



STILI DI VITA E SALUTE DEI GIOVANI IN ETA' SCOLARE

Calabria



a cura di:

Caterina Azzarito
Marina La Rocca
Vittoria Rocchino
Maria Giovanna Spada
Annalisa Spinelli

*Rapporto sui dati regionali
HBSC 2009 -2010*



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia



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



Università degli Studi di Siena
CREPS, Dipartimento di Fisiopatologia,
Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica



Comportamenti di Salute dei Ragazzi in Età Scolare
Health Behaviour in School-aged Children



Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni (2009 - 2010).



Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 REGIONE CALABRIA



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia



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



Università degli Studi di Siena
Dipartimento di Psicopatologia,
Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica

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

Redazione ed impaginazione a cura di:

Vittoria Rocchino, Maria Giovanna Spada, Annalisa Spinelli, Caterina Azzarito, Marina La Rocca

Copia del volume può essere richiesta a:

Caterina Azzarito
Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute
Via Buccarelli 30
88100 Catanzaro
email c.azzarito@regcal.it

oppure può essere scaricata dal sito internet

www.regione.calabria.it/sanita

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*)
Prof.ssa Patrizia Lemma
Dott. Alberto Borraccino
Dott.ssa Paola Dalmasso
Dott. Alessio Zambon
Dott.ssa Lorena Charrier
Dott.ssa Sabina Colombini
Dott.ssa Paola Berchialla

Università degli Studi di Siena CREPES - Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica

Prof. Mariano Giacchi
Dott. Giacomo Lazzeri
Dott.ssa Valentina Pilato
Dott.ssa Stefania Rossi

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

Prof. Massimo Santinello
Dott. Alessio Vieno
Dott.ssa Francesca Chieco
Dott.ssa Michela Lenzi

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

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

Dott.ssa Angela Spinelli (*Responsabile Scientifico*)
Dott. Giovanni Baglio
Dott.ssa Anna Lamberti
Dott.ssa Paola Nardone

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Dott.ssa Daniela Galeone
Dott.ssa Maria Teresa Menzano
Dott. Lorenzo Spizzichino

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

Dott.ssa Maria Teresa Silani (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)
Dott.ssa Silvana Teti (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

REGIONE CALABRIA

Caterina Azzarito (referente regionale)
Marina La Rocca (referente tecnico regionale)

ASP Catanzaro Marina La Rocca, Francesco Farago' (referenti), Vittoria Rocchino, Marina B. Rosato , Annalisa Spinelli, Daniela Vaglio, Mirella Samele, Antonia De Siena, Valentino Scalise, Michelina Epifano, Massimiliano Scalzo, Daniela Mamone, Mario Pungillo, Marina Giuseppina Splendore, Rosa Anfosso, Giuseppe Aielli, Antonio Tomaselli, Giuseppe Bova, Lucia Lo Presti, Franca Faillace, Lucrezia Elvira Adele Aquila, Maria Antonietta Villelli (operatori)

ASP Cosenza Maria Teresa Pagliuso, Francesco Dignitoso, Rosellina Veltri, Pietro Leonardo Perri (referenti), Michele Cesario, Armenia Bellusci, Rossella Chimenti, Pietro Brisinda, Franco Giuseppe Manzo, Carolina Caldeo, Teresa Ferraro, Anna Cavalcanti, Marylena Donato, Luisa Falcone, Angelo Guagliardi, Carmela Sesti, Teresa Scudiero, Giuseppe Curcio, Lucia Caligiuri, Ivana Ines Gino, Francesco Masotti, Pasquale Arcidiacono, , Maria Giovanna Cappelli, Nilo Vergadoro, Vincenza Marchesano, Francesca Citriniti, Mattia Maria Sturniolo, Gabriella Vottari (operatori)

ASP Crotone Elena Sposato (referente), Adalgisa Pugliese, Matilde Morello, Lucia Anna Iannone, Carmine Spadafora (operatori).

ASP Reggio Calabria Isabella Macrì, Antonino Tedesco, Alessio G. G. Suraci (referenti), Riccardo Ritorto, Paolo Iannopolo, Alberto Meleca, Angela Epifanio, Francesco Pennisi, Leonardo Martelli, Giovanni Novella, Carmela Costa, Batà Beatrice, Immacolata Longo, Filomena Laganà, Gaetano Morgante, Giulia Naimo, Maria Antonietta Suraci (operatori).

ASP Vibo Valentia Giuseppe Barbieri (referente), Domenico Dinatolo, Eleonora Loiacono, Giuseppe Paduano, Maria Cristina Sgarrella, Francesco Vecchio (operatori).

Responsabilità editoriali

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

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

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

Indice

Presentazione	7
Premessa	8
Ringraziamenti	9
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	13
1.1 Introduzione.....	13
1.2 Descrizione del campione.....	14
Bibliografia capitolo 1.....	15
Capitolo 2: Il contesto familiare	16
2.1 Introduzione.....	16
2.2 La struttura familiare	16
2.3 La qualità della relazione con i genitori	19
2.4 Lo status socio-economico familiare	22
2.5 Conclusioni.....	24
Bibliografia capitolo 2.....	25
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	27
3.1 Introduzione.....	27
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	27
3.3 Rapporto con gli insegnanti	32
3.4 Rapporto con i compagni di classe	34
3.5 Rapporto con la scuola	38
3.6 Conclusioni.....	39
Bibliografia capitolo 3.....	40
Capitolo 4: Sport e tempo libero	42
4.1 Introduzione.....	42
4.2 Attività fisica.....	42
4.2.1 <i>Frequenza dell'attività fisica</i>	43
4.3 Comportamenti sedentari.....	44
4.3.1 <i>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione</i>	45
4.4 Rapporti con i pari.....	48
4.5 Conclusioni.....	49
Bibliografia capitolo 4.....	49
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	51
5.1 Introduzione.....	51
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	51
5.3 Consumo di frutta e verdura	53
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	56
5.5 Stato nutrizionale	59
5.6 Igiene orale.....	63
5.7 Conclusioni.....	64
Bibliografia capitolo 5.....	64

Capitolo 6: Comportamenti a rischio	66
6.1 Uso di sostanze	66
6.1.1 Il fumo.....	66
6.1.2 L'alcol	68
6.1.3 Cannabis	71
6.2 Abitudini sessuali	72
6.3 Infortuni	74
6.4 Conclusioni	75
Bibliografia capitolo 6.....	75
Capitolo 7: Salute e benessere	77
7.1 Introduzione.....	77
7.2 Percezione della propria salute.....	77
7.3 La percezione del benessere.....	78
7.4 I sintomi riportati	80
7.5 Utilizzo di farmaci.....	84
7.6 Conclusioni.....	85
Bibliografia capitolo 7.....	86
Alcuni indicatori riassuntivi	87

Presentazione

La Regione Calabria partecipa per la prima volta al progetto internazionale HBSC, avviando la prima indagine sistematica sui comportamenti di salute degli adolescenti calabresi, che si integra sinergicamente con altri sistemi di sorveglianza: Okkio alla salute (target: bambini di otto anni di età), PASSI (target: giovani-adulti) e PASSI d'Argento (target: anziani), promossi dal Ministero della Salute tramite il CCM e coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'indagine è orientata a 360° sui comportamenti legati alla salute negli adolescenti calabresi, al fine di analizzarli e diffonderne i risultati per potere efficacemente orientare, anche a livello politico-amministrativo, i programmi di educazione e promozione della salute nella fascia di età adolescenziale.

La possibilità di monitorare nel tempo (con rilevazione quadriennale) i diversi items indagati e fotografati con la prima indagine permetterà di costruire una immagine dinamica cinematografica dei comportamenti di salute degli adolescenti calabresi, permettendo di individuarne i determinanti, il loro peso e la loro misurabilità, ma anche di misurare in termini di efficacia eventuali interventi correttivi messi in atto e, conseguentemente, potenziare ed implementare quelli ritenuti validi modificando quelli di ridotta efficacia.

Sicuramente, il momento informativo della socializzazione dei risultati dell'indagine riveste una importanza strategica, poiché è determinante riuscire a coinvolgere e sensibilizzare tutti quei settori della società non strettamente sanitari, ma che pure sono fondamentali per la creazione di ambienti favorevoli alle scelte salutari, settori che compongono i diversi tasselli dello scenario in cui è contestualizzata l'adolescenza, età in cui si consolidano atteggiamenti e attitudini che motivano nel tempo gli individui nell'adottare un comportamento piuttosto che un altro.

Per quanto riguarda la presentazione dei risultati dell'indagine, ogni capitolo presenta e analizza i dati relativi all'ambito indagato (dal contesto familiare alle abitudini alimentari, fino ai comportamenti a rischio), cercando di delineare un quadro della situazione del nostro territorio, per metterla poi a confronto con quella di altre realtà italiane e internazionali.

E' importante infatti che qualunque sistema di monitoraggio possa consentire il confronto anche con altri e più vasti sistemi, basati a livello nazionale e internazionale, di modo che l'analisi dei fenomeni in osservazione consenta l'esame anche di più vaste dimensioni, come le differenze sociali e geografiche.

La ricerca che presentiamo in questo volume, allo scopo di fornire un quadro il più completo possibile dello stile di vita degli adolescenti calabresi, dovrebbe rappresentare il momento iniziale propulsore di interventi di prevenzione che dovrebbero poi portare ad interventi concreti, capaci di produrre cambiamenti culturali, cambiamenti per i quali sono richieste necessariamente azioni sinergiche con altri settori extra-sanitari, nell'ottica di un patto di solidarietà per la salute che veda lavorare insieme ricercatori, operatori e decisori, e riconosca nella partecipazione attiva della popolazione la chiave per sviluppare strategie efficaci.

Dr. Antonino Orlando
Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

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

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

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

Istituto Tecnico Industriale "Fermi"
FUSCALDO

Istituto Tecnico Industriale
AMANTEA

Liceo Scientifico
PAOLA

Istituto Tecnico Commerciale "Mortati"
AMANTEA

Istituto Professionale Servizi Alberghieri e Ristorazione
CASTROVILLARI

Istituto Tecnico Commerciale "Europa 2000"
CASTROVILLARI

Liceo Scientifico "F. Balsano"
ROGGIANO G.

Liceo Scientifico
TREBISACCE.

Istituto Tecnico Commerciale "Pacioli"
CASSANO I.

Liceo Scientifico
CARIATI

Istituto Professionale Statale Industria e Artigianato
TREBISACCE

Liceo Scientifico
ROSSANO

Istituto Prof. Statale Industria e Artigianato "Mazzone"
CARIATI

Istituto Tecnico Commerciale
ROSSANO

Istituto Tecnico Industriale
ROSSANO

Liceo Scientifico
ACRI

Liceo Classico "Telesio"
COSENZA

Liceo Classico "Da Fiore"
RENDE

Istituto Magistrale "Lucrezia Della Valle"
COSENZA

Liceo Scientifico "Fermi"
COSENZA

Liceo Scientifico "Scorza"
COSENZA

Istituto Prof. per l' Agricoltura e Ambiente "Todaro"
RENDE

Istituto Prof. Statale Industria e Artigianato "S. Crea"
ACRI

Istituto Tecnico Commerciale "Pezzullo"
COSENZA

Liceo Scientifico "Pitagora"
RENDE

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri
SAN GIOVANNI IN FIORE

Istituto Tecnico Industriale "Monaco"
COSENZA

Istituto Magistrale "Tommaso Campanella"
LAMEZIA TERME

Liceo Scientifico "Galilei"
LAMEZIA TERME

Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici
"Luigi Einaudi" LAMEZIA TERME

Istituto Tecnico Commerciale "V. De Fazio"
LAMEZIA TERME

Istituto Tecnico per Geometri
LAMEZIA TERME

Istituto Magistrale PM "Cassiodoro"
CATANZARO

Liceo Scientifico - S.S. Ist. Sup. "Fermi"
SERSALE

Istituto Prof. per i Servizi Com. e Turistici "Sorace Maresca" CATANZARO	Istituto Tecnico Commerciale "Fra' Luca Pacioli" CATANZARO
Liceo Classico "Sant'Antonio da Padova" SOVERATO	Istituto Tecnico Industriale "E. Scalfaro" CATANZARO
Liceo Classico "P. Galluppi" CATANZARO	Istituto Professionale Industria e Artigianato CROTONE
Liceo Scientifico "A. Guarasci" SOVERATO	Liceo Classico "D. Borrelli" SANTA SEVERINA
Istituto Professionale Servizi Alberghieri e Ristorazione SOVERATO	Istituto Magistrale "G. V. Gravina" CROTONE
Istituto Tecnico Agrario "V. Emanuele II" CATANZARO	Liceo Scientifico "Filolao" CROTONE
Istituto Tecnico Industriale "G. Donegani" CROTONE	Istituto Prof. per i Servizi Com. e Turistici "S. Pertini" CROTONE
Liceo Scientifico "La Cava" BOVALINO	Istituto Magistrale "T. Gulli" REGGIO CALABRIA
Istituto Tecnico Industriale "E. Maiorana" ROCCELLA IONICA	Liceo Scientifico "Da Vinci" REGGIO CALABRIA
Liceo Classico "Ivo Oliveti" LOCRI	Liceo Scientifico "A. Volta" REGGIO CALABRIA
Istituto Magistrale "G. Mazzini" LOCRI	Istituto Tecnico Commerciale TD " Galileo Ferraris " REGGIO CALABRIA
Istituto Professionale Industria e Artigianato SIDERNO	Istituto Tecnico Industriale "A. Panella" REGGIO CALABRIA
Istituto d' Arte "P. Panetta" LOCRI	Istituto Tecnico per Geometri "Righi" REGGIO CALABRIA
Istituto Professionale per i Servizi Com. e Turistici "Renda" POLISTENA	Istituto Professionale Servizi Com. Turistici e Alberghieri TROPEA
Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri "F .Severi" GIOIA TAURO	Istituto Tecnico Com. e per Geometri " Luigi Einaudi " SERRA SAN BRUNO
Liceo Classico "Nicola Pizi" PALMI	Istituto Magistrale "V. Capialdi" VIBO VALENTIA
Istituto Tecnico Industriale OPPIDO M.	Liceo Scientifico "G. Berto" VIBO VALENTIA
Liceo Scientifico "M. Guerrisi" CITTANOVA	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici VIBO VALENTIA
Istituto Tecnico Commerciale "Einaudi" PALMI	Istituto Tecnico Commerciale "G. Galilei" VIBO VALENTIA
Istituto Tecnico Commerciale MELITO PORTO SALVO	Istituto Tecnico per Geometri VIBO VALENTIA
Liceo Scientifico "E. Fermi" BAGNARA CALABRA	Scuola Media Statale "Mameli" AMANTEA
Liceo Classico "Tommaso Campanella" REGGIO CALABRIA	Scuola Media Statale "F. Bruno" PAOLA
	Scuola Media Statale "G. Caloprese " SCALEA

Istituto d' Istruzione di 1° e 2° SAN MARCO ARGENTANO	Istituto Comprensivo Sibari CASSANO IONIO
Istituto Comprensivo Statale MONGRASSANO SCALO	Scuola Media Statale CROSIA MIRTO
Istituto Comprensivo SARACENA	Scuola Media Statale Roncalli ROSSANO
Istituto Comprensivo ORIOLO	Istituto Comprensivo " C. Alvaro " ALESSANDRIA DEL CARRETTO
Scuola Media Statale " Don Bosco" CORIGLIANO CALABRO	Scuola Media Statale Corigliano Toscano CORIGLIANO CALABRO
Istituto Comprensivo " G. Pascoli " VILLAPIANA	Istituto Comprensivo " G. B. Vico " COSENZA
Istituto Comprensivo - "P. Leonetti" CORIGLIANO CALABRO	Istituto Comprensivo " Don Milani " COSENZA
Scuola Media Statale SCALA COELI	Istituto Comprensivo " V. Padula " ACRI
Istituto Comprensivo " Pomponio Leto " AMENDOLARA	Istituto Comprensivo " G. Pucciano " BISIGNANO
Istituto Comprensivo Cerisano MARANO MARCHESATO	Istituto Comprensivo " Mater Domini " CATANZARO
Istituto Comprensivo MONTALTO UFFUGO	Istituto Comprensivo " G. Pascoli " CATANZARO
Scuola Media Statale " De Coubertin " RENDE	Istituto Comprensivo " Ugo Foscolo " SOVERATO
Istituto Comprensivo " G. Zanfoni " ROGGIANO GRAVINA	Istituto Comprensivo " Papanice " CROTONE
Istituto Comprensivo "Don Milani" MARTIRANO	Istituto Comprensivo " B. Miraglia " STRONGOLI
Istituto Comprensivo " G. Marconi " CURINGA	Istituto Comprensivo " Vittorio Alfieri " CROTONE
Istituto Comprensivo S. PIETRO A MAIDA	Istituto Omnicomprensivo " Luigi Lilio " CIRO'
Istituto Comprensivo " P. Ardito " LAMEZIA TERME	Scuola Media Statale "Giovanni XXIII° " CROTONE
Istituto Comprensivo " Manzoni – Augruso " LAMEZIA TERME	Istituto Comprensivo " Abate Fabio di Bona " CUTRO
Istituto Comprensivo " Vivariense " SQUILLACE	Scuola Media Statale " Gioacchino da Fiore " ISOLA CAPO RIZZUTO
Istituto Comprensivo SOVERIA SIMERI	Istituto 1° grado BOVALINO
Istituto Comprensivo Statale " C. Alvaro " CHIARAVALLE	Istituto Comprensivo " Avv. Filocamo " ROCCELLA IONICA
Istituto Comprensivo Statale SELLIA MARINA	Istituto Comprensivo " F. Sorace Maresca " LOCRI
Istituto Comprensivo " G. Casalnuovo " CATANZARO	Istituto Comprensivo " Gesumino " SIDERNO PEDULLA'

Istituto Comprensivo SCIDO SCIDO	Istituto Comprensivo BAGALADI
Istituto Comprensivo " M. Vizzone " SAN FERDINANDO	Scuola Media Statale "Don Bosco" Pellaro REGGIO CALABRIA
Istituto secondario di 1° grado " Pentimalli" GIOIA TAURO	Scuola Media Statale "Pythagoras " Ravagnese REGGIO CALABRIA
Istituto secondario di 1° grado SERRATA	Scuola Media Statale " V. da Feltre" REGGIO CALABRIA
Istituto Comprensivo " Alighieri " OPPIDO MAMERTINA	Scuola Media Statale "Gebbione- Bevacqua " REGGIO CALABRIA
Scuola Media Statale " N. Contestabile " TAURIANOVA	Scuola Media Statale " G. Galilei " REGGIO CALABRIA
Istituto Comprensivo Statale " G. Salvemini " POLISTENA	Istituto Comprensivo Dinami DINAMI
Istituto Comprensivo S. STEFANO D'ASPRONTE	Istituto Comprensivo San Calogero SAN CALOGERO
Istituto Comprensivo" F. Ierace-Lazzaro " MOTTA S. GIOVANNI	Istituto Comprensivo Soriano Calabro SORIANO CALABRO
Istituto Comprensivo" P.Pio da Pietralcina" Montebello SALINE J.	Scuola Media Statale "Toraldo " TROPEA
Istituto Comprensivo Campo Calabro SAN ROBERTO	Scuola Media Statale "N.Taccone Gallucci " MILETO
Scuola Statale Secondaria 1° "Garibaldi-Bruzzano- Buccarelli" VIBO VALENTIA	Istituto Paritario " Europa 2000 " CASTROVILLARI
Istituto Comprensivo Statale " Murmura " VIBO VALENTIA	

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

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

Nella nostra regione la raccolta dati HBSC del 2009-2010 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra gli operatori 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 piemontese, 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 Calabria garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

La numerosità campionaria è stata calcolata in circa 1200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione regionale studentesca, al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%. E' stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento dal 10% al 25% in ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

1.2 Descrizione del campione

In questa sezione sono presentate le principali caratteristiche del campione regionale esaminato. Complessivamente, sono state selezionate 213 classi, il 63% delle quali nelle sole prime medie inferiori. La rispondenza è totale (100%) in tutte e tre le fasce di età (tabella 1.1). In tabella 1.2 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 3155 ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, i maschi risultano essere 1567 (49,7%), con un rapporto maschi/femmine che si passa dal 52,36% degli undicenni al 49,9% e al 47,1% rispettivamente nelle altre due fasce di età. Il 95,7% dei ragazzi risulta nato in Italia (tabella 1.3) senza apprezzabili differenze per età: i nati all'estero risultano infatti leggermente più frequenti gli undicenni (3,8%) mentre sono soprattutto i ragazzi più grandi ad essere nati in Italia (97% i tredicenni e 97,7% i quindicenni).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	63	63	100
Classe terza media	73	73	100
Classe seconda superiore	77	77	100
Totale	213	213	100

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	33,69 (528)	30,29 (481)	31,98 (1.009)
13 anni	31,91 (500)	31,61 (502)	31,76 (1.002)
15 anni	34,40 (539)	38,10 (605)	36,26 (1.144)
Totale	100 (1.567)	100 (1.588)	100 (3.155)

Figura 1.1

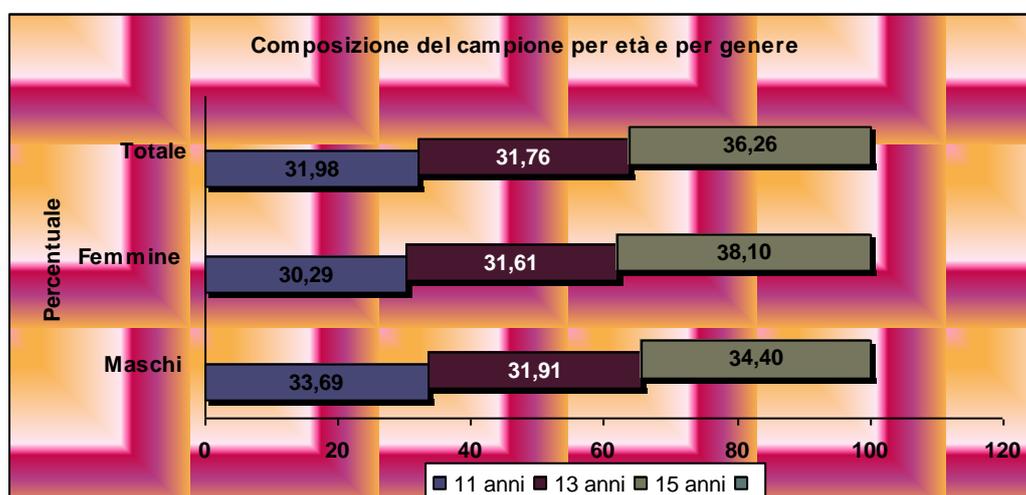


Tabella 1.3: Composizione del campione per nascita in Italia ed età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	96,17 (954)	97,07 (961)	97,70 (1.106)
Nato all'estero	3,83 (38)	2,93 (29)	2,30 (26)
Totale	100 (992)	100 (990)	100 (1.132)

Bibliografia capitolo 1

- HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at www.hbsc.org.
- HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

Letture di approfondimento

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

Capitolo 2: Il contesto familiare

2.1 Introduzione

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

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

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

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

2.2 La struttura familiare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La tabella 2.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari: il 73,3% delle famiglie da cui provengono i ragazzi intervistati sono composte da entrambi i genitori naturali. Tale percentuale sale all’86,9% se si considerano le famiglie in cui, oltre ai genitori, sono presenti anche i nonni, a conferma di quanto riportato in letteratura circa processi di cambiamento della famiglia tradizionale meno evidenti nel nostro paese.

Le famiglie in cui manca uno dei genitori naturali sono il 11,2% della popolazione intervistata; di queste, l’1,1% è rappresentato dalle famiglie cosiddette “ricostituite”, in cui uno dei genitori naturali, in assenza dell’altro, ha un nuovo coniuge o convivente. Da notare come soltanto nell’1,2% dei casi risulti assente la madre, presente da sola nell’8,9% dei casi. Sono così soprattutto le famiglie con una madre sola la maggioranza di quelle che escono dagli schemi “tradizionali”.

Molto limitate sono infine le situazioni in cui, essendo assenti entrambi i genitori, i ragazzi vivono con i nonni (0,59%) o hanno un’altra sistemazione (1,25%): comunità alloggio, casa famiglia o altro qui non classificato.

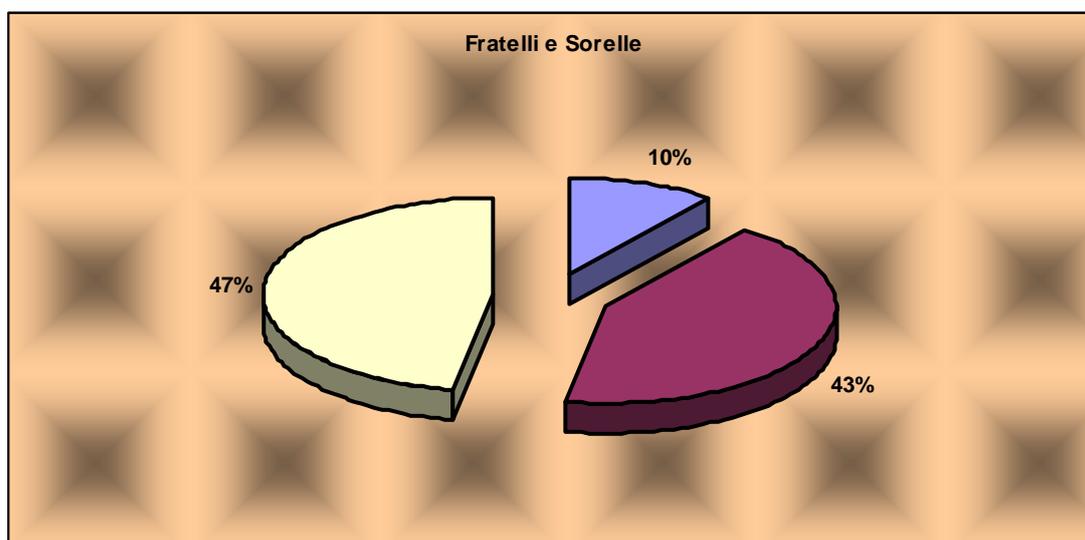
Tabella 2.1: Tipologia di famiglia per numero assoluto di intervistati (N) e percentuale (%)

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	73,34 (2.225)
Madre e padre, più uno o due nonni	13,58 (412)
Solo madre (con o senza nonni)	8,90 (270)
Solo padre (con o senza nonni)	1,22 (37)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,12 (34)
Solo nonni (uno o due)	0,59 (18)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1,25 (38)
Totale	100 (3.034)

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	10,14 (224)
1 fratello o sorella	42,62 (942)
2 o più fratelli o sorelle	47,24 (1044)
Totale	100 (2210)

Figura 2.1 - Composizione percentuale di fratelli e sorelle.



2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

Nel presente studio, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa a problemi che li preoccupavano con i propri genitori (madre e padre). Le modalità di risposta a questa domanda erano distribuite su una scala a 4 punti da "molto facile" a "molto difficile".

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

Nella tabella 2.3 è possibile osservare come la facilità con cui i ragazzi intervistati parlano di argomenti importanti con il padre diminuisca con l'età. Se infatti quasi più di un terzo (35,8%) degli undicenni dichiarano essere "molto facile" parlare con il proprio padre, tale quota scende all'11,4 % fra i quindicenni; meno consistente è invece la differenza tra coloro che rispondono "facile", che passa dal 36,7% al 41,5% al 37,8% circa.

L'indagine mette inoltre in evidenza una notevole differenza fra i generi dovuta al fatto che le ragazze dichiarano un rapporto con il padre mediamente peggiore dei ragazzi, con differenze di circa 20 punti percentuali soprattutto fra i tredicenni e i quindicenni (Figura 2.1)

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	35,78 (351)	18,77 (183)	11,46 (129)
Facile	36,70 (360)	41,95 (409)	37,83 (426)
Difficile	18,35 (180)	24,00 (234)	31,26 (352)
Molto difficile	6,52 (64)	12,41 (121)	16,34 (184)
Non ho questa persona	2,65 (26)	2,87 (28)	3,11 (35)
Totale	100 (981)	100 (975)	100 (1.126)

Anche nella facilità del rapporto con la madre, tuttavia, si osserva una diminuzione con l'età: la Tabella 2.4 evidenzia infatti il passaggio dal 59,6% circa dei ragazzi di 11 anni che lo giudicano "molto facile", al 30,7% dei quindicenni. Aumenta invece con l'età la quota di ragazzi intervistati che rispondono "facile"; aumento che è in grado però di compensare solo in parte la diminuzione complessiva. La differenza di genere non si evidenzia invece nella qualità della relazione con la madre che, come mostra la Figura 2.2, risulta essere, a tutte le età, più alta di quella con il padre.

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	59,61 (580)	38,24 (374)	30,37 (342)
Facile	30,22 (294)	41,82 (409)	45,03 (507)
Difficile	7,19 (70)	15,64 (153)	18,65 (210)
Molto difficile	1,95 (19)	3,17 (31)	4,80 (54)
Non ho questa persona	1,03 (10)	1,12 (11)	1,15 (13)
Totale	100 (973)	100 (978)	100 (1.126)

Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre per età.

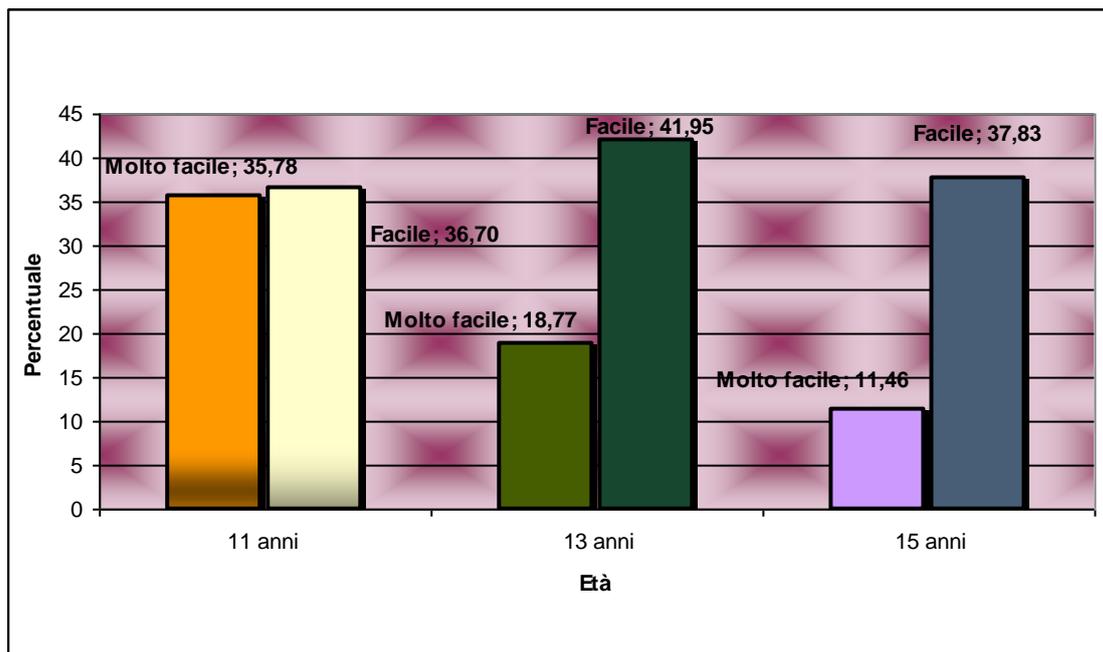
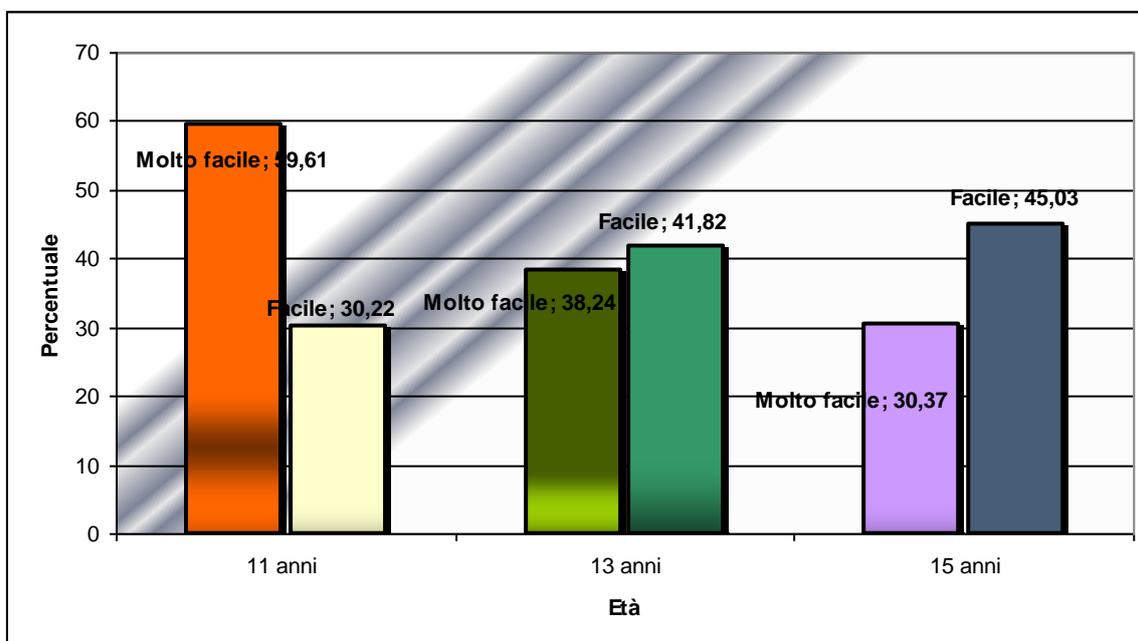


Figura 2.3 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre per età.



2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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

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

La Tabella 2.5 riporta la distribuzione per i tre livelli di FAS nella popolazione intervistata. La maggior parte dei ragazzi (oltre il 43,5%) si situa in una posizione intermedia, mentre il 39,6% del campione dichiara una certa agiatezza nel possesso di beni da parte della propria famiglia. La quota di quanti non hanno accesso ai beni considerati raggiunge, infine, il 16,9%.

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

FAS	% (N)
Basso	16,88 (523)
Medio	43,56 (1.350)
Alto	39,56 (1.226)
Totale	100 (3.099)

La Tabella 2.6 riporta i dati, stratificati per età, relativi al titolo di studio dei genitori dei ragazzi intervistati. Risulta che circa un 5,5% dei padri dei ragazzi intervistati possiede solo la licenza elementare, contro un 6,1% delle madri; circa un terzo (32,4%) dei genitori possiede la licenza media, mentre una laurea è posseduta da più del 20% sia dei padri (20,4%) che delle madri (20,7%) dei genitori; tutti gli altri hanno la maturità o un titolo professionale intermedio.

Tabella 2.6: Livello di istruzione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Licenza elementare	4,69 (34)	6,89 (56)	5,08 (53)	5,53 (40)	7,96 (68)	4,84 (50)
Licenza media	34,34 (249)	35,42 (288)	31,70 (331)	31,26 (226)	30,80 (263)	31,27 (323)
Istituto professionale	8,00 (58)	8,73 (71)	8,43 (88)	6,64 (48)	6,67 (57)	7,16 (74)
Maturità	28,97 (210)	29,64 (241)	36,97 (386)	30,98 (224)	35,25 (301)	39,59 (409)
Laurea	24,00 (174)	19,31 (157)	17,82 (186)	25,59 (185)	19,32 (165)	17,13 (177)
Totale	100 (725)	100 (813)	100 (1.044)	100 (723)	100 (854)	100 (1.033)

Figura – Livello di istruzione del padre, per età.

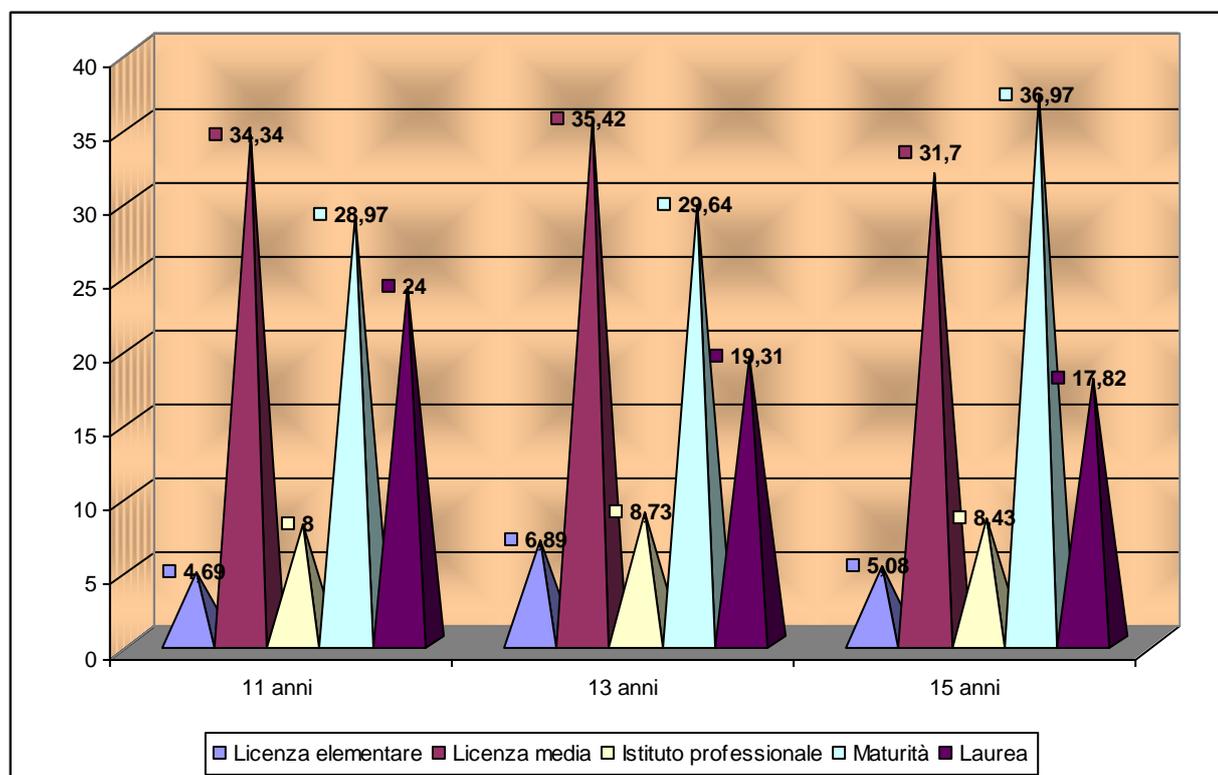
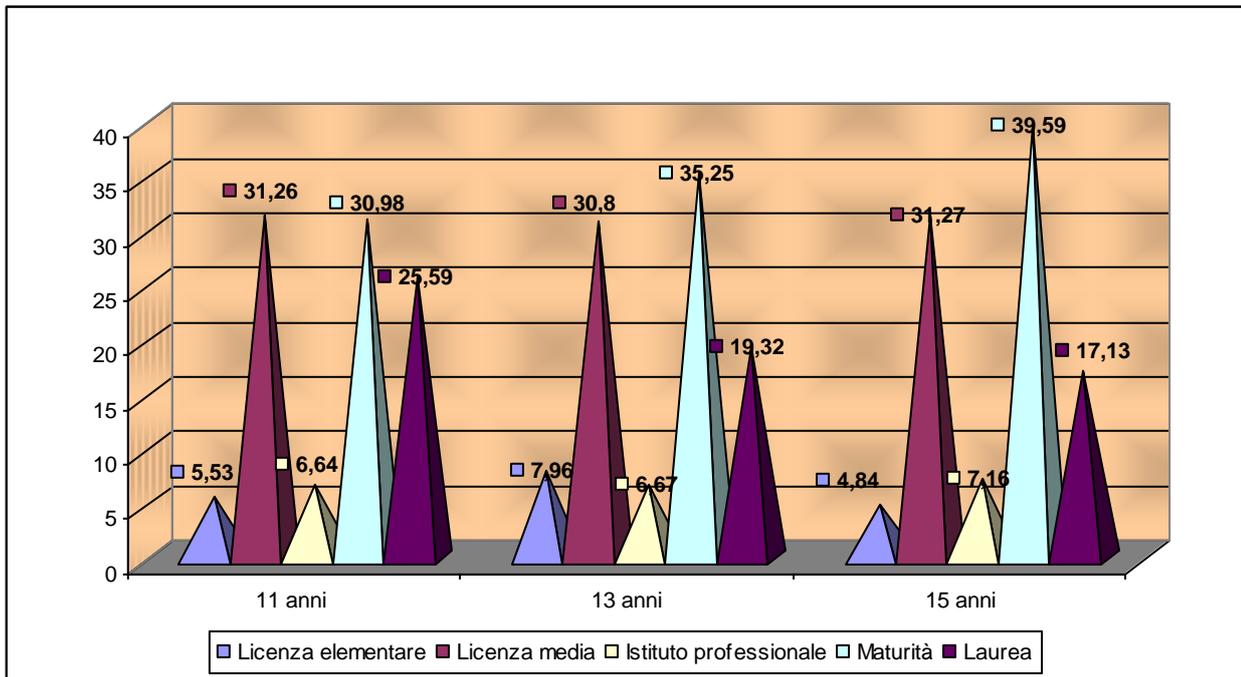


Figura – Livello di istruzione della madre, per età.



2.5 Conclusioni

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

Rispetto alla struttura familiare, si conferma la netta prevalenza di nuclei in cui sono presenti entrambi i genitori, con o senza nonni. Non è tuttavia possibile trascurare il fatto che le situazioni alternative rappresentano ormai un 11% circa delle realtà in cui vivono e crescono i ragazzi; realtà assodate, di cui occorre tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali, in quanto situazioni a rischio di svantaggio economico e sociale.

La qualità della relazione con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende a ridursi con l'età, risultando più bassa fra i quindicenni che fra i tredicenni e fra questi ultimi rispetto agli undicenni. Dato comprensibile, se si considera che l'adolescenza è l'età in cui inizia il distacco dalla famiglia, per avvicinarsi ad altri gruppi.

Da rilevare, tuttavia, il miglior rapporto più con la madre che con il padre, soprattutto per le ragazze che trovano molto più difficile rispetto ai coetanei maschi confidarsi con la figura maschile adulta della famiglia.

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

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perche C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz, T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie*. Anno 1998, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenof F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.

- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
-

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

3.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Cortile/ aree esterne % (N)	Edificio % (N)	Aule e spazi % (N)	Palestra % (N)	Biblioteca libreria % (N)	Computer e software % (N)	Risorse audiovisive % (N)	Attrezzature speciali per disabili % (N)	Laboratori specifici % (N)
Adeguito	56,55 (82)	74,66 (109)	71,43 (105)	50,69 (73)	66,67 (96)	83,67 (123)	78,47 (113)	41,38 (60)	70,55 (103)
Non adeguato	40,69 (59)	24,66 (36)	28,57 (42)	23,61 (34)	29,86 (43)	16,33 (24)	21,53 (31)	50,34 (73)	27,40 (40)
Risorsa non presente	2,76 (4)	0,68 (1)	0,00 (0)	25,69 (37)	3,47 (5)	0,00 (0)	0,00 (0)	8,28 (12)	2,05 (3)
Totale	100 (145)	100 (146)	100 (147)	100 (144)	100 (144)	100 (147)	100 (144)	100 (145)	100 (146)

Nella Tabella 3.1 sono riportate le valutazioni dei dirigenti sulle risorse strutturali della scuola e la loro adeguatezza rispetto ai bisogni. La maggior parte dei dirigenti dichiara che le risorse della scuola sono adeguate, con percentuali elevate nella valutazione dell'edificio (74,7%), risorse audiovisive (78,4%), computer e software (83,7%) e laboratori specifici (70,5%). Di rilievo il dato relativo alle attrezzature speciali per disabili, ritenute non adeguate da 50,3% dei dirigenti e quello relativo alla palestra, risorsa non presente in oltre un quarto degli edifici scolastici (25,7%).

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	48,61 (70)	73,10 (106)	60,42 (87)	51,06 (72)
Sì di tanto in tanto	45,14 (65)	22,76 (33)	35,42 (51)	42,55 (60)
No	6,25 (9)	4,14 (6)	4,17 (6)	6,38 (9)
Totale	100 (144)	100 (145)	100 (144)	100 (141)

Per quanto riguarda le misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire l'acquisizione di un sano stile di vita negli studenti (tabella 3.2), i dirigenti dichiarano di svolgerle abitualmente relativamente a Nutrizione e Alimentazione (48,6%), Attività fisica e sport (73,1%), Violenza e bullismo (60,4%), Abuso di sostanze (51,6%), ma nel 5% dei casi circa non si adotta alcuna misura in nessuno degli ambiti indagati, oggetto di interesse solo di tanto in tanto nei rimanenti casi.

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

	Mensa scolastica % (N)	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt % (N)	Distributori automatici di alimenti % (N)
Si	32,88 (48)	5,84 (8)	52,90 (73)
No	67,12 (98)	94,16 (129)	47,10 (65)
Totale	100 (146)	100 (137)	100 (138)

In relazione alla presenza di strutture o attività associate alla nutrizione e alla fruibilità di cibo agli studenti, all'interno della scuola, la mensa scolastica è presente in una scuola su tre (32,88%), distributori automatici di alimenti in una su due (52,9 %) mentre risultano praticamente quasi assenti programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt (appena il 5,84%), distribuzione che avviene (Tabella 3.4) soprattutto in occasione di spuntini di metà mattina (62,5%). I distributori automatici (tabella 3.5) dispensano soprattutto acqua (94,52 %), merendine preconfezionate, caremelle, snack (87,67%), succhi di frutta (76,71%), bevande calde (69,86%), bibite zuccherate o gassate (64,38%), e solo in pochi casi yogurt (10,96%) e frutta fresca (4,11%).

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

	Prima colazione % (N)	Spuntini di metà mattina % (N)	Merenda pomeridiana % (N)
Si	12,5 (1)	62,5 (5)	12,5 (1)
No	87,5 (7)	37,5 (3)	87,5 (7)
Totale	100 (8)	100 (8)	100 (8)

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

	Bibite zuccherate o gassate % (N)	Succhi di frutta % (N)	Merendine preconfezionate, caramelle, snack % (N)	Yogurt % (N)	Frutta fresca % (N)	Acqua % (N)	Bevande calde % (N)	Altro % (N)
Si	64,38 (47)	76,71 (56)	87,67 (64)	10,96 (8)	4,11 (3)	94,52 (69)	69,86 (51)	9,59 (7)
No	35,62 (26)	23,29 (17)	12,33 (9)	89,04 (65)	95,89 (70)	5,48 (4)	30,14 (22)	90,41 (66)
Totale	100 (73)	100 (73)	100 (73)	100 (73)	100 (73)	100 (73)	100 (73)	100 (73)

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

	Classi % (N)
Tutte	87,84 (130)
Quasi tutte	10,81 (16)
Circa la metà	0,68 (1)
Poche	0,68 (1)
Totale	100 (148)

I dirigenti scolastici dichiarano (Tabella 3.6) che praticamente tutte le classi (98,65%) riescono a fare le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum, mentre è residuale la percentuale di chi dichiara che ciò avviene solo per la metà delle classi o meno (1,34%).

Le scuole, complessivamente, partecipano poco ad iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner (Tabella 3.7), ma sembrerebbe essersi sviluppata una certa collaborazione con le Associazioni (volontariato, onlus,...) che riescono a coinvolgere la scuola nel 18,12% dei casi.

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

	Comune % (N)	Associazione agricoltori/ allevatori % (N)	Istituzioni provinciali % (N)	Associazioni (volontariato , onlus,...) % (N)	Direzione scolastica/ insegnanti % (N)	Altro % (N)
Sì	4,70 (7)	5,37 (8)	7,38 (11)	18,12 (27)	16,11 (24)	42,28 (63)
No	95,30 (142)	94,63 (141)	92,62 (138)	81,88 (122)	83,89 (125)	57,72 (86)
Totale	100 (149)	100 (149)	100 (149)	100 (149)	100 (149)	100 (149)

In merito al coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola (Tabella 3.8), nel 93% circa delle scuole la partecipazione è relativa allo sviluppo di politiche e regole, nel 71,94% all'insegnamento in classe, nel 66,9% allo sviluppo di misure di promozione alla salute e nel 64% alla pianificazione e organizzazione di eventi scolastici. Il livello di partecipazione scende in relazione all'organizzazione del contesto fisico (53 %)

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

	Sviluppo politiche e regole % (N)	Organizzazione contesto fisico % (N)	Sviluppo misure di promozione alla salute % (N)	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici % (N)	Insegnamento in classe % (N)
Frequentemente	93,06 (134)	53,23 (66)	66,91 (93)	64,03 (89)	71,94 (100)
Raramente	5,56 (8)	41,94 (52)	27,34 (38)	30,94 (43)	25,18 (35)
Mai	1,39 (2)	4,84 (6)	5,76 (8)	5,04 (7)	2,88 (4)
Totale	100 (144)	100 (124)	100 (139)	100 (139)	100 (139)

Infine (Tabella 3.9) è stata indagato anche l'ambiente sociale e fisico a livello dell'area in cui è situata la scuola, attraverso la percezione in termini di rilevanza di alcune problematiche. I dirigenti non percepiscono complessivamente l'esistenza di problematiche di rilievo, ritenendo che i diversi ambiti indagati siano quasi sempre problemi moderati o non presenti. In particolare le tensioni razziali/etniche sarebbero un problema rilevante solo nel 2,19% dei casi, le immondizie per strada nel 13,89%, lo spaccio/consumo di sostanze nel 6,8%, violenze/vandalismo nel 5,71%, il traffico eccessivo nel 17,93% e la presenza di edifici dismessi nel 2,11%.

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

	Tensioni razziali/etniche % (N)	Immondizie per strada % (N)	Spaccio/consumo di sostanze % (N)	Violenze/vandalismo % (N)	Traffico eccessivo % (N)	Edifici dismessi % (N)	Criminalità % (N)
Problema rilevante	2,19 (3)	13,89 (20)	6,38 (9)	5,71 (8)	17,93 (26)	2,11 (3)	7,91 (11)
Problema moderato/lieve	22,63 (31)	52,78 (76)	53,19 (75)	45,71 (64)	59,31 (86)	49,30 (70)	52,52 (73)
Problema non presente	74,45 (102)	33,33 (48)	30,50 (43)	45,00 (63)	22,07 (32)	45,77 (65)	34,53 (48)
Non so	0,73 (1)	0,00 (0)	9,93 (14)	3,57 (5)		2,82 (4)	5,04 (7)
Totale	100 (137)	100 (144)	100 (141)	100 (140)	100 (145)	100 (142)	100 (139)

Il quadro scolastico che emerge dall'analisi delle risposte dei dirigenti scolastici è piuttosto rassicurante

La maggior parte dei dirigenti dichiara, infatti, che le risorse della scuola sono adeguate ad eccezione delle attrezzature speciali per disabili, ritenute non adeguate nella metà dei casi, e della palestra, risorsa non presente in oltre un quarto degli edifici scolastici. Tuttavia, l'assenza della palestra non compromette lo svolgimento delle 2 ore curricolari di attività motoria, che è assicurata praticamente in quasi tutte le classi. I dirigenti dichiarano nel 95% dei casi, inoltre, di adottare misure per la promozione alla salute su ambiti diversi. Solo in una scuola su tre è attivo il servizio mensa, i distributori sono presenti in una scuola su due e distribuiscono soprattutto alimenti ipercalorici, solo in pochi casi yogurt ed in pochissimi frutta fresca.

Gli studenti partecipano alla vita scolastica anche in termini di organizzazione delle attività scolastiche e di definizione delle regole da seguire. L'ambiente limitrofo alla scuola non desta particolare preoccupazione in relazione a problematiche che creano in genere allarmismo (violenza, droga, tensioni razziali).

I risultati vanno, ovviamente, comparati con il quadro che emerge dall'indagine effettuata direttamente sulla popolazione di studenti

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro (solo 15 enni) di esprimere il proprio grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", "Nella mia classe sono incoraggiato a esprimere il mio punto di vista" e "Quando ho bisogno di un aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti".

Nella tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla prima affermazione, suddivise per sesso. La maggior parte degli studenti afferma di essere trattato in "modo giusto" dai propri insegnanti, senza importanti differenze tra maschi e femmine. Tuttavia, la percentuale di ragazzi che si dichiara indifferente nella valutazione del rapporto con i propri insegnanti raggiunge il 26% in entrambi i sessi.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	19,25 (102)	17,74 (107)	18,45 (209)
D'accordo	40,00 (212)	42,79 (258)	41,48 (470)
Né d'accordo né in disaccordo	26,04 (138)	26,53 (160)	26,30 (298)
Non d'accordo	9,81 (52)	9,29 (56)	9,53 (108)
Per niente d'accordo	4,91 (26)	3,65 (22)	4,24 (48)
Totale	100 (530)	100 (603)	100 (1.133)

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	19,47 (103)	22,06 (133)	20,85 (236)
D'accordo	41,59 (220)	42,79 (258)	42,23 (478)
Né d'accordo né in disaccordo	23,82 (126)	25,87 (156)	24,91 (282)
Non d'accordo	7,56 (40)	6,97 (42)	7,24 (82)
Per niente d'accordo	7,56 (40)	2,32 (14)	4,77 (54)
Totale	100 (529)	100 (603)	100 (1.132)

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	23,63 (125)	19,30 (116)	21,33 (241)
D'accordo	42,53 (225)	50,25 (302)	46,64 (527)
Né d'accordo né in disaccordo	21,93 (116)	21,80 (131)	21,86 (247)
Non d'accordo	6,43 (34)	6,99 (42)	6,73 (76)
Per niente d'accordo	5,48 (29)	1,66 (10)	3,45 (39)
Totale	100 (529)	100 (601)	100 (1.130)

In tabella 3.11 viene riportato il grado di accordo con l'affermazione riguardante il livello di coinvolgimento dei ragazzi in classe. Si osserva che il livello di accordo è di poco superiore al 63% delle osservazioni, ed è leggermente inferiore nei maschi (circa 61% vs circa il 65% nelle ragazze).

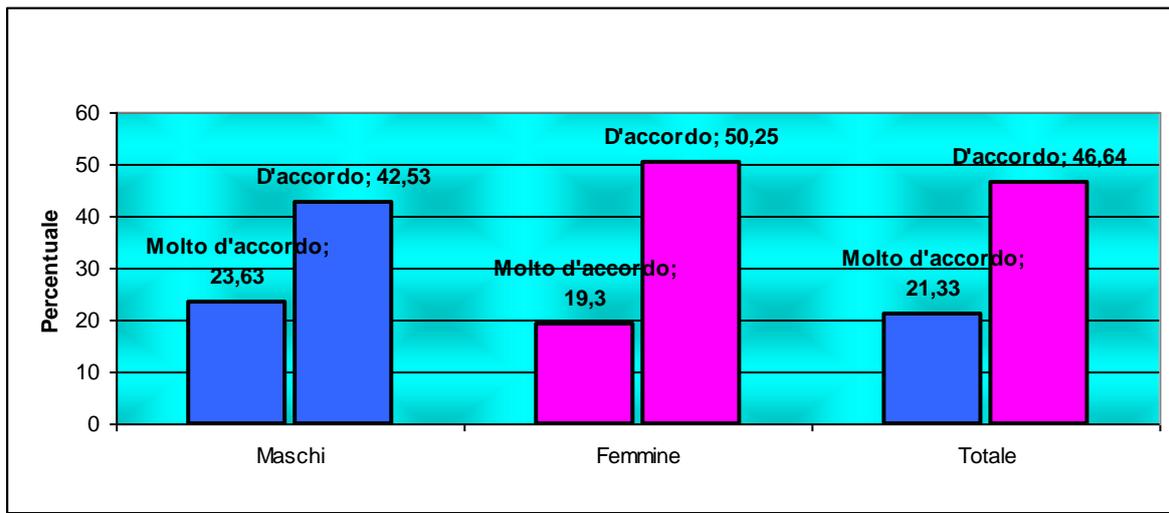
Nella tabella 3.12 viene valutato in che misura i ragazzi percepiscono la disponibilità degli insegnanti quando si trovano in difficoltà. La proporzione di ragazzi che affermano di poter contare su un aiuto supplementare in caso di bisogno ha un valore di circa il 68%, con lievi differenze tra maschi (66%) e femmine (69%).

La figura 3.1 riassume graficamente quanto riportato nelle tabelle 3.1, 3.2 e 3.3 per i ragazzi che hanno dichiarato di essere d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni precedenti. Si può osservare come i ragazzi in questa fascia di età percepiscano complessivamente di essere trattati in modo giusto (in entrambi i sessi una percentuale intorno al 60%).

Di rilievo l'indifferenza all'argomento di circa un ragazzo su quattro/cinque, indipendentemente dal sesso: dal 20 al 26% dichiara infatti di non essere né in accordo né in disaccordo.

In caso di bisogno, inoltre, la maggior parte di loro (68%) percepisce la disponibilità del corpo insegnante.

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



3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

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

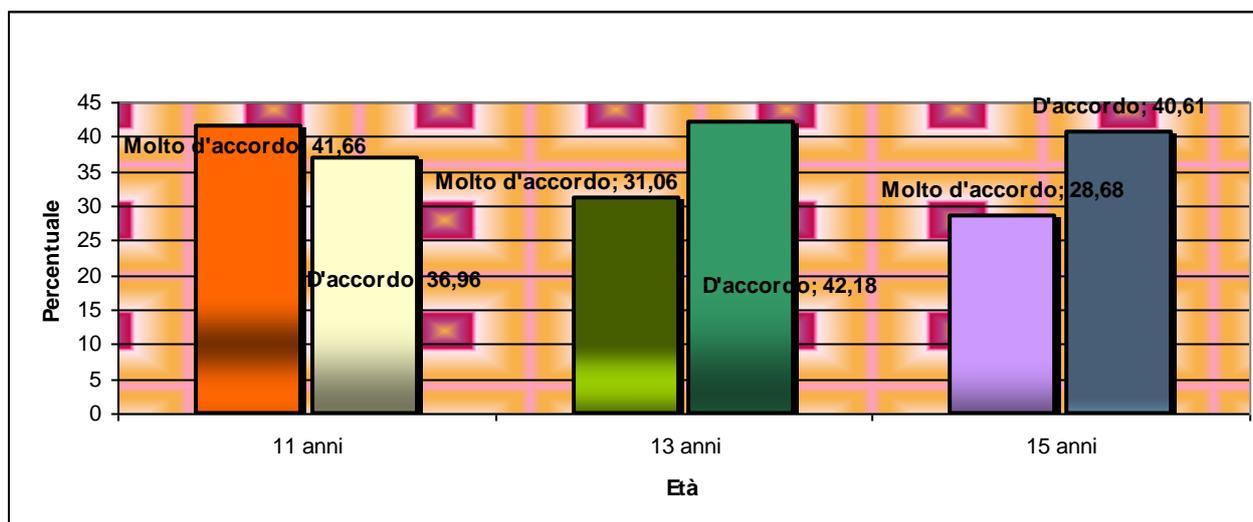
Tabella 3.13: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	41,66 (417)	31,06 (310)	28,68 (327)
D'accordo	36,96 (370)	42,18 (421)	40,61 (463)
Né d'accordo né in disaccordo	14,89 (149)	18,04 (180)	18,33 (209)
Non d'accordo	4,60 (46)	6,91 (69)	9,91 (113)
Per niente d'accordo	1,90 (19)	1,80 (18)	2,46 (28)
Totale	100 (1.001)	100 (998)	100 (1.140)

La maggior parte dei ragazzi in tutte le età considerate (Tabella 3.13) percepisce i propri compagni come gentili e disponibili (78%, 75% e 68% rispettivamente per gli 11, i 13 ed i quindicenni), anche se al crescere dell'età si riduce la percezione della disponibilità dei coetanei.

Quando si analizzano le risposte per classi di età suddivise per sesso (figura 3.2) si osserva che per i ragazzi questa percezione tende a diminuire con il crescere dell'età, in entrambi i sessi, ma la percentuale rimane comunque superiore al 60%.

Figura 3.2 – Ragazzi che rispondono che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età



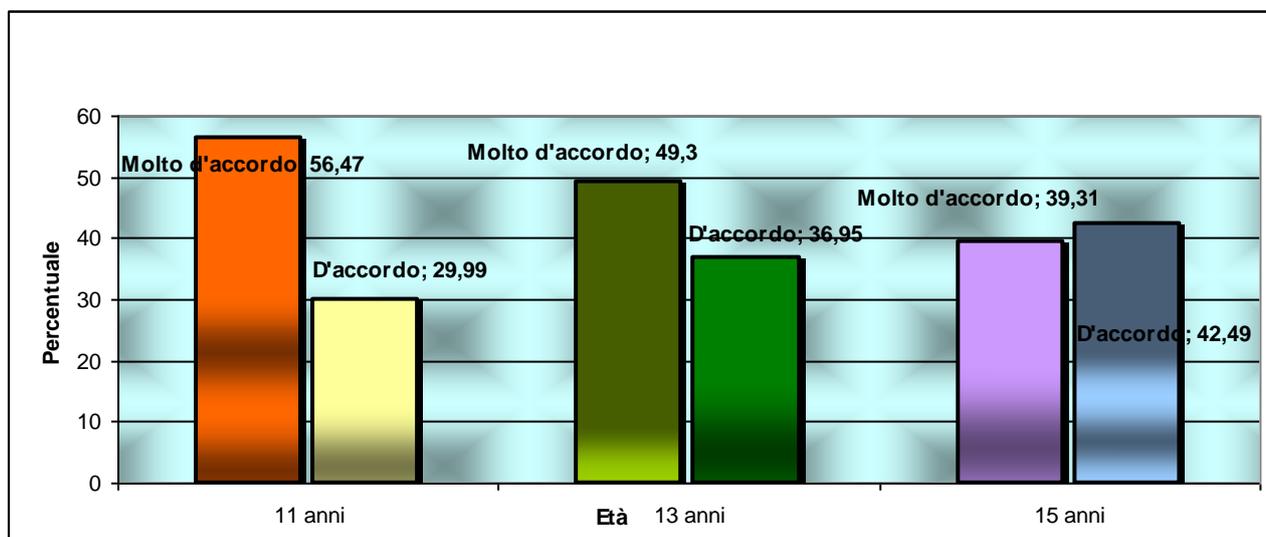
Nella tabella 3.14 sono riportate le risposte relative al secondo item riservato alle relazioni con i coetanei e al grado di accettazione percepito. Nuovamente possiamo osservare quella che sembra essere una riduzione costante nella frequenza di risposte positive al crescere dell'età, pur con un livello di accordo sempre superiore all'80%. La maggior parte dei ragazzi a qualunque età si sente accettato dai compagni. A differenza di quanto osservato nelle domande relative al rapporto con gli insegnanti, si riducono moltissimo le risposte neutrali, indicando una maggiore volontà o capacità di giudizio di fronte alle affermazioni proposte.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	56,47 (563)	49,30 (491)	39,31 (445)
D'accordo	29,99 (299)	36,95 (368)	42,49 (481)
Né d'accordo né in disaccordo	7,72 (77)	7,83 (78)	12,99 (147)
Non d'accordo	2,81 (28)	3,21 (32)	3,53 (40)
Per niente d'accordo	3,01 (30)	2,71 (27)	1,68 (19)
Totale	100 (997)	100 (996)	100 (1.132)

Anche suddividendo le risposte per sesso (figura 3.3) la situazione osservata non cambia: più dell'80% degli intervistati si sente accettato dai compagni, anche se le ragazze, rispetto ai coetanei, riferiscono un minore accordo con l'affermazione indagata

Figura 3.3 – Ragazzi che rispondono che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono": per età.



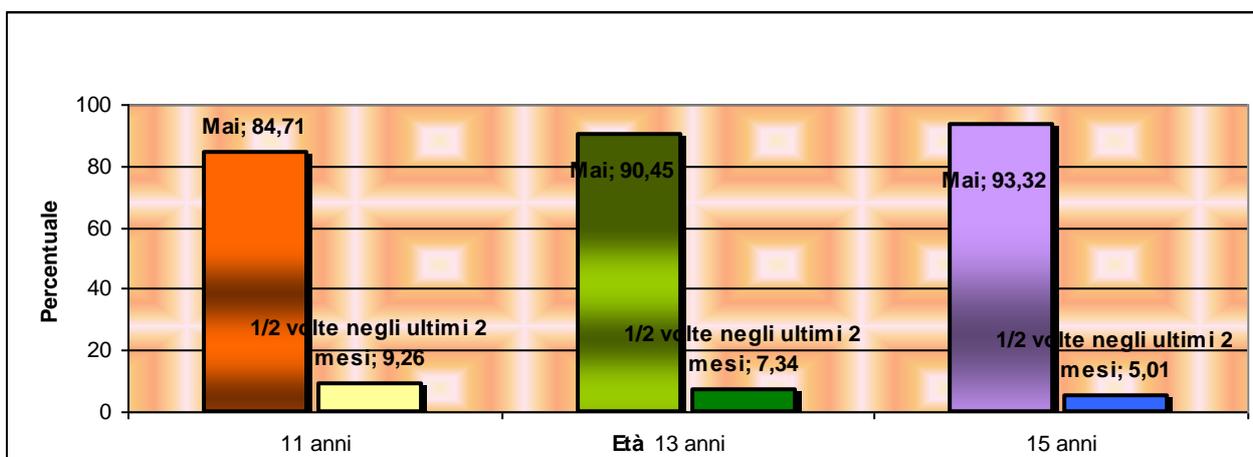
In questo studio, relativamente al rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola, è stato approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce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

Risulta evidente (tabella 3.15) come, in contrasto con le pressioni mediatiche, questo non sia un fenomeno prevalente nelle nostre scuole: più del 90% dei ragazzi, in tutte le fasce d'età, dichiara di non aver mai subito atti di bullismo. Il fenomeno, quando presente, è leggermente più rappresentato nelle classi di età più giovani, essere stato oggetto di atti di bullismo una o due volte, negli ultimi due mesi, nei ragazzi di 11 anni raggiunge infatti l'9% per scendere al 7% ed al 5% nei ragazzi più grandi (rispettivamente 13 e 15 anni).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	84,71 (842)	90,45 (900)	93,32 (1062)
1-2volte negli ultimi due mesi	9,26 (92)	7,34 (73)	5,01 (57)
2-3volte nell'ultimo mese	3,42 (34)	0,90 (9)	0,88 (10)
1v/sett	0,80 (8)	0,40 (4)	0,18 (2)
>1volta/sett	1,81 (18)	0,90 (9)	0,62 (7)
Totale	100 (994)	100 (995)	100 (1.138)

Figura 3.4– Ragazzi che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età.



Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno”) negli ultimi 12 mesi. Nella tabella 3.16 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	57,57 (578)	54,05 (540)	61,56 (703)
Una volta	19,02 (191)	21,32 (213)	19,26 (220)
2 volte	8,67 (87)	10,21 (102)	8,41 (96)
3 volte	5,18 (52)	3,90 (39)	4,12 (47)
4 volte o più	9,56 (96)	10,51 (105)	6,65 (76)
Totale	100 (1.004)	100 (999)	100 (1.142)

Più del 50% del campione, in tutte le fasce d'età (oltre il 60% nei più grandi), dichiara di non essere stato coinvolto in episodi violenti nell'ultimo anno; i più giovani sembrano essere coinvolti in piccole risse più di frequente (quattro o più volte): 9,56% negli undicenni verso il 10,51% dei tredicenni e poco più del 6% nei quindicenni.

3.5 Rapporto con la scuola

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

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

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da “mi piace molto” a “non mi piace per niente”. In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

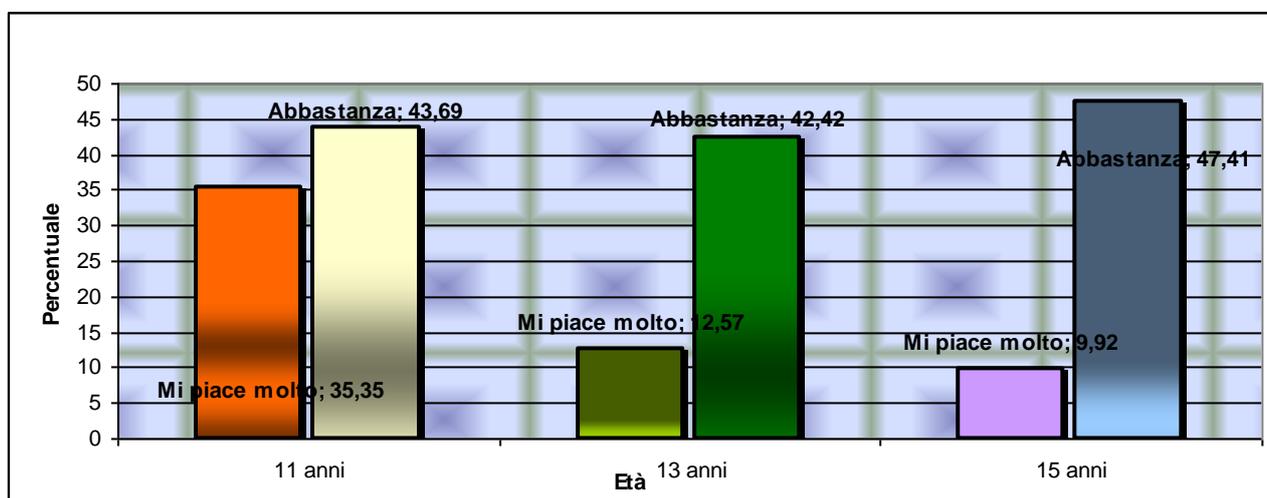
La maggior parte degli adolescenti dichiara di gradire la scuola. Sono i ragazzi di 13 anni ad apprezzarla di meno rispetto agli 11 e quindicenni. La percentuale di chi dichiara di non apprezzare affatto la scuola è infatti maggiore nei tredicenni (11,8%) contro il 5,8% negli undicenni e l'8,6% nei quindicenni

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	35,35 (356)	12,57 (126)	9,92 (113)
Abbastanza	43,69 (440)	42,42 (425)	47,41 (540)
Non tanto	15,09 (152)	33,13 (332)	34,06 (388)
Non mi piace per nulla	5,86 (59)	11,88 (119)	8,60 (98)
Totale	100 (1.007)	100 (1.002)	100 (1.139)

Nella figura 3.5 possiamo osservare come la scuola piaccia soprattutto alle ragazze e in misura maggiore alle più giovani (circa l'80% delle undicenni contro il 60% delle tredicenni e delle quindicenni). Per i ragazzi, quando messi a confronto con le coetanee, la situazione appare simile, anche se con valori inferiori, con una riduzione del piacere per la scuola che passa dal 70% negli undicenni al 50% nei tredicenni e quindicenni.

Figura 3.5 – Risposte di coloro a cui piace “molto” e “abbastanza” la scuola, per età.



3.6 Conclusioni

L'ambiente scolastico è percepito dagli studenti come un luogo di socializzazione “sano”, caratterizzato da buoni rapporti con i pari e con i propri insegnanti, ma è soprattutto per i più giovani che la scuola è percepita come luogo “piacevole” ed, in generale, più per le femmine che per i maschi. Con il passaggio dai 13 ai 15 anni, invece, la scuola sembra diventare un luogo sempre meno piacevole ed anche le relazioni che in essa si intrattengono sembrano diventare più difficili. Un ulteriore aspetto da sottolineare è come all'interno dei diversi contesti scolastici (scuole medie e scuole superiori) siano diffusi atti di bullismo, sebbene in percentuali modeste. Queste forme di

prevaricazione ripetute possono essere fonte, per le vittime, di una progressiva perdita di autostima e del benessere scolastico. Incoraggiante è comunque il dato secondo cui tale fenomeno sembrerebbe ridursi consistentemente con il passaggio alle scuole superiori. Il motivo di questa riduzione potrebbe dipendere dall'acquisizione di competenze relazionali più raffinate e mature

Bibliografia capitolo 3

- Barth J. M., Dunlap S. T., Dane H., Lochman J. E., Wells K. C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J. A., Blumenfeld P. C., Paris A. H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.

- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198-1209.
- Wentzel K. R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5-28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 - 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207-221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1-16
-

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

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

Particolare significato assume la diffusione di scorretti stili di vita negli adolescenti, età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana, attraverso l'acquisizione di stili di vita salutari.

Infatti è utile ricordare, come suggeriscono alcuni studi, (WHO, 2008; Schor EL, 2003) che l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta.

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

4.2 Attività fisica

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

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

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

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

4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

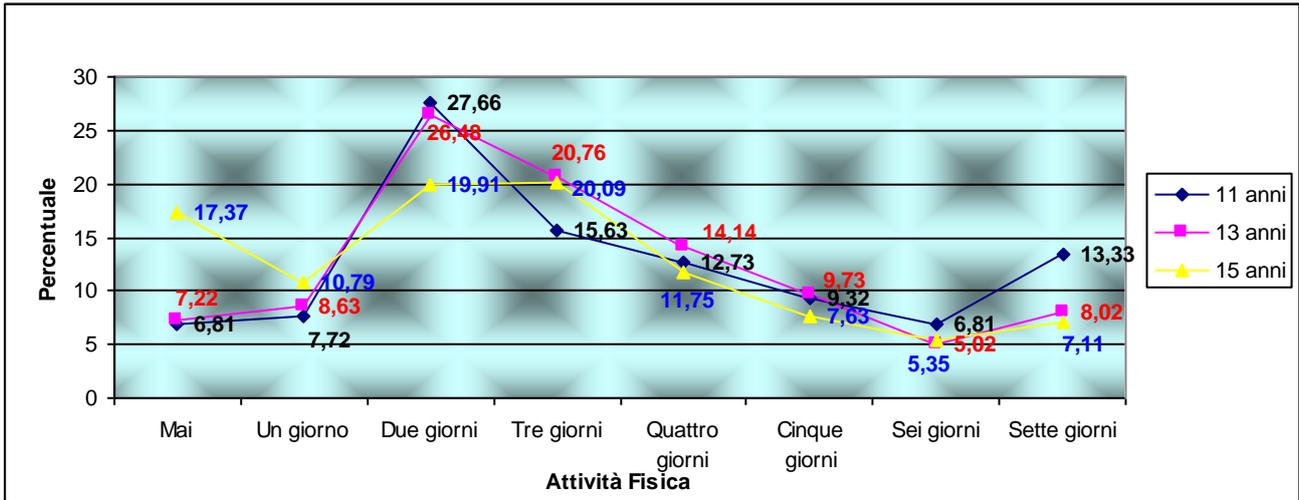
Le linee guida internazionali, americane e dell'Unione Europea, raccomandano nei ragazzi in età dello sviluppo di fare una moderata o intensa attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti, in grado di generare un incremento della respirazione, della sudorazione e del senso di affaticamento (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin, 1998). Le attività moderate (da 3,5 a 7 Kcal/min) comprendono: camminare, andare in bicicletta, ballare, fare attività in palestra e in piscina, svolgere lavori domestici. Le attività intense (oltre 7 Kcal/min) comprendono: la corsa, step, karate, judo e la maggior parte degli sport competitivi (CDC, 2009; U.S. DHHS, 2008).

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno". I risultati sono sintetizzati nella tab. 4.1 e nella fig. 4.1

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	6,81 (68)	7,22 (72)	17,37 (198)
Un giorno	7,72 (77)	8,63 (86)	10,79 (123)
Due giorni	27,66 (276)	26,48 (264)	19,91 (227)
Tre giorni	15,63 (156)	20,76 (207)	20,09 (229)
Quattro giorni	12,73 (127)	14,14 (141)	11,75 (134)
Cinque giorni	9,32 (93)	9,73 (97)	7,63 (87)
Sei giorni	6,81 (68)	5,02 (50)	5,35 (61)
Sette giorni	13,33 (133)	8,02 (80)	7,11 (81)
Totale	100 (998)	100 (997)	100 (1.140)

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



Solamente il 7 – 8% dei ragazzi delle fasce d'età 13 e 15 anni svolge attività fisica secondo quanto indicato dalle raccomandazioni internazionali sopra illustrate; il dato migliora negli undicenni tra i quali la percentuale di coloro che svolgono quotidianamente almeno 60 minuti di attività fisica moderata o intensa supera il 13%. Nella fascia di età 11 anni si trova anche la più bassa percentuale di coloro che non fanno mai attività fisica (meno del 7%); tale percentuale aumentare con l'aumentare dell'età e nei quindicenni raggiunge il 17,4%. I dati relativi alla frequenza di attività fisica settimanale rispetto al sesso indicano che le femmine svolgono meno attività fisica rispetto ai maschi, tale fenomeno è ampiamente confermato da tutta la letteratura.

Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, sia durante l'orario scolastico che al di fuori di questo, facessero esercizio fisico intenso, tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata. In tutte e tre le fasce di età, al di fuori dell'orario scolastico, le percentuali più elevate vengono riscontrate per "2-3 volte a settimana". E' abbastanza chiaro che la quantità di attività fisica intensa tende a diminuire al crescere dell'età.

4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

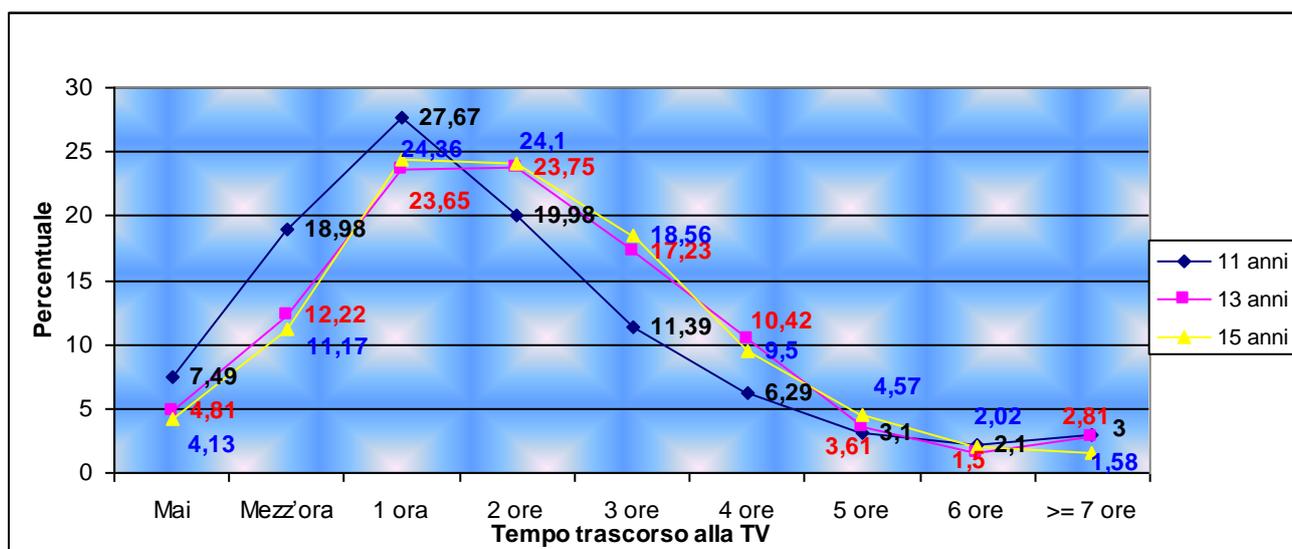
Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

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 mentre il 54,14% dei ragazzi di 11 anni trascorre davanti al televisore non più di un'ora al giorno, tale percentuale diminuisce drasticamente nei 15enni (39,66%)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7,49 (75)	4,81 (48)	4,13 (47)
Mezz'ora	18,98 (190)	12,22 (122)	11,17 (127)
1 ora	27,67 (277)	23,65 (236)	24,36 (277)
2 ore	19,98 (200)	23,75 (237)	24,10 (274)
3 ore	11,39 (114)	17,23 (172)	18,56 (211)
4 ore	6,29 (63)	10,42 (104)	9,50 (108)
5 ore	3,10 (31)	3,61 (36)	4,57 (52)
6 ore	2,10 (21)	1,50 (15)	2,02 (23)
>= 7 ore	3,00 (30)	2,81 (28)	1,58 (18)
Totale	100 (1.001)	100 (998)	100 (1.137)

Figura 4.2 – Frequenza percentuale del tempo trascorso a guardare la televisione (videocassette, DVD o altro), per età



Trascorrono davanti alla Tv un tempo superiore a quello raccomandato il 25,88% degli 11enni; tale percentuale aumenta con l'aumentare dell'età per raggiungere il 36,23% nei 15enni

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	19,52 (196)	18,67 (186)	21,41 (243)
Mezz'ora	24,50 (246)	15,66 (156)	15,68 (178)
1 ora	23,21 (233)	26,31 (262)	20,88 (237)
2 ore	16,14 (162)	15,96 (159)	18,94 (215)
3 ore	8,86 (89)	10,44 (104)	9,07 (103)
4 ore	3,29 (33)	5,72 (57)	5,46 (62)
5 ore	1,49 (15)	3,21 (32)	3,79 (43)
6 ore	1,39 (14)	1,61 (16)	1,67 (19)
>= 7 ore	1,59 (16)	2,41 (24)	3,08 (35)
Totale	100 (1.004)	100 (996)	100 (1.135)

Figura 4.3 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per età

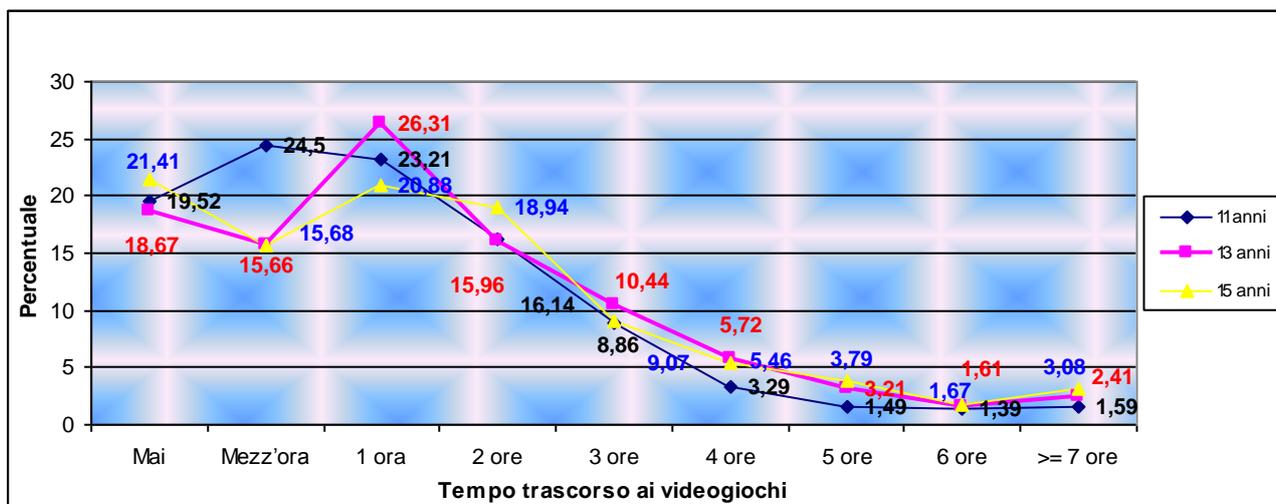
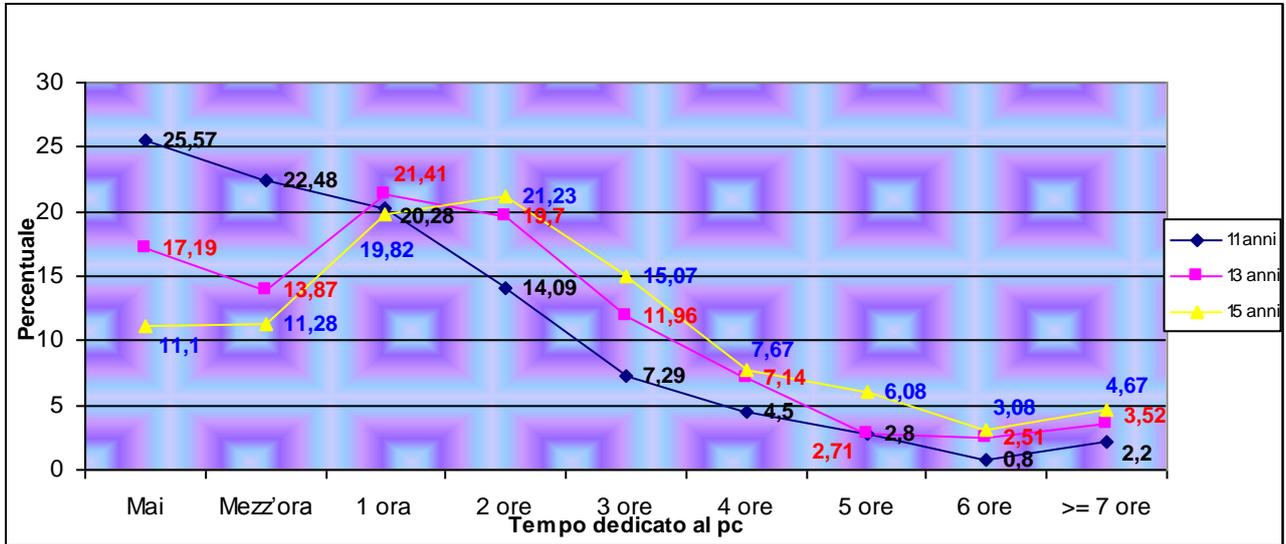


Tabella 4.4: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	25,57 (256)	17,19 (171)	11,10 (126)
Mezz'ora	22,48 (225)	13,87 (138)	11,28 (128)
1 ora	20,28 (203)	21,41 (213)	19,82 (225)
2 ore	14,09 (141)	19,70 (196)	21,23 (241)
3 ore	7,29 (73)	11,96 (119)	15,07 (171)
4 ore	4,50 (45)	7,14 (71)	7,67 (87)
5 ore	2,80 (28)	2,71 (27)	6,08 (69)
6 ore	0,80 (8)	2,51 (25)	3,08 (35)
>= 7 ore	2,20 (22)	3,52 (35)	4,67 (53)
Totale	100 (1.001)	100 (995)	100 (1.135)

Nella tab. 4.3 e nelle fig. 4.4 si può osservare come l'utilizzo del computer per consultare internet, per chattare o inviare email, sia prerogativa dei ragazzi più grandi; il 25,5% circa degli 11enni, infatti, dichiara di non utilizzare mai tale mezzo contro il 17% circa dei 13enni e l'11% dei 15enni. Complessivamente, all'età di 15 anni, circa il 77,6% dei ragazzi utilizza il computer per almeno 1 ora al giorno. La frequenza percentuale del tempo dedicato al computer non mostra differenze statisticamente significative tra i due generi

Figura 4.4 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età.



4.4 Rapporti con i pari

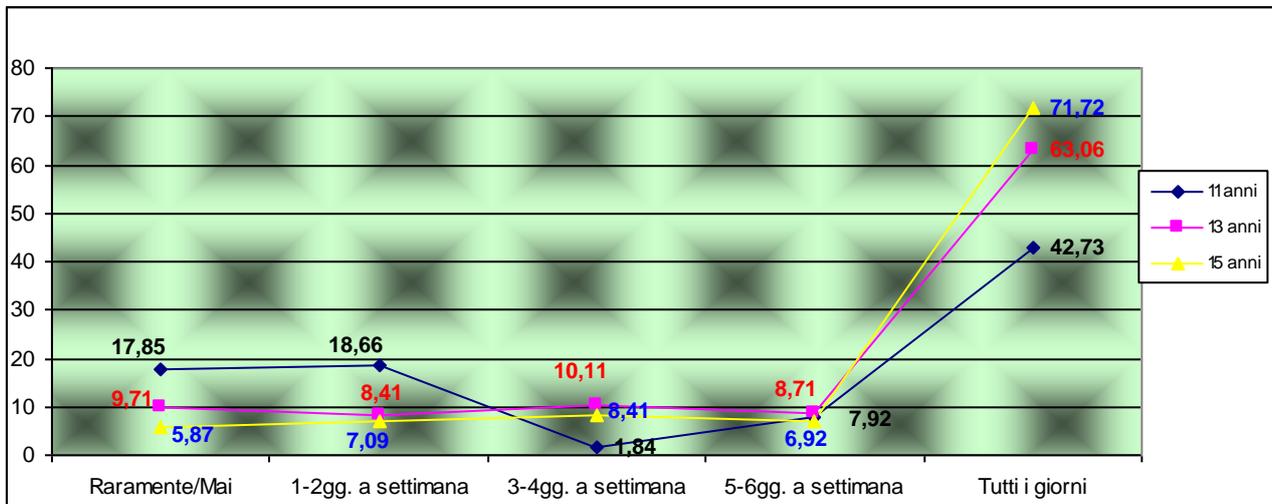
Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (Laible et al., 2004). Le interazioni sociali tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono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

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

Tabella 4.5: “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	17.85 (178)	9.71 (97)	5.87 (67)
1-2gg/sett.	18.66 (186)	8.41 (84)	7.09 (81)
3-4gg/sett.	1.84 (128)	10.11 (101)	8.41 (96)
5-6gg/sett	7.92 (79)	8.71 (87)	6.92 (79)
Tutti i giorni	42.73 (426)	63.06 (630)	71.72 (819)
Totale	100 (997)	100 (999)	100 (1.142)

Figura 4.5 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per età.



L'utilizzo del telefono per parlare o mandare messaggi aumenta drasticamente con l'aumentare dell'età come pure i contatti attraverso e-mail e soprattutto tramite i social network ; a 15 anni circa il 72% dei ragazzi li utilizza quotidianamente, con una maggior prevalenza del genere femminile

Circa il 35% dei ragazzi esce 5 o 6 giorni a settimana con gli amici dopo la scuola , non vi sono differenze significative per età, si osserva invece una lieve differenza di genere, i maschi escono più frequentemente.

In riferimento alle uscite serali la maggior parte dei ragazzi esce una o due volte a settimana probabilmente in corrispondenza del fine settimana, con una comprensibile minor frequenza di uscita per gli 11enni.

Conclusioni

I dati regionali dell'indagine HBSC evidenziano come i comportamenti sedentari siano particolarmente diffusi tra gli adolescenti, probabilmente l'attività fisica è svolta prevalentemente durante l'orario scolastico e nell'ambito di attività sportive organizzate. Peraltro la strutturazione dei centri urbani della nostra Regione non favorisce il movimento a piedi od in bicicletta o la disponibilità di spazi all'aperto facilmente fruibili per camminare o giocare. L'adesione a comportamenti sedentari è favorita inoltre dalla evoluzione tecnologica che, attraverso internet, permette ai ragazzi di essere in contatto con gli amici senza muoversi da casa, senza dimenticare l'attrazione esercitata dalla tv e dai videogiochi.

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C, Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf

- Corbin CB, Pangrazzi RP. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Crespo CJ, Smit E, Troiano RP, Bartlett SJ, Macera CA, Andersen RE. (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155(3):360-5
- EU Working Group "Sport and Health" (2008) EU Physical Activity Guidelines: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Laible DJ, Carlo G, Roesch SC. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc.* Dec;27(6):703-16.
- MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50:1-14
- Nelson MC, Neumark-Stzainer D, Hannan PJ, Sirard JR, Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics.* 118(6):e1627-34.
- Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med.* 33(4 Suppl):S251-6.
- Schor EL; Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111(6 Pt 2):1541-71.
- Sonneville KR, La Pelle N, Taveras EM, Gillman MW, Prosser LA. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr.* 21;9:81.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Troiano RP, Macera CA, Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr.* 131(2S-1):451S-460S.
- UK Government. Directgov. Children and healthy weight. Last update 2010
http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIH. (2005) We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook
http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. (2006). Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr.*;9(5):606-12.
- Vieno, A., Santinello, M., & Martini, C.M. (2005). Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html
-

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

5.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

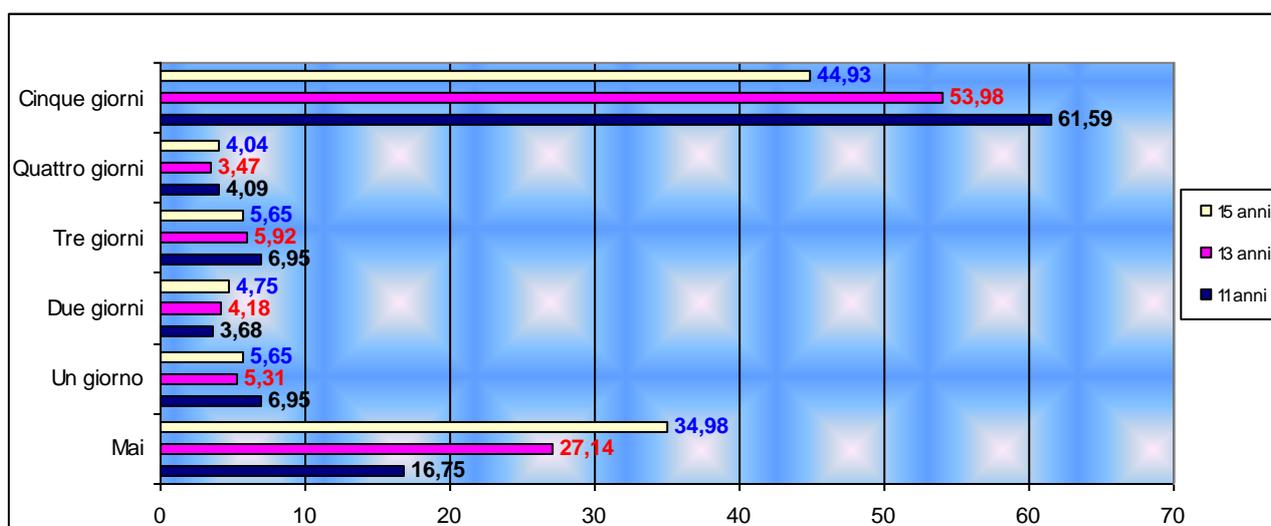
Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

Nella tab. 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della prima colazione per età: si evidenzia come con l'aumentare dell'età diminuisca significativamente la percentuale di giovani che fa colazione, si passa infatti dal 16% di 11 anni al 35% di 15 anni che al mattino non mangiano mai.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	16,75 (164)	27,14 (266)	34,98 (390)
Un giorno	6,95 (68)	5,31 (52)	5,65 (63)
Due giorni	3,68 (36)	4,18 (41)	4,75 (53)
Tre giorni	6,95 (68)	5,92 (58)	5,65 (63)
Quattro giorni	4,09 (40)	3,47 (34)	4,04 (45)
Cinque giorni	61,59 (603)	53,98 (529)	44,93 (501)
Totale	100 (979)	100 (980)	100 (1.115)

Figura 5.1– Percentuale di ragazzi che fanno colazione durante i giorni di scuola per età.

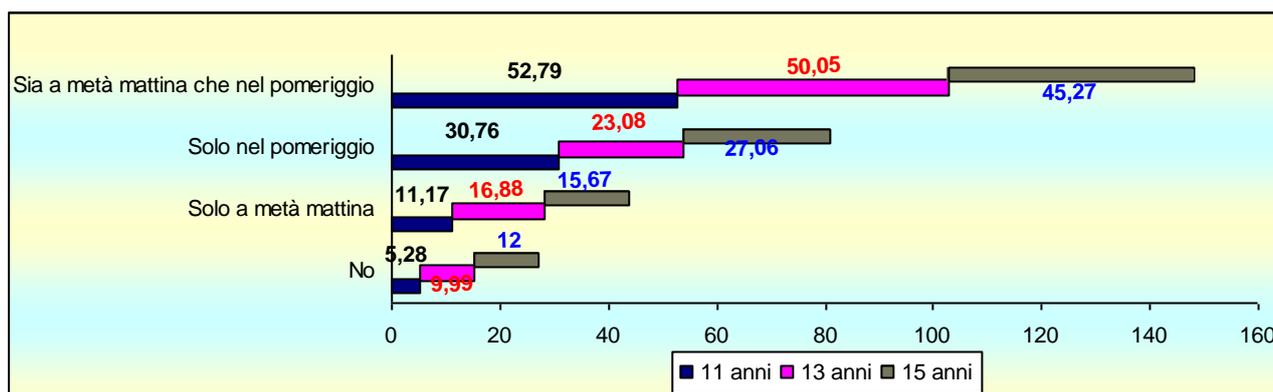


Gli adolescenti che fanno merenda sia a metà mattina che nel pomeriggio si aggirano intorno al 50% con una riduzione nella frequenza che varia dal 52,8% a 11 anni al 45,3% dei 15 anni (vedi tab. 4.2 e fig. 5.2).

Tabella 5.2: “Di solito fai merenda?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	5,28 (52)	9,99 (100)	12,00 (137)
Solo a metà mattina	11,17 (110)	16,88 (169)	15,67 (179)
Solo nel pomeriggio	30,76 (303)	23,08 (231)	27,06 (309)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	52,79 (520)	50,05 (501)	45,27 (517)
Totale	100 (985)	100 (1.001)	100 (1.142)

Figura 5.2 – Percentuale di ragazzi che fanno merenda, per età.



5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

In tabella 5.3. possiamo vedere che circa il 7% degli adolescenti non mangia mai la frutta, nella fascia d'età di 11 anni si nota come il consumo, se pur poco frequente, è più costante (maggiore frequenza "una volta al giorno tutti i giorni"); non vi sono differenze di genere.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7,12 (71)	6,23 (62)	7,44 (85)
Meno di una volta a settimana	6,52 (65)	8,04 (80)	9,45 (108)
Una volta a settimana	8,63 (86)	8,04 (80)	9,80 (112)
2-4 volte a settimana	20,86 (208)	22,91 (228)	25,20 (288)
5-6 volte a settimana	10,83 (108)	10,85 (108)	10,94 (125)
Una volta al giorno tutti i giorni	27,58 (275)	25,93 (258)	22,57 (258)
Più di una volta al giorno	18,46 (184)	17,99 (179)	14,61 (167)
Totale	100 (997)	100 (995)	100 (1.143)

Figura 5.3– Percentuale di ragazzi che mangiano frutta durante la settimana, per età.

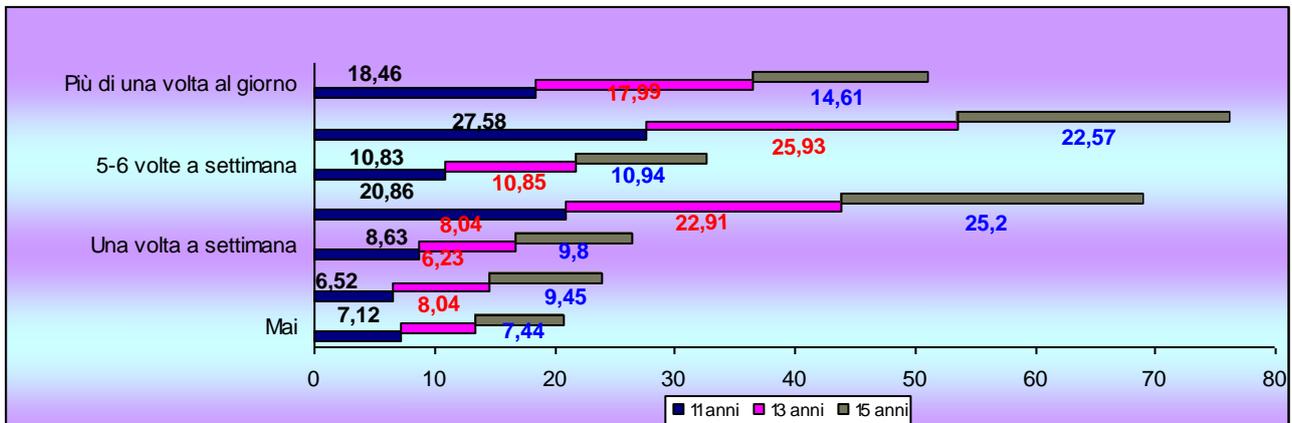
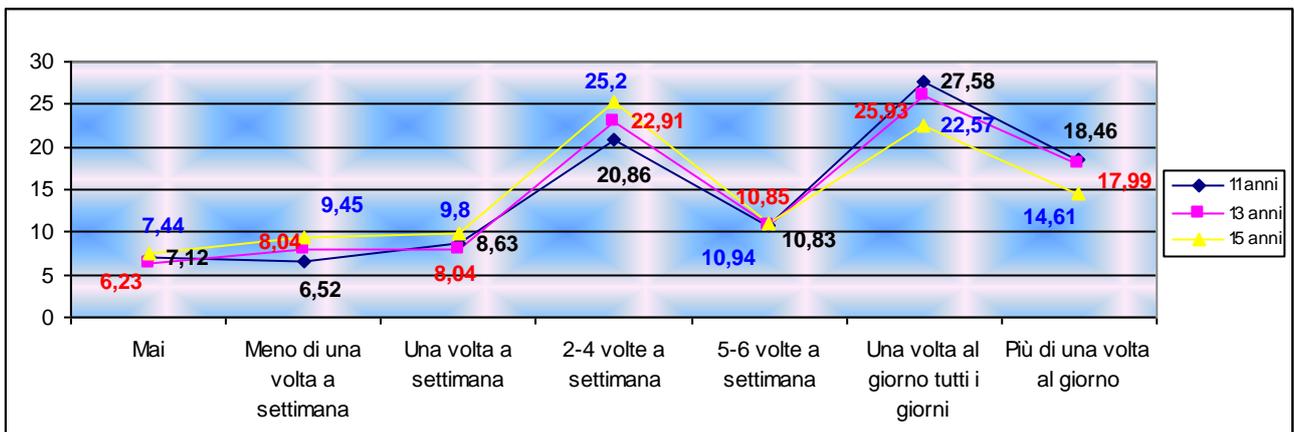


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età



Più elevata è la percentuale di adolescenti che non consumano mai verdura (vedi tab. 5.4); la maggior frequenza di consumo si ha nei 15enni che mangiano verdura 2-4 volte a settimana (circa il 38%). Anche in questo caso come per il consumo di frutta, non si notano differenze di genere

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	13,42 (133)	11,29 (112)	11,57 (131)
Meno di una volta a settimana	12,71 (126)	9,98 (99)	10,25 (116)
Una volta a settimana	19,78 (196)	21,88 (217)	20,58 (233)
2-4 volte a settimana	27,85 (276)	33,97 (337)	37,63 (426)
5-6 volte a settimana	12,61 (125)	11,90 (118)	9,54 (108)
Una volta al giorno tutti i giorni	7,67 (76)	6,55 (65)	6,01 (68)
Più di una volta al giorno	5,95 (59)	4,44 (44)	4,42 (50)
Totale	100 (991)	100 (992)	100 (1.132)

Figura 5.5– Percentuale del consumo di verdura, per età

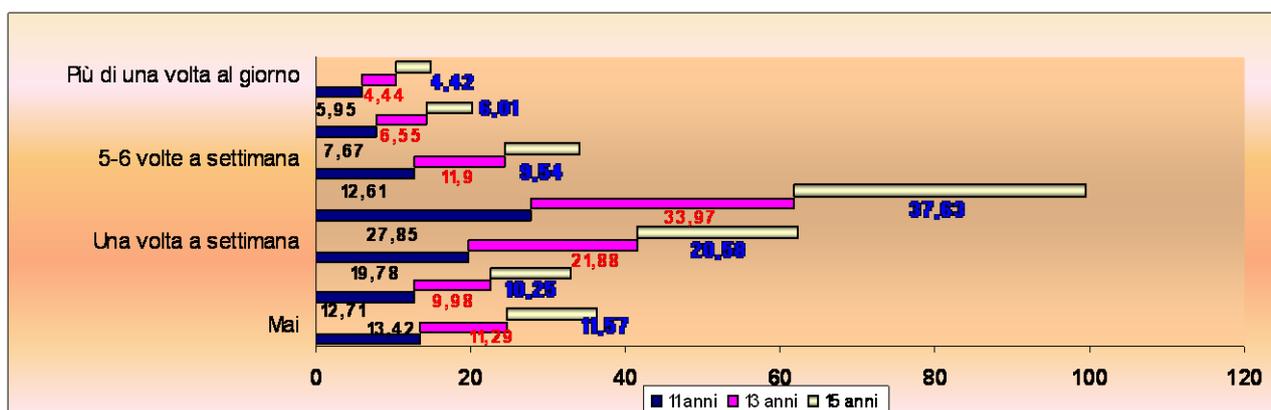
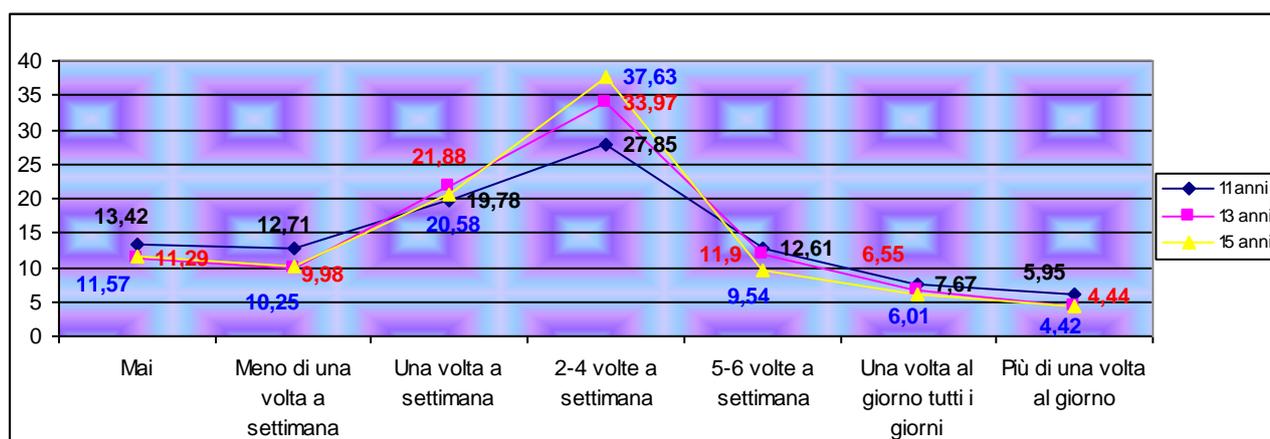


Figura 5.6 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

Il frequente consumo di dolci coinvolge un'elevata quota di adolescenti, infatti circa il 47% del campione dichiara di mangiare dolci almeno "5-6 giorni a settimana", e il 20,3% di consumarne più di una volta al giorno. Nella nostra Regione sulle alte frequenze di consumo si rilevano differenze rispetto alla fascia di età: il 40,9% degli 11enni consuma dolci "almeno 5-6 volte" a settimana, tale percentuale aumenta in maniera significativa raggiungendo il 50,8% nei 15enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	2,91 (29)	3,22 (32)	1,59 (18)
Meno di una volta a settimana	16,78 (167)	12,08 (120)	11,13 (126)
Una volta a settimana	19,60 (195)	16,92 (168)	13,78 (156)
2-4 volte a settimana	19,80 (197)	18,73 (186)	22,70 (257)
5-6 volte a settimana	12,36 (123)	11,68 (116)	14,31 (162)
Una volta al giorno tutti i giorni	9,75 (97)	15,81 (157)	15,81 (179)
Più di una volta al giorno	18,79 (187)	21,55 (214)	20,67 (234)
Totale	100 (995)	100 (993)	100 (1.132)

Figura 5.7 – Percentuale del consumo di dolci, per età

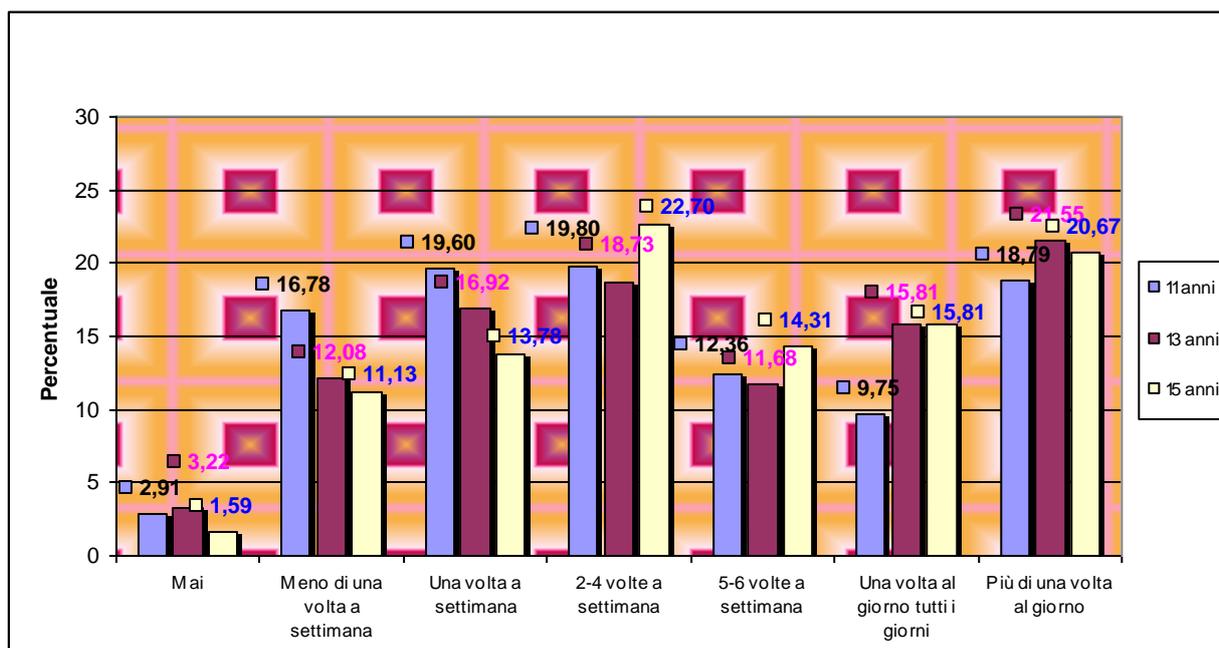
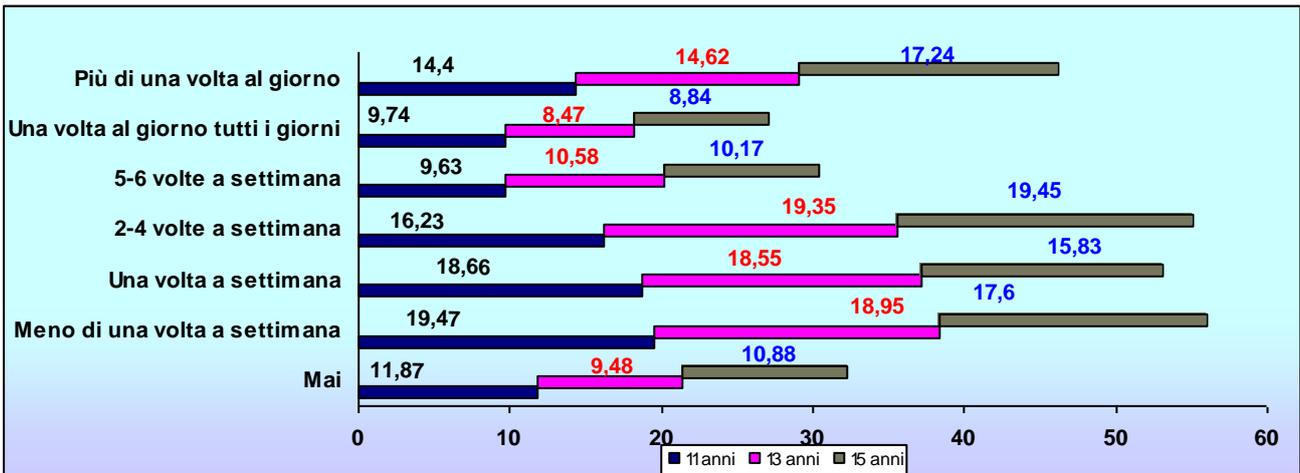


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”, per età

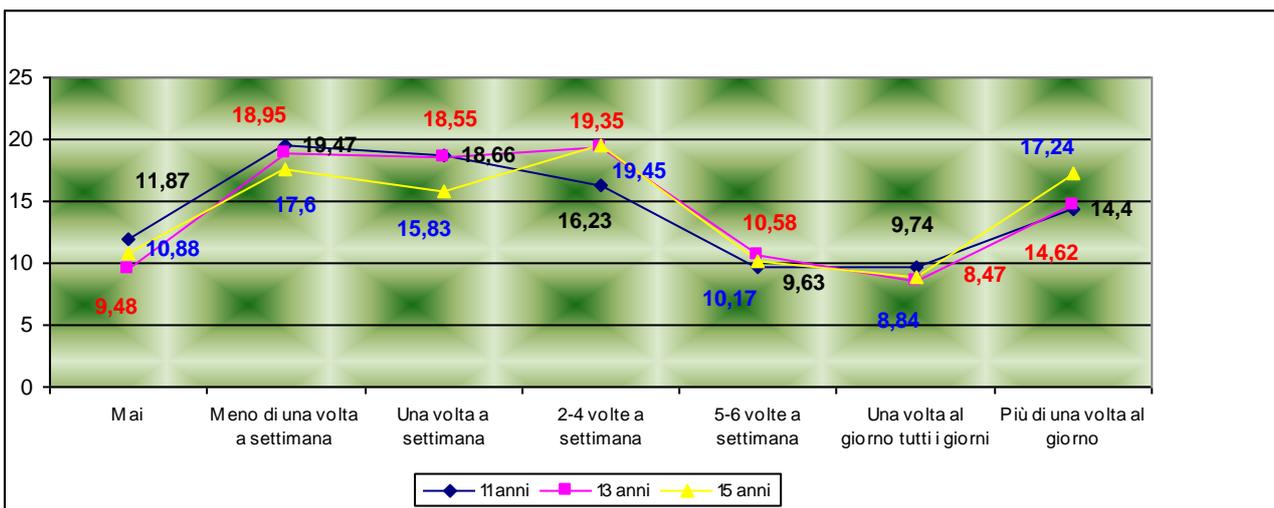
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	11,87 (117)	9,48 (94)	10,88 (123)
Meno di una volta a settimana	19,47 (192)	18,95 (188)	17,60 (199)
Una volta a settimana	18,66 (184)	18,55 (184)	15,83 (179)
2-4 volte a settimana	16,23 (160)	19,35 (192)	19,45 (220)
5-6 volte a settimana	9,63 (95)	10,58 (105)	10,17 (115)
Una volta al giorno tutti i giorni	9,74 (96)	8,47 (84)	8,84 (100)
Più di una volta al giorno	14,40 (142)	14,62 (145)	17,24 (195)
Totale	100 (986)	100 (992)	100 (1.131)

Figura 5.8.– Percentuale del consumo di coca cola o di altre bibite zuccherate, per età.



Il frequente consumo di bibite zuccherate coinvolge una quota di adolescenti non trascurabile, infatti ben il 34,5% del campione dichiara l'assunzione per almeno "5-6 giorni alla settimana" (tabella 5.8) La frequenza di consumo più elevata (più di una volta al giorno) tende ad aumentare con l'età passando dal 14,40% a undici anni al 17,24% a quindici anni. Rispetto ai consumi più elevati il trend è maggiore nei maschi.

Figura 5.9 – Frequenza percentuale del consumo di coca cola o di altre bibite zuccherate, per età.



5.5 Stato nutrizionale

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

In base ai dati dichiarati la maggior parte degli adolescenti risulta essere normopeso. I valori di sovrappeso ed obesità riportati nella tab. 5. sono leggermente più elevati negli 11enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	3,33 (25)	2,79 (23)	2,27 (23)
Normopeso	73,20 (549)	78,67 (649)	79,21 (804)
Sovrappeso	19,33 (145)	15,03 (124)	16,35 (166)
Obeso	4,13 (31)	3,52 (29)	2,17 (22)
Totale	100 (750)	100 (825)	100 (1.015)

Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e di età

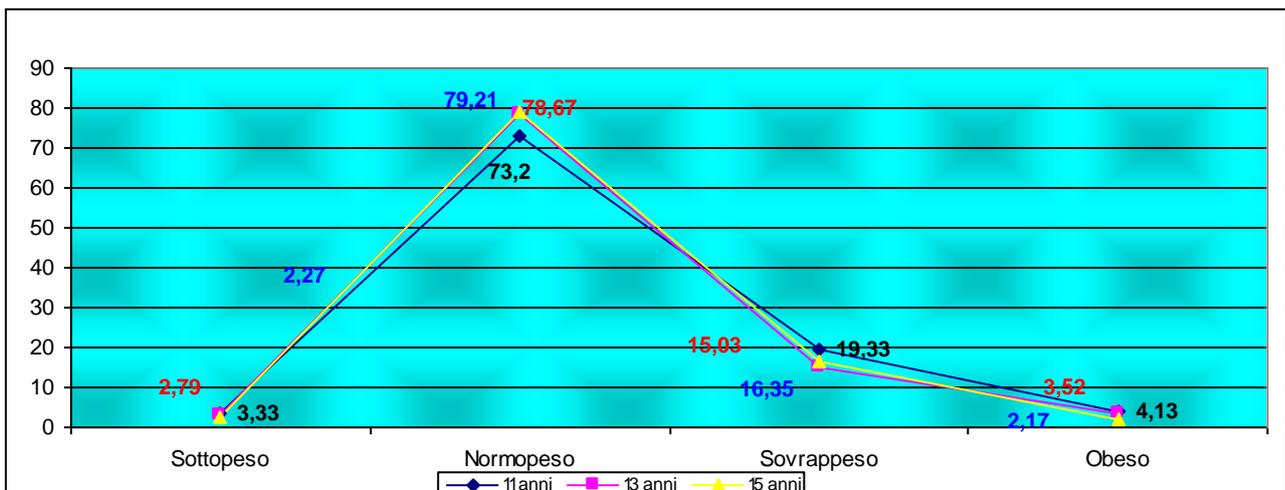


Figura 5.11 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC (solo 11 anni)

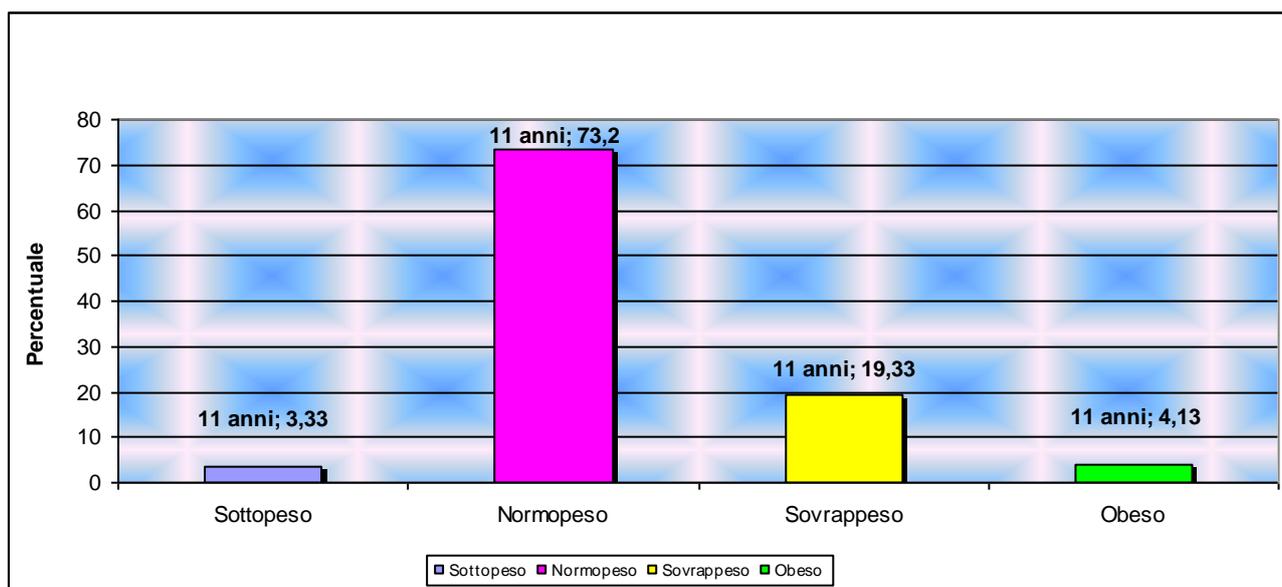


Figura 5.12 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC (solo 13 anni)

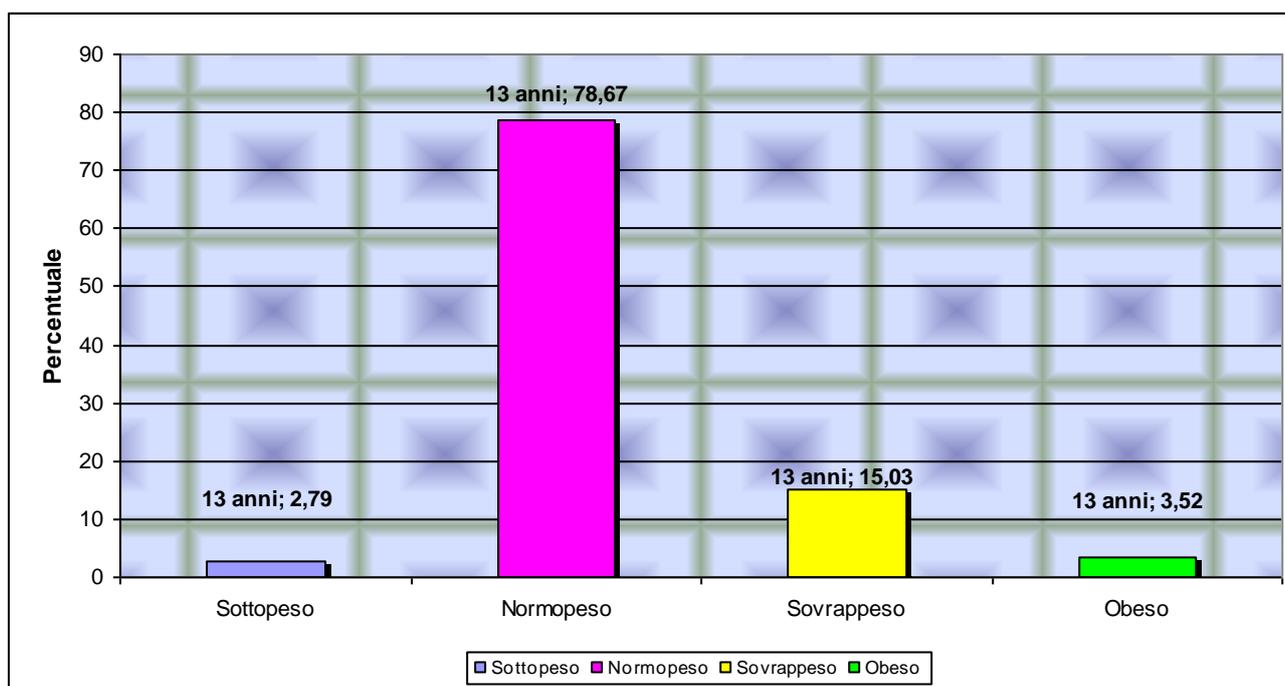
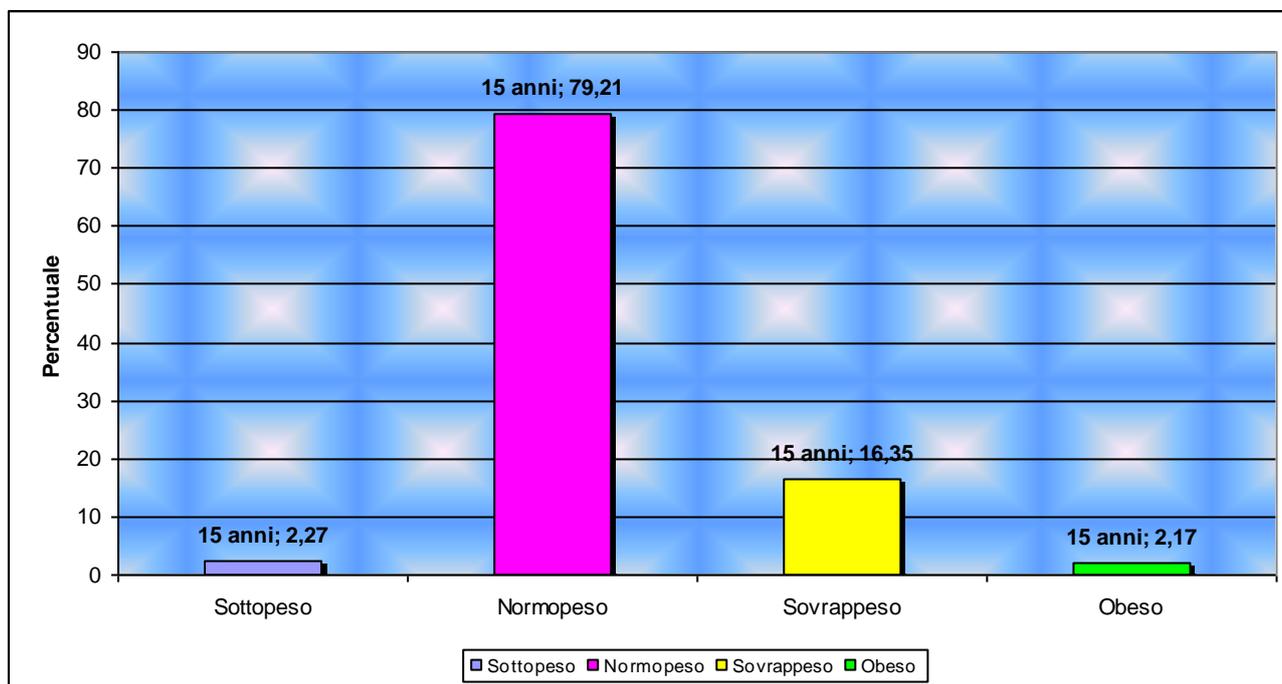


Figura 5.13 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC (solo 15 anni)



A tutte le età si notano valori di IMC più elevati nei maschi; trattandosi di dati riferiti si può ipotizzare che il genere maschile tenda a dichiarare valori più corrispondenti a quelli reali.

Per quanto riguarda la percezione del proprio corpo nel genere femminile e nelle fasce d'età di 13 e 15 anni, si evidenzia una maggiore percentuale di adolescenti che si sentono grasse e che dichiarano di essere a dieta; a quindici anni sono circa il 20%.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	15,43 (154)	12,27 (122)	9,33 (106)
Giusto	62,12 (620)	63,18 (628)	64,88 (737)
Grasso	22,44 (224)	24,55 (244)	25,79 (293)
Totale	100 (998)	100 (994)	100 (1136)

Figura 5.14 –Percentuale di coloro che si sentono grassi, per età.

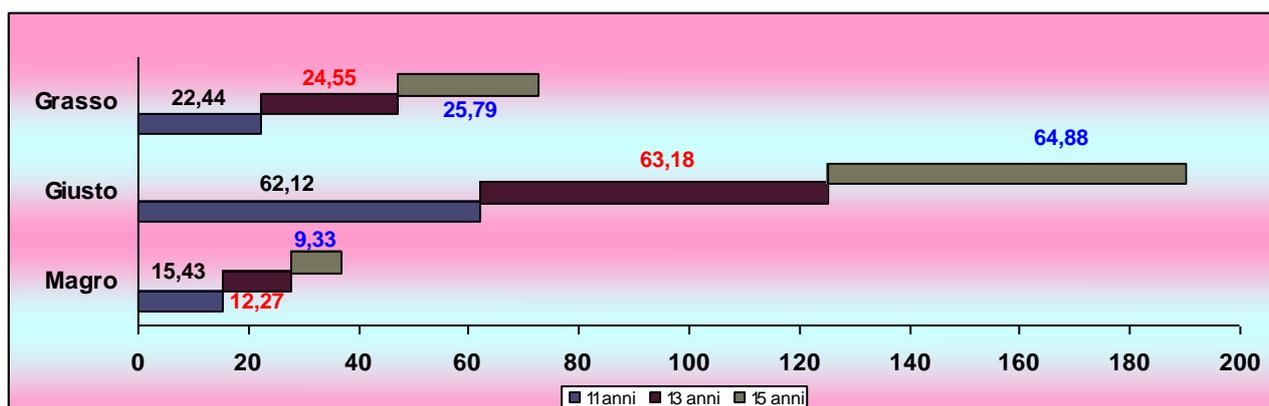


Figura 5.15 – Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età.

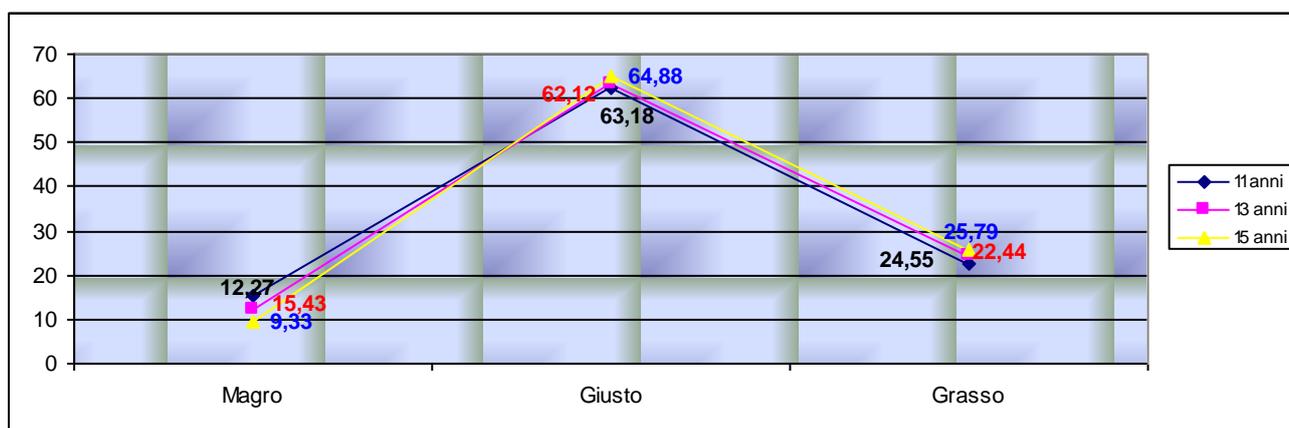
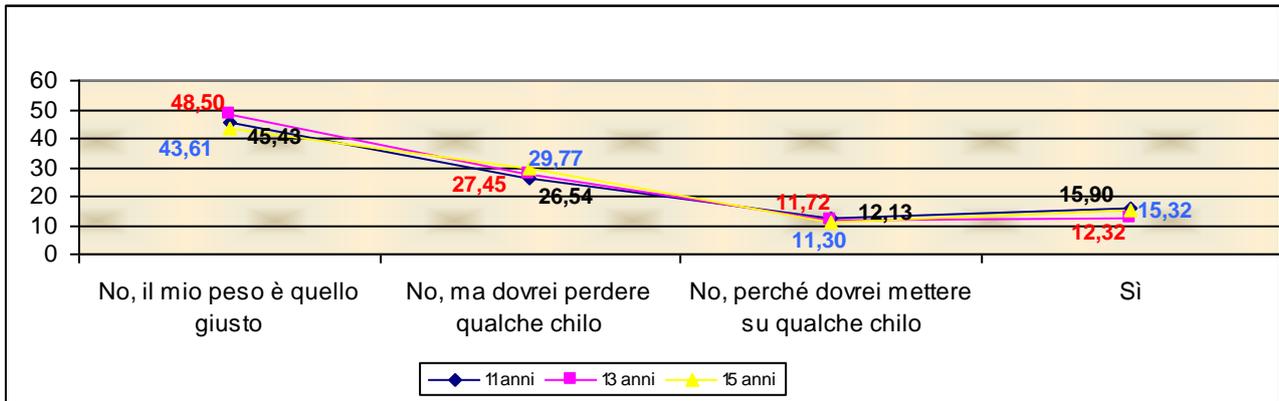


Tabella 5.9: “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	45,43 (457)	48,50 (484)	43,61 (498)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	26,54 (267)	27,45 (274)	29,77 (340)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	12,13 (122)	11,72 (117)	11,30 (129)
Sì	15,90 (160)	12,32 (123)	15,32 (175)
Totale	100 (1.006)	100 (998)	100 (1.142)

Figura 5.16 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età.



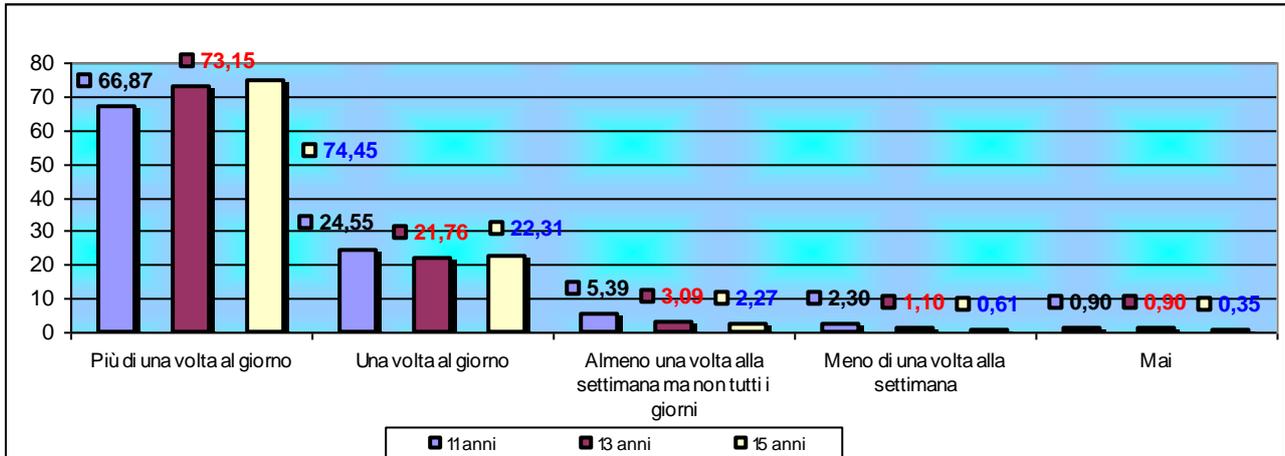
5.6 Igiene orale

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	66,87 (670)	73,15 (733)	74,45 (851)
Una volta al giorno	24,55 (246)	21,76 (218)	22,31 (255)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	5,39 (54)	3,09 (31)	2,27 (26)
Meno di una volta alla settimana	2,30 (23)	1,10 (11)	0,61 (7)
Mai	0,90 (9)	0,90 (9)	0,35 (4)
Totale	100 (1.002)	100 (1.002)	100 (1.143)

Figura 5.17 – Percentuale di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, per età e genere



5.7 Conclusioni

Lo studio HBSC mette in evidenza le non corrette abitudini alimentari degli adolescenti calabresi: a 15 anni un adolescente su tre tende a saltare la prima colazione; solamente il 17% consuma la frutta ed il 5% la verdura più volte al giorno a fronte delle 5 porzioni giornaliere raccomandate. Elevato il consumo di dolci, un adolescente su 5 ne consuma più volte al giorno, e soprattutto di bevande zuccherate (un adolescente su 3 ne consuma almeno “5-6 volte a settimana”).

Si sottolinea pertanto la necessità di sviluppare programmi ed azioni concrete di promozione della salute per orientare i giovani alla modifica di alcuni comportamenti a rischio e all'adozione di stili alimentari sani.

Riguardo la percezione della propria immagine corporea si evidenzia una situazione di disagio soprattutto nella fascia d'età più elevata: a 15 anni un adolescente su 4 si sente grasso ed una ragazza su 5 dichiara di essere a dieta.

Bibliografia capitolo 5

- Amed S, Daneman D, Mahmud FH, Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health,* 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320:1240-3.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ;*335: p. 194-7
- Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz WH (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr,* 127:S1884-6.
- Flynn JT. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*
- Hoyland A, Dye L, Lawton CL. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.

- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management*, 2:171-87.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- Lazzeri G, Rossi S, Pammolli A, Pilato V, Pozzi T, Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; 49(1):13-21
- Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore*. 38(1):57-9.
- Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 357:505–508.
- Mainvil LA, Lawson R, Horwath CC, McKenzie JE, Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot*. 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.
http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr*. 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr*. 12(2):267-83.
- Roh EJ, Lim JW, Ko KO, Cheon EJ (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci*. 22(2):192-7.
- Salvy SJ, Howard M, Read M, Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr*. 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C, Maes L, Santinello M, Baldassari D, Vereecken CA. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*. 54(2):394-7.
- Wang Y, Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes*.;1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
-

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

6.1 Uso di sostanze

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

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

6.1.1 Il fumo

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

Nella nostra Regione la percentuale di giovani che non fumano scende drasticamente dal 98,11% negli 11enni al 77,32% nei 15enni; in questa fascia d'età quasi il 10% dei ragazzi dichiara di fumare ogni giorno.

Tabella 6.1: "Attualmente, quanto spesso fumi?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0,20 (2)	1,51 (15)	9,72 (111)
Almeno una volta a settimana	0,50 (5)	1,71 (17)	6,65 (76)
Meno di una volta a settimana	1,20 (12)	3,63 (36)	6,30 (72)
Non fumo	98,11 (984)	93,15 (924)	77,32 (883)
Totale	100 (1.003)	100 (992)	100 (1.142)

Figura 6.1 – Percentuale di coloro che dichiarano di fumare, per età.

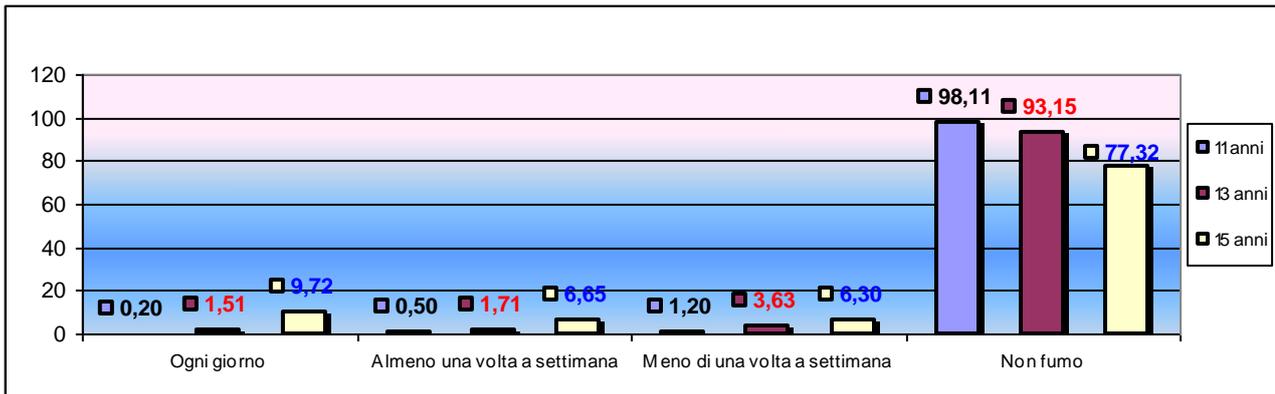
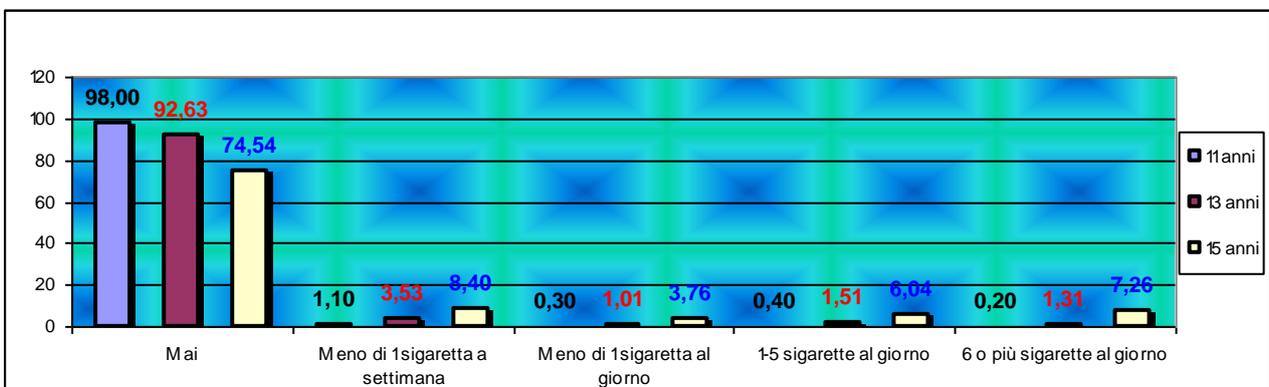


Tabella 6.2 – “Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98,00 (981)	92,63 (918)	74,54 (852)
Meno di 1 sigaretta a settimana	1,10 (11)	3,53 (35)	8,40 (96)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0,30 (3)	1,01 (10)	3,76 (43)
1-5 sigarette al giorno	0,40 (4)	1,51 (15)	6,04 (69)
6 o più sigarette al giorno	0,20 (2)	1,31 (13)	7,26 (83)
Totale	100 (1001)	100 (991)	100 (1143)

Figura 6.2– Percentuale di coloro che dichiarano quante sigarette hanno fumato negli ultimi 30 giorni, per età.



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).

Per quanto riguarda l'assunzione di alcol l'andamento del fenomeno nella nostra Regione mostra un consumo crescente con l'età e già ad 11 anni il 10% dei ragazzi beve almeno una volta a settimana, tale percentuale raggiunge nei 15enni il 30%. Il fine settimana rappresenta il momento in cui più frequente è il consumo di bevande alcoliche che risulta essere molto più elevato nel genere maschile in tutte le fasce d'età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	4,56 (45)	6,12 (60)	9,27 (106)
Ogni settimana	5,38 (53)	11,12 (109)	21,52 (246)
Ogni mese	3,55 (35)	7,65 (75)	10,41 (119)
Raramente	27,59 (272)	41,02 (402)	38,32 (438)
Mai	58,92 (581)	34,08 (334)	20,47 (234)
Totale	100 (986)	100 (980)	100 (1.143)

Figura 6.3 – Percentuale di coloro che dichiarano con che frequenza bevono alcolici, per età

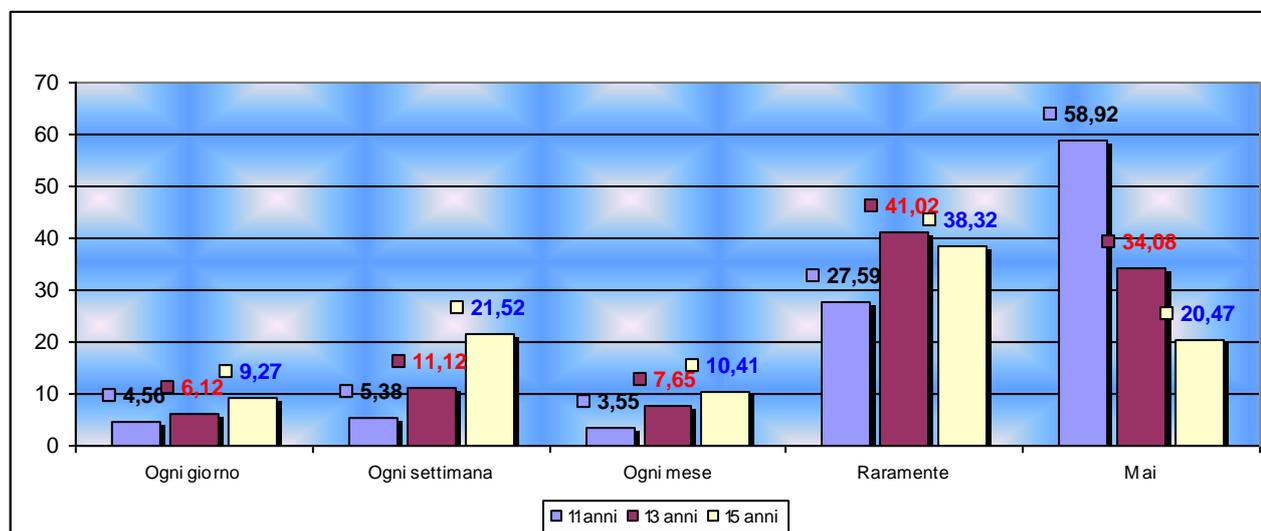


Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno, per età.

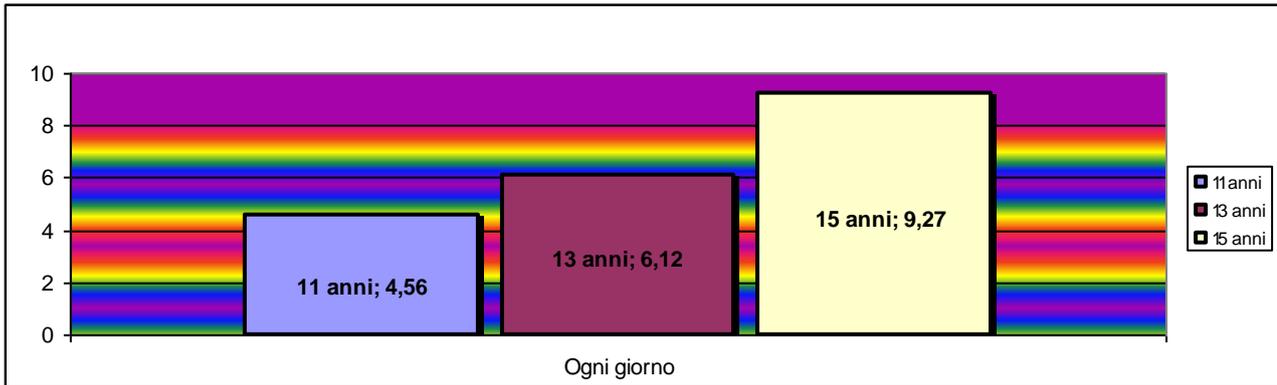


Tabella 6.4– “Nell’ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	83,87 (832)	68,33 (671)	54,04 (616)
Solo Lunedì-Venerdì	5,24 (52)	7,13 (70)	6,84 (78)
Solo Sabato e Domenica	8,17 (81)	19,14 (188)	30,53 (348)
Sia in settimana che nel week-end	1,61 (16)	4,38 (43)	5,61 (64)
Sempre	1,11 (11)	1,02 (10)	2,98 (34)
Totale	100 (992)	100 (982)	100 (1.140)

Figura 6.5 – Percentuale di coloro che dichiarano in quali giorni dell’ultima settimana, gli è capitato di bere bevande alcoliche per età.

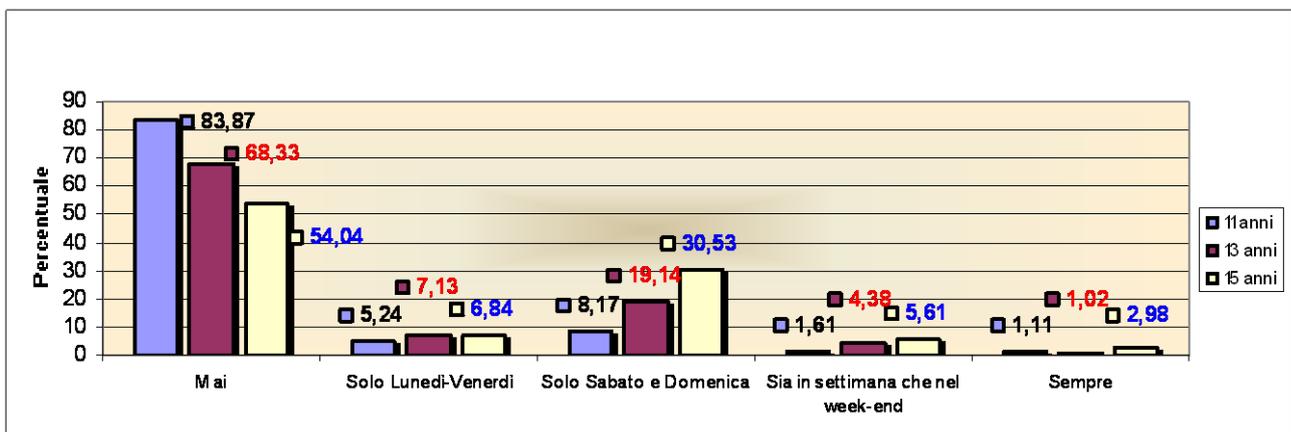
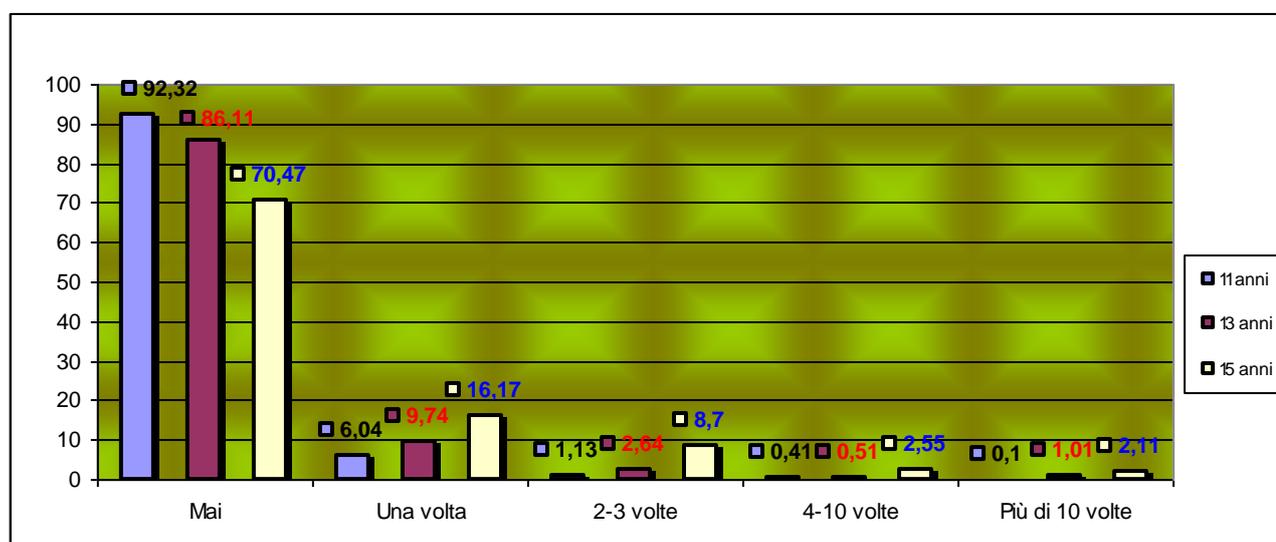


Tabella 6.5 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	92,32 (902)	86,11 (849)	70,47 (802)
Una volta	6,04 (59)	9,74 (96)	16,17 (184)
2-3 volte	1,13 (11)	2,64 (26)	8,70 (99)
4-10 volte	0,41 (4)	0,51 (5)	2,55 (29)
Più di 10 volte	0,10 (1)	1,01 (10)	2,11 (24)
Totale	100 (977)	100 (986)	100 (1.138)

Figura 6.6 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver bevuto tanto da essere ubriachi. Per età



Le esperienze di ubriachezza nei 15enni (almeno 2 ubriacature) sembrano essere al di sotto della media nazionale e comunque più frequenti nei maschi, 18,8%, rispetto alle femmine, 8,5%. E' stato indagato il fenomeno del "binge drinking", cioè il consumo di 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione. A 15 anni, un ragazzo su due dichiara di aver fatto questo tipo di esperienza rispetto ad una ragazza su quattro.

6.1.3 Cannabis

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

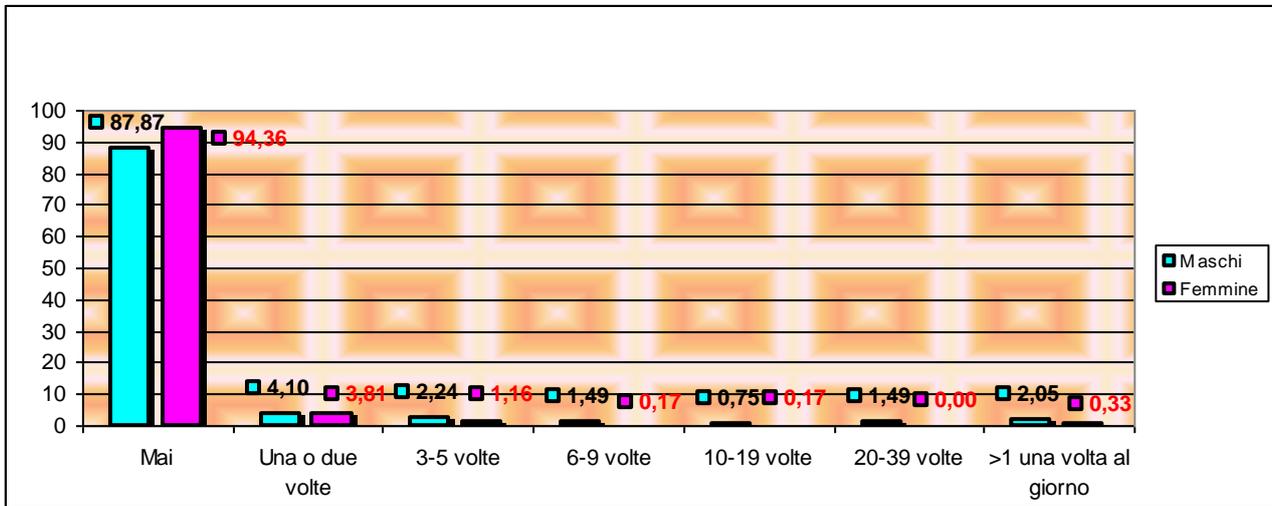
Lo studio di questo fenomeno rimane dunque una priorità per la Sanità Pubblica, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

L'indagine evidenzia che l'8,7% dei ragazzi calabresi ha fatto uso di sostanze illecite con una maggiore frequenza nel genere maschile (12%).

Tabella 6.6 "Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis?" (solo quindicenni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	87,87 (471)	94,36 (569)	91,31 (1040)
Una o due volte	4,10 (22)	3,81 (23)	3,95 (45)
3-5 volte	2,24 (12)	1,16 (7)	1,67 (19)
6-9 volte	1,49 (8)	0,17 (1)	0,79 (9)
10-19 volte	0,75 (4)	0,17 (1)	0,44 (5)
20-39 volte	1,49 (8)	0,00 (0)	0,70 (8)
>1 una volta al giorno	2,05 (11)	0,33 (2)	1,14 (13)
Totale	100 (536)	100 (603)	100 (1.139)

Figura 6.7 – Percentuale di ragazzi che hanno fatto uso di cannabis nel corso della loro vita. Per genere.



6.2 Abitudini sessuali

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

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

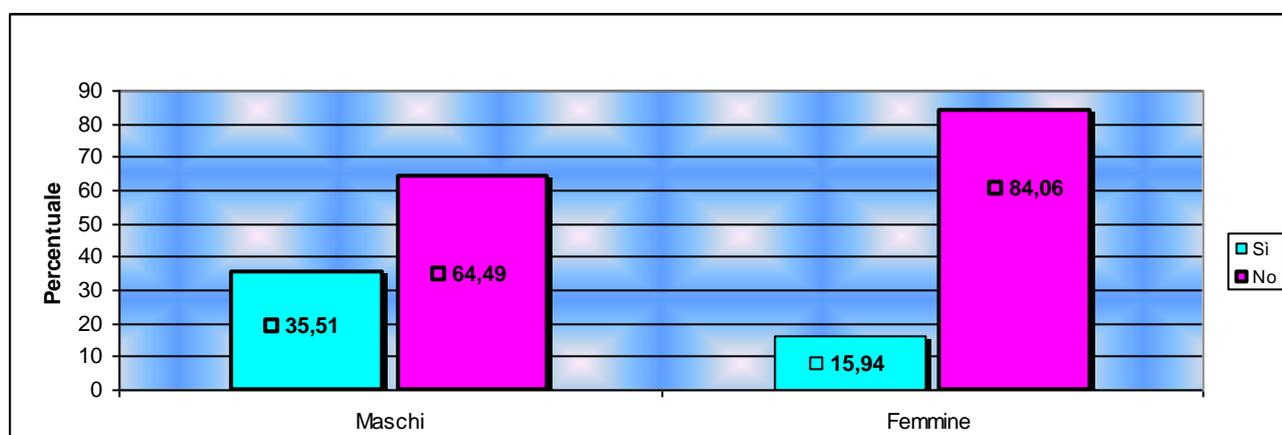
Le domande, rivolte soltanto ai ragazzi di 15 anni, derivano dal Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), studio americano sostenuto dai CDC di Atlanta (Brener, 1995).

Un 15enne su 4 afferma di aver avuto rapporti sessuali completi. I ragazzi hanno avuto rapporti in una percentuale maggiore, con una differenza rilevante tra i due generi (35,5% vs. 15,9%) e comunque l'85% di coloro che hanno avuto rapporti completi dichiara di aver fatto uso del profilattico.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Si	35,51 (185)	15,94 (95)	25,07 (280)
No	64,49 (336)	84,06 (501)	74,93 (837)
Totale	100 (521)	100 (596)	100 (1.117)

Figura 6.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi (solo quindicenni)

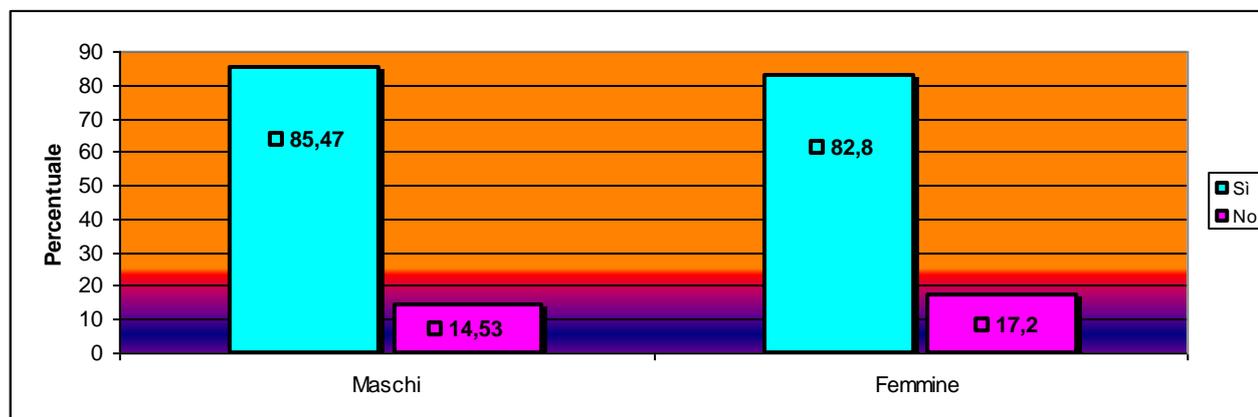


E' stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare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

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Si	85,47 (147)	82,80 (77)	84,53 (224)
No	14,53 (25)	17,20 (16)	15,47 (41)
Totale	100 (172)	100 (93)	100 (265)

Figura 6.9 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver usato il preservativo nel rapporto sessuale completo. (solo quindicenni)



6.3 Infortuni

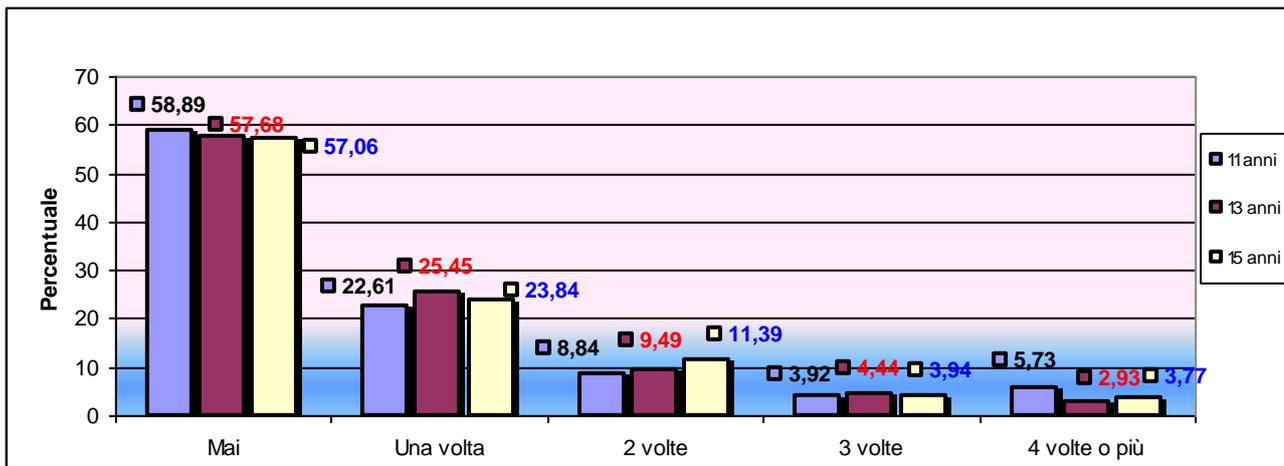
Gli infortuni sono diventati nel XX secolo una delle cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	58,89 (586)	57,68 (571)	57,06 (651)
Una volta	22,61 (225)	25,45 (252)	23,84 (272)
2 volte	8,84 (88)	9,49 (94)	11,39 (130)
3 volte	3,92 (39)	4,44 (44)	3,94 (45)
4 volte o più	5,73 (57)	2,93 (29)	3,77 (43)
Totale	100 (995)	100 (990)	100 (1.141)

Figura 6.10 – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere



Un adolescente su due ha avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi tale da dover ricorrere all'intervento di un sanitario. Anche per gli infortuni la frequenza è più elevata nei maschi.

6.4 Conclusioni

L'analisi dei comportamenti a rischio nel campione degli adolescenti calabresi discusso in questo capitolo, evidenzia che alcune variabili sono positive e vanno ulteriormente sostenute, come ad esempio la relativamente bassa diffusione del consumo di cannabis, la minore propensione delle femmine al consumo di sostanze illegali e la buona diffusione dell'uso del preservativo nei rapporti sessuali.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Osborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.

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

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

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

La salute, sia fisica che mentale, rappresenta una risorsa per tutta la vita, un capitale che permette agli individui di raggiungere i propri obiettivi (Herzlich, 1973; WHO, 1998; Hastings Center, 1997), e il proprio benessere (WHO, 1999).

In questo contesto lo studio HBSC ha la possibilità di monitorare variabili molto importanti in un momento centrale dello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione del proprio stato di salute e del proprio benessere psicofisico dei ragazzi, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psicofisico del ragazzo sono prevalentemente di quattro tipi:

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

7.2 Percezione della propria salute

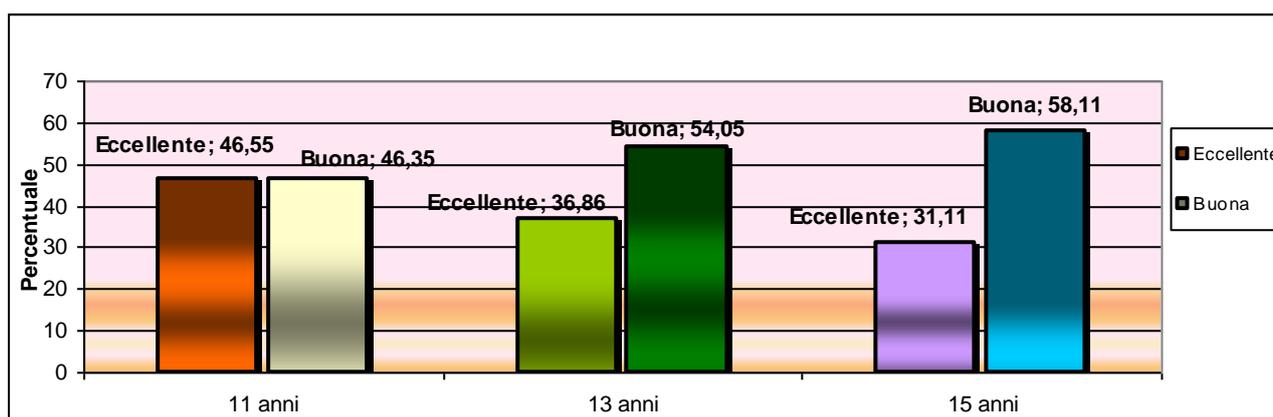
La domanda utilizzata nello studio HBSC relativamente alla percezione del proprio stato di salute è importante perché non solo riflette lo stato di salute soggettivo, ma è anche correlato, come dimostrano numerosi studi, con indicatori di salute più oggettivi, quali mortalità e morbosità, perché generalmente,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

La percezione della propria salute è generalmente riferita come buona e eccellente dal 93% degli undicenni, dal 91% dei tredicenni e dall'89% dei quindicenni. Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la sua salute eccellente del 15,4% (si passa dal 46,5 al 31,1%). In generale con la crescita, la percezione della propria salute si modifica e viene complessivamente percepita come peggiore. I risultati dell'indagine sottolineano inoltre una percezione della salute leggermente 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)
Eccellente	46,55 (466)	36,86 (369)	31,11 (355)
Buona	46,35 (464)	54,05 (541)	58,11 (663)
Discreta	6,79 (68)	8,39 (84)	10,25 (117)
Scadente	0,30 (3)	0,70 (7)	0,53 (6)
Totale	100 (1.001)	100 (1001)	100 (1.141)

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



7.3 La percezione del benessere

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

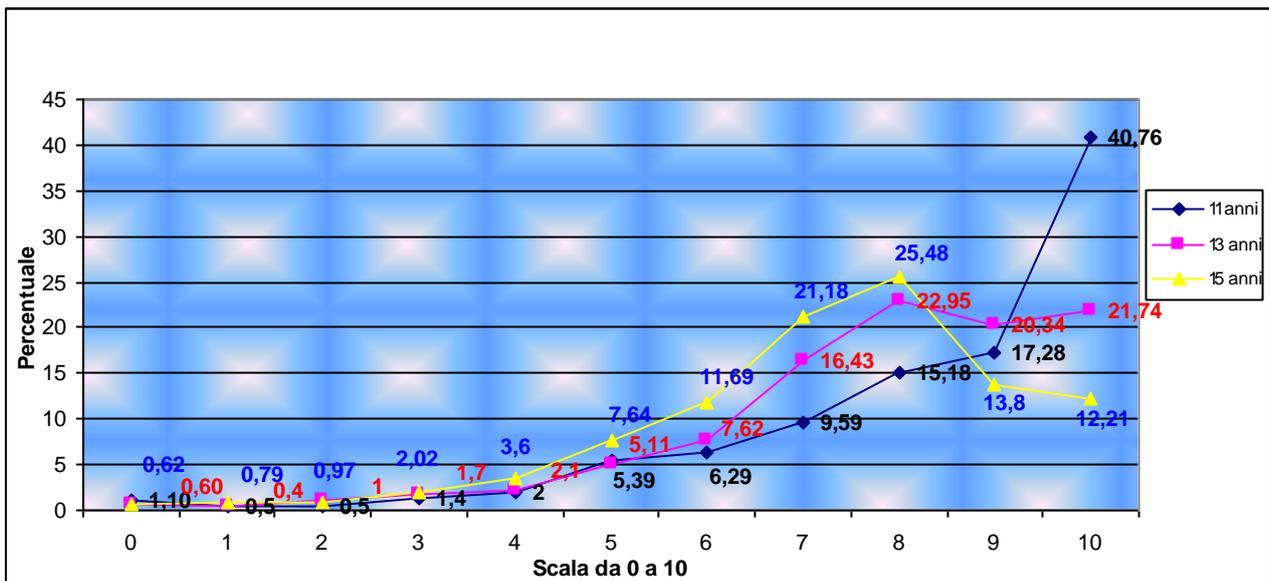
I dati riportati nella tab 7.2 e nella figura 7. evidenziano come, anche nella nostra Regione, rispetto alla percezione del proprio benessere, i quindicenni esprimono un giudizio più critico infatti soltanto il 12% circa afferma di avere la “*miglior vita possibile*” contro il 40,7% circa degli 11enni.

In tutte e tre le fasce d'età è presente una percentuale di adolescenti, se pur bassa, circa il 3,4%, che assegnano il valore 0-3 alla propria vita (items riferibili alla “*peggior vita possibile*”), questo dato è indubbiamente significativo e può essere considerato un indicatore attendibile di situazioni di grave/gravissimo disagio psicofisico e relazionale.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	1,10 (11)	0,60 (6)	0,62 (7)
1	0,50 (5)	0,40 (4)	0,79 (9)
2	0,50 (5)	1,00 (10)	0,97 (11)
3	1,40 (14)	1,70 (17)	2,02 (23)
4	2,00 (20)	2,10 (21)	3,60 (41)
5	5,39 (54)	5,11 (51)	7,64 (87)
6	6,29 (63)	7,62 (76)	11,69 (133)
7	9,59 (96)	16,43 (164)	21,18 (241)
8	15,18 (152)	22,95 (229)	25,48 (290)
9	17,28 (173)	20,34 (203)	13,80 (157)
10	40,76 (408)	21,74 (217)	12,21 (139)
Totale	100 (1.001)	100 (998)	100 (1.138)

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



7.4 I sintomi riportati

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

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

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

La frequenza di sintomi riportati da ogni giorno a una volta alla settimana è molto alta per tutte le fasce d'età e varia dall'81% negli 11enni all'86% dei 15enni sembra in parte in contrasto con le valutazioni positive fatte rispetto alla percezione della propria salute, specialmente negli 11enni. Solamente il 6,4% degli 11enni, il 4,1% dei 13enni ed 2% dei 15enni riferisce di avere accusato mai o raramente i sintomi indicati.

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	34,06	30,44	32,87
	(342)	(305)	(376)
Più di 1 volta a settimana	29,98	34,33	37,15
	(301)	(344)	(425)
1 volta a settimana	16,93	18,86	16,26
	(170)	(189)	(186)
1 volta al mese	12,65	12,28	11,71
	(127)	(123)	(134)
Raramente o mai	6,37	4,09	2,01
	(64)	(41)	(23)
Totale	100	100	100
	(1004)	(1002)	(1144)

Figura 7.3 – Frequenza 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?

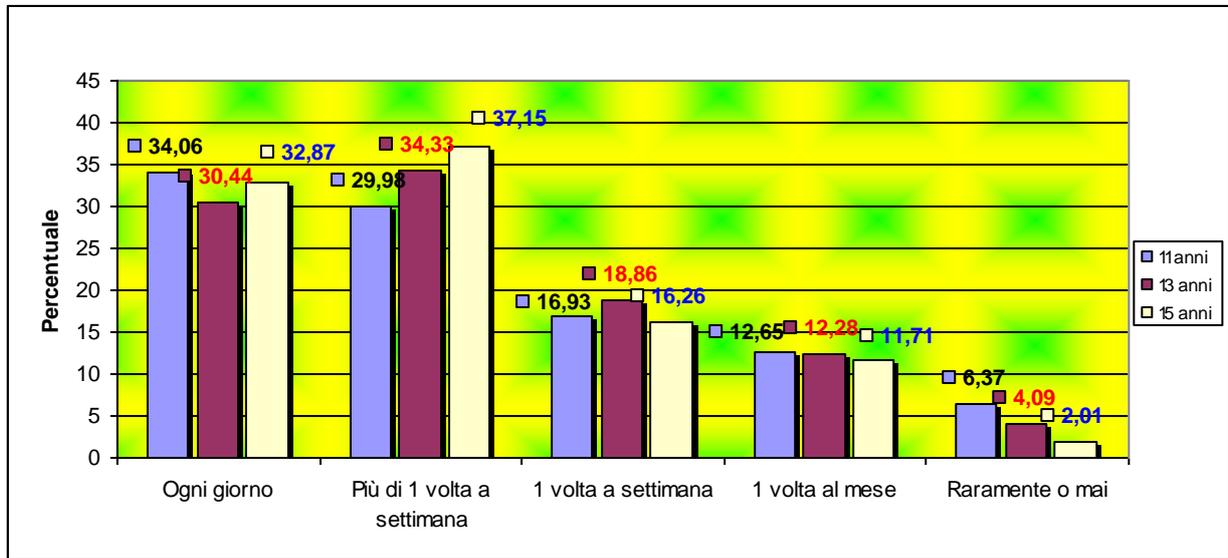
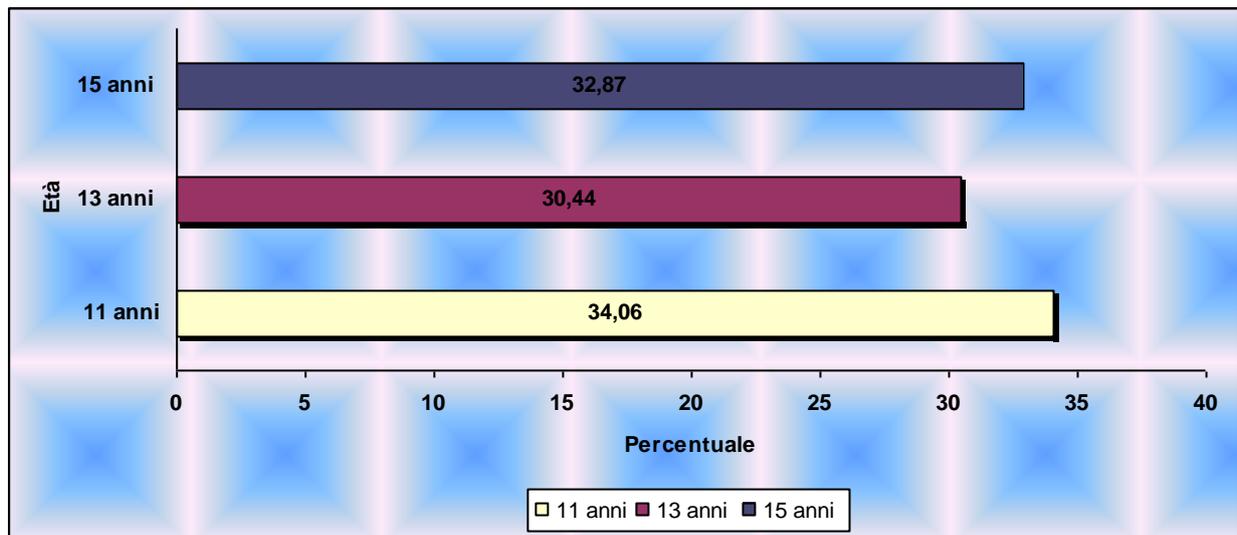


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo per età



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

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	23,55	17,96	18,27
	(236)	(180)	(209)
Più di 1 volta a settimana	29,14	27,25	31,38
	(292)	(273)	(359)
1 volta a settimana	16,27	19,66	16,17
	(163)	(197)	(185)
1 volta al mese	16,17	23,25	25,00
	(162)	(233)	(286)
Raramente o mai	14,87	11,88	9,18
	(149)	(119)	(105)
Totale	100	100	100
	(1002)	(1002)	(1144)

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

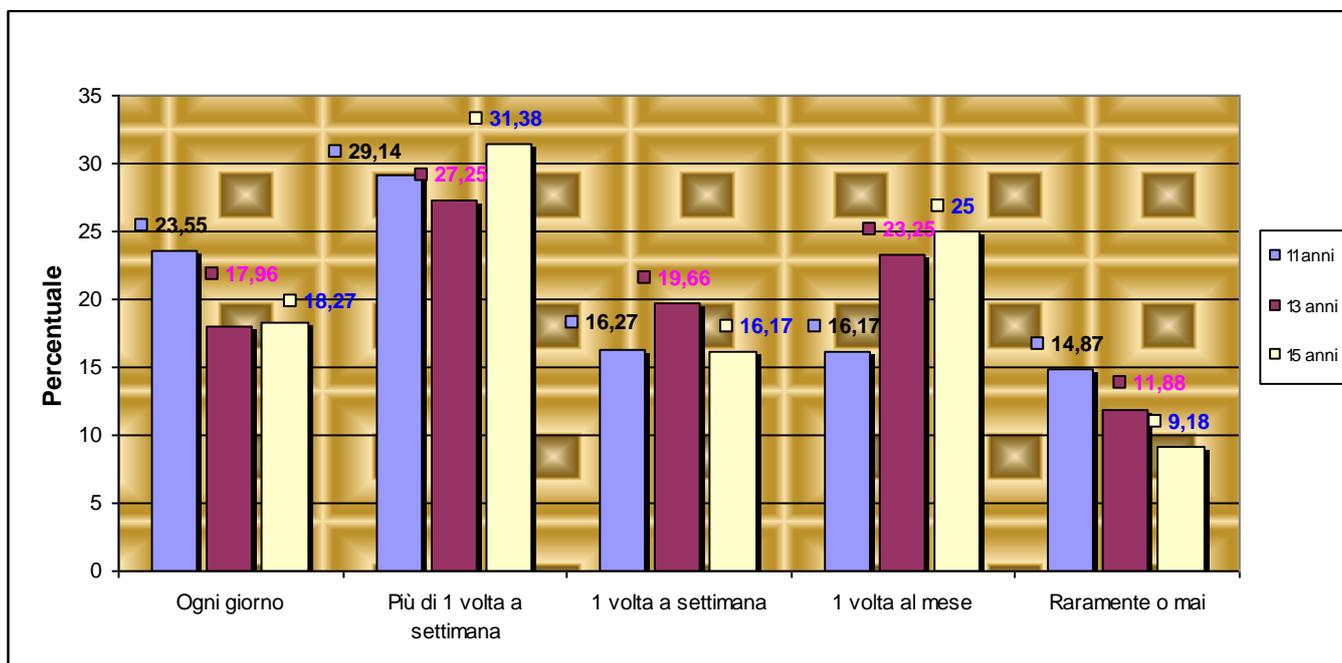
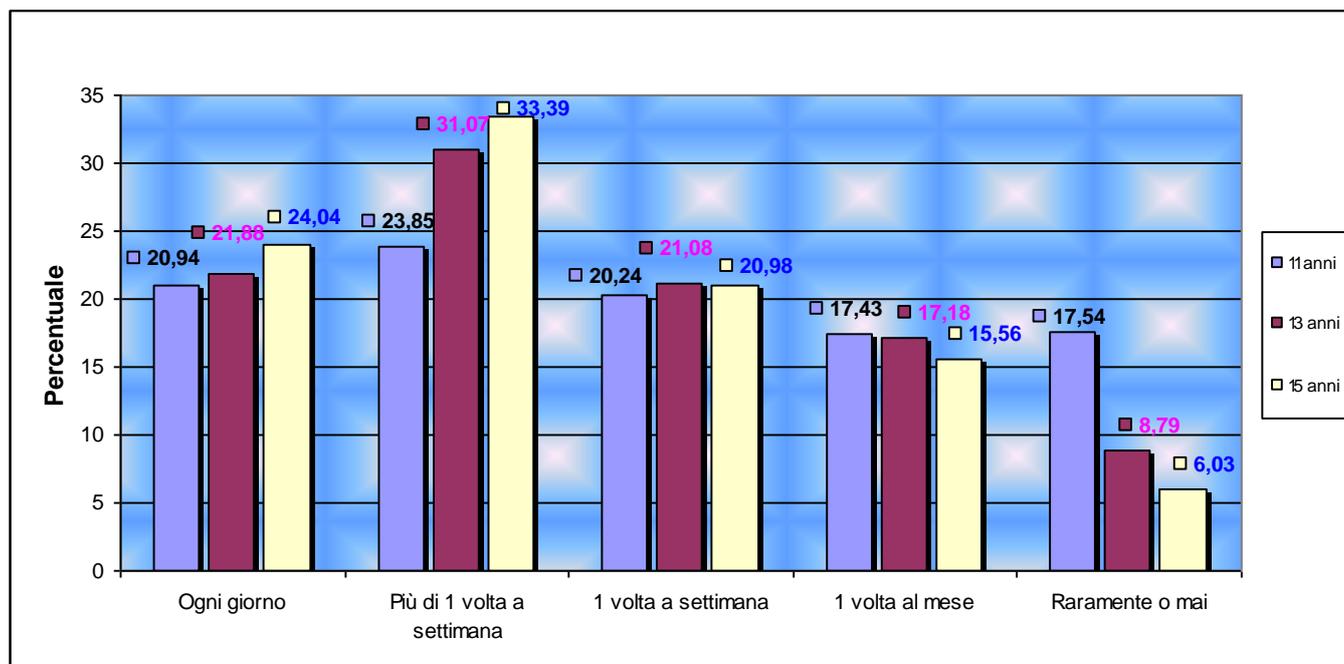


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	20,94	21,88	24,04
	(209)	(219)	(275)
Più di 1 volta a settimana	23,85	31,07	33,39
	(238)	(311)	(382)
1 volta a settimana	20,24	21,08	20,98
	(202)	(211)	(240)
1 volta al mese	17,43	17,18	15,56
	(174)	(172)	(178)
Raramente o mai	17,54	8,79	6,03
	(175)	(88)	(69)
Totale	100	100	100
	(998)	(1001)	(1144)

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



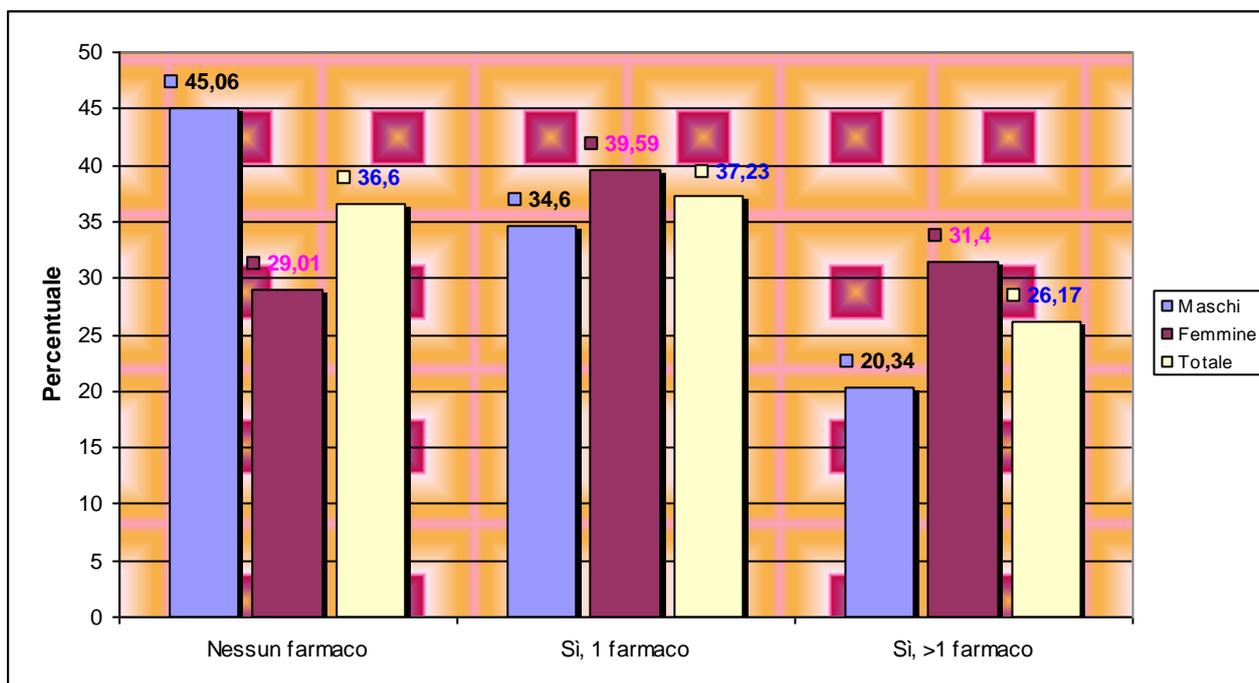
Nella nostra Regione prevale la presenza di sintomi a componente psicologica con una frequenza maggiore nel genere femminile, soprattutto nelle 15enni.

7.5 Utilizzo di farmaci

Tabella 7.6: “Nell’ultimo mese hai preso medicine o farmaci?”, per genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Nessun farmaco	45,06	29,01	36,60
	(237)	(170)	(407)
Sì, 1 farmaco	34,60	39,59	37,23
	(182)	(232)	(414)
Sì, >1 farmaco	20,34	31,40	26,17
	(107)	(184)	(291)
Totale	100	100	100
	(526)	(586)	(1112)

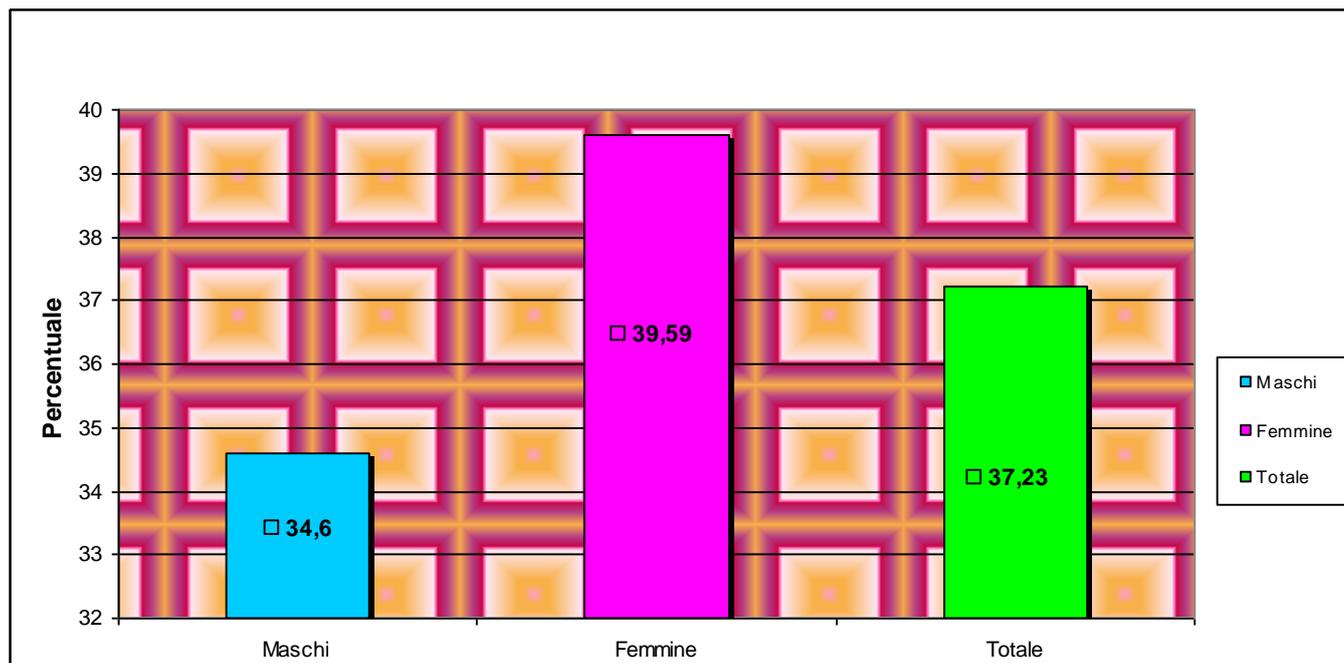
Figura 7.7 – Percentuale di coloro che hanno preso farmaci nell’ultimo mese (almeno 1), per genere



Nell’ultimo mese solamente il 36,6% degli adolescenti non ha assunto alcun farmaco, se pure va rilevata una evidente differenza di genere (maschi 45%, femmine 29%).

Circa il 40% dei 15enni dichiara inoltre di avere assunto almeno una volta nell’ultimo mese farmaci per il mal di testa.

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



7.6 Conclusioni

Lo stato di salute della popolazione adolescenziale calabrese rispecchia quella nazionale. La percezione dello stato di salute non coincide con la presenza di una sintomatologia fisica-psichica in special modo per le prime due classi di età: la presenza di una sintomatologia fisica-psichica infatti non si associa ad un giudizio negativo sul proprio stato di salute. Le ragazze lamentano un maggior numero di sintomi rispetto ai coetanei maschi, differenza che tende ad accentuarsi con l'età.

Bibliografia capitolo 7

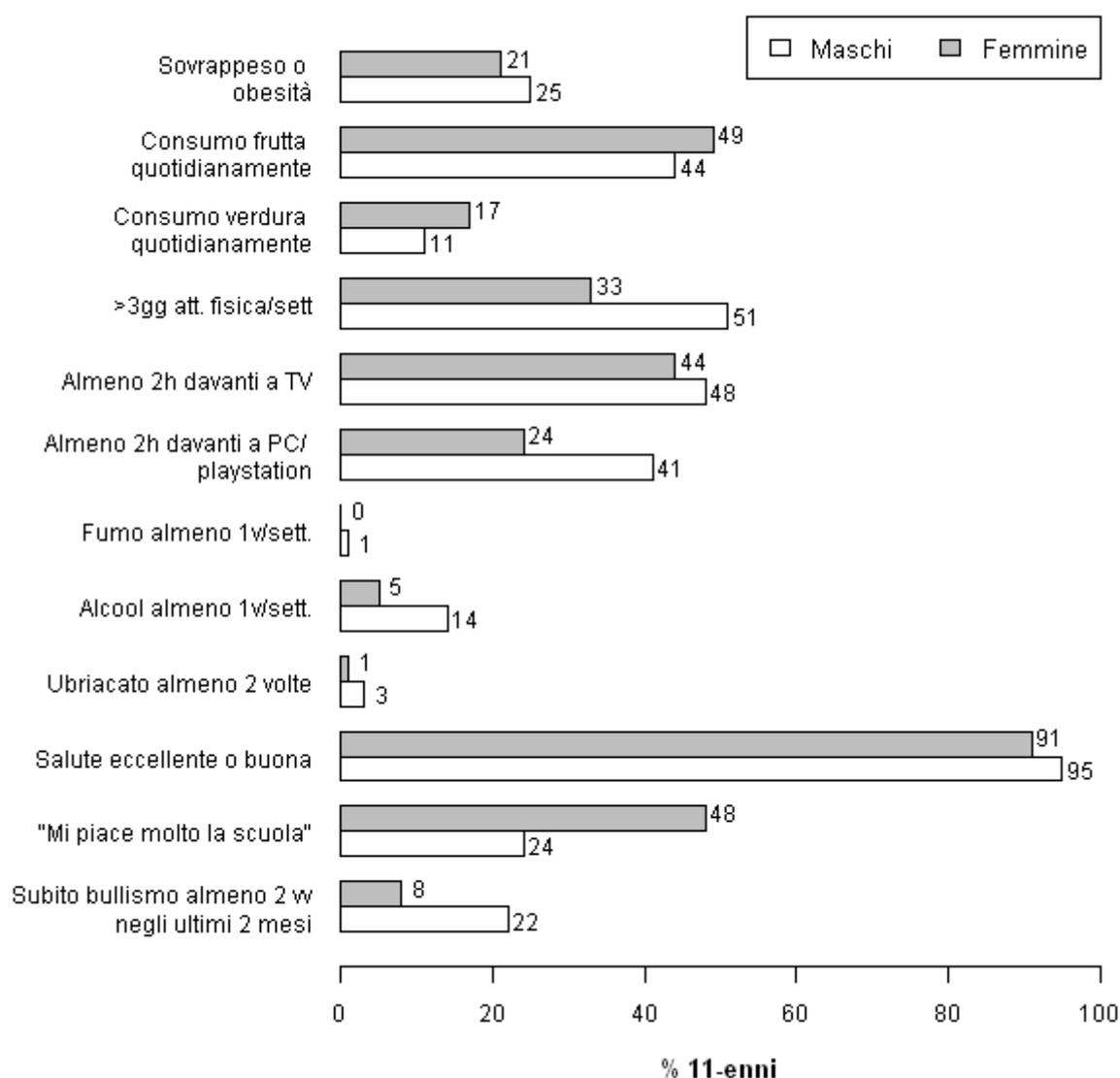
- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F.,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

Alcuni indicatori riassuntivi

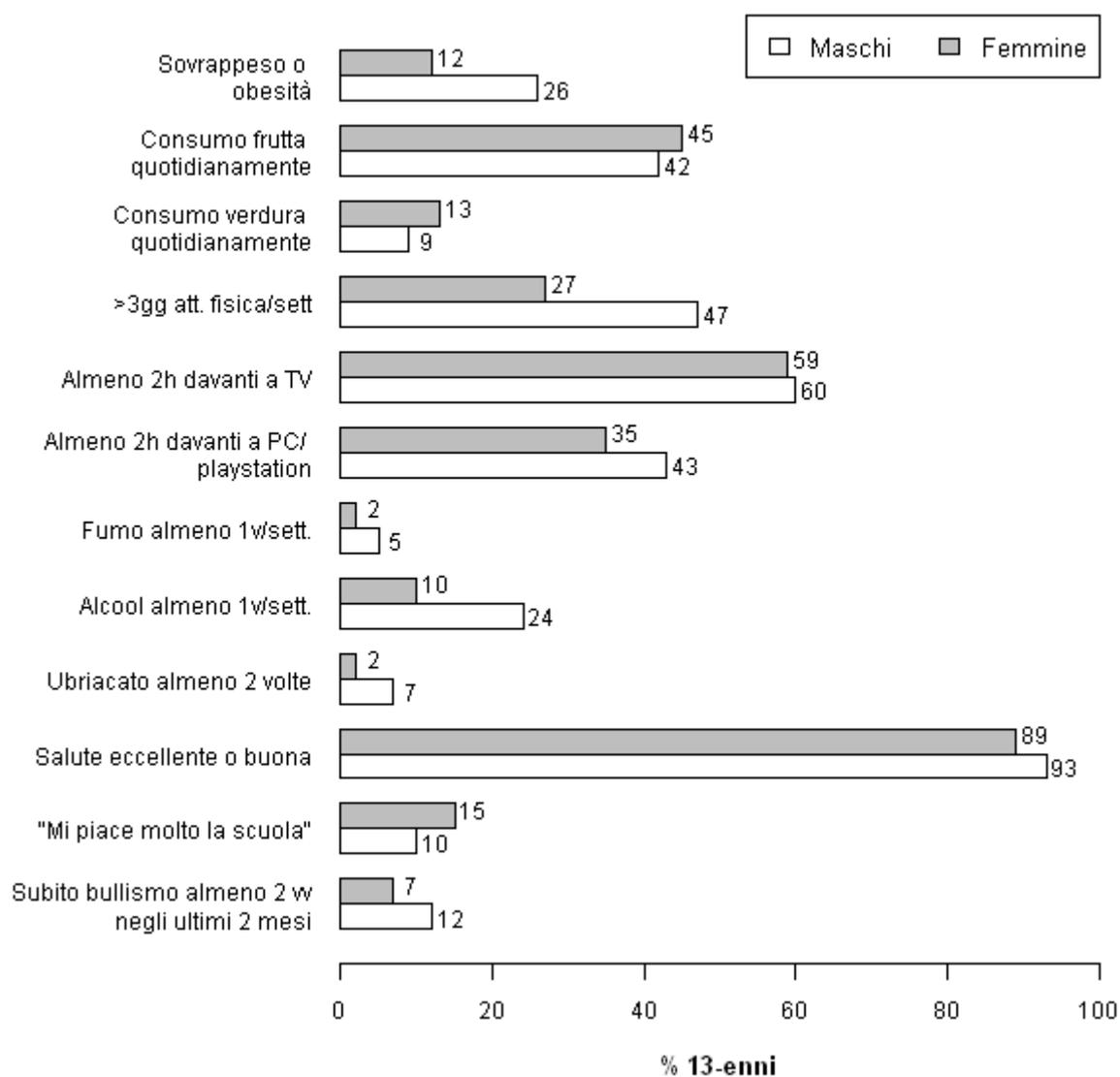
Di seguito vengono riportati i grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età:

- Indice di Massa Corporea;
- Consumo di frutta e verdura;
- Attività fisica;
- Sedentarietà;
- Benessere;
- Fumo e Alcol;
- La scuola;
- Bullismo.

Undicenni



Tredicenni



Quindicenni

