

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-2010 REGIONE LOMBARDIA

a cura di:

Corrado Celata, Francesca Cristini, Veronica Velasco, Giusi Gelmi e Sara Alfieri
OReD – Osservatorio Regionale Dipendenze
Regione Lombardia

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).

Pubblicazione a cura di:

Corrado Celata, Francesca Cristini, Veronica Velasco, Giusi Gelmi e Sara Alfieri
OREd – Osservatorio Regionale Dipendenze
Regione Lombardia

Copia del volume può essere scaricata dal sito internet

<http://www.ored-lombardia.org/hbsc>

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 Berchiolla

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

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

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 LOMBARDIA

Referenti Regionali

Dott. Corrado Celata (*OReD - Osservatorio Regionale Dipendenze*)
Dott. Marco Tosi (*Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, Regione Lombardia*)
Dott.ssa Marina Bonfanti (*Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia*)
Dott.ssa Liliana Coppola (*Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia*)

Comitato Tecnico Scientifico

Prof.ssa Bruna Baggio (*Ufficio Scolastico Regionale*)
Prof.ssa Antonella Delle Fave (*Università Statale di Milano*)
Prof. Attilio Gugliatti (*Università Commerciale L. Bocconi*)
Prof.ssa Elena Marta (*Università Cattolica del Sacro Cuore*)
Prof. Vincenzo Russo (*Università IULM*)
Prof. Luca Vecchio (*Università Statale di Milano-Bicocca*)

Gruppo di ricerca OReD - Osservatorio Regionale Dipendenze

Dott. Corrado Celata
Dott.ssa Giusi Gelmi
Dott.ssa Veronica Velasco
Dott.ssa Francesca Cristini
Dott.ssa Sara Alfieri

Gruppo tecnico regionale - Referenti ASL

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

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

ASL della Provincia di Bergamo:

Rita Arcieri, Luisa Cretti, Sara Dolci, Elisa Fedriga, Barbara Lamera, Emilio Maino, Patrizia Pini, Carmen Rampinelli

ASL della Provincia di Brescia e ASL della Vallecamonica:

Paola Belloni, Lorena Castellani, Agnese Dagani, Mirella Ferrandi, Marco Gandolfi, Margherita Marella, Cristina Marconi, Antonella Mazzoli, Morena Ossoli, Lucia Zazio

ASL della Provincia di Como:

Renata Carnini, Marco Caprioglio, Walter De Agostini, Lisa Impagliazzo

ASL della Provincia di Cremona:

Stefania Barbaglio, Armando Leone Lisè, Pierluigi Parmigiani

ASL della Provincia di Lecco:

Angela Gandolfi, Manuela Radaelli

ASL della Provincia di Lodi:

Chiara Codecà

ASL di Milano, ASL della Provincia di Milano 1 e ASL della Provincia di Milano 2:

Orietta Annoni, Francesca Burgio, Corrado Celata, Danila Cecile, Franca Colombo, Simonetta Conti, Maurizio Contursi, Paola Ghilotti, Dario Gianoli, Guendalina Locatelli, Katia Salemi

ASL della Provincia di Monza e Brianza:

Francesca Andreoli, Valeria Andreoni, Lidia Frattallone, Sandra Lunari, Emilia Sicignano

ASL della Provincia di Mantova:

Andrea Costa, Valter Drusetta, Rosa Pancera

ASL della Provincia di Pavia:

Silvia Maggi, Elisabetta Mauri, Alida Palenzona

ASL della Provincia di Sondrio:

Valentina Salinetti

ASL della Provincia di Varese:

Manuel Benedusi, Oriana Binik, Roberta Cantù, Cristina Chiroli, Maria Grazia La Ferla, Mirella Maffioli

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.

Per la Regione Lombardia, i responsabili delle parti a commento dei dati¹ forniti dal Gruppo di coordinamento nazionale HBSC sono Corrado Celata, Francesca Cristini, Veronica Velasco, Giusi Gelmi e Sara Alfieri, componenti del gruppo di ricerca costituito da OReD - Osservatorio Regionale Dipendenze.

Nel presente report sono descritti i valori percentuali e medi solamente di alcuni indicatori che compongono il questionario; per una panoramica più ampia ed approfondita di tutti gli indicatori si rimanda al “Report HBSC 2010 Lombardia - OReD” in corso di pubblicazione da parte della Direzione Generale Famiglia, Integrazione, Conciliazione e Solidarietà Sociale e dell’Osservatorio Regionale Dipendenze della Regione Lombardia (il report sarà consultabile a partire dai primi mesi del 2011 al sito www.ored-lombardia.org).

¹ Gran parte dei dati del presente report vengono analizzati sia rispetto alla distribuzione nelle tre fasce d’età considerate (11-13-15 anni) sia rispetto alla distribuzione per genere. Non vengono tuttavia riportati specifici test per verificare se le differenze legate a genere ed età siano statisticamente significative; tali differenze sono quindi presentate in questo report solo ad un livello descrittivo. Per l’analisi della significatività delle differenze si rimanda il lettore al “Report HBSC 2010 Lombardia - OReD”. Nella sezione finale vi sono inoltre alcuni confronti tra valori ottenuti sul campione lombardo e valori ottenuti sul campione nazionale. Per il confronto tra campione lombardo e campione nazionale vengono utilizzati solo alcuni degli indicatori disponibili nel questionario, scelti a livello nazionale. Gli indicatori per i quali è stato effettuato tale confronto sono presentati e commentati nei rispettivi capitoli a livello esclusivamente descrittivo. Anche in questo caso sono auspicabili futuri approfondimenti per verificare quali differenze tra campione lombardo e campione nazionale siano statisticamente significative.

Indice

Presentazione	9
Aspetti metodologici dell'implementazione di HBSC in Lombardia	2
Premessa	3
Ringraziamenti	4
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	8
1.1 Introduzione.....	8
1.2 Descrizione del campione.....	9
Bibliografia capitolo 1.....	10
Capitolo 2: Il contesto familiare	12
2.1 Introduzione.....	12
2.2 La struttura familiare	12
2.3 La qualità della relazione con i genitori	14
2.4 Lo status socio-economico familiare	17
2.5 Conclusioni.....	18
Bibliografia capitolo 2.....	19
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	22
3.1 Introduzione.....	22
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	22
3.3 Rapporto con gli insegnanti	27
3.4 Rapporto con i compagni di classe	29
3.5 Rapporto con la scuola.....	33
3.6 Conclusioni.....	35
Bibliografia capitolo 3.....	38
Capitolo 4: Sport e tempo libero	41
4.1 Introduzione.....	41
4.2 Attività fisica.....	41
4.2.1 <i>Frequenza dell'attività fisica</i>	41
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.....	50
4.5 Conclusioni	53
Bibliografia capitolo 4.....	54
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	57
5.1 Introduzione.....	57
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	57
5.3 Consumo di frutta e verdura	58
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	61
5.6 Igiene orale.....	67
5.7 Conclusioni.....	68
Bibliografia capitolo 5.....	70
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	73
6.1 Uso di sostanze	73
6.1.1 <i>Il fumo</i>	73
6.1.2 <i>L'alcol</i>	75
6.1.3 <i>Cannabis</i>	79
6.2 Abitudini sessuali.....	79

6.3 Infortuni	80
6.4 Conclusioni	81
Bibliografia capitolo 6.....	84
Capitolo 7: Salute e benessere	88
7.1 Introduzione.....	88
7.2 Percezione della propria salute.....	88
7.3 La percezione del benessere.....	89
7.4 I sintomi riportati	91
7.5 Utilizzo di farmaci.....	95
7.6 Conclusioni	96
Bibliografia capitolo 7.....	97
Alcuni indicatori riassuntivi	100

Presentazione

La Lombardia ha aderito, a partire dal 2007, alla ricerca internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'ottica di rafforzare il proprio impegno per la promozione del benessere dei giovani lombardi. Si tratta di un obiettivo decisivo per il futuro della nostra società e la ricerca offre un contributo importante in termini di conoscenza e prevenzione.

Studiare lo stato di salute e le abitudini della popolazione studentesca di 11, 13 e 15 anni – anche attraverso la lettura comparata con quanto registrato a livello internazionale – rende disponibili dati e informazioni estremamente utili per indirizzare le politiche e per raffinare la programmazione degli interventi rivolti a preadolescenti ed adolescenti. Analizzare i comportamenti dei giovani permette, infatti, di individuare precocemente e tempestivamente i fattori di rischio e i fattori protettivi verso cui indirizzare le azioni della famiglia, della scuola e dei servizi, favorendo la diffusione di stili di vita salutari.

La realizzazione di HBSC è stata affidata a OReD - Osservatorio Regionale delle Dipendenze – affinché inserisse i dati raccolti all'interno del lavoro di analisi interpretativa e previsionale dei comportamenti d'abuso nella popolazione giovanile, intesi come parte di una più ampia evoluzione sociale, culturale ed educativa. Una delle più rilevanti potenzialità di HBSC, infatti, è la possibilità di analizzare i fenomeni di uso e abuso di sostanze, così come ulteriori comportamenti additivi, in relazione ad altri aspetti della vita dei giovani e dei contesti in cui crescono (famiglia, scuola, gruppo di pari, comunità).

Proprio l'indagine a tutto campo dei determinanti del benessere fisico, psicologico e sociale dei giovani caratterizza HBSC come risorsa fondamentale nella definizione delle priorità strategiche per il sistema organizzato dei servizi e per le reti sociali presenti sul territorio. Tale ricerca rappresenta perciò uno strumento indispensabile a supporto del processo di miglioramento continuo della programmazione della Regione e delle Aziende Sanitarie Locali nel campo della promozione di stili di vita positivi e nella creazione di contesti ambientali favorevoli alla salute.

Visto l'alto valore rivestito dalla ricerca HBSC, ci preme ringraziare tutti coloro che hanno contribuito alla sua realizzazione: gli studenti che hanno risposto al questionario raccontando abitudini e pensieri, le loro famiglie, gli insegnanti ed gli operatori che hanno permesso la realizzazione della ricerca nelle scuole. Il contributo di ciascuno ha infatti permesso di fare un passo avanti in direzione di un maggior benessere per tutti.

*Il Direttore Generale
Famiglia, Conciliazione,
Integrazione e Solidarietà Sociale*

dott. Roberto Albonetti

*Il Direttore Generale
Sanità*

dott. Carlo Lucchina

Aspetti metodologici dell'implementazione di HBSC in Lombardia

La realizzazione di HBSC in Lombardia è stata promossa dalla **Direzione Generale Famiglia, Integrazione, Conciliazione e Solidarietà Sociale** e dalla **Direzione Generale Sanità** della Regione, ed è stata organizzata con il coinvolgimento di numerosi attori del territorio in modo da favorirne una migliore gestione, oltre che per agevolare la ricaduta territoriale delle informazioni raccolte.

La collaborazione con la **Direzione Scolastica Regionale** e con l'**Ufficio Scolastico Regionale** (USR) si è sviluppata durante tutte le fasi di ricerca e ha rappresentato uno degli elementi chiave del successo dell'iniziativa. L'appoggio dell'amministrazione scolastica è stato indispensabile per integrare le fasi di attuazione della ricerca con la programmazione didattica delle scuole campionate. Inoltre, tale collaborazione ha permesso di godere di un canale privilegiato per il reperimento dei dati delle scuole e di massimizzare la partecipazione di docenti e studenti.

La ricerca ha previsto inoltre il **coinvolgimento delle ASL**: tutte le loro Direzioni e i rispettivi Dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze hanno contribuito alla raccolta dei dati, in collaborazione con il Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione Dipendenze e le reti locali già esistenti. La somministrazione del questionario è stata affidata ad operatori dei servizi territoriali delle ASL. Tutti i somministratori hanno partecipato a una giornata formativa *ad hoc* in cui sono stati illustrati gli obiettivi della ricerca, gli aspetti organizzativi e la metodologia di somministrazione in classe. A ciascun somministratore è stato fornito un breve vademecum cartaceo contenente le istruzioni per una corretta somministrazione. Il Coordinamento della Ricerca ha garantito il supporto costante a tutti i soggetti coinvolti.

Infine, a garanzia della correttezza scientifica e metodologica delle diverse fasi di ricerca, è stato costituito un **Comitato Tecnico Scientifico** composto da Rappresentanti nominati da ciascun Rettore dei seguenti atenei: Università Cattolica del S. Cuore (Facoltà di Psicologia), Università Statale di Milano-Bicocca (Facoltà di Psicologia), Università Statale di Milano (Facoltà di Medicina e Chirurgia), Università IULM, Università Commerciale L. Bocconi (Cergas), Politecnico di Milano. Grazie alla sua composizione multidisciplinare il Comitato ha favorito un approccio trasversale ai dati, ha permesso una visione più completa dei fattori che intervengono nel determinare la salute dei giovani lombardi ed ha quindi supportato la costruzione delle parti opzionali del questionario.

E' grazie alla collaborazione di tutti questi attori che la ricerca HBSC è stata quindi realizzata.

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 Lombardia, di seguito riportati, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2009-10:

Scuole Secondarie di I Grado

Provincia	Scuola Secondaria I Grado	Comune
Bergamo	Scuola Sec. I Grado "S. Angela"	Fiorano al Serio
	Scuola Sec. I Grado di Predore	Predore
	Scuola Sec. I Grado di Albano Sant'Alessandro	Albano Sant'Alessandro
	Scuola Sec. I Grado di Chiuduno	Chiuduno
	Scuola Sec. I Grado di Ardesio	Ardesio
	Scuola Sec. I Grado "Giovanni XXIII"	Ponte Nossa
	Scuola Sec. I Grado "Lanfranchi"	Sorisole
	Scuola Sec. I Grado di Villa D'Almè	Villa D'Almè
	Scuola Sec. I Grado "G.B. Rubini"	Romano di Lombardia
Brescia	Scuola Sec. I Grado Paritaria "Santa Dorotea"	Brescia
	Scuola Sec. I Grado "Franchi"	Brescia
	Scuola Sec. I Grado "D. Ghidoni"	Ospitaletto Bresciano
	Scuola Sec. I Grado Cemmo	Capo di Ponte
	Scuola Sec. I Grado "G. Galilei"	Nave
	Scuola Sec. I Grado "Lana - Fermi"	Brescia
	Scuola Sec. I Grado "Padre V. Zasio	Pralboino
	Scuola Sec. I Grado "Zammarchi"	Manerbio
	Scuola Sec. I Grado "Giorgio La Pira"	Sarezzo
Como	Scuola Sec. I Grado "Magistri Intelvesi"	San Fedele Intelvi
	Scuola Sec. I Grado "Marie Curie"	San Fermo della Battaglia
	Scuola Sec. I Grado "Silvio Pellico"	Appiano Gentile
	Scuola Sec. I Grado "L. V. Rufo"	Alzate Brianza
	Scuola Sec. I Grado "C. Caldera"	Cabiate
Cremona	Scuola Sec. I Grado di Sergnano	Sergnano
	Scuola Sec. I Grado "Marco Gerolamo Vida"	Cremona
	Scuola Sec. I Grado "A. Galmozzi"	Crema
Lecco	Scuola Sec. I Grado "L. B. Vassena"	Valmadrera
	Scuola Sec. I Grado "M. G. Agnesi"	Casatenovo
Lodi	Scuola Sec. I Grado "Cazzulani"	Lodi
	Scuola Sec. I Grado "Don Milani"	Lodi
Milano	Scuola Sec. I Grado Civiche Scuole	Milano
	Scuola Sec. I Grado "Cardarelli"	Milano
	Scuola Sec. I Grado "Giovanni XXIII"	Renate
	Scuola Sec. I Grado "Via Grandi"	Verano Brianza
	Scuola Sec. I Grado "Giovanni XXIII"	Ossona
	Scuola Sec. I Grado "Matteo Ricci"	Lazzate
	Scuola Sec. I Grado "Dante Alighieri"	Opera
	Scuola Sec. I Grado "S. Pertini"	Assago

	Scuola Sec. I Grado "Zelofooramagno"	Peschiera Borromeo
	Scuola Sec. I Grado "Virgilio"	Peschiera Borromeo
	Scuola Sec. I Grado "Giuliani"	Cinisello Balsamo
	Scuola Sec. I Grado "Calamandrei"	Trezzo sull'adda
	Scuola Sec. I Grado C/O ICS "Rossari-Castiglioni"	Milano
	Scuola Sec. I Grado "Pietro Mascagni"	Melzo
	Scuola Sec. I Grado di Carnate	Carnate
	Scuola Sec. I Grado "Confalonieri"	Milano
	Scuola Sec. I Grado "Manzoni"	Cavenago di Brianza
	Scuola Sec. I Grado "Puecher"	Milano
	Scuola Sec. I Grado "Caccia"	Busto Garolfo
	Scuola Sec. I Grado "Ascoli"	Milano
	Scuola Sec. I Grado "Giovanni XXIII - Segantini Nova"	Nova Milanese
	Scuola Sec. I Grado "S. Allende - Croci"	Paderno Dugnano
	Scuola Sec. I Grado "Mattei - Di Vittorio"	Pioltello
	Scuola Sec. I Grado di Vimercate	Vimercate
	Scuola Sec. I Grado "Luini - Falcone"	Rozzano
	Scuola Sec. I Grado "E. De Marchi Junior - Gulli"	Milano
Mantova	Scuola Sec. I Grado "Virgilio"	Castel Goffredo
	Scuola Sec. I Grado "Monteverdi"	Porto Mantovano
	Scuola Sec. I Grado "Campitello"	Marcaria
Pavia	Scuola Sec. I Grado "Lorenzo Cusani Visconti"	Chignolo Po
	Scuola Sec. I Grado "A. Negri"	Belgioioso
	Scuola Sec. I Grado "A. Depretis"	Stradella
Sondrio	Scuola Sec. I Grado "G. Robecchi"	Vigevano
	Scuola Sec. I Grado di Cosio Valtellino	Cosio Valtellino
	Scuola Sec. I Grado "M. Ausiliatrice"	Luino
Varese	Scuola Sec. I Grado "C. Carminati"	Lonate Pozzolo
	Scuola Sec. I Grado "A. Volta"	Gazzada Schianno
	Scuola Sec. I Grado "Aldo Moro"	Saronno
	Scuola Sec. I Grado "Galilei - Parini"	Busto Arsizio
	Scuola Sec. I Grado "A. Vidoletti"	Varese
	Scuola Sec. I Grado "Leonardo Da Vinci"	Maccagno

Scuole Secondarie di II Grado

Provincia	Scuola Secondaria II Grado	Comune
Bergamo	Liceo Classico "Weil"	Treviglio
	Liceo Scientifico "Maironi Da Ponte"	Presezzo
	Istituto Professionale Industria e Artigianato David "M. Turolfo"	Zogno
	Istituto Tecnico Industriale "Pacati"	Clusone
	Istituto Professionale per i Servizi Sociali "Mamoli"	Bergamo
	Istituto Magistrale "Don Lorenzo Milani"	Romano di Lombardia
	Liceo Scientifico "Galileo Galilei"	Caravaggio
	Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione	San Pellegrino Terme
	Istituto Tecnico Commerciale "Vittorio Emanuele II"	Bergamo
	Istituto Tecnico per Geometri "Don Bosco"	Treviglio
Brescia	Liceo Scientifico (Sez. Ass.I.S. "Antonietti")	Iseo
	Liceo Scientifico (Sez. Ass.I.S. "Don Milani")	Montichiari
	Istituto Professionale Industria e Artigianato (Sez. Ass.I.S. "Gigli")	Rovato
	Istituto Tecnico Commerciale "Lunardi"	Brescia
	Istituto Magistrale "Gambara"	Brescia

	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali "Sraffa"	Brescia
	Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione "Andrea Mantegna"	Brescia
	Istituto Tecnico Commerciale per Geometri "Olivelli"	Darfo Boario Terme
	Istituto Tecnico Industriale "Castelli"	Brescia
Como	Istituto Tecnico per Geometri "A. Sant'elia"	Cantu'
	Istituto Magistrale "Teresa Ciceri"	Como
	Liceo Scientifico "Matilde Di Canossa"	Como
	Istituto Tecnico Commerciale "Caio Plinio Secondo"	Como
Cremona	Istituto Tecnico per Geometri "P. Vacchelli"	Cremona
	Liceo Scientifico "L. Da Vinci"	Crema
	Istituto Tecnico Commerciale "E. Beltrami"	Cremona
Lecco	Istituto Tecnico Commerciale "Francesco Viganò"	Merate
	Istituto Tecnico Commerciale "Alessandro Greppi"	Monticello Brianza
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici "Graziella Fumagalli"	Casatenovo
Lodi	Liceo Artistico "Callisto Piazza"	Lodi
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici "L. Einaudi"	Lodi
Milano	Istituto Magistrale "B. Pascal"	Abbiategrasso
	Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri "Peano"	Cinisello Balsamo
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici "E. Lombardini"	Inveruno
	Istituto Tecnico Commerciale "Vincenzo Benini"	Melegnano
	Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri "Leonardo Da Vinci"	Cologno Monzese
	Istituto Professionale per i Servizi Alberghieri e Ristorazione "G. Brera"	Milano
	Istituto Tecnico Commerciale "F. Besta"	Milano
	Istituto Tecnico per il Turismo "Claudio Varalli"	Milano
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali "Oriani - Mazzini"	Milano
	Istituto Tecnico Industriale "E. Mattei"	San Donato Milanese
	Istituto Tecnico Agrario "Luigi Castiglioni"	Limbiate
	Liceo Classico "Berchet"	Milano
	Liceo Classico "Ballerini"	Seregno
	Istituto Magistrale "Virgilio"	Milano
	Istituto Magistrale "Carlo Tenca"	Milano
	Liceo Scientifico "Paolo Frisi"	Monza
	Liceo Scientifico "Primo Levi"	San Donato Milanese
	Liceo Scientifico "S. Ambrogio"	Milano
	Liceo Scientifico "Banfi"	Vimercate
	Liceo Scientifico "G. Falcone e P. Borsellino"	Arese
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici "Luigi Vittorio Bertarelli"	Milano
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali "M. Dudovich"	Milano
	Istituto Professionale Industria e Artigianato "A. Bernocchi"	Legnano
Liceo Artistico "Caravaggio"	Milano	
Istituto Tecnico Commerciale "Verri"	Milano	
Istituto Manzoni Civica	Milano	
Istituto Tecnico Commerciale "Erasmus Da Rotterdam"	Bollate	
Istituto Tecnico Industriale "A. Bernocchi"	Legnano	
Istituto Tecnico Industriale "Stanislao Cannizzaro"	Rho	
Istituto Tecnico Industriale "Augusto Righi"	Corsico	
Mantova	Istituto Magistrale "Manzoni"	Suzzara
	Liceo Scientifico "G. Falcone"	Asola
	Istituto Professionale Industria e Artigianato "Leonardo Da Vinci"	Mantova
Pavia	Istituto Tecnico Commerciale "Luigi Einaudi"	Mortara

	Liceo Classico "Benedetto Cairoli"	Vigevano
	Liceo Scientifico "Taramelli"	Pavia
	Istituto Tecnico Agrario "C. Gallini"	Voghera
Sondrio	Liceo Scientifico "G. W. Leibniz"	Bormio
	Liceo Scientifico "Carlo Donegani"	Sondrio
Varese	Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri	Luino
	Liceo Scientifico "Edith Stein"	Gavirate
	Istituto Professionale Industria e Artigianato "Newton"	Varese
	Liceo Linguistico "Fermi"	Castellanza
	Liceo Scientifico "G. B. Grassi"	Saronno
	Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici "P. Verri"	Busto Arsizio
	Liceo Artistico "Paolo Candiani"	Busto Arsizio
	Istituto Tecnico Commerciale "Gino Zappa"	Saronno

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 et al., 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 lombardo, fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale.

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

La numerosità campionaria è stata calcolata in 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%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento dal 10% al 25% in ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale, parzialmente integrato da alcune domande 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 appartenenza del campione di ragazzi, con l'obiettivo di migliorare l'analisi e la comprensione dei dati raccolti sui giovani studenti.

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

1.2 Descrizione del campione

Come si nota in tabella 1.1, su un totale di 225 classi campionate, 214 classi hanno compilato il questionario. La percentuale di rispondenza per le classi varia tra 92.86% per la prima media e 98.73% per la seconda superiore.

Il campione di studenti che ha preso parte all'indagine, pari a 3569 studenti, è distribuito nelle tre fasce d'età considerate: 36.93% 11enni (n=1318), 35.22% 13enni (n=1257), 27.85% 15enni (n=994).

Rispetto al genere il campione è composto da 1817 maschi e 1752 femmine (tabella 1.2).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	70	65	92.86
Classe terza media	76	71	93.42
Classe seconda superiore	79	78	98.73
Totale	225	214	95.11

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	38.47	35.33	36.93
	(699)	(619)	(1318)
13 anni	34.56	35.90	35.22
	(628)	(629)	(1257)
15 anni	26.97	28.77	27.85
	(490)	(504)	(994)
Totale	100	100	100
	(1817)	(1752)	(3569)

In riferimento al Paese di nascita, in tabella 1.3 si evidenzia come la percentuale di ragazzi/e nati all'estero è pari a 7.01% a 11 anni, 4.97% a 13 anni e 5.17% a 15 anni.

Tale dato è coerente con i trend evidenziati delle ultime indagini sul fenomeno migratorio in Italia e in Lombardia, i quali mostrano come la percentuale di immigrati in Italia sia passata dal 2,7% alla fine del 2002, al 6,5% all'inizio del 2009; considerando nello specifico la Regione Lombardia tale dato si alza e la percentuali di immigrati è pari al 9.30% (ISTAT, 2009). Secondo i dati forniti dalla Fondazione Ismu e dall'Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità (ORIM), al 1° gennaio 2009, la presenza di immigrati in Italia è pari a circa 4.8 milioni di persone, con un aumento di circa mezzo milione di persone rispetto al 2008 (Fondazione Ismu, 2010).

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Nato in Italia	92.99	95.03	94.83
	(1221)	(1186)	(936)
Nato all'estero	7.01	4.97	5.17
	(92)	(62)	(51)
Totale	100	100	100
	(1313)	(1248)	(987)

In particolare rispetto ai minori, recenti indagini sul fenomeno migratorio mostrano che, ad inizio 2009, il numero di immigrati minorenni in Italia è 862.453, pari al 22.20% della popolazione immigrata in Italia. In Lombardia i minori stranieri corrispondono al 24.30% della popolazione immigrata (ISTAT, 2009).

Alla luce della costante crescita del numero di minorenni immigrati in Italia ed in Lombardia, sono auspicabili future ricerche per indagare specificatamente salute e stili di vita di questo sottogruppo della popolazione. Alcuni studi mostrano infatti come differenti fattori e processi possano caratterizzare la percezione di benessere dei giovani immigrati rispetto ai coetanei autoctoni. E' stato infatti evidenziato come, da un lato, i giovani immigrati riportino un minor livello di problematiche da esternalizzazione, quali consumo di sostanze e comportamenti antisociali (Acevedo-Garcia et al., 2005; Georgiades et al., 2006; Mullan Harris, 1999; Sampson et al., 2005); d'altro lato, essi riportano maggiori livelli di problematiche da internalizzazione, come ad esempio sintomi depressivi e ansia (Atzaba-Poria e Pike, 2005; Cristini et al., 2010; Vieno et al., 2009; Walsh et al., 2010). Risultati specifici inerenti la salute ed il benessere di questa parte della popolazione potranno quindi essere di aiuto e sostegno nella definizione di politiche e programmi efficaci.

Infine poiché l'Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità (ORIM) ha evidenziato come nell'ultimo decennio in Lombardia il fenomeno migratorio sia evoluto non solo in termini di crescita quantitativa e di cambiamenti riguardo ai paesi di provenienza, bensì anche rispetto al profilo delle caratteristiche strutturali (ORIM, 2010), sarà auspicabile monitorare nel tempo la percezione di benessere e salute dei giovani immigrati rispetto a quelli autoctoni, al fine di sostenere le politiche e gli interventi anche sulla base dei mutamenti delle necessità di questa popolazione.

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.

Lecture 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., Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.

Smith C., Wold B., 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.

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

Acevedo-Garcia D., Pan J., Jun H., Osypuk T. L., Emmons K. M. (2005). The effect of immigrant generation on smoking. *Social Science & Medicine*, 61, 1223-1242.

Atzaba-Poria N., Pike A. (2005). Why do ethnic minority (Indian) children living in Britain display more internalizing problems than their English peers? The role of social support and parental style as mediators. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 532-540.

- Cristini F., Scacchi L., Perkins D.D., Santinello M., Vieno A. (2010, June). *Psychological wellbeing among immigrant adolescents: the role of perceived discrimination, social support, school and local policies*. Comunicazione orale presentata al 3rd International Conference on Community Psychology, 3-5 June 2010, Puebla, Mexico
- Fondazione ISMU (2010). *Quindicesimo rapporto sulle migrazioni 2009*. Franco Angeli, Milano.
- Georgiades K., Boyle M. H., Duku E., Racine Y. (2006). Tobacco use among immigrant and non-immigrant adolescents: Individual and family level influences. *Journal of Adolescent Health*, 38, 443.e1-443.e7.
- ISTAT (2009). *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2009*. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica.
- Mullan Harris K. (1999). The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families. In D. J. Hernandez (Ed.), *Children of immigrants: Health, adjustment and public assistance* (pp. 286-322). Washington, DC: National Academy Press.
- ORIM (2010). *Dieci anni di immigrazione in Lombardia*. Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità. In <http://www.ismu.org/orim/>
- Sampson R. J., Morenoff J. D., Raudenbush S. (2005). Social anatomy of racial and ethnic disparities in violence. *American Journal of Public Health*, 95, 224-232.
- Vieno A., Santinello M., Lenzi M., Baldassari D., Mirandola M. (2009). Health Status in Immigrants and Native Early Adolescents in Italy. *Journal of Community Health*, 34, 181-187.
- Walsh S. D., Harel-Fisch Y., Fogel-Grinvald H. (2010). Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. *Social Science & Medicine*, 70, 976-984.

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

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

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

funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.

- La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò implica 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 possono 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 e 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. La maggior parte dei preadolescenti (70.02%) vive con entrambi i genitori, senza la presenza di altri adulti in casa. Il 12.98% vive invece con entrambi i genitori ed uno o più nonni.

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	70.02 (2443)
Madre e padre, più uno o due nonni	12.98 (453)
Solo madre (con o senza nonni)	11.01 (384)
Solo padre (con o senza nonni)	1.38 (48)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.75 (96)
Solo nonni (uno o due)	0.60 (21)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.26 (44)
Totale	100 (3489)

La percentuale di preadolescenti che vive con un solo genitore è pari a 11.01% per quelli che vivono solo con la madre, mentre è decisamente inferiore la percentuale di coloro che vivono solo con il padre, pari al 1.38%. D'altro lato si evidenzia una percentuale pari a 2.75% di giovani che vivono in una famiglia ricostituita (tabella 2.1).

Gran parte dei preadolescenti ha un fratello o una sorella (51.28%), oppure 2 o più fratelli e sorelle (25.64%), mentre la percentuale di figli unici è pari a 23.07% (tabella 2.2).

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	23.07 (422)
1 fratello o sorella	51.28 (938)
2 o più fratelli o sorelle	25.64 (469)
Totale	100 (1829)

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 al 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, possa svolgere una funzione protettiva rispetto a scelte comportamentali e al benessere generale dei ragazzi (Dallago e Santinello, 2006; Santinello et al., 2005) e, in particolare, rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (Field et al., 2002), 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. La maggior parte degli 11enni dichiara facile o molto facile parlare di cose che li preoccupano sia con il proprio padre (69.28%) sia con la propria madre (86.92%). Tuttavia la facilità di comunicazione con i genitori diminuisce considerevolmente all'aumentare dell'età: a 13 anni, il 49.31% dei giovani considera facile o molto facile parlare con il padre ed il 72.99% definisce facile o molto facile parlare con la madre; a 15 anni tali percentuali si abbassano ulteriormente fino a raggiungere valori pari a 44.18% per la facilità di comunicazione con il padre e 66.77% per la facilità di comunicazione con la madre.

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	25.78 (329)	12.79 (158)	7.58 (75)
Facile	43.50 (555)	36.52 (451)	36.60 (362)
Difficile	20.85 (266)	32.71 (404)	34.28 (339)
Molto difficile	7.21 (92)	15.14 (187)	17.39 (172)
Non ho questa persona	2.66 (34)	2.83 (35)	4.15 (41)
Totale	100 (1276)	100 (1235)	100 (989)

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	49.33 (626)	29.76 (367)	21.68 (214)
Facile	37.59 (477)	43.23 (533)	45.09 (445)
Difficile	9.30 (118)	19.38 (239)	24.62 (243)
Molto difficile	2.92 (37)	6.65 (82)	7.40 (73)
Non ho questa persona	0.87 (11)	0.97 (12)	1.22 (12)
Totale	100 (1269)	100 (1233)	100 (987)

Dalle figure 2.1 e 2.2 emerge inoltre come vi siano delle differenze legate al genere rispetto alla facilità di comunicazione con i genitori. Tali differenze di genere si evidenziano in particolare riguardo alla comunicazione con il padre, mentre risultano decisamente ridotte rispetto alla comunicazione con la madre. Relativamente alla comunicazione con il padre si evidenzia infatti che per i maschi è più facile parlare di cose che li preoccupano con il proprio padre, rispetto a quanto riportato per le femmine; tale differenza tra maschi e femmine si riscontra in tutte e tre le fasce d'età considerate (figura 2.1). Come evidenziato invece in figura 2.2, le differenze tra maschi e femmine rispetto alla facilità di comunicazione con la madre sono esigue.

Complessivamente quindi si nota: da un lato, una generale maggior facilità di comunicazione con la madre, rispetto a quanto rilevato nei confronti del padre, circa questioni che preoccupano i giovani; d'altro lato, specifiche differenze legate al genere, che mettono in luce come maggiormente critica e difficoltosa la comunicazione tra padre e figlie femmine.

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

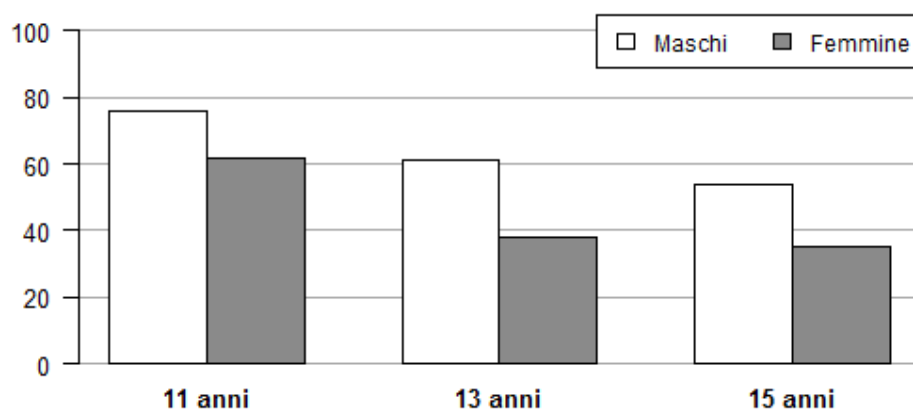
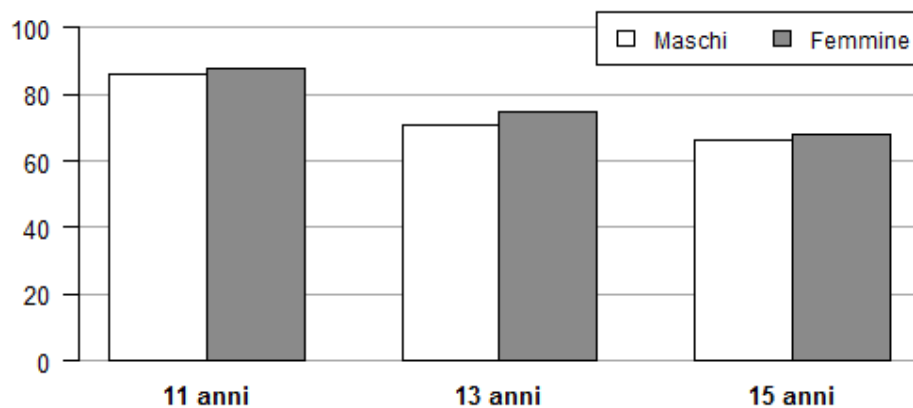


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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 et al., 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 riguardanti lo status socio-economico familiare, relativi all'agiatezza economica familiare ed al livello di istruzione dei genitori.

Sulla base dell'indicatore utilizzato per valutare l'agiatezza economica familiare (FAS), in tabella 2.5, si evidenzia come la maggior parte dei preadolescenti riporti di vivere in una condizione di "alta possibilità di consumo" (49.42%) o "media possibilità di consumo" (41.56%); tuttavia una percentuale pari al 9.02% riporta di vivere in famiglie con un basso livello di agiatezza economica.

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	9.02 (312)
Medio	41.56 (1437)
Alto	49.42 (1709)
Totale	100 (3458)

Rispetto al livello di istruzione dei genitori (tabella 2.6), si evidenzia che gran parte dei genitori ha un diploma di maturità o un titolo di studio superiore. In base alla fascia d'età considerata, la percentuale di padri in possesso di laurea varia dal 18.35% al 27.78%, mentre la percentuale di madri in possesso di laurea varia dal 18.05% al 28.14%. Rispetto al diploma di maturità, la percentuale di padri che lo ha conseguito come titolo maggiore di studio varia dal 25.08% al 31.49%, mentre la percentuale di madri il cui livello d'istruzione è pari al diploma di maturità varia dal 33.19% al 40.41%.

Considerando le diverse fasce d'età, si evidenzia che la percentuale di padri in possesso di diploma di maturità e/o laurea è pari a: 52.86% per gli 11enni, 48.21% per i 13enni, 52.87% per i 15enni. La percentuale di madri in possesso di diploma di maturità o laurea è pari a: 61.33% per gli 11enni, 57.32% per i 13enni, 60.16% per i 15enni.

Tabella 2.6: Livello di istruzione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni %	13 anni %	15 anni %	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Licenza elementare	3.60 (24)	3.60 (30)	4.02 (35)	2.74 (19)	2.16 (19)	2.71 (24)
Licenza media	25.98 (173)	31.53 (263)	29.77 (259)	19.34 (134)	25.65 (226)	24.04 (213)
Istituto professionale	17.57 (117)	16.67 (139)	13.33 (116)	16.59 (115)	14.87 (131)	13.09 (116)
Maturità	25.08 (167)	29.86 (249)	31.49 (274)	33.19 (230)	39.27 (346)	40.41 (358)
Laurea	27.78 (185)	18.35 (153)	21.38 (186)	28.14 (195)	18.05 (159)	19.75 (175)
Totale	100 (666)	100 (834)	100 (870)	100 (693)	100 (881)	100 (886)

2.5 Conclusioni

Il presente capitolo si è posto l'obiettivo di descrivere alcuni aspetti dei contesti familiari in cui vivono i preadolescenti lombardi, focalizzandosi sia su caratteristiche di tipo strutturale (tipologia di famiglia e livello socio-economico) sia su caratteristiche relazionali (qualità della comunicazione tra genitori e figli).

La ricerca HBSC si è focalizzata su tali aspetti del contesto familiare perché essi hanno mostrato di avere una notevole influenza sullo sviluppo psicosociale di preadolescenti e adolescenti (es. Branstetter et al., 2009; Conger e Donnellan, 2007; Gershoff et al., 2007; Keijsers e Laird, 2010; Lanz et al., 1999a) in interazione con gli altri contesti di vita, quali scuola, gruppo di amici e comunità (es. Beyers et al., 2003; Del Valle et al., 2010; Lopez et al., 2009; Way e Robinson, 2003).

Rispetto alla **tipologia di famiglia**, la presente ricerca ha evidenziato come la struttura familiare tradizionale sia quella maggiormente presente nel campione di preadolescenti lombardi; la maggior parte di essi vive infatti con entrambe i genitori ed ha almeno un fratello o una sorella. Emerge tuttavia anche la presenza di "strutture familiari non tradizionali" (Lanz et al., 1999a): circa il 15% dei giovani riporta infatti di vivere con un solo genitore oppure in una famiglia ricostituita. Poiché sia la famiglia monoparentale sia quella ricostituita possono rappresentare, da un lato, una situazione di rischio caratterizzata da minor presenza di risorse e sostegno, d'altro lato, una potenziale fonte di esperienze di arricchimento e responsabilizzazione per i giovani (Scabini, 2000), future ricerche dovranno confrontare queste tipologie di famiglie rispetto alla qualità dello sviluppo psicosociale dei preadolescenti.

Oltre alla struttura familiare, un ulteriore aspetto in grado di influenzare notevolmente lo sviluppo psicosociale dei preadolescenti è rappresentato dalla qualità della relazione ed in particolare dalla **qualità della comunicazione tra genitori e figli** (es. Dallago e Santinello, 2006; Lanz et al., 1999a). In linea con la letteratura del settore (es. Cristini et al., 2007), anche i dati forniti dai preadolescenti lombardi mostrano come la facilità di comunicazione con entrambi i genitori diminuisca all'aumentare dell'età e come sia in particolare la comunicazione tra padre e preadolescenti femmine a presentare maggiori criticità. Poiché è stato ampiamente documentato il legame tra qualità del rapporto genitori-figli e qualità dell'adattamento psicosociale dei giovani (Zambon et al., 2006; Dallago e Santinello, 2006; Field et al., 2002), i dati della presente ricerca, che mostrano l'aumentata difficoltà nel parlare con i genitori al crescere dell'età e le difficoltà di comunicazione tra padri e figlie, suggeriscono la necessità di individuare interventi specifici e mirati su questo target. Tali azioni dovrebbero essere indirizzate a favorire la comunicazione aperta tra genitori e figli, promuovere una relazione basata sulla fiducia, favorire la gestione costruttiva dei cambiamenti e dei nuovi bisogni espressi dai figli all'ingresso dell'età

adolescenziale; ciò al fine di rafforzare la qualità della comunicazione tra genitori e figli, in qualità di fattore protettivo spesso presente in infanzia, ma che pare allentarsi con il crescere dell'età dei figli.

Infine è stato analizzato lo **status socio-economico** delle famiglie, in quanto tale variabile ha mostrato di influenzare sia la qualità della vita familiare (es. Geckova et al., 2003 manca l'articolo in bibliografia), sia la salute dei giovani (Zambon et al., 2006). Numerose ricerche (es. Conger e Donnellan, 2007) hanno evidenziato come un basso status socio-economico rappresenti un fattore di rischio nello sviluppo adolescenziale, incidendo sulla percezione di benessere, sulla manifestazione di comportamenti a rischio ed sul raggiungimento di un buon adattamento e rendimento scolastico. Gran parte degli studi sull'impatto del livello socio-economico sullo sviluppo preadolescenziale ed adolescenziale sono stati tuttavia condotti in ambito nordamericano, mentre nel contesto italiano, i risultati sono meno univoci e maggiormente complessi (es. De Vogli et al., 2005a, b) e necessitano quindi di ulteriori approfondimenti.

Riguardo allo status socio-economico delle famiglie, dalla presente ricerca HBSC è emerso che, sebbene gran parte dei preadolescenti lombardi viva in condizioni di agiatezza economica media o alta, circa il 9% dei giovani dichiara di vivere in famiglie con un basso livello di agiatezza economica. Future ricerche potranno analizzare se vivere in tale condizione di deprivazione economica abbia un impatto sullo stato di benessere e salute di questi giovani, attraverso quali meccanismi si realizzi eventualmente quest'influenza, come la recente condizione di crisi economica possa aver influenzato questi processi e come intervenire per limitare queste condizioni di disagio socio-economico e per evitare che esso si traduca in sintomi di malessere psicosociale tra i giovani. Ciò potrà contribuire a sostenere l'impegno e le azioni contro l'esclusione sociale e la povertà minorile, come espresso anche nell'ultima relazione dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza (2009).

Sarà inoltre rilevante monitorare nel tempo l'indice di agiatezza economica familiare, alla luce delle particolari condizioni economiche attuali e dei dati mostrati dall'Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale (ORES). Nell'ultimo rapporto ORES (2010) è stato infatti evidenziato che in Lombardia, pur in presenza di indici di povertà assoluta stabile, è aumentato il numero degli assistiti. Si riscontrano forme di povertà da cui è particolarmente difficile emergere e la presenza di almeno un figlio minorene ne è uno dei principali predittori (ORES, 2010). Ulteriori approfondimenti sull'impatto di quanto appena descritto e dei cambiamenti nel livello socio-economico familiare, sulla salute ed il benessere dei preadolescenti lombardi, potranno essere di ausilio all'individuazione di politiche e interventi adeguati per agire su queste condizioni, impedendo che abbiano effetti deleteri sul benessere dei giovani.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.

- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997). Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- Due, P., Lynch J., Holstein B., Modvig J. (2003). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: The role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(9): 692-698.
- 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.
- Gecková A., Van Dijk J.P., Stewart R., Groothoff J.W., Post D. (2003). Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20):2857-2869.
- 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.
- Kosteniuk J.G., Dickinson H.D. (2003). Tracing the Social Gradient in the Health of Canadians: Primary and Secondary Determinants. *Social Science & Medicine*, 57(2): 263-276.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferraris A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Ruiz C.I., Gallardo C.J. (2002). The psychological impact of family negligence (light versus serious) on a group of children. *Anales de Psicología*, 18(2): 261-272.
- 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., Dalmaso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

- Beyers J.M., Bates J.E., Pettit G.S., Dodge K.A. (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31, 35-53.
- Branstetter S. A., Furman W., Cottrell L. (2009). The influence of representations of attachment, maternal-adolescent relationship quality, and maternal monitoring on adolescent substance use: a 2-year longitudinal examination. *Child development*, 80(5), 1448-62.
- Conger R.D., Donnellan M.B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58, 175-199.
- Cristini F., Santinello M., Dallago L. (2007). L'influenza del sostegno sociale dei genitori e degli amici sul benessere in preadolescenza. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 3, 501-522.
- Del Valle J. F., Bravo A., Lopez M. (2010). Parents and peers as providers of support in adolescents' social network: a developmental perspective. *Journal of Community Psychology*, 38, 1, 16-27.
- De Vogli R., Gnesotto R., Goldstein M., Andersen R., Cornia G.A. (2005a). The lack of social gradient of health behaviors and psychosocial factors in northern Italy. *Social and Preventive Medicine*, 50, 197-205.
- De Vogli R., Mistry R., Gnesotto R., Cornia G.A. (2005b). Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised Countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 158-162.
- Gershoff E.T., Aber J. L., Raver C.C., Lennon M.C. (2007). Income is not enough: Incorporating material hardship into models of income associations with parenting and child development. *Child Development*, 78, 1, 70-95.
- Keijsers L., Laird R.D. (2010). Introduction to special issue: careful conversations: adolescents managing their parents' access to information. *Journal of Adolescence*, 33, 255-260.
- Lopez B., Wang W., Schwartz S. J., Prado G., Huang S., Brown C. H., Pantin H., Szapocznik J. (2009). School, family, and peer factors and their association with substance use in hispanic adolescents. *Journal of Primary Prevention*, 30, 622-641.
- ORES (2010). *L'esclusione sociale in Lombardia. Rapporto 2009*. Guerini e Associati, Milano.
- Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza (2010). *Relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia 2008-2009. Temi e prospettive dai lavori dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza*. Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per le politiche della famiglia, Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza/Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Way N., Robinson M.G. (2003). Effects of perceived family, friends, and school experiences on change in self-esteem among urban, low-SES adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 18, 324-346.

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 (Fredericks et al., 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 et al., 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 et al., 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 e 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 della 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 della salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

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

In tabella 3.1 è possibile notare come la maggior parte dei dirigenti scolastici che hanno preso parte all'indagine, giudichi come adeguate le risorse strutturali della propria scuola (cortile, edificio, aule, palestra ecc.); tuttavia una percentuale che varia tra circa un quarto e un sesto dei dirigenti scolastici intervistati esprime un giudizio di inadeguatezza circa tali risorse. In particolare le percentuali più elevate di insoddisfazione e giudizio negativo sono relative a: attrezzature per disabili (28.15%), biblioteca (26.95%), cortile o aree esterne (21.74%), aule e spazi (19.86%), laboratori specifici (18.84%). Inoltre alcuni dirigenti riportano che il proprio istituto non gode di queste risorse strutturali; le percentuali più elevate riferite a risorse che mancano completamente riguardano: cortile o aree esterne (3.62%), palestra (3.52%), attrezzature per disabili (2.22%), biblioteca (2.13%) e laboratori specifici (1.45%).

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

	Cortile/ aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Biblioteca, libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature speciali per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguato	74.64 (103)	84.51 (120)	80.14 (113)	80.99 (115)	70.92 (100)	88.03 (125)	85.92 (122)	69.63 (94)	79.71 (110)
Non adeguato	21.74 (30)	15.49 (22)	19.86 (28)	15.49 (22)	26.95 (38)	11.97 (17)	14.08 (20)	28.15 (38)	18.84 (26)
Risorsa non presente	3.62 (5)	0.00 (0)	0.00 (0)	3.52 (5)	2.13 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	2.22 (3)	1.45 (2)
Totale	100 (138)	100 (142)	100 (141)	100 (142)	100 (141)	100 (142)	100 (142)	100 (135)	100 (138)

Anche rispetto alla presenza di attività di promozione della salute (tabella 3.2), gran parte delle scuole del territorio lombardo mostra di disporre ed usufruire di risorse in tale ambito. In particolare la maggior parte delle scuole realizza abitualmente strategie di promozione dell'attività fisica e sportiva (84.51%), di un'adeguata nutrizione ed alimentazione (59.44%), di prevenzione della violenza e del bullismo (55.94%) e di prevenzione dell'abuso di droghe (51.77%).

Deve essere tuttavia messa in evidenza anche la discreta percentuale di scuole in cui tali attività di promozione della salute vengono svolte solo saltuariamente: il 41.84% dei dirigenti dichiara infatti che nella propria scuola vengono svolte solo "di tanto in tanto" strategie per la prevenzione dell'abuso di sostanze, mentre il 35.66% dei dirigenti riporta che vengono svolte "di tanto in tanto" attività di prevenzione della violenza e del bullismo e azioni di promozione di uno stile alimentare sano.

Infine, pur se con percentuali inferiori (vedi tabella 3.2), va rilevato che alcune scuole non implementano nessuna attività di prevenzione della violenza (8.39%), di prevenzione dell'abuso di sostanze (6.38%) e di promozione di una sana alimentazione (4.90%).

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

	Nutrizione e Alimentazione %	Attività fisica e Sport %	Violenza e bullismo %	Abuso di sostanze %
	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì abitualmente	59.44 (85)	84.51 (120)	55.94 (80)	51.77 (73)
Sì di tanto in tanto	35.66 (51)	15.49 (22)	35.66 (51)	41.84 (59)
No	4.90 (7)	0.00 (0)	8.39 (12)	6.38 (9)
Totale	100 (143)	100 (142)	100 (143)	100 (141)

Uno specifico approfondimento, all'interno dell'area delle attività di prevenzione e promozione del benessere, è stato dedicato alle strategie di promozione di uno stile alimentare sano. E' stata quindi indagata la presenza di strutture o attività connesse a questo ambito di promozione della salute (tabella 3.3). Si è evidenziato, da un lato, che ben l'83.08% delle scuole non ha programmi che prevedono la distribuzione agli studenti di alimenti salutari quali latte, frutta e yogurt; quando tali programmi sono presenti (solo il 16.92% delle scuole ne è provvista), prevedono l'offerta di questi prodotti soprattutto per lo spuntino di metà mattina (72.73%), mentre è più raro che questo servizio venga proposto per la colazione e la merenda pomeridiana (vedi tabella 3.4).

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

	Mensa scolastica %	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt %	Distributori automatici di alimenti %
	(N)	(N)	(N)
Sì	49.65 (70)	16.92 (22)	62.77 (86)
No	50.35 (71)	83.08 (108)	37.23 (51)
Totale	100 (141)	100 (130)	100 (137)

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

	Prima colazione %	Spuntini di metà mattina %	Merenda pomeridiana %
	(N)	(N)	(N)
Sì	13.64 (3)	72.73 (16)	22.73 (5)
No	86.36 (19)	27.27 (6)	77.27 (17)
Totale	100 (22)	100 (22)	100 (22)

D'altro lato, è emerso come il 62.77% degli istituti abbia invece distributori automatici di alimenti (tabella 3.3), i quali generalmente offrono anche prodotti meno adeguati ad una sana alimentazione. In tabella 3.5, è infatti possibile osservare come i prodotti più frequentemente erogati dai distributori automatici siano, oltre all'acqua (88.37): bevande calde (93.02%), bibite zuccherate o gassate (86.05%), merendine preconfezionate, caramelle e/o snack (79.07%), succhi di frutta (73.26%).

Nelle scuole dove sono presenti i distributori automatici, solo una percentuale esigua di essi fornisce yogurt (24.42%) e frutta fresca (13.95%).

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

	Bibite zuccherate o gassate	Succhi di frutta	Merendine preconfezionate, caramelle, snack	Yogurt	Frutta fresca	Acqua	Bevande calde	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	86.05 (74)	73.26 (63)	79.07 (68)	24.42 (21)	13.95 (12)	88.37 (76)	93.02 (80)	12.79 (11)
No	13.95 (12)	26.74 (23)	20.93 (18)	75.58 (65)	86.05 (74)	11.63 (10)	6.98 (6)	87.21 (75)
Totale	100 (86)	100 (86)	100 (86)	100 (86)	100 (86)	100 (86)	100 (86)	100 (86)

Parallelamente alle attività e strutture connesse alla promozione di una sana alimentazione, è stata indagata anche l'attività fisica, in particolare quella prevista dal curriculum (tabella 3.6). Il 96.55% delle scuole riporta che tutte le classi riescono a fare le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum.

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

	Classi
	% (N)
Tutte	96.55 (140)
Quasi tutte	3.45 (5)
Circa la metà	0.00 (0)
Poche	0.00 (0)
Totale	100 (145)

Nell'ambito della promozione di un'alimentazione adeguata, ai dirigenti scolastici è stato chiesto di indicare se la loro scuola partecipasse a iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner (tabella 3.7). Solo una minoranza di scuole partecipa ad iniziative di questo tipo, per lo più organizzate dalla direzione scolastica e dagli insegnanti (19.31%) e da associazioni di volontariato (17.93%).

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

	Comune	Associazione agricoltori/allevatori	Istituzioni provinciali	Associazioni (volontariato, onlus,...)	Direzione scolastica/insegnanti	Altro
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	9.66 (14)	5.52 (8)	15.17 (22)	17.93 (26)	19.31 (28)	36.55 (53)
No	90.34 (131)	94.48 (137)	84.83 (123)	82.07 (119)	80.69 (117)	63.45 (92)
Totale	100 (145)	100 (145)	100 (145)	100 (145)	100 (145)	100 (145)

Ulteriore e rilevante aspetto inerente l'organizzazione della scuola è la partecipazione degli studenti ad alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica stessa (tabella 3.8). Gran parte dei dirigenti (76.39%) riporta che gli studenti sono frequentemente coinvolti nello sviluppo di politiche e regole all'interno della scuola. Viceversa, il coinvolgimento frequente degli studenti è decisamente inferiore per attività quali: lo sviluppo di misure di promozione della salute (39.16%), la pianificazione e organizzazione di eventi scolastici (38.73%), l'insegnamento in classe (36.88%), l'organizzazione del contesto fisico della scuola (20.59%).

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

	Sviluppo politiche e regole	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure di promozione della salute	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	Insegnamento in classe
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Frequentemente	76.39 (110)	20.59 (28)	39.16 (56)	38.73 (55)	36.88 (52)
Raramente	21.53 (31)	63.24 (86)	54.55 (78)	52.11 (74)	46.10 (65)
Mai	2.08 (3)	16.18 (22)	6.29 (9)	9.15 (13)	17.02 (24)
Totale	100 (144)	100 (136)	100 (143)	100 (142)	100 (141)

Infine, è stata analizzata la percezione dei dirigenti scolastici rispetto alla presenza di problematiche sul territorio in cui è situata la scuola (tabella 3.9). Sebbene tutte le problematiche indagate siano prevalentemente percepite come "moderate o lievi" o "non presenti", alcune di esse destano particolare attenzione. Ad esempio, gran parte dei dirigenti considera come "problema moderato o lieve" nella zona in cui si trova la scuola: lo spaccio e/o il consumo di sostanze (63.77%), la criminalità (60.43%), il traffico eccessivo (53.24%), la violenza ed il vandalismo (51.82%), la presenza di tensioni razziali/etniche (48.94%). Inoltre va evidenziato come in alcuni casi tali problematiche siano percepite come rilevanti nella zona: in particolare il traffico eccessivo (19.42%) e lo spaccio e/o il consumo di sostanze (9.42%).

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

	Tensioni razziali/etniche	Immondizie per strada	Spaccio/consumo di sostanze	Violenze/ vandalismo	Traffico eccessivo	Edifici dismessi	Criminalità
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Problema rilevante	2.84 (4)	3.65 (5)	9.42 (13)	1.46 (2)	19.42 (27)	1.47 (2)	2.16 (3)
Problema moderato/lieve	48.94 (69)	29.20 (40)	63.77 (88)	51.82 (71)	53.24 (74)	26.47 (36)	60.43 (84)
Problema non presente	44.68 (63)	66.42 (91)	22.46 (31)	43.80 (60)	27.34 (38)	69.85 (95)	32.37 (45)
Non so	3.55 (5)	0.73 (1)	4.35 (6)	2.92 (4)	0.00 (0)	2.21 (3)	5.04 (7)
Totale	100 (141)	100 (137)	100 (138)	100 (137)	100 (139)	100 (136)	100 (139)

3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

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

Alcuni studi (Graziano et al., 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 et al., 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 15enni) 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". I giudizi espressi da ragazze/e rispetto a queste affermazioni sono descritti nel presente report; per ulteriori informazioni su altre domande poste agli studenti circa gli insegnanti e la scuola si rimanda invece al "Report HBSC 2010 Lombardia - OReD" in corso di pubblicazione (vedi www.ored-lombardia.org).

In tabella 3.10 sono riportate le risposte relative all'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", fornite dai 15enni. Osservando i valori sul campione totale di studenti di seconda superiore, si evidenzia come la maggior parte di essi, rispetto al fatto che gli insegnanti "li trattano in modo giusto", si dichiara d'accordo o molto d'accordo (42.23%) oppure né d'accordo né in disaccordo (39.09%); tuttavia il 18.68% degli studenti riporta di percepire gli insegnanti come ingiusti verso gli studenti.

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	11.34	4.80	8.02
	(55)	(24)	(79)
D'accordo	31.96	36.40	34.21
	(155)	(182)	(337)
Né d'accordo né in disaccordo	37.32	40.80	39.09
	(181)	(204)	(385)
Non d'accordo	11.13	13.60	12.39
	(54)	(68)	(122)
Per niente d'accordo	8.25	4.40	6.29
	(40)	(22)	(62)
Totale	100	100	100
	(485)	(500)	(985)

In tabella 3.11 sono riportate le risposte degli studenti di 15 anni circa il sentirsi incoraggiati ad esprimere il proprio parere in classe. Circa metà degli studenti dichiara di sentirsi incoraggiato ad esprimersi (47.76%), mentre il 35.67% risponde di sentirsi né d'accordo, né in disaccordo rispetto alla percezione di essere incoraggiato a parlare. Infine il 16.57% degli studenti riporta invece di non sentirsi incoraggiato ad esprimere il proprio punto di vista.

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 %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	10.93	8.22	9.55
	(53)	(41)	(94)
D'accordo	38.56	37.88	38.21
	(187)	(189)	(376)
Né d'accordo né in disaccordo	32.16	39.08	35.67
	(156)	(195)	(351)
Non d'accordo	12.78	10.42	11.59
	(62)	(52)	(114)
Per niente d'accordo	5.57	4.41	4.98
	(27)	(22)	(49)
Totale	100	100	100
	(485)	(499)	(984)

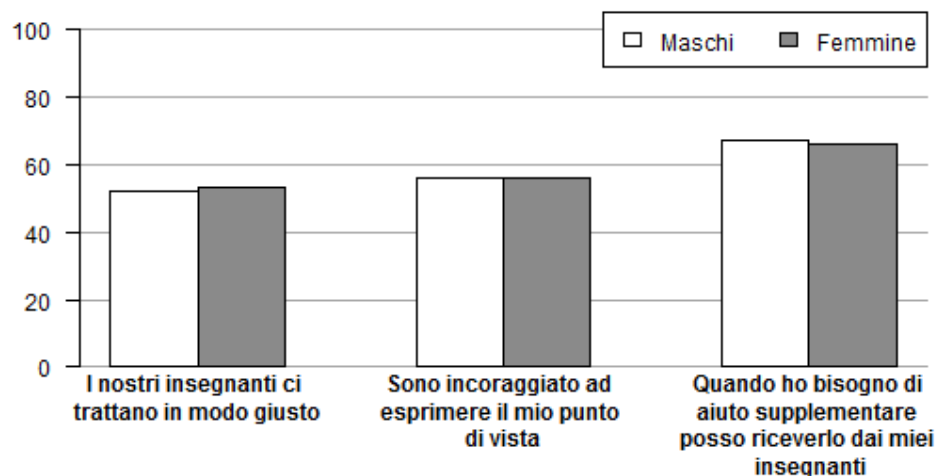
Un'ulteriore domanda posta agli studenti circa il rapporto con gli insegnanti ha indagato la percezione di poter ricevere aiuto supplementare nel caso dovessero averne bisogno. In tabella 3.12 sono riportate le percentuali di risposta fornite dagli studenti di 15 anni a questa domanda. Si evidenzia come più della metà degli studenti (61.32%) riporti di poter ricevere aiuto supplementare dagli insegnanti, circa un quarto degli studenti (27.61%) risponde di sentirsi né d'accordo né in disaccordo rispetto alla possibilità di ricevere aiuto supplementare, il 11.07% di essi riporta invece di non sentirsi supportato dagli insegnanti.

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 %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	12.16	10.00	11.07
	(59)	(50)	(109)
D'accordo	50.72	49.80	50.25
	(246)	(249)	(495)
Né d'accordo né in disaccordo	25.36	29.80	27.61
	(123)	(149)	(272)
Non d'accordo	7.84	8.00	7.92
	(38)	(40)	(78)
Per niente d'accordo	3.92	2.40	3.15
	(19)	(12)	(31)
Totale	100	100	100
	(485)	(500)	(985)

Complessivamente (figura 3.1) si nota come i giudizi maggiormente positivi circa gli insegnanti vengano espressi rispetto alla percezione di poter ricevere da loro aiuto supplementare nel caso dovessero averne bisogno; infatti circa il 61% degli studenti afferma che può ricevere aiuto supplementare quando ne ha bisogno. Viceversa, una minor percentuale di studenti esprime valutazioni favorevoli circa l'essere trattati in modo giusto dagli insegnanti; infatti la percentuale di studenti che affermano di sentirsi trattati in modo giusto dagli insegnanti è pari a circa 42%.

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 et al., 2006), e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste infatti un legame significativo tra qualità delle relazioni con i coetanei e 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 et al., 2006), un maggior numero di assenze (Fredericks, 2004) ed un maggior rischio di drop out (Jimerson et al., 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).

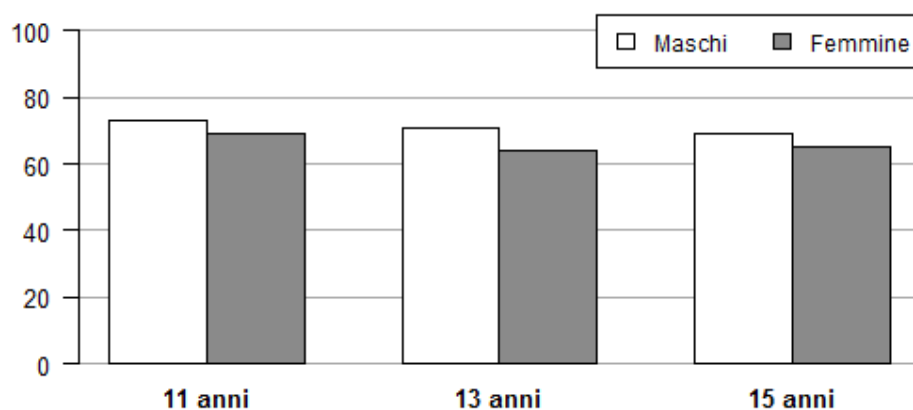
Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d’accordo con le seguenti affermazioni: “La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile” e “I miei compagni mi accettano per quello che sono” (modalità di risposta da “sono molto d’accordo a “non sono per niente d’accordo”). Nelle tabelle 3.13 e 3.14 sono state riportate le risposte relative a queste affermazioni. Per informazioni su altre domande poste agli studenti circa i compagni e la scuola si rimanda al “Report HBSC 2010 Lombardia - OReD” in corso di pubblicazione (vedi www.ored-lombardia.org).

Rispetto al percepire i propri compagni come gentili e disponibili, si evidenzia che in tutte e tre le fasce d’età considerate più della metà degli studenti si dichiara d’accordo o molto d’accordo con questa affermazione: il 71.06% degli 11enni, il 67.28% dei 13enni e il 67.31% dei 15enni giudicano infatti i propri compagni come gentili e disponibili. D’altro lato, si evidenzia anche una minoranza di studenti che lamenta delle difficoltà nel rapporto con i compagni: il 7.2% degli 11enni, il 9.83% dei 13enni e il 8.41% dei 15enni riportano infatti che i propri compagni non sono gentili e disponibili (tabella 3.13, figura 3.2).

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	27.49 (359)	19.74 (245)	19.94 (197)
D'accordo	43.57 (569)	47.54 (590)	47.37 (468)
Né d'accordo né in disaccordo	21.75 (284)	22.88 (284)	24.29 (240)
Non d'accordo	4.98 (65)	7.90 (98)	6.28 (62)
Per niente d'accordo	2.22 (29)	1.93 (24)	2.13 (21)
Totale	100 (1306)	100 (1241)	100 (988)

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

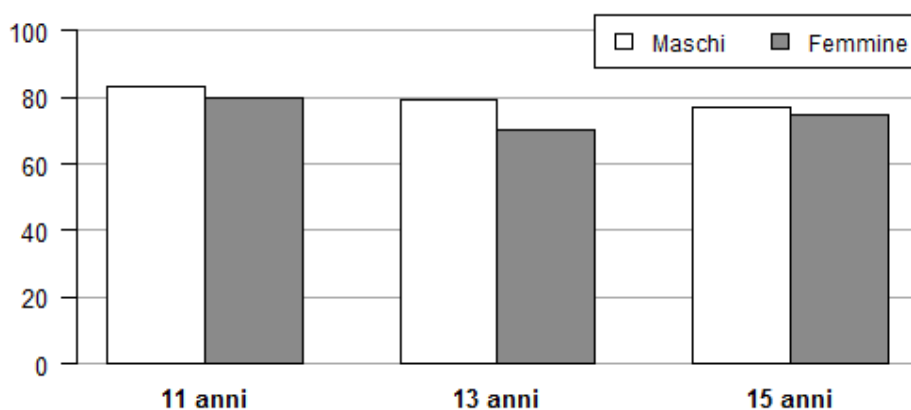


Riguardo alla seconda domanda posta circa i rapporti con i compagni "I miei compagni mi accettano per quello che sono" (tabella 3.14 e figura 3.3), è emerso che la maggior parte degli studenti si dichiara d'accordo o molto d'accordo circa il sentirsi accettati dai compagni. D'altro lato, si nota anche una minoranza di studenti che hanno problemi di integrazione: il 6.36% degli 11enni, l'8.14% dei 13enni e il 5.97% dei 15enni riportano infatti di non sentirsi accettati dai propri compagni.

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	41.15 (537)	27.66 (343)	24.49 (242)
D'accordo	40.31 (526)	47.02 (583)	51.92 (513)
Né d'accordo né in disaccordo	12.18 (159)	17.18 (213)	17.61 (174)
Non d'accordo	3.68 (48)	5.48 (68)	4.05 (40)
Per niente d'accordo	2.68 (35)	2.66 (33)	1.92 (19)
Totale	100 (1305)	100 (1240)	100 (988)

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



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

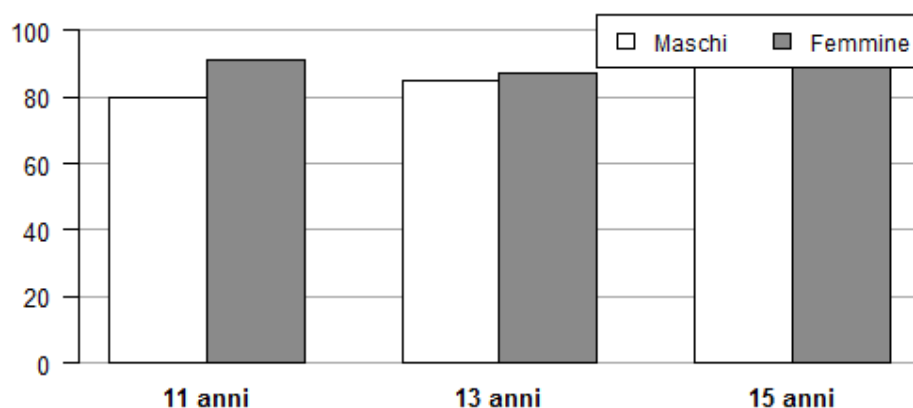
Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle 3.15 e 3.16 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

La maggior parte di ragazzi/e dichiara di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi: 85.17% degli 11enni, 86.07% dei 13enni e 94.31% dei 15enni. D'altro lato, si evidenzia anche una percentuale di studenti che lamentano di essere vittime di bullismo: il 14.83% degli 11enni, il 13.93% dei 13enni e il 5.69% dei 15enni riportano infatti di aver subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi. Emerge inoltre come la percentuale di studenti che riportano di essere stati vittime di bullismo diminuisca all'aumentare dell'età, per cui il fenomeno bullismo risulta connotare maggiormente la realtà degli studenti più giovani (tabella 3.15; figura 3.4).

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	85.17 (1103)	86.07 (1063)	94.31 (928)
1-2volte negli ultimi due mesi	11.27 (146)	10.45 (129)	4.17 (41)
2-3volte nell'ultimo mese	1.85 (24)	1.94 (24)	0.51 (5)
1v/sett	0.39 (5)	0.49 (6)	0.20 (2)
>1volta/sett	1.31 (17)	1.05 (13)	0.81 (8)
Totale	100 (1295)	100 (1235)	100 (984)

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



E' possibile infine fare un confronto, rispetto alla frequenza di episodi di bullismo subito, tra preadolescenti lombardi e preadolescenti del campione nazionale complessivo. Dai grafici finali riportati da pag. 108 a pag. 113, si nota che nel campione lombardo vi è una minor percentuale di 11enni che riportano di aver subito atti di bullismo, rispetto agli 11enni del campione nazionale; viceversa, si rileva una tendenza opposta per i 15enni, ovvero tra i 15enni del campione lombardo si riscontra una maggior percentuale di studenti che riportano di aver subito atti di bullismo, rispetto ai 15enni del campione nazionale.

Nel campione della Lombardia, a 11 anni la percentuale di studenti che dichiarano di aver subito atti di bullismo almeno 2 volte negli ultimi due mesi è pari a: 5% per i maschi e 2% per le femmine; nel campione nazionale, tale percentuale per gli 11enni sale a: 7% per i maschi e 3% per le femmine.

Viceversa, a 15 anni, nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che dichiarano di aver subito atti di bullismo almeno 2 volte negli ultimi due mesi è pari a: 7% per i maschi e 4% per le femmine; nel campione nazionale, tale percentuale per i 15enni è invece inferiore e pari a: 3% per i maschi e 1% per le femmine. Specifiche analisi di approfondimento dovranno tuttavia verificare se si tratta di differenze statisticamente significative.

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	63.96 (834)	64.78 (811)	66.60 (662)
Una volta	16.79 (219)	19.01 (238)	17.40 (173)
2 volte	6.75 (88)	6.79 (85)	7.14 (71)
3 volte	2.99 (39)	2.56 (32)	2.72 (27)
4 volte o più	9.51 (124)	6.87 (86)	6.14 (61)
Totale	100 (1304)	100 (1252)	100 (994)

Relativamente agli episodi di violenza è stata infine analizzata la frequenza con cui gli studenti riportano di essersi azzuffati o picchiati durante l'ultimo anno (tabella 3.16; figura 3.4). Più della metà degli studenti dichiara di non averlo mai fatto, tuttavia dichiarano di essersi azzuffati almeno una volta il 36.04% degli 11enni, il 35.22% dei 13enni e il 33.40% dei 15enni.

Con la stessa tendenza evidenziata per il bullismo si nota che la frequenza di partecipazione a litigi e zuffe diminuisce all'aumentare dell'età, sia rispetto alla partecipazione sporadica sia rispetto alla partecipazione frequente. Ad esempio, la percentuale di studenti che riportano di aver partecipato a zuffe o aver picchiato qualcuno 3 volte o più nell'ultimo anno è pari a 12.5% a 11 anni, 9.43% a 13 anni e 8.86% a 15 anni.

3.5 Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta certamente uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il “contesto scuola” in senso più ampio e complessivo. I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (Bennett et al., 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi et al., 2003). Inoltre, una recente ricerca (Carter et al., 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 grupale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002). L'opportunità di esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato all'interno del gruppo classe può facilitare negli studenti l'accettazione dell'altro, oltre a sviluppare nei ragazzi la percezione del setting scolastico come ambiente supportivo e accettante (Vieno et al., 2005).

In questo studio, il rapporto di ragazzi/e con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da “mi piace molto” a “non mi piace per niente”. In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età. L'apprezzamento e la piacevolezza della scuola è riconosciuta soprattutto dai più giovani: il 77.92% degli 11enni dichiara infatti che la scuola piace loro “molto” o “abbastanza”, mentre tale percentuale scende a 56.38% per i 13enni e 59.23% per i 15enni.

Il decremento nell'apprezzamento e nel giudizio di piacevolezza verso la propria scuola si nota in particolare dall'osservazione dei valori percentuali per la categoria di risposta “mi piace molto”: la

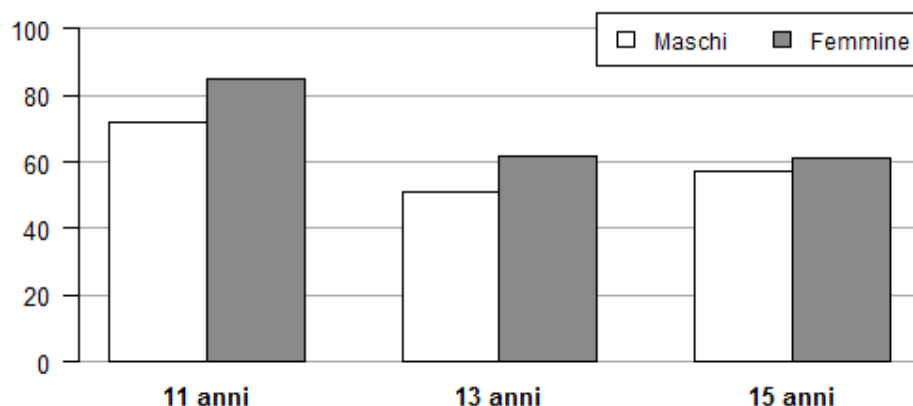
percentuale di ragazzi/e che affermano di apprezzare “molto” la scuola passa dal 29.03% per i 13enni, all’ 8.35% per i 13enni e 8.07% per i 15enni. Parallelamente la percentuale di studenti che affermano di non apprezzare “per nulla” la scuola passa dal 6.34% per gli 11enni, al 14.38 per i 13enni, al 10.49% per i 15enni (tabella 3.17).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	29.03 (380)	8.35 (104)	8.07 (80)
Abbastanza	48.89 (640)	48.03 (598)	51.16 (507)
Non tanto	15.74 (206)	29.24 (364)	30.27 (300)
Non mi piace per nulla	6.34 (83)	14.38 (179)	10.49 (104)
Totale	100 (1309)	100 (1245)	100 (991)

Oltre a decrescere con l’età, si evidenzia un’ulteriore caratteristica circa i giudizi espressi da ragazzi/e sulla piacevolezza della scuola: le femmine mostrano una tendenza ad esprimere giudizi maggiormente positivi sulla scuola, rispetto ai coetanei maschi. Tale differenza tra maschi e femmine è accentuata soprattutto per gli 11enni (figura 3.5).

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



Infine è possibile fare un confronto tra giudizi espressi sulla scuola dai preadolescenti lombardi e dai preadolescenti del campione nazionale complessivo. Dai grafici riportati da pag. 108 a pag. 113, rispetto alla percentuale di studenti che dichiarano di apprezzare molto la propria scuola, è possibile notare come le differenze tra campioni regionale e nazionale siano contenute e pari a 1-2%. Solo per gli 11enni maschi si nota uno scostamento di maggiore entità, per cui la percentuale di 11enni maschi della Lombardia che riportano di apprezzare molto la scuola è pari al 24%, mentre la percentuale calcolata sul campione nazionale è pari al 19%; è tuttavia auspicabile verificare se si tratti di differenze statisticamente significative.

3.6 Conclusioni

Le caratteristiche della scuola e la percezione delle esperienze e delle relazioni all'interno di essa hanno una notevole influenza sulla salute ed il benessere dei preadolescenti (es. Carter, 2007; Osterman, 2000; Wang et al., 2010). Per tale motivo la ricerca HBSC ha dedicato ampio spazio all'analisi del contesto scolastico ed ha indagato sia alcune caratteristiche oggettive, inerenti la struttura e l'organizzazione scolastica, sia la percezione dei giovani delle relazioni interpersonali e delle esperienze fatte a scuola.

3.6.1 Caratteristiche strutturali e di organizzazione della scuola indagate attraverso i dirigenti scolastici

Relativamente alle caratteristiche strutturali e di organizzazione della scuola sono state poste ai dirigenti scolastici una serie di domande, inerenti le risorse strutturali, le misure di promozione della salute, il coinvolgimento degli studenti nell'organizzazione della scuola e la presenza di problematiche nell'area locale della scuola. Tali caratteristiche inerenti il contesto scolastico, in interazione con aspetti più soggettivi quali la percezione da parte dei giovani della scuola e delle relazioni che vi instaurano, possono avere una notevole influenza sull'adattamento psicosociale e la salute dei preadolescenti (Vieno et al., 2005).

Rispetto alle caratteristiche strutturali e di organizzazione, alcuni dati sono a nostro parere particolarmente stimolanti rispetto alla discussione ed alle implicazioni che potrebbero avere in termini di intervento. Pur considerando sostanzialmente positivo il quadro emerso dalle scuole della Lombardia, in quanto caratterizzato da percezione di adeguatezza delle risorse strutturali della scuola e attenzione alle attività di prevenzione, di seguito discutiamo alcuni dei dati su cui riteniamo importante avviare una riflessione.

In primo luogo, rispetto alle **attività di prevenzione a scuola**, è emerso che sebbene gran parte delle scuole realizzi abitualmente strategie di prevenzione e promozione (ad esempio inerenti attività fisica, adeguata alimentazione, violenza e abuso di droghe), si evidenzia tuttavia anche una discreta percentuale di scuole in cui queste attività vengono svolte solo saltuariamente. In particolare rispetto alle strategie per la prevenzione dell'abuso di sostanze e della violenza una discreta percentuale di dirigenti riporta che tali attività vengono svolte "di tanto in tanto". Complessivamente si delinea quindi un quadro caratterizzato da: la maggior parte delle scuole che realizzano attività di prevenzione abitualmente ed una minoranza di scuole (pari a circa un terzo) che riportano invece di realizzare attività di prevenzione solo saltuariamente. Questo ultimo dato richiede una riflessione, in particolar alla luce degli studi che mostrano come l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione sia fortemente influenzata dalla continuità di implementazione e dal dosaggio delle attività (McBride, 2003; Nation et al., 2003). Gli interventi brevi, sporadici e non integrati all'interno del curriculum spesso mostrano una scarsa efficacia. Sarà necessario approfondire ulteriormente l'analisi della presenza e tipologia di interventi di prevenzione e promozione della salute nelle scuole del territorio lombardo, prestando particolare attenzione alla continuità di implementazione di tali interventi. Sarà inoltre importante indagare circa i motivi per cui alcune scuole realizzano tali attività di prevenzione e promozione solo saltuariamente ed eventualmente trovare adeguate modalità per consentire una maggior continuità di implementazione.

Un approfondimento specifico è stato dedicato alle **attività di promozione di uno stile alimentare sano**. In questo ambito è stato evidenziato come, sebbene gran parte delle scuole preveda attività di promozione di uno stile alimentare sano, d'altro lato, più della metà degli istituti non ha programmi che prevedono la distribuzione agli studenti di alimenti salutari come latte, frutta e yogurt. Viceversa, buona parte degli istituti è dotata di distributori automatici di alimenti, i quali generalmente propongono prodotti meno adeguati ad una sana alimentazione, come bibite zuccherate o gassate, merendine preconfezionate, caramelle, snack ecc. Inoltre, è stato rilevato che solo una minoranza di scuole partecipa ad iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate con qualche partner del territorio o della comunità. Questi dati sembrano quindi evidenziare come vi sia una buona attenzione all'educazione alimentare ad un livello individuale, ovvero attraverso programmi diretti agli studenti (anche se questa ipotesi andrebbe verificata con uno studio più approfondito, poiché la ricerca HBSC non ha indagato quali specifiche attività di promozione della salute in ambito alimentare vengano proposte). D'altra parte esista una minor attenzione alle strategie a livello contestuale, ad esempio attraverso: la fornitura agli studenti di alimenti sani; la presenza di distributori automatici che propongano

tali alimenti; la collaborazione con partner del territorio o della comunità per attività di promozione della salute. Alla luce degli studi che mostrano la maggior efficacia degli interventi multi-livello rispetto a quelli che agiscono solo a livello individuale (Nation et al., 2003) e delle ricerche che hanno evidenziato l'importanza della collaborazione scuola-comunità nelle strategie di promozione della salute (St. Pierre, Kaltreider, 2001; Adelman e Taylor, 2003), i dati del presente studio HBSC suggeriscono quindi la possibilità di incentivare l'azione di prevenzione e promozione in ottica multi-livello, l'implementazione di strategie che agiscano anche sulle caratteristiche contestuali ed organizzative, il sostegno ed il rafforzamento alla collaborazione tra diversi enti territoriali nelle azioni di prevenzione e promozione.

Anche il **coinvolgimento degli studenti** nello sviluppo di interventi di promozione della salute è una variabile che può indirettamente aumentare la probabilità di efficacia degli stessi e la partecipazione attiva degli studenti alle iniziative di promozione. I dati forniti dai dirigenti scolastici, relativamente al coinvolgimento degli studenti, mostrano tuttavia che in circa metà delle scuole gli studenti vengono coinvolti solo raramente nello sviluppo di iniziative di promozione della salute. Parallelamente circa il 50% dei dirigenti scolastici ha riportato che gli studenti vengono coinvolti solo raramente nella pianificazione e organizzazione di eventi scolastici e nell'insegnamento in classe; mentre circa il 63% dei dirigenti ha indicato che gli studenti vengono coinvolti solo raramente nell'organizzazione del contesto fisico della scuola. D'altro lato, si evidenzia un coinvolgimento più frequente degli studenti nello sviluppo di politiche e regole all'interno della scuola, per cui circa il 76% dei dirigenti ha dichiarato che gli studenti vengono coinvolti frequentemente in tale attività. Sulla base di questi risultati, riguardo al coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di iniziative di promozione della salute e di eventi scolastici, nell'insegnamento in classe e nell'organizzazione del contesto fisico della scuola si auspicano quindi ulteriori strategie sul modello ad esempio della peer education (Croce e Gemmi, 2003; Pellai et al., 2002). E' infatti importante incentivare il coinvolgimento degli studenti con iniziative che consentano una maggiore responsabilizzazione, potere decisionale e partecipazione degli studenti, sia nella definizione di misure di promozione della salute, sia nell'organizzazione generale del contesto scolastico. Tale partecipazione attiva degli studenti può infatti incentivare l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione realizzati a scuola, sostenere l'impegno a scuola, favorire un positivo attaccamento alla scuola ed alla persone in essa presenti e di conseguenza promuovere il rendimento scolastico (Nation et al., 2003; Santinello, Cristini, 2005; Schaps e Solomon, 2003).

L'ultimo aspetto indagato circa le caratteristiche strutturali/contextuali della scuola è quello della presenza di **problematiche nell'area locale in cui è situata la scuola**. Le problematiche maggiormente percepite dai dirigenti scolastici sono quelle relative a spaccio e/o consumo di sostanze, criminalità, traffico eccessivo, violenza e vandalismo. Si evidenzia tuttavia che tutte queste problematiche sono percepite dalla maggior parte dei dirigenti come "problemi lievi o moderati" per la zona in cui si trova la scuola; vengono espressi giudizi di "problemi rilevanti" solo rispetto al traffico eccessivo da circa il 19% dei dirigenti e rispetto allo spaccio/consumo di sostanze da circa il 9% dei dirigenti. Ulteriori approfondimenti potrebbero quindi fornire una maggior comprensione riguardo alla presenza di queste problematiche ed eventuali proposte strategiche per affrontarle.

3.6.2 Relazioni sociali ed esperienze a scuola indagate attraverso gli studenti

Relativamente alla percezione degli studenti di aspetti di tipo relazionale ed esperienziale a scuola, sono stati indagati: la percezione del rapporto con gli insegnanti, la percezione del rapporto con i compagni di classe, la frequenza di episodi di bullismo e violenza, la valutazione generale di gradimento della scuola.

Gli **insegnanti** sono percepiti dalla maggior degli studenti come persone che li incoraggiano alla partecipazione e che sarebbero disposti a dare loro aiuto supplementare. Riguardo alla percezione di giustizia e correttezza degli insegnanti si rilevano invece percentuali inferiori di giudizi favorevoli, per cui solo il 42% circa degli studenti dichiara di sentirsi trattato in modo giusto ed equo dai loro insegnanti. Tali dati sono di particolare rilievo alla luce dei numerosi studi che mostrano l'influenza del rapporto con gli insegnanti sulla percezione di benessere e salute in preadolescenza (es. Cristini et al., 2010; Graziano, 2007; Santinello et al., 2009; Wang et al., 2010); in particolare è stato evidenziato come la percezione di ingiustizia da parte degli insegnanti sia un fattore di rischio per lo sviluppo di sintomi di malessere psicofisico (Santinello et al., 2009).

Ulteriori analisi su questi dati inerenti il rapporto tra insegnanti e studenti potrebbero approfondire lo studio delle eventuali problematiche e difficoltà evidenziate da quella minoranza di studenti che riporta

alcune criticità nel rapporto con gli insegnanti ed offrire una maggiore comprensione dei processi che legano queste variabili. Inoltre questi risultati suggeriscono la possibilità di incentivare l'implementazione di strategie per promuovere una maggior percezione di equità e giustizia nei rapporti tra insegnanti e studenti, per favorire una relazione basata su maggiore reciprocità, dialogo e comprensione, soprattutto per quel sottogruppo di ragazzi/e che riportano delle difficoltà e criticità verso gli insegnanti.

Oltre al rapporto con gli insegnanti anche la qualità della relazione con i compagni gioca un ruolo rilevante rispetto all'adattamento ed all'integrazione di ragazzi/e a scuola (Chen, 2008; Loukas et al., 2009) ed è stata quindi indagata attraverso diverse domande nella ricerca HBSC. I risultati del presente studio hanno mostrato che anche il rapporto con i **compagni di classe** è giudicato dalla maggior parte degli studenti come positivo e soddisfacente. Più della metà degli studenti riporta infatti di sentire i propri compagni come gentili, disponibili e di sentirsi da loro accettata. La percentuale di studenti che lamentano delle difficoltà di relazione o accettazione da parte dei compagni è compresa tra circa 6-8%.

Ulteriori informazioni sono emerse dagli indicatori di problematiche relazionali con i pari quali ad esempio gli episodi di **violenza e bullismo**. Nella presente ricerca è emerso che la maggior parte di ragazzi/e dichiara di non aver subito atti di bullismo e non aver partecipato ad atti di violenza; tuttavia percentuali non trascurabili di studenti riportano di aver subito o partecipato a episodi di violenza saltuariamente o frequentemente. Particolare attenzione destano in tal senso i dati degli 11enni, tra i quali circa il 15% riporta di aver subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi e circa il 36% dichiara di essersi azzuffato almeno una volta durante l'ultimo anno. Questa minoranza di studenti mostra quindi una minor abilità nel costruire e mantenere relazioni con i compagni. La capacità di gestire in modo adeguato i rapporti con i pari, la percezione di riconoscimento ed accettazione da parte loro, la soddisfazione nella relazione con i compagni, sono variabili che hanno una rilevante influenza sul benessere psicosociale e sull'adattamento a scuola in preadolescenza (es. Wentzel, 2003; Cemalcilar, 2010); inoltre è proprio durante questo periodo di sviluppo che si gioca l'inizio della transizione dal mondo familiare al mondo delle relazioni amicali ed in cui queste ultime assumono una connotazione di maggior profondità ed intimità (es. Gullotta et al., 2000).

Alla luce di queste considerazioni e dei dati ottenuti sugli studenti lombardi risultano importanti le azioni in ambito scolastico per promuovere positive e supportive relazioni con i compagni, in particolar modo per quei ragazzi/e che mostrano delle problematiche nell'integrazione in classe e nell'essere accettati da parte dei compagni oppure che mostrano comportamenti aggressivi e violenti. Da un lato, sul versante delle problematiche di internalizzazione emotiva e relazionale, è importante sostenere quella minoranza di studenti che mostrano difficoltà relazionali e percezione di scarsa accettazione da parte dei compagni, affinché tali difficoltà non si traducano in problematiche maggiori quali ansia sociale, isolamento e solitudine. D'altro lato, sul versante delle problematiche di esternalizzazione e della violenza interpersonale, è rilevante implementare strategie per prevenire bullismo e violenza, per favorire la comprensione degli stati d'animo e dei comportamenti altrui, per aumentare le competenze relazionali e di gestione dei conflitti.

Infine, quale ultimo aspetto inerente la percezione da parte dei ragazzi/e riguardo il loro ambiente scolastico, è stato loro chiesto di esprimere un **giudizio generale di piacevolezza rispetto alla scuola**. La maggior parte dei giovani esprime un giudizio positivo, tuttavia questo apprezzamento diminuisce all'aumentare dell'età: la scuola piace "molto o abbastanza" a circa il 78% degli studenti di prima media, mentre tale percentuale scende a circa 56% in terza media e 59% in seconda superiore.

Tutti i dati fin qui illustrati, inerenti la percezione della scuola e delle relazioni che all'interno di essa si costruiscono, necessitano di essere letti alla luce del particolare periodo evolutivo rappresentato dalla preadolescenza. In questa fascia d'età e durante l'arco delle scuole secondarie si intrecciano infatti numerosi compiti evolutivi e cambiamenti che possono aiutare a leggere e spiegare alcuni dei giudizi espressi verso la scuola: dai processi che si verificano a livello intraindividuale e relazionale negli adolescenti, a quelli che riguardano la scuola come organizzazione circa le richieste poste agli studenti e la metodologia didattica.

L'aumentata criticità verso la scuola potrebbe infatti essere influenzata anche da fattori evolutivi, per cui: all'aumentare dell'età si instaurano forme di saturazione nei confronti dell'ambiente scolastico e verso gli insegnanti, si acquisiscono nuove capacità di ragionamento induttivo e deduttivo che promuovono spirito critico e desiderio di verifica delle affermazioni fatte dagli adulti, si presentano quasi congiuntamente numerosi compiti evolutivi e problemi personali inerenti la crescita fisica, l'aspetto corporeo, la maturazione puberale ecc. (Petter, 1990). Sebbene questi processi evolutivi possano essere definiti "naturali", è rilevante che i giovani siano supportati nell'affrontarli, anche da parte della scuola ed in particolare da parte degli insegnanti che rappresentano le figure adulte di riferimento

all'interno di tale contesto. E' importante infatti fare in modo che la scuola resti per ragazzi e ragazze un contesto sia stimolante sia supportivo; in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere si enfatizza quindi il ruolo della scuola, da un lato, come potenziale contesto per attrarre i giovani attraverso attività per loro piacevoli e coinvolgenti che si propongano come alternativa alla costruzione di identità devianti e all'adozione di comportamenti a rischio (Catalano et al., 2004; Schaps e Solomon, 2003); d'altro lato, la scuola e le relazioni che in essa si vivono possono rappresentare un contesto in grado di fornire sostegno, comprensione e affetto, aspetti che costituiscono influenti fattori protettivi rispetto allo sviluppo di problematiche e difficoltà emotive (es. Thuen e Bru, 2009; Way et al., 2007).

Questo duplice ruolo protettivo della scuola potrebbe essere incentivato, ad esempio: promuovendo la possibilità per gli studenti di partecipare attivamente ai processi decisionali ed all'organizzazione di alcuni aspetti della scuola, incoraggiandoli ad esprimere il loro punto di vista, a proporre e realizzare iniziative sostenibili e costruttive che soddisfino i loro desideri e bisogni, sostenendo la relazione anche con gli adulti all'interno della scuola, affinché essi possano essere percepiti come persone affidabili e supportive ed il contesto scolastico come stimolante, piacevole e responsabilizzante.

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.
- Gullotta T.P., Adams G.R., Markstrom C.A. (2000). *The adolescent experience*. Academic Press, San Diego CA.
- 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
-

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

- Adelman H. S., Taylor L. (2003), Creating school and community partnership for substance abuse prevention program, *Journal of Primary Prevention*, 23, 3, 329-369.
- Catalano R.F., Haggerty K.P., Oesterle S., Fleming C.B., Hawkins J.D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: findings from the Social Development Research Group. *Journal of School Health*, 74, 252-261.
- Cemalcilar Z. (2010). Schools as socialisation contexts: understanding the impact of school climate factors on students' sense of school belonging. *Applied Psychology: An International Review*, 59 (2), 243–272.
- Chen J. J. L. (2008). Grade-level differences: relations of parental, teacher and peer support to academic engagement and achievement among Hong Kong students. *School Psychology International*, 29, 183-198.
- Cristini F., Scacchi L., Santinello M., Bottignolo E. (2010). Prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e disagio scolastico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16, 1, 53-68.
- Croce M., Gemmi A. (2003) (a cura di), *Peer education. Adolescenti protagonisti nella prevenzione*, Milano, Franco Angeli.
- Loukas A., Ripperger-Suhler K.G., Horton K.D. (2009). Examining temporal associations between school connectedness and early adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 804-812.
- McBride N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 18(6), 729-42.
- Nation M., Crusto C., Wandersman A., Kumpfer K. L., Seybolt D., Morrissey-Kane E., Davino K. (2003). What works in prevention. principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 6/7, 449-456.
- Pellai A., Rinaldin V., Tamburini B. (2002). *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*, Erickson, Trento.

- Petter G. (1990). *Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza*. La Nuova Italia, Firenze.
- Santinello M., Cristini F. (2005). La scuola può essere una comunità? *Psicologia Scolastica*, 4(2), 243-248.
- Schaps E., Solomon D. (2003). The role of the school's social environment in preventing student drug use. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 3, 299-328.
- St. Pierre T. L., Kaltreider D. L. (2001). Reflections on implementing a community agency-school prevention program. *Journal of Community Psychology*, 29, 2, 107-116.
- Thuen E., Bru E. (2009). Are changes in students' perceptions of the learning environment related to changes in emotional and behavioural problems? *School Psychology International*, 30, 115-136.
- Way N., Reddy R., & Rhodes J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 40, 194-213.
- Wang M., Selman R. L., Dishion T. J., Stormshak E. A. (2010). A tobit regression analysis of the covariation between middle school students' perceived school climate and behavioral problems. *Journal of Research on Adolescence*, 20(2), 274-286.

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 et al., 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 e Stroebe, 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 e Riddoch, 2001; WHO, 2008; Alfermann Stoll, 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 et al., 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

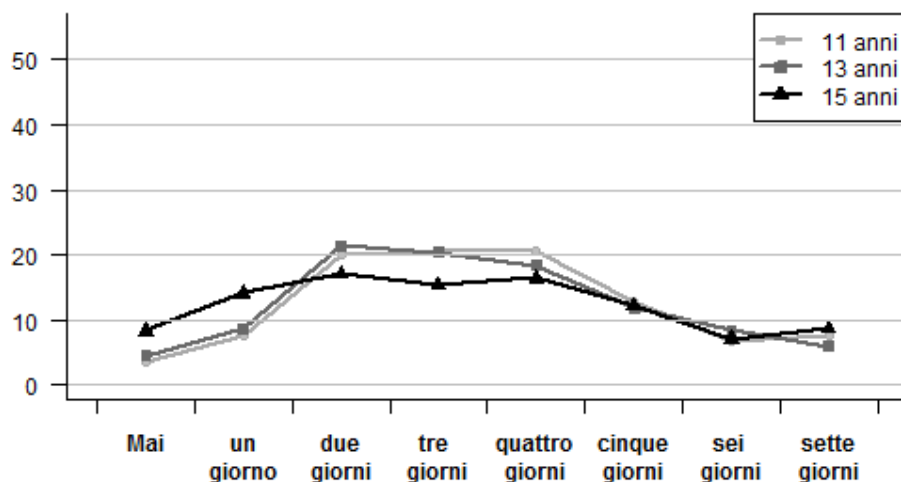
generare un incremento della respirazione, della sudorazione e del senso di affaticamento (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin e Pangrazzi, 1998). Le attività moderate (da 3,5 a 7 Kcal/min) comprendono: camminare, andare in bicicletta, ballare, fare attività in palestra e in piscina, svolgere lavori domestici. 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".

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	3.57 (46)	4.58 (57)	8.39 (83)
un giorno	7.52 (97)	8.76 (109)	14.16 (140)
due giorni	20.08 (259)	21.38 (266)	17.19 (170)
tre giorni	20.62 (266)	20.42 (254)	15.47 (153)
quattro giorni	20.78 (268)	18.41 (229)	16.48 (163)
cinque giorni	12.87 (166)	11.90 (148)	12.34 (122)
sei giorni	6.90 (89)	8.52 (106)	7.18 (71)
sette giorni	7.67 (99)	6.03 (75)	8.80 (87)
Totale	100 (1290)	100 (1244)	100 (989)

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

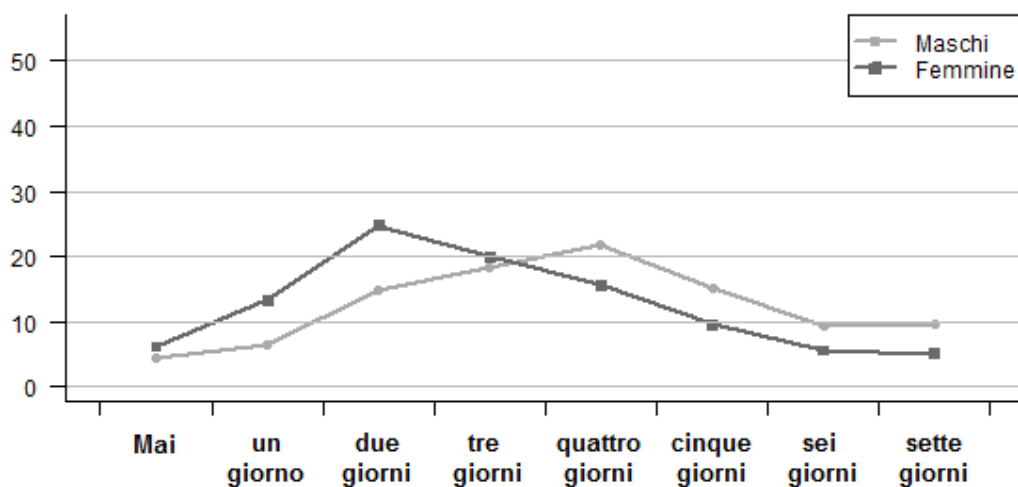


In tabella 4.1 e in figura 4.1 si nota come la maggior parte di ragazzi/e svolga attività fisica (per almeno 60 minuti al giorno) da 2 a 4 giorni la settimana: riportano infatti di fare attività fisica almeno un'ora al giorno per 2-4 giorni la settimana il 61.48% degli 11enni, il 60.21% dei 13enni ed il 49.14% dei 15enni).

Le indicazioni fornite dalle linee guida internazionali, raccomandano durante l'età dello sviluppo di fare una moderata o intensa attività fisica per almeno 60 minuti ogni giorno (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin, 1998). Rispetto a questa indicazione, i risultati della presente ricerca evidenziano invece che la percentuale di ragazzi/e che svolgono attività fisica ogni giorno è pari al 7.67% per gli 11enni, 6.03% per i 13enni e 8.80% per i 15enni.

Osservando i valori percentuali divisi per genere (figura 4.2) si nota inoltre una diversa tendenza per maschi e femmine rispetto alla frequenza di attività fisica. Per i maschi l'opzione che raggiunge la percentuale più elevata di risposte è quella che corrisponde a "4 giorni alla settimana", mentre per le femmine la percentuale più elevata di risposte si registra per l'alternativa "2 giorni alla settimana". Complessivamente i maschi riportano quindi di svolgere attività fisica più frequentemente, ovvero più giorni la settimana.

Figura 4.2 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere

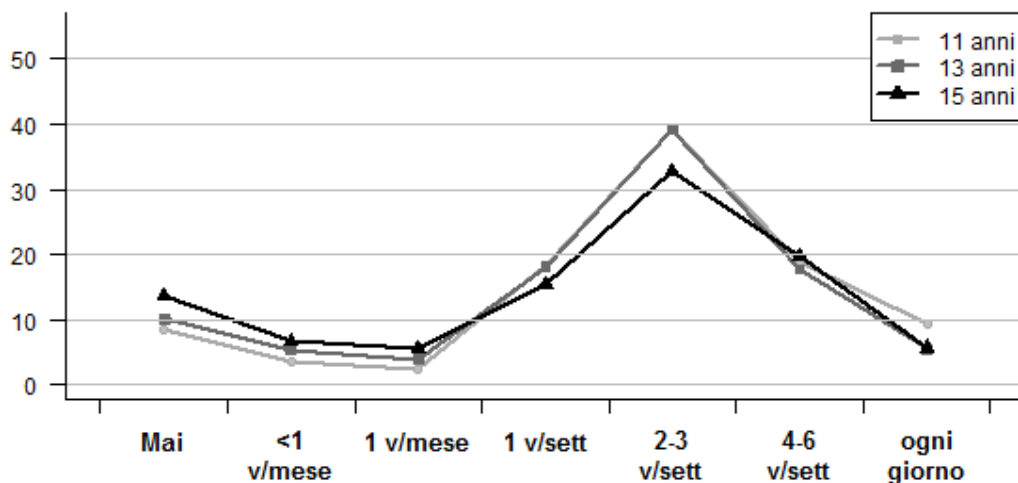


Dai grafici riassuntivi finali (da pag. 108 a pag. 113) è inoltre possibile confrontare i risultati ottenuti circa l'attività fisica sul campione regionale e su quello nazionale. Dal confronto, pur essendo auspicabile verificare se si tratta di differenze statisticamente significative, emerge che la percentuale di giovani del campione lombardo che dichiara di fare attività fisica più di 3 giorni alla settimana, è maggiore di quella rilevata sul campione nazionale. I preadolescenti lombardi riportano quindi di svolgere attività fisica più frequentemente rispetto a quanto dichiarato dai giovani del campione nazionale.

In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che riportano di svolgere attività fisica più di 3 giorni alla settimana è pari a circa: per gli 11enni, 38% delle femmine e 57% dei maschi; per i 13enni, 35% delle femmine e 55% dei maschi; per i 15enni, 34% delle femmine e 56% dei maschi.

Nel campione nazionale la percentuale di studenti che riportano di svolgere attività fisica più di 3 giorni alla settimana è invece pari a: per gli 11enni, 36% delle femmine e 48% dei maschi; per i 13enni, 35% delle femmine e 53% dei maschi; per i 15enni, 28% delle femmine e 49% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

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



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso, tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata.

Osservando i valori percentuali riportati in figura 4.3 si nota come la maggior parte di ragazzi/e svolga attività fisica intensa da 1 a 6 volte la settimana. All'interno di questo range si nota che l'opzione di risposta maggiormente scelta è "2-3 volte alla settimana": una percentuale di studenti compresa tra circa 30% e 40% (in base alla fascia d'età) riporta infatti di fare attività fisica intensa 2-3 volte alla settimana.

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 (Sonnevill 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 et al., 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). La presente ricerca ha quindi indagato diverse modalità attraverso cui i giovani trascorrono il tempo davanti ad uno schermo.

In primo luogo è stato analizzato il tempo speso a guardare la televisione. In tabella 4.2 è possibile notare come la percentuale di giovani che guardano la TV più di due ore al giorno è pari a 25.61% per gli 11enni, 33.65% per i 13enni e 33.97% per i 15enni. La percentuale di giovani che trascorrono molte ore davanti alla TV mostra quindi un incremento all'aumentare dell'età, in particolare passando da 11 a 13 anni.

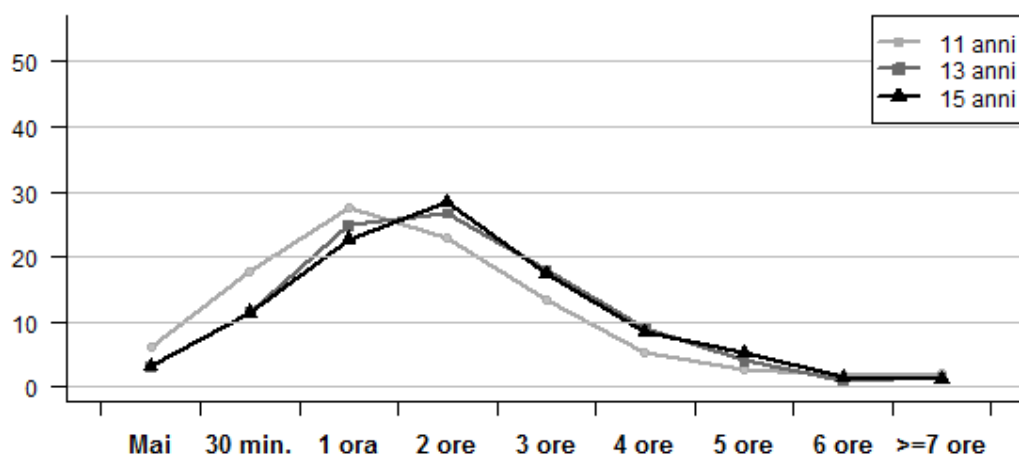
Un'ulteriore classificazione propone di considerare "elevato" un tempo trascorso davanti alla TV pari a 3-5 ore ed "eccessivo" un periodo pari o superiore a 6 ore. Sulla base di questa classificazione, dalla tabella 4.2 si ricavano le seguenti indicazioni. La percentuale di ragazzi/e che trascorrono un tempo "elevato" davanti alla TV è pari a: 21.49% per gli 11enni, 31.10% per i 13enni e 31.15% per i 15enni. La percentuale di ragazzi/e che trascorrono invece un tempo "eccessivo" davanti alla TV è pari a: 4.12% per gli 11enni, 2.56% per i 13enni e 2.82% per i 15enni.

Queste percentuali di ragazzi/e che trascorrono troppo tempo davanti alla TV rappresentano tuttavia una parte minoritaria del campione. In figura 4.4 è infatti possibile notare come la maggior parte dei giovani spenda davanti alla TV circa 1-2 ore al giorno.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6.12 (80)	3.20 (40)	3.23 (32)
Mezz'ora	17.81 (233)	11.51 (144)	11.49 (114)
1 ora	27.45 (359)	24.94 (312)	22.78 (226)
2 ore	23.01 (301)	26.70 (334)	28.53 (283)
3 ore	13.53 (177)	17.91 (224)	17.44 (173)
4 ore	5.28 (69)	9.11 (114)	8.47 (84)
5 ore	2.68 (35)	4.08 (51)	5.24 (52)
6 ore	1.83 (24)	0.96 (12)	1.61 (16)
>= 7 ore	2.29 (30)	1.60 (20)	1.21 (12)
Totale	100 (1308)	100 (1251)	100 (992)

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



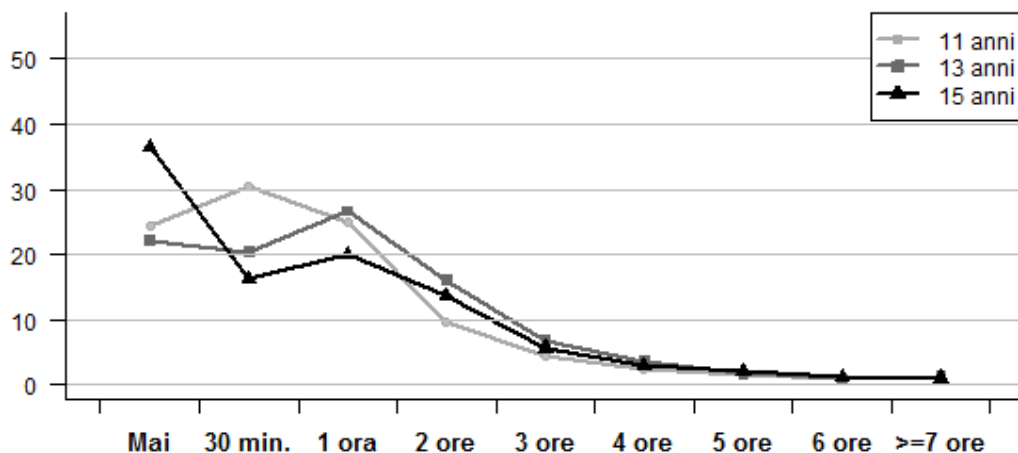
In secondo luogo è stato analizzato il tempo speso con giochi al computer o play station. In tabella 4.3 è possibile notare come la percentuale di giovani che trascorrono con questi giochi più di due ore al giorno (limite indicato dalle linee guida internazionali) è pari a 10.42% per gli 11enni, 16.64% per i 13enni e 13.38% per i 15enni. Come evidenziato per il tempo trascorso davanti alla TV, anche per i videogiochi si nota come la percentuale di giovani che vi dedicano troppo tempo sia maggiore per i ragazzi/e di 13-15 anni, rispetto agli 11enni.

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	24.48 (320)	22.16 (277)	36.62 (364)
Mezz'ora	30.37 (397)	20.40 (255)	16.20 (161)
1 ora	24.94 (326)	26.72 (334)	20.12 (200)
2 ore	9.79 (128)	16.08 (201)	13.68 (136)
3 ore	4.59 (60)	6.88 (86)	5.73 (57)
4 ore	2.37 (31)	3.68 (46)	3.02 (30)
5 ore	1.45 (19)	1.76 (22)	2.21 (22)
6 ore	1.07 (14)	0.96 (12)	1.31 (13)
>= 7 ore	0.92 (12)	1.36 (17)	1.11 (11)
Totale	100 (1307)	100 (1250)	100 (994)

D'altro lato si evidenzia anche come la problematica dell'eccessivo uso di videogiochi riguardi una minoranza di giovani e come la maggior parte di essi spenda con i videogiochi circa mezz'ora oppure un'ora al giorno (figura 4.5).

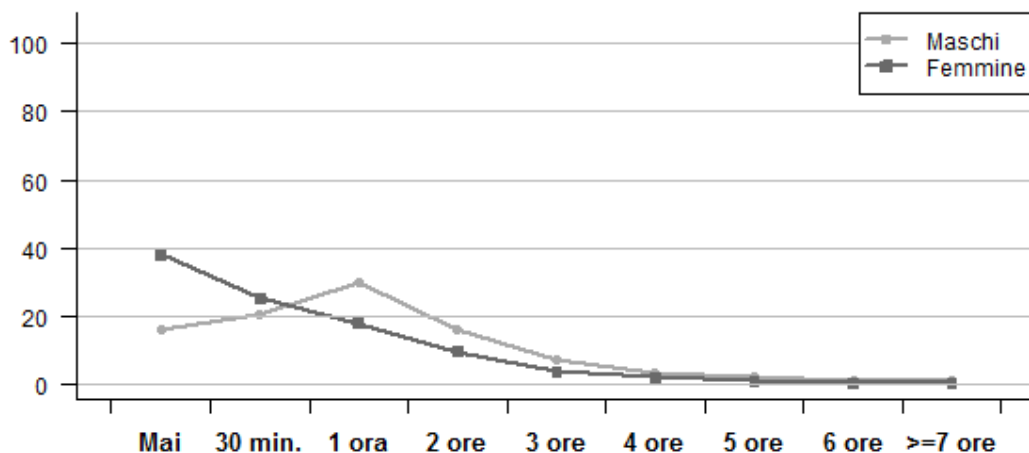
Figura 4.5 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per età



Un dato interessante rispetto alla frequenza di utilizzo di videogiochi, incongruente rispetto ai risultati precedenti che mostravano un incremento nell'uso di videogiochi al crescere dell'età, riguarda la percentuale di ragazzi/e che dichiarano di non utilizzarli "mai": la percentuale di ragazzi/e che riportano di non usare "mai" videogiochi è più alta per i 15enni, rispetto agli 11enni ed ai 13enni (figura 4.5).

Inoltre sono soprattutto le femmine a dichiarare di non utilizzare mai i videogiochi. Complessivamente le femmine riportano anche una minor frequenza di utilizzo di videogiochi (figura 4.6).

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



Dai grafici finali riassuntivi (da pag. 108 a pag. 113) è inoltre possibile confrontare i punteggi ottenuti circa queste due attività sedentarie (guardare la TV e giocare con videogiochi al PC o alla playstation), dai preadolescenti lombardi e dai preadolescenti italiani in generale.

E' emerso che la percentuale di preadolescenti lombardi che dichiarano di trascorrere almeno 2 ore al giorno davanti alla TV, tende ad essere maggiore della percentuale rilevata sul campione nazionale. In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che riportano di trascorrere almeno 2 ore al giorno davanti alla TV è pari a circa: per gli 11enni, 46% delle femmine e 51% dei maschi; per i 13enni, 59% delle femmine e 62% dei maschi; per i 15enni, 61% delle femmine e 64% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che riportano di trascorrere almeno 2 ore al giorno alla TV è invece pari a: per gli 11enni, 41% delle femmine e 48% dei maschi; per i 13enni, 60% delle femmine e 60% dei maschi; per i 15enni, 62% delle femmine e 60% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

Viceversa la percentuale di preadolescenti lombardi che dichiarano di trascorrere almeno 2 ore al giorno giocando al computer o con la playstation tende ad essere minore della percentuale rilevata sul campione nazionale. In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che riportano di trascorrere almeno 2 ore al giorno con videogiochi è pari a circa: per gli 11enni, 13% delle femmine e 26% dei maschi; per i 13enni, 25% delle femmine e 37% dei maschi; per i 15enni, 17% delle femmine e 37% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che riportano di trascorrere almeno 2 ore al giorno con videogiochi è invece pari a: per gli 11enni, 18% delle femmine e 30% dei maschi; per i 13enni, 30% delle femmine e 40% dei maschi; per i 15enni, 26% delle femmine e 39% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

Complessivamente, quindi, i giovani della Lombardia riportano un maggior tempo trascorso davanti alla TV e un minor tempo al computer o playstation rispetto ai risultati ottenuti sul campione nazionale. Future analisi potrebbero verificare se si tratta di differenze statisticamente significative ed approfondire maggiormente lo studio di questi indicatori.

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	35.99 (470)	14.49 (181)	8.67 (86)
Mezz'ora	23.28 (304)	20.18 (252)	15.22 (151)
1 ora	20.14 (263)	23.86 (298)	26.21 (260)
2 ore	11.26 (147)	19.38 (242)	20.87 (207)
3 ore	4.90 (64)	11.93 (149)	12.40 (123)
4 ore	2.45 (32)	4.80 (60)	7.56 (75)
5 ore	1.07 (14)	2.64 (33)	3.83 (38)
6 ore	0.38 (5)	1.12 (14)	2.32 (23)
>= 7 ore	0.54 (7)	1.60 (20)	2.92 (29)
Totale	100 (1306)	100 (1249)	100 (992)

Infine, è stato analizzato il tempo trascorso da ragazzi/e al computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc. In tabella 4.4 si nota come la percentuale di giovani che trascorrono più di due ore al giorno al computer per questi scopi è pari a 9.33% per gli 11enni, 22.09% per i 13enni, 29.03% per i 15enni. Si nota quindi, al crescere dell'età di ragazzi/e, una tendenza all'incremento nell'utilizzo del computer per fini ricreativi, sociali, per i compiti ecc.

In modo opposto rispetto a quanto evidenziato per l'utilizzo di videogiochi (per i quali erano soprattutto i 15enni a riportare di non utilizzarli mai), la percentuale più elevata di coloro che riportano di non utilizzare mai il computer per questi scopi si riscontra per gli 11enni, dei quali il 35.99% dichiara di non usare mai il computer (figura 4.8). A 13 anni e 15 anni invece la maggior parte dei giovani vi dedica da mezz'ora a due ore al giorno.

Rispetto al genere (figura 4.7) si evidenzia infine che l'utilizzo del computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc. tende ad essere più diffuso tra le femmine, rispetto ai maschi. In figura 4.7 è infatti possibile osservare come la percentuale di femmine che usa da 1 a 4 ore il computer per questi fini è più elevata di quella dei maschi; viceversa la percentuale di maschi che riportano di non usare mai il computer per questi fini è più elevata di quella evidenziata per le femmine.

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

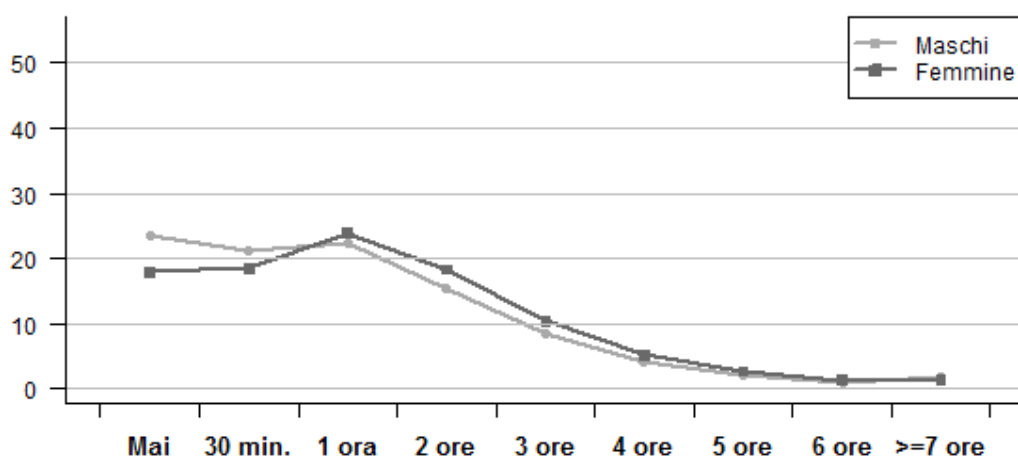
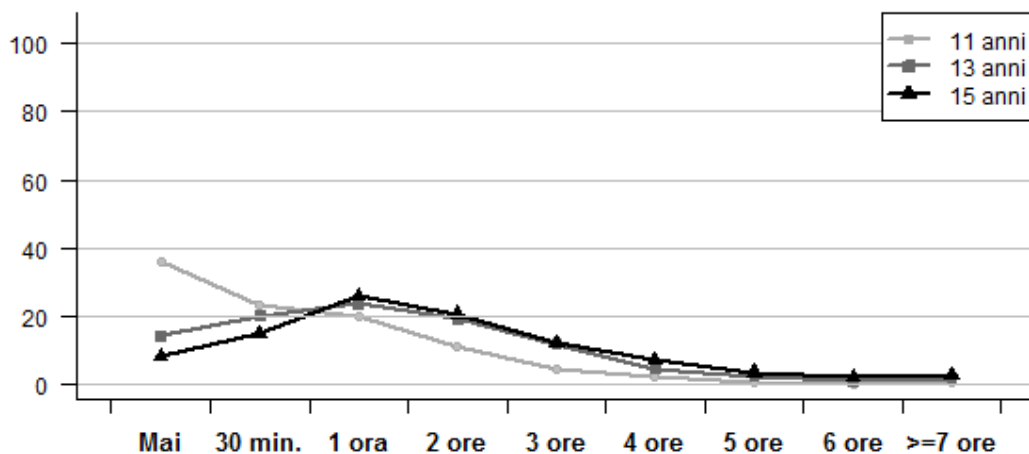


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



4.4 Rapporti con i pari

Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (Laible 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.

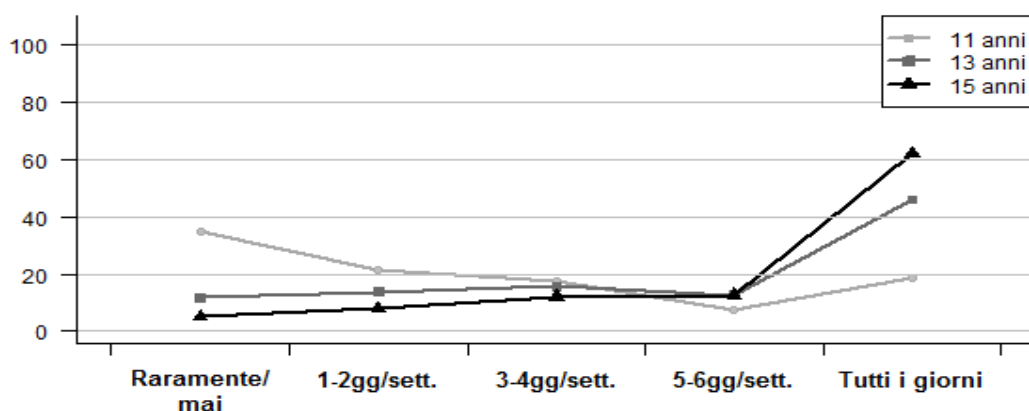
L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le nuove forme di comunicazione tra pari, che sono state indagate in questa sezione, sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione che questi mezzi hanno avuto tra i ragazzi.

In tabella 4.5 e in figura 4.9 si nota come la frequenza delle interazioni con gli amici parlando al telefono o scrivendo SMS aumenti notevolmente al crescere dell'età.

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	35.02 (456)	11.74 (147)	5.04 (50)
1-2gg/sett.	21.51 (280)	13.82 (173)	8.17 (81)
3-4gg/sett.	17.36 (226)	15.73 (197)	12.20 (121)
5-6gg/sett	7.30 (95)	12.78 (160)	12.70 (126)
Tutti i giorni	18.82 (245)	45.93 (575)	61.90 (614)
Totale	100 (1302)	100 (1252)	100 (992)

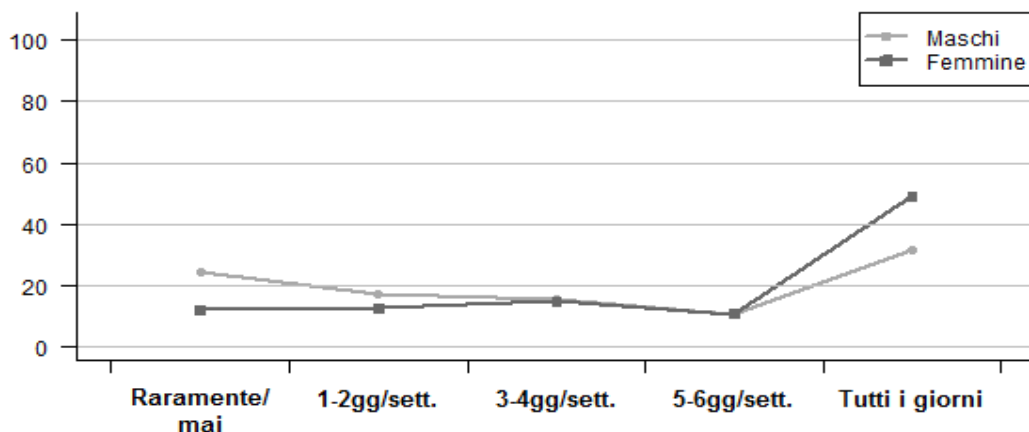
Figura 4.9 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età



Considerando gli estremi della scala si nota che: a 11 anni il 35.02% dei giovani riporta di non usare mai o raramente telefono o SMS con gli amici, mentre la percentuale di coloro che lo fanno ogni giorno è pari a circa 18.82% (gran parte degli 11enni mostra invece un uso moderato di telefono e SMS, per cui il 21.52% riporta di parlare con questi mezzi 1-2 giorni la settimana e il 17.36% li utilizza 3-4 giorni la settimana). A 13 anni la percentuale di coloro che non usano mai questi mezzi è pari a 11.74%, mentre la percentuale di coloro che parlano con gli amici al telefono o scrivono SMS ogni giorno sale a

45.93%. Questo trend si accentua ancora di più a 15 anni, quando la percentuale di coloro che non usano mai telefono, SMS o internet per parlare con gli amici scende a 5.04%, mentre la percentuale dei giovani che li usano ogni giorno è pari a 61.90%.

Figura 4.10 - Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per genere



Rispetto alle differenze legate al genere, si nota che la percentuale di femmine che ogni giorno parlano con gli amici al telefono o tramite SMS è maggiore rispetto a quanto evidenziato per i maschi; viceversa la percentuale di coloro che riportano di non usare mai o raramente questi mezzi per parlare con gli amici è più elevata per i maschi (figura 4.10).

Oltre al tempo trascorso con gli amici parlando al telefono o tramite SMS è stato analizzato il tempo passato in compagnia degli amici dopo la scuola (figure 4.11 e 4.12) o durante uscite serali (figure 4.13 e 4.14).

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

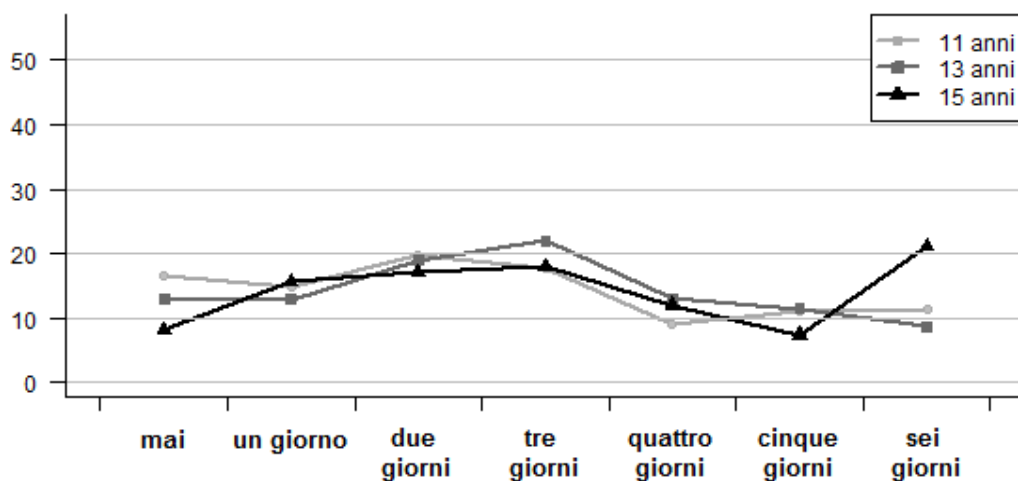
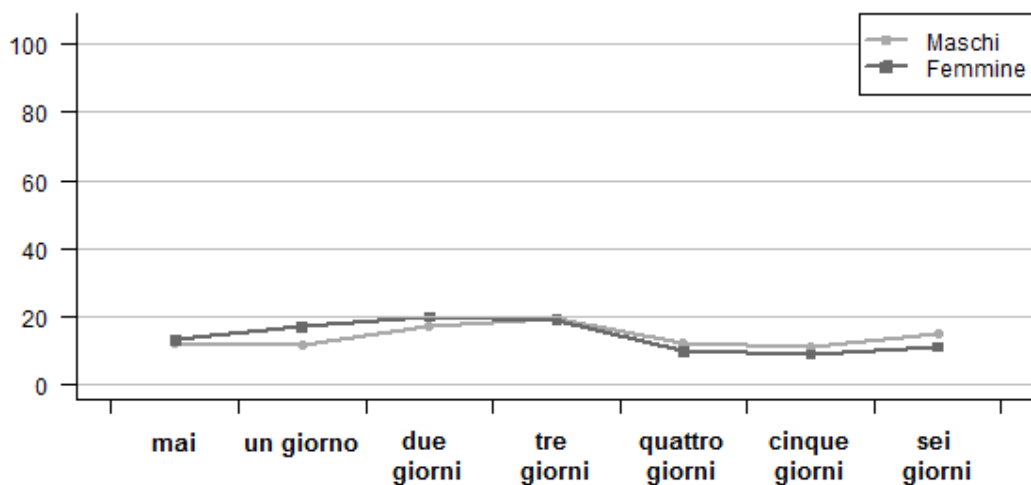


Figura 4.12 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere



Relativamente al tempo speso con gli amici dopo la scuola si evidenzia che la maggior parte dei giovani si trova con gli amici dopo la scuola 2-3 giorni la settimana; il tempo passato con gli amici cresce con l'età: a 11-13 anni circa il 10% dei giovani riporta di vedere gli amici dopo la scuola ogni giorno, mentre a 15 anni tale percentuale sale a circa a 20% (figura 4.11).

Relativamente al tempo speso con gli amici in uscite serali, si nota in figura 4.13 come ciò sia poco frequente per gli 11enni, buona parte dei quali riporta di non uscire mai la sera con gli amici. A 15 e 13 anni invece la percentuale di giovani che escono con gli amici una sera alla settimana raggiunge quasi il 40%. Parallelamente al tempo trascorso con gli amici dopo la scuola, anche le uscite serali incrementano quindi all'aumentare dell'età (figura 4.14).

Figura 4.13 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per età

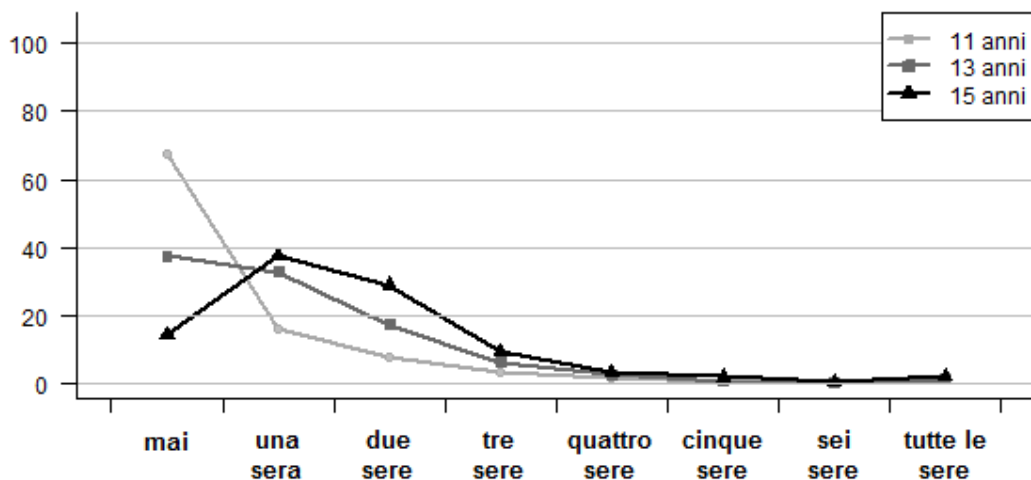
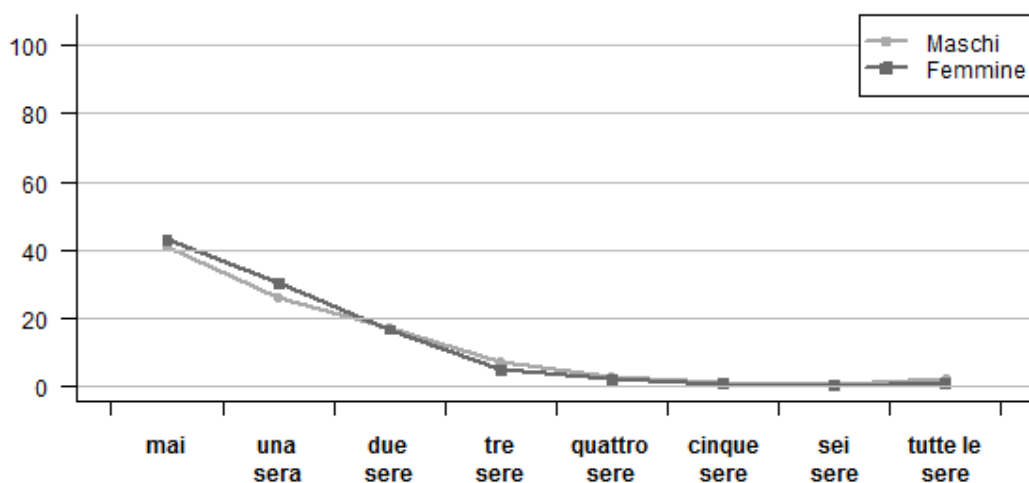


Figura 4.14 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per genere



4.5 Conclusioni

Le attività che i preadolescenti prediligono per impiegare il tempo, hanno forti ripercussioni sul loro sviluppo fisico, psichico e sociale (es. Lauer et al., 2006; Randall e Bohnert, 2009). La ricerca HBSC si è quindi posta l'obiettivo di indagare alcune attività svolte nel tempo libero dai giovani. In particolare sono stati analizzati i seguenti ambiti: attività fisica, uso di televisione, videogiochi, telefono cellulare e computer, tempo trascorso con i coetanei o comunicando con mezzi informatici.

La prima area analizzata è stata quella dell'**attività fisica**, da cui emerge come ragazzi/e della nostra Regione svolgano ridotta attività fisica rispetto a quanto indicato dalle linee guida internazionali. Tali linee guida raccomandano infatti che i giovani facciano una moderata o intensa attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin e Pangrazzi, 1998). I dati rilevati sui preadolescenti lombardi mostrano invece che la maggior parte di essi svolge attività fisica (per almeno 60 minuti) da 2 a 4 giorni la settimana; la percentuale di ragazzi/e che svolgono attività fisica ogni giorno, come raccomandato, è compresa invece tra circa 6-9%.

Ulteriori domande sono state poste ai giovani per indagare circa il tempo da loro trascorso in attività sedentarie quali: guardare la TV, giocare con videogiochi al computer o alla playstation, usare il computer per attività sociali, di ricerca o fare i compiti.

Davanti alla **TV** la maggior parte dei giovani trascorre circa 1-2 ore al giorno, tuttavia circa un quarto degli 11enni ed un terzo dei 13enni e dei 15enni vi passa più di 2 ore al giorno (limite indicato dalle linee guida internazionali). La percentuale di giovani che trascorrono troppe ore davanti alla TV aumenta quindi al crescere dell'età, in particolare tra gli 11 e i 13 anni.

Rispetto ai **giochi con il computer o la play station**, si è evidenziato che la maggior parte dei preadolescenti vi dedica circa mezz'ora oppure un'ora al giorno, mentre la percentuale di coloro che vi stanno più di due ore al giorno è compresa tra circa 10% e 15%. Sono soprattutto i ragazzi/e di 13-15 anni che vi dedicano troppo tempo.

Infine è stato analizzato il tempo trascorso al **computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti**. Ad 11 anni l'uso del computer per questi scopi è limitato e circa il 36% degli studenti di prima media dichiara di non usarlo mai. Viceversa, tra i 13 ed i 15 anni la maggior parte dei giovani vi dedica da mezz'ora a due ore al giorno. Una buona parte di essi vi dedica tuttavia maggior tempo e ciò aumenta in particolar modo con l'età: circa 9% degli 11enni, 22% dei 13enni, 29% dei 15enni trascorre più di due ore al giorno al computer per questi scopi.

Un ulteriore aspetto del tempo libero indagato nella presente ricerca è quello dedicato agli amici, attraverso conversazioni telefoniche o con SMS, incontri dopo la scuola e uscite serali. La frequenza delle **interazioni con gli amici per telefono o SMS** aumenta considerevolmente con l'età: riportano di comunicare ogni giorno con gli amici al telefono o tramite SMS circa il 19% degli 11enni, il 46% dei 13enni ed il 62% dei 15enni.

Parallelamente alla frequentazione degli amici in ambienti virtuali, all'utilizzo di internet a fini ricreativi e di ricerca, all'interazione con amici tramite telefono, aumenta con l'età anche l'interazione con gli amici nei contesti di vita reali. Relativamente al **tempo speso con gli amici dopo la scuola** è emerso che la maggior parte dei giovani si trova con gli amici dopo la scuola 2-3 giorni la settimana. Anche la frequentazione degli amici dopo la scuola mostra un incremento con l'età: a 11-13 anni circa il 10% dei giovani riporta di vedere ogni giorno gli amici dopo la scuola, a 15 anni tale percentuale è prossima al 20%.

Questi dati complessivamente ci hanno permesso di tracciare un quadro delle attività svolte dai giovani nel tempo libero. E' emerso in primo luogo che una ridotta percentuale di giovani svolge una moderata o intensa attività fisica ogni giorno, come raccomandato dalle linee guida internazionali (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin e Pangrazzi, 1998). Parallelamente si riscontra anche una eccessiva quantità di tempo dedicata ad attività sedentarie come guardare la TV o utilizzare giochi con il computer o la play station. Ciò è particolarmente evidente per i 15enni, tra i quali circa il 34% riporta di guardare la TV più di due ore al giorno e circa il 13% dichiara di trascorrere con giochi al computer o play station più di due ore al giorno. Poiché fare scarsa attività fisica e trascorre notevoli quantità del proprio tempo libero guardando la TV e utilizzando videogiochi sono ampiamente riconosciuti come fattori di rischio per lo sviluppo fisico, psichico e sociale dei giovani (es. Alfermann e Stoll, 2000; WHO, 2008; Vieno et al., 2005), specifiche iniziative per promuovere attività fisiche e salutari sono un aspetto su cui puntare l'attenzione.

Rispetto al tempo trascorso al computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc. ed al tempo impiegato per parlare con gli amici via telefono o SMS, i risultati di diverse ricerche mostrano invece tendenze talvolta contrapposte. Da un lato, alcuni autori hanno riscontrato un impoverimento delle interazioni sociali negli ambienti virtuali mediati da internet, rispetto alle interazioni nei contesti di vita reali (Bargh e McKenna, 2004; McKenna e Bargh, 2000) ed hanno evidenziato come l'uso patologico di internet cresca nel periodo adolescenziale (Lei e Wu, 2007; Lin e Tsai, 2002) e sia significativamente associato a solitudine e depressione (Ceyhan e Ceyhan, 2008; Kim et al., 2009). D'altro lato, alcuni studiosi hanno mostrato come le comunicazioni tramite internet possano costituire una risorsa per la costruzione di relazioni di amicizia (Pierce, 2009) e come gli adolescenti, ad esempio attraverso i blog, si presentino con profili in cui emerge frequentemente un'appropriata immagine di sé e commenti positivi su famiglia ed amici, pur accanto a contenuti inerenti comportamenti a rischio (Anderson-Butcher et al., 2010; Williams e Merten, 2008).

I cambiamenti nell'utilizzo dei sistemi di comunicazione e relazione hanno notevolmente amplificato sia i rischi, sia le risorse connesse all'utilizzo di internet nel tempo libero, in particolar modo per i giovani nell'età della preadolescenza ed adolescenza (Subrahmanyam et al., 2008; Subrahmanyam e Greenfield, 2008; Summerskill, 2009). Si rende quindi necessario approfondire maggiormente lo studio circa gli effetti dell'utilizzo del computer sullo sviluppo psicosociale ed ulteriori analisi sui dati della presente ricerca potranno meglio chiarire la relazione tra uso del computer nel tempo libero ed adattamento psicosociale dei giovani.

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf
- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.

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

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

- Anderson-Butcher D., Lasseigne A., Ball A., Brzozowski M., Lehnert M., McCormick B. L. (2010). Adolescent weblog use: risky or protective? *Child & Adolescent Social Work Journal*, 27, 63-77.
- Bargh J. A., McKenna K. Y. A. (2004). The internet and social life. *Annual Review of Psychology*, 55, 573-590.
- Ceyhan A. A., Ceyhan E. (2008). Loneliness, depression, and computer self-efficacy as predictors of problematic internet use. *Cyberpsychology & Behavior*, 11, 6, 699-701.

- Kim J., LaRose R., Peng W. (2009). Loneliness as the cause and the effect of problematic internet use: the relationship between internet use and psychological well-being. *Cyberpsychology & Behavior*, 12, 4, 451-455.
- Lauer P.A., Akiba M., Wilkerson S.B., Apthorp H.S., Snow D., Martin-Glenn M. (2006). Out-of-school-time programs: A meta-analysis of effects for at-risk students. *Review of Educational Research*, 76, 275-313.
- Lei L., Wu Y. (2007). Adolescents' paternal attachment and internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 10(5), 633-639.
- Lin S.S.J., Tsai C. (2002). Sensation seeking and Internet dependence of Taiwanese high school adolescents. *Computers in Human Behavior*, 18, 411-426.
- McKenna K.Y.A, Bargh J.A. 2000. Plan 9 from cyberspace: the implications of the Internet for personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Review* 4, 57-75
- Pierce T. (2009). Social anxiety and technology: Face-to-face communication versus technological communication among teens. *Computers in Human Behavior*, 25, 1367-1372
- Randall E., Bohnert A. (2009). Organized activity involvement, depressive symptoms, and social adjustment in adolescents: Ethnicity and socioeconomic status as moderators. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1187-1198.
- Subrahmanyam K., Greenfield P. (2008). Online communication and adolescent relationships. *Future of Children*, 18(1), 119-146.
- Subrahmanyam K., Reich S., Waechter N., Espinoza G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 420-433.
- Summerskill B. (2009). Online social networks and wellbeing. *The Lancet*, 374, 9689, 514.
- Williams L., Merten M. J. (2008). A review of online social networking profiles by adolescents: implications for future research and intervention. *Adolescence*, 43, 170253, 274.

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, 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 et al., 2007; Amed et al., 2010; Flynn, 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 e Janssen, 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, 2004; Verzeletti et al., 2010), diventa sempre più legata anche a quella del gruppo dei pari e della società (Salvy et 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 et al., 2006; Low 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 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 et al., 2000; 2007). Per la prima volta, a seguito della recente definizione dei valori soglia del sottopeso (Cole et al., 2007), viene riportata anche la prevalenza dei ragazzi sottopeso, attualmente poco presente in letteratura (Lazzeri et al., 2008)

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie del cavo orale legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza (Mobley 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, 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 et al., 2009; Kant et al., 2008).

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola e nel fine settimana. In tabella 5.1 si nota come la maggior parte dei ragazzi/e faccia colazione

quasi ogni giorno durante i giorni di scuola. L'assunzione di questo positivo comportamento tuttavia diminuisce con l'età: riportano di fare colazione quasi ogni giorno, ovvero 5 giorni la settimana, il 77.07% degli 11enni, il 67.20% dei 13enni e il 58.33% dei 15enni. Parallelamente aumenta la percentuale di ragazzi/e che riportano di non fare mai colazione durante i giorni di scuola: 11.51% degli 11enni, 16.40% dei 13enni e 26.93% dei 15enni.

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	11.51 (149)	16.40 (204)	26.93 (265)
Un giorno	2.39 (31)	3.05 (38)	3.05 (30)
Due giorni	2.55 (33)	3.70 (46)	3.15 (31)
Tre giorni	4.17 (54)	5.06 (63)	4.57 (45)
Quattro giorni	2.32 (30)	4.58 (57)	3.96 (39)
Cinque giorni	77.07 (998)	67.20 (836)	58.33 (574)
Totale	100 (1295)	100 (1244)	100 (984)

Anche il fare merenda è un'abitudine abbastanza diffusa ed anch'essa diminuisce tuttavia con l'età: la percentuale di studenti che dichiarano di fare merenda sia a metà mattina sia a metà pomeriggio è pari a 57.07% per gli 11enni, 52.23% per i 13enni e 46.53% per i 15enni. Parallelamente aumenta con l'età la percentuale di ragazzi/e che riportano di non fare merenda: 4.58% degli 11enni, 8.52% dei 13enni e 13.49% dei 15enni. Infine si evidenzia come il fare merenda solo nel pomeriggio sia un'abitudine più diffusa rispetto al fare merenda solo a metà mattina (tabella 5.2).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	4.58 (59)	8.52 (107)	13.49 (134)
Solo a metà mattina	9.78 (126)	13.06 (164)	14.80 (147)
Solo nel pomeriggio	28.57 (368)	26.19 (329)	25.18 (250)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	57.07 (735)	52.23 (656)	46.53 (462)
Totale	100 (1288)	100 (1256)	100 (993)

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 et al., 2009; Mainvil 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).

Rispetto al consumo di frutta, in tabella 5.3. e figura 5.1 si può notare che la percentuale di giovani che riportano di mangiare frutta almeno una volta al giorno o più è pari a 41.05% degli 11enni, 38.36% dei 13enni e 39.25% dei 15enni. Si evidenzia anche la percentuale di giovani che riportano di

non mangiare mai frutta oppure di consumarla solo una volta a settimana: 11.16% degli 11enni, 10.29% dei 13enni e 12.01% dei 15enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4.05 (53)	3.67 (46)	4.54 (45)
Meno di una volta a settimana	7.11 (93)	6.62 (83)	7.47 (74)
Una volta a settimana	11.39 (149)	8.85 (111)	10.09 (100)
2-4 volte a settimana	24.46 (320)	27.75 (348)	25.13 (249)
5-6 volte a settimana	11.93 (156)	14.75 (185)	13.52 (134)
Una volta al giorno tutti i giorni	22.55 (295)	21.61 (271)	21.19 (210)
Più di una volta al giorno	18.50 (242)	16.75 (210)	18.06 (179)
Totale	100 (1308)	100 (1254)	100 (991)

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

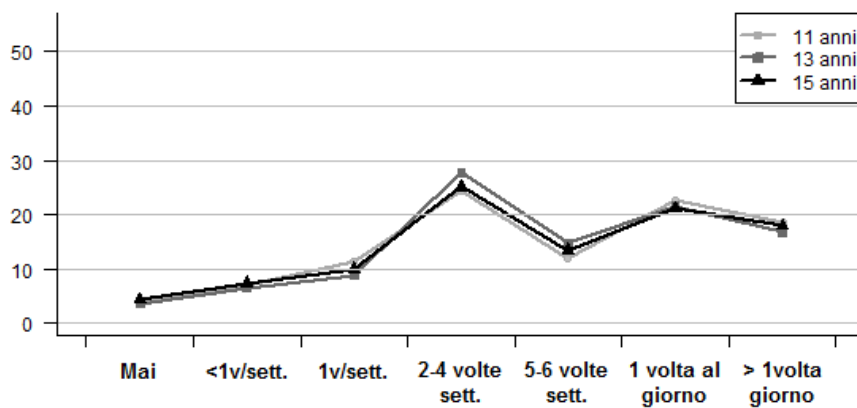


Figura 5.2 – Frequenza percentuale del consumo di frutta, per genere

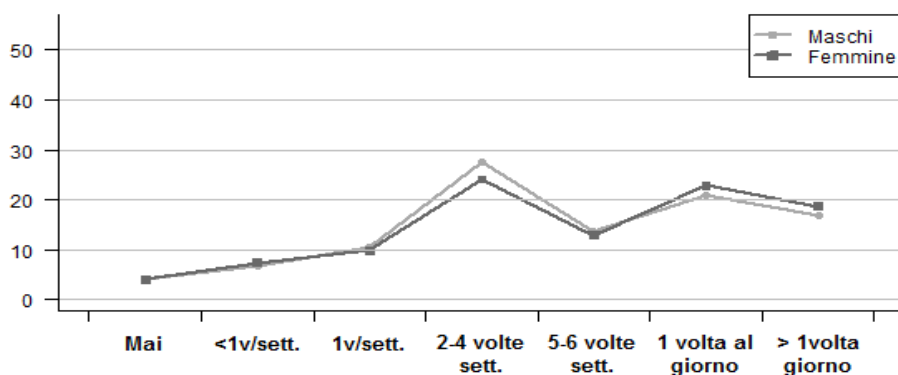


Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9.64 (125)	7.36 (92)	7.16 (71)
Meno di una volta a settimana	8.17 (106)	8.88 (111)	8.38 (83)
Una volta a settimana	14.34 (186)	13.44 (168)	10.80 (107)
2-4 volte a settimana	24.98 (324)	28.72 (359)	26.14 (259)
5-6 volte a settimana	16.35 (212)	15.36 (192)	19.48 (193)
Una volta al giorno tutti i giorni	16.19 (210)	16.96 (212)	16.15 (160)
Più di una volta al giorno	10.33 (134)	9.28 (116)	11.91 (118)
Totale	100 (1297)	100 (1250)	100 (991)

Figura 5.3 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età

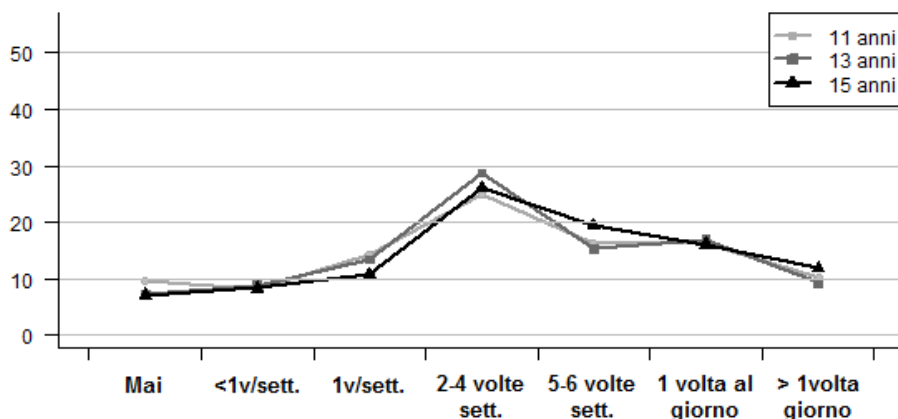
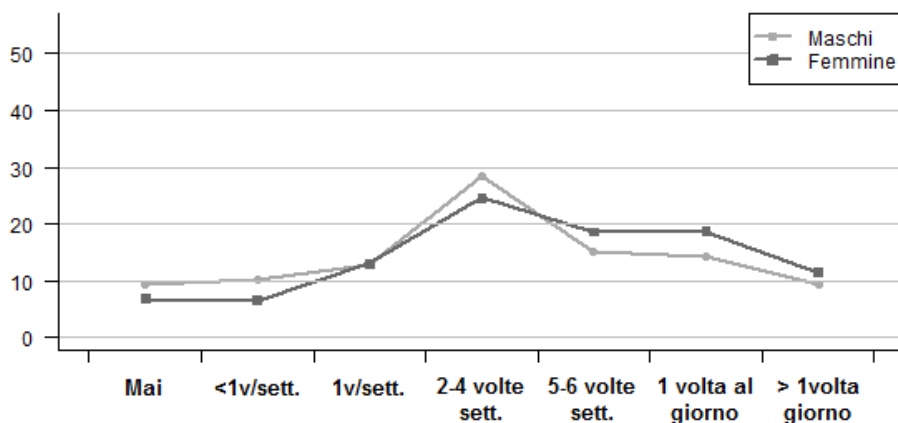


Figura 5.4 – Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere



Rispetto al consumo di verdura, in tabella 5.4. e figura 5.3, si nota che la percentuale di coloro che riportano di mangiare verdura almeno una volta al giorno o più è pari a 26.52% degli 11enni, 26.24% dei 13enni e 28.06% dei 15enni. Le femmine riportano un maggior consumo di verdura rispetto ai maschi (figura 5.4).

Dai grafici finali relativi al campione regionale ed a quello nazionale (da pag. 108 a pag. 113), rispetto al consumo giornaliero di frutta e verdura, si notano alcuni scostamenti tra i punteggi rilevati per i preadolescenti della Lombardia rispetto a quelli ottenuti sul campione nazionale. La percentuale di giovani in Lombardia che consumano frutta ogni giorno è inferiore rispetto alle percentuali emerse per il campione nazionale (tale dato si riscontra per 11enni e 13enni). In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che riportano di consumare frutta ogni giorno è pari a circa: per gli 11enni, 42% delle femmine e 41% dei maschi; per i 13enni, 41% delle femmine e 36% dei maschi; per i 15enni, 42% delle femmine e 36% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che consumano frutta ogni giorno è invece pari a: per gli 11enni, 48% delle femmine e 42% dei maschi; per i 13enni, 43% delle femmine e 39% dei maschi; per i 15enni, 41% delle femmine e 35% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

Relativamente al consumo di verdura, si evidenzia invece che la percentuale di preadolescenti lombardi che consumano verdura ogni giorno è maggiore di quella emersa sul campione nazionale. In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che riportano di consumare verdura ogni giorno è pari a circa: per gli 11enni, 29% delle femmine e 25% dei maschi; per i 13enni, 30% delle femmine e 22% dei maschi; per i 15enni, 32% delle femmine e 24% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che consumano verdura ogni giorno è invece pari a: per gli 11enni, 25% delle femmine e 24% dei maschi; per i 13enni, 23% delle femmine e 22% dei maschi; per i 15enni, 25% delle femmine e 20% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

Complessivamente, quindi, i giovani della Lombardia riportano un minor consumo giornaliero di frutta ma un maggior consumo giornaliero di verdura, rispetto ai giovani del campione nazionale. Future analisi potranno verificare se si tratta di differenze statisticamente significative ed approfondire maggiormente lo studio di questi indicatori nella realtà della Lombardia e nazionale.

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 et al., 2001).

In tabella 5.5 e figura 5.5 si nota come la percentuale di giovani che riportano di mangiare dolci, caramelle o cioccolato almeno una volta al giorno cresce con l'età ed è pari a 32.62% a 11 anni, 35.16% a 13 anni e 39.27% a 15 anni. Anche considerando il consumo non giornaliero e tuttavia elevato pari ad almeno 5 volte la settimana, si nota come il consumo di dolciumi aumenti con l'età: riportano infatti di mangiare dolciumi almeno 5 volte a settimana il 45.08% degli 11enni, il 50.08% dei 13enni ed il 55.06% dei 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	3.31 (43)	1.61 (20)	1.92 (19)
Meno di una volta a settimana	14.00 (182)	10.81 (134)	7.39 (73)
Una volta a settimana	16.00 (208)	13.95 (173)	10.83 (107)
2-4 volte a settimana	21.62 (281)	23.55 (292)	24.80 (245)
5-6 volte a settimana	12.46 (162)	14.92 (185)	15.79 (156)
Una volta al giorno tutti i giorni	14.54 (189)	16.69 (207)	19.13 (189)
Più di una volta al giorno	18.08 (235)	18.47 (229)	20.14 (199)
Totale	100 (1300)	100 (1240)	100 (988)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

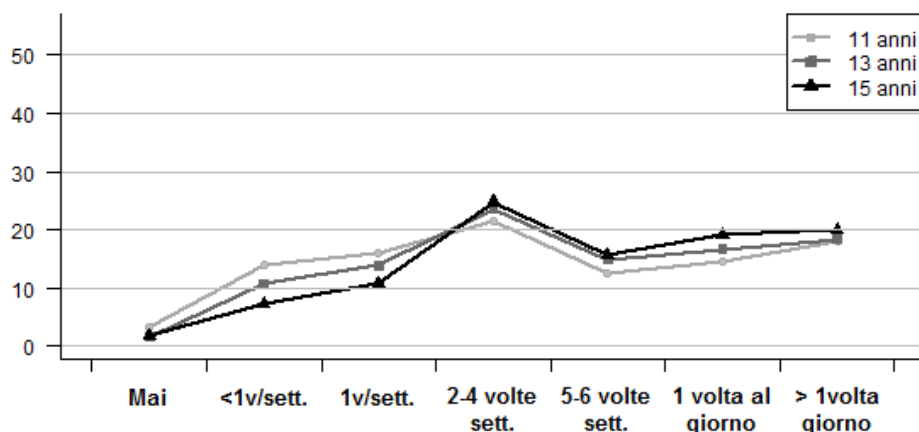
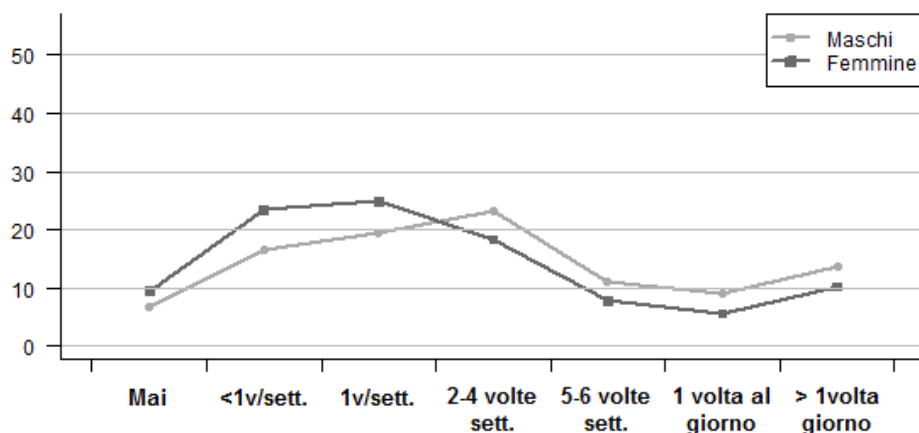


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9.10 (118)	7.55 (94)	7.49 (74)
Meno di una volta a settimana	23.28 (302)	19.68 (245)	15.99 (158)
Una volta a settimana	23.36 (303)	22.33 (278)	20.34 (201)
2-4 volte a settimana	19.74 (256)	20.72 (258)	22.27 (220)
5-6 volte a settimana	8.25 (107)	10.12 (126)	10.22 (101)
Una volta al giorno tutti i giorni	6.48 (84)	7.15 (89)	9.11 (90)
Più di una volta al giorno	9.79 (127)	12.45 (155)	14.57 (144)
Totale	100 (1297)	100 (1245)	100 (988)

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



Anche la percentuale di giovani che dichiarano di consumare bevande zuccherate è considerevole ed aumenta con l'età. In tabella 5.6 e figura 5.6 si nota infatti come la percentuale di giovani che riportano di bere bevande zuccherate almeno una volta al giorno è pari a: 16.27% a 11 anni, 19.60% a 13 anni e 23.68% a 15 anni. Considerando il consumo pari ad almeno 5 volte la settimana di bibite zuccherate, si nota come anche esso aumenti con l'età: riportano infatti di bere bibite zuccherate almeno 5 volte a settimana il 24.52% degli 11enni, il 29.72% dei 13enni ed il 33.90% dei 15enni.

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 tabella 5.7 e figura 5.7 si evidenzia come la maggior parte dei giovani si collochi nella fascia categorizzata come normopeso: 82.16% degli 11enni, 82.93% dei 13enni e 85.08% dei 15enni. Nelle fasce che indicano il sotto e sovrappeso si collocano tuttavia percentuali non trascurabili di giovani. Sono categorizzati come sottopeso il 2.32% degli 11enni, il 2.22% dei 13enni ed il 2.98% dei 15enni. Sovrappeso oppure obesi risultano invece il 15.52% degli 11enni, il 14.84% dei 13enni ed il 11.94% dei 15enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	2.32 (23)	2.22 (22)	2.98 (27)
Normopeso	82.16 (815)	82.93 (821)	85.08 (770)
Sovrappeso	12.40 (123)	12.42 (123)	10.39 (94)
Obeso	3.12 (31)	2.42 (24)	1.55 (14)
Totale	100 (992)	100 (990)	100 (905)

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

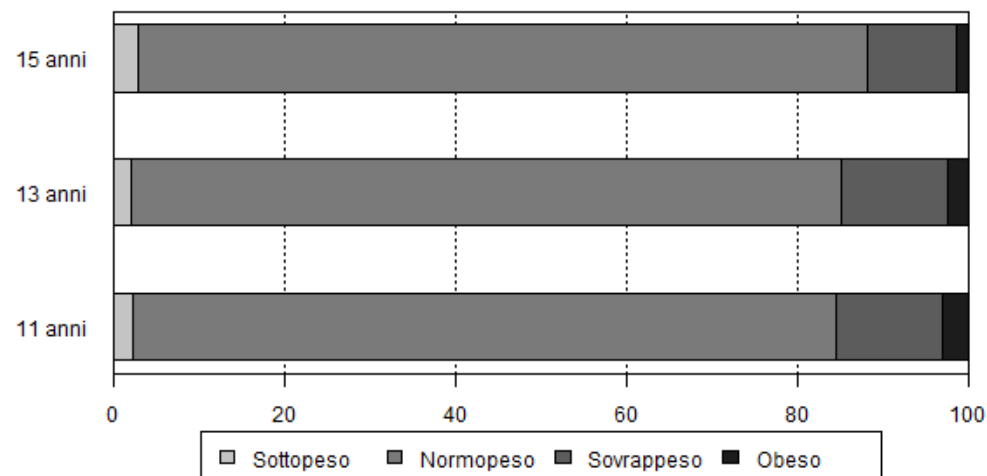


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

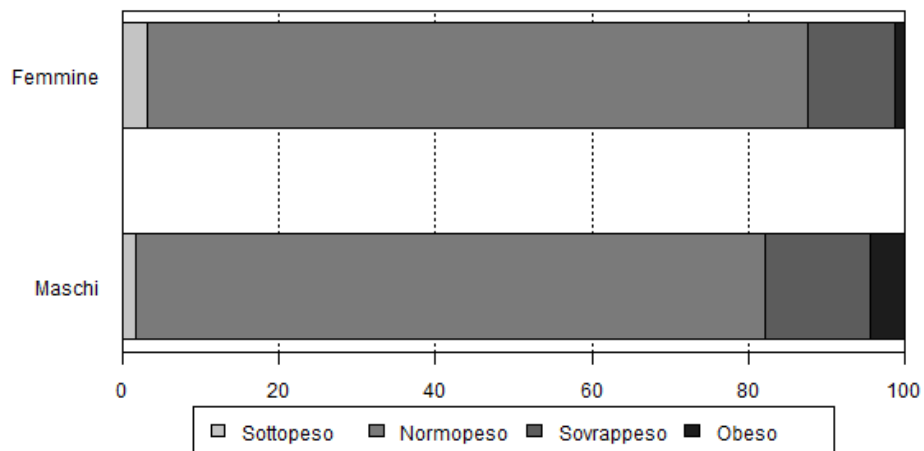


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

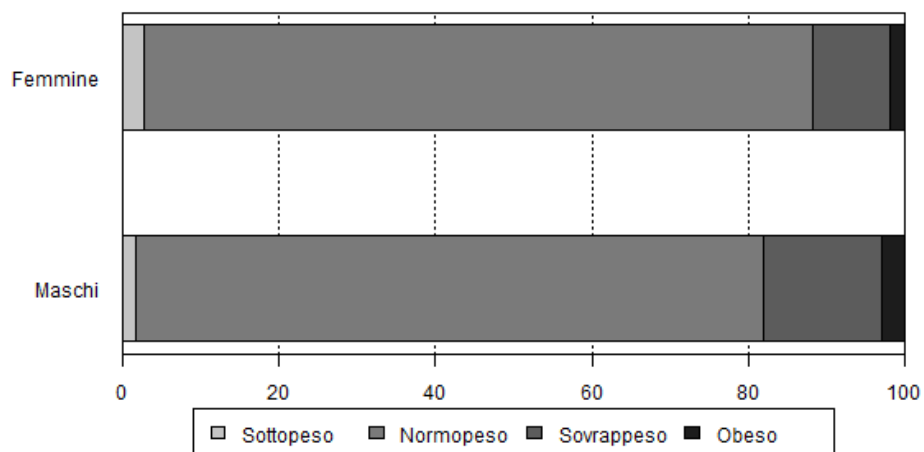
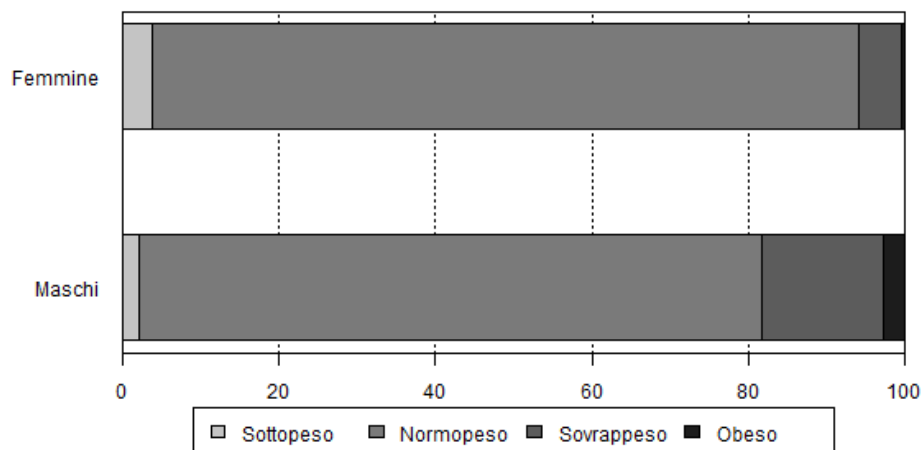


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



Si notano inoltre alcune differenze legate al genere (figure 5.8, 5.9, 5.10). La percentuale di ragazze sottopeso è maggiore di quelle rilevata per i ragazzi; viceversa la percentuale di ragazze sovrappeso oppure obesa è minore di quelle rilevata per i ragazzi. Si nota quindi che le problematiche inerenti un peso eccessivamente basso sono più diffuse tra le femmine, mentre quelle relative ad un eccesso ponderale sono più diffuse tra i maschi. Tale tendenza è riscontrabile in tutte e tre le fasce d'età considerate.

Infine possiamo osservare dai grafici finali riassuntivi (da pag. 108 a pag. 113) un confronto tra campione regionale della Lombardia e campione nazionale rispetto all'indicatore di sovrappeso ed obesità. Si nota che, in tutte e tre le fasce d'età e per entrambi i generi, la percentuali di giovani sovrappeso o obesi in Lombardia è inferiore rispetto a quanto emerso dal campione nazionale.

In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti sovrappeso o obesi è pari a circa: per gli 11enni, 12% delle femmine e 18% dei maschi; per i 13enni, 12% delle femmine e 18% dei maschi; per i 15enni, 6% delle femmine e 18% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti sovrappeso o obesi è invece pari a: per gli 11enni, 18% delle femmine e 23% dei maschi; per i 13enni, 16% delle femmine e 21% dei maschi; per i 15enni, 12% delle femmine e 21% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

Complessivamente, quindi, i giovani della Lombardia riportano minori problematiche di sovrappeso ed obesità rispetto ai giovani del campione nazionale. Future analisi potranno accertare se tali differenze siano statisticamente significative ed approfondire maggiormente lo studio dei fattori di rischio e di protezione connessi a tali differenze.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	13.10 (170)	10.98 (137)	11.74 (116)
Giusto	67.33 (874)	65.38 (816)	62.15 (614)
Grasso	19.57 (254)	23.64 (295)	26.11 (258)
Totale	100 (1298)	100 (1248)	100 (988)

Oltre alle misure per il calcolo dell'indice di massa corporea, ai giovani è stato chiesto di esprimere un parere soggettivo circa il loro corpo, indicando se lo considerano magro, giusto oppure grasso.

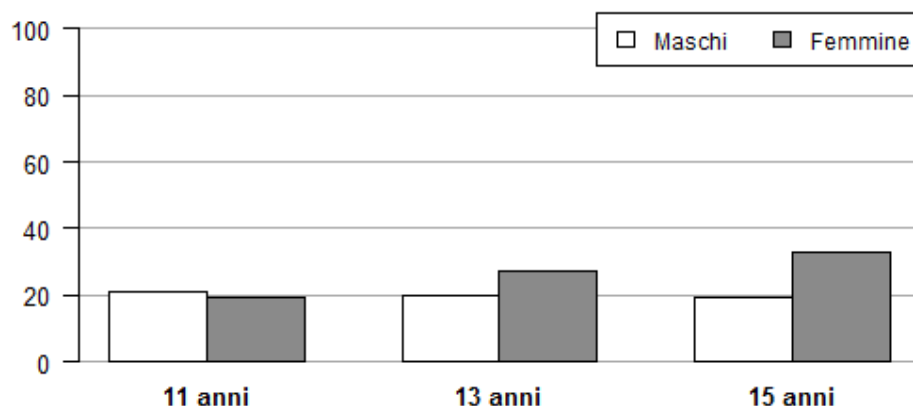
In tabella 5.8 si nota come la percentuale di ragazzi/e che considerano adeguato il proprio corpo è pari al 67.33% degli 11enni, al 65.38% dei 13enni e al 62.15% dei 15enni. Tali percentuali sono tuttavia inferiori rispetto a quelle relative ai giovani che risultano normopeso sulla base dell'IMC (riportato in tabella 5.7) e che ricordiamo essere pari a: 82.16% degli 11enni, 82.93% dei 13enni e 85.08% dei 15enni. Ipotizziamo quindi vi sia una percentuale di giovani che, pur essendo normopeso, considerano il proprio corpo troppo magro o troppo grasso.

Congruentemente con questo dato, la percentuale di ragazzi/e che considerano magro o grasso il proprio corpo è superiore rispetto alla percentuale dei giovani che risultano sottopeso o sovrappeso rispetto all'IMC. La percentuale dei preadolescenti che si considerano magri è infatti pari a 13.10% degli 11enni, 10.98% dei 13enni e 11.74% dei 15enni (tabella 5.8). Ricordiamo che la percentuale di giovani sottopeso secondo l'IMC è pari a: 2.32% degli 11enni, 2.22% dei 13enni e 2.98% dei 15enni (tabella 5.7).

Anche rispetto alla percezione di essere grassi si rivela lo stesso fenomeno. La percentuale di coloro che si considerano grassi è pari al 19.57% degli 11enni, 23.64% dei 13enni e 26.11% dei 15enni (tabella 5.8), mentre la percentuale di ragazzi/e che risultano sovrappeso oppure obesi dall'IMC è pari a 15.52% degli 11enni, 14.84% dei 13enni e 11.94% dei 15enni (tabella 5.7).

Rispetto alla percezione di essere grassi si nota inoltre una tendenza legata al genere in interazione con l'età (figura 5.11): la percentuale di femmine che si vedono grasse è maggiore di quella rilevata per i maschi e tale differenza di genere si accentua al crescere dell'età.

Figura 5.11 – Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età e genere



Ancor più elevata rispetto alla percentuale di giovani che si vedono grassi è quella di coloro che sono impegnati in una dieta o altre strategie per dimagrire e/o ritengono di aver bisogno di perdere qualche chilo (tabella 5.9). La percentuale di giovani che pensano di aver bisogno di perdere qualche chilo è infatti pari a 23.09% per gli 11enni, 24.76% per i 13enni e 29.10% per i 15enni; la percentuale dei giovani impegnati in una dieta è pari a 9.98% per gli 11enni, 13.30% per i 13enni e 13.60% per i 15enni. Sia la percezione di aver bisogno di dimagrire sia l'essere impegnati in una dieta sono quindi fenomeni che mostrano un incremento all'aumentare dell'età.

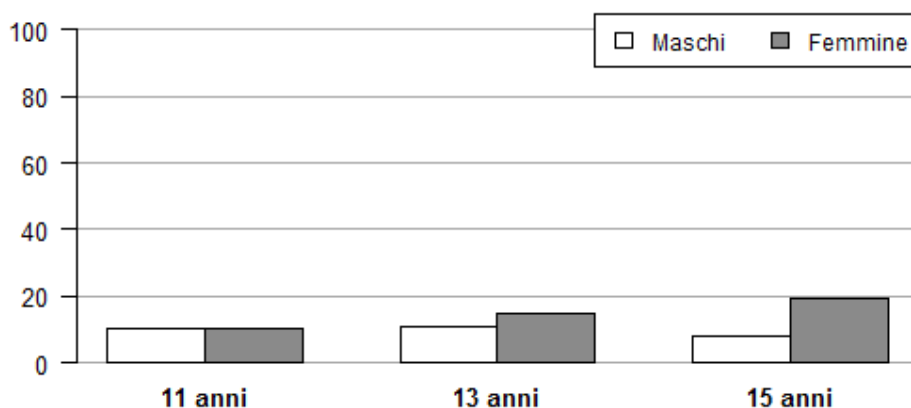
Complessivamente, quindi, la percentuale di giovani che sono a dieta o comunque ritengono che dovrebbero perdere qualche chilo è pari a: 33.07% degli 11enni, 38.06% dei 13enni e 42.70% dei 15enni.

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	55.41 (727)	50.08 (629)	44.91 (446)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23.09 (303)	24.76 (311)	29.10 (289)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11.51 (151)	11.86 (149)	12.39 (123)
Sì	9.98 (131)	13.30 (167)	13.60 (135)
Totale	100 (1312)	100 (1256)	100 (993)

In figura 5.12 si nota inoltre come la percentuale di ragazze che si dichiarano a dieta sia maggiore di quella rilevata per i ragazzi e come questa differenza tra maschi e femmine sia più pronunciata a 15 anni.

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



5.6 Igiene orale

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

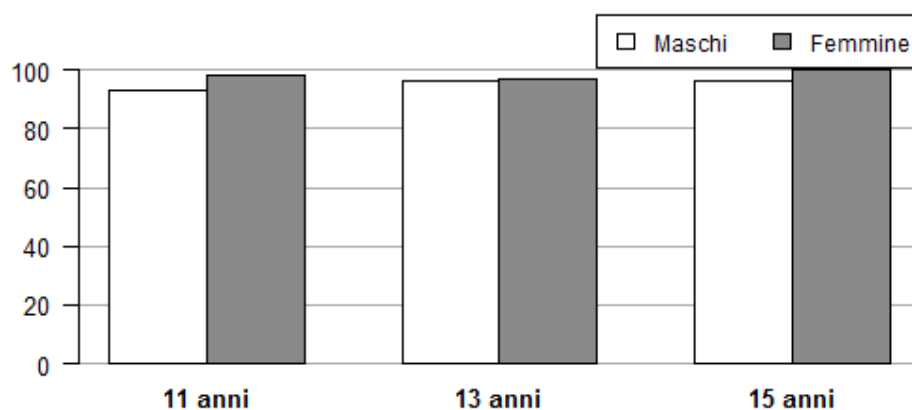
In tabella 5.10 e figura 5.13 si nota come la maggior parte dei giovani riporti di lavarsi i denti almeno una volta al giorno: 95.33% degli 11enni, 96.25% dei 13enni e 97.78% dei 15enni.

Va evidenziato tuttavia come una percentuale pari a 4.67% degli 11enni, 3.75% dei 13enni e 2.21% dei 15enni riporti di lavarsi i denti meno di una volta al giorno.

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	68.15 (890)	72.23 (905)	77.14 (766)
Una volta al giorno	27.18 (355)	24.02 (301)	20.64 (205)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3.29 (43)	3.19 (40)	1.41 (14)
Meno di una volta alla settimana	0.69 (9)	0.40 (5)	0.20 (2)
Mai	0.69 (9)	0.16 (2)	0.60 (6)
Totale	100 (1306)	100 (1253)	100 (993)

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



5.7 Conclusioni

Poiché recentemente in diversi paesi del mondo è stato registrato un incremento di obesità e sovrappeso, grande attenzione è stata dedicata allo studio di queste problematiche, dei fattori di rischio e di protezione connessi e del loro impatto sullo sviluppo psicosociale in età preadolescenziale ed adolescenziale (es. Mond et al., 2010; Strauss e Pollack; 2003; Swallen et al., 2005). Alcuni studi hanno evidenziato come obesità e sovrappeso siano associati a sintomi depressivi, bassa autostima ed altre problematiche psicosociali (es. Friedlander et al., 2003; Sjoberg et al., 2005). Altre ricerche hanno mostrato come alcune variabili possano mediare la relazione tra sovrappeso e problematiche psicosociali; ad esempio, è stato evidenziato come la percezione e soddisfazione per il proprio corpo sia una variabile che spiega la presenza di sintomi di malessere psicologico tra gli adolescenti obesi (Mond et al., 2010).

Data la rilevanza di questi costrutti in relazione allo sviluppo adolescenziale, nella presente indagine HBSC è stata ampiamente approfondita non solo l'area inerente l'alimentazione, lo stato nutrizionale e il peso corporeo ma anche l'area inerente a variabili connesse a tali indici come la percezione e soddisfazione per il proprio corpo.

Una prima parte di domande ha indagato abitudini alimentari e tipologia di alimenti consumati, una seconda serie di quesiti e misurazioni ha invece analizzato lo stato nutrizionale e la percezione del proprio corpo da parte di ragazzi/e.

In primo luogo sono state indagate alcune **abitudini alimentari** ed in particolare la frequenza con cui i giovani consumano cibi sani come frutta e verdura, oppure alimenti sconsigliati quali dolci e bevande gasate. Rispetto alle abitudini alimentari è emerso come la maggior parte dei giovani faccia colazione ogni giorno durante i giorni di scuola. Questa sana abitudine si affievolisce tuttavia con l'età e la percentuale di coloro che fanno colazione ogni giorno passa da circa 77% ad 11 anni a circa 58% a 15 anni.

Rispetto al tipo di alimenti consumati emergono invece indicazioni meno positive e ottimistiche dai dati della presente ricerca HBSC, in particolare se li si confronta con le indicazioni delle linee guida nazionali e internazionali (WHO, 2004, INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998). Tali linee guida raccomandano infatti il consumo di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura. Viceversa, i dati della presente ricerca mostrano che: la percentuale di giovani che riportano di mangiare **frutta** almeno una volta al giorno o più è pari a circa 41% per gli 11enni e 39% per i 15enni; la percentuale di coloro che riportano di mangiare **verdura** almeno una volta al giorno o più è pari a circa 27% degli 11enni e 28% dei 15enni.

Oltre ad uno scarso consumo di frutta e verdura emerge tra i giovani un elevato consumo di alimenti poco salutari e sconsigliati, quali ad esempio dolci e bevande gasate e zuccherate. La percentuale di giovani che riportano di mangiare **dolci, caramelle o cioccolato** almeno una volta al giorno passa da circa 33% a 11 anni a circa 39% a 15 anni; la percentuale di giovani che consumano tali dolci almeno 5 volte a settimana passa da circa 45% per gli 11enni a circa 55% per i 15enni. Parallelamente aumenta il consumo di **bevande zuccherate**: la percentuale di coloro che consumano tali bevande almeno una volta al giorno passa da circa 16% a 11 anni a circa 24% a 15 anni; la percentuale di coloro che le consumano almeno 5 volte la settimana passa da circa 25% per gli 11enni, a circa 34% per i 15enni.

Sulla base di questi risultati appare quindi che le abitudini alimentari dei giovani peggiorano al crescere dell'età, poiché diminuisce l'abitudine di fare colazione ed aumenta il consumo di cibi sconsigliati quali dolci e bevande zuccherate.

In secondo luogo, una serie di indicatori e domande sono state utilizzate per indagare lo **stato nutrizionale** dei giovani (IMC, condizione di peso, percezione del proprio corpo, attuale coinvolgimento in diete). Sulla base dell'IMC, è emerso che la maggior parte dei giovani si colloca nella fascia categorizzata come normopeso; tuttavia circa il 2-3% dei giovani sono sottopeso mentre una percentuale compresa tra circa 12% e 16% di giovani risulta sovrappeso. Si è inoltre notato che la problematica del sottopeso è più diffusa tra le femmine, mentre quella del sovrappeso è più diffusa tra i maschi.

Oltre agli indici di tipo oggettivo inerenti il peso, sono stati analizzati anche dati relativi alla **percezione dei giovani rispetto al loro corpo**. La percentuale di ragazzi/e che considerano giusto il proprio corpo varia tra 62% e 67% (in base alla fascia d'età); tale percentuale è inferiore rispetto a quella dei giovani che risultano normopeso sulla base dell'IMC. Alcuni ragazzi/e normopeso possono quindi considerare inadeguato il proprio corpo ed il proprio peso.

Congiuntamente si rileva una considerevole percentuale di giovani che valutano il proprio corpo come magro o grasso: la percentuale di ragazzi/e che considerano magro il proprio corpo varia tra 11% e 13%, mentre la percentuale di ragazzi/e che considerano grasso il proprio corpo varia tra 20% e 26%. Anche in questo caso, tali percentuali sono diverse da quelle inerenti i giovani effettivamente sottopeso o sovrappeso; in particolare la percentuale di giovani che si vedono troppo magri o grassi è superiore a quella dei giovani risultati sottopeso o sovrappeso sulla base dell'IMC. Si nota quindi una tendenza a vedersi "più grassi o più magri" di quanto indicato dall'indice di massa corporea.

La tendenza a vedersi più grassi è maggiormente pronunciata per le femmine: la percentuale di femmine che si vedono grasse è infatti maggiore di quella rilevata per i maschi. Tale differenza di genere si accentua inoltre al crescere dell'età.

Anche la percentuale di **giovani che sono impegnati in una dieta** o altre strategie per dimagrire è considerevole e passa da circa 10% per gli 11enni a circa 14% per i 15enni. Parallelamente la percentuale di giovani che pensano di aver bisogno di perdere qualche chilo, pur non essendo a dieta, passa da circa 23% per gli 11enni a circa 29% per i 15enni.

Congruentemente con quanto evidenziato circa la percezione del proprio corpo come grasso, rispetto alla dieta le femmine appaiono in una condizione di maggior fragilità: la percentuale di ragazze che si dichiarano a dieta è maggiore di quella rilevata per i ragazzi. Tale differenza è particolarmente pronunciata a 15 anni.

Complessivamente questi dati mostrano la necessità di intervenire su più fronti. Da un lato, si auspicano interventi finalizzati ad aumentare tra i giovani il consumo di cibi sani (quali frutta e verdura) ed a ridurre quello di alimenti poco salutari (quali dolci e bibite gasate e zuccherate) al fine di raggiungere le indicazioni fornite delle linee guida nazionali e internazionali (WHO, 2004, INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

Poiché il ruolo degli stili di vita, delle abitudini alimentari e dell'attività fisica è ampiamente riconosciuto all'interno della complessa eziologia di obesità e sovrappeso (Haines et al., 2007), gli interventi finalizzati alla prevenzione del sovrappeso dovranno agire congiuntamente sull'incremento del consumo di alimenti salutari e la riduzione di quelli nocivi per la salute. Ciò è particolarmente rilevante proprio nella fase preadolescenziale ed adolescenziale, sia perché questo periodo di sviluppo è critico per l'acquisizione di abitudini alimentari che influenzano obesità e sovrappeso (Davison e Birch, 2001; Lobstein et al., 2004), sia perché gli adolescenti sovrappeso sono maggiormente a rischio di problematiche psicosociali, quali bassi livelli di autostima, problemi comportamentali, sintomi depressivi, negativa percezione di sé e della propria immagine corporea (Chaiton et al., 2009; Merten et al., 2008; Reilly et al., 2003; Verzeletti et al., 2010b).

D'altro lato, dalla presente ricerca sono emerse rilevanti indicazioni anche rispetto alla percezione soggettiva che i ragazzi hanno del loro corpo, ed in particolare alla tendenza rilevata soprattutto per le femmine, di percepire il proprio corpo come eccessivamente grasso. Maggiore attenzione dovrà quindi essere dedicata all'analisi dei processi per cui l'insoddisfazione per il proprio corpo influenza sia l'adozione di pratiche e stili alimentari, sia il benessere psicologico dei giovani.

Infine sulla base di tali indicazioni appare rilevante individuare e implementare adeguati programmi che agiscano sia sulla promozione di sani stili alimentari, sia sulla percezione del proprio corpo. A tal fine sarà necessario coinvolgere i diversi contesti vita e gli adulti significativi che si relazionano a ragazzi/e in tali contesti, come ad esempio a scuola ed in famiglia (Verzeletti et al., 2010a) ed adottare mezzi e strategie che sappiano rispondere ai bisogni specifici del target di giovani considerato (Saperstein et al., 2007; Stice et al., 2006). Ad esempio, la diffusione delle nuove tecnologie mediate da internet, che nel capitolo precedente abbiamo visto rappresentare un mondo cui i giovani dedicano sempre maggior tempo, costituisce un'importante opportunità per implementare interventi di prevenzione più efficaci, individualizzati e in grado di raggiungere i giovani nei contesti dove essi investono energie e cercano informazioni (Bargh e McKenna, 2004; Ritterband e Tate, 2009).

Bibliografia capitolo 5

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

- http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
- [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
- [http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite.* 54(2):394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.* 1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
-

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

- Bargh J. A., McKenna K. Y. A. (2004). The internet and social life. *Annual Review of Psychology*, 55, 573-590.
- Chaiton M., Sabiston C., O'Loughlin J., McGrath J.J., Maximova K., Lambert M. (2009). A structural equation model relating adiposity, psychosocial indicators of body image and depressive symptoms among adolescents. *International Journal of Obesity*, 33, 588-96.
- Davison K.K., Birch L.L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity review*, 2, 159-71.
- Friedlander S.L., Larkin E.K., Rosen C.L., Palermo TM, Redline S. (2003). Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 1206-1211.
- Haines J., Neumark-Sztainer D., Wall M., Story M. (2007). Personal, behavioral and environmental risk and protective factors for adolescent overweight. *Obesity*, 15, 2748-60.
- Lobstein T., Baur L., Uauy R., IASO (2004). Obesity on children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review*, S5, 4-104.
- Merten M.J., Wickrama K.A., Williams A.L. (2008). Adolescent obesity and young adult psychosocial outcomes: gender and racial differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 1111-22.
- Mond J., van den Berg P., Boutelle K., Hannan P., Neumark-Sztainer D. (2010). Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the Project EAT Study. *Journal of Adolescent Health*.
- Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C.J. (2003). Health consequences of obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 748-52.
- Ritterband L.M., Tate D.F. (2009). The science of Internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 1-3.
- Saperstein S.L., Atkinson N.L., Gold R.S. (2007). The impact of Internet use for weight loss. *Obesity Review*, 8, 459-465.
- Sjoberg R.L., Nilsson K.W., Leppert J. (2005). Obesity, shame, and depression in school aged children: A population-based study. *Pediatrics*, 116, e389-392.

- Stice E., Shaw H., Marti N. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: the skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132, 667-91.
- Strauss R.S., Pollack H.A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 746-752.
- Swallen K.C., Reither E.N., Haas S.A., Meier A.M. (2005). Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatric*, 115, 340-347.
- Verzeletti, C., Maes, L., Santinello, M., & Vereecken, C.A. (2010a). Soft drink consumption in adolescence: associations with food-related lifestyles and family rules. *European Journal of Public Health*, 20, 312-317.
- Verzeletti, C., Santinello, M., & Vieno, A. (2010b). Frequenza e tipologia degli episodi di vittimizzazione in adolescenza: che ruolo gioca l'indice di massa corporea? *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16, 39-51.

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).

In tabella 6.1 e figura 6.1 si evidenzia come il consumo di tabacco sia sperimentato per la prima volta ed aumenti in modo considerevole proprio nel periodo preadolescenziale: la percentuale dei giovani che fumano è pari a: 0.92% tra gli 11enni, 8.09% tra i 13enni, 30.58% tra i 15enni.

Tabella 6.1: "Attualmente, quanto spesso fumi?"

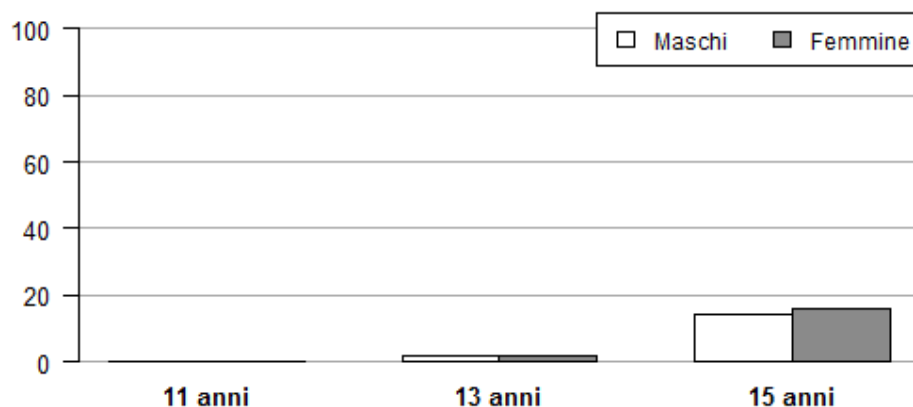
	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	0.15 (2)	1.76 (22)	15.49 (154)
Almeno una volta a settimana	0.23 (3)	2.08 (26)	6.54 (65)
Meno di una volta a settimana	0.53 (7)	4.24 (53)	8.55 (85)
Non fumo	99.08 (1299)	91.91 (1148)	69.42 (690)
Totale	100 (1311)	100 (1249)	100 (994)

Considerando il consumo frequente di tabacco, si evidenzia come la percentuale di giovani che riportano di fumare almeno una volta la settimana passi da 0.38% per gli 11enni a circa 22.03% per i 15enni (tabella 6.1).

Parallelamente la percentuale di ragazzi/e che riportano di fumare ogni giorno passa da 0.15% ad 11 anni a 15.49% a 15 anni.

In figura 6.1 si nota inoltre come non vi siano notevoli differenze tra maschi e femmine rispetto al consumo giornaliero di sigarette.

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



In tabella 6.2 sono riportati i dati relativi al consumo di tabacco nell'ultimo mese. A conferma dei risultati sopra esposti si nota come la percentuale di giovani che fumano una o più sigarette al giorno passa da 0.23% per gli 11enni, a 3.28% per i 13enni, a 18.32% per i 15enni.

Parallelamente la percentuale di coloro che non hanno fumato nell'ultimo mese decresce da 99.08% per gli 11enni, a 90.89% per i 13enni, a 67.27% per i 15enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	99.08 (1296)	90.89 (1137)	67.27 (668)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0.61 (8)	4.16 (52)	9.67 (96)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.08 (1)	1.68 (21)	4.73 (47)
1-5 sigarette al giorno	0.23 (3)	2.00 (25)	9.16 (91)
6 o più sigarette al giorno	0.00 (0)	1.28 (16)	9.16 (91)
Totale	100 (1308)	100 (1251)	100 (993)

Dai grafici finali riassuntivi (da pag. 108 a pag. 113) è inoltre possibile confrontare i punteggi ottenuti circa il consumo di tabacco dai preadolescenti lombardi e dai preadolescenti del campione nazionale complessivo. Si evidenzia che non vi sono differenze tra campione della Lombardia e campione nazionale rispetto al consumo di tabacco tra gli 11enni.

Emergono tuttavia piccole differenze per i 13enni tra campione lombardo e campione nazionale: la percentuale di preadolescenti lombardi che dichiarano di fumare almeno una volta la settimana è pari a 3% per i maschi e 5% per le femmine; la percentuale rilevata sul campione nazionale è pari invece a 4% per i maschi e 4% per le femmine.

Infine si nota una differenza più consistente tra i due campioni per i 15enni (da pag. 108 a pag. 113): la percentuale di preadolescenti lombardi che dichiarano di fumare almeno una volta la settimana (maschi: 22%; femmine: 22%) è maggiore della percentuale rilevata sul campione nazionale (maschi: 19%; femmine: 20%). Futuri approfondimenti potranno analizzare se tali differenze siano statisticamente significative.

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 et al., 2000; Poikolainen et al., 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 segnalarli in età adulta (Engels e Knibbe, 2000 ; Engels et al., 2006).

In tabella 6.3 sono riportati i dati relativi alla frequenza del consumo di alcolici. La percentuale di ragazzi/e che riportano di bere alcolici saltuariamente (raramente oppure ogni mese) è pari a: 24.90% per gli 11enni, 45.43% per i 13enni, 44.71% per i 15enni. Si evidenzia inoltre un sottogruppo di giovani che consumano invece alcolici frequentemente (ogni settimana oppure ogni giorno), pari a: 4.26% per gli 11enni, 9.53% per i 13enni, 36.33% per i 15enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	1.78 (23)	1.76 (22)	5.65 (56)
Ogni settimana	2.48 (32)	7.77 (97)	30.68 (304)
Ogni mese	3.41 (44)	8.17 (102)	16.35 (162)
Raramente	21.49 (277)	37.26 (465)	28.36 (281)
Mai	70.83 (913)	45.03 (562)	18.97 (188)
Totale	100 (1289)	100 (1248)	100 (991)

L'uso e l'abuso di alcolici aumentano considerevolmente al crescere dell'età. Il consumo settimanale di alcolici aumenta notevolmente in questa fascia d'età: la percentuale di coloro che dichiarano di bere alcol ogni settimana passa da 2.48% per gli 11enni a 30.68% per i 15enni. La percentuale di giovani che riportano di bere alcol ogni giorno passa invece da 1.78% per gli 11enni a 5.65% per i 15enni (tabella 6.3).

Si nota inoltre come il consumo giornaliero di alcolici mostri una tendenza ad una maggior diffusione tra i maschi (figura 6.2).

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



E' stato inoltre indagato in quali giorni della settimana i giovani consumino alcolici. In tabella 6.4 si può notare come la maggior parte dei giovani consumi alcolici nel weekend e come tale tendenza si accentui al crescere dell'età: la percentuale di giovani che riportano di consumare alcol solo il sabato e la domenica è pari a: 5.96% per gli 11enni, 11.44% per i 13enni, 37.24% per i 15enni.

Parallelamente aumenta anche la percentuale di giovani che dichiarano di bere alcolici sia nel weekend sia in settimana: 1.16% per gli 11enni, 2.82% per i 13enni, 8.06% per i 15enni.

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	89.09 (1151)	81.71 (1014)	49.29 (483)
Solo Lunedì-Venerdì	3.17 (41)	3.38 (42)	3.37 (33)
Solo Sabato e Domenica	5.96 (77)	11.44 (142)	37.24 (365)
Sia in settimana che nel week-end	1.16 (15)	2.82 (35)	8.06 (79)
Sempre	0.62 (8)	0.64 (8)	2.04 (20)
Totale	100 (1292)	100 (1241)	100 (980)

In tabella 6.5 sono riportati i risultati inerenti gli episodi di ubriachezza. Se si considera la percentuale cumulativa di coloro che si sono ubriacati almeno una volta si evidenzia come tale percentuale sia pari a 5.22% per gli 11enni, 9.87% per i 13enni, 31.92% per i 15enni.

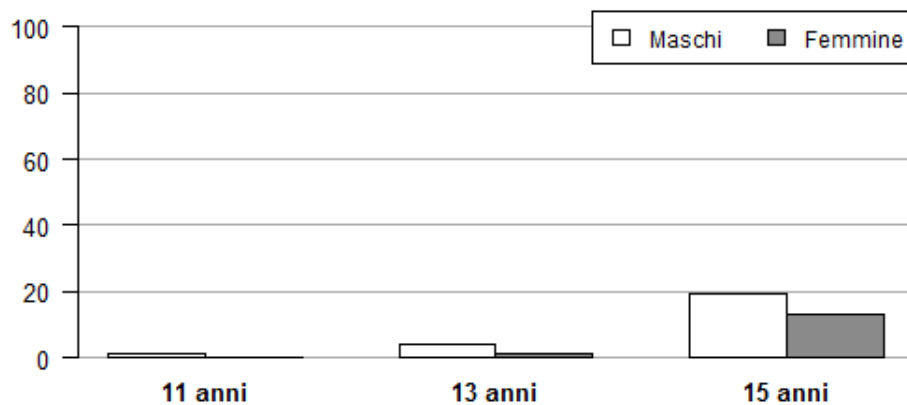
Considerando invece i giovani che riportano di essersi ubriacati 2 volte o più nella propria vita, si evidenzia che riferiscono di averlo fatto una percentuale pari a: 0.78% degli 11enni, 2.49% dei 13enni, 16.06% dei 15enni (tabella 6.5).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	94.78 (1216)	90.13 (1123)	68.08 (674)
Una volta	4.44 (57)	7.38 (92)	15.86 (157)
2-3 volte	0.70 (9)	1.93 (24)	10.10 (100)
4-10 volte	0.00 (0)	0.40 (5)	3.13 (31)
Più di 10 volte	0.08 (1)	0.16 (2)	2.83 (28)
Totale	100 (1283)	100 (1246)	100 (990)

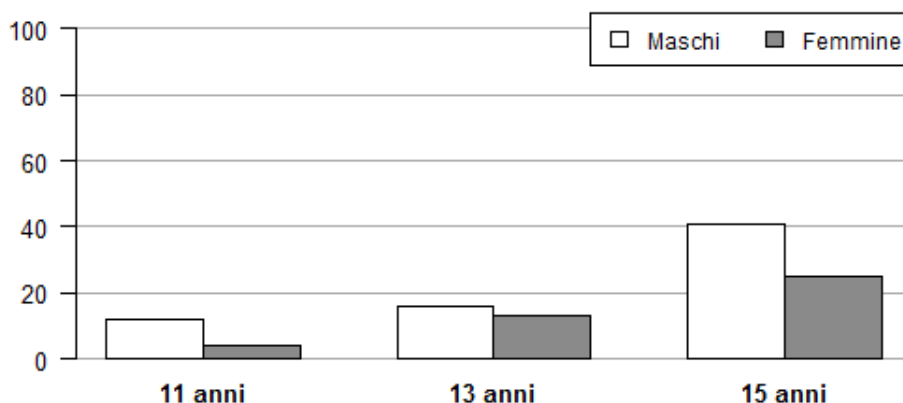
In figura 6.3 si nota inoltre come gli episodi di ubriacatura siano più frequenti tra i maschi, rispetto a quanto evidenziato per le femmine.

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



In figura 6.4 sono riportati i risultati inerenti al cosiddetto fenomeno del *binge drinking*, inteso come consumo di 6 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione. La percentuale di giovani che riportano di aver fatto queste grandi bevute aumenta considerevolmente in preadolescenza: ad 11 anni meno del 10% dei giovani riporta episodi di *binge drinking*, mentre a 15 anni circa il 40% dei maschi e più del 20% delle femmine riporta di aver consumato notevoli quantità di alcol in un'unica occasione.

Figura 6.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc..), negli ultimi 12 mesi, per genere



Infine, rispetto al consumo di alcolici, dai grafici finali riassuntivi (da pag. 108 a pag. 113) è possibile confrontare i punteggi ottenuti dai preadolescenti lombardi e dai preadolescenti del campione nazionale complessivo.

In primo luogo è stato effettuato un confronto circa la percentuale di giovani che riportano di consumare alcolici almeno una volta a settimana. Ad 11 anni e 13 anni la percentuale di preadolescenti lombardi che dichiarano di bere alcolici almeno una volta alla settimana è inferiore rispetto alla percentuale di preadolescenti italiani che riportano di bere alcolici con tale frequenza. Nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che bevono alcolici almeno una volta a settimana è pari a circa: per gli 11enni, 1% delle femmine e 7% dei maschi; per i 13enni, 5% delle femmine e 14% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che bevono alcolici almeno una volta a settimana è invece pari a: per gli 11enni, 3% delle femmine e 9% dei maschi; per i 13enni, 9% delle femmine e 16% dei maschi.

Il quadro tuttavia si inverte per i 15enni, per i quali la percentuale di preadolescenti lombardi che dichiarano di bere alcolici almeno una volta alla settimana (femmine: 29%; maschi: 44%) è superiore rispetto alla percentuale ottenuta sul campione di preadolescenti italiani (femmine: 24%; maschi: 41%). Si rimanda ai relativi grafici finali a da pag. 108 a pag. 113 ed a futuri approfondimenti per verificare se tali differenze siano statisticamente significative.

In secondo luogo è stato effettuato un confronto tra i due campioni rispetto agli episodi di ubriachezza. Relativamente a questo indicatore gli scostamenti tra Lombardia ed Italia sono più ridotti e le relative percentuali si differenziano di circa 1%. In particolare nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che riportano di essersi ubriacati almeno 2 volte è pari a circa: per gli 11enni, 0% delle femmine e 1% dei maschi; per i 13enni, 1% delle femmine e 4% dei maschi; per i 15enni, 13% delle femmine e 19% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che si sono ubriacati almeno 2 volte è invece pari a circa: per gli 11enni, 1% delle femmine e 2% dei maschi; per i 13enni, 2% delle femmine e 4% dei maschi; per i 15enni, 12% delle femmine e 20% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

6.1.3 Cannabis

L'uso di 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 et al., 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 et al., 1999; Beck et al., 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.

In tabella 6.6 si nota come la percentuale di 15enni che dichiarano di aver provato almeno una volta nella vita a fare uso di cannabis è pari a circa 28.22% dei maschi e 13.72% delle femmine.

La percentuale di coloro che ne hanno fatto uso 10 volte o più è invece pari a: 11.24% dei maschi e 4.97% delle femmine.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	71.78 (351)	86.28 (434)	79.13 (785)
Una o due volte	7.57 (37)	4.37 (22)	5.95 (59)
3-5 volte	5.32 (26)	2.19 (11)	3.73 (37)
6-9 volte	4.09 (20)	2.19 (11)	3.12 (31)
10-19 volte	4.29 (21)	2.19 (11)	3.23 (32)
20-39 volte	4.09 (20)	1.79 (9)	2.92 (29)
>1 una volta al giorno	2.86 (14)	0.99 (5)	1.92 (19)
Totale	100 (489)	100 (503)	100 (992)

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, 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 et al., 1995).

In tabella 6.7 si nota come a 15 anni il 24.69% dei maschi e il 20.68% delle femmine dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

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)
Sì	24.69 (120)	20.68 (104)	22.65 (224)
No	75.31 (366)	79.32 (399)	77.35 (765)
Totale	100 (486)	100 (503)	100 (989)

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

Tra coloro che hanno avuto rapporti sessuali completi, il 25.83% dei maschi ed il 31.68% delle femmine riporta di non aver usato il preservativo durante il loro ultimo rapporto (tabella 6.8).

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)
Sì	74.17 (89)	68.32 (69)	71.49 (158)
No	25.83 (31)	31.68 (32)	28.51 (63)
Totale	100 (120)	100 (101)	100 (221)

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 (NCDPCP, 2000), ma i fattori causali non sono ancora ben noti (Scheidt, 1998; Pickett et al., 2005). Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

La percentuale di giovani che riportano di aver subito nell'ultimo anno almeno un infortunio tale da dover ricorrere a cure mediche è pari a: 43.86% per gli 11enni, 46.76% per i 13enni, 47.99% per i 15enni (tabella 6.9).

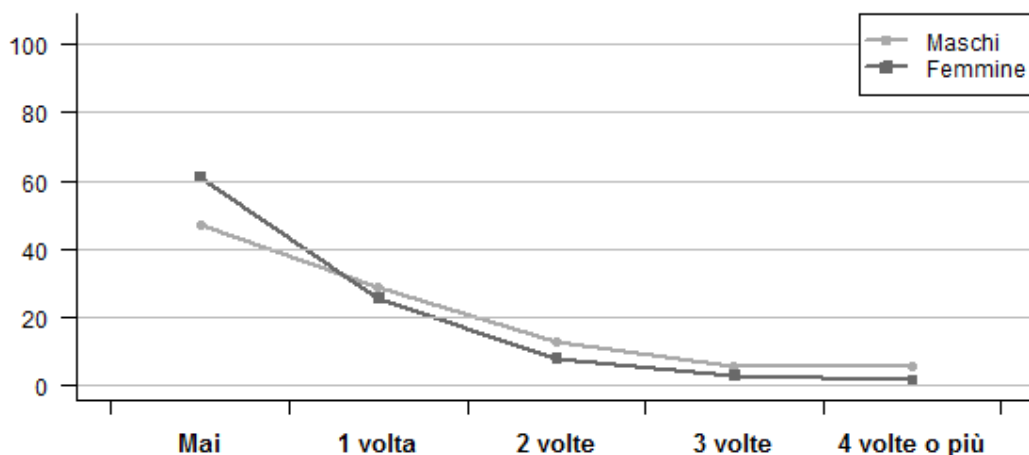
La percentuale di giovani che nell'ultimo anno hanno subito infortuni frequentemente è decisamente minore, seppure non trascurabile; in particolare, la percentuale di coloro che riportano di aver subito nell'ultimo anno almeno 3 infortuni è pari a 9.30% per gli 11enni, 6.80% per i 13enni, 8.35% per i 15enni (tabella 6.9).

In figura 6.5 si nota come la frequenza di infortuni è maggiore per i maschi rispetto a quanto riportato per le femmine.

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	56.14 (731)	53.24 (665)	52.01 (517)
Una volta	25.58 (333)	28.18 (352)	28.57 (284)
2 volte	8.99 (117)	11.77 (147)	11.07 (110)
3 volte	4.15 (54)	4.64 (58)	4.63 (46)
4 volte o più	5.15 (67)	2.16 (27)	3.72 (37)
Totale	100 (1302)	100 (1249)	100 (994)

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



6.4 Conclusioni

La preadolescenza è una fase di sviluppo critica rispetto all’adozione di comportamenti a rischio. In tale periodo ragazzi e ragazze affrontano infatti numerosi cambiamenti legati, ad esempio, alla maturazione affettiva e sessuale, all’acquisizione di nuove modalità di pensiero ed alla costruzione della propria identità (Bosma e Jackson, 1990; Hurrelman e Losel, 1990; Palmonari, 1997); le strategie adottate per far fronte a tutti questi cambiamenti possono essere sia adattive e funzionali ad un armonico sviluppo di potenzialità e capacità, sia disfunzionali e legate all’adozione di comportamenti a rischio per la salute fisica ed il benessere psicologico e sociale. Per tale motivo la ricerca HBSC ha dedicato ampio spazio all’analisi dei comportamenti a rischio in questa fascia d’età, focalizzandosi su diverse tipologie di tali comportamenti: consumo di sostanze legali ed illegali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni.

In primo luogo è stato analizzato il consumo di sostanze quali tabacco, alcol, cannabis. Relativamente al **consumo di tabacco**, a conferma di numerosi altri studi, è stato evidenziato come nel

periodo preadolescenziale tale comportamento a rischio sia sperimentato per la prima volta ed aumenti in modo considerevole. La percentuale dei giovani che fumano è pari a circa 1% tra gli 11enni, 8% tra i 13enni, 31% tra i 15enni. La percentuale di giovani che fumano ogni giorno passa da 0.15% ad 11 anni, a circa 2% a 13 anni, a 15% a 15 anni.

Considerando il consumo di tabacco nell'ultimo mese è emerso che la percentuale di coloro che non hanno fumato nell'ultimo mese decresce da circa 99% per gli 11enni, a 91% per i 13enni, a 67% per i 15enni.

Anche il **consumo di alcol** mostra un notevole incremento proprio nella transizione dell'età preadolescenziale. La percentuale di ragazzi/e che riportano di bere alcolici saltuariamente (raramente oppure ogni mese) è pari a circa: 25% per gli 11enni, 45% per i 13enni, 45% per i 15enni. La percentuale di giovani che consumano invece alcolici frequentemente (ogni settimana oppure ogni giorno) è pari a circa: 4% per gli 11enni, 10% per i 13enni, 36% per i 15enni.

Un dato che richiede attenzione è quello inerente il consumo giornaliero di alcolici: la percentuale di giovani che riportano di bere alcol ogni giorno passa da circa 2% per gli 11enni ed i 13enni a circa 6% per i 15enni.

Il consumo di alcolici in questa fascia d'età si concentra soprattutto nel weekend, come evidenziato con forza anche dalla ricerca HBSC e questa abitudine si accentua al crescere dell'età. La maggior parte dei giovani che consumano alcolici lo fanno infatti durante il weekend. La percentuale di giovani che riportano di consumare alcol solo il sabato e la domenica è pari a circa: 6% per gli 11enni, 11% per i 13enni, 37% per i 15enni. La percentuale di giovani che dichiarano di bere alcolici sia nel weekend sia in settimana è pari a circa: 1% per gli 11enni, 3% per i 13enni, 8% per i 15enni.

Particolarmente pericolosi in questo periodo di sviluppo sono infine gli episodi di ubriachezza ed il cosiddetto fenomeno del *binge drinking*. Dalla presente ricerca è emerso come la percentuale di giovani lombardi che riportano di essersi ubriacati 2 volte o più nella propria vita aumenta da circa 1% per gli 11enni a circa 16% per i 15enni. Rispetto al *binge drinking* è stato inoltre rilevato come a 15 anni circa il 40% dei maschi e più del 20% delle femmine affermi di aver consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione, come una festa, una serata ecc.

Infine è stato indagato, solo per i 15enni, il **consumo di cannabis**: la percentuale di giovani che dichiarano di aver provato almeno una volta nella vita è pari a circa 28% dei maschi e 14% delle femmine, mentre la percentuale di coloro che ne hanno fatto uso 10 volte o più è pari a circa 11% dei maschi e 5% delle femmine.

Altra tipologia di comportamenti a rischio che può avere conseguenze particolarmente dannose in questa fascia d'età è quella dei **comportamenti sessuali a rischio**. Dalla presente ricerca è emerso che a 15 anni circa il 25% dei maschi e il 21% delle femmine dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; tuttavia tra coloro che hanno avuto rapporti sessuali completi, circa il 26% dei maschi ed il 32% delle femmine afferma di non aver usato il preservativo durante il loro ultimo rapporto.

Infine è stata indagata la frequenza con cui i giovani dichiarano di aver subito **infortuni** tali da dover ricorrere a cure mediche. Quasi la metà dei giovani del campione lombardo riporta di aver subito nell'ultimo anno almeno un infortunio tale da dover ricorrere a cure mediche. La percentuale di coloro che riportano di aver subito infortuni più frequentemente, in particolare di aver subito nell'ultimo anno almeno 3 infortuni, è compresa tra circa 7% e 9% in base alla fascia d'età.

Complessivamente questi dati mostrano come a soli 15 anni i giovani, rispetto ai comportamenti a rischio, abbiano già raggiunto gli stili e le abitudini del mondo adulto o addirittura li abbiano superati mostrando nuove tendenze, "mutamenti" o "mutazioni" (Celata, 2009) come, ad esempio, rispetto al consumo di alcolici ed al cosiddetto fenomeno del *binge drinking*. Anche in Italia si sta infatti accentuando, soprattutto tra i giovani, la tendenza a bere alcolici fuori dai pasti spesso al fine di ubriacarsi, diffusa soprattutto nell'Europa Settentrionale. Questa tendenza distingue fortemente il consumo di alcolici dell'attuale generazione di giovani dal consumo legato ai pasti, tipico delle generazioni precedenti. Essendo l'abuso di alcol associato a numerose problematiche di salute, quali incidenti, tentativi di suicidio, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmissibili e violenza (es. Hingson et al., 2006; Perkins, 2002; Room et al., 2005; WHO, 2007) è auspicabile porre particolare attenzione al fenomeno del *binge drinking*, ai significati che assume ed alle strategie più efficaci per prevenirlo.

Allo stesso modo, anche rispetto al consumo di tabacco, cannabis, altre droghe ed ai comportamenti sessuali a rischio sarà necessario analizzare le connotazioni che tali comportamenti assumono nello specifico contesto storico culturale e nei diversi sottogruppi di giovani in cui si realizzano, al fine di individuare efficaci strategie di prevenzione. E' auspicabile infatti implementare e

rafforzare strategie di prevenzione mirate sulle sostanze specifiche maggiormente diffuse e pericolose al momento attuale e che considerino le motivazioni sottostanti a questi ed altri comportamenti a rischio.

Inoltre è necessario guardare a tali problematiche ed alle strategie per prevenirle alla luce dei numerosi contributi di ricerca che hanno messo in luce la relazione tra differenti aspetti della vita dei giovani e dei contesti in cui essi vivono e l'adozione di specifici comportamenti a rischio. Tali comportamenti possono quindi essere compresi ed affrontati solo in relazione ad altre variabili inerenti atteggiamenti, motivazioni, adattamento psicosociale, caratteristiche dei contesti di vita e delle relazioni significative che costituiscono lo sfondo in cui i comportamenti a rischio prendono forma. Per tale motivo sono auspicabili ulteriori analisi ed approfondimenti sui presenti dati HBSC, per porre in relazione quanto emerso nel presente capitolo con i risultati illustrati nei capitoli precedenti, ovvero mettere in relazione i comportamenti a rischio con le caratteristiche individuali dei giovani e con le caratteristiche dei contesti di vita di micro e macro-livello in cui essi vivono. Ciò consentirà di affrontare i comportamenti a rischio in adolescenza non come un aspetto circoscritto e isolato della vita dei giovani, bensì come un fenomeno complesso derivante dall'interazione di numerose variabili e che richiede quindi di essere collocato nel più ampio panorama di promozione della salute.

Recenti contributi allo studio dell'adolescenza e dei comportamenti a rischio hanno infatti evidenziato come essi derivino da un complesso sistema di relazioni interdipendenti tra individui ed ambiente sociale e culturale (es. Ennett et al., 2008; Howard et al., 2010; Kuntsche et al., 2004; Lopez et al., 2009; Meunier et al., 2010; Schwartz et al., 2007; Smetana et al., 2006). Come sottolineato dalla prospettiva ecologico sociale sarà quindi necessario considerare sia le caratteristiche dell'individuo, sia l'influenza dei molteplici contesti di vita e la loro interdipendenza, per comprendere e prevenire i comportamenti a rischio tra i giovani (Ennett et al., 2008).

Relativamente ai fattori individuali, numerosi studi hanno messo in evidenza il ruolo delle motivazioni, delle aspettative, degli stati affettivi, della percezione di autoefficacia e delle life skills connesse all'assunzione di comportamenti a rischio in adolescenza (es. Bandura, 1977; Chaiton et al., 2010; Kuntsche et al., 2005; Kuntsche et al., 2006; Oei e Morawska, 2004; Okoli et al., 2011).

Tra le variabili contestuali di micro-livello assumono particolare rilievo quelle relative a: famiglia, gruppo di pari e scuola. Relativamente al contesto familiare assumono una notevole influenza rispetto allo sviluppo di comportamenti a rischio in adolescenza: le strategie di monitoring e controllo genitoriale (Bingham e Shope, 2004; Flechter et al., 2004; Kakihara et al., 2010; Li et al., 2000); le conoscenze dei genitori circa la vita dei figli ed i racconti spontanei dei figli ai genitori (Keijsers, et al., 2010; Kerr e Stattin, 2000; Kerr et al., 2010; Soenens et al., 2006); l'autorità e la legittimità del parere dei genitori rispetto a questioni inerenti la sicurezza personale, le regole e le norme veicolate dai genitori (Koutakis et al., 2008; Smetana et al., 2004).

Un secondo contesto di micro-livello che ha una notevole influenza rispetto allo sviluppo di comportamenti a rischio è rappresentato dalla scuola, in particolare attraverso fattori che svolgono un ruolo protettivo, quali: coinvolgimento nelle attività scolastiche, qualità della relazione con compagni ed insegnanti, sistema di regole e norme a scuola rispetto ai comportamenti rischiosi, strategie di prevenzione (Bond et al., 2007; Catalano et al., 2004; Fletcher et al., 2008; Loukas et al., 2010; Vieno et al., 2007; Wang et al., 2010).

Un'ulteriore notevole influenza di micro-livello sull'adozione di comportamenti a rischio, deriva dal gruppo dei pari, il quale assume una crescente importanza proprio nel periodo di transizione preadolescenziale ed adolescenziale (Schulenberg et al., 1996). Le relazioni di amicizia e sentimentali si costruiscono in luoghi, quali pub, discoteche e feste, dove usualmente si consumano alcol ed altre droghe e dove l'assunzione di tali sostanze rappresenta un aspetto facilitante per essere integrati nel gruppo (Engels, 2003; Maggs et al., 1997). Ad esempio, alcune ricerche hanno evidenziato come ragazzi/e che non bevono vengano considerati meno socievoli (Engels et al., 2006) e passino minor tempo con gli amici (Pape, 1997).

Infine, i comportamenti a rischio in preadolescenza ed adolescenza sono influenzati anche da fattori che si collocano a macrolivello, come ad esempio: l'influenza dei mass media e delle pubblicità rispetto alle rappresentazioni ed agli atteggiamenti dei giovani verso tali comportamenti (Perkins et al., 2010; Moscovici, 1961; Hornik, 2002; EUCAM, 2010); le politiche e le strategie di prevenzione (Buettner et al., 2010; Bellis et al., 2009; Goodman et al., 2009); le norme sociali, i valori e le tradizioni culturali di un determinato contesto sociale (Beccaria, 2010; Perkins et al., 2010).

Nonostante queste evidenze di ricerca circa l'influenza congiunta di numerose variabili a diversi livelli ecologici sull'adozione di comportamenti a rischio in adolescenza, gran parte degli interventi di prevenzione spesso si focalizza principalmente o esclusivamente sul livello individuale (Santinello e

Cenedese, 2002; Santinello e Vieno, 2006). Gran parte dei programmi utilizzano inoltre approcci basati sull'astinenza (Neighbors et al., 2006), seppure tale strategia ha mostrato di ottenere risultati ridotti (Percy, 2008). Per essere efficaci, le strategie di prevenzione dei comportamenti a rischio dovranno quindi essere in grado di agire in modo congiunto a diversi livelli ecologici e di indirizzarsi sui fenomeni attualmente più presenti e salienti per i giovani. A tal fine la ricerca HBSC ed i presenti dati rappresentano un prezioso strumento per avere informazioni contestualizzate e specifiche rispetto alla realtà dei giovani e dei comportamenti a rischio da essi adottati in un determinato contesto socioculturale quale quello della Regione Lombardia. Sarà quindi auspicabile analizzare i dati relativi ai comportamenti a rischio in interazione con i dati inerenti le diverse caratteristiche individuali e contestuali sopracitate ed in gran parte indagate anche nella ricerca HBSC. Ciò permetterà non solo di comprendere più approfonditamente il fenomeno ma anche di scegliere il modo più efficace e contestualizzato di intervenire in termini preventivi e di promozione della salute.

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., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars>. 2000.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- Welte J.W. et al. (mancono i nomi degli altri autori) (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.

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

- Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beccaria F. (2010). Ritual drinking during the annual Alpini Event in Italy. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 27, 4, 357-368.
- Bellis M. A., Phillips-Howard P. A., Hughes K., Hughes S., Cook P. A., Morleo M., Hannon K., Smallthwaite L., Jones L. (2009). Teenage drinking, alcohol availability and pricing: a cross-sectional study of risk and protective factors for alcohol-related harms in school children. *BMC Public Health*, 9, 380, 1-30.
- Bingham C.R., Shope J.T. (2004). Adolescent developmental antecedents of high-risk driving among young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 84- 94.
- Bond L., Butler H., Thomas L., Carlin J., Glover S., Bowes G., Patton G. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40, 357.e9-357.e18.
- Bosma H.A., Jackson S. (1990). *Coping and self-concept in adolescence*. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag.
- Buettner C. K., Bartle-Haring S., Andrews D. W., Khurana A. (2010). Perceptions of alcohol policy and drinking behavior: Results of a latent class analysis of college student drinkers. *Addictive Behaviors*, 35, 628-631.
- Catalano R. F., Haggerty K. P., Oesterle S., Fleming C. B., Hawkins J. D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: findings from the Social Development Research Group. *Journal of School Health*, 74(7), 252-261.
- Celata C. (2009). Comportamenti e atteggiamenti di salute della popolazione 11-13-15enne della Lombardia. Comunicazione presentata al Convegno sulle Dipendenze: Punti di non ritorno, Attimi durevoli, Mutamenti, Mutazioni. Regione Lombardia, Milano.
- Chaiton M., Cohen J., O'Loughlin J., Rehm J. (2010). Use of cigarettes to improve affect and depressive symptoms in a longitudinal study of adolescents. *Addictive Behaviors*, 35, 1054-1060.
- Engels, R.C.M.E. (2003). Beneficial functions of alcohol use for adolescents: Theory and implications for prevention. *Nutrition Today*, 38, 25–30.
- Engels R.C.M.E., Scholte R.H.J., van Lieshout C. F.M., de Kemp R., Overbeek G. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31, 440-449.
- Ennett S. T., Foshee V. A., Bauman K.E., Hussong A., Cai L., H. Luz, Reyes McN., Faris R., Hipp J. Cai L., DuRant R. (2008). The Social Ecology of Adolescent Alcohol Misuse. *Child Development*, 79(6), 1777–1791.
- EUCAM (2010). *Movies with a tick. Inventory of alcohol portrayal in Europe's most popular movies*. European Centre for Monitoring Alcohol Marketing.
- Fletcher, A., C. Bonell, Hargreaves J. (2008). School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, 42(3): 209-220.
- Fletcher A.C., Steinberg L., Williams-Wheeler M. (2004). Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development*, 75, 781-796.
- Goodman P.G., Haw S., Kabir Z., Clanc L. (2009). Are there health benefits associated with comprehensive smoke-free laws. *International Journal of Public Health*, 54, 367–378.
- Hingson R. W., Heeren T., Winter M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 739–746.
- Hornik R. C. (ed.) (2002). *Public health communication: Evidence for behavior change*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Howard K. A. S., Budge S. L., McKay K. M. (2010). Youth exposed to violence: the role of protective factors. *Journal of Community Psychology*, 38, 1, 63–79.
- Hurrelmann F. Losel (anno?) (eds.), *Health hazards in adolescence*, Berlin- New York, Walter de Gruyter.

- Kakihara F., Tilton-Weaver L., Kerr M., Stattin H. (2010). The relationship of parental control to youth adjustment: do youths' feelings about their parents play a role? *Journal of Youth Adolescence*, 39, 1442-1456
- Keijsers L., Branje S. J. T., VanderValk I. E., Meeus, W. (2010). Reciprocal effects between parental solicitation, parental control, adolescent disclosure, and adolescent delinquency. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 88-113.
- Kerr M., Stattin H. (2000). What parents know, how they know it, and several forms of adolescents adjustment: Further evidence for a reinterpretation of monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366-380.
- Kerr M., Stattin H., Burk W. J. (2010). A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 39-64.
- Koutakis N., Stattin H., Kerr M. 2008. Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Orebro Prevention Program. *Addiction*, 103(10)1629-1637.
- Kuntsche E., Knibbe R., Gmel G., Engels R. (2006). Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *European Addiction Research*, 12(3), 161-167.
- Kuntsche E., Knibbe R., Gmel G., Engels R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841-861.
- Kuntsche E., Rehm J., Gmel G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59, 113-127.
- Li X., Feigelman S., Stanton B. F. (2000). Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African American children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27(1), 43-48.
- Lopez B., Wang W., Schwartz S. J., Prado G., Huang S., Brown C. H., Pantin H., Szapocznik J. (2009). School, Family, and Peer Factors and Their Association with Substance Use in Hispanic Adolescents. *Journal of Primary Prevention*, 30, 622-641.
- Loukas A., Roalson L. A., Herrera D. E. (2010). School connectedness buffers the effects of negative family relations and poor effortful control on early adolescent conduct problems. *Journal of Research On Adolescence*, 20(1), 13-22
- Maggs J. L., Frome P. M., Eccles J. S., Barber B. L. (1997). Psychosocial resources, adolescent risk behaviour and young adult adjustment: Is risk taking more dangerous for some than others? *Journal of Adolescence*, 20, 103-119.
- Meunier J. C., Roskam I., Stievenart M., van de Moortele G., Browne D. T., Kumar A. (2010). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of Applied Developmental Psychology*.
- Moscovici S. (1961). *La psicanalyse, son image et son public*, Paris: PUF.
- Neighbors, C., Lewis, M. A., Bergstrom, R. L., & Larimer, M. E. (2006). Being controlled by normative Influences: Self-determination as a moderator of a normative feedback alcohol intervention. *Health Psychology*, 25, 571-579.
- Oei T.P.S., Morawska A., 2004. A cognitive model of high risk drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29 (1), 159-79.
- Okoli C. T.C., Torchalla I., Ratner P. A., Johnson J. L. (2011). Differences in the smoking identities of adolescent boys and girls. *Addictive Behaviors*, 36, 110-115
- Palmonari A. (a cura di), (1997). *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna.
- Pape H. (1997). Drinking, getting stoned or staying sober: A general population study of alcohol consumption, cannabis use, drinking-related problems and sobriety among young men and women. Doctoral Dissertation. Oslo: NOVA..
- Percy A. (2008). Moderate adolescent drug use and the development of substance use, *International Journal of Behavioral Development* 32, 451-458.
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol*. Supplement, S91(10), 63
- Perkins H. W., Linkenbach J. W., Lewis M. A., Neighbors C. (2010). Effectiveness of social norms media marketing in reducing drinking and driving: A statewide campaign. *Addictive Behaviors* 35, 866-874.
- Room R., Babor T., Rehm J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*.
- Santinello M., Cenedese C. (2002). L'efficacia della prevenzione e la prevenzione dell'inefficacia. Alcune riflessioni sui programmi preventivi per minori. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, VI (1), 37-64.

- Santinello M., Vieno A. (2006), La sfida della prevenzione nel nuovo millennio: tradurre la conoscenza in azione. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, 321-324
- Schwartz S. J., Pantin H., Coatsworth J. D., Szapocznik J. (2007). Addressing the Challenges and Opportunities for Today's Youth: Toward an Integrative Model and its Implications for Research and Intervention. *The Journal of Primary Prevention*, 28, 2,117-144.
- Schulenberg J., Wadsworth K. N., O'Malley P. M., Bachman J. G., Johnston L. D. (1996). Adolescent risk factors for binge drinking during the transition to young adulthood: Variable- and pattern-centered approaches to change. *Developmental Psychology*, 32, 659-674.
- Smetana J. G., Campione-Barr N., Daddis C. (2004). Longitudinal development of family decision making: Defining healthy behavioral autonomy for middle-class African American adolescents. *Child Development*, 75, 1418-1434.
- Smetana J.G., Campione-Barr N., Metzger A. (2006). Adolescence development in interpersonal and societal context. *Annual Review of Psychology*, 57, 255-284.
- Soenens B., Vansteenkiste M., Luyckx K., Goossens L. (2006). Parenting and adolescent problem behavior: An integrated model with adolescent self-disclosure and perceived parental knowledge as intervening variables. *Developmental Psychology*, 42, 305-318.
- 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.
- Wang M., Selman R. L., Dishion T. J., Stormshak E. A. (2010). A tobit regression analysis of the covariation between middle school students' perceived school climate and behavioral problems. *Journal of Research On Adolescence*, 20(2), 274-286.
- World Health Organization, WHO Expert Committee on Problems Related to *Alcohol Consumption*. (2007). *Second report*. WHO technical report series 944. Geneva: World Health Organization.

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 con il 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 (nella bibliografia è segnato come Hastings Report, controllare quale delle due diciture è quella corretta, 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 psico-fisico 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 e Benyamini, 1997; Burstroem e Fredlund, 2001).

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

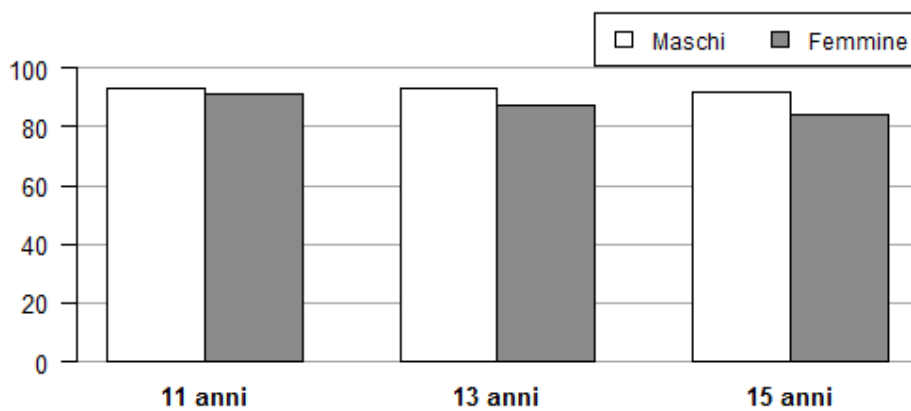
	(1303)	(1250)	(988)
	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Eccellente	37.53 (489)	30.00 (375)	30.67 (303)
Buona	54.57 (711)	59.76 (747)	57.09 (564)
Discreta	7.06 (92)	9.52 (119)	10.93 (108)
Scadente	0.84 (11)	0.72 (9)	1.32 (13)
Totale	100	100	100

In tabella 7.1 sono riportati i risultati inerenti la percezione di ragazzi/e circa la loro salute. Gran parte dei giovani giudica positivamente la propria salute: 92.10% degli 11enni, 89.76% dei 13enni, 87.76% dei 15enni valutano infatti eccellente o buona la propria salute.

Una fetta della popolazione giovanile lamenta tuttavia qualche forma di malessere, giudicando la propria salute come discreta o scadente: 7.90% degli 11enni, 10.24% dei 13enni, 12.25% dei 15enni (tabella 7.1).

Nella figura 7.1 si osservano anche le differenze tra maschi e femmine che, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006), sono quasi sempre a svantaggio delle ragazze. In particolare le differenze tra maschi e femmine mostrano la tendenza ad accentuarsi con l'età.

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



Rispetto alla percezione della propria salute come eccellente o buona, dai grafici riassuntivi collocati alla fine del presente report (da pag. 108 a pag. 113) è possibile confrontare il giudizio espresso dai preadolescenti lombardi con quello emerso dal campione italiano complessivo.

Per gli 11enni ed i 15enni le percentuali calcolate sul campione lombardo e su quello nazionale mostrano scostamenti pressoché minimi. Differenze più evidenti tra i due campioni emergono invece per 13enni femmine, sebbene sia auspicabile verificare se si tratti di una differenza statisticamente significativa. Nel sottogruppo dei 13enni, la percentuale di ragazze lombarde che giudicano la propria salute come buona o eccellente è pari all'87%, mentre la percentuale di ragazze sul campione italiano che esprime il medesimo giudizio è pari a 90%.

Complessivamente nel campione della Lombardia la percentuale di studenti che giudicano la propria salute buona o eccellente è pari a circa: per gli 11enni, 91% delle femmine e 93% dei maschi; per i 13enni, 87% delle femmine e 93% dei maschi; per i 15enni, 84% delle femmine e 92% dei maschi. Nel campione nazionale la percentuale di studenti che valutano buona o eccellente la propria salute è invece pari a: per gli 11enni, 92% delle femmine e 93% dei maschi; per i 13enni, 90% delle femmine e 94% dei maschi; per i 15enni, 85% delle femmine e 93% dei maschi (vedi grafici finali da pag. 108 a pag. 113).

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 risultati inerenti questa scala sono riportati in tabella 7.2 ed in figura 7.2. Si nota come la maggior parte dei giovani attribuisca alla propria vita valori compresi tra 7 e 9 (dove al valore 10 corrisponde la miglior vita possibile).

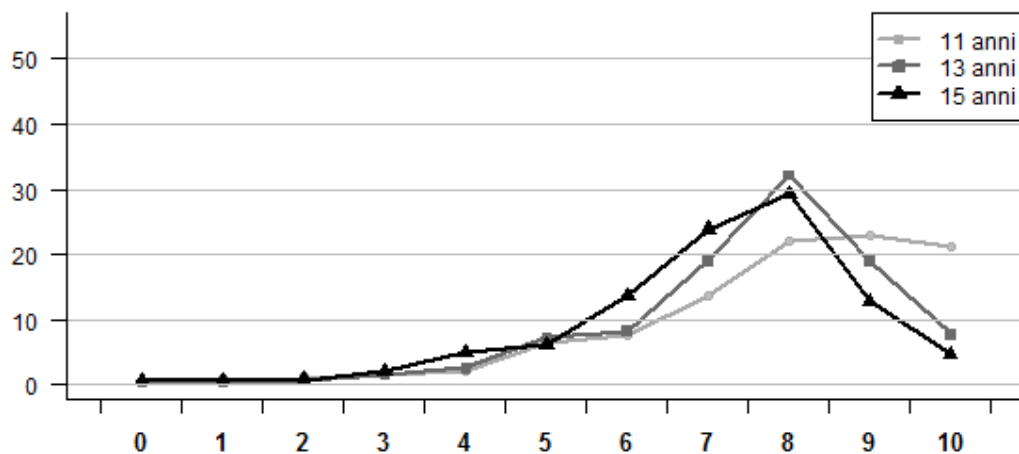
Considerando i valori più elevati della scala, si nota come la percentuale di ragazzi/e che attribuiscono una valutazione estremamente positiva alla propria vita (pari a 9 oppure 10) è pari a: 44.18% degli 11enni, 26.87% dei 13enni, 17.58% dei 15enni. La soddisfazione per la propria vita mostra quindi una tendenza al decremento al crescere dell'età.

La valutazione di piena soddisfazione per la propria vita viene data soprattutto dagli 11enni, tra i quali si riscontra la percentuale più elevata di coloro che attribuiscono valore 10 alla soddisfazione per la propria vita.

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	0.77 (10)	0.40 (5)	0.71 (7)
1	0.46 (6)	0.56 (7)	0.61 (6)
2	0.92 (12)	0.80 (10)	0.81 (8)
3	1.53 (20)	1.68 (21)	2.12 (21)
4	2.14 (28)	2.65 (33)	4.95 (49)
5	6.36 (83)	7.38 (92)	6.26 (62)
6	7.73 (101)	8.34 (104)	13.64 (135)
7	13.71 (179)	19.09 (238)	23.94 (237)
8	22.21 (290)	32.24 (402)	29.39 (291)
9	22.89 (299)	19.01 (237)	12.83 (127)
10	21.29 (278)	7.86 (98)	4.75 (47)
Totale	100 (1306)	100 (1247)	100 (990)

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 e Wold, 2001) che come scala (Haugeland et al., 2001). Come dimostrato dai risultati delle precedenti versioni dello studio, a livello regionale, nazionale e internazionale (Cavallo e Lemma, 2005, Cavallo et al., 2007, Cavallo e Lemma 2009; Currie et al., 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.

In tabella 7.3 sono riportati i risultati relativi alla frequenza con cui i giovani soffrono di sintomi di malessere psicofisico. Buona parte dei giovani ha sofferto di almeno uno di tali sintomi almeno una volta al mese: 94.35% degli 11enni, 97.92% dei 13enni, 97.78% dei 15enni.

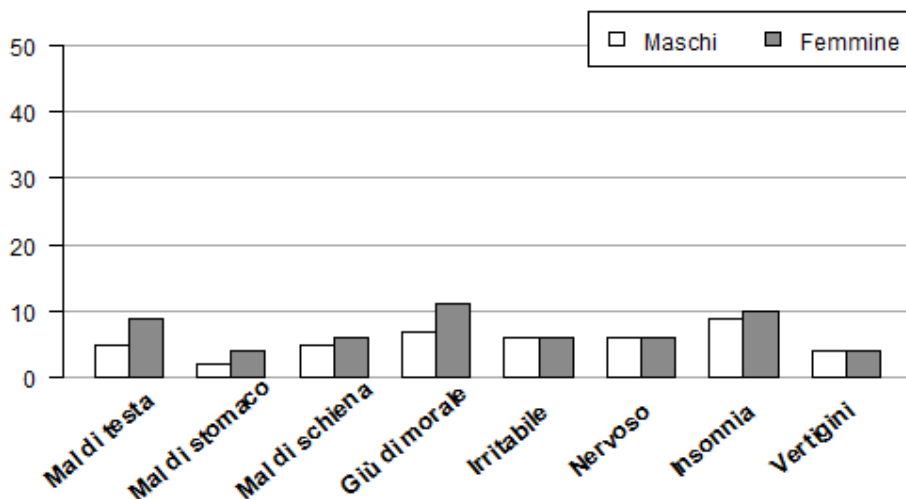
In particolare, la percentuale di coloro che riportano di soffrirne frequentemente (ogni giorno o più volte la settimana) è pari a 61.29% degli 11enni, 62.59% dei 13enni, 65.73% dei 15enni. La presenza di sintomi di malessere psicofisico mostra quindi una tendenza all'incremento al crescere dell'età.

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 % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	31.98 (419)	28.30 (354)	28.73 (285)
Più di 1 volta a settimana	29.31 (384)	34.29 (429)	37.00 (367)
1 volta a settimana	20.15 (264)	21.50 (269)	20.67 (205)
1 volta al mese	12.90 (169)	13.83 (173)	11.39 (113)
Raramente o mai	5.65 (74)	2.08 (26)	2.22 (22)
Totale	100 (1310)	100 (1251)	100 (992)

Rispetto alle diverse tipologie di sintomi, in figura 7.3, si nota come i sintomi di malessere maggiormente diffusi siano: sentirsi giù di morale, aver mal di testa, soffrire di insonnia. Tutte le problematiche lamentate sono maggiormente presenti tra le femmine.

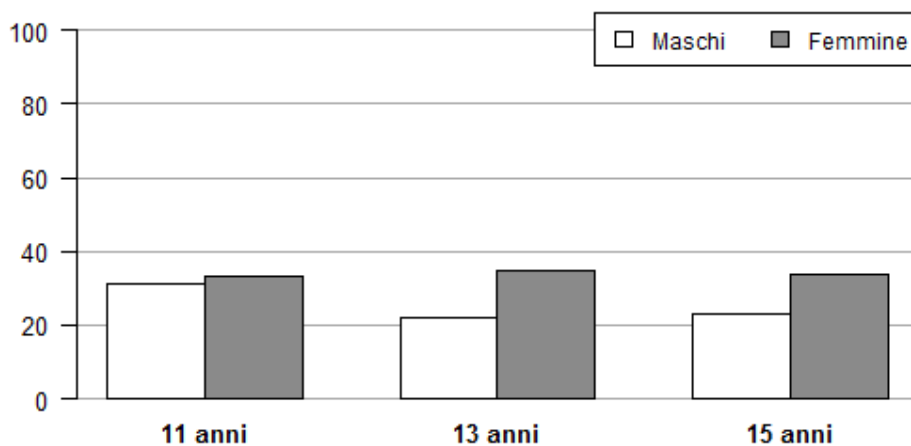
Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere



Relativamente alle differenze di genere, si nota inoltre una tendenza all'interazione tra genere ed età, che sarà auspicabile verificare con apposite analisi. A livello descrittivo, in figura 7.4, possiamo evidenziare come la percentuale di maschi che lamentano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo di malessere diminuisce con l'età, mentre la percentuale di femmine che soffrono di almeno un sintomo ogni giorno appare stabile.

Dalla medesima figura si nota inoltre come la presenza di sintomi di malessere psicofisico sia più diffusa tra le femmine e come tale differenza tra maschi e femmine si accentui al crescere dell'età (figura 7.4).

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



Come consigliato in studi precedenti relativi ai dati HBSC (Haugeland et al., 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).

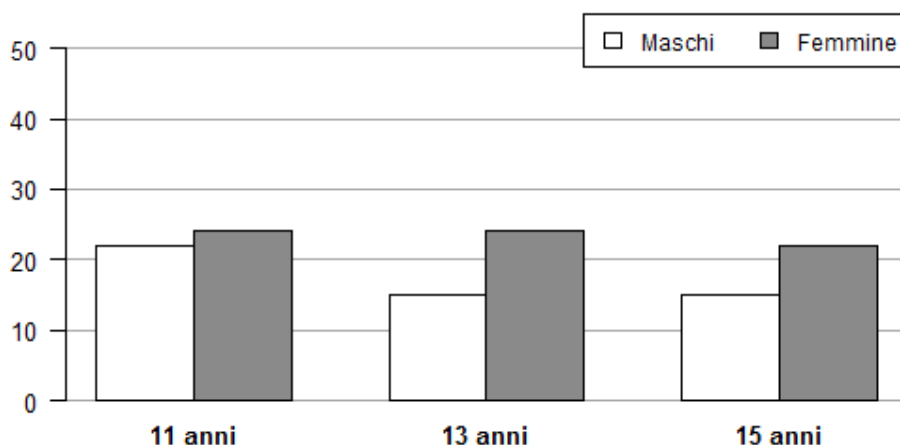
In tabella 7.4 sono indicate frequenze e percentuali relative ai sintomi somatici. Quasi la metà dei giovani soffre frequentemente (ogni giorno o più volte la settimana) di almeno un sintomo somatico: 46.98% degli 11enni, 47.40% dei 13enni, 46.57% dei 15enni.

In figura 7.5 sono riportate le percentuali relative a coloro che soffrono di almeno un sintomo somatico ogni giorno, distinguendo tra maschi e femmine. Le femmine riportano con maggior frequenza di soffrire di sintomi somatici rispetto ai maschi; tale differenza legata al genere è particolarmente accentuata a 13 anni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	23.07 (302)	19.90 (249)	18.95 (188)
Più di 1 volta a settimana	23.91 (313)	27.50 (344)	27.62 (274)
1 volta a settimana	18.33 (240)	19.98 (250)	22.58 (224)
1 volta al mese	20.55 (269)	22.46 (281)	21.47 (213)
Raramente o mai	14.13 (185)	10.15 (127)	9.38 (93)
Totale	100 (1309)	100 (1251)	100 (992)

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



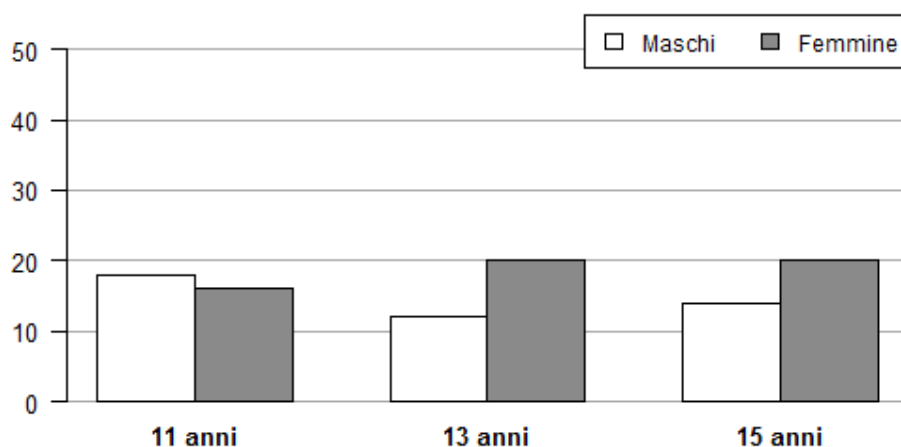
In tabella 7.5 sono indicate frequenze e percentuali relative ai sintomi psicologici. Tali sintomi mostrano una diffusione simile a quella rilevata per i sintomi somatici precedentemente descritti. La percentuale di giovani che riportano di soffrire di sintomi psicologici ogni giorno o più volte la settimana è pari a: 42.41% degli 11enni, 47.12% dei 13enni, 50.41% dei 15enni.

In figura 7.6 sono riportate le percentuali distinte per maschi e femmine di coloro che soffrono di almeno un sintomo psicologico ogni giorno. Le femmine, come evidenziato anche per i sintomi somatici, riportano con maggior frequenza di soffrire di sintomi psicologici, rispetto ai maschi; tale differenza è particolarmente evidente per i 13enni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	16.87 (220)	15.84 (198)	17.24 (171)
Più di 1 volta a settimana	25.54 (333)	31.28 (391)	33.17 (329)
1 volta a settimana	23.08 (301)	25.28 (316)	26.31 (261)
1 volta al mese	20.40 (266)	20.72 (259)	18.25 (181)
Raramente o mai	14.11 (184)	6.88 (86)	5.04 (50)
Totale	100 (1304)	100 (1250)	100 (992)

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



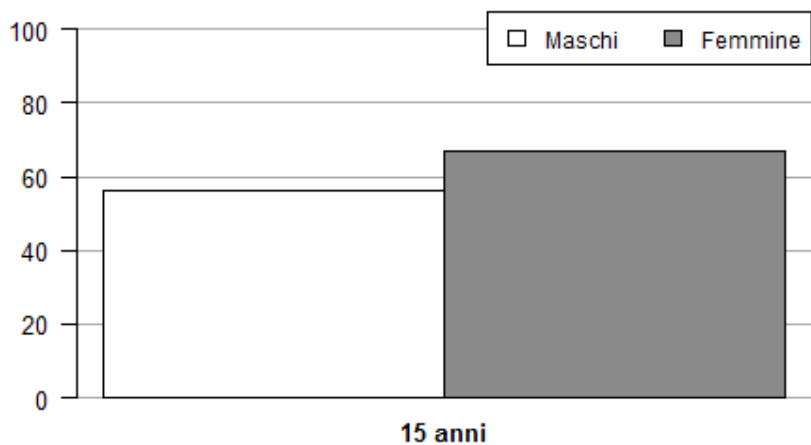
7.5 Utilizzo di farmaci

Un ulteriore indicatore indiretto di malessere è l'utilizzo di farmaci. In tabella 7.6 e figura 7.7 sono riportate frequenze e percentuali relative all'utilizzo di farmaci tra i 15enni. Durante l'ultimo mese riportano di aver assunto almeno un farmaco il 55.95% dei maschi e il 67.21% delle femmine.

Tabella 7.6: "Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci?", per genere (solo quindicenni)

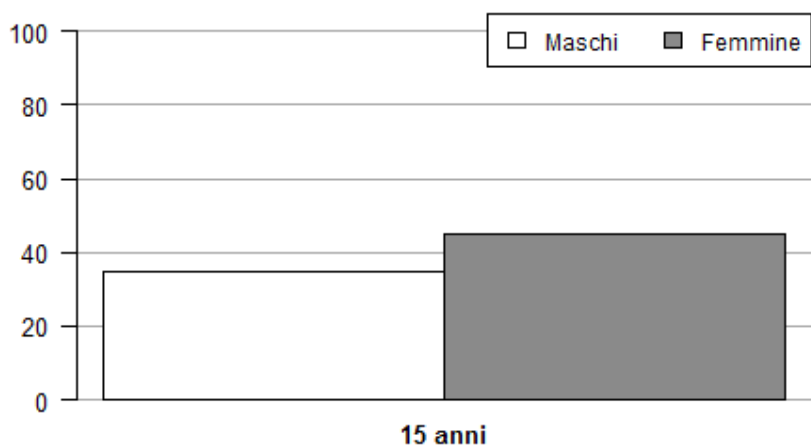
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	44.06 (482)	32.79 (362)	38.40 (844)
Sì, 1 farmaco	30.26 (331)	33.51 (370)	31.89 (701)
Sì, >1 farmaco	25.69 (281)	33.70 (372)	29.71 (653)
Totale	100 (1094)	100 (1104)	100 (2198)

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



Infine, in figura 7.8, è indicata la percentuale di maschi e femmine che hanno assunto farmaci specificatamente per il mal di testa almeno una volta nell'ultimo mese; anche per questa determinata tipologia di farmaci, le femmine riportano una maggior frequenza d'uso rispetto ai maschi.

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 (solo quindicenni)



7.6 Conclusioni

Valutare la salute dei preadolescenti è complesso, poiché in questa fascia di età solitamente l'incidenza di patologie croniche e gravi, i tassi di mortalità e morbosità sono bassi, soprattutto se confrontati con l'età adulta. Oltre alla salute fisica, è tuttavia fondamentale analizzare anche il benessere emotivo e sociale. La definizione di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia" (WHO, 1946) richiama l'attenzione sul benessere soggettivo della persona. Nella Carta di Ottawa (WHO, 1986), la salute viene infatti considerata come "un concetto positivo che valorizza le risorse personali" e "un importante investimento sociale. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte." La salute si definisce perciò come una risorsa per la vita quotidiana, che coinvolge benessere fisico, emotivo e sociale (Currie et al., 2000). In tale prospettiva si inserisce anche il concetto di qualità della vita, definita dall'OMS come "la percezione che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono, e in relazione ai loro obiettivi, alle loro aspettative, ai loro standard e alle loro preoccupazioni" (The WHOQOL Group, 1994a). L'attenzione si sposta dall'ambito della funzionalità oggettivamente definibile a quello della soggettività.

A partire da questa concezione di salute, in questo capitolo ci siamo focalizzati in particolare su salute e benessere psicofisico dei giovani ed anche sugli aspetti emotivi (WHO, 1998), che in questa fascia di età svolgono un ruolo fondamentale, anche per l'influenza che esercitano sullo stato di salute psicofisica del futuro adulto (WHO, 2000).

Rispetto alla percezione di salute e benessere dei giovani lombardi sono stati utilizzati diversi indicatori: percezione del proprio stato di salute, soddisfazione rispetto alla propria vita, presenza di sintomi somatici e psicologici, consumo di farmaci.

Gran parte dei giovani valuta la propria salute eccellente o buona (a seconda della fascia d'età una percentuale compresa tra circa 88% e 92%). In particolare sono i maschi a riportare valutazioni

maggiormente positive della propria salute, a conferma di quanto emerso anche in altri studi (Cavallo et al., 2006).

Anche rispetto alla soddisfazione per la propria vita emergono valutazioni in gran parte positive: la maggior parte dei giovani attribuisce infatti alla propria vita valori compresi tra 7 e 9 (dove al valore 10 corrisponde la miglior vita possibile). La soddisfazione per la propria vita è più elevata per gli 11enni, tra i quali si riscontra la percentuale più elevata di giovani che attribuiscono valore 10 alla soddisfazione per la propria vita. Si nota quindi, al crescere dell'età, un decremento nella soddisfazione per la propria vita.

Alcuni studi mostrano come in preadolescenza e adolescenza la percezione di soddisfazione e buona qualità della propria vita corrisponda al sentirsi felici e soddisfatti nei diversi contesti di vita: famiglia, scuola, gruppo di pari, comunità (Graham et al., 1997; Collier et al., 2000). Adeguate strategie per la promozione di una positiva qualità di vita dovranno quindi agire congiuntamente e trasversalmente in questi diversi contesti, per cercare di contrastare la tendenza, evidenziata dalla presente ricerca, ad un declino nella soddisfazione per la propria vita al crescere dell'età.

Risultati più critici emergono invece circa la presenza di sintomi di malessere fisico o psicologico (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini). Dalla presente ricerca è infatti emerso come buona parte dei giovani soffra di almeno uno di tali sintomi ogni giorno o più volte la settimana: circa 61% degli 11enni, 63% dei 13enni, 66% dei 15enni.

I sintomi di malessere maggiormente presenti sono il sentirsi giù di morale, l'aver mal di testa e soffrire di insonnia; tutti maggiormente diffusi tra le femmine.

Infine, rispetto all'utilizzo di farmaci, si è evidenziato che durante l'ultimo mese riportano di aver assunto almeno un farmaco circa il 56% dei maschi e il 67% delle femmine.

Complessivamente questi dati ci mostrano che, da un lato, gran parte dei giovani valutano positivamente la propria salute e la propria vita, dall'altro, gran parte di loro soffre di sintomi di malessere psicofisico. Tali sintomi di malessere possono essere connessi all'esperienza della pubertà ed ai rapidi cambiamenti corporei che ne conseguono e possono avere effetti rilevanti sulla salute ed il benessere psicofisico dei preadolescenti; ciò nonostante richiedono attenzione e cura in un'ottica di promozione del benessere.

Anche se questa età viene tendenzialmente considerata sana a causa della scarsa incidenza di patologie croniche e gravi, si riscontra spesso un aumento di disturbi di minore entità (Scheidt et al., 2000); tali disturbi possono essere imputabili non solo a cause organiche ma anche a disagi di tipo emotivo, stress, ansia e depressione (Kaiser, 1992; King et al., 1996; Celata et al., 1997). Manifestazioni sintomatologiche quali i disturbi di natura psicosomatica, oltre ai sintomi d'ansia e d'umore depresso, costituiscono infatti gli aspetti più rilevanti del disagio psicosociale "sommerso" in età evolutiva (Menesini e Tani, 2001).

In preadolescenza benessere fisico, psicologico e sociale risultano strettamente legati: i ragazzi diventano più attenti al proprio stato di salute ed ai sintomi riportati, i quali diventano indicatori importanti del loro benessere, del loro senso di normalità e della facilità con cui vengono accettati nel gruppo di coetanei (Scheidt et al. 2000). Problemi individuali di stress, stanchezza e tristezza, vengono spesso erroneamente interpretati come disturbi fisici per i quali i ragazzi ricorrono a farmaci da banco o medicinali presenti in casa. È rilevante quindi prestare attenzione ai sintomi di malessere psicofisico ed ai diversi fattori che li determinano. Infine è importante adottare strategie di prevenzione e promozione della salute che coinvolgano sia i giovani sia gli adulti significativi nei diversi contesti di vita, al fine di evitare il ricorso a rimedi impropri, come l'uso di farmaci non prescritti o l'abuso di alcuni medicinali, ed aiutare preadolescenti ed adolescenti ad affrontare i disagi che possono essere connessi ai cambiamenti caratteristici di questa fascia d'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., 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., 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., 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., Godeaue 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*, Geneva, 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.

Bibliografia a cura della Regione Lombardia

- Celata C., Cirri M., Zanon L.(a cura di) (1997). *Il mondo dell'adolescenza: pensieri, enigmi, provocazioni*. Franco Angeli, Milano.
- Collier J., Mackinlay D., Phillips, D. (2000). Norm values for the generic children's quality of life measure from a large school-based sample. *Quality of Life Research*, 9, 617-623.
- Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (2000) (eds). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Graham P., Stevenson J., Flynn D. (1997). A new measure of health-related quality of life for children: Preliminary findings. *Psychology & Health*, 12(5), 655-665.
- Kaiser R.S. (1992). Depression in adolescent headache patients. *Headache*, 32, 340-344.
- King A., Wold B., Tudor-Smith C., Harel Y. (1996). *The health of youth. A cross-national survey*. Canada, WHO Regional Publications, European Series No 69.
- Menesini E., Tani F. (2001). Contesto familiare e malessere evolutivo in soggetti di età scolare. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 3, 451-468.
- Scheidt P., Overpeck M.D., Wyatt W., Aszmann A. (2000). Adolescents' general health and wellbeing. In WHO (2000). *Health and health behavior among young people*. WHO Policies Series, 1.
- The WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- WHO (1986), Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion, 1(4), 3-5.
- WHO (1946), Constitution, New York, World Health Organization.

Considerazioni conclusive

Il presente volume si è posto l'obiettivo di fornire una fotografia dello stato di salute e benessere fisico, psichico e sociale dei preadolescenti nella Regione Lombardia, indagando sia la percezione di salute e benessere riguardo a loro stessi, sia la percezione dei contesti significativi in cui si realizza la loro crescita (famiglia, scuola, gruppo dei pari, comunità).

I risultati emersi sono numerosi e diversificati nei diversi ambiti, mostrando fattori di rischio e di protezione, risorse e problematiche nei contesti di vita e nell'individuo.

La strada che ora ci auspichiamo di imboccare va in una duplice direzione. Da un lato, approfondire con ulteriori analisi, specifiche rispetto a puntuali domande di ricerca, la comprensione di alcuni fenomeni e dei fattori che li influenzano. Il presente report ha avuto infatti una finalità descrittiva ed ulteriori approfondimenti permetteranno di far luce sulle determinanti degli specifici fenomeni evidenziati.

D'altro lato, intendiamo sostenere l'utilizzo dei dati della ricerca HBSC per indirizzare le politiche e gli interventi sul territorio. Questi dati possono infatti rappresentare delle affidabili indicazioni per orientare gli interventi in modo mirato e specifico, sulla base delle problematiche emerse come maggiormente salienti e dei bisogni espressi dai giovani stessi. Su tale piano quindi entrano in gioco le implicazioni che i dati della ricerca HBSC potranno avere rispetto alle politiche locali, alla luce del fatto che la creazione di adeguate condizioni per la promozione di salute e benessere è compito primario e responsabilità della politica.

Vogliamo sostenere una visione della salute e del benessere che enfatizzi come tali condizioni siano il prodotto dell'interazione dinamica tra caratteristiche dell'individuo e caratteristiche dei contesti di vita in cui esso si trova. In tal senso si auspica che i dati illustrati in questo report possano orientare non solo l'azione ad un livello individuale, bensì anche ad un livello collettivo e comunitario. Nel primo caso, ciò si realizza, ad esempio, attraverso interventi per promuovere abilità intrapersonali ed interpersonali, per promuovere la capacità di resistere alla pressione dei pari verso l'adozione di comportamenti a rischio, per stimolare la crescita affettiva e relazione. Nel secondo caso, si auspica, ad esempio, la realizzazione di progetti di sviluppo di comunità, di promozione di attività ricreative e costruttive per il tempo libero, di incremento della partecipazione attiva dei cittadini in generale e dei giovani in particolare, di miglioramento della qualità dei servizi. Ciò è particolarmente rilevante anche rispetto ai comportamenti a rischio ed agli stili di vita non salutari dei giovani, non attribuibili solo alle fasce più devianti o emarginate della popolazione, bensì da comprendere in una visione più ampia e comunitaria.

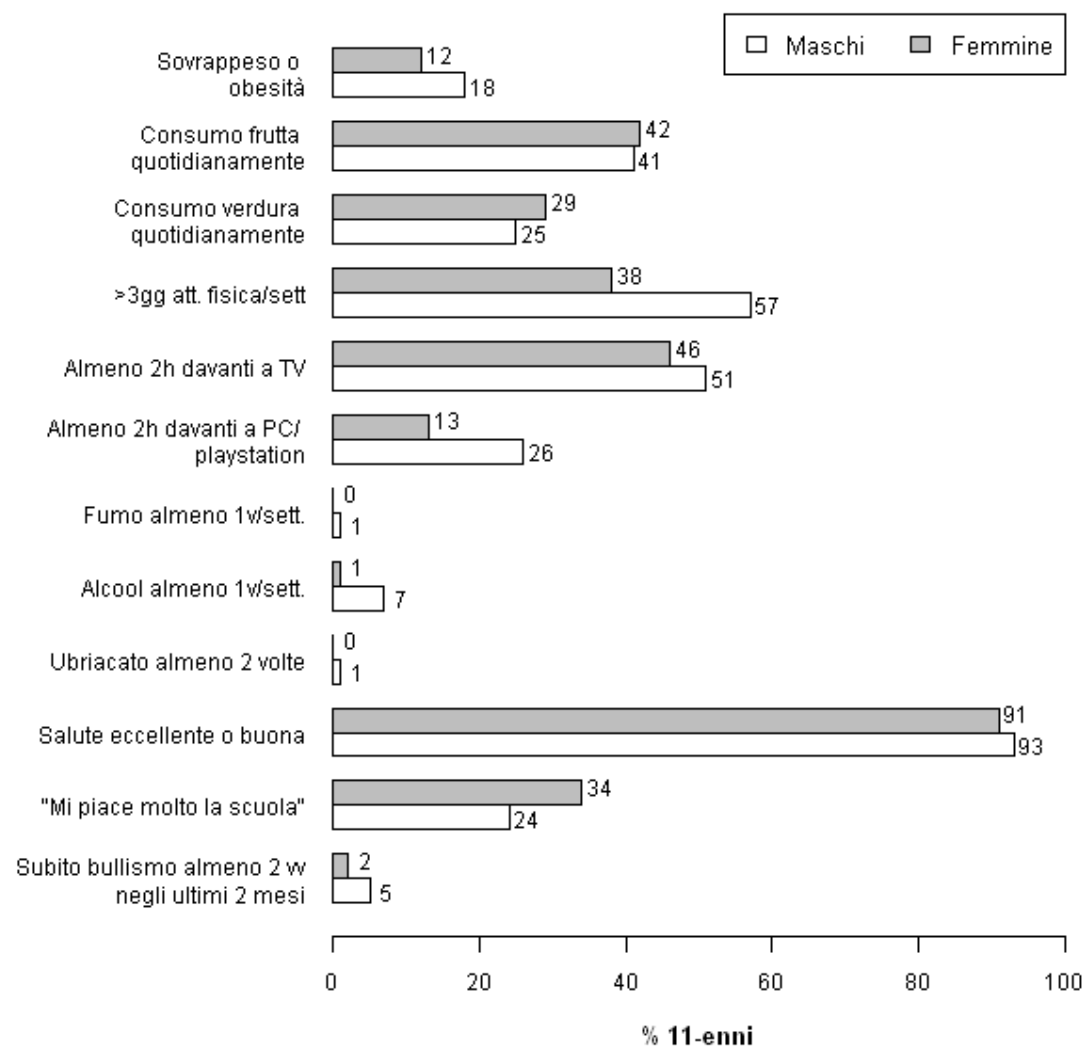
Infine, intendiamo sottolineare come la promozione della salute non possa essere considerata come compito esclusivo di alcune istituzioni ad essa deputate, ma vada definita come un bene sociale e collettivo a cui tutti gli attori interessati devono concorrere. In tal senso emerge come fondamentale la partecipazione attiva di tutti i target coinvolti nelle azioni di prevenzione e promozione della salute e del benessere: dalle istituzioni ai singoli cittadini. Il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei giovani nella definizione delle politiche che riguardano loro e la loro salute è quindi il passo futuro che ci auspichiamo di compiere e la ricerca HBSC si pone come punto di partenza e come valido strumento per raggiungere questo risultato.

Alcuni indicatori riassuntivi

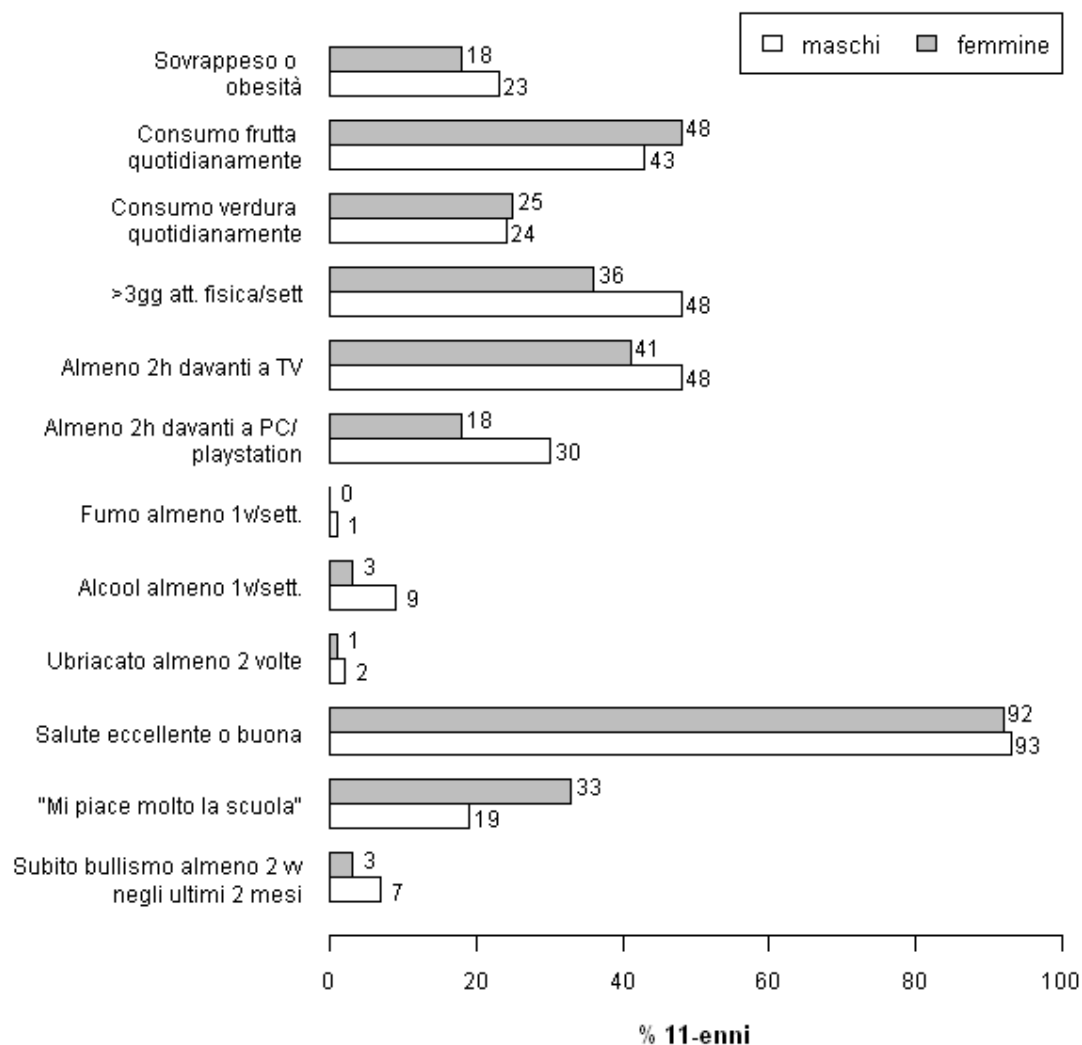
Di seguito vengono riportati i grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età:

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

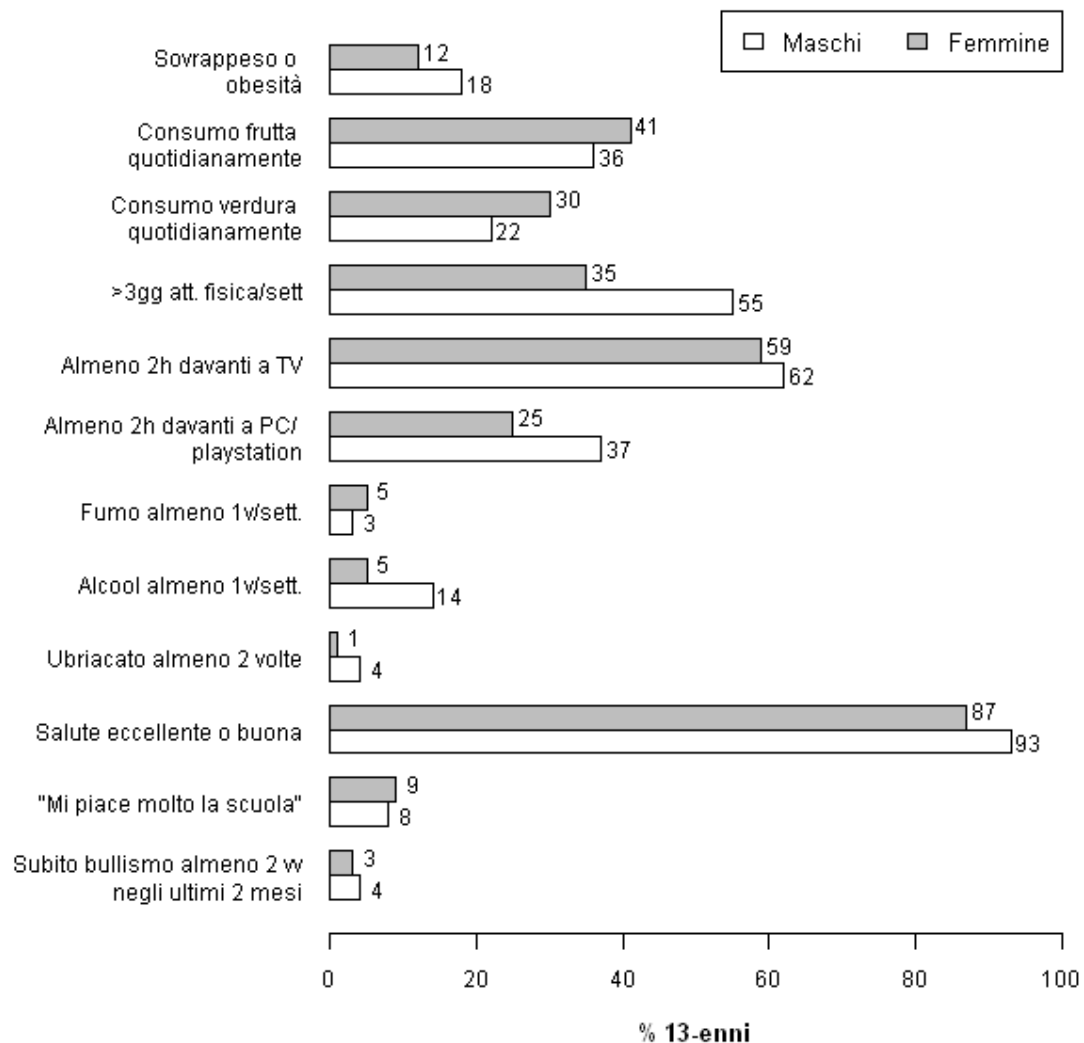
Undicenni – Dati regionali



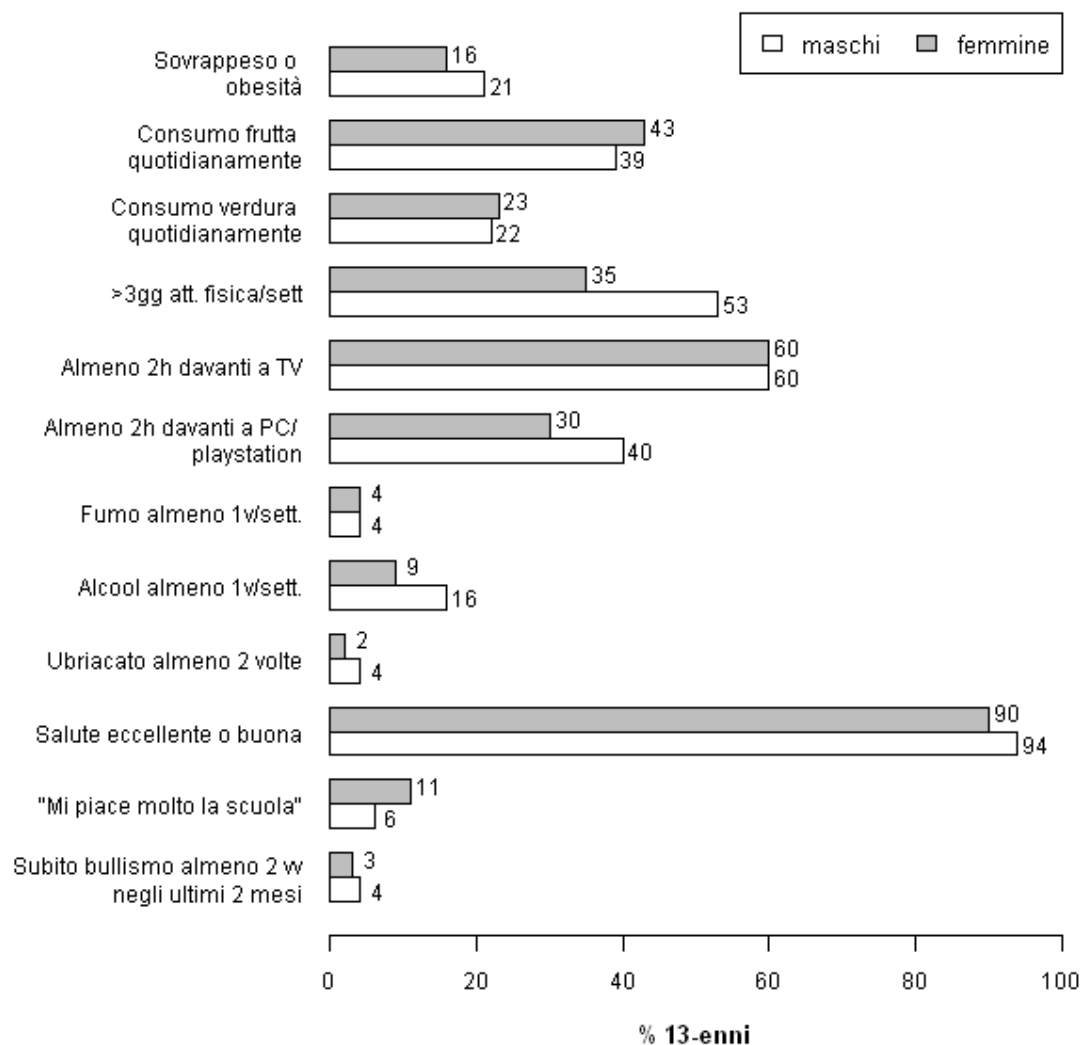
Undicenni – Dati nazionali



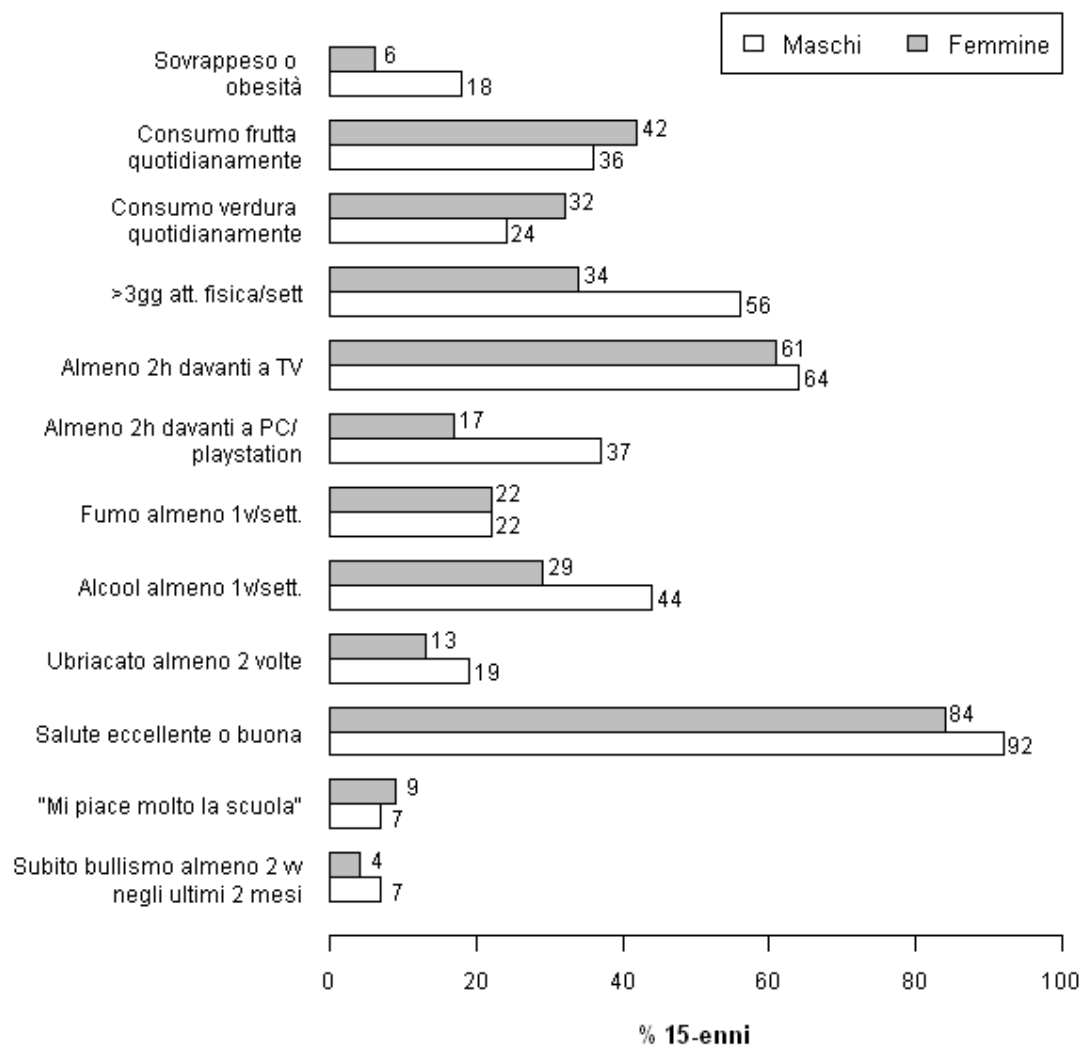
Tredicenni – Dati regionali



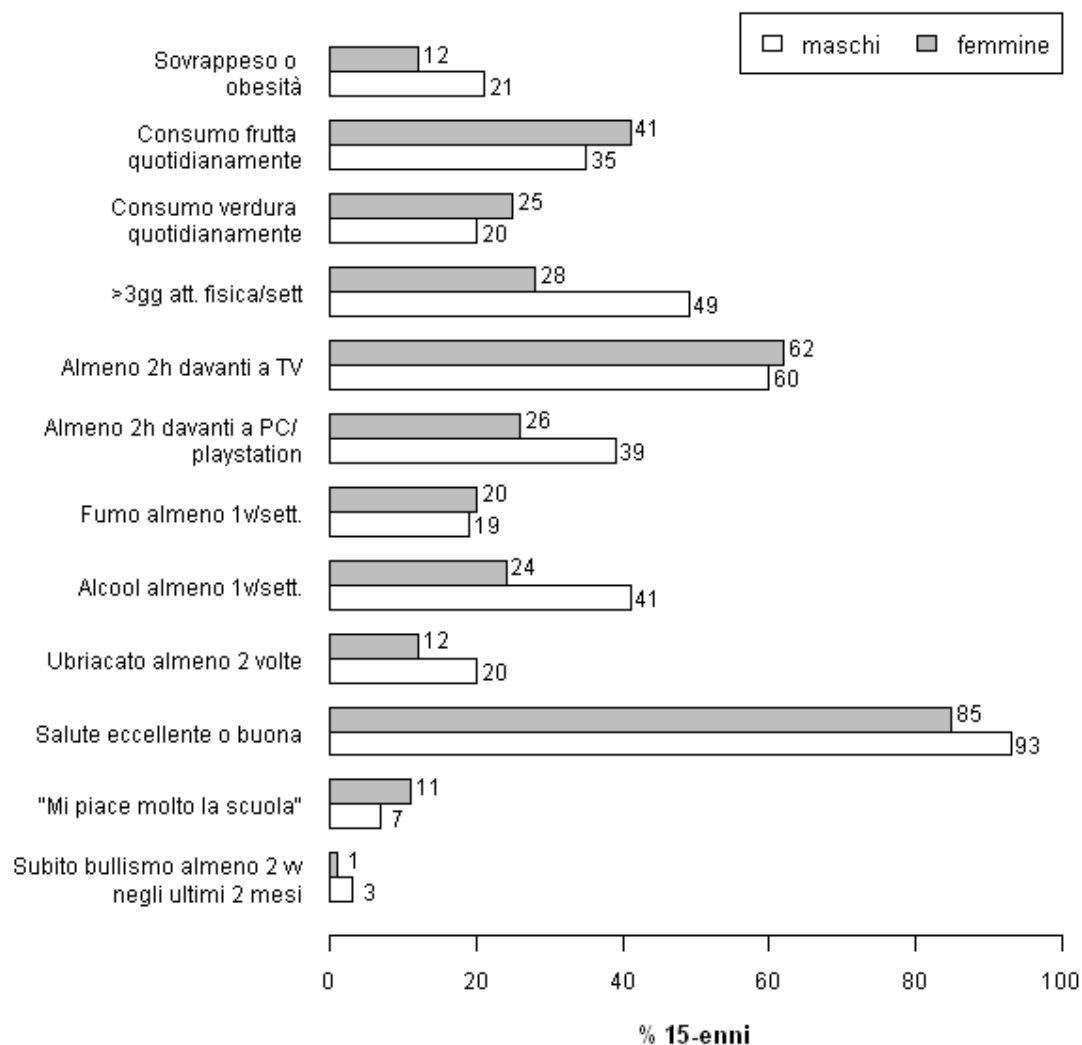
Tredicenni – Dati nazionali



Quindicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati nazionali



Per ogni approfondimento:
<http://www.ored-lombardia.org/hbsc>

