 4.1 e 4.2 chiariscono la distribuzione per età e genere: in linea con le osservazioni nazionali ed internazionali, emerge che la frequenza di attività fisica nella settimana diminuisce con l'età e che le ragazze fanno meno attività fisica dei ragazzi. La curva delle ragazze, infatti, più spostata verso sinistra, indica una proporzione maggiore di ragazze che dichiarano uno o due giorni di attività fisica settimanale

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

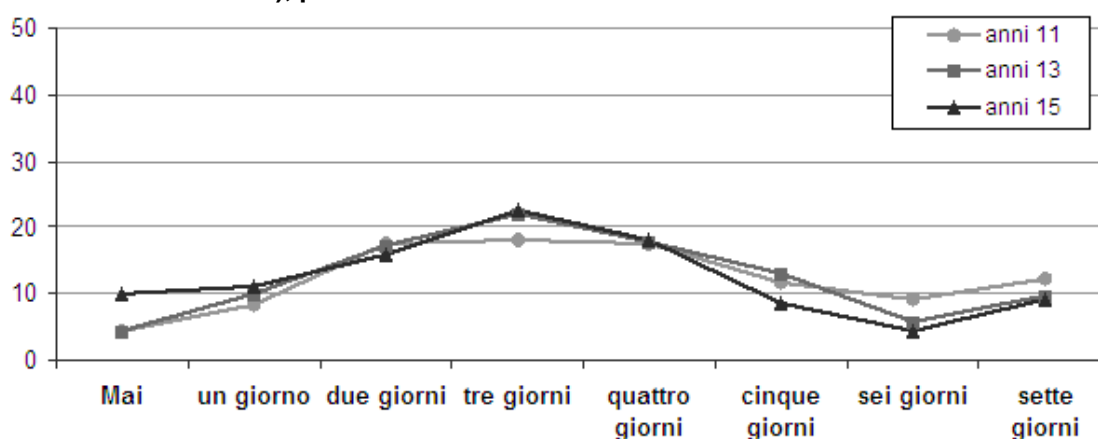
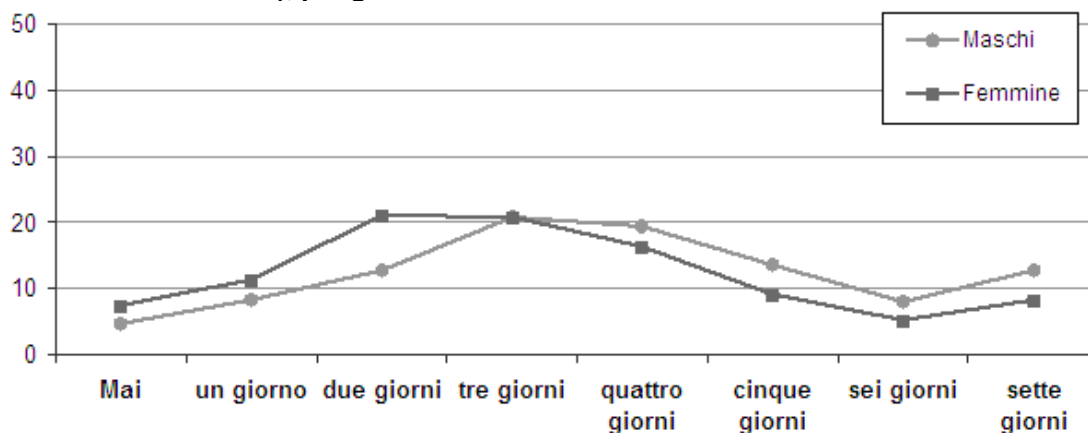


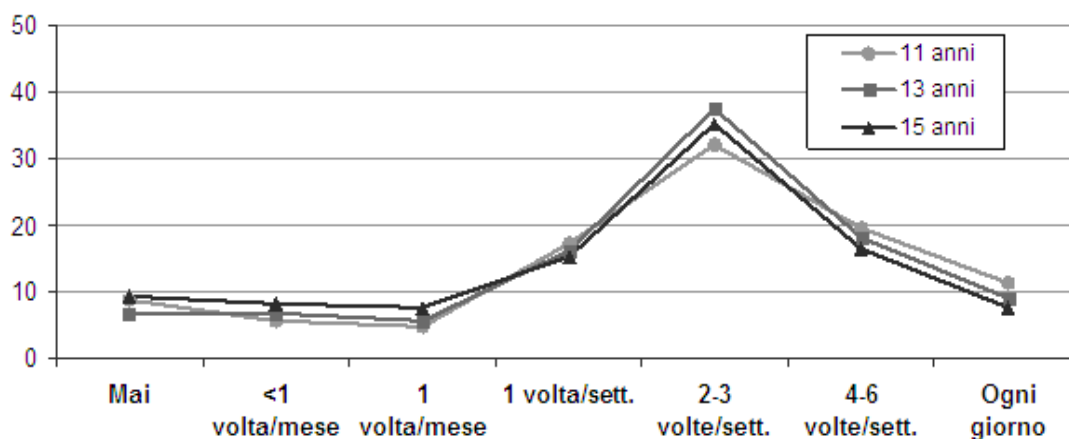
Figura 4.2 – Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, 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.

Nella figura 4.3 è stata riportata la frequenza percentuale della quantità di esercizio fisico intenso esercitato al di fuori dell'orario scolastico, per età: si osserva come una quota consistente di adolescenti (30-40%) dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

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



4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

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

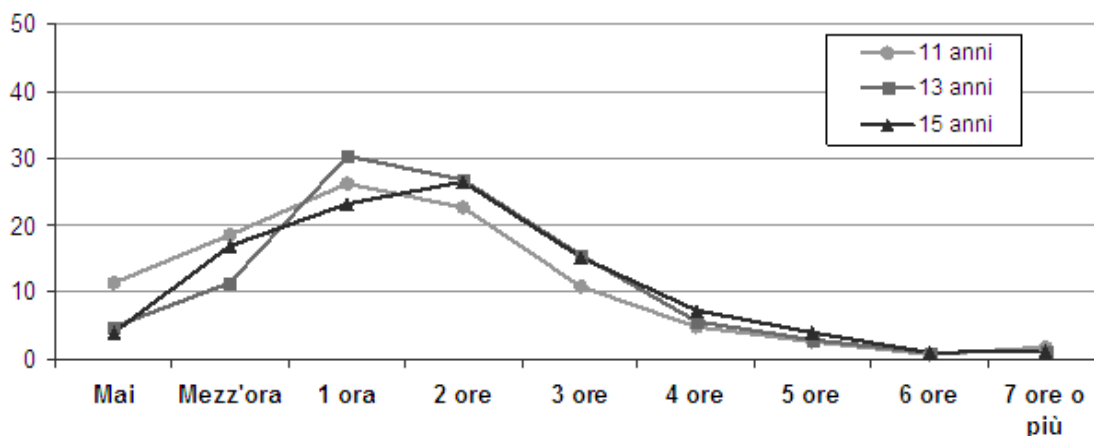
Le linee guida internazionali (Committee on Public Education, 2001; UK Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

Nella tabella 4.2 viene descritto l'uso di forme di intrattenimento su schermo (tv, video, DVD, ...) In generale, si osserva come il tempo passato in queste attività sedentarie per circa tre quarti dei ragazzi (circa il 79% degli undicenni, il 73% dei tredicenni ed il 71% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Come si evince dal grafico in figura 4.4, i ragazzi più grandi tendono a passare più ore al giorno in questa attività.

Tabella 4.2: "Di solito, nel tuo tempo libero, quante ORE al giorno passi a guardare la TV, dei VIDEO (incluso YouTube o simili), DVD o altre forme di intrattenimento su schermo?", per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	11.6%	4.8%	4.2%	7.1%
	95	40	26	161
Mezz'ora	18.5%	11.4%	17.0%	15.5%
	152	96	104	352
1 ora	26.3%	30.3%	23.2%	26.9%
	216	255	142	613
2 ore	22.6%	26.9%	26.5%	25.2%
	186	226	162	574
3 ore	10.8%	15.6%	15.2%	13.8%
	89	131	93	313
4 ore	4.9%	5.7%	7.5%	5.9%
	40	48	46	134
5 ore	2.6%	2.9%	4.1%	3.1%
	21	24	25	70
6 ore	0.9%	1.0%	1.0%	0.9%
	7	8	6	21
7 ore o più	1.9%	1.5%	1.3%	1.6%
	16	13	8	37
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	822	841	612	2275

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



Nella sezione che segue è stato chiesto ai ragazzi di indicare quanto tempo trascorressero impegnati nei videogame, indipendentemente dal mezzo utilizzato.

Da i risultati illustrati nella tabella 4.3: è possibile notare che circa la metà dei ragazzi dedica ai videogiochi da mezz'ora (25,6%) a un'ora al giorno (24,2%) senza differenze apprezzabili fra undicenni e tredicenni.

Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ORE al giorno giochi al computer, alla console, sul tablet (come l'iPad), sullo smartphone o su altri dispositivi elettronici?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	21.7%	15.2%	16.6%	17.9%
	179	128	102	409
Mezz'ora	28.0%	22.7%	26.1%	25.6%
	231	191	161	583
1 ora	23.2%	27.0%	21.8%	24.2%
	191	227	134	552
2 ore	12.3%	13.3%	13.5%	13.0%
	101	112	83	296
3 ore	5.9%	9.3%	9.3%	8.1%
	49	78	57	184
4 ore	3.3%	4.9%	4.1%	4.1%
	27	41	25	93
5 ore	2.1%	3.1%	2.9%	2.7%
	17	26	18	61
6 ore	1.1%	1.3%	1.6%	1.3%
	9	11	10	30
7 ore o più	2.4%	3.2%	4.2%	3.2%
	20	27	26	73
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	824	841	616	2281

Il computer viene utilizzato dai ragazzi non solo per giocare, ma anche per chattare, navigare su internet, scambiare mail, ecc. Nella tabella 4.4 sono riportate le frequenze percentuali della quantità di ore dedicate all'uso del computer durante il giorno.

Più di un quarto dei ragazzi (26%) usa il computer tre ore o più al giorno e meno della metà dei ragazzi limita l'utilizzo a mezz'ora (23,1%) o un'ora al giorno (22,4%). Le figure 4.7 e 4.8 evidenziano l'assenza di grandi differenze fra maschi e femmine e un uso maggiormente intenso da parte dei quindicenni oltre le tre ore al giorno.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	27.7%	8.7%	4.9%	14.5%
	227	73	30	330
Mezz'ora	30.4%	21.2%	16.1%	23.1%
	249	177	99	525
1 ora	18.3%	26.4%	22.4%	22.4%
	150	221	138	509
2 ore	9.5%	16.4%	16.4%	13.9%
	78	137	101	316
3 ore	5.3%	11.0%	12.5%	9.3%
	43	92	77	212
4 ore	3.5%	6.5%	8.1%	5.9%
	29	54	50	133
5 ore	1.5%	2.6%	7.5%	3.5%
	12	22	46	80
6 ore	1.0%	2.4%	3.6%	2.2%
	8	20	22	50
7 ore o più	2.8%	4.8%	8.5%	5.1%
	23	40	52	115
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	819	836	615	2270

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

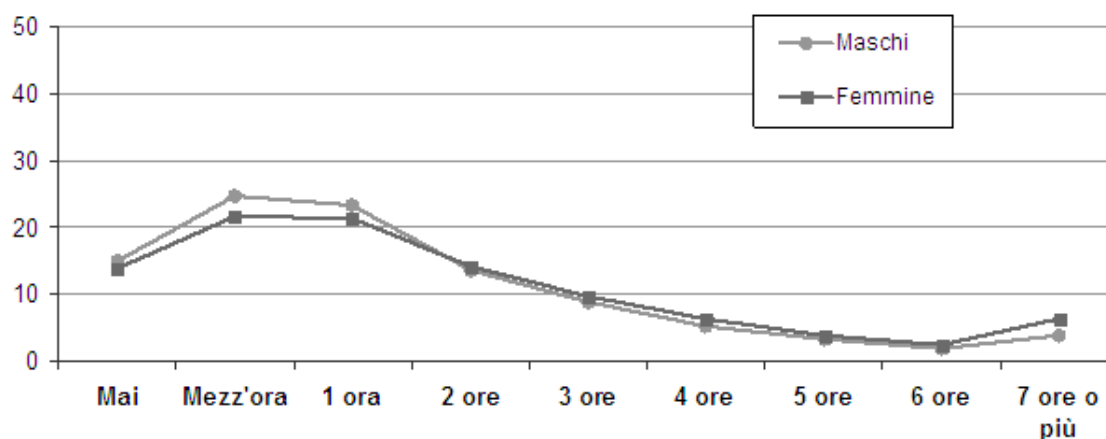
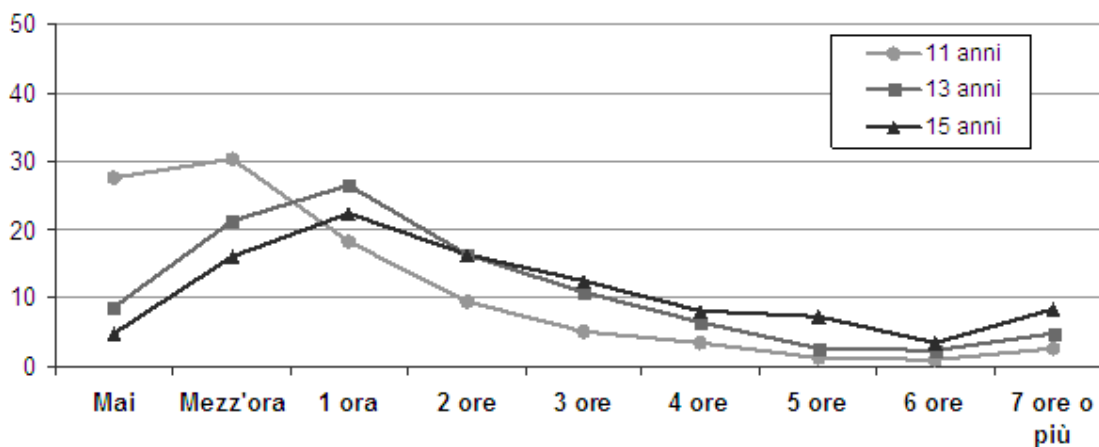


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



4.4 Rapporti con i pari

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

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

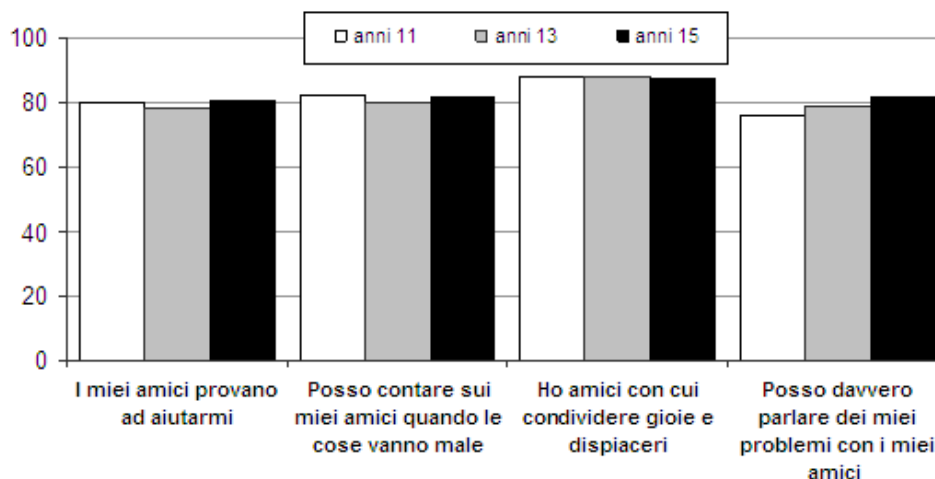
Tabella 4.5 – Percentuale di ragazzi che ogni giorno contattano gli amici, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Telefono, FaceTime, Skype	4.4%	2.4%	0.6%	2.4%
	22	17	3	42
SMS, WhatsApp, WeChat	56.0%	49.5%	47.5%	50.7%
	281	351	257	889
Email	1.4%	0.7%	0.0%	0.7%
	7	5	0	12
Facebook, Gmail, Messenger	12.7%	13.4%	20.3%	15.4%
	64	95	110	269
Altri Social Network	25.5%	34.0%	31.6%	30.8%
	128	241	171	540
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	502	709	541	1752

La tabella 4.5 descrive unamodalità di comunicazione fra adolescenti basata più sull'uso di forme di messaggistica (50,7%) o sui social network (46%) che sulla comunicazione verbale (telefono, skype) o scritta (email) (3%). Mentre i ragazzi più giovani prediligono maggiormente la messaggistica (56% degli undicenni contro 47,5% dei quindicenni), i ragazzi più grandi si affidano maggiormente ai social network per mantenere le relazioni con i coetanei (52% dei quindicenni contro 38% degli undicenni).

Per quanto riguarda i rapporti con i pari, in generale i ragazzi sembrano essere abbastanza soddisfatti dalle proprie relazioni di amicizia, senza differenze apprezzabili fra età. Più dell'80% dei ragazzi dichiara di avere amici con cui condividere le proprie esperienze e su cui fare affidamento nei momenti di difficoltà. I quindicenni hanno la percezione di potersi confidare con gli amici più degli undicenni, per i quali, probabilmente, la famiglia rappresenta ancora una forma di sostegno.

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



4.5 Conclusioni

In accordo con la letteratura nazionale e internazionale, l'indagine ha evidenziato come l'attività fisica fra gli adolescenti sia piuttosto scarsa e si riduca ulteriormente con l'età. Rispetto alle rilevazioni precedenti sembra però aumentare fra i ragazzi più giovani.

Parallelamente il tempo impegnato in attività sedentarie (tv, video, DVD) rimane inferiore o pari alle due ore giornaliere, come da raccomandazioni, per tre quarti dei ragazzi; a questa attività va aggiunto l'uso dei videogiochi, che impegnano la maggior parte dei ragazzi non più di un'ora al giorno. È necessario aggiungere che l'ipotesi che i comportamenti sedentari riducano il tempo che l'adolescente può dedicare all'attività fisica non trova conferma negli studi più recenti.

Relativamente ai nuovi mezzi di comunicazione, si rileva un loro uso diffuso, con alcune differenze a seconda dell'età: mentre i più giovani prediligono i sistemi di messaggistica, i ragazzi più grandi amano maggiormente comunicare con i pari attraverso i social network.

Confrontando i dati con le precedenti rilevazioni, si può assistere ad un cambiamento nell'impiego del tempo in attività sedentarie: sempre meno diffuso l'uso della tv a favore del computer, sia per scopi di studio che soprattutto ricreativi (internet, chat, ...).

Cos'è cambiato rispetto alle rilevazioni precedenti?

	2004	2008	2014
Attività fisica (almeno 60 min per 6 gg/ sett) (11 anni)	17%	16,7%	21,7%
Attività fisica (almeno 60 min per 6 gg/ sett) (15 anni)	13,8%	16%	13,5%
Attività sedentarie (tv, video, dvd) più di 2 ore/dì (11 a)	29,5%	22,1%	21%
Attività sedentarie (tv, video, dvd) più di 2 ore/dì (15 a)	47,7%	42,1%	29%
Attività sedentarie (computer) più di 2 ore/dì (11 anni)	4%	6,7%	14,8%
Attività sedentarie (computer) più di 2 ore/dì (15 anni)	10,4%	12,2%	22%

Bibliografia capitolo 4.

- Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents, and Television. *Pediatrics*,107:423-26
- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on selfconcept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- Biddle S.J., Gorely T,Marshall S.J,Murdey I,Cameron N.(2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29-33.
- Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*,19:915-29.
- Borraccino A., Lemma P., Iannotti R.J., Zambon A., Dalmasso P., Lazzeri G., Giacchi M. Cavallo F. (2009). Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41:749-756.
- DeMattia L., Lemont L., Meurer L. (2007). Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 8:69-81.
- EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- Hume C., Singh A., Brug J., Mechelen W., Chinapaw M.(2009). Dose-response associations between screen time and overweight among youth. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4:61.4.

- Janssen I., Katzmarzyk P.T., Boyce W.F., Vereecken C., Mulvihill C., Roberts C., Currie C., Pickett W., (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6:123-132.
- Janssen I. (2007). Guidelines for physical activity in children and young people. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 32:S122-S135.
- Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40.
- Kuntsche E., Pickett W., Overpeck M., Craig W., Boyce W., de Matos M.G. (2006). Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 39:908-915.
- Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*, 27:703-16.
- CDC (2001). Increasing physical activity (A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.50:1-14.
- Parsons T.J., Manor O., Power C. (2008). Television viewing and obesity: a prospective study in the 1958 British birth cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62:1355-63.
- Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatrics*, 21:9-81.
- U.K. Government(2010). https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213739/dh_128144.pdf
- WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- WHO (2011) Global Recommendations on Physical Activity for Health <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

5.1 Introduzione

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

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

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

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

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitesi nell'infanzia e nell'adolescenza (Mobley, 2009); anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più urgenti in termini di prevenzione (Plutzer, 2008).

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

È 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, oltre a favorire il consumo disordinato di snack e "cibi spazzatura" (*junk food*) (Hoyland, 2009; Kant, 2008).

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

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresentano dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	16.7%	23.6%	30.7%	23.0%
	138	198	188	524
un giorno a settimana	3.3%	2.6%	3.3%	3.0%
	27	22	20	69
due giorni a settimana	3.9%	3.6%	2.0%	3.2%
	32	30	12	74
tre giorni a settimana	6.7%	6.2%	3.8%	5.7%
	55	52	23	130
quattro giorni a settimana	4.1%	3.1%	3.9%	3.7%
	34	26	24	84
cinque giorni a settimana	65.3%	60.9%	56.4%	61.3%
	539	511	346	1396
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	825	839	613	2277

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione tutti i giorni di scuola (61,3%), ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età (dal 65,3% degli undicenni al 56,4% dei quindicenni). Comunque rilevante la percentuale di quanti non fanno mai colazione, circa un quarto del totale (23,0%), in aumento con l'età (dal 16,7% degli undicenni al 30,7% dei quindicenni).

Nella corretta suddivisione dei pasti rientra anche l'abitudine a fare piccoli spuntini tra un pasto e l'altro. Uno spuntino adeguato dovrebbe avere un apporto calorico limitato.

In tabella 5.2 viene riportata la frequenza di consumo degli spuntini. Quasi la metà dei ragazzi (41,9%) consuma lo spuntino sia a metà mattina sia a metà pomeriggio, con frequenze maggiori fra i ragazzi più grandi (48,1% dei quindicenni vs 39,9% degli undicenni).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
no	17.0%	15.2%	9.9%	14.4%
	141	128	61	330
solo a metà mattina	17.9%	15.8%	13.3%	15.9%
	148	133	82	363
solo a metà pomeriggio	25.2%	29.6%	28.7%	27.8%
	209	249	177	635
sia a metà mattina che a metà pomeriggio	39.9%	39.4%	48.1%	41.9%
	330	331	296	957
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	828	841	616	2285

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

In tabella 5.3. possiamo vedere che il consumo di frutta è costante nelle fasce d'età. Coloro che ne consumano meno di una volta a settimana o mai sono meno del 10% ("mai" circa 3%). Abbiamo poi il 21,5% dei ragazzi che mangia frutta una volta al giorno tutti i giorni, contribuendo a quel 40% circa che ne consuma una o più volte al giorno. In figura 5.2 osserviamo le differenze tra maschi e femmine relativamente all'abitudine a mangiare frutta: le femmine mostrano più frequentemente un consumo regolare, anche più volte al giorno.

Per quanto riguarda il consumo di verdura (tabella 5.4 e figura 5.3), abbiamo delle quote sovrapponibili a quelle di frutta tra coloro che hanno un consumo molto basso, ma leggermente superiori fra chi non ne consuma mai (4,8%). Il consumo quotidiano, anche più volte al giorno, sfiora il 40%. Le differenze tra maschi e femmine sono più accentuate relativamente al consumo quotidiano e ancora più fra chi consuma la verdura più volte al giorno, con una differenza di circa 10 punti percentuali a favore delle femmine.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	3.1%	3.0%	3.4%	3.1%
	26	25	21	72
meno di una volta a settimana	4.8%	5.0%	5.2%	5.0%
	40	42	32	114
una volta a settimana	7.9%	10.9%	8.8%	9.3%
	66	92	54	212
tra 2 e 4 giorni a settimana	24.3%	27.0%	25.6%	25.6%
	202	227	158	587
tra 5 e 6 giorni a settimana	13.6%	13.6%	18.0%	14.8%
	113	114	111	338
una volta al giorno tutti i giorni	24.5%	20.2%	19.1%	21.5%
	204	170	118	492
più di una volta al giorno	21.7%	20.3%	19.9%	20.7%
	180	171	123	474
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	831	841	617	2289

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

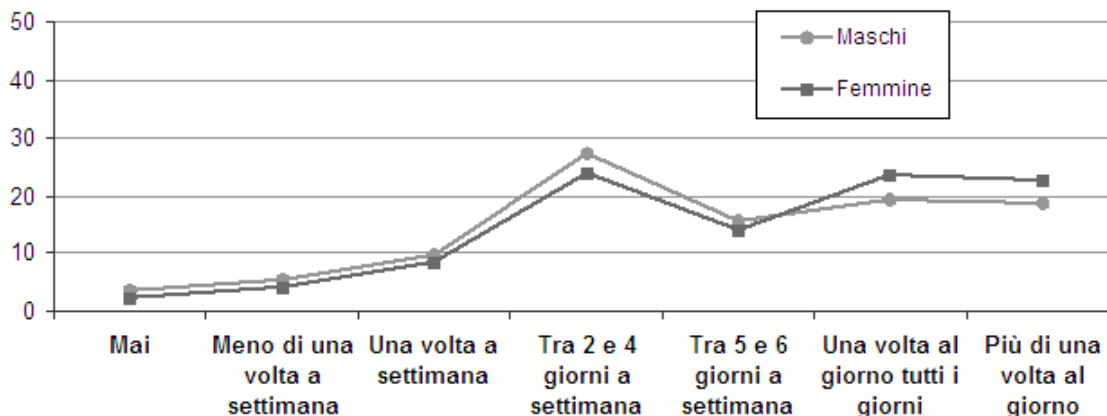


Figura 5.2 - “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età

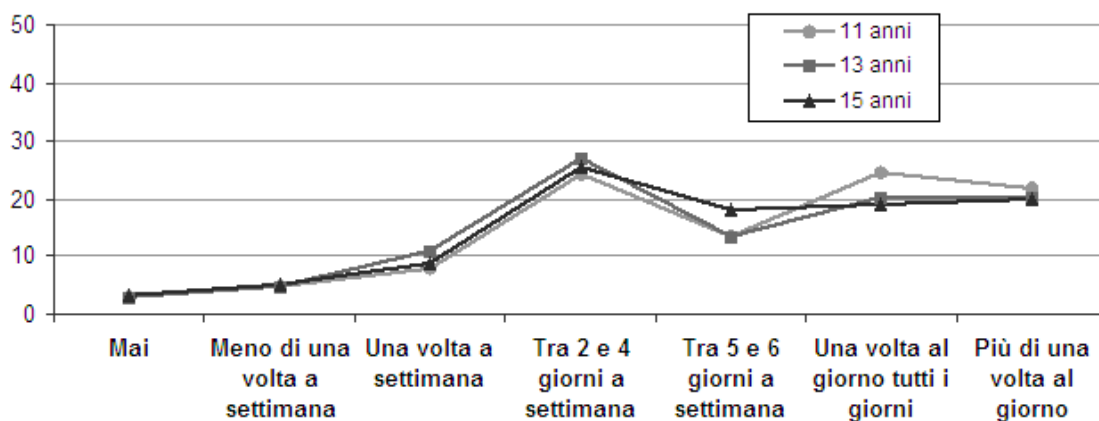


Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	6.1%	4.8%	3.1%	4.8%
meno di una volta a settimana	5.9%	3.9%	3.4%	4.5%
una volta a settimana	10.2%	8.1%	9.1%	9.1%
tra 2 e 4 giorni a settimana	25.3%	26.4%	23.3%	25.2%
tra 5 e 6 giorni a settimana	16.5%	19.0%	19.8%	18.3%
una volta al giorno tutti i giorni	19.9%	19.4%	20.7%	19.9%
più di una volta al giorno	16.0%	18.4%	20.6%	18.1%
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	830	841	617	2288

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

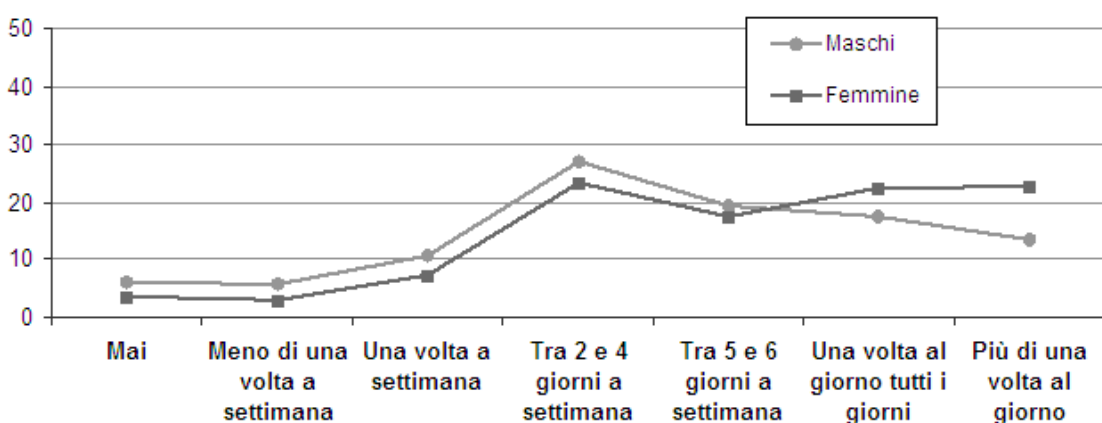
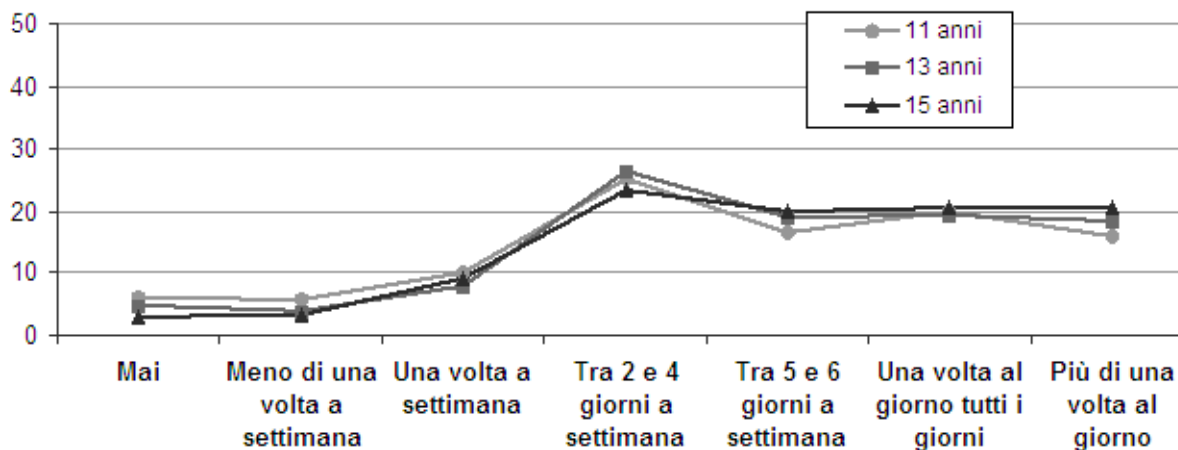


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura, per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

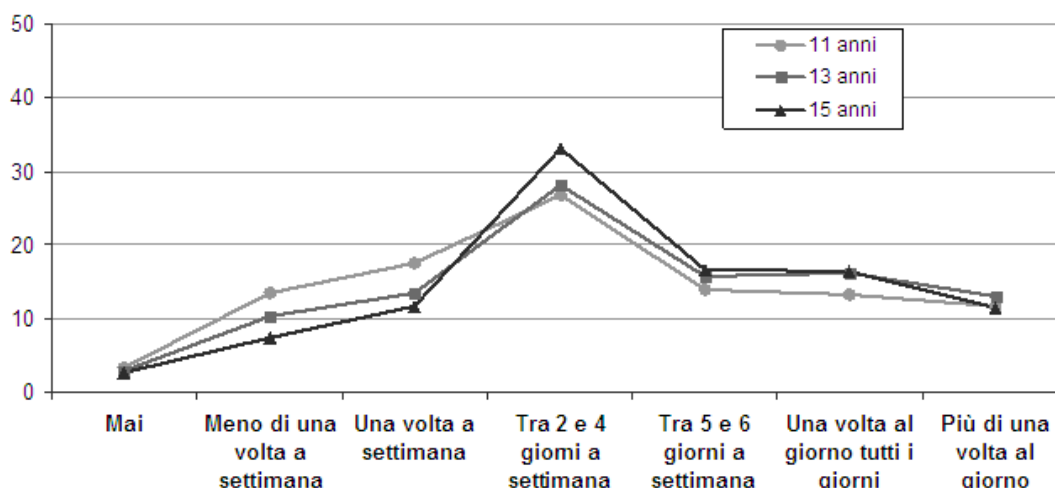
L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (Malik, 2010; Vartanian, 2007).

Come si vede in tabella 5.5 e figura 5.5, più di un quarto dei ragazzi (27,3%) consuma quotidianamente dolci; in generale l'abitudine a consumare dolci cresce con l'età: tale incremento è maggiormente evidente per la categoria "da 2 a 4 volte al giorno" (26,7% degli undicenni vs 33,2% dei quindicenni). Non ci sono differenze d'età fra i maggiori consumatori ("più volte al giorno").

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	3.4%	3.0%	2.8%	3.1%
	28	25	17	70
meno di una volta a settimana	13.6%	10.3%	7.5%	10.7%
	113	87	46	246
una volta a settimana	17.5%	13.6%	11.8%	14.5%
	146	114	73	333
tra 2 e 4 giorni a settimana	26.7%	28.2%	33.2%	29.0%
	222	237	205	664
tra 5 e 6 giorni a settimana	13.9%	15.8%	16.7%	15.4%
	116	133	103	352
una volta al giorno tutti i giorni	13.2%	16.2%	16.5%	15.2%
	110	136	102	348
più di una volta al giorno	11.8%	13.0%	11.5%	12.1%
	98	109	71	278
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	833	841	617	2291

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

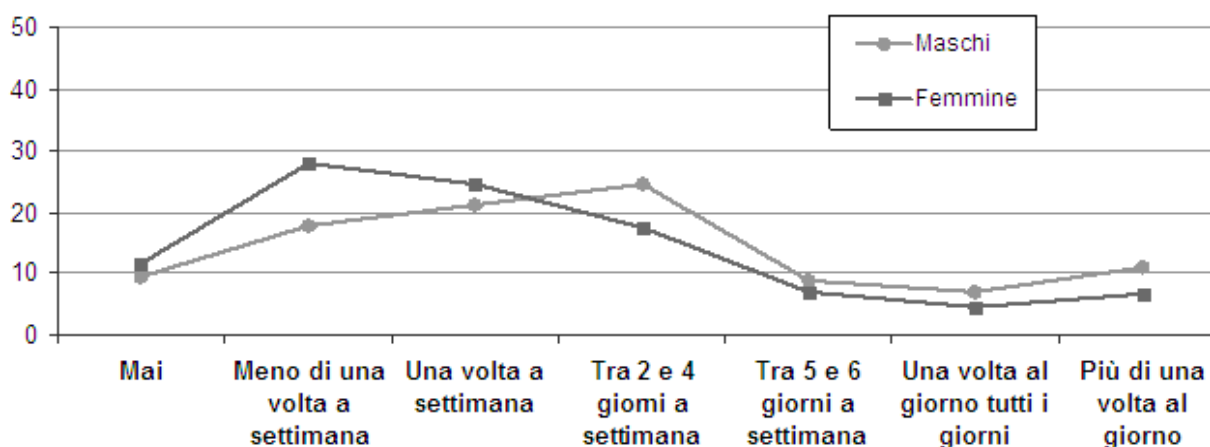


Per quanto riguarda le bevande zuccherate (*coca cola* e simili, come da tabella e figura 5.6), vediamo che il consumo almeno quotidiano è inferiore a quello dei dolci (14,7%) e non si differenzia molto per età. Le differenze maggiori si vedono in questo caso nel consumo moderato: per la categoria “2-4 giorni a settimana” si registra una prevalenza maggiore tra i quindicenni (24,8%) che tra gli undicenni (18,6%); la differenza, sebbene meno consistente, è invertita per la categoria “meno di una volta a settimana” (25,1% tra gli undicenni vs 21,2% tra i quindicenni).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
mai	12.4%	9.3%	10.0%	10.6%
	103	78	62	243
meno di una volta a settimana	25.1%	22.0%	21.2%	22.9%
	209	185	131	525
una volta a settimana	22.4%	25.4%	19.8%	22.8%
	187	214	122	523
tra 2 e 4 giorni a settimana	18.6%	20.6%	24.8%	21.0%
	155	173	153	481
tra 5 e 6 giorni a settimana	7.0%	7.4%	9.9%	7.9%
	58	62	61	181
una volta al giorno tutti i giorni	5.0%	6.7%	6.2%	5.9%
	42	56	38	136
più di una volta al giorno	9.5%	8.7%	8.1%	8.8%
	79	73	50	202
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	833	841	617	2291

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



5.5 Stato nutrizionale

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

I risultati di questa sezione si possono vedere nella tabella 5.7 e nelle figure 5.7 e 5.8. La frequenza di normopeso, in relazione a peso e altezza dichiarati, aumentano con l'età: dal 78,7% degli undicenni, all'81,9% dei tredicenni, all'89% per i quindicenni. Il "salto" avviene dunque durante le scuole medie. Sovrappeso e obesi diminuiscono di conseguenza, con una quota di sovrappeso/obesi che è del 17% a undici anni e scende al 9,3% a quindici anni. In figura 5.8 osserviamo che la quota di obesità è soprattutto a carico dei maschi, in tutte le fasce d'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	4.3%	2.6%	1.7%	2.9%
	31	20	10	61
Normopeso	78.7%	81.8%	89.0%	82.7%
	568	639	524	1731
Sovrappeso	15.2%	13.4%	8.8%	12.8%
	110	105	52	267
Obeso	1.8%	2.2%	0.5%	1.6%
	13	17	3	33
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	722	781	589	2092

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

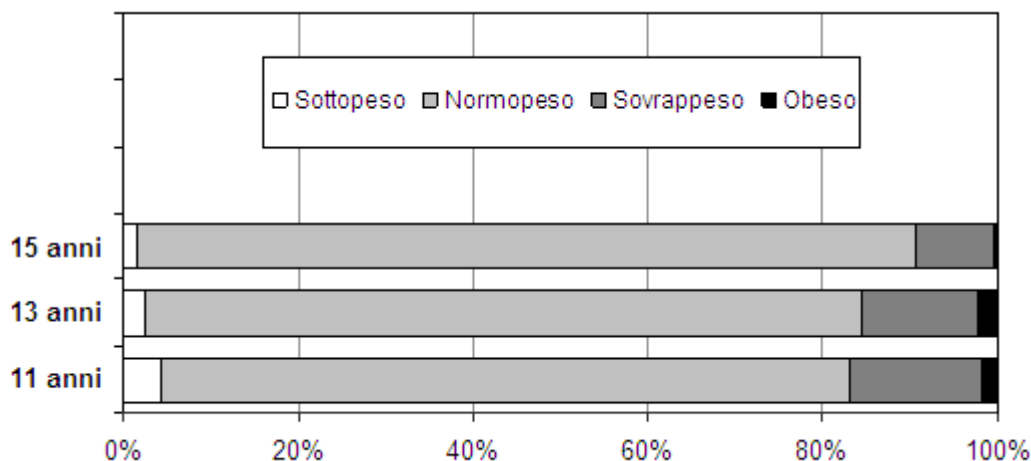
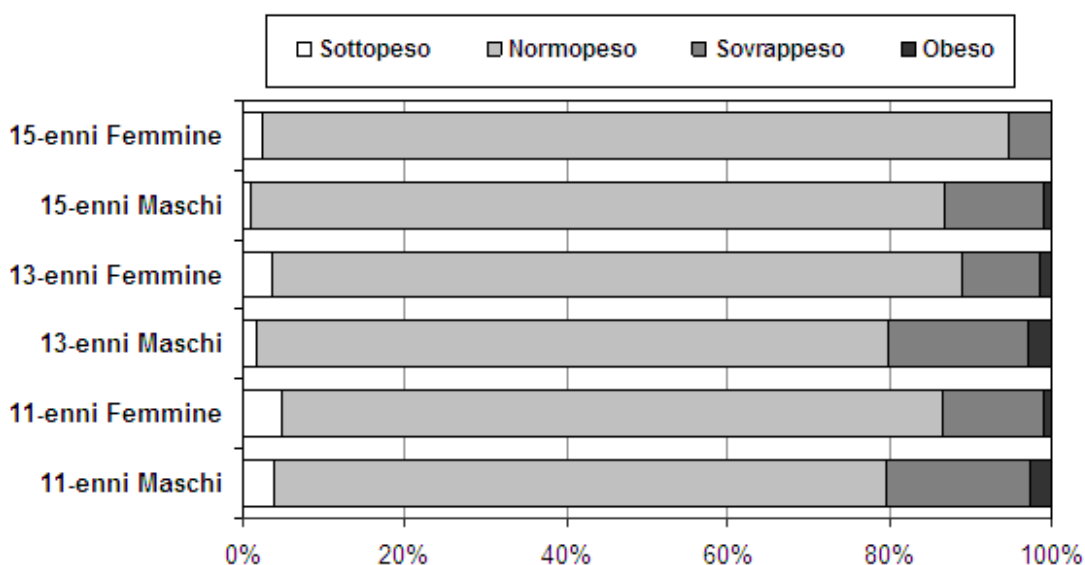


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC, per età e genere



A queste considerazioni derivate dal BMI possiamo affiancare l'autopercezione dei ragazzi, come si può vedere in tabella 5.8. Mentre diminuisce con l'età la percentuale di coloro che si sentono magri (dal 14% a 11 anni al 12,7% a 15), meno coerente è l'andamento della percezione di essere grassi: sono infatti i tredicenni ad avvertirla maggiormente (27,5%), mentre è più bassa fra i quindicenni (24,6%) e ancora inferiore fra gli undicenni (21%). Questo andamento altalenante è dovuto probabilmente alle differenze nella percezione corporea fra maschi e femmine. Infatti la percezione di essere grassi aumenta con l'età, ma soprattutto a carico delle ragazze, come si vede in figura 5.11. Fra i maschi, infatti, tale percezione tende addirittura a diminuire.

Tuttavia resta piuttosto costante nelle fasce d'età il numero di quanti dichiarano di aver bisogno comunque di perdere qualche chilo (tabella 5.9), mentre cresce leggermente, soprattutto fra i tredicenni, la percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta. Anche in questo caso si nota una tendenza inversa fra maschi e femmine (figura 5.12): mentre aumenta fra le ragazze, diminuisce fra i maschi la percentuale di quanti si dichiarano a dieta.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Magro	14.0%	10.7%	12.7%	12.5%
	116	90	78	284
Giusto	64.9%	61.8%	61.7%	62.9%
	537	519	379	1435
Grasso	21.0%	27.5%	25.6%	24.6%
	174	231	157	562
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	827	840	614	2281

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

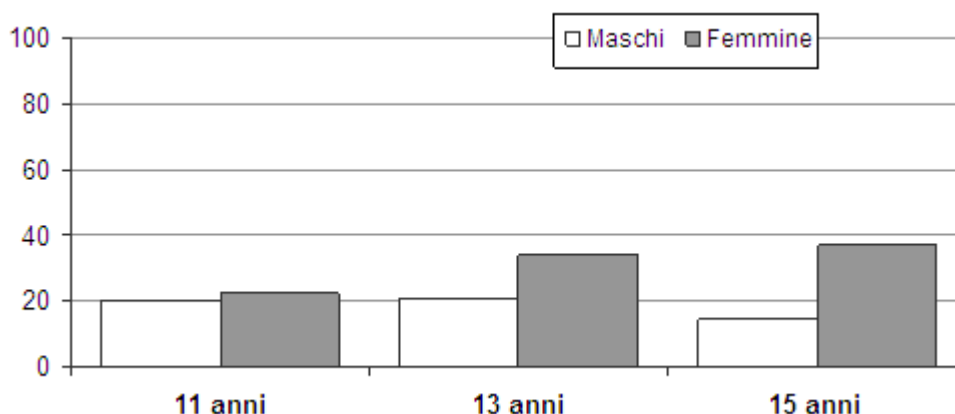
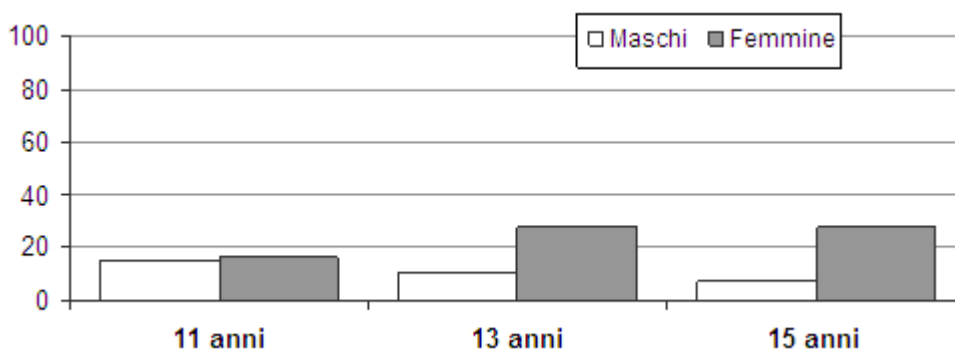


Tabella 5.9: “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	48.2%	43.9%	43.5%	45.4%
	399	369	267	1035
No, ma dovrei perdere qualche chilo	25.6%	26.1%	25.9%	25.9%
	212	219	159	590
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10.4%	10.6%	13.0%	11.2%
	86	89	80	255
Sì	15.8%	19.4%	17.6%	17.6%
	131	163	108	402
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	828	840	614	2282

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



5.6 Igiene orale

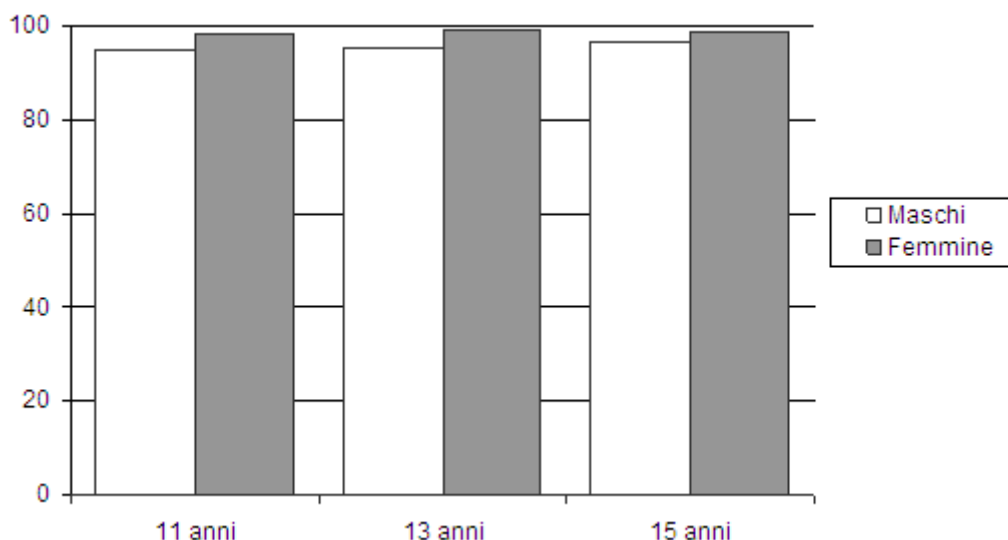
L’abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (NHMRC,2003), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

L’abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno ha una frequenza intorno al 97% in tutte le fasce d’età (tabella 5.10). Si osserva una leggerissima prevalenza tra i ragazzi più grandi e le femmine (figura 5.13).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	69.1%	72.8%	77.5%	72.7%
	576	612	478	1666
Una volta al giorno	27.4%	24.5%	20.1%	24.4%
	228	206	124	558
Almeno una volta alla settimana, non tutti i giorni	2.2%	1.7%	1.8%	1.9%
	18	14	11	43
Meno di una volta alla settimana	0.6%	0.5%	0.6%	0.6%
	5	4	4	13
Mai	0.7%	0.6%	0.0%	0.5%
	6	5	0	11
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	833	841	617	2291

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



5.7 Conclusioni

Un primo dato da notare è la frequenza con cui i ragazzi saltano la colazione, in contrasto con le linee guida sia italiane che internazionali sul tema. Dai dati presentati non è possibile estrapolare la frequenza di quanti rispettano le linee guida sul consumo di frutta e verdura: possiamo però ipotizzare che si situino all'interno del gruppo di quanti consumano più di una volta al giorno frutta o verdura (rispettivamente 20,7% e 18,1%). Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate resta comunque importante ridurlo, visto che un quarto dei ragazzi dichiara un consumo almeno quotidiano di dolci e il 15% di bevande zuccherate.

Per quanto riguarda l'indice di massa corporea, la percentuale di sovrappeso ed obesi, calcolata sulle dichiarazioni di altezza e peso dei ragazzi, si situa intorno al 14%, con percentuali minori fra i ragazzi più grandi (meno del 10% fra i quindicenni) e maggiori fra gli undicenni (17%). Per questi ultimi si tratta di percentuali di molto inferiori a quelle rilevate nell'indagine del 2008, in cui gli undicenni sovrappeso/ obesi erano il 23% secondo peso e altezza dichiarati e il 30% secondo peso e altezza misurati.

L'andamento della percezione di essere grassi ha un andamento altalenante, dovuto principalmente alla diversa percezione di maschi e femmine. Nonostante la percentuale di

sovrappeso/ obesi sia inferiore fra le femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce d'età, per le femmine la percezione di essere grasse ha un andamento inverso rispetto al BMI: si sentono più frequentemente grasse le quindicenni rispetto alle più giovani, mentre per i maschi la percezione corporea è coerente con l'andamento del BMI.

Situazione simile per quanto riguarda le percentuali di quanti dichiarano di essere a dieta o di non esserlo pur dovendo perdere qualche chilo: la somma delle due categorie dà il 41% di undicenni, il 45% di tredicenni e il 43% di quindicenni. Tuttavia, stratificando i dati per genere, si nota che la percentuale diminuisce con l'età nei maschi coerentemente all'andamento del BMI e alla percezione di essere grassi, mentre aumenta nelle femmine, in modo coerente con la percezione corporea, ma incoerente con l'andamento del BMI. Volendo interpretare i dati, si potrebbe pensare che nelle femmine aumenti l'insoddisfazione corporea, indipendentemente dalla reale condizione di peso e altezza.

Per quanto riguarda l'igiene orale, il 95% dei ragazzi dichiara di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, costituendo uno dei dati più rassicuranti dell'intera indagine.

Cos'è cambiato rispetto alle rilevazioni precedenti?

	2004	2008	2014
Colazione 5 giorni a settimana (11 anni)	67,5%	72,4%	65,3%
Colazione 5 giorni a settimana (15 anni)	55,2%	55,4%	56,4%
Consumo di frutta almeno una volta al giorno (11 anni)	43,4%	49,7%	46,2%
Consumo di frutta almeno una volta al giorno (15 anni)	42,2%	46,2%	39%
Consumo di verdura almeno una volta al giorno (11 anni)	31,9%	36,2%	35,9%
Consumo di verdura almeno una volta al giorno (15 anni)	35,6%	37,4%	41,3%
Dolci almeno una volta al giorno (11 anni)	34,3%	28,9%	25%
Dolci almeno una volta al giorno (15 anni)	42%	35,6%	28%
Bibite almeno una volta al giorno (11 anni)	19%	14,8%	14,5%
Bibite almeno una volta al giorno (15 anni)	20,1%	19%	14,2%
Sovrappeso/ obesi (11 anni)	29,3%	29,8%	17%
Sovrappeso/ obesi (15 anni)	19%	14,8%	9,3%
Si sentono grassi (11 anni)	27,9%	24,7%	21%
Si sentono grassi (15 anni)	30%	25%	25,6%
A dieta o pensano che dovrebbero (11 anni)	41,8%	40,7%	41,4%
A dieta o pensano che dovrebbero (15 anni)	49,7%	44,9%	43,5%
Si lavano i denti almeno una volta al giorno (11 anni)	93,8%	95%	96,5%
Si lavano i denti almeno una volta al giorno (15 anni)	99%	98%	97,5%

Bibliografia capitolo 5

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

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

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

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

- Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). *Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- Keane E., Kearney P.M., Perry I.J., Kelleher C.C., Harrington J.M.(2014) Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health*, 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.
- Lioret S.,Touvier M., Dubuisson C., Dufour A., Calamassi-Tran G.,Lafay L., Volatier J.L., Maire B.(2009).Trends in child overweight rates and 247 energy intake in France from 1999–2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.
- Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (2012) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents.<http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf>
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9:410-4.
- Monteiro P.O., Victora C.G. (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obesity Review*,6:143-54.
- NHMRC (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*.https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf
- Orden A.B., Bucci P.J., Petrone S. (2013). Trends in weight, height, BMI and obesity in 291 schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Annals of Human Biology*,40:348-54.
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12:267-83.
- Plutzer K., Spencer AJ. (2008) Efficacyof an oral healthpromotioninterventionin thepreventionofearlychildhoodcaries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36:335-46.
- SalvyS.J.,Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- Schmidt Morgen C., Rokholm B., Sjöberg Brixval C., Schou Andersen L., Geisler Andersen L., Rasmussen M., Nybo Andersen A.M., Due P., Sorensen T.I.(2013). Trends in prevalence of 293 overweight and obesity in danish infants, children and adolescents--are we still on a plateau? *PLoS One*,8:e69860.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2014). *Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases*. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf>
- Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*,97:667–75.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*, 54:394-7.
- Wang Y.,Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of PediatricObesity*, 1:11-25.

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

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

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

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

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

6.1.1 Il fumo

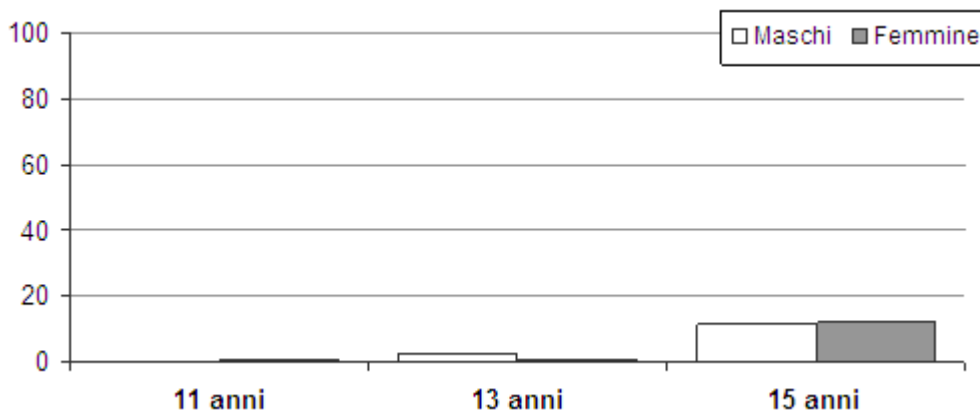
Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, l'abitudine al fumo rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli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

In tabella 6.1 sono riportati i risultati del campione relativamente alla frequenza dell'abitudine al fumo. La maggioranza dei ragazzi intervistati dichiara di non fumare, ma i non fumatori si riducono all'aumentare dell'età, passando dal 99% per gli undicenni al 92% per i tredicenni, al 74% per i quindicenni. La frequenza di chi fuma quotidianamente cresce nettamente tra i 13 (2%) ed i 15 anni (12%). Non si riscontrano importanti differenze di genere (figura 6.1).

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	0.4%	1.7%	11.9%	3.9%
	3	14	73	90
Almeno una volta a settimana	0.1%	2.7%	8.1%	3.2%
	1	23	50	74
Meno di una volta a settimana	0.5%	3.8%	6.2%	3.2%
	4	32	38	74
Non fumo	99.0%	91.8%	73.8%	89.6%
	824	774	453	2051
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	832	843	614	2289

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



6.1.2 L'alcol

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

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

Nella tabella 6.3 sono riportati i risultati relativi alla frequenza del consumo di bevande alcoliche (superalcolici, birra e vino). Complessivamente sono circa il 42% i ragazzi che dichiarano di non consumare mai bevande alcoliche, ma sono soprattutto gli undicenni a non assumere mai alcol (62%), con una riduzione drastica dei non consumatori al crescere dell'età: solo il 16% dei quindicenni, infatti, non assume mai alcol. Al crescere dell'età la percentuale di quanti dichiarano di bere quotidianamente aumenta, passando dall'1% al 4%.

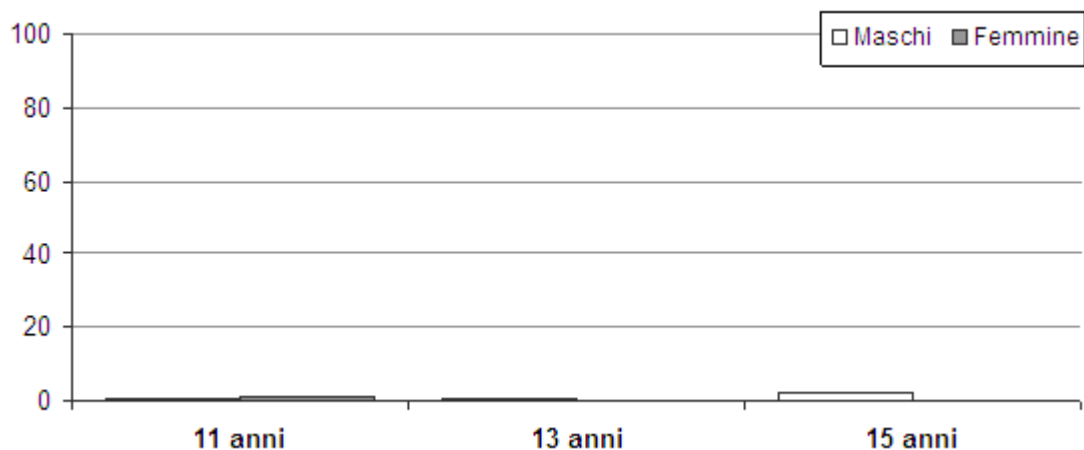
Il consumo settimanale mostra analogamente un trend in crescita con l'età, triplicando nel passaggio fra i 13 (7%) e i quindici anni (24%).

La distribuzione dei consumi quotidiani di bevande alcoliche per età e sesso, riportata in figura 6.2, indica come il fenomeno interessi prevalentemente i maschi quindicenni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	1.2%	2.3%	4.1%	2.4%
	10	19	25	54
Ogni settimana	1.6%	7.2%	24.1%	9.7%
	13	60	148	221
Ogni mese	4.6%	9.9%	21.5%	11.1%
	38	83	132	253
Raramente	30.8%	39.6%	34.3%	35.0%
	254	332	211	797
Mai	61.8%	41.1%	16.1%	41.8%
	509	344	99	952
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	824	838	615	2277

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



Nella tabella 6.3 sono riportati i risultati relativi alla domanda “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco” per le tre fasce di età in studio. Circa l’85% dei ragazzi dichiara di non essersi mai ubriacato, ma tale percentuale si riduce progressivamente al crescere dell’età passando dal 97% degli undicenni al 63% dei quindicenni. Parallelamente il numero di episodi di ubriachezza mostra un andamento crescente con l’età in entrambi i sessi, pur restando prevalentemente un fenomeno maschile (figura 6.3).

Tabella 6.5: “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	96.9%	89.1%	62.7%	84.8%
	805	749	385	1939
Una volta	2.5%	7.7%	14.2%	7.6%
	21	65	87	173
2-3 volte	0.5%	2.4%	13.7%	4.7%
	4	20	84	108
4-10 volte	0.0%	0.2%	6.0%	1.7%
	0	2	37	39
Più di 10 volte	0.1%	0.6%	3.4%	1.2%
	1	5	21	27
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	831	841	614	2286

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

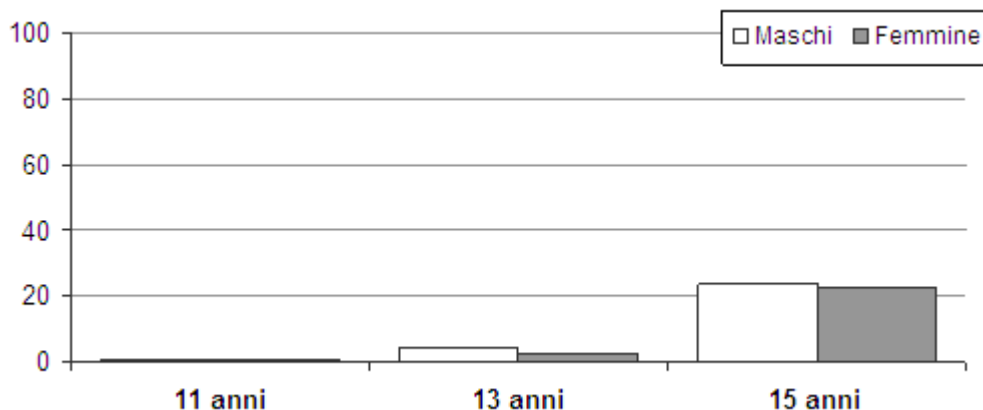
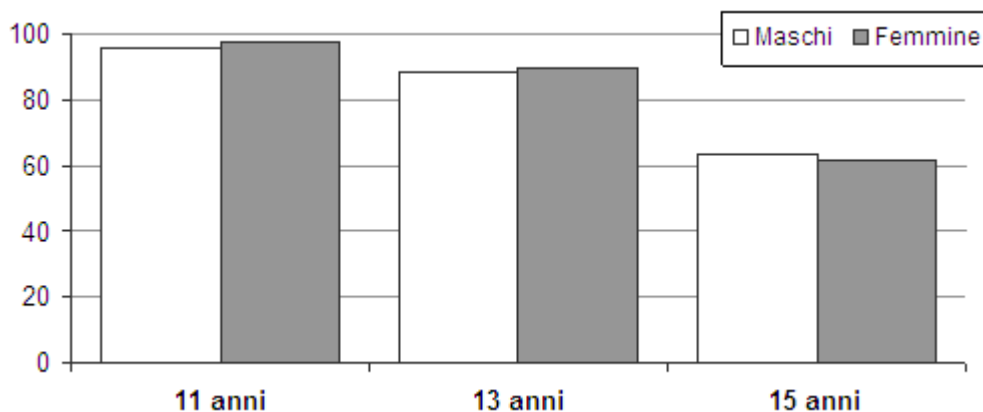
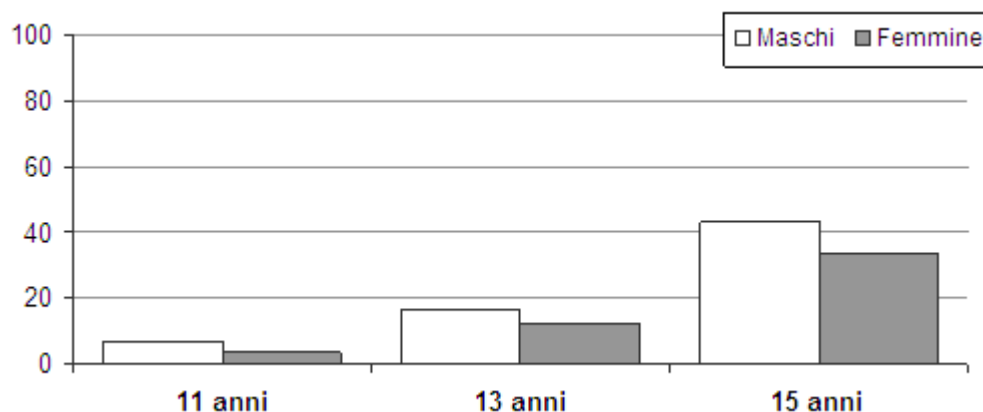


Figura 6.4.1 – Percentuale di coloro che dichiarano di non essere mai stati ubriachi, per età e genere



Lo studio affronta il tema del binge drinking chiedendo ai ragazzi se è capitato loro di assumere in un'unica occasione quantità elevate di bevande alcoliche: la figura 6.4 ci mostra che più del 40% dei quindicenni ha già avuto esperienze di binge drinking. Il fenomeno mostra un deciso incremento con l'età ed è prevalente fra i maschi.

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



6.1.3 Cannabis

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

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

Ai soli quindicenni è stato chiesto di dichiarare se avessero mai fatto uso di cannabis e con che frequenza. In tabella 6.6 è riportata la distribuzione per sesso relativamente al consumo nel corso della vita. La maggioranza dei ragazzi (75%) dichiara di non averne mai fatto uso con una percentuale più alta tra le ragazze (80%) rispetto ai ragazzi (70%). Circa un quinto dei ragazzi si distribuisce fra quanti ne hanno fatto uso 1-2 giorni (9%) e 30 giorni o più (8%). L'uso di cannabis è sempre più frequente tra i maschi.

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

	maschio	femmina	Totale
Mai	70.1%	79.7%	74.8%
	218	243	461
1-2 giorni	8.7%	8.9%	8.8%
	27	27	54
3-5 giorni	4.2%	1.3%	2.8%
	13	4	17
6-9 giorni	1.9%	1.6%	1.8%
	6	5	11
10-19 giorni	2.3%	1.6%	1.9%
	7	5	12
20-29 giorni	2.6%	1.3%	1.9%
	8	4	12
30 giorni o più	10.3%	5.6%	8.0%
	32	17	49
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	311	305	616

6.2 Gioco d'azzardo

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

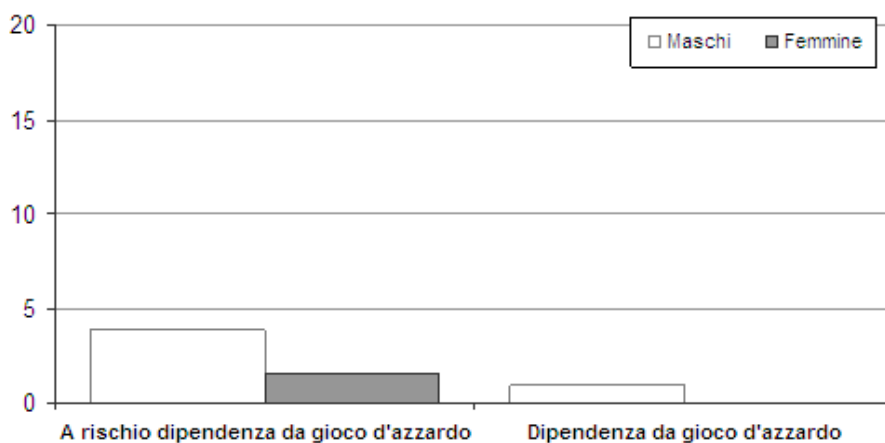
Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di società, variabili socio-economiche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

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

Per valutare il rischio di dipendenza è stato chiesto ai ragazzi se avessero mai dovuto mentire a persone per loro importanti sull'entità delle scommesse (domanda 26) e se avessero mai sentito il bisogno di scommettere sempre di più (domanda 26.1). Coloro che hanno risposto "sì" ad entrambe le domande sono stati codificati come "dipendenti da gioco d'azzardo", quanti hanno risposto con "sì" ad una sola domanda sono stati codificati come "a rischio dipendenza".

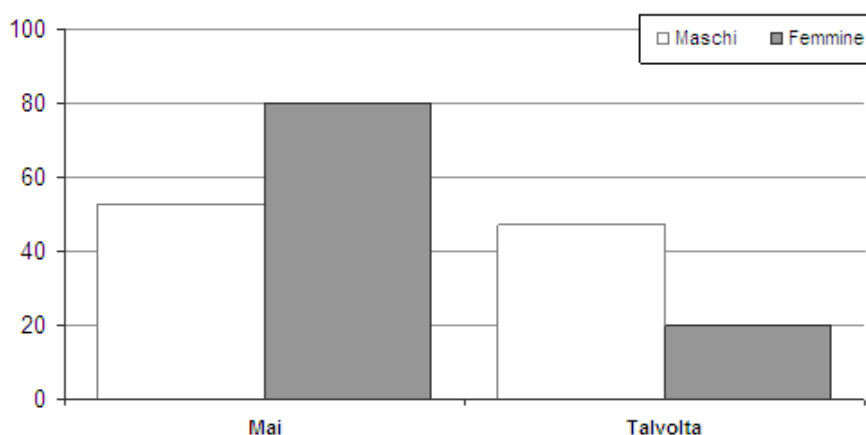
I risultati sono sintetizzati in figura 6.3.1: una piccola percentuale di quindicenni può essere considerata dipendente dal gioco, e quasi il 5% è a rischio di sviluppare una dipendenza. Il fenomeno interessa prevalentemente i maschi.

Figura 6.3.1 – Percentuale di ragazzi in relazione alla dipendenza da gioco d'azzardo. Solo quindicenni, per genere



Mentre la maggioranza delle ragazze (circa 80%) dichiara di non avere mai scommesso del denaro, più del 40% dei maschi lo ha fatto qualche volta (figura 6.3.2.).

Figura 6.3.2 – Percentuale di coloro che dichiarano di avere scommesso/giocato del denaro, per genere



6.3 Abitudini sessuali

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

La tabella 6.7 riporta le frequenze dei ragazzi e delle ragazze che dichiarano di aver avuto un rapporto sessuale. Complessivamente più di un quarto (26,3%) del campione regionale dichiara di aver già avuto rapporti, più frequentemente i maschi delle femmine.

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

	maschio	femmina	Totale
sì	31.5%	22.2%	26.3%
	74	67	141
no	68.5%	77.8%	73.7%
	161	235	396
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	235	302	537

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

In tabella 6.8 sono riportate le risposte relative a questa domanda, cui hanno risposto solo quanti avevano dichiarato di aver avuto almeno un rapporto sessuale. Il 63,2% dichiara di aver utilizzato il profilattico nell'ultimo rapporto, con una prevalenza dei ragazzi (67,6%) rispetto alle ragazze (58,5%).

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

	maschio	femmina	Totale
sì	67.6%	58.5%	63.2%
	48	38	86
no	29.6%	40.0%	34.6%
	21	26	47
non so	2.8%	1.5%	2.2%
	2	1	3
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	71	65	136

6.4 Infortuni

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

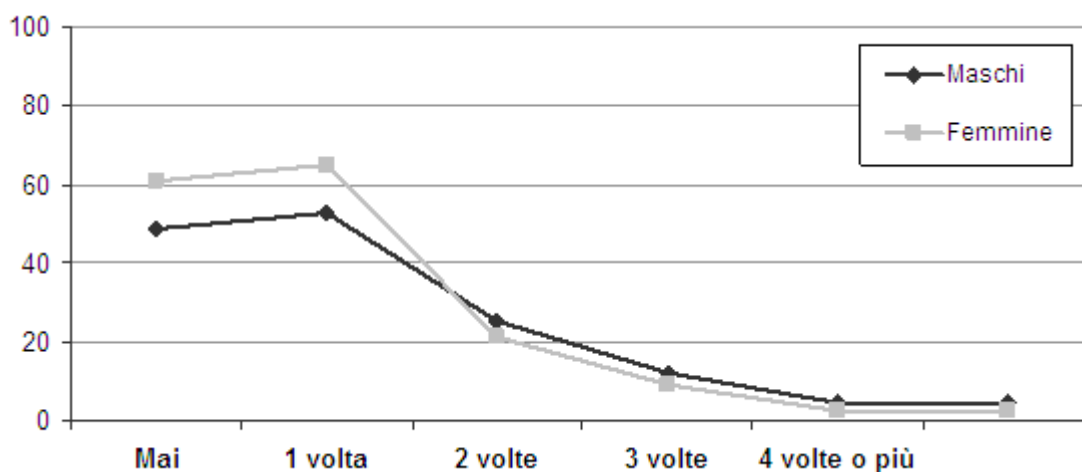
Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

La tabella 6.9 descrive la frequenza degli infortuni: la maggioranza dei ragazzi (59,1%), indipendentemente dall'età, riferisce di non aver subito infortuni che abbiano richiesto cure di personale sanitario negli ultimi dodici mesi. Circa un terzo dei ragazzi riferisce uno (23,2%) o due (10,7%) infortuni nel corso degli ultimi 12 mesi. Non si registrano evidenti differenze per età mentre, complessivamente, si può notare come le ragazze siano vittime di infortuni frequenti meno dei maschi (figura 6.5).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi	60.5%	56.4%	61.0%	59.1%
	503	474	375	1352
Una volta	21.3%	24.4%	24.2%	23.2%
	177	205	149	531
Due volte	10.2%	12.7%	8.5%	10.7%
	85	107	52	244
Tre volte	4.1%	3.7%	2.9%	3.6%
	34	31	18	83
Quattro volte o più	3.9%	2.9%	3.4%	3.4%
	32	24	21	77
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	831	841	615	2287

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



6.5 Conclusioni

Le abitudini degli adolescenti piemontesi, relativamente all'uso di sostanze lecite o illecite, ricalcano l'andamento della situazione a livello nazionale, sia per quanto riguarda i trend in crescita nelle fasce d'età, sia per la maggior diffusione di comportamenti a rischio fra i maschi, sebbene questa differenza si stia riducendo progressivamente, in particolare per il fumo di sigaretta.

Anche il comportamento di abuso di alcol e cannabis tende ad aumentare con l'età e per queste sostanze rimane una differenza di genere che mostra frequenze maggiori nell'uso fra i ragazzi. Da rilevare che quasi un quarto dei quindicenni abbia già sperimentato due o più volte la condizione di ubriachezza.

Per quanto riguarda le abitudini sessuali, e in particolare la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, un dato che merita attenzione è l'uso del preservativo, riferito dal 63% del campione dei quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali.

Emerge dall'attuale survey anche il gioco d'azzardo come comportamento a rischio, sperimentato almeno qualche volta da più del 40% dei maschi e dal 20% circa delle femmine, per il quale sarebbero a rischio di dipendenza quasi il 5% dei ragazzi.

Rispetto alle rilevazioni precedenti sembra diminuire la percentuale di quanti fumano e bevono ogni giorno, mentre si mantiene pressoché costante la frequenza di quanti hanno già sperimentato l'ubriacatura o l'uso di cannabis; anche la percentuale di quanti hanno subito almeno un infortunio che ha richiesto l'intervento di personale sanitario nell'ultimo anno è in diminuzione.

Piuttosto stabile la percentuale di quanti hanno avuto rapporti sessuali, mentre l'uso dichiarato del preservativo nell'ultimo rapporto ha un andamento piuttosto altalenante nelle tre rilevazioni.

Cos'è cambiato rispetto alle rilevazioni precedenti?

	2004	2008	2014
Fumano ogni giorno (15 anni)	17,9%	15,5%	11,9%
Bevono alcol ogni giorno (15 anni)	8%	5,2%	4,1%
Ubriachi due volte o più (15 anni)	22%	19,7%	23,1%
Non hanno mai fatto uso di cannabis (15 anni)	69,7%	76,9%	74,8%
Hanno avuto rapporti sessuali (15 anni)	24,4%	22,4%	26,3%
Hanno usato il preservativo nell'ultimo rapporto	75%	81,2%	63,2%
Almeno un infortunio nell'ultimo anno (15 anni)	46,4%	45,7%	39%

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T. (2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Blinn-Pike L., Worthy S.L., Jonkman J.N. (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47:223-236.

- Brand D.A., Saisana M., Rynn L.A., Pennoni F., Lowenfels A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, 4: e151.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Derevensky J., Gupta R. (2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions. *Journal of Gambling Studies*, 16: 227-251.
- Derevensky J.L., Gupta R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Ellison M.A. (2003). Authoritative Knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoptions, and single motherhood: social stigma and structural violence. *Medical Anthropology Quarterly*, 17: 322-347.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25: 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2 Jarvis MJ. *Why people smoke? British Medical Journal*, 328: 277-279.
- Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). *Summary on the literature on young people, gender and smoking*. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 36: 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P. (2006). *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- Welte J.W., Barnes G.M., Hoffman J.H., Dintcheff B.A. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34: 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1999). *Development in Practice: Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington DC: A World Bank Publication.
- WHO (2006). *Matching the lowest injury mortality rate could save half a million lives per year in Europe*. Factsheet EURO/02/06 ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2007). *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2013: Breaking the chain of transmission*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2011). *WHO Report on the global tobacco epidemic 2011. Warning about the dangers of tobacco. Mpower 2011*. Geneva, Switzerland.

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

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

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

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

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

a) percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);

b) percezione del proprio benessere (valutato su una scala da 0 a 10);

c) presenza e frequenza (ogni giorno, più di una volta a settimana, una volta a settimana, una volta al mese, raramente o mai) di alcuni sintomi che sembrano essere importanti indicatori di benessere/malessere, e che verranno descritti più avanti all'interno di questo capitolo;

d) consumo di farmaci (nessun farmaco nell'ultimo mese, un farmaco o più di un farmaco nell'ultimo mese).

7.2. Salute percepita

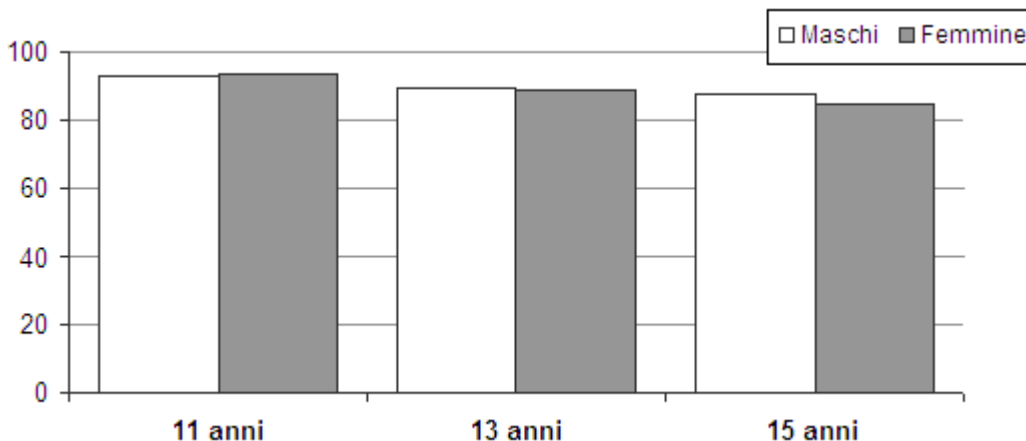
Lo studio HBSC rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana, che sotto il profilo epidemiologico presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute della comunità, hanno una ridotta capacità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

In tabella 7.1 viene descritta la percezione dei ragazzi intervistati rispetto al proprio stato di salute. L'89,5% dei ragazzi percepisce la propria salute come buona o eccellente e meno dell'1% la reputa scadente. Con il crescere dell'età tale percezione peggiora e si evidenziano leggere differenze di genere, per cui i maschi considerano la propria salute migliore più frequentemente delle femmine (figura 7.1).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	40.7%	29.6%	26.3%	32.7%
	338	249	162	749
Buona	52.9%	59.4%	58.3%	56.7%
	439	500	360	1299
Discreta	5.7%	10.6%	13.6%	9.6%
	47	89	84	220
Scadente	0.7%	0.5%	1.8%	0.9%
	6	4	11	21
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	830	842	617	2289

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



7.3. Benessere percepito

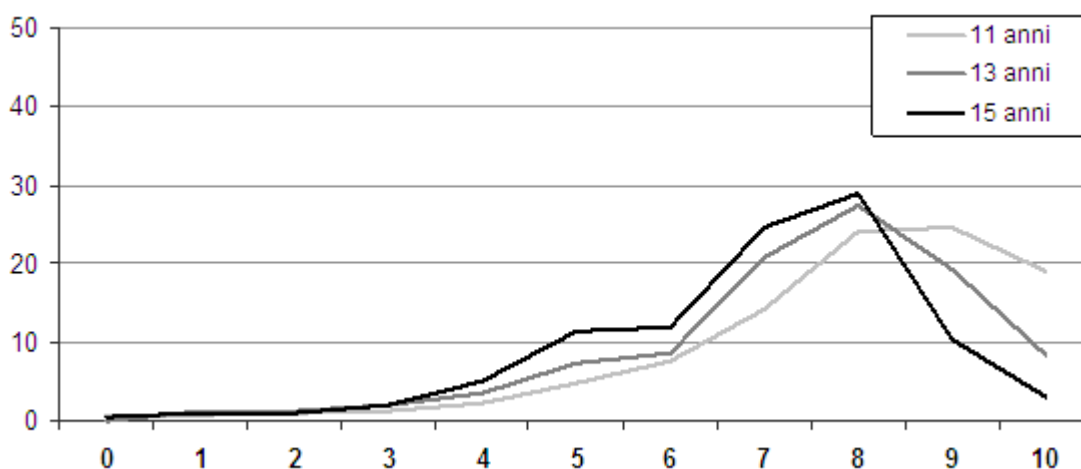
Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto (Friedman, 2014; Ravens-Sieberer, 2004; Huebner, 1991). Tra gli adolescenti un alto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

La scala del benessere ci propone complessivamente un'immagine analoga a quella descritta per la salute percepita (Tabella 7.2, Figura 7.2): circa due terzi dei ragazzi (75,5%) si collocano dal sette in su, ma si nota anche un peggioramento del giudizio al crescere dell'età (dall'81,5% degli undicenni si passa al 75,8% dei tredicenni e al 66,9% nei quindicenni). Meno del 5% dei ragazzi considera la propria vita pessima attribuendo un punteggio pari o inferiore a 3.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0	0.8%	0.1%	0.5%	0.5%
	7	1	3	11
1	0.7%	1.2%	1.1%	1.0%
	6	10	7	23
2	1.1%	1.3%	1.0%	1.1%
	9	11	6	26
3	1.2%	2.0%	2.1%	1.8%
	10	17	13	40
4	2.2%	3.6%	5.0%	3.5%
	18	30	31	79
5	4.7%	7.3%	11.4%	7.4%
	39	61	70	170
6	7.7%	8.7%	11.9%	9.2%
	64	73	73	210
7	14.1%	20.8%	24.6%	19.4%
	117	175	151	443
8	24.0%	27.4%	29.0%	26.6%
	199	230	178	607
9	24.5%	19.2%	10.3%	18.7%
	203	161	63	427
10	19.0%	8.5%	3.1%	10.9%
	158	71	19	248
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	830	840	614	2284

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



7.4. Sintomi riportati

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

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

In tabella 7.3 viene riportata la distribuzione dei sintomi per fasce d'età. Da notare l'alta percentuale di adolescenti (82,9%) che riferisce qualche sintomo almeno una volta a settimana; il fenomeno aumenta al crescere dell'età, interessa infatti il 78% degli undicenni l'82,9% degli undicenni e l'89,3% dei quindicenni.

Come si può vedere in figura 7.4, sono principalmente le ragazze a riportare più frequentemente almeno un sintomo ogni giorno, con percentuali maggiori al crescere dell'età, mentre nei maschi la frequenza dei sintomi quotidiani resta pressoché stabile.

Analizzando la distribuzione per sesso di ciascun sintomo con frequenza giornaliera (figura 7.3) si nota come le femmine denuncino con frequenza maggiore dei maschi tutti i sintomi e in particolare il sentirsi giù di morale, nervosi, irritabili e l'insonnia. Il sintomo quotidiano più diffuso in entrambi i sessi è l'essere nervosi (più del 10%).

Tabella 7.3: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, giù di morale, irritabile, nervoso, insonne, la testa che gira?”, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	30.3%	33.7%	35.3%	32.9%
	251	284	218	753
Più di 1 volta a settimana	27.9%	28.9%	33.5%	29.8%
	231	244	207	682
1 volta a settimana	19.9%	20.3%	20.4%	20.2%
	165	171	126	462
1 volta al mese	18.0%	14.2%	9.2%	14.2%
	149	120	57	326
Raramente o mai	4.0%	2.8%	1.5%	2.9%
	33	24	9	66
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	829	843	617	2289

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

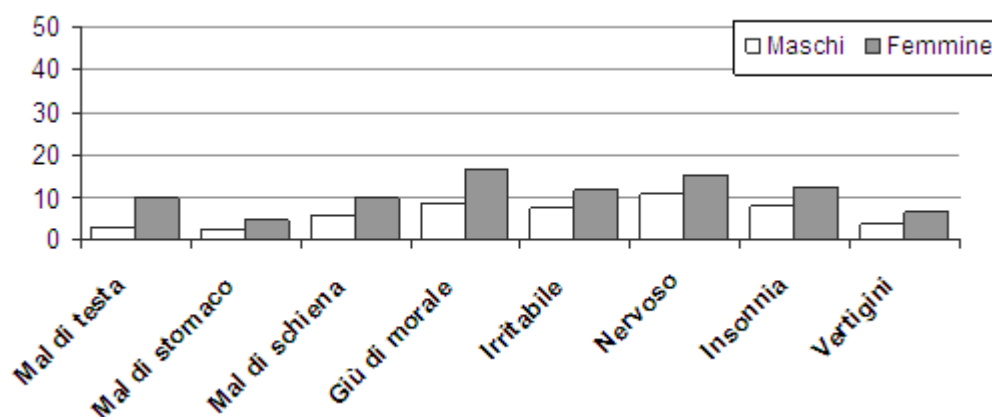
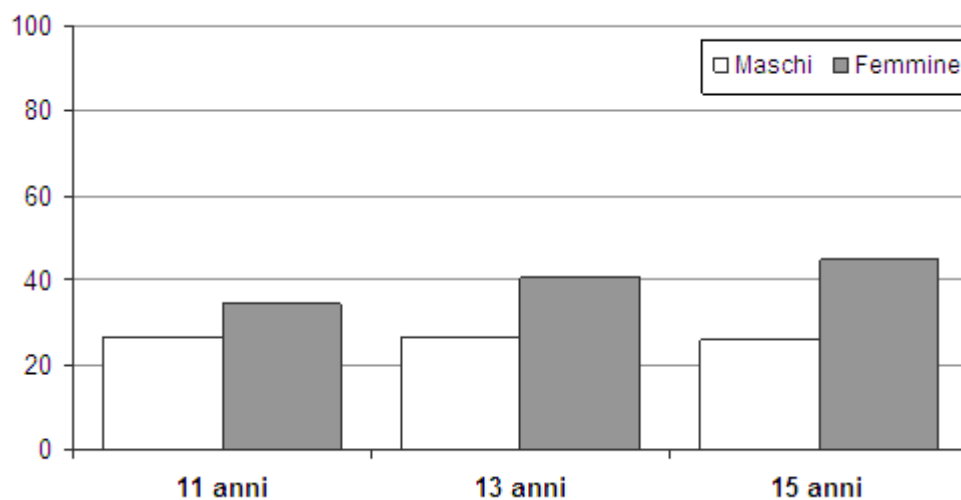


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



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

È interessante notare che la percentuale di chi dichiara frequentemente (almeno una volta la settimana) sintomi psicologici è maggiore di quanti dichiarano con la stessa frequenza sintomi fisici: complessivamente, circa il 67% dichiara una frequenza almeno settimanale di sintomi somatici contro il 71% di quelli psicologici. Per entrambe le categorie di sintomi si registra un aumento per età, particolarmente evidente per i sintomi psicologici, che colpiscono il 61% degli undicenni, il 74% circa dei tredicenni e fino all'80% dei quindicenni.

Le femmine dichiarano molto più frequentemente dei maschi sintomi somatici ogni giorno (figura 7.5), con frequenze crescenti con l'età, mentre nei ragazzi il fenomeno è più stabile, se non addirittura in diminuzione: a quindici anni la percentuale di ragazze che riportano questo tipo di sintomi è più che doppia rispetto ai ragazzi.

Tabella 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	21.6%	22.9%	23.8%	22.7%
	179	193	147	519
Più di 1 volta a settimana	22.7%	22.9%	28.7%	24.4%
	188	193	177	558
1 volta a settimana	18.8%	19.7%	23.0%	20.3%
	156	166	142	464
1 volta al mese	23.6%	24.0%	18.5%	22.4%
	196	202	114	512
Raramente o mai	13.3%	10.6%	6.0%	10.3%
	110	89	37	236
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	829	843	617	2289

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

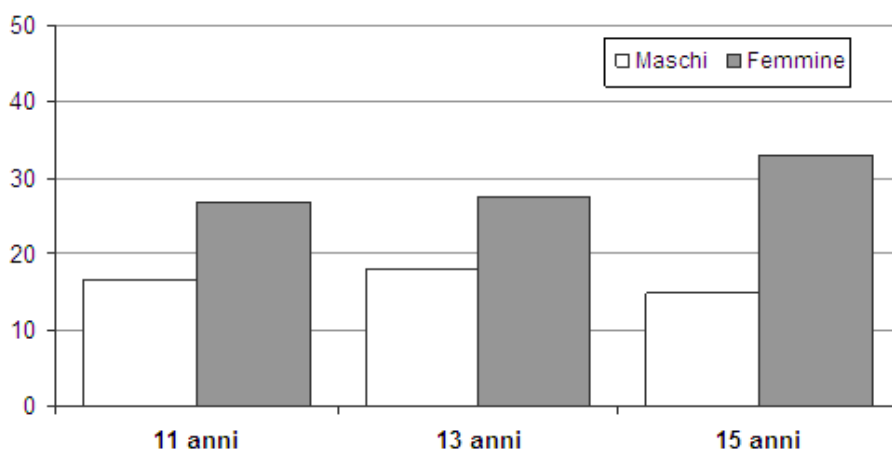
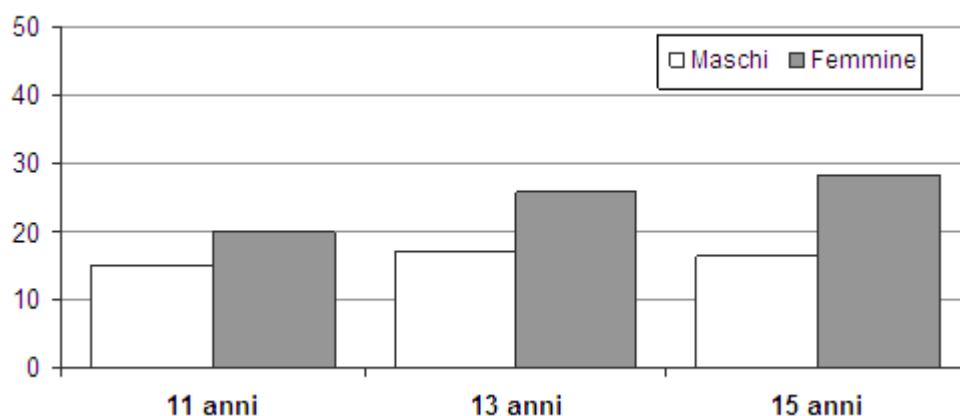


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici, per età

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	17.4%	21.4%	22.4%	20.2%
	144	180	138	462
Più di 1 volta a settimana	21.1%	29.7%	33.5%	27.6%
	175	250	207	632
1 volta a settimana	22.6%	22.8%	24.6%	23.2%
	187	192	152	531
1 volta al mese	26.8%	19.9%	14.7%	21.0%
	222	168	91	481
Raramente o mai	12.2%	6.3%	4.7%	8.0%
	101	53	29	183
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	829	843	617	2289

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



Anche per i sintomi di natura prevalentemente psicologica (figura 7.6) si conferma una maggiore frequenza quotidiana nelle ragazze, con una tendenza all'aumentare con l'età (dal 20% a 11 anni a quasi il 30% a 15 anni), mentre nei maschi resta sostanzialmente costante.

7.5. Utilizzo di farmaci

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

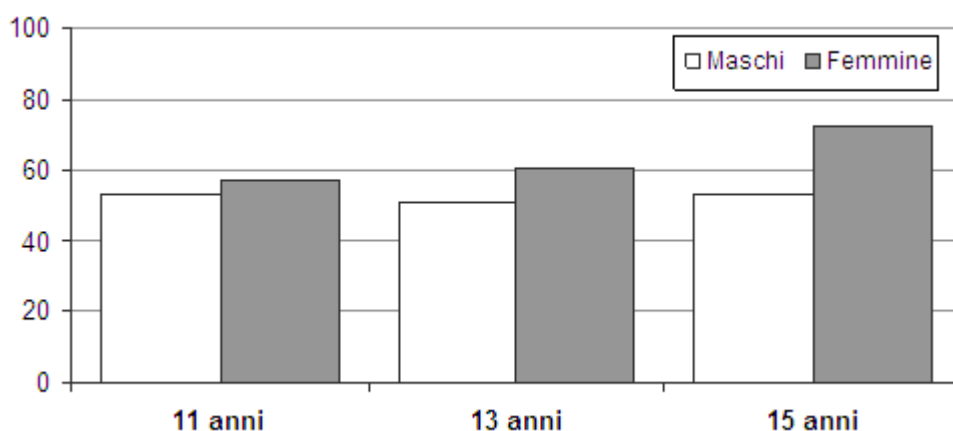
Come mostrato in tabella 7.6 più della metà (57,6%) dei ragazzi ha fatto uso di almeno un farmaco nell'ultimo mese, con prevalenze maggiori fra i ragazzi più grandi (63% dei quindicenni contro 55,5% degli undicenni).

Coerentemente con la maggiore frequenza riportata di sintomi, sono soprattutto le femmine a fare uso di farmaci (figura 7.7), in modo crescente con l'età, mentre fra i ragazzi la frequenza d'uso resta costante.

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

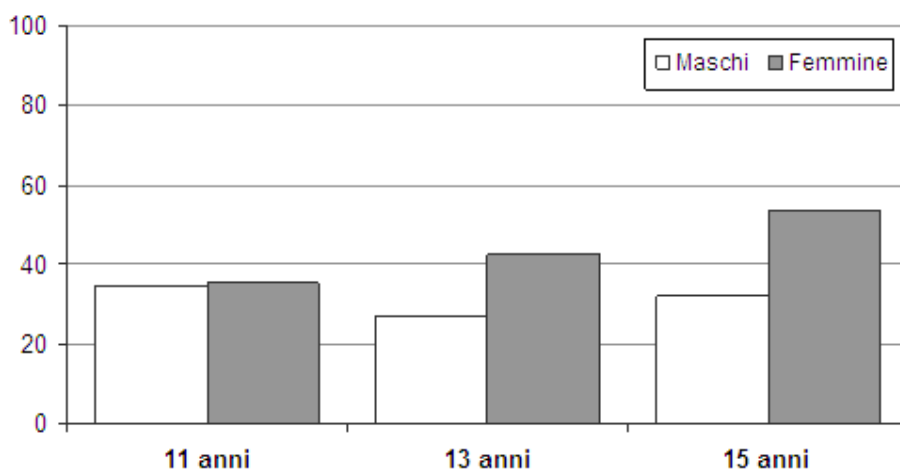
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Nessun farmaco	44.5%	44.2%	37.0%	42.4%
	371	372	228	971
Sì, 1 farmaco	30.4%	30.6%	30.7%	30.5%
	253	257	189	699
Sì, più di un farmaco	25.1%	25.2%	32.3%	27.1%
	209	212	199	620
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	833	841	616	2290

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



Relativamente al consumo di farmaci per il mal di testa (figura 7.8), che risultano essere i più usati dagli adolescenti e i più indagati in letteratura, il loro uso è più frequente fra le ragazze. Anche l'uso di questo tipo di farmaci aumenta all'aumentare dell'età, ma solo nelle femmine, mentre diminuisce leggermente nei maschi, coerentemente con l'andamento della frequenza dei sintomi somatici. Per le femmine, in particolare, quelle che dichiarano di aver assunto farmaci più di una volta al mese passano da circa il 60% per le tredicenni a più del 70% per le quindicenni.

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



7.6. Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti sulla percezione di salute e benessere percepito dagli adolescenti piemontesi dipinge un quadro sostanzialmente positivo; tuttavia va sottolineato che, come già riscontrato nelle precedenti indagini sia a livello regionale che nazionale (Cavallo, 2005, 2007), esiste un evidente contrasto tra quanto dichiarato dai ragazzi relativamente alla propria percezione di salute e benessere e la sofferenza di specifici sintomi. Se, infatti, da una parte il nostro campione dichiara una buona salute e alti livelli sulla scala del benessere percepito, dall'altra non mancano di essere fortemente rappresentati sintomi sia psicologici che somatici. Non necessariamente, quindi, chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso.

Rispetto alle rilevazioni precedenti non si rilevano cambiamenti evidenti nella percezione della propria condizione di salute e benessere da parte dei ragazzi.

Cos'è cambiato rispetto alle rilevazioni precedenti?

	2004	2008	2014
Percezione di salute buona o eccellente (11 anni)	90,5%	91,5%	93,6%
Percezione di salute buona o eccellente (15 anni)	82,6%	91,2%	84,6%
Almeno un sintomo ogni giorno (11 anni)	29,5%	27,5%	30,3%
Almeno un sintomo ogni giorno (15 anni)	29,9%	27,6%	35,3%
Almeno un 1 sintomo somatico 1 volta settimana (11 anni)	61,5%	61,2%	63%
Almeno un 1 sintomo somatico 1 volta settimana (15 anni)	67,5%	64,4%	75,5%
Almeno un 1 sintomo psicologico 1 volta settimana (11 anni)	64,7%	60,5%	61%
Almeno un 1 sintomo psicologico 1 volta settimana (15 anni)	77%	77%	80,5%
Almeno un farmaco nell'ultimo mese (13 e 15 anni)	-	57,5%	58,8%

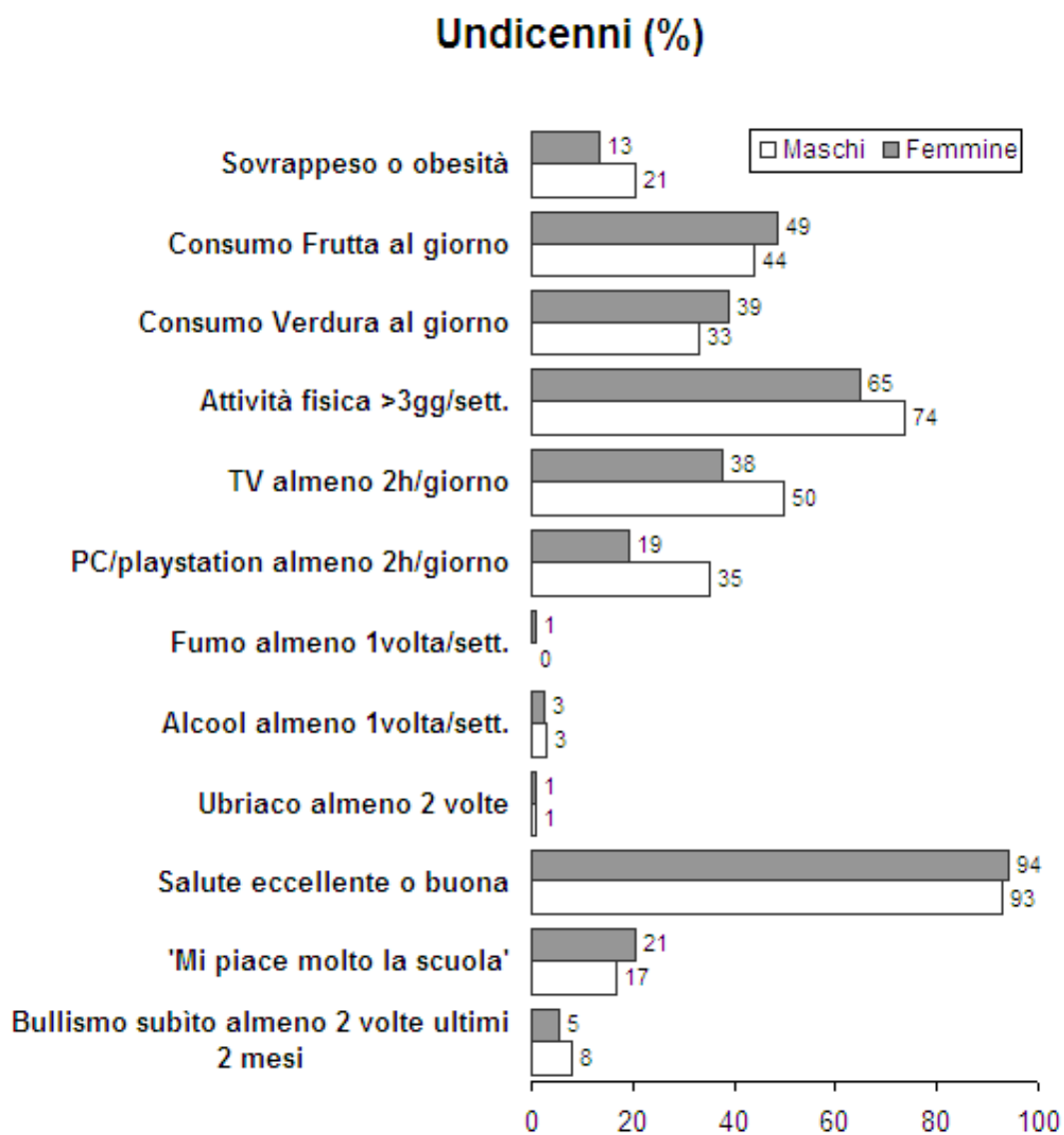
Bibliografia capitolo 7

- Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). *Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories*. Oxford: Oxford University Press.
- Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1:1-2.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health*. New York, McGraw-Hill Education.
- Burstroem B, Fredlund P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health*, 55:836-40.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- Friedman, H. S., Kern, M. L. (2014). Personality, Well-Being, and Health. *Annual Review of Psychology*, 65:719-742.
- de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18:3-14.

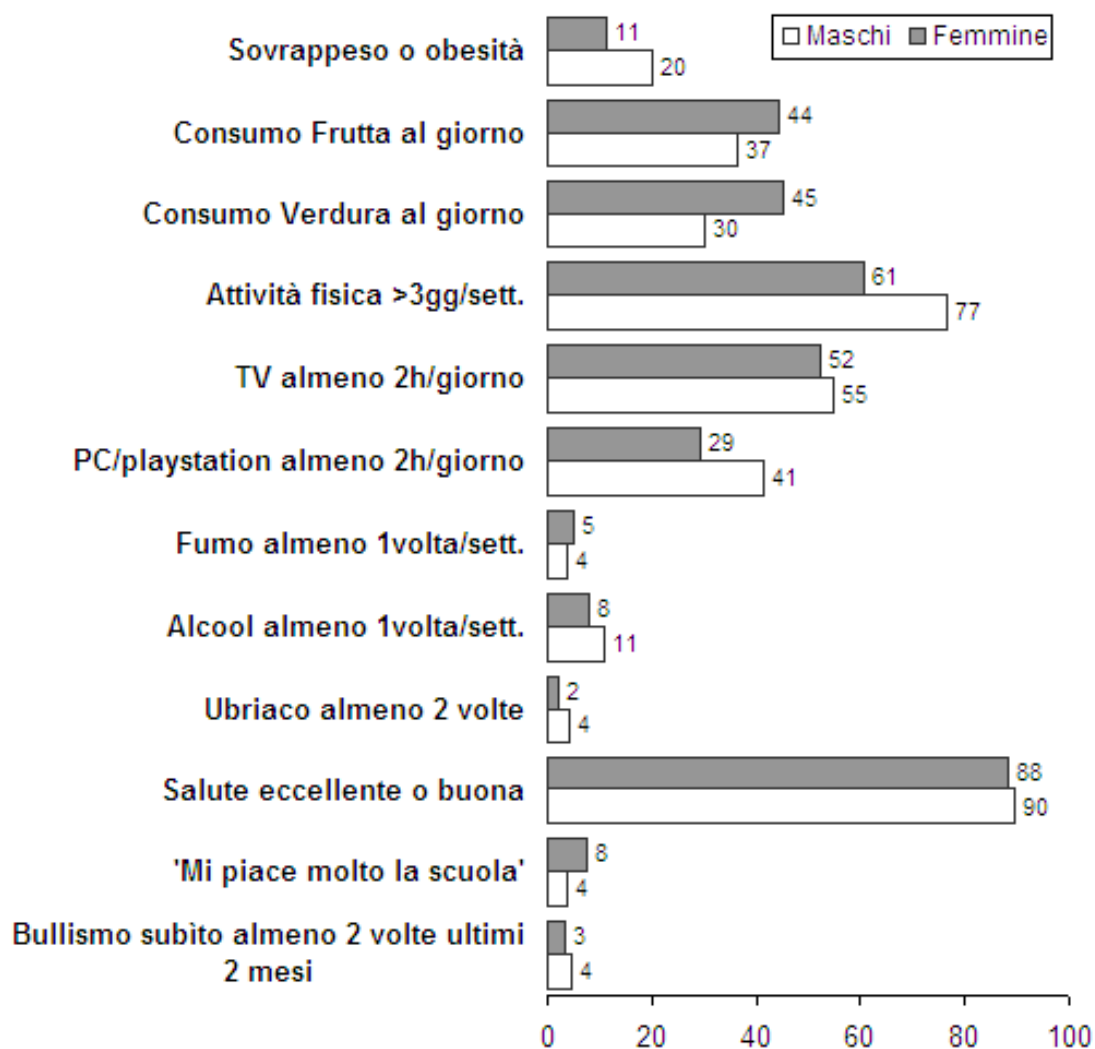
- Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Notizie di Politeia*, 45:1-48.
- Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24:611-24.
- Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11:4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12:231-40.
- Idler E.L., Benyamini Y.(1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.
- Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmasso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, fdu095.
- Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. *Health Promotion International*, 29: i68-i82.
- Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.
- Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescence Research*,16:293-303.
- Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M. (2012). Intersectoral governance for health in all policies. *Eurohealth*, 18:3-7.
- World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.
- World Health Organization (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*;78: 413-26.
- Zullig K.J., Valois R.F., Scott Huebner E., Oeltmann J.E. Wanzer Drane J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescence Health*, 29: 279-88.

Indicatori riassuntivi

Sono qui di seguito presentate le tavole riassuntive di alcune variabili di comportamento particolarmente significative per le condizioni di salute e benessere dei giovani, suddivise per età e stratificate per genere.



Tredicenni (%)



Quindicenni (%)

