



hbosc



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

Regione Emilia-Romagna



hbosc
ITALIA/ITALY



UNIVERSITÀ
DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DI TORINO



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

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

Redazione e impaginazione a cura di:

Paola Angelini, Federica Giovannini, Rossana Mignani
Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare

Nicoletta Bertozzi, Laura Sardonini
Dipartimento di Sanità pubblica dell'Azienda UsI della Romagna

Stampa: Centro stampa Giunta Regione Emilia-Romagna, aprile 2016

Copia del volume può essere scaricata dal sito internet

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti>

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 EMILIA-ROMAGNA

Paola Angelini, Alba Carola Finarelli, Marina Fridel
Direzione Generale Sanità e politiche sociali e per l'integrazione

Gruppo tecnico regionale HBSC

AUSL Piacenza – Lorena Mori

AUSL Parma - Sandra Vattini

AUSL Reggio Emilia - Alessandra Fabbri

AUSL Modena - Alberto Tripodi

AUSL Bologna - Paolo Pandolfi

AUSL Imola - Ivana Stefanelli

AUSL Ferrara - Monica Mascellani

AUSL Romagna - Nicoletta Bertozzi, Claudia Cortesi, Michela Morri, Gabriella Paganelli

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine:

Elizabeth Bakken, Carla Biavati, Emilia Biguzzi, Daniela Biondi, Elena Biondi, Giovanni Blundo, Nicola Bolsi, Elena Cammi, Marina Casadei, Elena Cerati, Marcella Cevenini, Ilaria Concari, Claudia Della Giustina, Patrizia Devescovi, Gloria Pia Di Nocco, Vilma Fabbroni, Roberta Farneti, Giuditta Farolfi, Francesca Felicità, Francesca Ferrigno, Michele Franchi, Paola Furlini, Daniela Giovanardi, Chiara Luppi, Elisa Mastrovito, Simona Midili, Alessia Miduri, Anna Lorena Mori, Alessandra Palomba, Giuseppe Patanè, Ylenja Persi, Manuela Pezzotta, Jenny Pinca, Maria Rita Prazzoli, Denise Regazzi, Rita Ricci, Francesca Righi, Daniela Romanelli, Federica Santagiuliana, Laura Sardonini, Najada Sulcaj, Angela Tassinari, Chiara Tomasini, Assunta Teresa Vignola, Francesca Zampieri, Moira Zinesi, Ginevra Zurla.

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, evidenziate con l'uso del corsivo, e delle parti introduttive, se modificate rispetto a quanto fornito dal gruppo nazionale.

Per la Regione Emilia-Romagna, i responsabili delle parti scritte a commento dei dati forniti dal Gruppo di coordinamento nazionale HBSC sono:

- Paola Angelini
- Nicoletta Bertozzi
- Bruna Borgini
- Silvana Borsari
- Sandra Bosi
- Marilena Durante
- Alessandra Fabbri
- Annamaria Ferrari
- Franca Francia
- Marina Fridel
- Monica Malaguti
- Mariateresa Paladino
- Laura Sardonini
- Alberto Tripodi

e il Tavolo regionale di monitoraggio del Progetto adolescenza (Delibera di Giunta Regionale n.590/2013)

Indice

Presentazione	9
Ringraziamenti	10
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	13
1.1 Introduzione	13
1.2 Descrizione del campione	14
Bibliografia capitolo 1	16
Capitolo 2: Il contesto familiare	17
2.1 Introduzione	17
2.2 La struttura familiare	17
2.3 La qualità della relazione con i genitori	20
2.4 Lo status socio-economico familiare	24
2.5 Conclusioni	25
Bibliografia capitolo 2	28
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	31
3.1 Introduzione	31
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	31
3.3 Rapporto con gli insegnanti	34
3.4 Rapporto con i compagni di classe	36
3.5 Rapporto con la scuola	40
Bibliografia capitolo 3	42
Capitolo 4: Sport e tempo libero	44
4.1 Introduzione	44
4.2 Attività fisica	44
4.3 Comportamenti sedentari	46
4.3.1 <i>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione</i>	47
4.4 Rapporti con i pari	51
4.5 Conclusioni	52
Bibliografia capitolo 4	53
Capitolo 5 : Abitudini alimentari e stato nutrizionale	55
5.1 Introduzione	55
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti	56
5.3 Consumo di frutta e verdura	57
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	60
5.5 Stato nutrizionale	61
5.6 Igiene orale	65
5.7 Conclusioni	66
Bibliografia capitolo 5	67
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	69
6.1 Uso di sostanze	69
6.1.1 <i>Il fumo</i>	69
6.1.2 <i>L'alcol</i>	70
6.1.3 <i>Cannabis</i>	73
6.2 Gioco d'azzardo	74
6.3 Abitudini sessuali	75
6.4 Infortuni	77
6.5 Conclusioni	78
Bibliografia capitolo 6	80

Capitolo 7: Salute e benessere	82
7.1 Introduzione	82
7.2. Salute percepita	83
7.3. Benessere percepito	84
7.4. Sintomi riportati	85
7.5. Utilizzo di farmaci	88
7.6. Conclusioni	90
Bibliografia capitolo 7	92
Indicatori riassuntivi	94

Presentazione

Il Ministero della Salute ha da tempo avviato un proficuo rapporto di collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per la realizzazione condivisa di interventi che coinvolgono i Servizi sanitari e gli Istituti scolastici, finalizzati alla promozione della salute, di sani stili di vita e per il contrasto delle patologie croniche.

In particolare nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 molti obiettivi prevedono la promozione di benessere e sani stili di vita nel contesto scolastico attraverso progetti condivisi e integrati.

In questo contesto si colloca lo Studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) elaborato nell'ambito di un progetto promosso dal Ministero della Salute/CCM e coordinato dall'Università di Torino.

La Regione Emilia-Romagna partecipa a questa indagine per la seconda volta, con un campione regionale, con l'obiettivo di analizzare i contesti familiari e scolastici, nonché le abitudini e gli stili di vita dei nostri adolescenti (alimentazione, attività fisica, comportamenti a rischio), per trarre elementi che consentano di orientare sempre meglio politiche e azioni coerenti a livello sanitario e scolastico.

La realizzazione di questo studio, oltre agli spunti di conoscenza che offre per la promozione del benessere della popolazione giovanile, ha consentito agli operatori sanitari ed alle scuole di realizzare un'esperienza di azione comune che può avere una proficua ricaduta nelle prossime collaborazioni collegate ai progetti inseriti nel Piano regionale della prevenzione 2015-2018, nonché all'attuazione delle Linee di indirizzo della promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza.

Kyriakoula Petropulacos
Direttore Generale Cura della persona,
salute e welfare
Regione Emilia-Romagna

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli allievi che hanno compilato i questionari.

Si ringraziano i Docenti e i Dirigenti scolastici delle istituzioni scolastiche che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

Si ringraziano l'Ufficio Scolastico Regionale, gli Uffici degli Ambiti territoriali dell'Emilia-Romagna e tutte le scuole secondarie di primo e di secondo grado delle Regione Emilia-Romagna, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2014, di seguito elencate:

Provincia	Scuola Secondaria di I grado	Comune
Piacenza	Scuola Secondaria I grado Faustini-Frank-Nicolini (Faustini-Frank)	Piacenza
	IC Ponte dell'olio (Scuola Secondaria I grado A.Vaccari)	Ponte Dell'Olio
	IC Carpaneto (Scuola Secondaria I grado E. Marenghi)	Gropparello
Parma	Scuola Secondaria I grado G. Ferrari	Parma
	IC Montechiarugolo (Scuola Secondaria I grado G.Marconi-Basilicangoiano)	Montechiarugolo
	IC Montebello (Scuola Secondaria I grado Don Cavalli)	Parma
	Scuola Secondaria I grado San Vitale - Fra' Salimbene (Fra' Salimbene)	Parma
	IC Sorbolo (Scuola Secondaria I grado Sorbolo)	Sorbolo
Reggio Emilia	IC Don Dossetti (Scuola Secondaria I grado G. Gallilei)	Cavriago
	IC A.Einstein (Scuola Secondaria I grado A. Einstein)	Reggio Emilia
	IC A. Ligabue (Scuola Secondaria I grado CA. Dalla Chiesa)	Reggio Emilia
	IC Quattro Castella-Vezzano sul Crostolo (A. Manini)	Vezzano Sul Crostolo
	IC M.M. Boiardo (Scuola Secondaria I grado Boiardo)	Scandiano
	IC G. Galilei (Scuola Secondaria I grado Galilei)	Campagnola Emilia
	IC Gualtieri (Scuola Secondaria I grado Gualtieri)	Gualtieri
Modena	Scuola Secondaria I grado Carducci	Modena
	Scuola Secondaria I grado Ferraris	Modena
	Scuola Secondaria I grado Volta	Bomporto
	Scuola Secondaria I grado Montecuccoli	Pavullo nel Frignano
	Scuola Secondaria I grado L.A. Muratori	Vignola
	IC Guninuzelli (Scuola Secondaria I grado Guinizelli)	Castelfranco Emilia
	IC Carpi 2 (Scuola Secondaria I grado Fassi)	Carpi
	IC Carpi Zona Nord (Scuola Secondaria I grado Focherini)	Carpi
IC Fiorano Modenese 1^ (Scuola Secondaria I grado via Don Bosco)	Fiorano Modenese	
Bologna	IC di Argelato (Scuola Secondaria I grado N. Green)	Argelato
	IC Castello d'Argile (Scuola Secondaria I grado A.Gessi)	Castello D'Argile
	Scuola Paritaria di I grado M. Malpighi	Bologna
	Scuola Secondaria I grado Due Risorgimenti	Sala Bolognese
	IC Monghidoro (Scuola Secondaria I grado Maria dalle Donne)	Monghidoro
	IC 12 Bologna (Scuola Secondaria I grado Farini)	Bologna
	IC Crevalcore (Scuola Secondaria I grado M. Polo)	Crevalcore
	IC Castenaso (Scuola Secondaria I grado Gozzadini)	Castenaso
	IC San Giovanni in Persiceto (Scuola Secondaria I grado Mameli)	S. Giovanni in Persiceto
IC 17 Bologna (Scuola Secondaria I grado Gandino)	Bologna	
Ferrara	Scuola Secondaria I grado San Vincenzo	Ferrara
	IC G.Bentivoglio (Scuola Secondaria I grado G. Bentivoglio)	Poggio Renatico
	IC A. Costa (Scuola Secondaria I grado M.M. Boiardo)	Ferrara
	IC 3 Cento (Scuola Secondaria I grado Renazzo)	Cento
	IC Portomaggiore (Scuola Secondaria I grado Portomaggiore)	Portomaggiore
Ravenna	IC Darsena (Scuola Secondaria I grado M. Montanari)	Ravenna
	IC G. Novello (Scuola Secondaria I grado G. Novello)	Ravenna
	IC Matteucci (Scuola Secondaria I grado Cova Lanzoni)	Faenza

	IC di Russi (Scuola Secondaria I grado A.Baccarini)	Russi
	Scuola Paritaria di I grado Sacro Cuore	Lugo
Forlì- Cesena	Scuola Secondaria I grado Via Felice Orsini	Forlì
	Scuola Secondaria I grado Via Ribolle (Zangheri)	Forlì
	Scuola Secondaria di I grado Via Pascoli	Cesena
	IC Gambettola (Scuola Secondaria di I grado I. Nievo)	Gambettola
Rimini	Scuola Secondaria di I grado T. Franchini	Santarcangelo di Romagna
	IC Cattolica (Scuola Secondaria di I grado E. Filippini)	Cattolica
	IC Valle del Conca (Scuola Secondaria di I grado G. Villa)	San Clemente
	IC1 Riccione (Scuola Secondaria di I grado G. Cenci)	Riccione
	IC D. Alighieri (Scuola Secondaria di I grado D. Alighieri)	Rimini

Provincia	Scuola Secondaria di II grado	Comune
Piacenza	Ist. Istr. Industriale Guglielmo Marconi	Piacenza
	Is Cassinari-Tramello (Ist. Comm Tramello)	Piacenza
	Ist. Marcora-Raineri (ist. Raineri)	Piacenza
Parma	IPS "Giordani"	Parma
	Ist. Comm. Melloni	Parma
	Ist. Istr. Industriale Leonardo Da Vinci	Parma
	Liceo delle Scienze umane San Vitale	Parma
	Istituto professionale P. Levi	Parma
	Liceo Scientifico G. Marconi	Parma
Reggio- Emilia	Liceo linguistico Matilde di Canossa	Reggio Emilia
	Ist. Tecnico per Geometri B. Pascal	Reggio Emilia
	IC Quattro Castella-Vezzano sul Crostolo (A. Manini)	Vezzano S. Crostolo
	Liceo Scientifico Linguistico Aldo Moro	Reggio Emilia
	Ist. Tecnico Commerciale-Geometra L. Einaudi con sez.ind.	Correggio
	Ist. Istr. Sup. Galvani-Iodi	Reggio Emilia
	Ist. Sup. A. Motti	Reggio Emilia
Modena	Liceo Classico Muratori	Modena
	Liceo Scientifico Formiggini	Sassuolo
	Liceo Scientifico Fanti	Carpi
	Ist. Prof. Per i servizi commerciali P.Levi	Vignola
	Ist. Sup. G.Galilei	Mirandola
	Ist. Prof. Industria e Artigianato Don Magnani	Sassuolo
	Ist. Tec. Comm. G.A. Cavazzi	Pavullo nel Frignano
	Ist. Tec. Comm. J.Barozzi	Modena
	Ist. Tec. Ind. L.Da Vinci	Carpi
Ist. Tec, Geometri G.Guarini	Modena	
Bologna	Liceo Ginnasio M. Minghetti	Bologna
	Liceo Scientifico A. Righi	Bologna
	Liceo Scientifico N. Copernico	Bologna
	Liceo Scientifico L. Da Vinci	Casalecchio
	IPC Turistico Aldrovandi-Rubbiani	Bologna
	Liceo Artistico F. Arcangeli	Bologna
	ITCS R. Luxemburg	Bologna
ITIS A. Valeriani	Bologna	
Ferrara	Liceo Classico L. Ariosto	Ferrara
	Liceo Scientifico A. Roiti	Ferrara
	Ist. Istr. Argenta	Portomaggiore
	ITI N.Copernico - A.Carpeggiani	Ferrara

Ravenna	Liceo Scientifico Oriani	Ravenna
	Ist. Prof. Ind. Art. L. Bucci	Faenza
	ITG C. Morigia	Ravenna
	IPS Stoppa	Lugo
	Liceo Classico Torricelli	Faenza
Forlì- Cesena	ITIS G. Marconi	Forlì
	Liceo della Comunicazione Maria Immacolata	Cesena
	Liceo Scientifico A. Righi	Bagno di Romagna
	Istituto Professionale per i servizi Sociali Versari-Macrelli	Cesena
	Istituto Tecnico Agrario G. Garibaldi	Cesena
Rimini	Istituto Tecnico Commerciale R. Serra	Cesena
	Liceo Classico Psicopedagogico Cesare-Valgimigli (G. Cesare)	Rimini
	Polo IPIA Benelli	Novafeltria
	ITES Valturio	Rimini
	Liceo Scientifico A. Eistein	Rimini
	ITT M. Polo	Rimini

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 Emilia-Romagna, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

La numerosità campionaria è stata calcolata in 1200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima del $\pm 3,5\%$ con I.C del 95%, ipotizzando una frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovra-campionamento 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

L'analisi della Tabella 1.1 mostra un'elevata percentuale di rispondenza. Infatti, il numero totale di classi campionate in Regione Emilia-Romagna risulta pari a 173, di queste 163 (94,2%) hanno restituito il questionario.

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	58	55	94.8
Classe terza media	58	54	93.1
Classe seconda superiore	57	54	94.7
Totale	173	163	94.2

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	40.2 (532)	39.3 (494)	39.8 (1026)
13 anni	34.0 (450)	35.5 (446)	34.7 (896)
15 anni	25.7 (340)	25.2 (317)	25.5 (657)
Totale	100.0 (1322)	100.0 (1257)	100.0 (2579)

I ragazzi nati all'estero rappresentano circa il 7% sia tra gli 11enni e i 13enni mentre la percentuale sale all'8,8% nei 15enni (Tab 1.3).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	93.2 (956)	92.9 (832)	91.2 (598)
Nato all'estero	6.8 (70)	7.1 (64)	8.8 (58)
Totale	100.0 (1026)	100.0 (896)	100.0 (656)

Circa il 10% dei genitori dei ragazzi è nato all'estero (Tab 1.4).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Entrambi i genitori nati in Italia	78.6 (803)	81.9 (730)	81.3 (532)
Almeno un genitore nato all'estero	7.6 (78)	6.7 (60)	7.8 (51)
Entrambi i genitori nati all'estero	13.7 (140)	11.3 (101)	10.9 (71)
Totale	100.0 (1021)	100.0 (891)	100.0 (654)

Bibliografia capitolo 1

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

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

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

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

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

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo invece annoverare la diminuzione dell'ampiezza familiare, l'aumento delle famiglie uni-personali (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.

Ciò che emerge dai dati riportati nella Tabella 2.1 è che la maggior parte dei ragazzi vive con entrambi i genitori (64.6%), o con genitori e nonni (16.1%). I dati disponibili dell’ultimo censimento (2011), che descrivono le tipologie familiari della popolazione residente in Emilia-Romagna, mostrano che, tra le famiglie con figli, circa il 71% sono composte da genitori e figli senza la

presenza di altre persone, il 24% da un solo genitore e figli (con o senza altre persone) e il 5% è composto da genitori e figli in presenza di altre persone. Inoltre risulta evidente la prevalenza, nei casi monoparentali, delle situazioni in cui il ragazzo/a vive con la madre piuttosto che con il padre.

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

Tipo di famiglia	%	(N)
Madre e padre, no altri adulti	64.6	1586
Madre e padre, più uno o due nonni	16.1	395
Solo madre (con o senza nonni)	12.6	309
Solo padre (con o senza nonni)	1.1	27
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.7	90
Solo nonni (uno o due)	0.9	21
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.2	29
Totale	100.0	2457

Rispetto alla rilevazione precedente emerge una diminuzione percentuale superiore al 2% delle famiglie appartenenti alla tipologia "tradizionale" (famiglia nucleare composta da padre e madre senza la presenza di altri adulti conviventi) (dal 66.6 al 64.5%). Aumenta invece la percentuale di ragazzi che vive con la sola madre pari al 16% di tutto il campione (+1%) o insieme sia ai genitori che ai nonni (+1%), e sono in leggera crescita i bambini che vivono o solo con i nonni (circa 1%) o senza figure genitoriali e nonni (1.2%). Aggregando tutte le forme di convivenza non "tradizionale" emerge che una significativa quota di ragazzi (circa il 18%) vive in forme famigliari non tradizionali

In Emilia-Romagna¹, nel 2011, le famiglie uni personali e le coppie con figli in famiglie con un solo nucleo sono le tipologie più diffuse, si equivalgono numericamente e rappresentano ciascuna circa il 32% del totale delle famiglie.

Le coppie senza figli in famiglie con un solo nucleo rappresentano nel 2011 circa il 24% del totale delle famiglie e sono significativamente aumentate (+11%) rispetto al periodo 2006-2007. Questa situazione potrebbe essere influenzata dalla stabilizzazione, con tendenza alla contrazione, della natalità negli anni successivi alla crisi economica, in particolare dal 2009 in poi. Poco meno dell'8% delle famiglie è costituito da monogenitori tra i quali è predominante la quota di donne, circa l'83%, sebbene i padri che vivono con i propri figli senza una compagna siano in leggero e costante aumento.

La tipologia dei monogenitori è cresciuta negli ultimi decenni soprattutto a causa della crescente instabilità coniugale e, a conferma di ciò, tra i monogenitori con meno di 65 anni, il 70% risulta separato o divorziato.

I figli che vivono con uno solo dei genitori sono nel 36% dei casi minori di 18 anni, quota probabilmente influenzata dalla tendenza ad affidare i figli alla madre dopo una separazione o un divorzio.

¹ Fonte: Indagine multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana. ISTAT

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	%	(N)
Figli unici	19.2	477
1 fratello o sorella	54.4	1352
2 o più fratelli o sorelle	26.5	658
Totale	100.0	2487

Appare in crescita rispetto agli anni scorsi la condizione di fratria che passa dal 73% all'81%, mentre parallelamente cala la percentuale di figli unici pari al 20% del totale dei ragazzi intervistati, che nel precedente rapporto era invece superiore al 26 %.

Questo dato può essere imputabile all'aumento della natalità in Emilia–Romagna costantemente cresciuta fino al 2009, anno in cui però si inizia a registrare un calo che nel 2012 è pari a -6,9%.

A partire dal 2009 il calo di numero di nascite riguarda principalmente le donne italiane, verosimilmente a causa di una riduzione proporzionale delle donne in età fertile, per innalzamento dell'età della popolazione femminile, e/o a un rinvio (o rinuncia) ad avere un figlio.

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

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. Come noto, man mano che i ragazzi si avvicinano all'adolescenza, aumentano le difficoltà di comunicazione e risulta più difficile per i ragazzi dialogare con il padre.

Un dato interessante da analizzare, specie per gli operatori che si occupano di prevenzione del disagio degli adolescenti è la percentuale dei ragazzi che dichiarano di non avere rapporti con una delle due figure genitoriali. Dalla Tabella 2.3 risulta che una quota di ragazzi in ogni classe di età non ha alcuna possibilità di confrontarsi con il modello genitoriale maschile rappresentato dal padre (3% degli 11enni, 5% dei 13enni e 15enni). Invece, l'assenza della figura materna riguarda circa l'1% in ogni età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	36.1 (362)	19.6 (174)	10.6 (69)
Facile	34.9 (50)	36.0 (19)	32.2 (10)
Difficile	18.4 (184)	25.3 (224)	33.2 (217)
Molto difficile	7.9 (79)	14.4 (128)	18.8 (123)
Non ho o non vedo mai questa persona	2.7 (27)	4.6 (41)	5.2 (34)
Totale	100.0 (1002)	100.0 (886)	100.0 (653)

È possibile ipotizzare che la mancanza del riferimento educativo paterno si rifletta in qualche modo sulla crescita di questi ragazzi, in un momento della loro crescita in cui è importante avere figure di riferimento con cui confrontarsi (anche se ciò può avvenire con un processo di distanziamento o iniziale dialettica o conflitto per giungere alla fine all'acquisizione di una propria identità di genere, e a una crescita, rispetto alla gestione delle relazioni sentimentali verso l'età adulta). Il dato potrebbe essere ancora più significativo qualora i ragazzi non avessero modo di attingere alle specificità di questo ruolo ("normativo" secondo le consuete rappresentazione delle specificità di ruolo di genere nelle teorie "classiche" sulla genitorialità) da altre figure positive di genere maschile, come i nonni, o altre figure parentali adulte (es. zii) o i nuovi conviventi o mariti delle madri o tra gli educatori o insegnanti.

Accorpendo le risposte "Molto facile" e "facile" contenute nelle Tabelle 2.3 e 2.4, si può facilmente notare come, al crescere dell'età, la quota di ragazzi che ritengono semplice parlare con il padre diminuisce. Infatti, escludendo coloro che hanno dichiarato di "non avere o non vedere mai questa persona", mentre per gli 11enni il dialogo con il padre risulta facile o molto facile nel 73% dei casi, a 15 anni questa quota scende al 45%. Significativo è il fatto che a 15 anni oltre la metà dei ragazzi ritengono difficile il dialogo con il padre (Tab. 2.3).

Per quanto riguarda l'apertura comunicativa in famiglia rispetto a temi delicati che preoccupano i ragazzi, essi dichiarano che sia facile (o molto facile) parlare con il padre nel 70% dei casi all'età di 11 anni, nel 56 % a 13 anni, e nel 43 % dei casi a 15 anni. Si registra quindi un calo significativo nella percezione di poter parlare facilmente con la figura paterna con il crescere dell'età nei ragazzi. Analogamente emerge un quadro di maggiore difficoltà al dialogo secondo il vissuto dei ragazzi di 15 anni rispetto a quelli di età inferiore. È significativo il dato secondo cui la maggioranza (52%) dei ragazzi più grandi (15 anni) dichiara di avere difficoltà a parlare con il padre di questioni rilevanti (o che rappresentano motivo di preoccupazione per i ragazzi).

Di controversa interpretazione il fatto che anche l'assenza di questa figura genitoriale aumenti con l'età. Infatti, vivono senza possibilità di confrontarsi con il padre meno del 3% degli undicenni mentre sono più del 5% i quindicenni che non vedono o non hanno questa figura di riferimento maschile.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	50.7 (504)	35.1 (308)	23.6 (154)
Facile	32.2 (320)	39.8 (349)	43.8 (286)
Difficile	12.1 (120)	17.2 (151)	23.6 (154)
Molto difficile	3.4 (34)	6.8 (60)	8.1 (53)
Non ho o non vedo mai questa persona	1.6 (16)	1.0 (9)	0.9 (6)
Totale	100.0 (994)	100.0 (877)	100.0 (653)

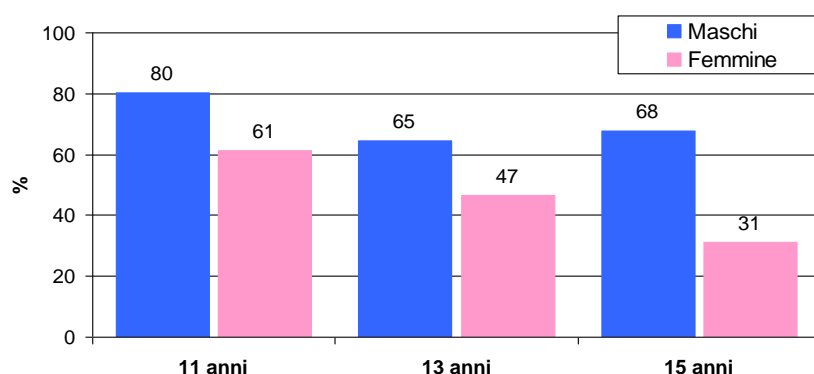
Lo stesso andamento si presenta in relazione alla madre (Tab. 2.4). Infatti, la facilità di dialogo decresce al crescere dell'età, mentre l'84% degli 11enni dichiara di avere facilità di dialogo con la propria madre, per i 15enni questa attitudine diminuisce al 68%.

Inferiore appaiono le difficoltà comunicative con la madre rispetto ai padri (ma anche in questo caso emerge una correlazione legata all'avanzare dell'età adolescenziale: infatti vediamo che più del 30% dei ragazzi ritiene difficile o molto difficile parlare con la madre di questioni che li preoccupano, mentre la percentuale è dimezzata nel caso degli undicenni, infatti a 11 anni il 15% ritiene difficile o molto difficile parlare con le madri.

Risulta inferiore la percentuale di ragazzi che non può confrontarsi con la figura materna per questioni importanti (circa l'1% nella fascia 11-15 anni senza variazione determinata all'aumentare dell'età come accade invece per i padri).

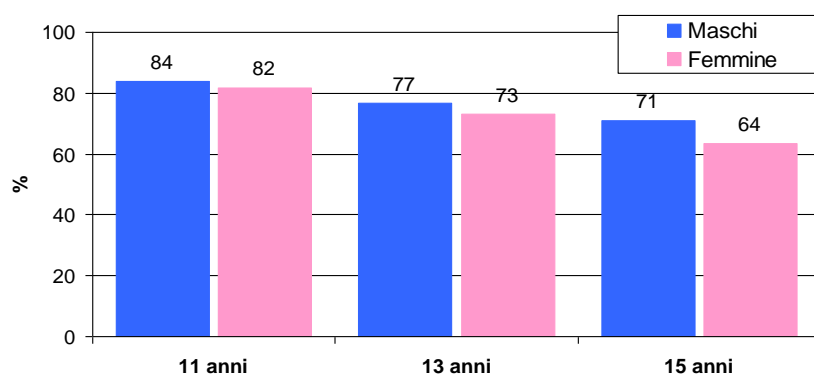
Dalla Figura 2.1 si evidenzia come la variabile di genere incida sulla facilità dei rapporti comunicativi con il padre: le ragazze dichiarano maggiori difficoltà nel dialogo con il padre rispetto ai loro coetanei maschi, soprattutto la forbice maschi/femmine si allarga con l'aumentare dell'età (a 11 anni la differenza è intorno al 19% mentre a 15 anni è intorno al 22%).

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



Nei rapporti con la madre invece (Fig. 2.2), le differenze di genere si riducono sensibilmente rispetto ai rapporti con il padre (dal 2% negli 11enni al 7% nei 15enni).

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



Come sottolinea Gustavo Pietropolli Charmet² anche se può sembrare che ai ragazzi non interessi la competenza degli adulti, in realtà essi la richiedono con forza. Per adulto competente si intende “colui che si identifica con...”, che non sapendo chiede, che garantisce per il futuro dei ragazzi, per il quale vale la pena di essere protetti e colonizzati.

Se l'adulto vive l'adolescenza come una possibile rovina del bambino meraviglioso e non rappresenta una risorsa, allora si pone come un ostacolo evolutivo. L'adulto competente è in grado di stabilire un contatto con una mente adulta per uscire dal labirinto delle difficoltà evolutive, è fedele a se stesso, è incorruttibile: attraverso l'identificazione con i ragazzi ne sostiene la crescita. Viceversa se i ragazzi percepiscono che l'adulto ha la presunzione di sapere, non viene riconosciuto come competente perchè portatore di un'ideologia adulta.

In questa direzione la madre deve riuscire a preservare, a organizzare e a presidiare una buona “separazione” dal figlio nella consegna a una rete di relazioni sociali e si deve confrontare con la propria ambivalenza nel gesto del figlio di girarle le spalle per avviarsi al suo mondo. Affinchè i bambini siano capaci di diventare soggetti sociali competenti nell'organizzare contratti, negoziati, protagonisti del loro percorso di crescita, la madre del contenimento deve essere capace di contenere nella mente e pilotare a distanza la vita del figlio.

² Tratto dal seminario “La prevenzione nel sostegno della genitorialità a rischio”, Bologna 25/1/2012

Il padre da parte sua nel nuovo ruolo è più accuditivo, autorevole più per affettività che per norma, dove l'alleanza con il figlio non nasce nel luogo del potere ma nel luogo dell'incontro grazie a una sorta di trasloco culturale per il quale si è passati dalla genitorialità delle regole a quella delle relazioni. In questo trasloco c'è maggiore bisogno di rete, di gruppi di auto aiuto, di rifondare la griglia della nuova maternità e paternità.

2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

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

- status sociale (educazione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;

- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

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

Nelle tabelle a seguire si possono osservare i risultati, distinti per alcuni indicatori utilizzati.

Dai dati, si rileva che il 53,5% degli intervistati ha uno status socio-economico nella fascia media e circa il 30% si colloca in una fascia alta (Tab 2.5). Questi dati sono profondamente diversi da quelli dell'indagine 2010 (Basso 8,4%; Medio 37,2% e Alto 54,4%). Una possibile spiegazione si lega alla diversa modalità, nel 2014, di acquisire informazioni sulla disponibilità di beni di consumo, e ciò rende i due dati non perfettamente confrontabili. C'è da sottolineare comunque il possibile impatto della crisi economica esplosa nel 2012.

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

FAS	%	(N)
Basso	16.7	(424)
Medio	53.5	(1359)
Alto	29.8	(757)
Totale	100.0	(2540)

In letteratura, il buon livello di scolarizzazione dei genitori è valutato come essere protettivo rispetto ad eventuali rischi correlati allo stato di salute dei propri figli. Dalla Tabella 2.6, emerge che la larga maggioranza dei ragazzi intervistati ha genitori con titolo di studio medio-alto (maturità e laurea). In particolare, il livello d'istruzione dei genitori è, in generale, più alto per la madre (68% rispetto al 60% dei padri), con lievi differenze nelle fasce d'età.

È importante sottolineare che circa il 24% dei ragazzi non conosce il titolo di studio del padre e il 20% non conosce quello della madre, tali percentuali crescono tra gli 11enni che nel 41% non conoscono il titolo di studio paterno e nel 37% quello materno.

Tabella 2.6: Livello di istruzione dei genitori (calcolata escludendo chi ha risposto di non conoscere il titolo di studio del genitore)

	Padre			Madre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Licenza elementare	3.1% (17)	2.4% (17)	2.3% (13)	1.3% (7)	1.8% (13)	1.7% (10)
Licenza media	16.4% (91)	28.1% (201)	26.3% (150)	13.1% (73)	18.0% (129)	21.8% (128)
Scuola professionale	12.3% (68)	12.4% (89)	14.2% (81)	10.8% (60)	12.8% (92)	13.5% (79)
Maturità	29.2% (162)	36.3% (260)	38.4% (219)	31.1% (173)	40.9% (293)	40.5% (238)
Laurea	39.0% (16)	20.8% (49)	18.8% (107)	43.8% (244)	26.5% (190)	22.5% (132)
Totale	100.0% (554)	100.0% (716)	100.0% (570)	100.0% (557)	100.0% (717)	100.0% (587)

Il titolo di studio più elevato è posseduto dalle madri dei ragazzi in tutte le fasce di età. Ben il 43% dei ragazzi di 11 anni hanno la madre laureata. Al contrario un numero superiore di padri, rispetto alle madri possiede un titolo di studio inferiore (licenza elementare, pur in percentuali basse inferiori al 5% e che diminuiscono all'aumentare dell'età dei ragazzi). Significativo è anche il fatto che per esempio, nella categoria dei 13enni il 30% dei padri possiede un titolo di studio basso pari o inferiore alla licenza media, mentre la percentuale di madri con titolo di studio basso è poco meno del 20%.

Poco meno del 60% dei ragazzi di 11 anni hanno un padre diplomato o laureato, quasi il 74% delle madri degli stessi ragazzi sono diplomate o laureate.

2.5 Conclusioni

Negli ultimi anni gli studi che si sono rivolti all'adolescenza hanno indicato come, pur avvenendo in questo periodo della vita una globale ristrutturazione della personalità, venga mantenuta una prevalente continuità nell'organizzazione del Sé per quanto riguarda le relazioni di attaccamento. La complessità sociale che connota la vita quotidiana dei ragazzi di questa fascia d'età e delle loro famiglie, spesso impreparate ad affrontare il ruolo genitoriale in adolescenza, rende necessaria un'attenzione prioritaria da parte dell'insieme dei servizi, avendo come riferimento più obiettivi: migliorare i contesti e gli stili di vita dei ragazzi e il sistema delle loro relazioni con i coetanei e familiari; favorire l'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici, attraverso azioni mirate a rafforzarne le forme di collaborazione e le competenze comunicative, sociali e relazionali; stabilire con i ragazzi e le ragazze modalità di relazione attente allo sviluppo delle loro potenzialità, in una logica di promozione di benessere e salute, di educazione alla legalità, di rispetto per l'altro e apertura alla diversità, di esercizio attivo dei diritti di cittadinanza e di sostegno a scelte consapevoli e responsabili.

Tutto questo risulta importante anche ai fini della promozione di una cultura della legalità tra le giovani generazioni, come azione di prevenzione secondaria, fuori dal contesto criminale e quindi

in grado di agire su molti fronti: dalla promozione dell'educazione alle regole, all'esercizio di una cittadinanza attiva, al rafforzamento dell'appartenenza alle comunità locali, alla costruzione del senso di responsabilità, alla partecipazione dei giovani alla vita sociale e al dialogo tra i giovani di differenti territori e differenti nazionalità.

Sono stati evidenziati fattori anteriori di rischio che possono esprimersi nell'adolescenza e che vanno ricercati per esempio nelle esperienze precoci di attaccamento che possono aver influito sulla strutturazione nell'infanzia di stili di attaccamento meno funzionali quali attaccamento insicuro, disorganizzato rispetto alle figure genitoriali. Ciò costituisce un punto di attenzione per i professionisti che hanno in cura i ragazzi anche allo scopo di prevenire eventi quali crisi adottive, fallimenti adottivi, o per supportare le famiglie e i ragazzi durante esperienze vitali complesse quali separazioni conflittuali, famiglie multiproblematiche, percorsi migratori (per esempio in caso di ricongiungimenti famigliari dopo anni di relazioni interrotte o non continuative tra genitori e figli, ...).

In particolare, gli adolescenti stranieri che vivono in Italia si trovano ad affrontare una complessità di sfide tra cui quella non semplice di elaborare la loro duplice appartenenza alla cultura di origine e a quella del paese in cui vivono; oltre ai consueti compiti evolutivi (diversificati per storie di vita), legati al passaggio dall'infanzia all'adolescenza devono fare i conti con una nuova lingua, una nuova scuola, nuovi ambienti e contesti di cui spesso non conoscono le regole esplicite ed implicite e armonizzare queste culture con quella familiare.

Un altro contributo sul mondo adolescenziale fa riferimento all'indagine "Giovani irregolari tra marginalità e devianza"³, sui percorsi biografici di quasi 300 adolescenti segnalati al Tribunale per i Minorenni di Bologna per "irregolarità della condotta" nel triennio 2006-08, che ha permesso di approfondire alcune forme di trasgressione o di fuga: forte insofferenza alle regole, sperimentazione o abuso di droghe illegali, violenza verso gli altri, violenza verso se stessi.

I comportamenti di questi adolescenti si presentavano associati ad alcuni fattori di vulnerabilità particolarmente presenti nelle loro esistenze, quali l'aver subito in ambito familiare violenza diretta, come maltrattamenti o violenza sessuale, o assistita; l'abbandono da parte di uno o entrambi i genitori; l'accentuata conflittualità familiare (tra i genitori, tra genitori e figli), qualche volta resa più complessa dalla variabile culturale. Vi è poi un'incidenza particolarmente elevata di lutti familiari importanti, di devianza in famiglia, di malattie importanti (fisiche e psichiche) nei due genitori.

L'evoluzione dei fattori dinamici come natalità, mortalità e migratori età congiuntamente ai cambiamenti nei modi e nei tempi di formazione e di dissoluzione delle unioni tra individui ha prodotto notevoli trasformazioni non solo nelle caratteristiche complessive della popolazione ma anche nella sua articolazione di famiglie.

La riduzione della fecondità, l'aumento dell'instabilità coniugale e la diffusione di nuovi modi di fare famiglie hanno determinato nel tempo un aumento del numero assoluto di famiglie, un aumento del numero medio di componenti e una diversa composizione delle tipologie familiari. Nella forma e nella struttura delle famiglie si registrano nuove dinamiche legate alla plurinuclearità e alla plurigenitorialità: famiglie monogenitoriali, plurinucleari, ricostituite, quelle omosessuali o quelle culturalmente miste disegnano nuove geometrie che impongono una cultura della differenza.

Inoltre, è da tenere presente il mutato contesto economico – sociale: le famiglie residenti in Emilia-Romagna affrontano una spesa media per consumi fra le più alte in Italia (dopo Trentino Alto Adige, Lombardia e Veneto). Nel 2012, in Regione la spesa media per famiglia è pari a 2834€, contro una media nazionale di 2419€.

Le famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa in Emilia-Romagna, nel 2013 rappresentano il 4.5% del totale delle famiglie residenti in regione, mentre in Italia il tasso di povertà continua a sfiorare il 13%. Tuttavia la caduta del reddito e le modificazioni intervenute nella

³ curata dall'ufficio del Difensore civico regionale in collaborazione con la Procura e il Tribunale per i Minorenni di Bologna, affidata a Zancan Formazione, su 285 adolescenti del territorio regionale, segnalati nel triennio 2006-08 alla giustizia minorile per "comportamenti a rischio". Una percentuale consistente (circa il 40%) dei minori "irregolari", più alta nel gruppo dei "violenti", avrebbe in seguito affrontato un procedimento penale.

sua distribuzione hanno avuto pesanti riflessi sulla povertà relativa, in particolare quando è misurata con soglie rivolte a selezionare le situazioni di maggior disagio economico come quelle delle famiglie con capofamiglia di nazionalità straniera.

La presenza di più figli all'interno della famiglia, specie se minori, aumenta il disagio economico e il primo fra i rischi di scivolare nella povertà e nell'esclusione sociale è la vulnerabilità delle famiglie numerose, soprattutto in presenza di minori o anziani.

La povertà delle famiglie con minori è rilevante economicamente perché: riduce l'investimento in istruzione e nel capitale umano dei bambini; aumenta il grado di trasmissione familiare delle situazioni di povertà; riduce, più in generale, il grado di uguaglianza delle opportunità. Questi effetti si legano tra loro (Peragine 2014).

Rispetto al 2007, la percentuale di famiglie in condizione di deprivazione materiale è aumentata di quasi 4 punti, mentre sono quasi raddoppiate le famiglie in condizione di deprivazione severa. In particolare aumenta di quasi 6 punti la percentuale di famiglie che dichiarano di non potersi permettere almeno una settimana di ferie all'anno lontano da casa.

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., Dalmaso 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.

Bibliografia a cura della regione

Regione Emilia-Romagna (2014); *Fotografia del sociale Uno sguardo alla situazione italiana ed emiliano-romagnola stampa in proprio Marzo 2014*

Regione Emilia-Romagna (2014), *Il profilo di salute per il nuovo Piano della Prevenzione della Regione Emilia-Romagna. Collana Contributi vol. 85/2014*

Regione Emilia–Romagna Assessorato Politiche Sociali (2013), *Il sostegno alla genitorialità oggi. Pensare e agire le alleanze educative nella comunità. Quaderno n. 28 del Servizio Politiche Familiari*

Regione Emilia–Romagna (2013), *Promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza. Linee di indirizzo regionali. DRG 590/2013*

Vito Peragine (2014), *Bambini e povertà delle famiglie*, Conferenza nazionale sull'infanzia e l'adolescenza, Bari 27/28 marzo 2014.

Regione Emilia-Romagna (2015) *Linee Guida Centri per le famiglie. DRG 391/2015 Aprile 2015*

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 di supporto è in grado di stimolare sia l'indipendenza dell'individuo sia 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 al 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.

La maggior parte dei Dirigenti delle Scuole della Regione Emilia-Romagna ritiene adeguate la condizione delle palestre e dei cortili, nonché la dotazione degli strumenti multimediali. L'accessibilità per le persone disabili è ritenuta soddisfatta da oltre il 90% dei Dirigenti. Le condizioni dell'edificio scolastico risultano una risorsa più problematica; infatti, circa il 60% dei Dirigenti ritiene che la scuola avrebbe bisogno di un restauro e oltre il 40% ritiene che le riparazioni non siano fatte in tempi ragionevoli.

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
Completamente d'accordo	17 17.7%	13 12.7%	15 14.4%	14 13.5%	5 4.7%	7 6.7%	7 6.7%	26 24.5%	4 3.8%	17 16.3%
D'accordo	44 45.8%	59 57.8%	52 50.0%	54 51.9%	56 52.8%	56 53.3%	57 54.3%	71 67.0%	53 50.5%	53 51.0%
In disaccordo	26 27.1%	22 21.6%	26 25.0%	30 28.8%	38 35.8%	33 31.4%	35 33.3%	9 8.5%	42 40.0%	31 29.8%
Completamente in disaccordo	7 7.3%	6 5.9%	7 6.7%	5 4.8%	6 5.7%	8 7.6%	5 4.8%	0 0.00%	4 3.8%	2 1.9%
Non saprei	2 2.1%	0 0.0%	2 1.9%	0 0.0%	1 0.9%	1 1.0%	1 1.0%	0 0.0%	1 1.0%	1 1.0%
Risorsa non presente	0 0.0%	2 2.0%	2 1.9%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%	0 0.0%
Totale	96 100.0%	102 100.0%	104 100.0%	104 100.0%	106 100.0%	105 100.0%	105 100.0%	106 100.0%	105 100.0%	104 100.0%

La Tabella 3.2 evidenzia come quasi la totalità delle scuole adotti misure di promozione della salute sui temi dell'alimentazione e dell'attività fisica e di prevenzione di violenza e bullismo nonché dell'abuso di sostanze.

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

	Nutrizione e Alimentazione % (N)	Attività fisica e Sport % (N)	Violenza e bullismo % (N)	Abuso di sostanze % (N)
Sì abitualmente	59.4% (63)	84.9% (90)	64.8% (68)	56.6% (60)
Sì di tanto in tanto	39.6% (42)	13.2% (14)	34.3% (36)	37.7% (40)
No	0.9% (1)	1.9% (2)	1.0% (1)	5.7% (6)
Totale	100% (106)	100% (106)	100% (105)	100% (106)

Relativamente al coinvolgimento dei ragazzi nella vita della Scuola i dirigenti dichiarano di attuare spesso forme di coinvolgimento. Il dettaglio della partecipazione è evidenziato nella Tabella 3.3.

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 e 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	34.3% (36)	8.7% (9)	16.3% (17)	14.3% (15)	13.3% (14)	58.9% (63)	36.8% (39)	40.6% (43)
Spesso	41.0% (43)	26.0% (27)	41.3% (43)	47.6% (50)	30.5% (32)	35.5% (38)	34.0% (36)	30.2% (32)
Qualche volta	17.1% (18)	37.5% (39)	28.8% (30)	19.0% (20)	32.4% (34)	5.6% (6)	26.4% (28)	24.5% (26)
Raramente	5.7% (6)	18.3% (19)	10.6% (11)	16.2% (17)	18.1% (19)	0.0% (0)	2.8% (3)	3.8% (4)
Mai	1.9% (2)	9.6% (10)	2.9% (3)	2.9% (3)	5.7% (6)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.9% (1)
Totale	100.0% (105)	100.0% (104)	100.0% (104)	100.0% (105)	100.0% (105)	100.0% (107)	100.0% (106)	100.0% (106)

Una parte del Questionario per i Dirigenti scolastici è dedicata a valutare il contesto in cui si trova la Scuola e le sue relazioni con il territorio. Tra le condizioni del contesto, che vengono segnalate come maggiormente problematiche, emergono: il traffico, individuato dal 37% dei Dirigenti come problema rilevante o moderato; lo spaccio, consumo di droghe e abuso alcol (35%) e la criminalità (28%).

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	1.0% (1)	3.8% (4)	7.7% (8)	1.9% (2)	11.7% (12)	1.0% (1)	3.8% (4)
Problema moderato	14.6% (15)	5.8% (6)	27.9% (29)	12.4% (13)	25.2% (26)	3.9% (4)	24.0% (25)
Problema lieve	36.9% (38)	35.6% (37)	37.5% (39)	43.8% (46)	32.0% (33)	25.2% (26)	44.2% (46)
Problema non presente	46.6% (48)	53.8% (56)	16.3% (17)	41.0% (43)	30.1% (31)	67.0% (69)	21.2% (22)
Non so	1.0% (1)	1.0% (1)	10.6% (11)	1.0% (1)	1.0% (1)	2.9% (3)	6.7% (7)
Totale	100.0% (103)	100.0% (104)	100.0% (104)	100.0% (105)	100.0% (103)	100.0% (103)	100.0% (104)

Il quartiere, in cui ha sede la scuola, è ritenuto piuttosto adeguato per quanto riguarda trasporti pubblici, pulizia e luoghi per attività sportive/punti d'incontro per i cittadini, sebbene per oltre un Dirigente su due non siano sufficientemente numerosi i luoghi d'incontro per i giovani (Tab. 3.5). Invece il giudizio è più negativo quando si chiede al Dirigente di valutare le attività sociali e culturali nel quartiere (Tab. 3.6).

Tabella 3.5 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	9.5% (10)	11.2% (12)	4.7% (5)	3.8% (4)	1.1% (1)
Poco adeguato	32.4% (34)	46.7% (50)	20.8% (22)	20.0% (21)	11.6% (11)
Adeguato	54.3% (57)	37.4% (40)	54.7% (58)	66.7% (70)	81.1% (77)
Molto adeguato	3.8% (4)	4.7% (5)	19.8% (21)	9.5% (10)	6.3% (6)
Totale	100.0% (105)	100.0% (107)	100.0% (106)	100.0% (105)	100.0% (95)

Tabella 3.6: 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	14.6% (15)	9.8% (10)	6.8% (7)	6.9% (7)	4.9% (5)	3.9% (4)	0.0% (0)
In disaccordo	28.2% (29)	23.5% (24)	21.4% (22)	30.4% (31)	17.6% (18)	14.6% (15)	8.7% (9)
Abbastanza in disaccordo	13.6% (14)	7.8% (8)	24.3% (25)	20.6% (21)	19.6% (20)	21.4% (22)	12.6% (13)
Né in accordo né in disaccordo	18.4% (19)	20.6% (21)	7.8% (8)	19.6% (20)	15.7% (16)	18.4% (19)	17.5% (18)
Abbastanza d'accordo	14.6% (15)	22.5% (23)	13.6% (14)	10.8% (11)	29.4% (30)	23.3% (24)	31.1% (32)
D'accordo	6.8% (7)	13.7% (14)	20.4% (21)	8.8% (9)	9.8% (10)	14.6% (15)	26.2% (27)
Completamente d'accordo	3.9% (4)	2.0% (2)	5.8% (6)	2.9% (3)	2.9% (3)	3.9% (4)	3.9% (4)
Totale	100.0% (103)	100.0% (102)	100.0% (103)	100.0% (102)	100.0% (102)	100.0% (103)	100.0% (103)

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".

La Tabella 3.7 dimostra che all'aumentare dell'età diminuisce la quota di studenti che è d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto": si passa dal 74% degli 11enni al 36% dei 15enni. Non emergono differenze di genere. Risulta, invece rilevante la quota di chi assume una posizione neutra e non esprime il proprio punto di vista (18% negli 11enni e 38% nei 15enni).

Tabella 3.7 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto" per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	37.9% (386)	18.5% (165)	6.6% (43)	23.2% (594)
D'accordo	35.9% (365)	39.1% (349)	28.7% (188)	35.2% (902)
Né d'accordo né in disaccordo	18.3% (186)	28.0% (250)	38.3% (251)	26.8% (687)
Non sono d'accordo	3.9% (40)	9.1% (81)	18.9% (124)	9.6% (245)
Per niente d'accordo	4.0% (41)	5.3% (47)	7.5% (49)	5.3% (137)
Totale	100.0% (1018)	100.0% (892)	100.0% (655)	100.0% (2565)

Nelle tabelle 3.8 e 3.9 si evidenzia il grado di accordo o meno rispetto all'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti" e "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono". Anche qui si rileva lo stesso andamento dell'affermazione precedente, senza differenze di genere.

Tabella 3.8: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", per età

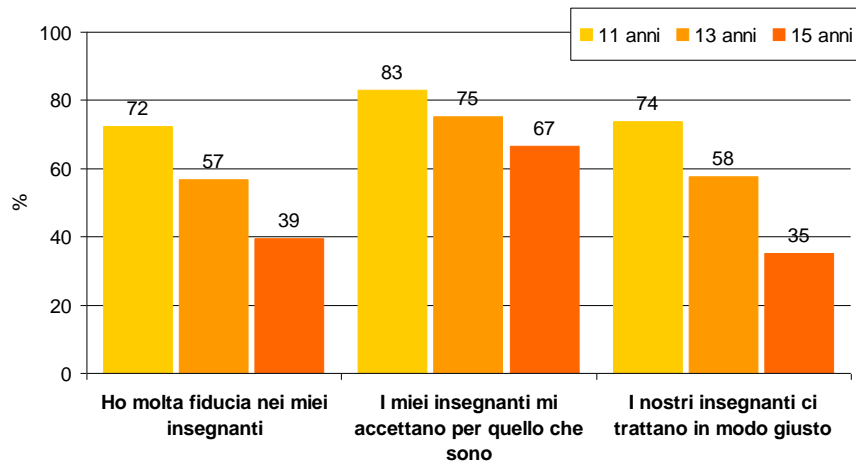
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	39.5% (401)	20.1% (179)	8.4% (55)	24.8% (635)
D'accordo	32.8% (333)	36.7% (326)	31.0% (203)	33.7% (862)
Né d'accordo né in disaccordo	18.2% (185)	28.0% (249)	38.2% (250)	26.7% (684)
Non sono d'accordo	5.1% (52)	9.7% (86)	15.0% (98)	9.2% (236)
Per niente d'accordo	4.3% (44)	5.5% (49)	7.3% (48)	5.5% (141)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (889)	100.0% (654)	100.0% (2558)

Tabella 3.9: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	45.2% (459)	32.4% (290)	20.1% (131)	34.4% (880)
D'accordo	37.8% (384)	42.8% (383)	46.5% (303)	41.8% (070)
Né d'accordo né in disaccordo	11.3% (115)	16.8% (150)	20.2% (132)	15.5% (397)
Non sono d'accordo	3.3% (34)	5.8% (52)	9.4% (61)	5.7% (147)
Per niente d'accordo	2.3% (23)	2.1% (19)	3.8% (25)	2.6% (67)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (894)	100.0% (652)	100.0% (2561)

Nella Figura 3.1 sono riportate in sintesi le informazioni sul grado di assenso complessivo rispetto ai tre items indagati per rilevare in che modo i ragazzi percepiscono il rapporto con i propri insegnanti.

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



3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

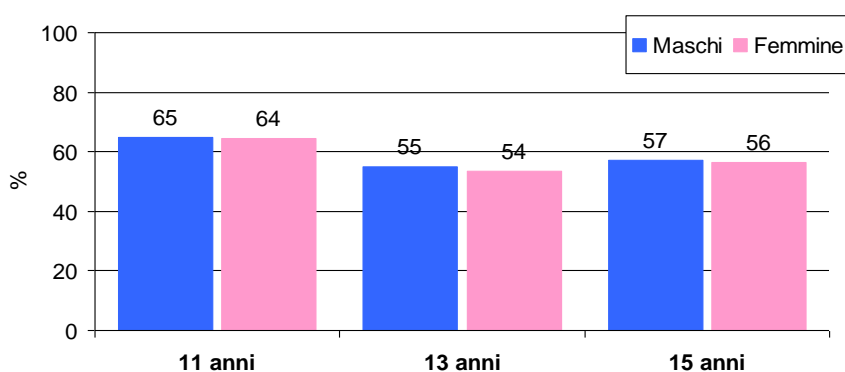
Al contrario, avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (Wentzel, 1997) e favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (Wentzel, 2003).

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

Buona parte del campione segnala come la maggior parte dei compagni sia disponibile e gentile. L'articolazione per fasce di età dimostra un grado di accordo con questa affermazione più elevato negli 11enni, senza differenze di genere, che si riduce nei 13enni, specialmente nelle femmine, per poi risalire nuovamente nei 15enni, anche in tal caso senza sostanziali differenze di genere (Fig. 3.2).

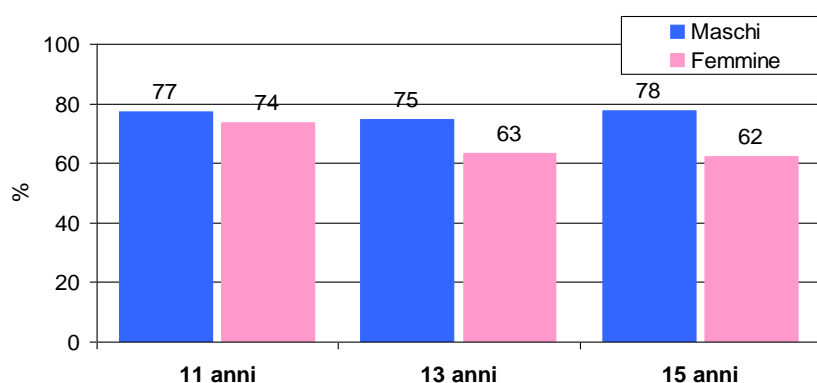
Merita sottolineare che nei 13enni si concentra circa il 28% di ragazzi che esprime un'opinione neutra sul cui significato occorre riflettere. Le percentuali di disaccordo sono più alte nei 13enni e 15enni (18%).

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



I dati raccolti evidenziano complessivamente un ottimo grado di accettazione dei compagni che si mantiene in tutte le fasce di età superiore al 68% pur con differenze di genere con i maschi caratterizzati da una maggiore percezione positiva del grado di accettazione (Fig. 3.3).

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)

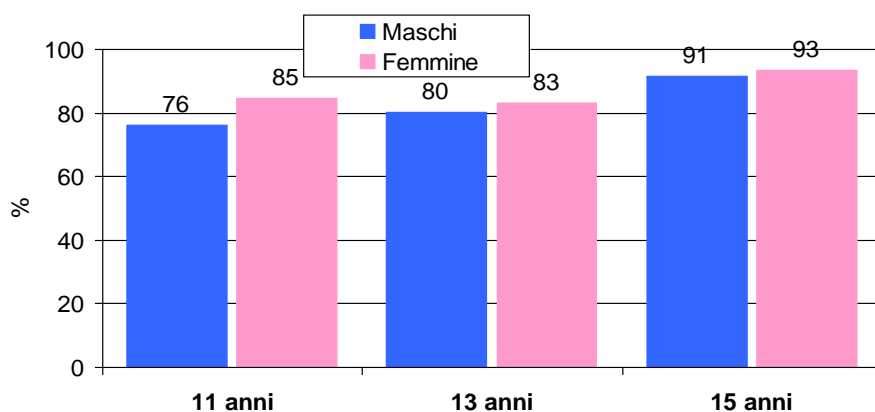
Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno”) negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle e figure seguenti sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi.

Le tabelle che seguono evidenziano come il fenomeno tenda a decrescere con l'età e non sembra caratterizzato da differenze di genere. Va comunque evidenziato che ben il 20% degli 11enni, quasi il 19% dei 13enni e l'8% dei 15enni ha dovuto confrontarsi, anche se in diversa misura, con questa esperienza negativa nella relazione tra coetanei.

Tabella3.10: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Non sono stato oggetto di bullismo nell'ultimo paio di mesi	80.3% (808)	81.7% (723)	92.4% (605)	83.9% (2136)
Una volta o due	12.6% (127)	10.4% (92)	4.7% (31)	9.8% (250)
Due o tre volte al mese	3.9% (39)	3.8% (34)	1.4% (9)	3.2% (82)
Una volta alla settimana	0.8% (8)	1.9% (17)	0.6% (4)	1.1% (29)
Più volte alla settimana	2.4% (24)	2.1% (19)	0.9% (6)	1.9% (49)
Totale	100.0% (1006)	100.0% (885)	100.0% (655)	100.0% (2546)

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



Il fenomeno del cyberbullismo non sembra manifestarsi in modo diverso nelle fasce di età indagate, né tra maschi e femmine, e ne è stato coinvolto circa l'8% del campione per quanto

riguarda attraverso chat, computer, sms o bacheca (fig. 3.4.1); di minore intensità il fenomeno legato all'uso di foto pubblicate on-line che coinvolge circa il 6% (fig. 3.4.2).

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

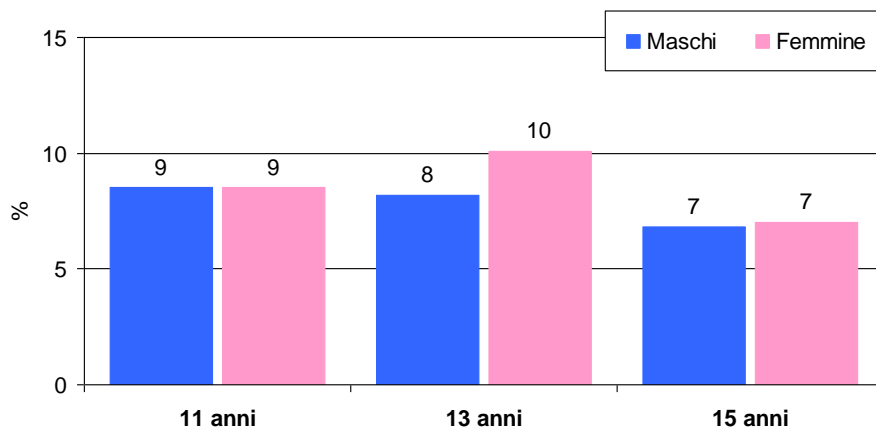
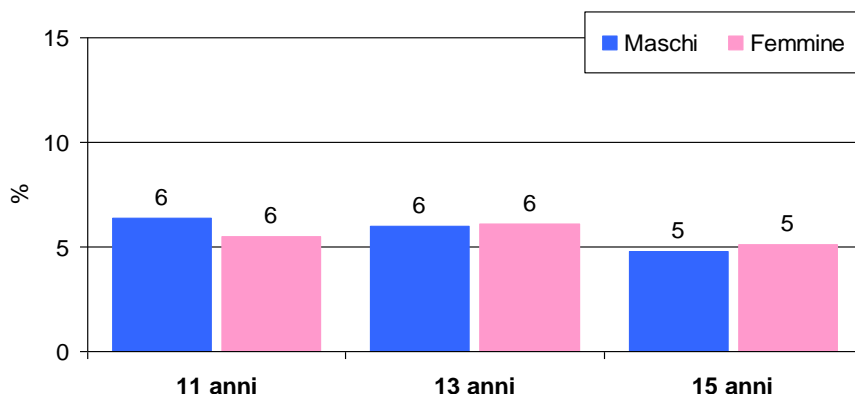


Figura 3.4.2 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso foto pubblicate online”, per età e genere



La Tabella 3.11 dimostra come un'elevata percentuale di ragazzi, negli ultimi 12 mesi, non si sia mai azzuffato o picchiato con qualcuno, con un trend in crescita per età (dal 66.1% negli 11enni al 76.9% nei 15enni). Va comunque evidenziato nel contempo che circa il 34% degli 11enni, il 30% dei 13enni ed il 24% dei 15enni ha avuto questo tipo di esperienza nell'ultimo anno.

Tabella 3.11: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	66.1% (666)	70.0% (617)	76.9% (504)	70.2% (1787)
Una volta	17.5% (176)	15.4% (136)	12.7% (83)	15.5% (395)
Due volte	6.7% (67)	7.1% (63)	4.7% (31)	6.3% (161)
Tre volte	2.8% (28)	3.6% (32)	2.3% (15)	2.9% (75)
Quattro volte o più	7.0% (70)	3.9% (34)	3.4% (22)	5.0% (126)
Totale	100.0% (1007)	100.0% (882)	100.0% (655)	100.0% (2544)

È anche da segnalare come l'aggressività ripetuta nel tempo sia più frequente negli 11enni rispetto alle altre fasce di età.

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 grupppale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità di esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato all'interno del gruppo classe può facilitare negli studenti l'accettazione dell'altro oltre a sviluppare nei ragazzi la percezione del setting scolastico come ambiente supportivo e accettante (Vieno, 2005).

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità 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 3.12 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

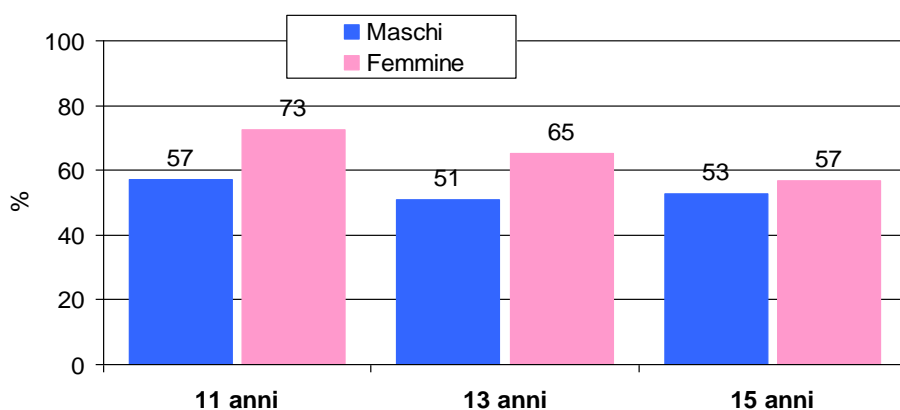
Poco meno della metà dei ragazzi, in ogni fascia d'età, dichiara che la scuola piace “abbastanza”. Con l'aumentare dell'età la scuola piace sempre meno, ovvero “non tanto”: dal 23% degli 11enni al 34% dei 15enni. La quota di chi dichiara che la scuola “non mi piace per nulla” resta piuttosto stabile tra le diverse età.

Tabella 3.12: “Attualmente cosa pensi della scuola?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mi piace molto	18.9% (193)	8.6% (77)	7.8% (51)	12.5% (321)
Mi piace abbastanza	45.6% (466)	49.4% (442)	46.8% (305)	47.3% (1213)
Non mi piace tanto	23.1% (236)	30.4% (272)	34.2% (223)	28.5% (731)
Non mi piace per niente	12.3% (126)	11.5% (103)	11.2% (73)	11.8% (302)
Totale	100.0% (1021)	100.0% (894)	100.0% (652)	100.0% (2567)

Il giudizio positivo sulla scuola è più frequente nelle femmine in ogni fascia di età, anche se con un trend in discesa.

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



Bibliografia capitolo 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (pp 421-471). New York,Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of School Psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B.K., Pianta R.C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28: 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- 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.

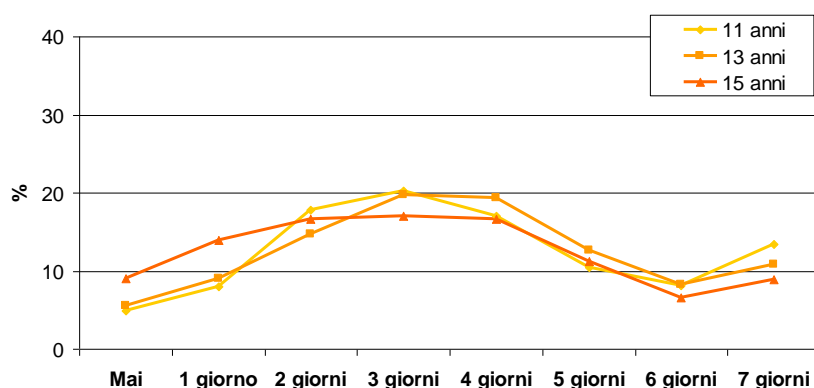
La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, per divertirsi, per costruire nuove amicizie e per crescere in 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".

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	4.9% (50)	5.5% (49)	9.0% (59)	6.2% (158)
1 giorno	8.0% (81)	9.0% (80)	14.0% (91)	9.9% (252)
2 giorni	17.8% (180)	14.7% (130)	16.7% (109)	16.4% (419)
3 giorni	20.3% (205)	19.8% (176)	17.0% (111)	19.3% (492)
4 giorni	17.0% (172)	19.3% (171)	16.6% (108)	17.7% (451)
5 giorni	10.5% (106)	12.6% (112)	11.2% (73)	11.4% (291)
6 giorni	8.1% (82)	8.2% (73)	6.6% (43)	7.8% (198)
7 giorni	13.4% (135)	10.8% (96)	8.9% (58)	11.3% (289)
Totale	100.0% (1011)	100.0% (887)	100.0% (652)	100.0% (2550)

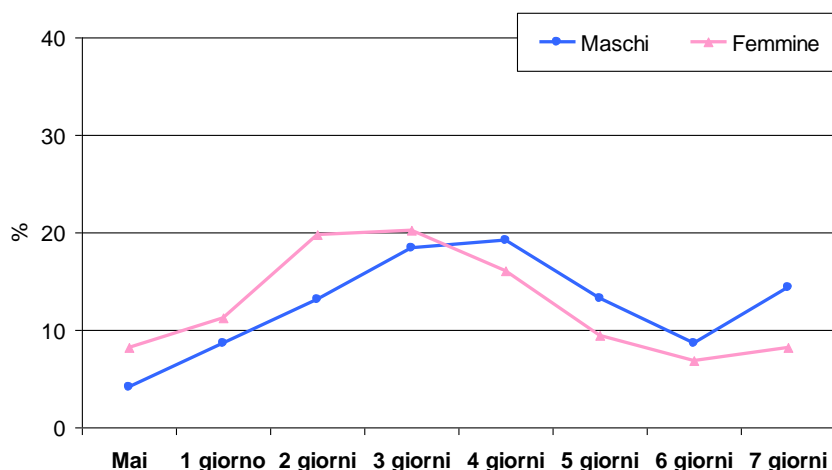
Figura 4.1. – Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per età



Circa il 50% dei ragazzi, in ciascuna fascia di età, per soli 2-4 giorni la settimana, pratica almeno 1 ora di attività fisica al giorno (55% negli 11enni e 50% nei 15enni). Questo dato potrebbe far pensare ad una attività fisica svolta esclusivamente durante l’orario scolastico, eventualmente integrata con altra attività extrascolastica di tipo sportivo organizzato. Solo il 10% dei ragazzi, con lievi differenze nelle diverse fasce di età, svolge attività fisica secondo quanto indicato nelle raccomandazioni internazionali, precedentemente illustrate. Infine, nei quindicenni aumenta la percentuale, rispetto alle altre fasce di età, di coloro che svolgono attività fisica per meno di 2 giorni la settimana.

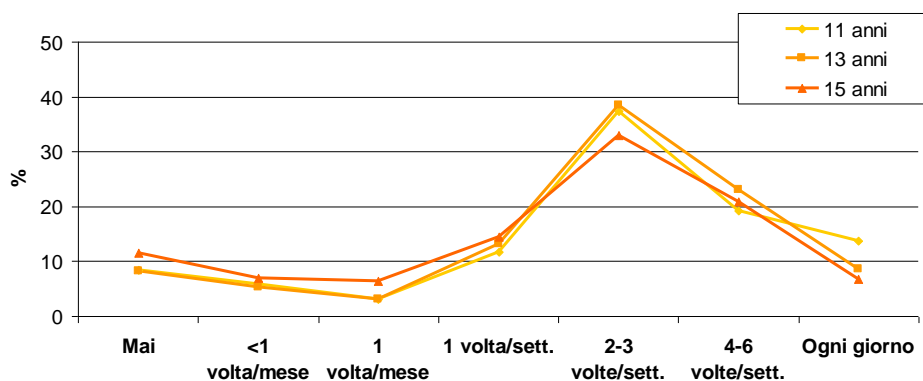
Nella Figura 4.2. si analizza la frequenza di attività fisica durante la settimana in relazione al genere. In generale, le ragazze svolgono meno attività fisica dei maschi, tale fenomeno è peraltro ampiamente noto in letteratura.

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, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare. Si evidenzia che circa il 35% dei ragazzi a tutte le età svolge attività fisica intensa per 2-3 volte la settimana, il che sembra coincidere con la normale frequenza settimanale agli allenamenti, oltre all'eventuale momento della gara, entrambi collegati all'esecuzione di una disciplina sportiva organizzata.

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



4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

I suoi effetti negativi sono cumulativi nel corso dell'infanzia, con particolare rilevanza all'associazione fra aumento di peso in età adulta e utilizzo del televisore durante l'adolescenza (Parsons, 2008). 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

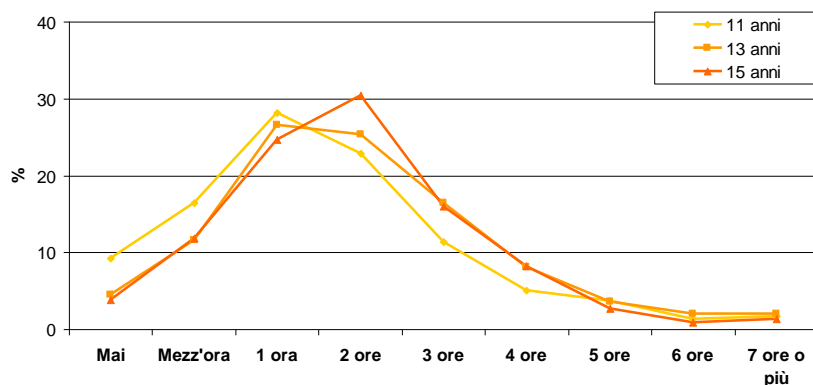
Le linee guida internazionali (Committee on Public Education, 2001; UK Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

I dati descritti nella Tabella 4.2 e nella Figura 4.4, relativi al tempo trascorso a guardare la TV, evidenziano frequenze di comportamenti sedentari ben diversi tra gli 11enni ed i 13-15enni. Infatti, circa un quarto dei ragazzi di 11 anni passa meno di 1 ora davanti alla TV, mentre tale frequenza si riduce al 15% nei ragazzi di 13-15 anni. Dall'indagine risulta che circa un terzo dei ragazzi tra i 13 e 15 anni e il 23% circa degli 11enni, è incollato davanti allo schermo TV per 3 ore e più, tempo ben maggiore di quello raccomandato

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	9.2% (93)	4.5% (40)	3.8% (25)	6.2% (158)
Mezz'ora	16.5% (167)	11.6% (103)	11.8% (77)	13.5% (347)
1 ora	28.2% (286)	26.6% (237)	24.7% (162)	26.7% (685)
2 ore	22.9% (232)	25.3% (225)	30.4% (199)	25.6% (656)
3 ore	11.4% (116)	16.4% (146)	16.0% (105)	14.3% (367)
4 ore	5.1% (52)	8.1% (72)	8.2% (54)	7.0% (178)
5 ore	3.7% (38)	3.6% (32)	2.7% (18)	3.4% (88)
6 ore	1.4% (14)	2.0% (18)	0.9% (6)	1.5% (38)
7 ore o più	1.7% (17)	2.0% (18)	1.4% (9)	1.7% (44)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (891)	100.0% (655)	100.0% (2561)

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

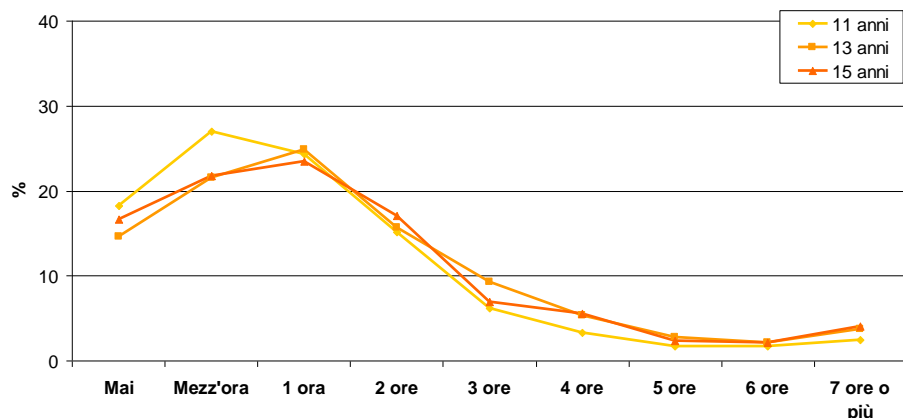


Al tempo dedicato alla TV, occorre poi aggiungere quello trascorso per giocare al computer o alla console, sul tablet, smartphone o simili (Tab. 4.3 e Fig. 4.5). Il tempo trascorso a giocare in queste attività aumenta, tendenzialmente, con l'età; infatti, sono i ragazzi più grandi quelli maggiormente coinvolti: il 64% dei 13enni e il 63% dei 15enni trascorre almeno un'ora al giorno giocando con il computer o la playstation, contro il 54% dei ragazzi di 11 anni. Tuttavia rispetto all'indagine del 2010, si evidenzia un aumento della quota di ragazzi che trascorre almeno un'ora in questo tipo di giochi. Se 4 anni fa l'età più critica era quella dei 13enni, con il 54% del campione impegnato per oltre un'ora con i videogiochi, nel 2014 l'analoga percentuale, sia di 13enni sia di 15enni, è prossima al 64%. Si sottolinea inoltre che, nel 2010 il 35% dei 15enni aveva dichiarato di non giocare mai con questi strumenti, percentuale che risulta essere dimezzata nel 2014.

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

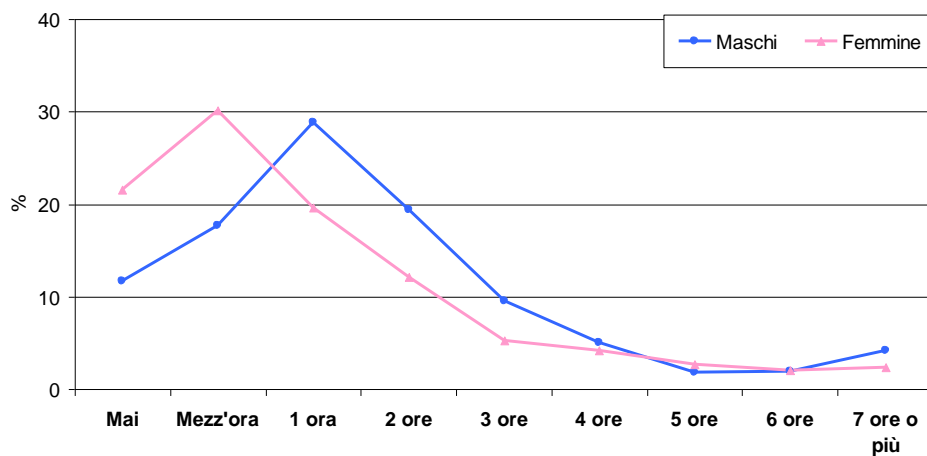
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	18.2% (185)	14.6% (130)	16.6% (109)	16.6% (424)
Mezz'ora	27.0% (274)	21.5% (191)	21.8% (143)	23.8% (608)
1 ora	24.3% (247)	24.9% (221)	23.5% (154)	24.3% (622)
2 ore	15.1% (153)	15.7% (140)	17.1% (112)	15.8% (405)
3 ore	6.2% (63)	9.3% (83)	6.9% (45)	7.5% (191)
4 ore	3.3% (34)	5.3% (47)	5.5% (36)	4.6% (117)
5 ore	1.7% (17)	2.8% (25)	2.4% (16)	2.3% (58)
6 ore	1.7% (17)	2.1% (19)	2.1% (14)	2.0% (50)
7 ore o più	2.5% (25)	3.7% (33)	4.1% (27)	3.3% (85)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (889)	100.0% (656)	100.0% (2560)

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



Come si vede in Figura 4.6 il tempo passato davanti ai videogiochi sembra essere maggiore per il genere maschile.

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



L'utilizzo di strumenti informatici per consultare internet, chattare, inviare e-mail, ecc, è prerogativa dei ragazzi più grandi; il 21.6% circa degli 11enni, infatti, dichiara di non farlo contro il 7.6% circa dei 13enni e il 3.4% dei 15enni (Tab. 4.4).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	21.6% (218)	7.6% (67)	3.4% (22)	12.1% (307)
Mezz'ora	30.7% (310)	22.1% (195)	17.4% (113)	24.3% (618)
1 ora	21.0% (212)	24.9% (220)	21.2% (138)	22.4% (570)
2 ore	13.4% (135)	16.5% (146)	21.0% (137)	16.4% (418)
3 ore	6.0% (61)	10.0% (88)	10.9% (71)	8.6% (220)
4 ore	2.1% (21)	7.9% (70)	8.4% (55)	5.7% (146)
5 ore	1.8% (18)	4.3% (38)	5.7% (37)	3.7% (93)
6 ore	1.0% (10)	2.5% (22)	3.5% (23)	2.2% (55)
7 ore o più	2.5% (25)	4.3% (38)	8.4% (55)	4.6% (118)
Totale	100.0% (1010)	100.0% (884)	100.0% (651)	100.0% (2545)

Complessivamente, all'età di 15 anni, circa l'80% dei ragazzi, senza differenze di genere (Fig.4.7), utilizza gli strumenti informatici per questo scopo, per almeno 1 ora al giorno.

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

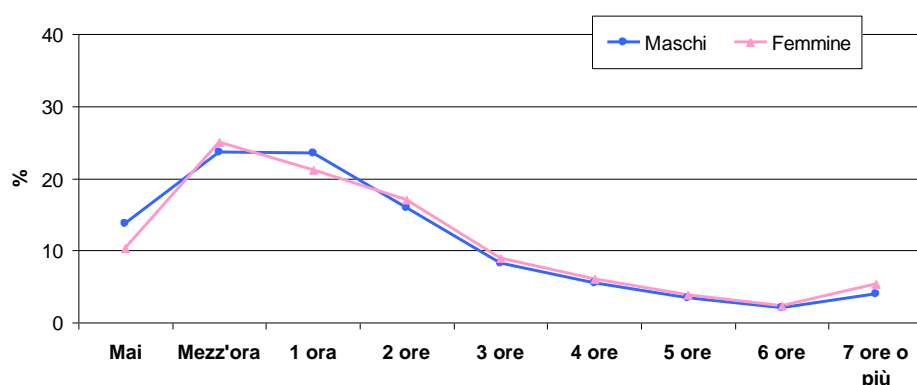
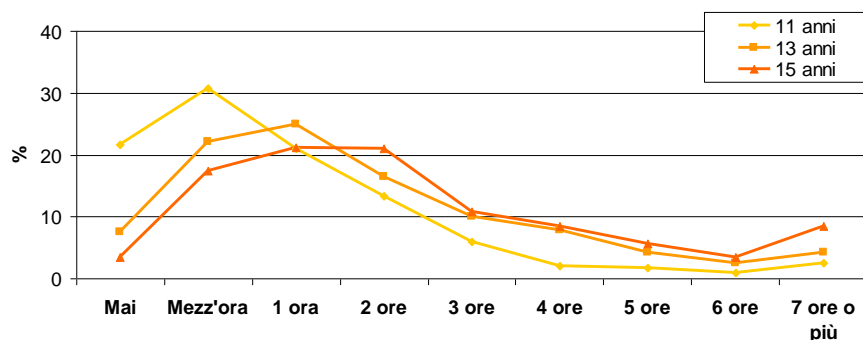


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a computer, tablet o smartphones per chattare, navigare su Internet o altro, per età



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 e per modalità di contatto

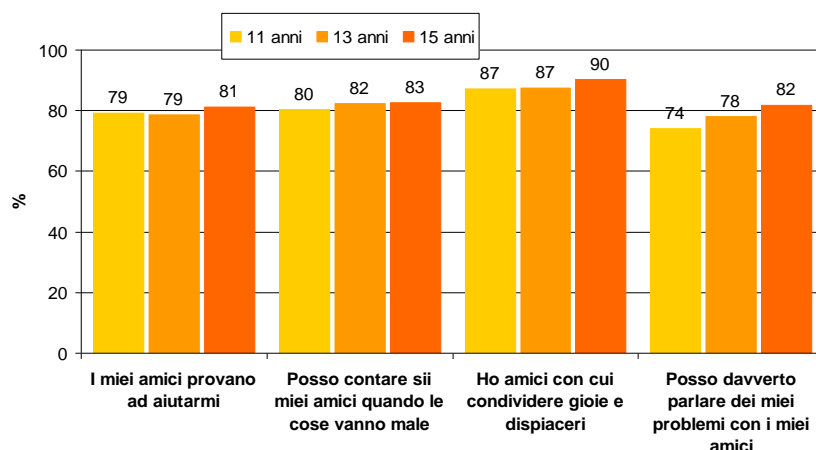
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Telefono, FaceTime, Skype	3.5% (23)	1.7% (13)	1.2% (7)	2.2% (43)
SMS, WhatsApp, WeChat	52.1% (339)	47.1% (351)	51.6% (300)	50.1% (990)
Email	1.5% (10)	0.5% (4)	0.5% (3)	0.9% (17)
Facebook, Gmail, Messenger	10.9% (71)	13.3% (99)	19.3% (112)	14.3% (282)
Altri Social Network	32.0% (208)	37.4% (279)	27.4% (159)	32.7% (646)
Totale	100.0% (651)	100.0% (746)	100.0% (581)	100.0% (1978)

L'utilizzo del telefono per parlare è un fenomeno irrilevante che riguarda il 2,2% del campione. La modalità prevalente di contatto che i ragazzi hanno si attua attraverso SMS e Social network. Sembra esserci una differenza per fascia di età nell'uso della messaggistica istantanea che aumenta con l'età.

Relativamente alla qualità dei rapporti di amicizia (Fig. 4.9), senza differenze per età, circa l'80% dei ragazzi è d'accordo con le affermazioni "i miei amici provano ad aiutarmi", "posso contare sui miei amici quando le cose vanno male" e "ho amici con cui condividere gioie e dolori".

I rapporti di amicizia sembrano migliorare, in termini di fiducia e di relazione, con l'aumentare dell'età. Infatti, per quanto riguarda l'affermazione "posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici", la percentuale di chi è d'accordo, pur leggermente inferiore rispetto agli item precedenti, aumenta con l'età ad indicare probabilmente una maggior intimità del rapporto di amicizia instaurato (dal 74% degli 11enni all'82% dei 15enni).

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

I dati regionali scaturiti dall'indagine HBSC evidenziano quanto i comportamenti sedentari, possibili responsabili di uno sviluppo corporeo meno equilibrato ed armonico e vero e proprio fattore di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche in età più avanzata, siano particolarmente diffusi tra gli adolescenti.

Verosimilmente, l'attività fisica è prevalentemente svolta durante l'orario scolastico e nell'ambito di attività sportive organizzate, mentre appare sempre più ridotto il tempo dedicato ad una attività motoria destrutturata. certamente, l'attrattiva per i programmi televisivi, la disponibilità di giochi elettronici, l'evoluzione tecnologica, che permette di relazionarsi facilmente con amici e compagni senza uscire di casa, ma utilizzando semplicemente la rete internet, favorisce l'adesione dei ragazzi a comportamenti sedentari.

Fra essi sembra particolarmente coinvolta la fascia dei 13enni, interessati dai nuovi strumenti telematici, ma ancora sensibili al fascino della TV.

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>

Bibliografia a cura della regione

WHO Europe 2012 Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey

Capitolo 5 : Abitudini alimentari e stato nutrizionale

5.1 Introduzione

Tra i fattori di rischio che concorrono in misura rilevante al diffondersi di patologie cronicodegenerative (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, nonché favorisce il consumo disordinato di snack e "cibi spazzatura" (junk food) (Hoyland, 2009; Kant, 2008).

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola. Nella Tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano.

Si evidenzia un decremento dell'abitudine a consumare la prima colazione con l'aumentare dell'età, ciò in linea con gli studi epidemiologici riportati in letteratura. Infatti, durante i giorni di scuola la colazione viene assunta sempre dal 66.5% degli undicenni, dal 60.3% dei tredicenni e dal 58.6% dei quindicenni.). Sempre dalla Tabella 5.1 si può osservare che una quota di ragazzi di tutte e tre le fasce di età afferma di cominciare la giornata saltando la prima colazione (14.5% degli undicenni, 22.7% dei tredicenni e 22.4% dei quindicenni). Sarebbe interessante conoscere quali tipi di alimenti vengono effettivamente consumati per poter verificare anche se la colazione è adeguata rispetto ai valori energetici consigliati (pari al 15-20% degli apporti calorici giornalieri).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	14.5% (145)	22.7% (201)	22.4% (147)	19.4% (493)
Un giorno	5.2% (52)	3.5% (31)	4.3% (28)	4.4% (111)
Due giorni	4.0% (40)	3.6% (32)	4.6% (30)	4.0% (102)
Tre giorni	5.2% (52)	5.3% (47)	5.6% (37)	5.4% (136)
Quattro giorni	4.6% (46)	4.6% (41)	4.4% (29)	4.6% (116)
Cinque giorni	66.5% (665)	60.3% (535)	58.6% (384)	62.3% (584)
Totale	100.0% (1000)	100.0% (887)	100.0% (655)	100.0% (2542)

Nella Tabella 5.2 si analizza, nelle tre fasce di età, l'abitudine a consumare la merenda durante la giornata. Si evidenzia che meno del 40% dei ragazzi di 11 anni fa merenda sia a metà mattina sia a metà pomeriggio. Il consumo della merenda aumenta col crescere dell'età. Rispetto all'indagine del 2010, si osserva una forte riduzione nell'abitudine della merenda tra gli 11enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
No	16.0% (162)	11.1% (99)	11.7% (77)	13.2% (338)
Solo a metà mattina	15.3% (155)	13.9% (124)	16.6% (109)	15.2% (388)
Solo a metà pomeriggio	31.0% (315)	28.5% (254)	23.3% (153)	28.2% (722)
Sia a metà mattina che a	37.7% (383)	46.4% (413)	48.3% (317)	43.5% (1113)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (890)	100.0% (656)	100.0% (2561)

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

La Tabella 5.3 e le Figure 5.1 - 5.2 evidenziano come il consumo di frutta sia molto inferiore a quello consigliato pari ad almeno 2-3 porzioni al giorno. Infatti, circa il 20% dei ragazzi (22% 11enni, 17% 13enni e 18% 15enni) aderisce a tale raccomandazione, mentre più del 60%, senza differenze di età, non ne consuma quotidianamente. L'abitudine a consumare la frutta una o più volte al giorno diminuisce con l'età, mentre resta stabile la quota di chi consuma frutta una sola volta al giorno. Le ragazze dichiarano un maggior consumo rispetto ai loro coetanei.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	3.7% (38)	4.2% (38)	2.0% (13)	3.5% (89)
Meno di una volta a settimana	4.6% (47)	6.0% (54)	6.4% (42)	5.6% (143)
Una volta a settimana	8.6% (88)	12.8% (115)	10.2% (67)	10.5% (270)
2-4 volte a settimana	23.8% (243)	24.8% (222)	28.6% (188)	25.4% (653)
5-6 volte a settimana	14.9% (152)	13.2% (118)	14.9% (98)	14.3% (368)
Una volta al giorno tutti i giorni	22.2% (226)	21.8% (195)	19.6% (129)	21.4% (550)
Più di una volta al giorno	22.2% (226)	17.1% (153)	18.3% (120)	19.4% (499)
Totale	100.0% (1020)	100.0% (895)	100.0% (657)	100.0% (2572)

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

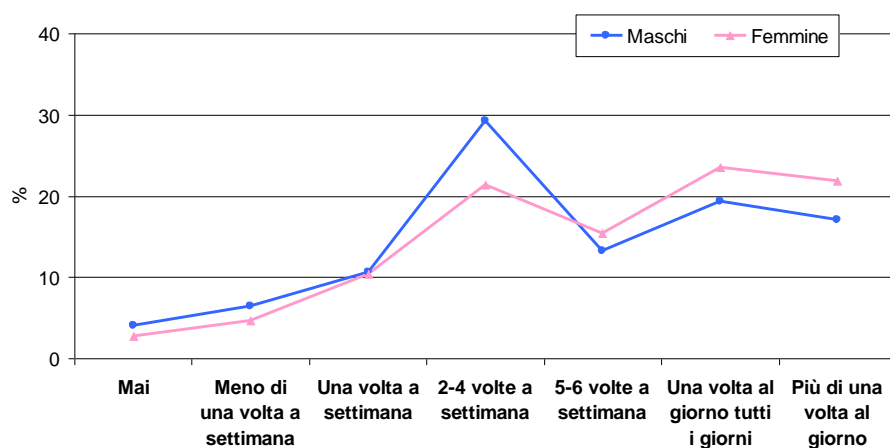


Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età

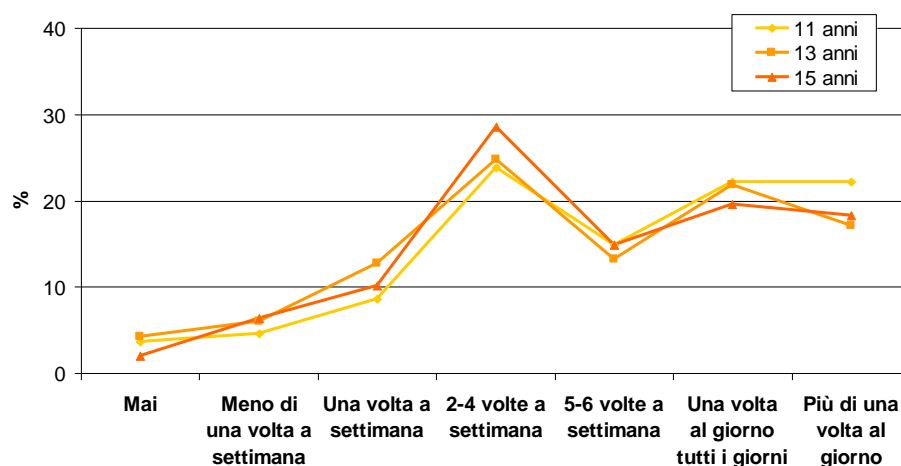


Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	7.9% (81)	5.5% (49)	3.8% (25)	6.0% (155)
Meno di una volta a settimana	7.9% (80)	7.4% (66)	3.8% (25)	6.7% (171)
Una volta a settimana	10.7% (109)	10.7% (96)	9.3% (61)	10.3% (266)
2-4 volte a settimana	24.0% (245)	25.3% (226)	26.9% (177)	25.2% (648)
5-6 volte a settimana	14.5% (148)	17.7% (158)	17.0% (112)	16.3% (418)
Una volta al giorno tutti i giorni	19.4% (198)	18.8% (168)	21.2% (139)	19.6% (505)
Più di una volta al giorno	15.5% (158)	14.7% (132)	18.0% (118)	15.9% (408)
Totale	100.0% (1019)	100.0% (895)	100.0% (657)	100.0% (2571)

La Tabella 5.4 e le Figure 5.3-5.4, sono invece dedicate al consumo di verdura ed evidenziano come questo sia molto inferiore a quanto consigliato (almeno 2-3 porzioni al giorno). Infatti, solo circa il 15% dei ragazzi (15.5% 11enni, 14.7% 13enni e 18% 15enni) aderisce a tale raccomandazione, mentre più del 55% dei ragazzi di tutte le età non ne consuma quotidianamente. Come per la frutta, anche in questo caso sembra esserci un effetto di genere con le ragazze che consumano verdura maggiormente rispetto ai loro coetanei.

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

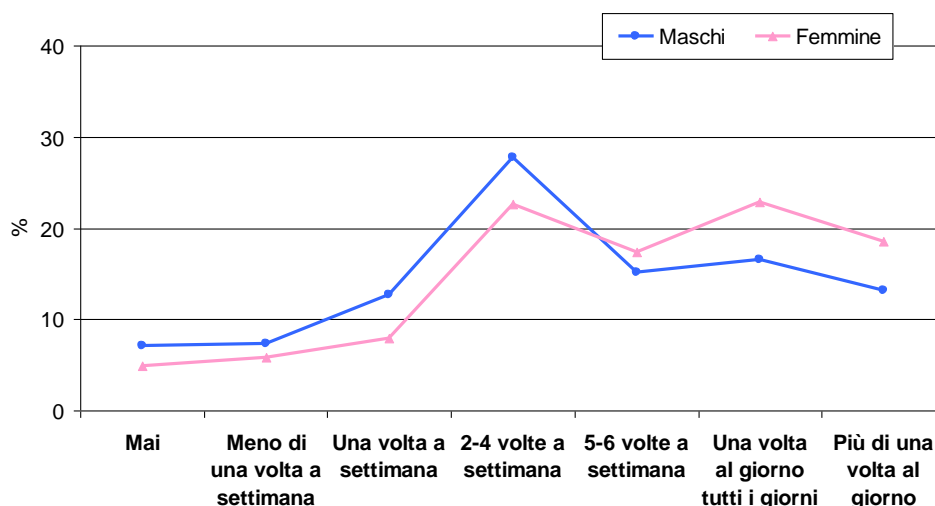
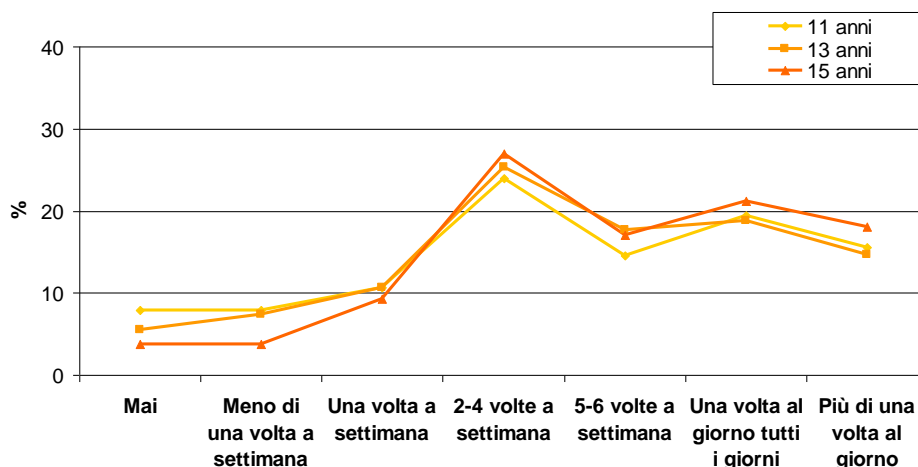


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



Complessivamente, i dati rilevati dimostrano che la raccomandazione “Five-a-day” di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno non è seguita dagli adolescenti. In generale, la frutta risulta più gradita delle verdure. Una maggiore aderenza alle raccomandazioni si rileva nelle femmine che, rispetto ai maschi, consumano sia più frutta sia più verdura.

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).

Il consumo quotidiano di dolci tende ad aumentare con l'età, come emerge dalla Tabella 5.5 e dalla Figura 5.5. Nello specifico, ne fanno consumo una o più volte al giorno il 26.3% degli undicenni, il 29.3% dei tredicenni e il 31.2% dei quindicenni. Il consumo di bibite zuccherate invece tende lievemente a diminuire nel passaggio dagli 11 ai 15 anni e nei maschi più che nelle femmine (Tabella 5.6 e Figura 5.6). In ogni caso si evidenzia comunque un eccessivo consumo quotidiano di bevande gassate zuccherate, anche se si conferma il trend in calo rispetto alle due indagini precedenti.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	3.4% (35)	2.8% (25)	3.2% (21)	3.2% (81)
Meno di una volta a settimana	9.6% (98)	7.3% (65)	7.3% (48)	8.2% (211)
Una volta a settimana	17.1% (174)	12.6% (113)	12.6% (83)	14.4% (370)
2-4 volte a settimana	28.2% (287)	27.6% (247)	30.1% (198)	28.5% (732)
5-6 volte a settimana	15.4% (157)	20.4% (182)	15.5% (102)	17.2% (441)
Una volta al giorno tutti i giorni	13.5% (138)	17.6% (157)	18.0% (118)	16.1% (413)
Più di una volta al giorno	12.8% (130)	11.7% (105)	13.2% (87)	12.5% (322)
Totale	100.0% (1019)	100.0% (894)	100.0% (657)	100.0% (2570)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

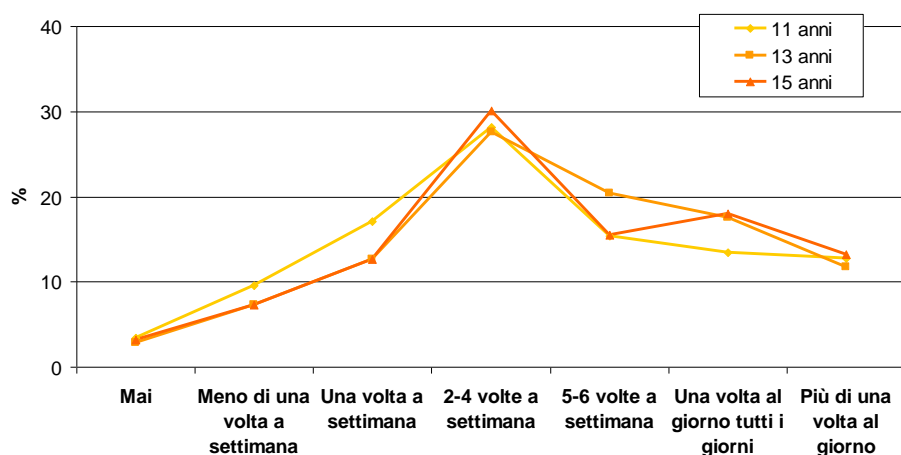
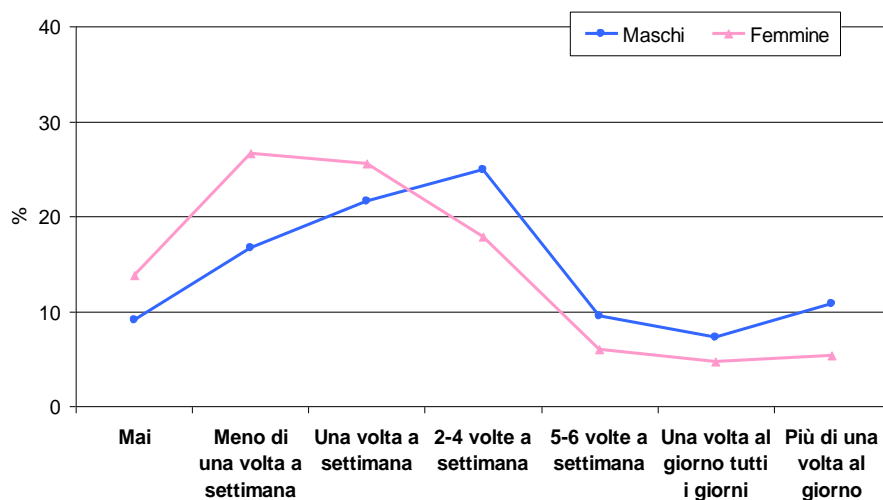


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	13.7% (139)	10.3% (92)	9.4% (62)	11.4% (293)
Meno di una volta a settimana	22.8% (232)	19.7% (176)	22.2% (146)	21.6% (554)
Una volta a settimana	23.1% (235)	23.4% (209)	24.5% (161)	23.6% (605)
2-4 volte a settimana	18.0% (183)	23.5% (210)	24.2% (159)	21.5% (552)
5-6 volte a settimana	7.3% (74)	8.9% (80)	7.0% (46)	7.8% (200)
Una volta al giorno tutti i giorni	5.8% (59)	6.6% (59)	5.6% (37)	6.0% (155)
Più di una volta al giorno	9.3% (95)	7.7% (69)	7.0% (46)	8.2% (210)
Totale	100.0% (1017)	100.0% (895)	100.0% (657)	100.0% (2569)

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



5.5 Stato nutrizionale

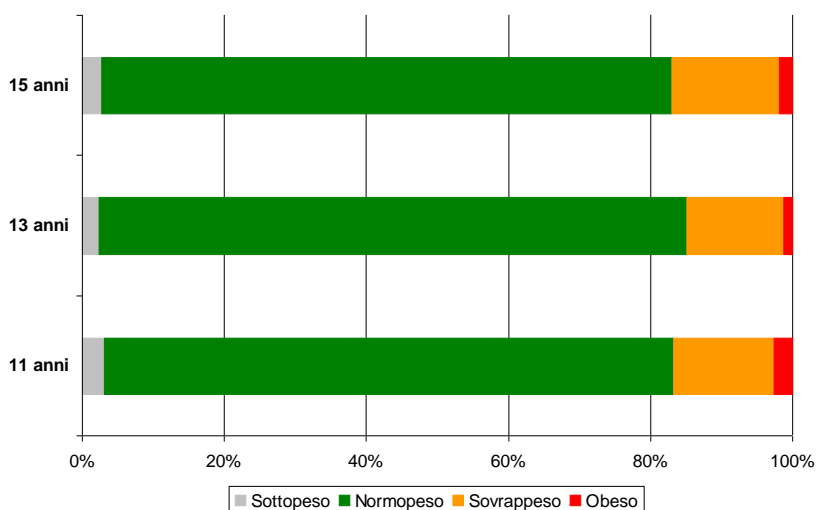
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (Cole, 2000 e 2007) in modo separato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

La Tabella 5.7 evidenzia la prevalenza di sovrappeso ed obesità nelle varie fasce di età. La prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è 16.8% a 11 anni, 14.9% a 13 anni e 17% a 15 anni. Per quanto riguarda il sottopeso, i dati sono in accordo con quelli della letteratura, che riportano una tendenziale diminuzione del sottopeso con il crescere dell'età: la prevalenza infatti risulta del 3.1% a 11 anni, 2.3% a 13 anni e 2.7% a 15 anni.

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

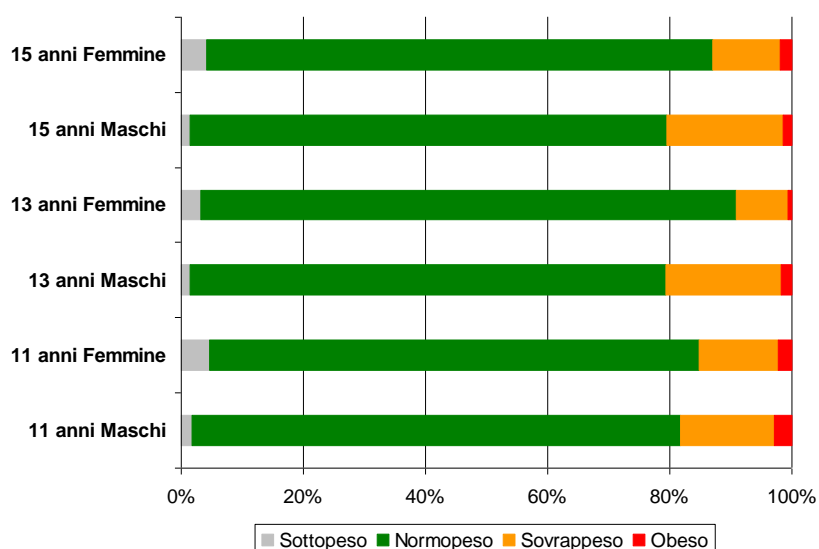
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Sottopeso	3.1% (27)	2.3% (19)	2.7% (17)	2.8% (63)
Normopeso	80.1% (687)	82.7% (669)	80.3% (498)	81.1% (1854)
Sovrappeso	14.2% (122)	13.7% (111)	15.2% (94)	14.3% (327)
Obeso	2.6% (22)	1.2% (10)	1.8% (11)	1.9% (43)
Totale	100.0% (858)	100.0% (809)	100.0% (620)	100.0% (2287)

Figura 5.7 - Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e di età



La Figura 5.8 conferma i dati di letteratura, secondo cui i maschi sono più spesso in sovrappeso rispetto alle loro coetanee, mentre la condizione di sottopeso è maggiore nelle femmine. Tali differenze si evidenziano maggiormente nei 13-15enni.

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



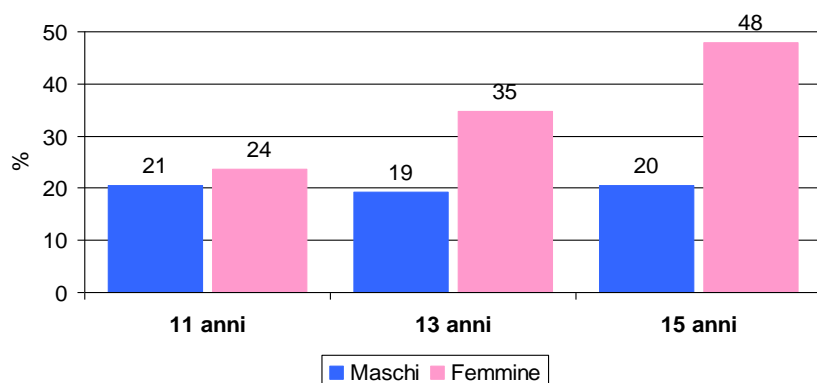
La percezione dell'immagine corporea può essere definita come la rappresentazione interna e soggettiva dell'aspetto fisico proprio e degli altri. La Tabella 5.8 evidenzia che con l'aumentare dell'età aumenta la percentuale di ragazzi che percepiscono il proprio corpo come "grasso", in controtendenza rispetto ai valori di eccesso ponderale calcolati sui dati di peso ed altezza autoriferiti che, come già detto, diminuiscono al crescere dell'età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Normopeso	14.8% (150)	10.5% (94)	13.4% (88)	13.0% (332)
Sovrappeso	63.2% (642)	62.5% (557)	52.9% (347)	60.3% (1546)
Obeso	22.0% (224)	26.9% (240)	33.7% (221)	26.7% (685)
Totale	100.0% (1016)	100.0% (891)	100.0% (656)	100.0% (2563)

Se i dati del vissuto corporeo sono analizzati in base all'appartenenza di genere, si osservano differenze significative. I maschi vivono il rapporto con il proprio corpo in maniera piuttosto stabile nelle diverse fasce d'età (Fig. 5.9). All'opposto, nelle ragazze, col crescere dell'età, sembra aumentare anche la conflittualità con il proprio corpo e la tendenza a giudicarsi negativamente: si tende a sovrastimare il proprio peso.

Figura 5.9– Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere

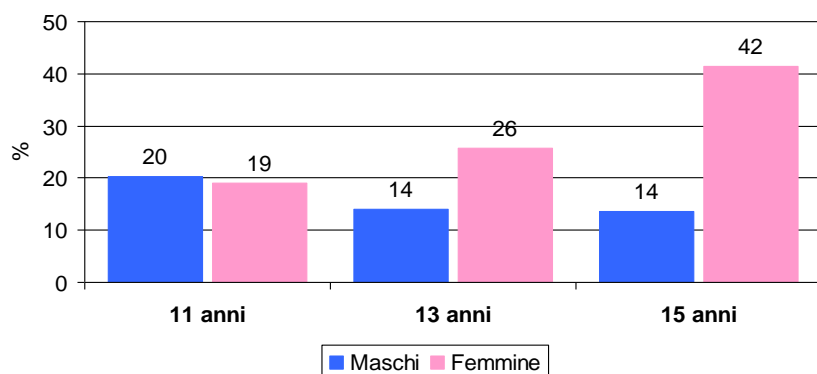


Andando a indagare la pratica di un regime alimentare finalizzato al dimagrimento si vede come nei 15enni è più frequente la dichiarazione di essere a dieta al momento dell'indagine (Tab. 5.9), Separando per genere, in Figura 5.10, si evidenzia che sono le ragazze maggiormente coinvolte in regimi dietetici per perdere peso. Questo potrebbe portare a una problematica accettazione di sé e allo sviluppo di comportamenti alimentari non adeguati.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
No, il mio peso è quello giusto	46.0% (467)	46.4% (414)	38.4% (252)	44.2% (1133)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	24.1% (245)	25.2% (225)	24.8% (163)	24.7% (633)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10.1% (103)	8.6% (77)	9.8% (64)	9.5% (244)
Sì	19.7% (200)	19.8% (177)	27.0% (177)	21.6% (554)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (893)	100.0% (656)	100.0% (2564)

Figura 5.10– Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere



I dati rilevati sono coerenti con i dati di letteratura. Va quindi ribadita l'importanza e la criticità che riveste una corretta percezione del proprio corpo in particolare nell'adolescenza, quando il corpo è soggetto a trasformazioni repentine non sempre corrispondente a quelle desiderate e quindi non gradite. Se alla necessità di controllare il proprio fisico si aggiunge il bisogno degli adolescenti di essere apprezzati dai coetanei e si considera l'importanza attribuita alla magrezza dal nostro contesto culturale, si intuisce quanto facilmente in adolescenza possa complicarsi il rapporto con il cibo. In un'età come l'adolescenza - età' degli eccessi, della ricerca estrema, della ricerca dell'autonomia e della tendenza a fare da soli o con il supporto del gruppo dei pari, senza confrontarsi con un mediatore esterno imparziale - una problematica accettazione di sé e lo sviluppo di comportamenti alimentari non adeguati può favorire lo sviluppo di atteggiamenti a rischio (Tabella 5.9).

5.6 Igiene orale

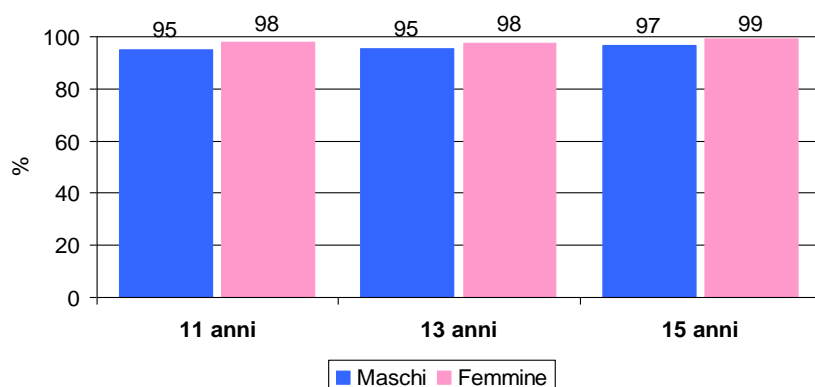
L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (NHMRC,2003), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

In Tabella 5.10 è riportata l'abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno, dichiarata dalla quasi totalità del campione.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Più di una volta al giorno	71.9% (735)	70.8% (633)	71.5% (470)	71.4% (1838)
Una volta al giorno	24.5% (250)	25.6% (229)	26.3% (173)	25.3% (652)
Almeno una volta alla settimana, non tutti i giorni	2.8% (29)	2.7% (24)	1.4% (9)	2.4% (62)
Meno di una volta alla settimana	0.4% (4)	0.4% (4)	0.5% (3)	0.4% (11)
Mai	0.4% (4)	0.4% (4)	0.3% (2)	0.4% (10)
Totale	100.0% (1022)	100.0% (894)	100.0% (657)	100.0% (2573)

Figura 5.11 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, per età e genere



5.7 Conclusioni

Dall'analisi dei dati regionali, riguardanti le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei ragazzi nel periodo adolescenziale, emergono alcune criticità:

- l'abitudine al consumo della colazione, va diminuendo con l'aumentare dell'età:*
- il consumo di frutta e verdura, risultato nettamente inferiore alla raccomandazione di almeno 5 porzioni al giorno. Solo il 19.4% dei ragazzi preso in esame nel campione ha dichiarato di consumare "più volte al giorno" la frutta e solamente 15.9% la verdura. Una maggiore aderenza alle raccomandazioni si rileva nelle femmine che, rispetto ai maschi, consumano sia più frutta sia più verdura;*
- Il consumo di dolci e bevande zuccherate risulta eccessivo rispetto a quanto consigliato. I dati dimostrano che tale consumo "per più di una volta al giorno" e aumenta con l'età. È da segnalare la tendenza alla diminuzione dell'uso quotidiano di bevande gassate zuccherate rispetto alle percentuali riportate nelle precedenti indagini.*

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, si confermano i dati delle precedenti rilevazioni:

- prevalenza di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) si attesta sul 17% circa*
- i maschi sono più spesso in sovrappeso rispetto alle loro coetanee, mentre la condizione di sottopeso è maggiore nelle femmine*
- i maschi vivono il rapporto con il proprio corpo in maniera piuttosto stabile nelle diverse fasce d'età. All'opposto, nelle ragazze, col crescere dell'età, sembra aumentare anche la conflittualità con il proprio corpo e la tendenza a giudicarsi negativamente: si tende a sovrastimare il proprio peso*
- le ragazze sono maggiormente coinvolte in regimi dietetici per perdere peso.*

La giovane età rappresenta un'altra importante occasione per responsabilizzare i soggetti, renderli partecipi delle scelte che li riguardano e quindi consapevoli e motivati su quanto è utile per salvaguardare e promuovere il loro benessere. Il gruppo dei pari potrebbe rappresentare in questo caso un'opportuna modalità (Salvy S. J. et al, 2009) di approccio mediante la quale l'adolescente non si sente solo nell'affrontare le molte e complesse tematiche riguardanti gli stili di vita ma è anzi stimolato a sfruttare le interazioni sociali tra pari che contribuiscono a strutturare sia un senso di identità sia un orientamento culturale extra familiare e, contemporaneamente, servono a rafforzare valori e modelli (vedi al riguardo anche il capitolo "sport e tempo libero").

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 24h energy intake in France from 1999–2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.
- Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (2012) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf>
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9:410-4.

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

NHMRC (2013). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*. https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia a cura della regione

Istituto Superiore di Sanità (2013). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Rapporti ISTISAN 13/5

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

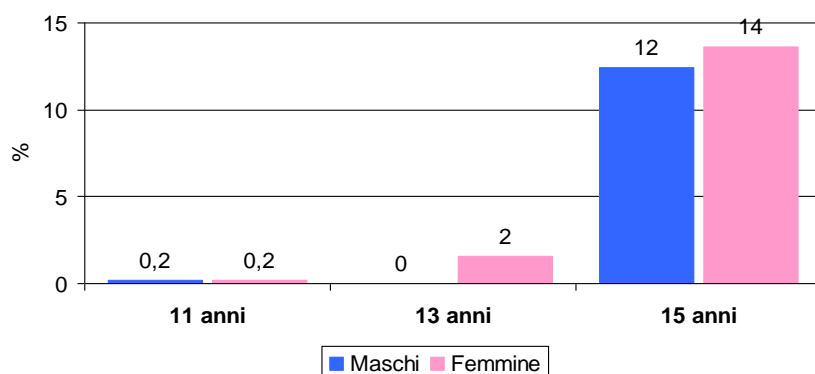
Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, l'abitudine al fumo rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli 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).

L'abitudine tabagica giornaliera tende a crescere con l'età, passando da circa l'1% dei ragazzi di 13 anni al 13% di quelli di 15 anni. Il consumo di sigarette, compreso quindi anche quello più saltuario, riguarda il 6% dei 13enni e il 29% dei ragazzi di 15 anni.

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	0.2% (2)	0.8% (7)	13.0% (85)	3.7% (94)
Almeno una volta a settimana	0.2% (2)	0.9% (8)	7.6% (50)	2.3% (60)
Meno di una volta a settimana	0.4% (4)	3.8% (34)	8.7% (57)	3.7% (95)
Non fumo	99.2% (1014)	94.5% (847)	70.7% (464)	90.3% (2325)
Totale	100.0% (1022)	100.0% (896)	100.0% (656)	100.0% (2574)

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



L'iniziazione al fumo, con consumi saltuari e sporadici, probabilmente legati a situazioni "a rischio", avviene precocemente. Infatti, il 3% dei ragazzi di 11 anni dichiara di aver fumato almeno una volta nella vita, la quota sale al 15% nei 13enni. Per quanto riguarda l'abitudine al fumo negli ultimi 30 giorni, il 3% dei ragazzi di 13 anni dichiara di aver fumato 1-2 giorni negli ultimi 30 giorni. Questi dati confermano quanto già conosciuto e sottolineano la necessità di effettuare interventi info-educativi ancora più precoci, per rafforzare la capacità dei giovani di fare scelte libere e consapevoli. Confrontando i dati nazionali con quelli regionali si rileva che i valori misurati nella nostra regione sono sempre più bassi, in modo evidente nei ragazzi di 15 anni, più lieve in quelli di 13.

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).

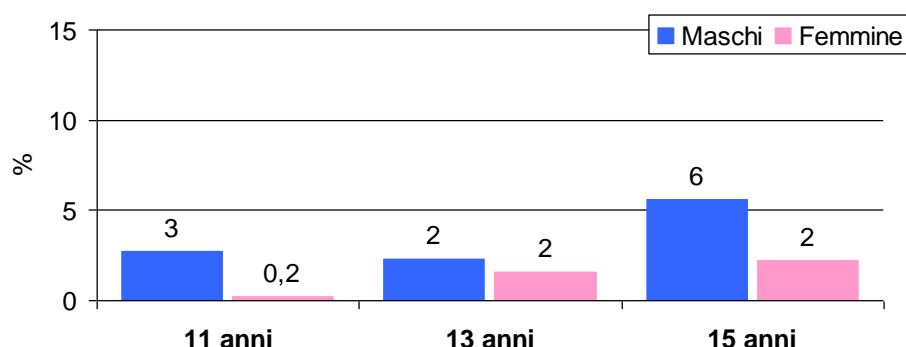
La percentuale di ragazzi che dichiara di aver consumato alcol almeno una volta (Tab 6.2) tende a crescere con l'età passando dal 34% degli 11enni all'80% dei 15enni. Il primo consumo di alcol avviene spesso in ambito familiare con il consenso dei genitori, durante i pasti o a qualche festa. L'alcol è infatti considerato un elemento integrante dell'alimentazione e gli adulti tendono a sottovalutare i rischi per la salute dovuti ad una sua assunzione precoce. Il consumo di alcol riguarda tutte le fasce di età, nonostante il divieto di vendita ai minori di 18 anni in vigore dal 2012. Se un numero rilevante di minorenni consuma alcol in casa, oltre il 30% li acquista in negozio e il 38% li acquista al bar/discoteca/ristorante per consumarli sul posto (ESPAD Italia 2013).

Il consumo più frequente (ogni giorno, ogni settimana, ogni mese) riguarda il 7.7% degli 11enni, il 17.6% dei 13enni e il 46.5% dei 15enni. È un dato che conferma ancora una volta la necessità di porre grande attenzione ad un comportamento molto dannoso e assai diffuso. Infatti, il 20.5% dei 15enni dichiara di bere ogni settimana. Tra i consumatori abituali (Fig. 6.2) si evidenzia una differenza di genere con una minore propensione al consumo di alcolici tra le femmine.

Tabella 6.2 “Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	1.5% (15)	1.9% (17)	4.0% (26)	2.3% (58)
Ogni settimana	2.5% (25)	6.9% (61)	20.5% (133)	8.6% (219)
Ogni mese	3.7% (37)	8.8% (77)	22.0% (143)	10.1% (257)
Raramente	26.3% (264)	37.4% (329)	33.5% (218)	32.0% (811)
Mai	66.0% (663)	44.9% (395)	20.0% (130)	46.9% (1188)
Totale	100.0% (1004)	100.0% (879)	100.0% (650)	100.0% (2533)

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

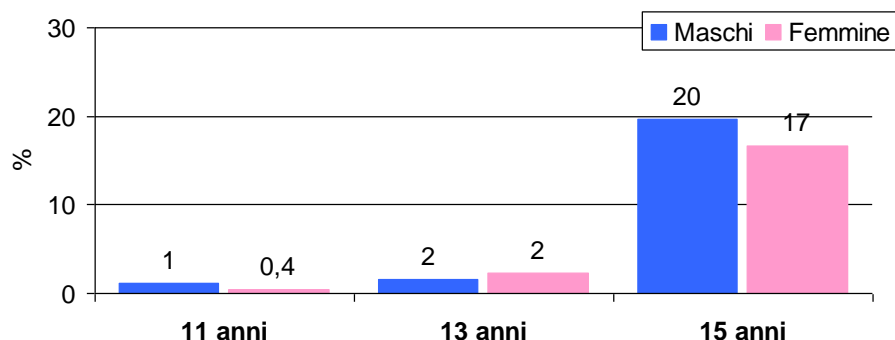


La Tabella 6.3 evidenzia come a 15 anni circa un ragazzo su 3 si sia ubriacato ed in particolare il 20% dei ragazzi di 15anni si sono ubriacati 2 o più volte, quota maggiore rispetto alle loro coetanee (Fig. 6.3).

Tabella 6.3 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Mai	96,0% (981)	92,0% (820)	66,4% (436)	87,0% (2237)
Una volta	3,2% (33)	6,1% (54)	15,4% (101)	7,3% (188)
2-3 volte	0,5% (5)	1,7% (15)	10,5% (69)	3,5% (89)
4-10 volte	0,1% (1)	0,1% (1)	5,5% (36)	1,5% (38)
Più di 10 volte	0,2% (2)	0,1% (1)	2,3% (15)	0,7% (18)
Totale	100,0% (1022)	100,0% (891)	100,0% (657)	100,0% (2570)

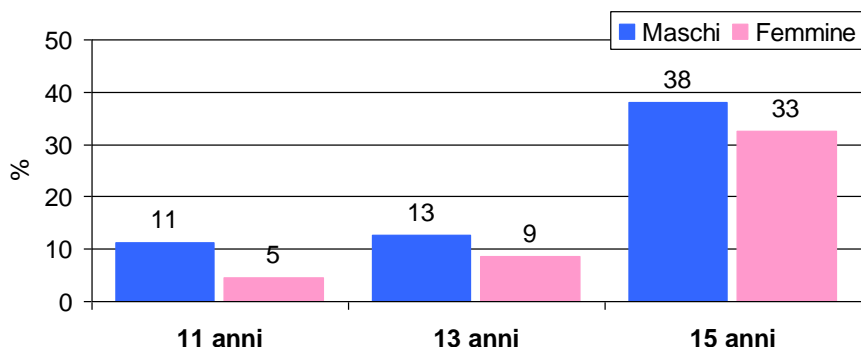
Figura 6.3. – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere



Altro fenomeno da tenere sotto controllo è il “binge drinking”, cioè il consumo smodato di alcol in un’unica occasione (consumo di 5 o più bevande alcoliche in un’unica occasione). Secondo questa indagine il comportamento “binge” riguarderebbe maggiormente i maschi (19%) rispetto alle femmine (13%). Il fenomeno del “binge drinking” è piuttosto accentuato nei 15enni, infatti tale consumo riguarda circa il 38% dei maschi e circa il 33% delle femmine (Fig. 6.4). Le differenze tra maschi e femmine risultano essere significative.

La ricerca ESPAD Italia 2014 segnala un comportamento “binge” nell’ultimo mese tra i 15enni emiliano-romagnoli, del 19,2% tra i maschi e del 16,3% tra le femmine, con un dato tra i maschi inferiore a quello nazionale del 22,9%. La propensione ad adottare modalità di consumo ad altissimo rischio cresce in maniera significativa dagli 11 ai 15 anni. Ciò consiglia di rafforzare le misure di informazione e di prevenzione a partire dalle fasce di età precedenti ai 15 anni e di aumentare gli interventi di prevenzione e di monitoraggio nella fascia di età più a rischio.

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



6.1.3 Cannabis

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

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

La Tabella 6.6 evidenzia che il 74.8% dei 15enni non ha mai fatto uso di cannabis. Le femmine sono meno propense all'uso di droghe illegali. Tale dato è sostanzialmente confermato da altre ricerche (Studio ESPAD Italia 2014) che evidenzia per i 15enni dell'Emilia-Romagna un consumo di cannabis dell' 11.1% tra i maschi e del 9.9% tra le femmine).

Tra coloro che dichiarano di aver fatto uso di cannabis, il 61.2% ne ha fatto un uso occasionale (tra 1 e 9 giorni negli ultimi 30 giorni) mentre il 38.8% più continuativo (da 10 a 29 giorni negli ultimi 30 giorni). I consumatori abituali (almeno una volta al giorno) sono il 7% dei 15enni con una numerosità assoluta però molto ridotta, pari a 46 soggetti.

Secondo lo studio ESPAD Italia 2013 il consumo problematico di cannabis riguarda il 23% di coloro che hanno utilizzato cannabis nell'ultimo anno. Tra questi il 40% è policonsumatore di sostanze lecite e illecite.

Poiché l'inizio precoce e regolare nell'assunzione di cannabis è associabile a numerosi problemi di salute mentale, è importante diffondere una maggiore conoscenza dei rischi sia tra i più giovani che tra gli adulti.

Tabella 6.4 “ Hai mai fumato cannabis...nella tua vita?” (solo quindicenni)

	Maschio % (N)	Femmina% (N)	Totale % (N)
Mai	72.0% (244)	77.8% (246)	74.8% (490)
1-2 giorni	9.1% (31)	8.2% (26)	8.7% (57)
3-5 giorni	3.8% (13)	2.8% (9)	3.4% (22)
6-9 giorni	3.2% (11)	3.5% (11)	3.4% (22)
10-19 giorni	1.2% (4)	2.8% (9)	2.0% (13)
20-29 giorni	1.2% (4)	0.3% (1)	0.8% (5)
30 giorni o più	9.4% (32)	4.4% (14)	7.0% (46)
Totale	100.0% (339)	100.0% (316)	100.0% (655)

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).

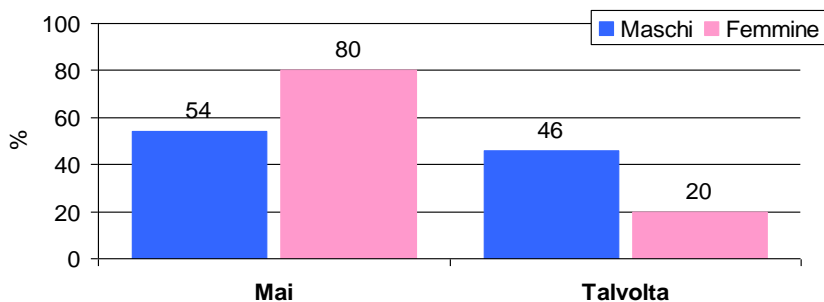
Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di società, variabili socio-economiche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

Il gioco d'azzardo in Emilia-Romagna coinvolge circa il 35% dei ragazzi coinvolti nell'indagine, con sostanziali differenze di genere: maschi 41% e femmine 19%.

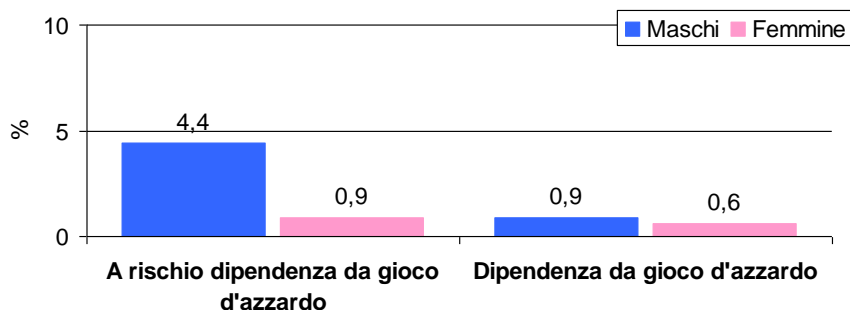
Lo studio ESPAD Italia 2014 segnala che tra i 15enni dell'Emilia-Romagna, il 30.4% dei maschi e il 25.3% delle femmine hanno giocato d'azzardo nell'ultimo mese.

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



Secondo il protocollo di studio HBSC-OMS, sono considerati a rischio dipendenza gli studenti che dichiaro di aver sentito il bisogno di scommettere sempre più denaro oppure hanno dovuto mentire su quanti soldi avevano scommesso/giocato; vengono considerati dipendenti, invece, gli studenti che hanno sentito il bisogno sia di scommettere sempre più denaro dia di dover mentire sulla somma scommessa. In Figura 6.5.2 emerge come i maschi siano maggiormente a rischio dipendenza, mentre il fenomeno di una dipendenza consolidata riguarda circa il 2% (senza differenze di genere).).Tra i giocatori problematici, il 19% gioca d'azzardo on line (ESPAD Italia 2013)

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



6.3 Abitudini sessuali

Le abitudini sessuali negli adolescenti sono una componente centrale dell'identità personale e del rapporto con gli altri.

I rischi legati al comportamento sessuale in adolescenza non riguardano soltanto le gravidanze indesiderate o le infezioni sessualmente trasmissibili ma riguardano, sul piano psicologico, l'attività sessuale precoce, legata alla carenza di competenze relazionali ed emotive necessarie per vivere positivamente l'esperienza sessuale. Diventa quindi importante promuovere atteggiamenti sani attraverso interventi mirati di educazione alla sessualità al fine di potenziare le competenze relazioni ed emotive (life Skills) quali l'autoconsapevolezza, l'empatia, la capacità di prendere decisioni, tutti fattori determinanti per il benessere e la salute degli adolescenti. La scuola rappresenta un'agenzia educativa importante, infatti la vita scolastica è un momento privilegiato di comunicazione e relazione tra i giovani. È tuttavia indispensabile che si realizzi un'integrazione di competenze tra scuola, famiglia e servizi territoriali.

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 d'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.

Il set di domande che indaga questo comportamento è rivolto esclusivamente ai 15enni quindi tutte le considerazioni di questo paragrafo sono su questa fascia di età. Dall'analisi delle risposte ottenute, si ricava che, in Emilia-Romagna, complessivamente, il 24.6% degli intervistati dichiara di aver già avuto un rapporto sessuale, senza differenze sostanziali tra maschi e femmine (24.5% vs 24.7%). Per completezza si riportano i valori regionali e nazionali dell'indagine HBSC del 2010:

- *in Emilia-Romagna il 18,9% dei maschi e 17,4% delle femmine aveva dichiarato di aver avuto un rapporto sessuale completo;*
- *in Italia il 26% dei maschi e il 18% delle femmine.*

Confrontando il dato regionale del 2014 (24,6%) con quello regionale della ricerca HBSC dell'anno 2010 (18,1%), si osserva un incremento (+6,5%) dei ragazzi/e che dichiarano di avere già avuto un rapporto sessuale completo. Sarà interessante confrontare questo valore con il dato nazionale 2014 per valutare se questo trend è confermato anche a livello nazionale o se invece è specifico solo di alcune realtà regionali.

Tabella 6.5 “Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche ‘fare l’amorÈ, ‘fare sesso’...)” (solo quindicenni)

	Maschio %	Femmina%	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	24.5%	24.7%	24.6%
	(63)	(76)	(139)
No	75.5%	75.3%	75.4%
	(194)	(232)	(426)
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	(257)	(308)	(565)

Se si considerano nell'analisi anche tutti i ragazzi/e che non rispondono alla domanda, si osserva che la sostanziale uguaglianza delle prevalenze si modifica. Emerge infatti che circa un quarto dei ragazzi non risponde alla domanda, mentre solo il 3% delle ragazze non risponde. Considerando quindi tutte le possibili risposte il 24% delle ragazze dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi rispetto al 18,5% dei ragazzi. Se confrontiamo questo dato (21,2 % ragazzi/e che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi) con quelli dell'indagine precedente HBSC regionale 2010 (18,1%) l'incremento è del +3,1%, leggermente inferiore rispetto all'incremento evidenziato precedentemente (+6,5%).

Tab 6.5.1 “Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche ‘fare l’amorÈ, ‘fare sesso’...)” (solo quindicenni)

	Maschio %	Femmina%	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Si	18,5%	24,0%	21,2%
	(63)	(76)	(139)
No	57,1%	73,2%	64,8%
	(194)	(232)	(426)
Non risponde	24,4%	2,8%	14,0%
	(83)	(9)	(92)
Totale	100,0%	100,0%	100,0%
	(340)	(317)	(657)

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.

Oltre il 60% dei ragazzi (senza differenze di genere) dichiara di aver usato il profilattico anche se il livello di utilizzo sembra diminuito rispetto all'indagine regionale precedente (78,59% dei maschi vs 76,09% delle femmine), così come rispetto al dato nazionale del 2010 (78,4% maschi vs 66,7% femmine).

Tabella 6.6 “L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?” (solo quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali completi)

	Maschio %	Femmina%	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Si	63.3%	62.7%	63.0%
	(38)	(47)	(85)
No	31.7%	36.0%	34.1%
	(19)	(27)	(46)
Non so	5.0%	1.3%	3.0%
	(3)	(1)	(4)
Totale	100.0%	100.0%	100.0%
	(60)	(75)	(135)

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 dei fattori ad essi associati risulta necessario per contribuire a sviluppare interventi di controllo e prevenzione efficaci (Sethi, 2006).

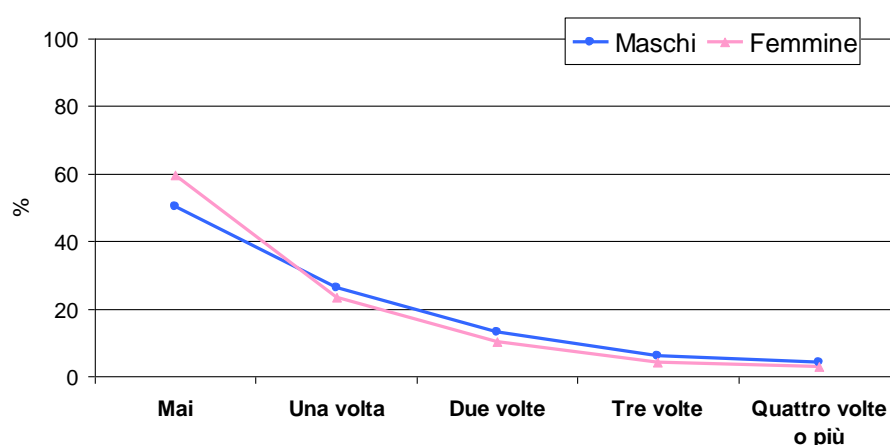
Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

Negli ultimi 12 mesi, oltre la metà dei ragazzi non ha avuto infortuni, con lievi differenze nelle fasce d'età, mentre circa un quarto dei ragazzi ne ha avuto uno (Tab 6.7). Osservando la frequenza degli infortuni per genere (Fig. 6.6) si osserva che il fenomeno interessa maggiormente i maschi.

Tabella 6.7 “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiere/a?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi	53.5% (540)	55.5% (491)	55.7% (366)	54.8% (1397)
Una volta	26.9% (271)	22.7% (201)	24.8% (163)	24.9% (635)
Due volte	11.0% (111)	13.0% (115)	11.0% (72)	11.7% (298)
Tre volte	4.8% (48)	5.2% (46)	5.5% (36)	5.1% (130)
Quattro volte o più	3.9% (39)	3.6% (32)	3.0% (20)	3.6% (91)
Totale	100.0% (1009)	100.0% (885)	100.0% (657)	100.0% (2551)

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



6.5 Conclusioni

L'adolescenza è un periodo di grandi cambiamenti in cui i ragazzi possono facilmente sperimentare comportamenti a rischio tra cui l'uso di sostanze legali ed illegali. La cannabis, l'alcol e il tabacco sono le sostanze maggiormente utilizzate. Poiché il consumo aumenta con l'età è opportuno che le attività di prevenzione e promozione della salute siano anticipate il più possibile.

Relativamente al consumo di sostanze e al gioco d'azzardo l'indagine (in linea con i risultati dell'indagine ESPAD Italia 2013 e 2014) mostra percentuali regionali inferiori alla media nazionale, soprattutto per quello che riguarda il consumo di tabacco e i comportamenti di gioco d'azzardo.

Farmaci: sarebbe corretto introdurre una differenza tra farmaci e psicofarmaci. Il confronto con ESPAD mostra come il più delle volte (1 su 4) i farmaci vengano reperiti a casa.

I comportamenti sono influenzati dal contesto, dal rapporto con gli adulti e dal rapporto coi pari.

L'ambiente familiare può avere grande influenza nel determinare i comportamenti degli adolescenti. La mancanza di regole e lo scarso controllo familiare sono spesso associabili all'uso di sostanze.

Infortuni: prevedere interventi di prevenzione degli infortuni ripetuti anche con progetti specifici nei PS. Il 10% più problematico richiede interventi specifici.

La maggioranza dei giovani ha stili di vita salutari. Bene avere investito sui contesti scolastici, le competenze degli adulti ed il coinvolgimento dei pari. Gli interventi a scuola, su cui la Regione Emilia-Romagna ha investito molte risorse, sembrano aver dato esiti positivi sul fumo e gioco.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents.*Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Blinn-Pike L., Worthy S.L.,Jonkman J.N.(2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47:223–236.
- Brand D.A., Saisana M., Rynn L.A., Pennoni F.,Lowenfels A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine*, 4: e151.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeauet E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Derevensky J.,Gupta R.(2000) Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions.*Journal of Gambling Studies*, 16: 227–251.
- Derevensky J.L., Gupta R. (2004). *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C.(2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders.*American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*.New York: Plenum Press.
- 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 2Jarvis 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 è effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita (Friedman, 2014; Bowling, 2014; Burstroem, 2001). Anche per gli adolescenti poi la percezione dello stato di salute si dimostra una questione rilevante in quanto presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione (Gaspar, 2003), con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la comunicazione con i genitori (Ravens-Sieberer, 2004).

La percezione della propria salute è generalmente riferita come buona o eccellente dal 91% degli undicenni e dei tredicenni e dall'86% dei quindicenni. Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la sua salute eccellente e aumenta quella di chi la reputa buona. I risultati della Figura 7.1, evidenziano una percezione della salute significativamente migliore per i maschi rispetto alle femmine.

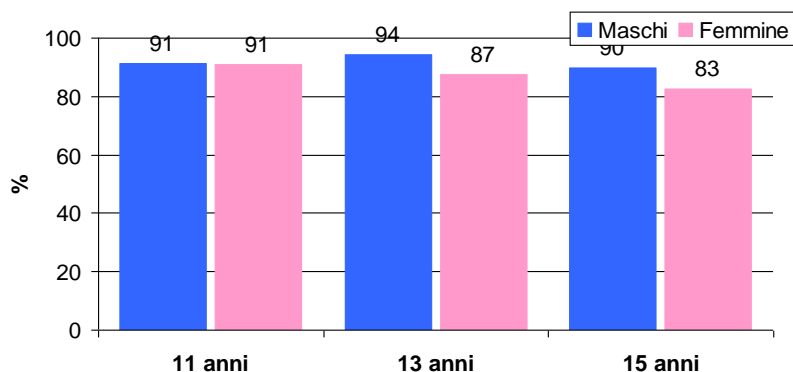
Tabella 7.1: “Diresti che la tua salute è...”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Eccellente	37.1% (379)	35.3% (316)	26.4% (173)	33.8% (868)
Buona	54.0% (551)	55.5% (497)	59.8% (392)	56.0% (1440)
Discreta	8.0% (82)	8.2% (73)	11.5% (75)	8.9% (230)
Scadente	0.9% (9)	1.0% (9)	2.3% (15)	1.3% (33)
Totale	100.0% (1021)	100.0% (895)	100.0% (655)	100.0% (2571)

L'impostazione dello studio HBSC per l'area Benessere psicofisico stressa in modo particolare domande che hanno a che fare con il consumo di farmaci o il sentirsi "in salute". Lo stato di salute è inteso prevalentemente come salute organica e probabilmente, nelle femmine, disturbi fisici anche legati alla comparsa delle mestruazioni, favoriscono una percezione complessivamente "peggiore" della propria salute rispetto ai coetanei maschi.

Il fatto che con il progredire dell'età, si tenda a sostituire la valutazione di "eccellente" con "buona" e che aumenti anche la quota di chi sceglie "discreta" è forse semplicemente da attribuire ad una maggiore maturità e capacità di ascolto di sé e del proprio corpo, come tendenza generale sia nei maschi che nelle femmine

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



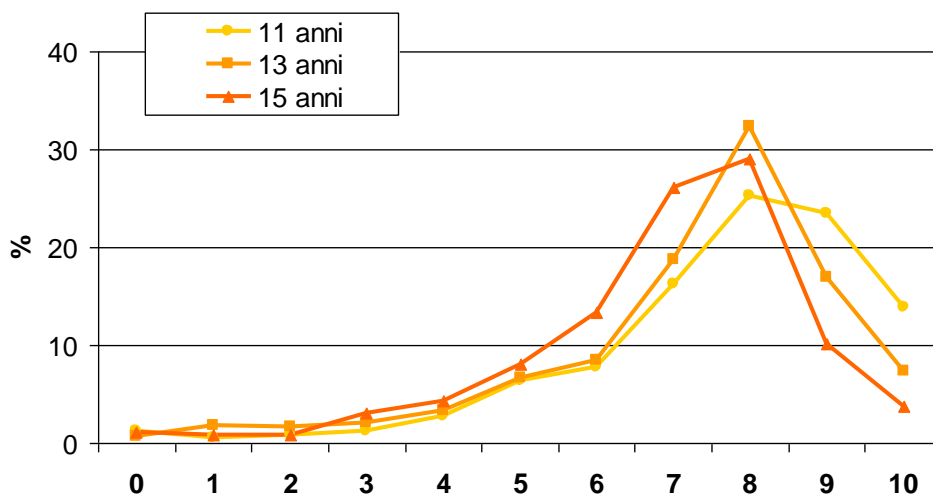
7.3. Benessere percepito

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).

In Figura 7.2 si osservano le prevalenze dei singoli punteggi divisi per classe d'età. Emerge che, man mano che i ragazzi crescono, dichiarano una minor soddisfazione; tale tendenza potrebbe trovare ragione nel fatto che l'aumento degli anni consente la libertà e la maturità di riconoscere e dichiarare in modo più realistico la soddisfazione effettiva per la propria vita.

Vale la pena di segnalare che il 16% del campione attribuisce un punteggio inferiore a 5 al grado di soddisfazione per la propria vita.

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



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).

L'indagine sui sintomi riferiti dal campione si concentra principalmente sulla sfera psicosomatica: da segnalare senz'altro che solo il 2.5% degli intervistati riferisce di soffrire dei sintomi in elenco raramente o quasi mai, mentre il 33% riferisce di soffrirne ogni giorno.

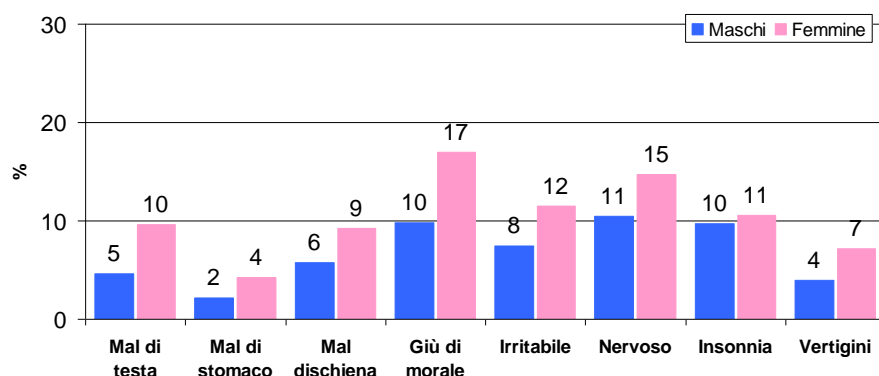
Nelle diverse fasce d'età si osserva un aumento dei sintomi all'aumentare dell'età e tale dato sembra in parte in contrasto con le valutazioni positive fatte rispetto alla percezione della propria salute.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	29.7% (302)	35.8% (320)	34.4% (226)	33.0% (848)
Più di 1 volta a settimana	30.5% (310)	30.0% (268)	35.3% (232)	31.6% (810)
1 volta a settimana	19.2% (195)	19.7% (176)	20.2% (133)	19.6% (504)
1 volta al mese	17.0% (173)	12.3% (110)	9.0% (59)	13.3% (342)
Raramente o mai	3.6% (37)	2.1% (19)	1.1% (7)	2.5% (63)
Totale	100.0% (1017)	100.0% (893)	100.0% (657)	100.0% (2567)

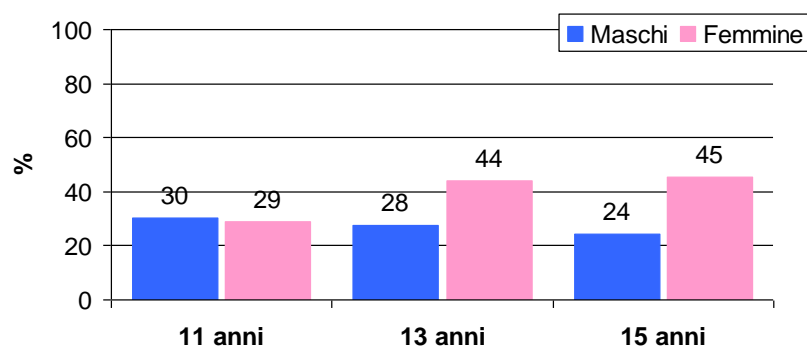
In Figura 7.3 sono mostrate le frequenze per ogni sintomo separatamente tra maschi e femmine. Si osserva che le ragazze dichiarano più spesso tutti i sintomi con un'attenzione particolare a quelli relativi alla sfera psicologica (essere giù di morale, irritabile, nervoso).

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere



Inoltre, osservando le prevalenze di chi dichiara almeno un sintomo al giorno separatamente per genere ed età (Fig. 7.4), è evidente come la quota delle ragazze aumenti e si collochi sopra il 40% già a 13 anni, mentre i valori nei maschi hanno un andamento in diminuzione.

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).

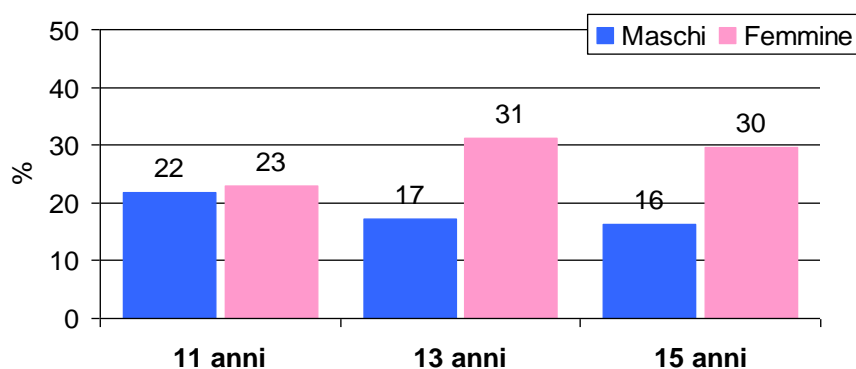
La contraddizione resta anche nella risposta che separa i sintomi psicologici dai sintomi fisici (con qualche forzatura perché mal di stomaco e mal di testa, sono spesso indicatori di stress e malessere psicologico più che sintomi prettamente somatici). Una quota rilevante, tra il 20-25%, dei ragazzi dichiara almeno un sintomo somatico in ogni fascia d'età e un 10% dichiara di non soffrirne mai o raramente (Tab 7.3).

Tabella 7.3: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi somatici, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	22.4% (228)	24.2% (216)	22.7% (149)	23.1% (593)
Più di 1 volta a settimana	21.4% (218)	22.8% (204)	25.3% (166)	22.9% (588)
1 volta a settimana	18.8% (191)	20.0% (179)	21.9% (144)	20.0% (514)
1 volta al mese	25.9% (264)	23.8% (213)	21.8% (143)	24.1% (620)
Raramente o mai	11.5% (117)	9.2% (82)	8.4% (55)	9.9% (254)
Totale	100.0% (1018)	100.0% (894)	100.0% (657)	100.0% (2569)

La Figura 7.5 mostra l'andamento dell'avere almeno un sintomo somatico, separatamente per età e genere. Se tra gli 11enni non emergono differenze di genere, tra i 13enni e 15enni il divario cresce a sfavore delle femmine.

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



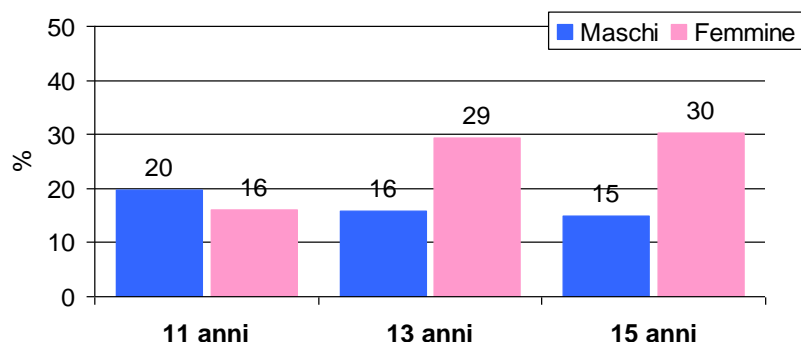
Oltre il 70% dei ragazzi riferisce la comparsa di sintomi psicologici (almeno una volta a settimana: “ogni giorno” + “più di 1 volta a settimana” + “1 volta a settimana”). Solo il 19% li avverte una volta al mese e l’8% non li avverte mai. Separando per età si conferma che gli 11enni soffrono di sintomi psicologici con una frequenza minore rispetto alle altre classi di età. È rilevante notare che nei 15enni circa il 36% ne soffre più di una volta a settimana (Tab. 7.4).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	18.0% (183)	22.6% (202)	22.4% (147)	20.7% (532)
Più di 1 volta a settimana	25.2% (256)	29.2% (261)	35.9% (236)	29.3% (753)
1 volta a settimana	21.8% (221)	23.5% (210)	21.8% (143)	22.4% (574)
1 volta al mese	23.5% (239)	17.1% (153)	15.8% (104)	19.3% (496)
Raramente o mai	11.4% (116)	7.6% (68)	4.1% (27)	8.2% (211)
Totale	100.0% (1015)	100.0% (894)	100.0% (657)	100.0% (2566)

In Figura 7.6 si osserva lo stesso andamento riportato per i sintomi somatici nelle età dei 13enni e 15enni, mentre gli 11enni i maschi sembra soffrano maggiormente di sintomi psicologici.

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



Si conferma la percezione di uno stato di salute generale peggiore nelle femmine rispetto ai maschi. D'altra parte il focus d'attenzione dell'adolescente maschio è orientato all'esterno e veicolato dal gruppo dei coetanei, molto concentrati su pratica di attività sportiva e/o giochi con tablet e pc. Le femmine praticano meno attività sportiva e prediligono, anche nelle situazioni di gruppo, un focus più orientato all'introspezione.

7.5. Utilizzo di farmaci

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

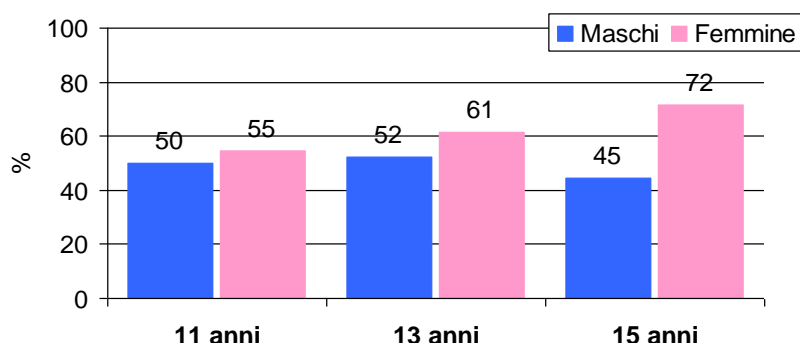
Dichiarano di aver assunto farmaci nell'ultimo mese (Tab. 7.5) oltre il 50% dei ragazzi e le percentuali aumentano con l'età (52% negli 11enni e 58% nei 15enni).

Tabella 7.5: “Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
1 volta a settimana	47.9% (489)	43.2% (387)	42.4% (278)	44.9% (1154)
1 volta al mese	29.7% (303)	28.3% (254)	28.7% (188)	29.0% (745)
Raramente o mai	22.4% (228)	28.5% (255)	29.0% (190)	26.2% (673)
Totale	100.0% (1020)	100.0% (896)	100.0% (656)	100.0% (2572)

In Figura 7.7 viene evidenziato come il consumo di almeno un farmaco nei 30 giorni precedenti si stratifica per età e genere

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



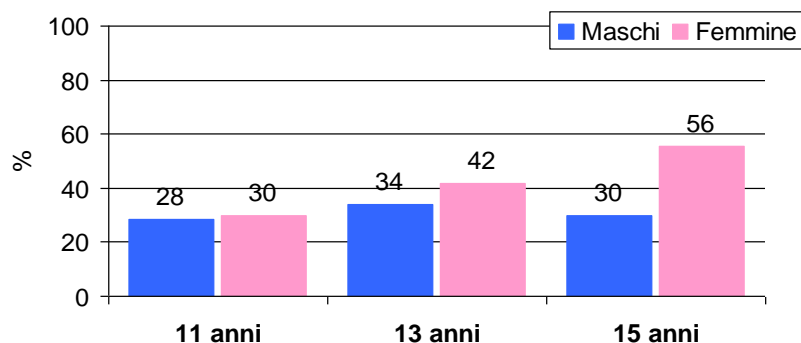
Il facile ricorso a farmaci comuni come antidolorifici e antiinfiammatori, probabilmente assunti per la terapia di dolori mestruali, mal di testa (sintomi segnalati con molta frequenza soprattutto nelle femmine) o fenomeni di carattere infiammatorio a carico dell'apparato respiratorio, resta, comunque, un dato meritevole di attenzione, almeno come indicatore della propensione a ricorrere a rimedi esterni per sedare un sintomo. L'assunzione di farmaci non è, infatti, associata dagli intervistati, alla percezione della propria salute: nonostante l'89% del campione descriva come eccellente e buona la percezione della propria salute, il 55% dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese.

Risulta comunque mediamente piuttosto alto il consumo settimanale di farmaci. La media del 44.9% di assunzione di farmaci ogni settimana nella fascia di età 11/15 anni meriterebbe di essere indagata ulteriormente, perché è un indicatore di disponibilità ad assumere sostanze come rimedio ai sintomi che non sono considerati malattia. Consuma farmaci settimanalmente anche chi si sente in uno stato di salute buona o eccellente. Il questionario non specifica se i farmaci assunti siano prescritti dal pediatra o dal medico di famiglia, ma sembra trattarsi di farmaci da automedicazione, assunti senza continuità (il dato trova conferma dai riferimenti ad un buon stato ordinario di salute che, sembra escludere il rapporto regolare con medici di famiglia o specialisti).

Il mal di testa, sintomo somatico, ma che potrebbe nascondere problematiche psicologiche, è principalmente dichiarato dalle ragazze che utilizzano almeno una volta al mese un antidolorifico

per questo problema. Rispetto ai loro coetanei, l'uso di farmaci per il mal di testa è notevolmente superiore e aumenta con l'età.

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



7.6. Conclusioni

L'adolescenza è generalmente considerata un'età sana per la scarsa incidenza di patologie croniche e gravi ma, nel contempo, i giovanissimi cominciano ad essere più attenti al proprio stato di salute e ai sintomi di malessere. Soprattutto a 15 anni comincia ad essere sottolineato il ruolo fondamentale di una buona salute nella propria vita, anche se si registra una più alta percentuale nelle ragazze.

L'attenzione degli adolescenti verso il benessere fisico si lega a un maggior interesse verso la propria persona in generale e, pertanto, rientrano nella considerazione che ognuno ha della propria salute anche fattori quali l'autostima e le dinamiche relazionali.

Nello specifico, diventano importanti per il benessere psicologico ed emotivo, che si riverbera sulla considerazione complessiva rispetto al proprio stato di salute, i vissuti dei giovani, la percezione della qualità della propria vita, il senso di solitudine e di stress. E non è un caso che molto spesso gli adolescenti siano stati considerati meno felici rispetto alle altre fasce di età, in quanto i rapidi cambiamenti corporei e identitari, possono alimentare tristezza, paura e disagio.

La quindicesima edizione dell'indagine annuale "Abitudini e stili di vita degli adolescenti italiani" della Società Italiana di Pediatria definisce questa fascia di età come adolescenza seduta, nel senso che i giovanissimi trascorrono gran parte della giornata su una sedia, un divano, un letto o una poltrona. Più precisamente, gli adolescenti sembrano in questi anni, comparando i dati sugli stili di vita rilevati dalla Società SIP dal 2008 al 2014, essere diventati più sedentari.

Tuttavia, il genere si è rivelato interessante da analizzare, rispetto gli stili di vita degli adolescenti. L'attenzione alla corporeità, così fondamentale in adolescenza, si esplicita in modo differente per i ragazzi che si dedicano, in misura maggiore rispetto alle ragazze, allo sport, mentre queste preferiscono seguire una dieta alimentare.

Almeno qualche volta la stragrande maggioranza dei ragazzi ha assunto dei farmaci per piccoli disturbi o per malattie stagionali o per dolori psicosomatici. I dati ESPAD più recenti ottenuti da una indagine dell'Istituto di Fisiologia clinica del CNR di Pisa, hanno evidenziato che in tutta Europa i maggiori consumatori di psicofarmaci non prescritti, tra i ragazzi dai 15 ai 19 anni, sono gli studenti italiani. Se il 10% in media dei teenager italiani ha usato psicofarmaci, la media europea è del 6%. Si tratta, per lo più, di farmaci per dormire, studiare meglio e più a lungo, prolungare le notti, regolarizzare l'umore e far passare la fame.

“Non più di quarant’anni fa tutti pensavamo che, prima o poi, saremo riusciti a guarire malattie gravi come il cancro. Credevamo con forza che saremmo riusciti a “spiegare le leggi della natura”, e quindi a modificare quel che ci sembrava difettoso. Ciò che si ignorava riguardo alle malattie era considerato in biologia non ancora conosciuto....In questa sfumatura del “non ancora” risuonava la speranza e la promessa di una realizzazione futura, di un avvicinamento progressivo alla conoscenza.

(...) L’Occidente ha fondato i suoi sogni di avvenire sulla convinzione che la storia dell’umanità sia inevitabilmente una storia di progresso.

(...) Oggi c’è un clima diffuso di pessimismo che evoca un domani molto meno luminoso, per non dire oscuro...Inquinamenti di ogni tipo, disuguaglianze sociali, disastri economici, comparsa di nuove malattie: la lunga litania delle minacce ha fatto precipitare il futuro da un’estrema positività a una cupa e altrettanto estrema negatività.

Il futuro, l’idea stessa di futuro, reca ormai il segno opposto, la positività pura si trasforma in negatività, la promessa diventa minaccia. Certo, le conoscenze si sono sviluppate in modo incredibile ma, incapaci di sopprimere la sofferenza umana, alimentano la tristezza e il pessimismo dilaganti. È un paradosso infernale. Le tecno scienze progrediscono nella conoscenza del reale, gettandoci contemporaneamente in una forma di ignoranza molto diversa, ma forse più temibile, che ci rende incapaci di far fronte alle nostre infelicità e ai problemi che ci minacciano”.

[M.Benasayag e G.Schmit, L’epoca delle passioni tristi, Feltrinelli, 2013]

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., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*, fdu095.
- Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. *Health Promotion International*, 29:i68-i82.
- Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.

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

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

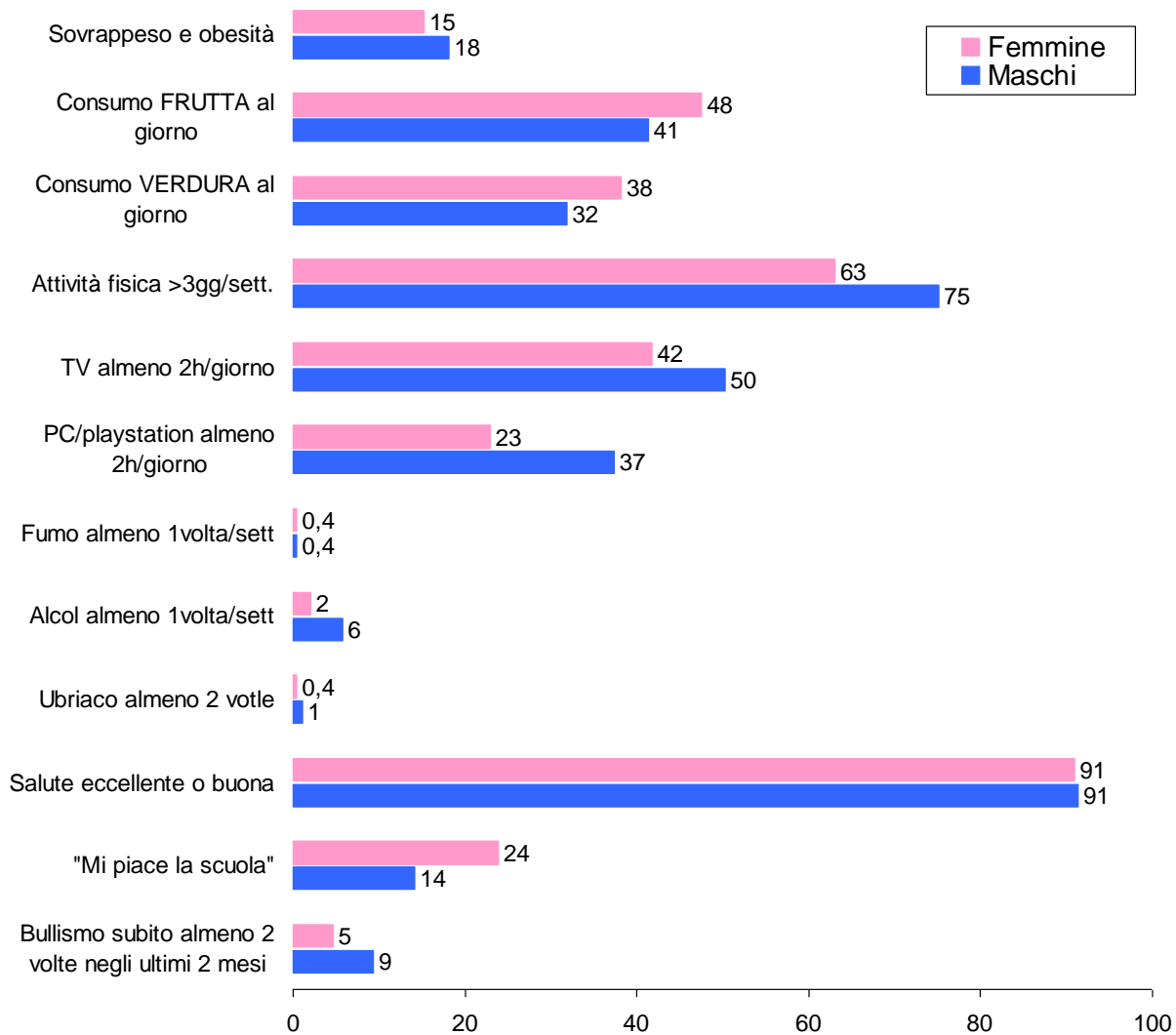
World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, WHO.

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

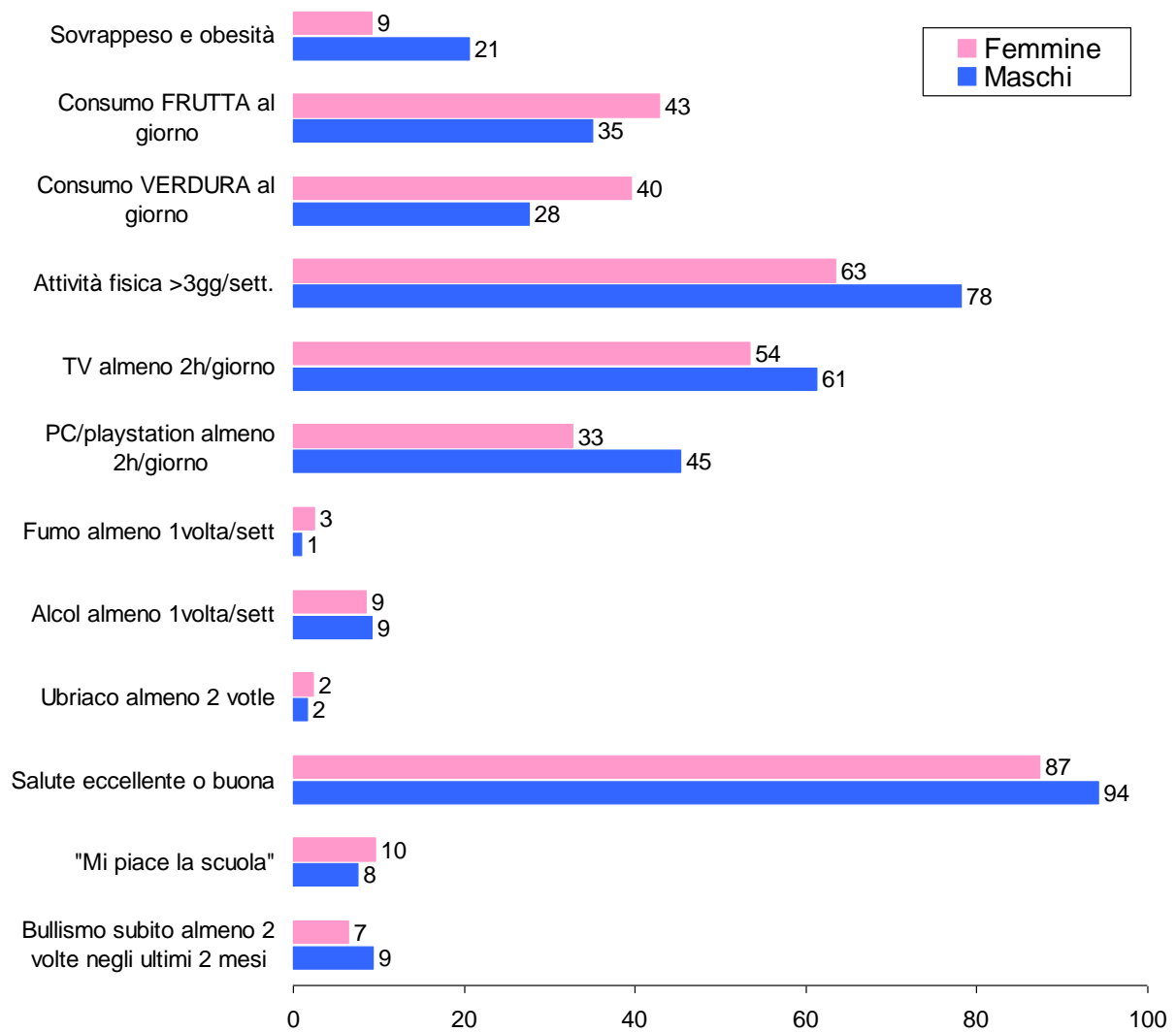
Zullig K.J., Valois R.F., Scott Huebner E., Oeltmann J.E. Wanzer Drane J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescence Health*, 29:279-88.

Indicatori riassuntivi

Undicenni % Emilia-Romagna



Tredicenni % Emilia-Romagna



Quindicenni % Emilia-Romagna

