

HBSC LOMBARDIA 2014
Stili di vita e salute dei giovani lombardi 11-13 e 15enni

APPROFONDIMENTI TEMATICI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE

a cura del “Gruppo di approfondimento HBSC Lombardia”
(nota prot. G1.2016.0032557 del 13/10/2016)



Indice

| | |
|---|------------|
| INTRODUZIONE..... | 2 |
| a cura di Corrado Celata, Giusi Gelmi, Veronica Velasco | |
| <i>L'approfondimento dei dati di HBSC Lombardia come strumento per agire sui determinanti di salute.....</i> | <i>5</i> |
| <i>Determinanti della salute</i> | <i>5</i> |
| <i>La lettura integrata dei dati di HBSC Lombardia come supporto alla programmazione e all'azione territoriale</i> | <i>6</i> |
| <i>Approfondimenti HBSC Lombardia e Indirizzi di settore (Scuola e Salute).....</i> | <i>8</i> |
| Indagine sulla qualità della vita lavorativa e sui comportamenti di salute degli insegnanti della Lombardia | 9 |
| a cura di Luca Vecchio, Veronica Velasco, Massimo Miglioretti, Silvia Simbula | |
| Climi relazionali e comportamenti di salute: Risultati dell'indagine HBSC Lombardia | 36 |
| a cura di Elena Marta, Edoardo Lozza, Cinzia Castiglioni, Sara Alfieri | |
| Sovrappeso, obesità e stato socio-economico negli anni della crisi economica tra i giovani in Lombardia | 46 |
| a cura di Paolo Belardinelli, Giovanni Fattore, Aleksandra Torbica | |
| PRIMO STUDIO: Quali sono i fattori di rischio della cyber-vittimizzazione? & SECONDO STUDIO: Quanto conta nel contrastare l'uso di alcol il fatto di avere un buon controllo/monitoraggio da parte dei genitori e di cenare insieme in famiglia? | 58 |
| a cura di Lavinia Barone, Giulia Perasso | |
| PRIMO STUDIO | 61 |
| SECONDO STUDIO | 72 |
| Prevalenza e determinanti del consumo di alcol in Lombardia nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni: risultati dell'indagine HBSC condotta nel 2014..... | 88 |
| a cura di Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Eugenio Santoro, Giulia Perasso, Lavinia Barone | |
| Contesto di vita e benessere dei ragazzi di 13 e 15 anni in Lombardia: evidenze dallo studio HBSC. . | 105 |
| a cura di David Consolazio, Marco Terraneo, Mara Tognetti | |
| APPENDICE 1 – METODOLOGIA | 118 |
| Popolazione in studio | 118 |
| Modalità di campionamento | 118 |
| Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi | 118 |
| Valutazione del comitato etico dell'ISS e privacy..... | 119 |
| Descrizione del campione "HBSC Lombardia" 2014 | 119 |
| APPENDICE 2 – DOCUMENTI DI INDIRIZZO SCUOLA-SALUTE..... | 121 |

INTRODUZIONE

a cura di Corrado Celata, Giusi Gelmi, Veronica Velasco

DG Welfare – struttura Stili di Vita per la prevenzione – Promozione della salute -Screening

Promuovere la salute sin nelle fasi precoci della vita attraverso un'alleanza tra sistema sanitario, sistema educativo e scolastico, famiglie, responsabili delle policy nelle comunità locali, e mondo della ricerca è una strategia raccomandabile per costruire interventi vicini ai bisogni dei destinatari, coerenti alle caratteristiche dei contesti, aggiornati rispetto alle più aggiornate evidenze scientifiche.

I sistemi di sorveglianza, insieme alle altre raccolte di statistiche nazionali, rendono disponibile uno straordinario set di dati sullo stato di salute e sui bisogni della popolazione che rappresenta uno strumento chiave per individuare le priorità di intervento, definire le risorse, orientare le pratiche, valutare gli esiti. Lo studio HBSC è in grado di rappresentare, in un'unica istantanea, le abitudini degli adolescenti lombardi, il loro mondo, la loro percezione di benessere fisico, psichico e sociale. Regione Lombardia partecipa con impegno a questa raccolta da oltre 10 anni¹, condividendo i dati con gli stakeholder interessati e utilizzandoli per orientare le scelte di programmazione.

Di fatto, nel Piano Regionale di Prevenzione della Regione Lombardia, policy e programmi di promozione della salute rivolti alla popolazione giovanile si fondano su queste informazioni, all'interno di un più ampio processo programmatico che, a partire dall'analisi di contesto e del profilo di salute, individua e mette in atto le migliori pratiche validate, in un continuo dialogo tra il mondo della ricerca scientifica e l'esperienza sul campo (*efficacy* ed *effectiveness*).

Facilitare le scelte orientate a stili di vita più salutari rappresenta, quindi, il cuore di un processo che agisce contemporaneamente su più fattori: individuali, sociali e di contesto. Ciò richiede un approccio multisettoriale e multiprofessionale. In quest'ottica, la lettura integrata dei dati di HBSC può offrire chiavi di lettura e spunti interessanti sia per il programmatore sia per chi opera sul territorio. Le informazioni fornite da HBSC sono uno strumento di sistema, atteso da tutti gli attori che collaborano, a vario titolo, ai programmi di prevenzione e promozione della salute. Grazie alle indicazioni dello studio, il dialogo intersettoriale con i diversi stakeholder (famiglie, insegnanti, amministratori locali, terzo settore e associazionismo) per la condivisione di strategie di azione si può basare su informazioni fondate ed elementi concreti e dinamici, cioè al passo con i cambiamenti che, per loro natura, appartengono a queste fasce d'età.

Per l'approfondimento dell'analisi dei dati relativi all'edizione HBSC Lombardia 2014², la UO Prevenzione – Struttura Stili di vita per la prevenzione, Promozione della salute, Screening della DG Welfare - ha costituito sperimentalmente un "Gruppo di approfondimento HBSC Lombardia", invitando i diversi Atenei lombardi a designare uno o più loro rappresentanti, e più precisamente:

¹ Per approfondimenti consultare

<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioedizionale/risorse/numeri/hbcs-report>

² Per approfondimenti metodologici, si rimanda all'Appendice 1

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Università degli Studi di Milano | Prof.ssa Antonella Delle Fave | Professore Ordinario Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti |
| | Prof. Luca Vecchio | Professore Associato Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni Dipartimento di Psicologia |
| Università degli Studi di Milano-Bicocca | Prof.ssa Elisabetta Nigris | Professore Ordinario Delegata della Rettrice per la Formazione Insegnanti e Faculty Development Dipartimento Di Scienze Umane Per La Formazione "Riccardo Massa" |
| | Prof. Marco Terraneo | Ricercatore a tempo determinato <i>Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale</i> |
| Università degli Studi dell'Insubria | Prof.ssa Silvia Salvatore | Professore Associato <i>Dipartimento di Medicina e Chirurgia</i> |
| Università degli Studi di Pavia | Prof.ssa Lavinia Barone | Professore Ordinario in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento |
| Università Cattolica del Sacro Cuore | Prof.ssa Elena Marta | Professore Ordinario Psicologia Sociale e di Psicologia di Comunità Facoltà di Psicologia- |
| | Prof. Edoardo Lozza | Professore ordinario Psicologia del Marketing e dei Consumi” e Psicologia dei Comportamenti Economici e di Consumo Facoltà di Psicologia |
| Politecnico Milano | Prof. Stefano Capolongo | Professore Ordinario Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito |
| Università Bocconi | Prof.ssa Aleksandra Torbica | Professore Associato Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche |
| IULM - Libera Università di Lingue e Comunicazione | Prof. Vincenzo Russo | Professore Associato Dipartimento di Business, Diritto, Economia e Consumi Facoltà di Comunicazione |
| Istituto Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano | Dott. Eugenio Santoro | Capo Laboratorio Dipartimento di Ricerca Salute pubblica |
| | Dott. Silvano Gallus | Capo Laboratorio Dipartimento di Ricerca Ambiente e Salute |

Del Gruppo, in rappresentanza dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca, fino a luglio 2019 ha fatto parte anche la prof.ssa Mara Tognetti, Professore associato della Facoltà di Sociologia, (attualmente Professore Ordinario Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Napoli Federico II).

Per permettere la fattiva collaborazione accademica e il corretto utilizzo dei dati, di proprietà pubblica, è stato formalizzato il “Protocollo per l'utilizzo del database “HBSC Lombardia” da parte del “Gruppo di approfondimento HBSC” di DG Welfare Regione Lombardia.

Il “Gruppo di approfondimento HBSC Lombardia” ha operato, a partire dal suo insediamento (nota prot. G1.2016.0032557 del 13/10/2016) con incontri di lavoro periodici presso la DG Welfare e la realizzazione di numerosi documenti tecnici e pubblicazioni, che sono raccolti in questo Report:

1. Un'indagine sulla qualità della vita lavorativa e sui comportamenti di salute degli insegnanti della Lombardia (a cura di Luca Vecchio, Veronica Velasco, Massimo Miglioretti e Silvia Simbula – Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Milano - Bicocca)
2. Climi relazionali e comportamenti di salute: risultati dell'indagine HBSC condotta nel 2014 (Elena Marta, Edoardo Lozza, Cinzia Castiglioni, Sara Alfieri – Università Cattolica)
3. Sovrappeso, obesità e stato socio-economico negli anni della crisi economica tra i giovani in Lombardia (Paolo Belardinelli, Giovanni Fattore e Aleksandra Torbica – Università Bocconi)
4. Quali sono i fattori di rischio della cyber-vittimizzazione? & Quanto conta nel contrastare l'uso di alcol il fatto di avere un buon controllo/monitoraggio da parte dei genitori e di cenare insieme in famiglia? (prof.ssa Lavinia Barone – Università di Pavia)
5. Prevalenza e determinanti del consumo di alcol in Lombardia nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni: risultati dell'indagine HBSC condotta nel 2014 (Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Eugenio Santoro - Laboratorio Informatica Medica, IRCCS Mario Negri - Laboratorio Epidemiologia degli stili di vita e Laboratorio Informatica Medica & Giulia Perasso, Lavinia Barone - Università degli Studi di Pavia - Laboratorio attaccamento e genitorialità)
6. Contesto di vita e benessere dei ragazzi di 13 e 15 anni in Lombardia: evidenze dallo studio HBSC (David Consolazio, Marco Terraneo, Mara Tognetti Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale – Università degli Studi di Milano-Bicocca)

Il percorso collaborativo intrapreso, ha permesso anche di capitalizzare il patrimonio conoscitivo offerto dal database HBSC (comprendente le rilevazioni nazionali 2010 e 2014, nonché i dati lombardi), attraverso la pubblicazione su Riviste di rilievo nazionale e internazionale di ulteriori Articoli scientifici:

- Consolazio, D., Terraneo, M., & Tognetti, M. (2019) Coesione sociale, autoefficacia e benessere dei ragazzi in età scolastica in Lombardia Evidenze dallo studio HBSC. In A. Caputo, G. Punziano, & B. Saracino (Eds.), *Prospettive di metodo per le politiche educative. Dalle esperienze di ricerca alle riflessioni analitiche* (151-170). PM Editore.
- Consolazio, D., Terraneo, M., & Tognetti, M. (2021). Social cohesion, psycho-physical well-being and self-efficacy of school-aged children in Lombardy: Results from HBSC study. *Health & Social Care in the Community*. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13278>
- Perasso, G., & Barone, L. (2021). School communication strategies improve schools'surroundings'safety: the moderation of students'participation and anti-bullying programs in northern Italy. *Journal of Psychological & Educational Research*, 29(1).
- Perasso, G., Carone, N., HBSC Lombardy Group 2014, & Barone, L. (2021). Alcohol consumption in adolescence: the role of adolescents' gender, parental control, and family dinners attendance in an Italian HBSC sample. *Journal of Family Studies*, 27(4), 621-633. DOI: <https://doi.org/10.1080/13229400.2019.1676818>
- Perasso, G., Carone, N., HBSC Lombardy Group 2014, & Barone, L. (2021). Written and visual cyberbullying victimization in adolescence: Shared and unique associated factors. *European Journal of Developmental Psychology*, 18(5), 658-677. DOI: <https://doi.org/10.1080/17405629.2020.1810661>
- Varghese, N. E., Santoro, E., Lugo, A., Madrid-Valero, J. J., Ghislandi, S., Torbica, A., & Gallus, S. (2021). The Role of Technology and Social Media Use in Sleep-Onset Difficulties Among Italian Adolescents: Cross-sectional Study. *Journal of medical Internet research*, 23(1), e20319. DOI: [10.2196/20319](https://doi.org/10.2196/20319)

- Velasco, V., Gragnano, A., Ghelfi, M., HBSC Lombardy Group 2014, & Vecchio, L. P. (2021). Health lifestyles during adolescence: clustering of health behaviours and social determinants in Italian adolescents. *Journal of Public Health*. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab371>

L'approfondimento dei dati di HBSC Lombardia come strumento per agire sui determinanti di salute

I risultati dello studio HBSC fungono quindi da spia per comprendere come stanno gli adolescenti e le loro famiglie. Il passo successivo è tradurre le informazioni raccolte in azioni, analizzando i determinanti di salute coinvolti e i moderatori su cui agire, in coerenza con quanto sostenuto dal mandato istituzionale indicato dal Piano Regionale Prevenzione.

L'interpretazione di questi dati e il loro utilizzo nella definizione di politiche di intervento riguarda quindi tanto gli organi deputati alla tutela della salute quanto quelli dell'educazione. Entrambi i settori devono accogliere la sfida di tradurli in azioni concrete, allineando strategie politiche e raccomandazioni scientifiche, declinandole poi in base alle caratteristiche e ai bisogni della popolazione a cui si rivolgono.

Determinanti della salute

Si definiscono determinanti della salute quei fattori che possono influenzare lo stato di salute di un individuo o di una popolazione. Molti di questi fattori non dipendono dal sistema sociosanitario, confermando la necessità di una collaborazione tra più settori per garantire e promuovere condizioni di salute e benessere³.

Le principali determinanti di salute sono legate a fattori genetici, a comportamenti e stili di vita, a condizioni socio-economiche, culturali e ambientali.

È possibile distinguere i fattori strutturali e intermedi (WHO, 2007): i primi riguardano le politiche sociali, economiche, scolastiche e culturali di un Paese. Tra questi rientrano il livello socio-economico, l'istruzione, l'occupazione. Le determinanti intermedie, invece, sono più direttamente legate all'insorgenza di una malattia, perché possono procurare vulnerabilità individuale, favorendo o inibendo comportamenti salutari. Le principali categorie delle determinanti intermedie di salute sono:

- le *condizioni materiali di vita* quali la casa, il quartiere, il potenziale d'acquisto, le caratteristiche del quartiere. A seconda della loro qualità, queste condizioni possono rappresentare sia una risorsa sia un rischio per la salute;
- le *condizioni socio-ambientali o psicosociali* quali esperienze di vita, di sostegno sociale ecc. In generale, più basso è il livello sociale a cui appartiene un individuo, maggiori sono le condizioni stressanti a cui deve fare fronte e minori gli strumenti a disposizione per gestirle;
- i *comportamenti individuali, i fattori biologici* (patrimonio genetico, età, sesso) e *il sistema sanitario*;
- un ultimo fattore trasversale è quello relativo al capitale sociale.

Il modello di Dahlgren e Whitehead (1991) introduce la distinzione tra determinanti non modificabili e quelli modificabili. Tra i primi si annoverano l'individuo e le sue caratteristiche biologiche: patrimonio genetico, età, genere. Nei secondi gli stili di vita, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

Come indicato nei più recenti studi dell'OMS sulle disuguaglianze di salute, la relazione tra i fattori in gioco è fondamentale perché l'assunzione di un certo stile di vita, più o meno sano, dipende non solo da scelte individuali, ma anche dal contesto in cui una persona cresce e dalle possibilità economiche e

³ https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

culturali disponibili che influenzano abitudini e comportamenti, offrendo o negando eventuali opportunità.

Tutti gli approfondimenti tematici sui dati HBSC 2014 hanno analizzato come i diversi moderatori sociali (per esempio la famiglia, gli amici, gli insegnanti ecc.), quelli di contesto (per es. il quartiere) e anche i fattori strutturali, come, per esempio, la crisi economica del 2008, possono influenzare le condizioni di salute e benessere. In questo modo, oltre ad avere una fotografia su come stanno gli adolescenti oggi, è possibile anche prevedere quali elementi li possano aiutare in una crescita sana e quali, al contrario, possano essere nocivi.

Questa lettura dinamica dei dati mette in evidenza che conoscere il modo in cui interagiscono tra loro i diversi fattori, offre la possibilità di programmare sia in base a dati di contesto sia a evidenze scientifiche che indicano precocemente come è probabile che si evolva un determinato fenomeno. In questo modo risulta più chiaro quali strategie adottare per governare i molteplici fattori implicati, quali metodologie abbracciare e quali collaborazioni instaurare con la rete degli attori che, a vario titolo, sono coinvolti. Se la salute infatti, dipende (anche) da fattori lontani all'ambito sanitario, solo un lavoro di rete, capace di raccordare le diverse parti, può aumentare la probabilità di ottenere i risultati desiderati. Avviare una collaborazione multiprofessionale e multisettoriale richiede un impegno rilevante per condividere informazioni, strumenti e linguaggi che siano comprensibili e utilizzabili da tutti.

L'analisi dello stato di salute degli studenti sarebbe incompleto se non si prendesse in considerazione anche come stanno gli insegnanti che li accompagnano quotidianamente nel percorso di crescita. Quella del docente è una figura professionale a cui il sistema sta chiedendo sempre più spesso di assumere un ruolo che valichi la mera trasmissione di informazioni, all'interno di un orizzonte educativo più ampio.

Gli insegnanti quindi, presi in considerazione sia come parte degli ambiti di socializzazione con cui gli studenti devono fare i conti sia in quanto lavoratori che il sistema di welfare deve tutelare, in termini di salute e benessere. In questa prospettiva il legame di questa tematica con il PRP ha a che fare tanto con il Programma della Rete delle Scuole che promuovono Salute quanto con il programma "Reti per la Promozione della salute negli ambienti di lavoro", che mira a promuovere cambiamenti organizzativi dei contesti lavorativi, al fine di renderli favorevoli al benessere di chi vi lavora e di agevolare l'adozione di stili di vita salutari per la prevenzione delle malattie croniche.

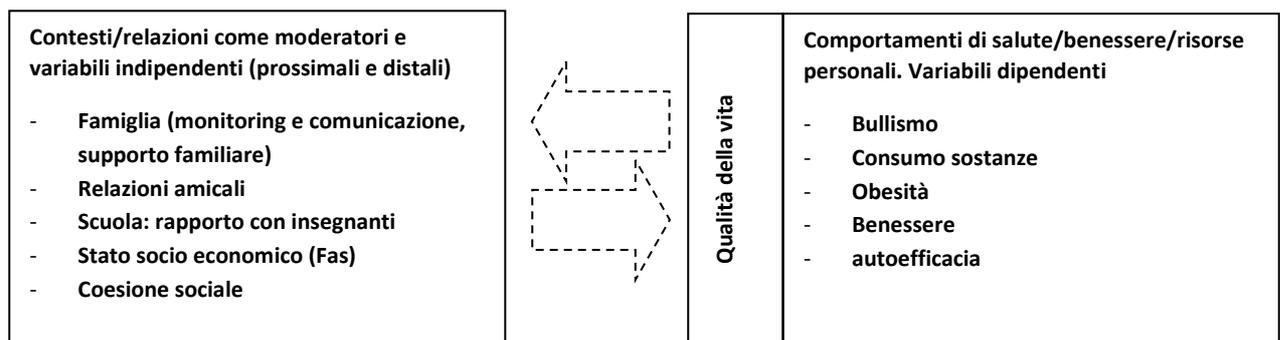
La lettura integrata dei dati di HBSC Lombardia come supporto alla programmazione e all'azione territoriale

Gli approfondimenti tematici elaborati sui dati HBSC 2014, spaziano dallo studio della relazione esistente tra il rischio di obesità e lo stato socio-economico in cui vivono i ragazzi, all'analisi di quali variabili sono correlate all'attualissimo tema del cyberbullismo per capire quale ruolo possa giocare la famiglia e quali comportamenti a rischio siano correlati al fenomeno. E ancora, un focus ha riguardato l'individuazione di un potenziale profilo di rischio per il consumo frequente di sostanze e per il *binge-drinking*, basato sull'analisi di fattori socio-anagrafici e familiari e dell'associazione con altri comportamenti salutari o, al contrario, dannosi.

L'area del benessere e dei comportamenti a rischio è affrontata cercando di leggere in modo congiunto gli effetti dei principali ambiti di socializzazione degli adolescenti (famiglia, scuola, pari) sui loro comportamenti e le loro scelte, nello sforzo di individuare su quali fattori puntare per rinforzare comportamenti salutari e positivi.

Non solo quindi osservare e descrivere un fenomeno, ma cercare di scomporlo per interpretarlo. Il filo conduttore è il tentativo di comprendere l'influenza dei contesti sugli *outcome* di salute e benessere. Il quartiere, le caratteristiche del vicinato, il grado di coesione sociale, gli aspetti culturali e relazionali che si generano all'interno degli ambienti di vita delle persone rappresentano una chiave di lettura irrinunciabile nella fase di programmazione.

In estrema sintesi, gli approfondimenti di questo Report analizzano l'influenza dei contesti (comprese le relazioni) sui comportamenti di salute.



Un'attenzione specifica è stata dedicata al mondo dei docenti, fulcro dei processi educativi formali e informali nel setting scolastico (socializzazione primaria), nonché interlocutori fondamentali per la crescita degli studenti.

Il legame tra i dati e il Piano Regionale Prevenzione appare quindi chiaro: i primi indicano le prospettive di sviluppo e il secondo li organizza all'interno di un quadro sistematico, definendo le priorità di intervento. In particolare, gli approfondimenti dell'edizione 2014 analizzano tematiche utili allo sviluppo e all'evoluzione dei seguenti programmi:

- **Scuole che Promuovono Salute – Rete SPS/SHE Lombardia** che mira a promuovere il rafforzamento delle competenze di tutti gli attori della comunità scolastica e a incentivare modifiche strutturali/organizzative sostenibili, finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc.)
- **Promozione stili di vita favorevoli alla salute nelle comunità** il cui obiettivo è migliorare le condizioni di salute della popolazione attraverso processi di sviluppo attenti all'equità, alla sostenibilità e all'implementazione del capitale sociale nelle comunità locali, quali elementi essenziali per la creazione di contesti di vita favorevoli alla salute
- **Rete Regionale per la prevenzione delle dipendenze** che intende promuovere e implementare azioni efficaci per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza (fenomeno in costante evoluzione, penetrato nella sfera della normalità degli stili di vita) attraverso l'adozione di programmi evidence based e lo sviluppo di un approccio di rete e il coinvolgimento di tutti le risorse e gli stakeholder locali.

Gli approfondimenti, letti all'interno di questo quadro, danno indicazioni utili per la realizzazione di azioni che concorrono al raggiungimento dei seguenti macro obiettivi del PNP:

- riduzione del carico prevenibile ed evitabile morbosità, mortalità e disabilità malattie non trasmissibili, con un focus particolare rispetto al tema dell'alimentazione
- benessere mentale bambini, adolescenti, giovani.

- prevenzione dipendenza da sostanze e da comportamenti.
- prevenzione incidenti stradali.

Approfondimenti HBSC Lombardia e Indirizzi di settore (Scuola e Salute)⁴

L'approfondimento dei dati ha tenuto conto, inoltre, dei principali documenti di indirizzo di settore (salute o scuola) che sempre più spesso fanno riferimento alla trasversalità della promozione della salute, assumendo la forma di indirizzi comuni/di concerto alle due aree.

Sul versante del settore "salute" i principali documenti di riferimento, nazionali e regionali sono:

- Piano Nazionale Prevenzione documento strategico di programmazione (PNP)
- Piano Regionale Prevenzione (PRP)

A livello scolastico, i principali documenti di indirizzo per l'ambito della Promozione della Salute sono:

- Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell'Infanzia e del primo ciclo d'Istruzione (2012) e il successivo Indicazioni Nazionali e Nuovi Scenari (Nota Miur 3645 marzo 2018)
- Adozione sperimentale dei nuovi modelli di Certificazione delle Competenze e connesse Linee guida (2015)
- Piano per la formazione dei docenti 2016-2019

I principali documenti congiunti che descrivono in che modo Scuola e Servizi Socio-sanitari collaborano per promuovere la salute di tutti gli attori della scuola sono:

- Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia - La "Scuola lombarda che promuove salute" (2011)
- Carta di Iseo - Indirizzi Metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute in Lombardia (documento regionale, 2013)
- Indirizzi di Policy Integrate per la scuola che promuove salute – (Accordo Stato – Regioni del gennaio 2019).

⁴ Per approfondimenti, si rimanda all'Appendice 2

Indagine sulla qualità della vita lavorativa e sui comportamenti di salute degli insegnanti della Lombardia

a cura di Luca Vecchio, Veronica Velasco, Massimo Miglioretti e Silvia Simbula

Dipartimento di Psicologia –Università degli Studi di Milano-Bicocca

INTRODUZIONE

Nel corso di questi ultimi anni la scuola ha dovuto affrontare numerosi cambiamenti, legati sia alla riduzione delle risorse ad essa dedicate, sia alle modifiche degli ordinamenti, sia, infine, alle trasformazioni che hanno investito la società nel suo complesso. Tutto ciò ha avuto ricadute importanti sul lavoro degli insegnanti e sulla stessa loro identità professionale.

Da un lato, il lavoro quotidiano è diventato più gravoso; ad esempio, l'elevato precariato ha aumentato l'incertezza della condizione professionale e reso sempre più difficile la realizzazione di progetti educativi "di lungo periodo". Allo stesso modo, negli ultimi anni vi è stato un continuo accorpamento in istituti comprensivi di scuole differenti, di grado e appartenenza territoriale eterogenea, con conseguente incremento delle difficoltà di gestione di realtà organizzative tra loro diverse (Velasco *et al.*, 2013).

Da un altro lato, agli insegnanti si richiede con sempre maggiore insistenza di assumere nuovi ruoli, di sempre maggior rilievo, per sostenere il mandato sociale educativo dell'organizzazione scolastica. Le ultime normative hanno sollecitato nella scuola un cambiamento culturale e organizzativo importante che comporta una ridefinizione del mandato scolastico e dei ruoli professionali. Spesso, quindi, viene richiesto agli insegnanti di farsi promotori di cambiamento, di svolgere compiti di coordinamento e di gestione delle relazioni con molteplici attori (gli studenti, le famiglie, il dirigente scolastico, i servizi sanitari, sociali ed educativi e la comunità). In molti casi vengono loro delegati alcuni compiti specifici in qualità di vicari o di referenti per tematiche particolari (ad es. referente alla salute o referente cyberbullismo) sia per valorizzare le competenze di ciascuno sia per supportare i dirigenti scolastici che, divisi fra numerose scuole, non riescono a presidiare tutti i temi nelle singole sedi.

Se per un verso ciò comporta una potenziale valorizzazione della professione dell'insegnante, per un altro verso questa situazione contribuisce ulteriormente ad accrescere le fatiche del lavoro; così, il "sovraccarico" di nuovi ruoli e compiti può facilitare lo sviluppo di alti livelli di stress e di disagio lavorativo (Pisanti *et al.*, 2003; Hakanen *et al.*, 2006; Zurlo, Pes e Cooper, 2007; Skaalvik e Skaalvik, 2009, Velasco *et al.*, 2013a; Velasco *et al.*, 2013b); emerge una fatica sempre maggiore nel gestire le attività extra-didattiche e aumentano i conflitti tra genitori, scuola e contesto sociale allargato.

Entro questo quadro appare importante poter disporre di dati in grado di restituire una **fotografia aggiornata e attendibile dello "stato di salute" del corpo insegnante in relazione ai compiti professionali che vengono loro richiesti.**

Altrettanto rilevante è approfondire le conoscenze su un aspetto specifico dell'attività degli insegnanti, quello riguardante i **compiti di promozione della salute nel contesto scolastico**; un'attività ben rappresentativa delle "nuove professionalità" richieste agli insegnanti, al di là del suo valore strategico

nell'ambito del mandato sociale delle istituzioni scolastiche. Un approfondimento sulle pratiche di promozione della salute a scuola acquista ulteriore senso, in Lombardia, considerando l'investimento che, a livello istituzionale, si sta realizzando per la costruzione di una "Rete delle scuole che promuovono salute", allineandosi in questo ad analoghe iniziative – già consolidate in altri paesi europei – qualificanti l'offerta formativa dell'istituzione scolastica. D'altra parte, è ben evidente come promuovere salute a scuola diventi un'impresa di particolare difficoltà se la qualità di vita lavorativa degli insegnanti è scadente. Anche a questo proposito, dunque, acquista rilievo conoscere il grado di benessere o malessere lavorativo degli insegnanti.

Già nel 2007 a Milano (Velasco *et al.*, 2010), e poi nel 2009 in tutta la Lombardia (ma su un campione limitato di circa 200 persone) (Velasco *et al.*, 2013c), sono state condotte due indagini, sui temi sopra delineati, presso insegnanti delle scuole superiori di primo e secondo grado, "agganciando" la rilevazione alla ricerca HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), una survey continuativa, facente parte di un progetto trans-nazionale condotta presso gli studenti delle scuole secondarie di I e II grado, relativa ai loro comportamenti di salute.

I risultati di tali precedenti indagini hanno fornito utili **spunti per la programmazione di interventi di promozione del benessere rivolti agli insegnanti**; in particolare hanno messo in luce come sia il supporto del dirigente, sia la presenza di gruppi di lavoro ben affiatati, possano costituire risorse importanti per proteggere l'insegnante dallo sviluppo di malessere e *burnout*. In riferimento alle pratiche di promozione della salute, è stato possibile differenziare gli insegnanti sulla base delle loro "culture della salute" e delle conseguenti rappresentazioni e pratiche di lavoro per promuovere salute a scuola, riflettendo su diverse opzioni formative per massimizzare l'efficacia dei loro interventi.

LA NUOVA INDAGINE "HBSC INSEGNANTI 2014": OBIETTIVI E METODOLOGIA

In occasione dell'ultima e più recente indagine HBSC condotta in Italia – svoltasi nel 2014 – si è deciso di replicare l'indagine sul benessere lavorativo degli insegnanti lombardi e sulle loro idee e pratiche per la promozione della salute, definendo un campione più esteso e rappresentativo di intervistati e ampliando ulteriormente le aree di indagine.

Nel seguito sono riportati i principali risultati emersi dall'indagine, preceduti da alcune note riguardanti obiettivi e metodologia della ricerca.

Obiettivi

A partire dagli esiti delle precedenti indagini e sulla base delle considerazioni sopra esposte nell'introduzione, gli obiettivi della nuova indagine "HBSC insegnanti 2014" possono essere schematicamente delineati come di seguito:

- raccogliere dati aggiornati e attendibili sulla **qualità di vita lavorativa** di un campione rappresentativo dei docenti delle scuole secondarie di I° e II° grado della regione Lombardia;
- approfondire le **percezioni di ruolo degli insegnanti**, i vissuti ad esse connessi e le loro ricadute sulla pratica professionale;
- verificare **il ruolo che le caratteristiche del lavoro e dei contesti** in cui viene svolto possono avere nel determinare esiti positivi e negativi dell'esperienza lavorativa (soddisfazione, *burnout*, engagement, ecc.);

- analizzare la **percezione di salute** dei docenti lombardi, con particolare riguardo ai comportamenti a rischio per la salute;
- raccogliere informazioni sul **coinvolgimento in pratiche di promozione della salute a scuola** e sugli orientamenti adottati nel metterle in atto.

Metodo

Popolazione e campione

La popolazione individuata come destinataria dell'indagine "HBSC Insegnanti 2014" è costituita da tutti gli insegnanti delle classi in cui si è svolta la rilevazione HBSC. In particolare, è stato condotto un campionamento a grappolo a partire dal campione rappresentativo delle scuole secondarie di I° e II° grado della Lombardia coinvolte nello studio HBSC studenti. Ciò ha garantito una **adeguata rappresentatività degli insegnanti coinvolti**, in riferimento al corpo insegnante delle scuole lombarde.

Complessivamente sono stati coinvolti nello studio **1515 insegnanti di 141 scuole di tutte le province lombarde** (68 scuole secondarie di I° grado e 73 di II° grado) con una rispondenza pari al 99% delle scuole aderenti allo studio HBSC studenti.

Nella tabella 1 sono riportate le principali caratteristiche socio-anagrafiche degli insegnanti che hanno partecipato all'indagine.

Tabella 1: Dati socio-anagrafici del campione di insegnanti (n = 1515)

| | | | | | |
|------------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|--------------------------------|--------------------|
| Età: | <i>Media</i> | 49.2 ± 9.0 | Grado scolastico: | <i>Secondaria di I° grado</i> | 57.7% |
| | <i>< 40 anni</i> | 18.4% | | <i>Secondaria di II° grado</i> | 42.3% |
| | <i>41-50 anni</i> | 30.9% | Tipologia scuola: | <i>Pubblica</i> | 95.1% |
| | <i>51-60 anni</i> | 43.5% | | <i>Paritaria</i> | 4.9% |
| | <i>> 60 anni</i> | 7.2% | | Materie insegnate: | <i>Umanistiche</i> |
| Genere: | <i>Femminile</i> | 73.9% | <i>Scientifiche</i> | | 20.1% |
| Esperienza lavorativa: | <i>Anni totali</i> | 21.5 ± 11.2 | <i>Lingua straniera</i> | | 16.4% |
| | <i>Anni scuola attuale</i> | 10.2 ± 9.8 | <i>Artistiche</i> | | 10.6% |
| Forma contrattuale: | <i>Tempo indeterminato</i> | 73.9% | <i>Ed. fisica</i> | | 8.9% |
| | <i>Supplenza annuale</i> | 22.8% | <i>Specialistiche</i> | 11.7% | |
| | <i>Supplenza breve</i> | 1.9% | <i>Altro</i> | 13.3% | |

Questionario

L'indagine si è basata sulla somministrazione di un questionario strutturato. Il questionario è stato fornito in versione cartacea ed è stato autocompilato individualmente e in forma anonima dagli insegnanti coinvolti. Lo strumento indagava le seguenti aree:

- dati socio-anagrafici dell'insegnante (età, sesso, stato civile, livello di istruzione);
- dati sul plesso scolastico (tipo di istituto, numero di studenti e insegnanti, ecc.);

- esperienza lavorativa (area e anzianità di insegnamento, anzianità d'insegnamento nell'attuale plesso scolastico);
- condizioni di benessere e malessere psicologico e fisico (*burnout*, engagement e soddisfazione lavorativa);
- condizioni lavorative (sovraccarico, autonomia, ecc.), relazioni lavorative (con il dirigente scolastico, con i colleghi, gli studenti, i genitori) e senso di appartenenza alla scuola;
- percezioni sul proprio ruolo professionale e efficacia percepita;
- importanza attribuita a diversi aspetti dell'attività d'insegnamento (ad es. promozione della salute, trasmissione di contenuti specifici alla propria materia di insegnamento, ecc.);
- rappresentazioni sulla salute e la promozione della salute;
- coinvolgimento in attività di promozione della salute e pratiche adottate.

Procedura

La ricerca è stata promossa e gestita da un team di ricerca del Dipartimento di psicologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, in collaborazione con i referenti regionali di HBSC, l'Ufficio Scolastico Regionale e il Coordinamento regionale della ricerca afferente all'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (ORed) – Eupolis Lombardia.

La rilevazione è stata svolta in concomitanza con lo studio transnazionale HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) sul benessere degli studenti. Tale studio prevedeva la somministrazione di un questionario ad un campione rappresentativo degli studenti di 11, 13 e 15 anni della Regione Lombardia nelle classi prime e terze delle scuole secondarie di I° grado e nelle classi seconde delle scuole secondarie di II° grado. Agli insegnanti delle classi coinvolte nello studio, è stato chiesto di rispondere al questionario relativo alla loro condizione professionale. I questionari sono stati spediti per posta alle scuole coinvolte nella ricerca HBSC tra le 2 e le 4 settimane precedenti la raccolta dei dati sugli studenti e successivamente raccolti dal referente scolastico dell'indagine HBSC e dal somministratore locale dell'ASL di riferimento.

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistiche descrittive e multivariate finalizzate a coprire gli obiettivi sopra delineati. Di seguito vengono sinteticamente illustrati i principali risultati dello studio.

“HBSC INSEGNANTI 2014”: I PRINCIPALI RISULTATI

I risultati offrono una “fotografia” delle condizioni lavorative e delle opinioni degli insegnanti delle scuole secondarie di I° e II° grado in Lombardia in merito alla loro condizione professionale, alla loro salute e alle attività di promozione della salute.

L'illustrazione di quanto emerso dalla ricerca è organizzata attorno a 4 principali aree tematiche:

1. **le caratteristiche del lavoro e dei contesti lavorativi** e il loro conseguente ruolo nel determinare esiti positivi e negativi dell'esperienza lavorativa;
2. **la valutazione di qualità della vita lavorativa** e i livelli di benessere e malessere lavorativo dichiarati dagli intervistati;

3. **lo stato di salute** degli insegnanti;
4. **il coinvolgimento in pratiche di promozione della salute a scuola e gli orientamenti** adottati nel metterle in atto.

1. Le caratteristiche del lavoro e dei contesti lavorativi

Le condizioni lavorative degli insegnanti

Un primo insieme di dati raccolti nell'indagine ha riguardato l'analisi delle condizioni lavorative degli insegnanti (Skaalvik e Skaalvik, 2009). In particolare, sono stati considerati sia aspetti relativi alla pratica professionale, concernenti l'attività dell'insegnare e la gestione della classe, sia aspetti riguardanti le relazioni con i diversi attori dell'organizzazione scolastica (i colleghi, il dirigente, i genitori, ...).

Per le diverse dimensioni dell'esperienza lavorativa prese in esame sono state raccolte le valutazioni dei rispondenti, espresse come grado di accordo a domande del questionario (item) riferite ad esse. Di seguito è proposto l'elenco delle dimensioni considerate, ciascuna accompagnata da esempi di item ad esse relativi:

- **Sovraccarico lavorativo:** esempi di item: "Il lavoro dell'insegnante non finisce mai"; "Spesso si è sopraffatti dalle cose da fare";
- **Difficoltà nella gestione della disciplina degli studenti:** "Gestire la disciplina degli studenti prende molto tempo e sforzo"; "La mia attività didattica è spesso interrotta da studenti indisciplinati";
- **Livello di autonomia:** "Rispetto alla materia che insegno, sono libero di decidere quali contenuti approfondire"; "Sento di poter influenzare la mia situazione lavorativa";
- **Rapporto collaborativo con i genitori:** "Credo che i genitori abbiano fiducia nelle mie capacità di insegnante"; "È facile lavorare con i genitori";
- **Supporto dei colleghi:** "I membri del gruppo insegnanti cooperano per aiutare lo sviluppo e l'applicazione di nuove idee"; "Generalmente condividiamo le informazioni tra i membri del gruppo insegnanti piuttosto che tenerle ognuno per sé";
- **Supporto del dirigente scolastico:** "Il mio rapporto con il dirigente scolastico è caratterizzato da fiducia e rispetto reciproco"; "Rispetto alle questioni educative, io posso sempre cercare l'aiuto e il consiglio del dirigente scolastico".

I risultati ottenuti sono illustrati nella tabella 2.

Tra gli aspetti più critici vi è senza dubbio la **percezione di un eccessivo carico di lavoro**. È un dato che trova riscontro nelle recenti riforme che hanno interessato la scuola; di fatto, tra le conseguenze ad esse attribuibili vi è l'aumento dei carichi di lavoro, delle competenze richieste e quindi delle responsabilità ad essi associati. In un'indagine condotta dai sindacati degli insegnanti (*European Trade Union Committee for Education – ETUCE*, 2007) si rileva, infatti, come le principali fonti di stress riportate (intensità del lavoro, sovraccarico di ruoli, incremento del rapporto alunni-insegnanti, indisciplinazione degli studenti e mancanza di supporto dalla dirigenza) siano legate al moltiplicarsi delle responsabilità che gli insegnanti si devono assumere. In effetti, **oltre l'80% degli insegnanti** coinvolti nella presente indagine **lamenta un carico eccessivo di lavoro** (anche di tipo amministrativo-burocratico) ed una insufficienza di tempo rispetto al lavoro da svolgere. È utile però domandarsi se questo aspetto sia da considerare

soltanto come elemento ostacolante o anche come fonte di stimoli e sfide; nel successivo paragrafo su “Gli antecedenti del disagio e del benessere” verrà maggiormente approfondito questo tema.

Poco più di un insegnante su due rileva problemi connessi con la disciplina degli studenti. Il fatto che gli alunni possano dimostrarsi indisciplinati, aggressivi, disattenti e ostili, può contribuire a far percepire all’insegnante sensazioni di inadeguatezza, incapacità e perdita di controllo, generando una condizione di mancato adattamento e quindi di stress (Favretto e Comucci Tajoli, 1988). Un’indagine internazionale denominata TALIS (*Teaching And Learning International Survey*), svolta nel 2008 dall’*Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), mostra come un docente su quattro, nella maggior parte dei paesi europei, perda almeno il 30% del tempo di insegnamento a causa del comportamento aggressivo degli studenti. Va comunque sottolineato come, all’inverso, **per quasi la metà dei partecipanti alla presente indagine la disciplina non costituisca un problema così rilevante.**

Tabella 2: Le valutazioni delle condizioni lavorative espresse dagli insegnanti lombardi

| Variabile (range scala) | Media (ds) | Basso (1+2) | Medio (3+4) | Alto (5+6) |
|--|--------------------|-------------|--------------|--------------|
| Sovraccarico lavorativo (1-6) | 4.80 (.75) | 0.0% | 17.8% | 82.2% |
| Difficoltà nella gestione della disciplina degli studenti (1-6) | 4.32 (1.16) | 4.3% | 38.0% | 57.7% |
| Livello di autonomia (1-6) | 4.85 (.72) | 0.3% | 16.1% | 83.6% |
| Rapporto collaborativo con i genitori (1-6) | 4.38 (.76) | 0.8% | 33.8% | 65.4% |
| Supporto dei colleghi (1-6) | 4.43 (.85) | 1.7% | 31.5% | 66.9% |
| Supporto del dirigente scolastico (1-6) | 4.30 (1.12) | 3.6% | 20.3% | 76.1% |

Note: la scala di risposta va da 1=totalmente falso (denota quindi un basso livello nelle variabili considerate) fino a 6=totalmente vero (denota un alto livello). L’individuazione dei tre livelli (basso, medio, alto) per ciascuna delle dimensioni esaminate si basa sulla distribuzione delle risposte ai diversi passi di scala.

Gli insegnanti affermano, inoltre, di avere molta autonomia nel loro lavoro, potendo scegliere liberamente i metodi di insegnamento e i contenuti relativi alla loro materia. Un’analisi più specifica degli item mostra, tuttavia, come gli intervistati sentano in misura minore di poter influenzare la loro situazione lavorativa (in questo caso la percentuale di chi esprime accordo scende al 37.3%). Ciò non sorprende se si considerano i continui cambiamenti del sistema formativo e gli effetti di disorientamento e senso d’insicurezza che questi provocano inevitabilmente in molti insegnanti. Considerando la riforma sull’autonomia, ad esempio, in diverse ricerche (Cavalli, 2000; Benadusi e Consoli, 2004; Frabboni e Baldacci, 2001) emerge come il costante senso d’incertezza, derivante dai continui cambiamenti normativi e organizzativi, produca livelli di stress decisamente più elevati rispetto a quelli mediamente prodotti da attività routinarie e consolidate.

Per quanto riguarda gli aspetti relazionali, in linea generale si evidenziano livelli medio-alti – in senso positivo – per tutte le tre dimensioni considerate, relative ai rapporti con i genitori, i colleghi e il dirigente scolastico. Ancora una volta, tuttavia, un’analisi puntuale degli item di ciascuna dimensione permette di leggere il dato in maniera più approfondita. Se da un lato gli insegnanti sentono complessivamente di godere della fiducia da parte dei **genitori**, sia per quanto riguarda le loro capacità di insegnamento (74.6%), sia in merito alle decisioni che prendono nei confronti dei loro figli (61.8%), dall’altro circa il 42% dei partecipanti dichiara di non poter contare sufficientemente sulla collaborazione effettiva ed efficace dei genitori degli studenti. Allo stesso modo, se è vero che il rapporto con il **dirigente scolastico** è caratterizzato da rispetto e fiducia per circa due insegnanti su tre (che riportano valori alti o molto alti in questo aspetto), è anche vero che si sentono meno supportati attivamente nelle questioni educative da parte dei propri dirigenti. Come è noto questi ultimi occupano un ruolo centrale e molto complesso nella scuola autonoma. I dirigenti scolastici sono chiamati ad essere dei veri e propri “manager” della propria scuola, il più delle volte senza l’aiuto di persone preparate e all’altezza della situazione e senza una vera e propria formazione per tale ruolo (Bottani, 2002). Infine, gli insegnanti intervistati dichiarano di riuscire a condividere le informazioni con i propri **colleghi**, anche se le relazioni interpersonali non sono sempre (o per tutti) armoniose e caratterizzate da cooperazione reciproca.

Riassumendo, l’aspetto più critico delle condizioni di lavoro degli insegnanti in Lombardia sembra essere l’eccessivo carico di lavoro. Le fatiche legate alla gestione della classe, sebbene presenti, non paiono costituire una preoccupazione eccessiva. L’autonomia nello svolgere il lavoro è significativamente apprezzata pressoché da tutti, anche se va sottolineato come gli insegnanti sentano la difficoltà di non poter influenzare la propria situazione lavorativa. Sul piano delle relazioni con gli attori organizzativi, emerge un quadro sostanzialmente positivo, pur con aree di miglioramento; nel caso del dirigente scolastico, queste riguardano essenzialmente un maggior supporto sulle questioni educative e operative.

Un focus sul dirigente scolastico

Proprio per l’importanza rivestita dal dirigente scolastico all’interno della scuola, sottolineata dalla letteratura di riferimento e dalla stessa normativa scolastica, si è scelto di approfondire lo studio del supporto del dirigente tramite una scala specifica (Littrell, Billingsley e Cross, 1994). In particolare, è stato chiesto agli insegnanti quanto i propri dirigenti fossero di supporto dal punto di vista:

- *emotivo*, ovvero quanto siano in grado di trasmettere stima e fiducia professionale agli insegnanti, tramite una comunicazione aperta, che mostri interesse per il loro lavoro e le loro idee; esempi di item riferiti a questa dimensione del supporto da parte del dirigente sono i seguenti: “È facile rivolgersi a lui”; “Prende in considerazione le mie idee”;
- *strumentale*, relativo a quanto i dirigenti siano capaci di fornire adeguate risorse materiali e siano concretamente d’aiuto nelle questioni gestionali quotidiane; esempi di item sono: “Si impegna nel fornire materiali, spazi e risorse necessarie”; “Mi aiuta nella relazione con i genitori, quando necessario”;
- *informativo*, ovvero quanto siano in grado di fornire informazioni utili agli insegnanti, come ad esempio opportunità di formazione e crescita professionale, che possano aiutarli nel loro lavoro in

classe; esempi di item: “Fornisce informazioni sulle attuali politiche, leggi e regolamenti amministrativi”; “Mi dà l’opportunità di partecipare a workshop, conferenze e formazioni”;

- *professionale*, riguardante la capacità di fornire feedback costruttivi rispetto al lavoro svolto, così come chiare linee-guida rispetto ai compiti e alle responsabilità richieste; esempi di item: “Dà feedback costruttivi sul mio insegnamento”; “Dà chiare indicazioni sulle responsabilità lavorative di ognuno”.

La tabella che segue illustra le valutazioni espresse dagli insegnanti sul supporto offerto dai loro dirigenti.

Tabella 3: I giudizi sul supporto del Dirigente Scolastico

| Variabile (range scala) | Medie (ds) | Basso (1+2) | Medio (3+4) | Alto (5+6) |
|-------------------------------------|--------------------|-------------|--------------|--------------|
| Supporto emotivo (1-6) | 4.28 (1.09) | 4.2% | 36.5% | 59.3% |
| Supporto strumentale (1-6) | 4.01 (1.10) | 5.0% | 48.4% | 46.6% |
| Supporto informativo (1-6) | 4.22 (1.07) | 3.8% | 41.7% | 54.6% |
| Supporto professionale (1-6) | 4.05 (1.05) | 5.0% | 46.3% | 48.6% |

Come è possibile notare, il tipo di supporto offerto dai dirigenti maggiormente riconosciuto da parte degli insegnanti è quello di tipo emotivo. È un risultato rilevante, in quanto, come teorizzato da House (1981), si tratta della dimensione più importante del supporto. Per gli insegnanti, inoltre, può essere di particolare valore, alla luce del fatto che la loro professione non prevede una progressione di carriera strutturata (es. opportunità di promozione o premi). Ciò significa che un dirigente attento alle esigenze degli insegnanti, che ascolta il loro punto di vista sulle questioni che riguardano l’organizzazione scolastica e riesce a dare i giusti riconoscimenti, può essere particolarmente gratificante per gli insegnanti stessi. A questa forma di supporto, fa seguito, negli apprezzamenti degli insegnanti, quella di tipo informativo, mentre sembrano essere meno riconosciute, rispetto alle precedenti, forme di supporto strumentale e professionale, in linea con il risultato già commentato nel paragrafo precedente tratto dall’analisi delle condizioni lavorative.

L’identificazione con l’organizzazione

Un altro aspetto relativo alla condizione professionale preso in esame nella presente ricerca riguarda il senso di identificazione degli insegnanti con la propria scuola. L’identificazione organizzativa riguarda la percezione di appartenenza all’organizzazione (Ashfort e Mael, 1989). Si tratta di un costrutto particolarmente rilevante in quanto la letteratura (es. Ashforth, Harrison e Corley, 2008) dimostra come i lavoratori altamente identificati con la propria organizzazione tendano a fare propri gli obiettivi e i valori della stessa, siano più disponibili alla collaborazione e siano più pronti ad impegnarsi in comportamenti extra-ruolo, ovvero in quei comportamenti non obbligatori e non formalmente richiesti dall’organizzazione, ma che hanno delle ricadute molto positive sulla medesima. Agli insegnanti è stato

chiesto di esprimere il proprio grado di accordo/disaccordo rispetto a sei affermazioni relative al rapporto con la propria Scuola (esempi di item: “Il successo della mia scuola è anche il mio successo”; “Quando qualcuno critica la scuola in cui lavoro, io lo percepisco come un insulto personale”). Come si può notare dalla tabella 4, **la maggior parte degli insegnanti riporta livelli elevati o molto elevati di identificazione con la propria scuola**, mentre solo il 7.1% dichiara di non trovarsi in accordo con le affermazioni riportate, mostrando così un basso livello di identificazione organizzativa.

Tabella 4: Il grado di identificazione organizzativa degli insegnanti lombardi

| Variabile (range scala) | Media (ds) | Per niente/poco d'accordo (1+2) | Abbastanza d'accordo (3) | Molto/del tutto d'accordo (4+5) |
|--|-------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Identificazione organizzativa (1-5) | 3.55 (.77) | 7.1% | 35.2% | 57.7% |

2. La qualità della vita lavorativa: benessere e malessere lavorativo

Il malessere lavorativo: il burnout negli insegnanti lombardi

Nella sezione precedente sono state considerate le valutazioni degli insegnanti rispetto ad aspetti, per così dire, “oggettivi” della loro pratica professionale. Ora si considerano i vissuti e gli esiti sull’esperienza di lavoro legati a tali condizioni professionali.

La prima parte dei risultati riguardanti la valutazione soggettiva dell’esperienza di lavoro e i suoi esiti è relativa al costrutto del *burnout*, ovvero uno stato negativo – connesso all’esperienza lavorativa – caratterizzato da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e da bassa realizzazione professionale.

Per l’analisi dei dati si è fatto riferimento ai dati normativi proposti da Sirigatti e Stefanile (1993), che ci hanno permesso di confrontare i punteggi ottenuti dai partecipanti alla presente ricerca con i valori della popolazione di riferimento. In linea con quanto suggerito dagli autori, è apparso utile suddividere la distribuzione delle risposte sulla base di 3 livelli di *burnout* (basso, medio e alto), in modo da individuare le possibili criticità presenti nel campione lombardo. In base alla letteratura nazionale ed internazionale, il *burnout* è caratterizzato da alto esaurimento, alta depersonalizzazione e bassa realizzazione professionale.

Utilizzando le norme fornite dagli autori, gli insegnanti lombardi a forte rischio di *burnout* – ovvero che presentano alto esaurimento emotivo insieme a elevata depersonalizzazione e basso senso di realizzazione personale – risultano essere in tutto 118 (pari al **7.9% del campione considerato**). Al di là di questo dato, che non rappresenta certamente una diagnosi di *burnout*, dal momento che si basa unicamente sulle risposte fornite al questionario, appare più opportuno focalizzare l’attenzione sull’individuazione delle aree di rischio presenti nel campione. Pertanto sono state esaminate separatamente le tre componenti del *burnout*, calcolando la quota di insegnanti che risultavano avere livelli “bassi”, “medi” e “alti” in ciascun costrutto (tabella 4).

Tabella 4: Livelli di *burnout* nel campione di insegnanti lombardi

| Variabile (range teorico) | Media (ds) | Basso | Medio | Alto |
|---|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| Esaurimento emotivo (0-54) | 16.34 (10.98) | 46.8% | 28.9% | 24.3% |
| Depersonalizzazione (0-30) | 3.04 (4.16) | 52.2% | 16.7% | 31.3% |
| Realizzazione personale (0-48) | 36.03 (7.96) | 33.3% | 29.5% | 37.2% |

Partendo dall'**esaurimento emotivo**, considerato in letteratura la componente centrale della sindrome di *burnout*, è possibile notare che il **24.3% degli insegnanti percepisce un livello di esaurimento alto**. Si tratta dunque di persone che meritano un'attenzione prioritaria, poiché dichiarano di percepire frequentemente una situazione di forte disagio, di aver cioè "bruciato" tutte le energie psicologiche e di non aver più risorse fisiche ed emozionali per affrontare l'attività lavorativa.

Per ciò che concerne la **depersonalizzazione**, i risultati mostrano che il **31.3% del campione totale percepisce un livello di indifferenza, freddezza e distacco emotivo elevato nella relazione con gli studenti**; è questa pertanto la porzione di rispondenti che merita un'attenzione prioritaria.

Infine, l'ultima dimensione considerata è quella della **realizzazione professionale**. In base alla letteratura sul *burnout* un altro segnale di attenzione è rappresentato da un **basso senso di realizzazione professionale**. Coloro che riportano un senso di inadeguatezza, inteso come mancanza di fiducia nelle proprie possibilità di riuscita nell'attività professionale, **rappresentano il 33.3% del campione**.

Riassumendo: circa un insegnante su quattro percepisce un livello di esaurimento emotivo elevato mentre, se si prende in considerazione l'aspetto più prettamente relazionale della sindrome (ovvero la depersonalizzazione), la quota di chi dichiara di sperimentare una condizione negativa raggiunge quasi un lavoratore su tre. Un terzo degli insegnanti, infine, testimonia un basso livello di realizzazione nello svolgimento della professione. La quota di insegnanti che sono a forte rischio di *burnout* – dichiarando un elevato esaurimento emotivo, una forte depersonalizzazione e un basso senso di realizzazione personale – è decisamente minoritaria ma non irrilevante, collocandosi intorno all'8%.

Ma chi sono gli insegnanti che si trovano più in difficoltà? Dove lavorano e che caratteristiche hanno coloro che meritano un'attenzione prioritaria, in quanto più in difficoltà?

Una prima indicazione in merito proviene dal confronto tra insegnanti delle scuole secondarie di I° e II° grado. Le analisi della varianza⁵ mostrano che sono questi ultimi, rispetto ai docenti delle secondarie inferiori, a sperimentare un maggior livello di malessere; e ciò per tutte le dimensioni del costrutto in esame. Differenze statisticamente significative per età o per anzianità professionale, invece, si

⁵ Si tratta di una tecnica di analisi dei dati che consente di verificare ipotesi relative alle differenze tra le medie di due o più gruppi.

riscontrano solo per l'esaurimento emotivo, più elevato negli insegnanti più anziani (oltre i 50 anni di età) – rispetto ai colleghi più giovani – e in coloro che, coerentemente con il dato precedente, hanno un'anzianità lavorativa più elevata.

Gli esiti positivi

Un'altra dimensione di esito professionale considerata in questa indagine riguarda gli esiti positivi del lavoro. Se è vero, infatti, che il lavoro può essere faticoso e debilitante e può portare a vissuti di stress e di *burnout*, è anche vero che lo stesso può anche far sentire le persone soddisfatte e piene di energie. Un lavoro "sfidante" può far sì che un individuo si impegni totalmente nell'attività lavorativa, sviluppando così vissuti di *engagement* e soddisfazione.

Il **work engagement** può essere considerato come l'impegno che una persona investe consapevolmente nel proprio lavoro, la dedizione con cui lo svolge e l'assorbimento che sperimenta nell'attività lavorativa. Si tratta dunque di uno stato positivo, connesso all'attività lavorativa, che permette di cogliere gli aspetti positivi che il lavoro può avere nella vita delle persone (Schaufeli, Bakker e Salanova, 2006). Diversi studi hanno dimostrato che il *work engagement* degli insegnanti ha delle ricadute positive a livello individuale e organizzativo. Ad esempio, in uno studio che ha coinvolto 54 insegnanti, in cui si chiedeva ai partecipanti di compilare quotidianamente un breve questionario per una intera settimana lavorativa, Bakker e Bal (2010) hanno trovato come i livelli giornalieri di *work engagement* fossero predittivi della performance degli alunni; mentre Hakanen, Bakker e Schaufeli (2006) hanno dimostrato che il *work engagement* ha un impatto positivo sul *commitment* organizzativo degli insegnanti. Come per il costrutto del *burnout*, anche per quanto riguarda l'*engagement* i rispondenti all'indagine condotta in Lombardia sono stati categorizzati in tre gruppi, in base al livello riportato (basso, medio, alto), facendo riferimento alle norme presenti nel database internazionale, in accordo con quanto proposto da Schaufeli e Bakker (2003) nel manuale dell'*Utrecht Work Engagement Scale* (tabella 5).

Tabella 5: Livelli di *work engagement* nel campione di insegnanti lombardi

| Variabile (range teorico) | Media (ds) | Basso | Medio | Alto |
|------------------------------|-------------------|-------------|--------------|--------------|
| Work engagement (0-6) | 4.48 (.97) | 4.3% | 49.1% | 46.7% |

La tabella 5 mostra come **la assoluta maggioranza dei rispondenti si collochi su punteggi medio-alti di engagement**: il 49.1% appartiene al gruppo medio e il 46.7% si colloca nella fascia più alta.

La quasi totalità dei lavoratori intervistati, dunque, impegna alti livelli di energia per gestire i compiti e le attività lavorative quotidiane, svolge il proprio lavoro con senso di responsabilità e del dovere elevati, e dimostra concentrazione e assorbimento nello svolgimento del proprio lavoro.

La seconda dimensione di esito positivo considerata nell'indagine riguarda la **soddisfazione lavorativa**. Questa può essere definita come uno stato emotivo positivo o piacevole risultante dalla percezione della propria attività lavorativa (Locke, 1976); si tratta di un costrutto strettamente collegato alle

caratteristiche dell'impiego e dell'organizzazione in cui viene svolto, che comprende una componente emotiva, una cognitiva e una comportamentale.

Nella presente ricerca sono stati analizzati tre aspetti connessi alla soddisfazione lavorativa dei rispondenti: i) la piacevolezza relativa al lavorare come insegnante, ii) l'intenzione di confermare la scelta della professione di insegnante nel caso avessero la possibilità di compiere oggi la loro scelta professionale; ed infine iii) la soddisfazione lavorativa complessiva.

I risultati sono mostrati in tabella 6. Come si può notare **la gran maggioranza degli insegnanti riporta livelli elevati o molto elevati in tutte le dimensioni relative alla soddisfazione**, confermando quanto già emerso in relazione al costrutto di *work engagement*.

Tabella 6: Livelli di soddisfazione lavorativa nel campione di insegnanti lombardi

| Variabile (range scala) | Medie (ds) | Bassa (1+2) | Medio (3) | Alta (4+5) |
|--|-------------------|-------------|--------------|--------------|
| Quanto le piace lavorare come insegnante? (1-5) | 4.29 (.73) | 1.5% | 11.2% | 87.3% |
| Oggi sceglierebbe di essere un insegnante? (1-5) | 4.11 (.73) | 8.7% | 14.4% | 76.9% |
| Complessivamente quanto è soddisfatto del suo lavoro? (1-5) | 3.94 (.78) | 3.6% | 20.3% | 76.1% |

Note: in questo caso per determinare i diversi livelli di soddisfazione (bassa, media, alta) ci si è basata sulla distribuzione delle risposte ai diversi passi di scala.

La soddisfazione legata all'attività lavorativa risulta molto elevata e condivisa dall'assoluta maggioranza degli insegnanti della Lombardia.

Anche per gli esiti positivi del lavoro ci si può domandare chi siano gli insegnanti più soddisfatti ed *engaged*.

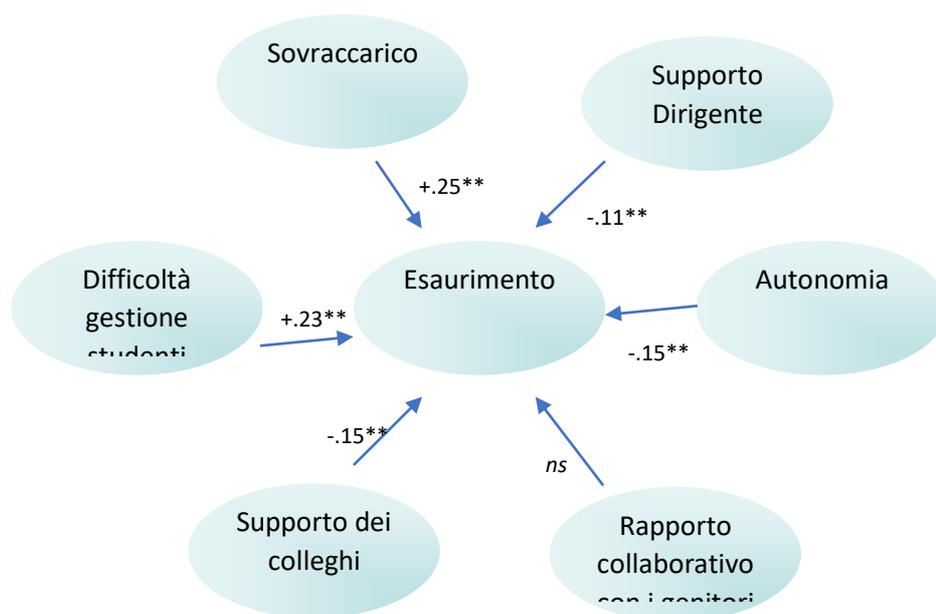
Coerentemente con quanto emerso in relazione agli esiti negativi, le analisi di varianza rivelano che sono più soddisfatti e motivati gli insegnanti delle scuole secondarie di I° grado (soddisfazione complessiva media = 4.0; engagement medio = 4.6), rispetto ai docenti delle scuole di II° grado (soddisfazione = 3.9; engagement = 4.4); così come dichiarano più soddisfazione e si sentono maggiormente *engaged* i docenti più giovani (fino a 40 anni) o che insegnano da meno tempo (meno di 10 anni) rispetto ai colleghi più anziani (oltre 50 anni) o di più lungo corso (con più di 20 anni di insegnamento).

Gli antecedenti del disagio e del benessere

A questo punto, un passaggio importante nella lettura dei risultati è quello di evidenziare come le condizioni lavorative siano associate al disagio organizzativo (abbiamo scelto in particolare di indagare l'esaurimento emotivo, quale componente centrale del *burnout*) e al benessere (*work engagement* e soddisfazione). Ciò permette di fornire delle indicazioni più mirate per interventi di miglioramento del benessere e di prevenzione del disagio degli insegnanti.

A tal fine sono state esaminate le correlazioni tra i diversi aspetti dell'esperienza lavorativa e gli esiti – positivi e negativi – della stessa. I risultati di questa operazione sono illustrati nelle successive figure (cfr. figura 1, 2 e 3), dove i legami tra i costrutti sono rappresentati da frecce etichettate con i valori delle corrispondenti correlazioni. Nel leggere i risultati, si consideri che il segno “più” indica un legame positivo (se cresce o diminuisce l'intensità del fattore, tende parallelamente a crescere o a diminuire anche l'intensità dell'esito considerato); il segno “meno” indica un legame negativo (se il fattore aumenta, l'esito diminuisce; se il fattore diminuisce, l'esito aumenta). Il valore (in senso assoluto) riportato indica, invece, l'intensità della relazione. A valori più elevati corrispondono legami più forti tra antecedenti ed esiti.

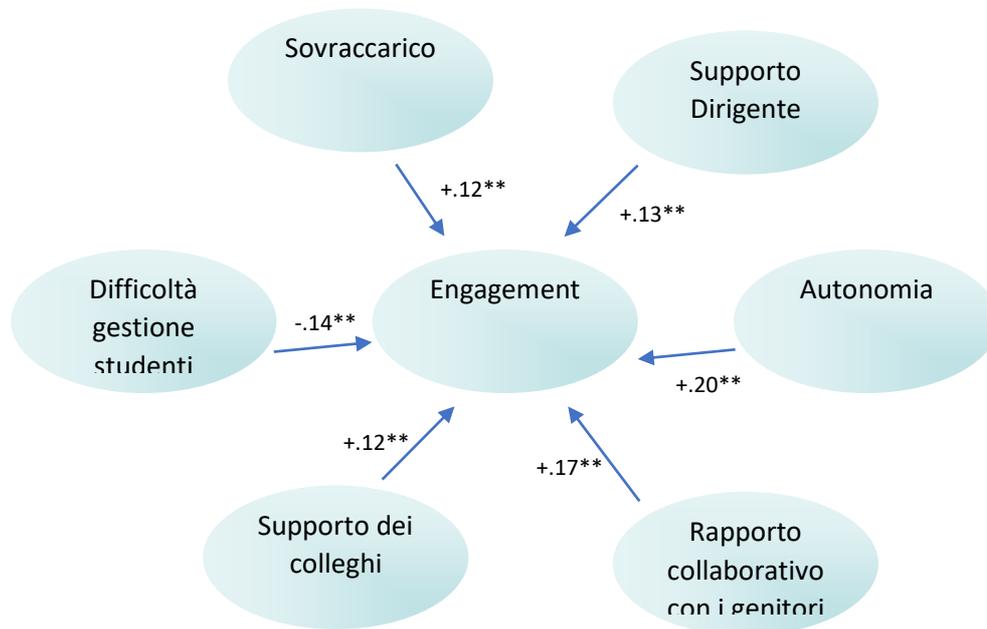
Figura 1: Associazioni tra le condizioni lavorative e l'esaurimento emotivo



Nota: ** indica la significatività della relazione, con $p < .01$

Come si può notare nella figura 1, **il sovraccarico di lavoro e le difficoltà nella gestione della disciplina degli studenti sono i fattori più associati – in senso positivo – al malessere degli insegnanti**. Al contrario, l'autonomia, il rapporto con i colleghi e l'abitudine a lavorare in gruppo e il supporto del dirigente scolastico mostrano relazioni negative con il malessere lavorativo. Tali aspetti dell'esperienza di lavoro possono essere considerati fattori protettivi; ovvero una loro presenza può aiutare gli insegnanti a fronteggiare una situazione di disagio. Il rapporto con i genitori non mostra, invece, alcuna associazione significativa con l'esaurimento emotivo.

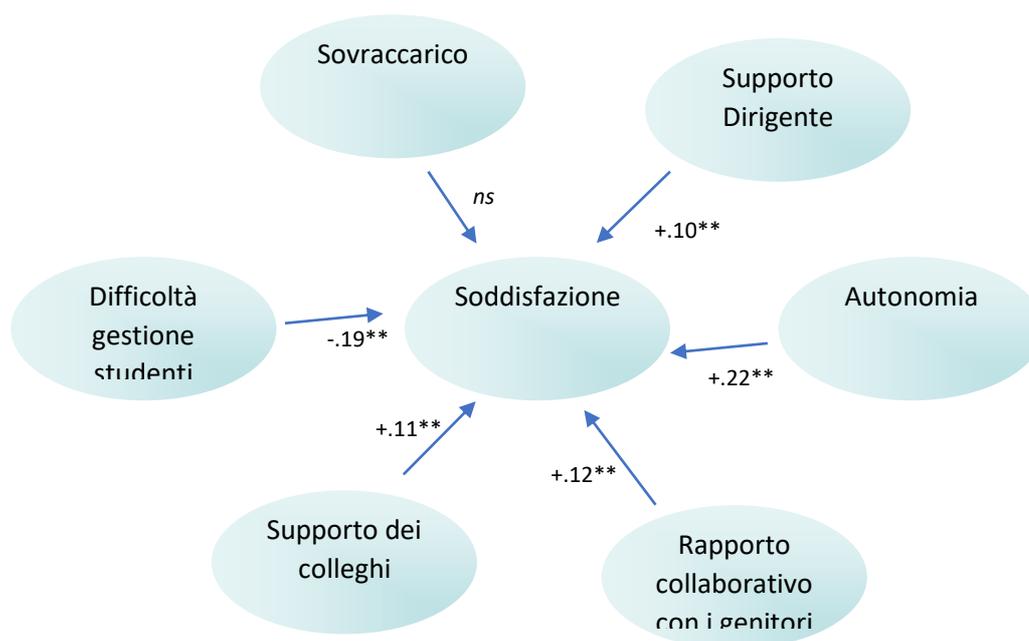
Figura 2: Associazioni tra le condizioni lavorative e il *work engagement*



Nota: ** p < .01

La figura 2 mostra le relazioni tra condizioni lavorative e *work engagement*. Come si vede, il ***work engagement*** è tanto più elevato quanto più è alta la percezione di autonomia e i rapporti con i genitori sono positivi e caratterizzati da fiducia, mentre diminuisce al crescere della difficoltà nel gestire l'indisciplina degli studenti. In misura minore, esso è legato anche al supporto del dirigente scolastico, al supporto dei colleghi e, in modo meno intuitivo, al sovraccarico di lavoro. Vale la pena soffermarsi su questo risultato apparentemente meno chiaro, riguardante appunto il **legame positivo tra il sovraccarico di lavoro e il *work engagement***. La direzione di questo legame significa che quanto più una persona rileva un carico di lavoro elevato tanto più è coinvolta nel lavoro. Probabilmente coloro che sono particolarmente coinvolti nel lavoro non percepiscono il peso derivante dal lavorare troppo; piuttosto il senso di assorbimento nel lavoro e di dedizione lavorativa è tale per cui spesso trovano anche in questi aspetti un motivo di sfida e di maggiore coinvolgimento nella propria attività lavorativa. Un simile risultato è in linea con uno studio di Crawford, Lépine e Rich (2010), i quali, al fine di chiarire il rapporto tra richieste lavorative e *work engagement*, hanno proposto una distinzione tra richieste del lavoro "*hindrance*" (ovvero ostacolanti) e "*challenge*" (ovvero sfidanti). Le richieste ostacolanti tendono ad essere valutate come vincoli e barriere che impediscono la crescita personale, l'apprendimento e il raggiungimento degli obiettivi. Le richieste sfidanti hanno il potenziale per promuovere la padronanza e la crescita personale, in modo tale da essere percepite dai lavoratori come opportunità per imparare, raggiungere obiettivi e dimostrare la propria competenza. Nel nostro caso il carico di lavoro può essere inteso come richiesta sfidante che dunque si associa positivamente al *work engagement*; viceversa, una richiesta ostacolante come l'indisciplina degli studenti mostra un'associazione negativa con il medesimo costrutto.

Figura 3: Associazioni tra le condizioni lavorative e la soddisfazione lavorativa



Nota: $** p < .01$

La Figura 3, riguardante le relazioni tra condizioni di lavoro e soddisfazione lavorativa, mostra come siano **la percezione di autonomia (in senso positivo) e le difficoltà nella gestione della disciplina degli studenti (in senso negativo) a essere maggiormente associate alla soddisfazione degli insegnanti**. Più deboli le relazioni (positive) con la qualità delle relazioni con i genitori, e il supporto dei colleghi e del dirigente scolastico. Il sovraccarico lavorativo, che risultava fortemente associato all'esaurimento emotivo, non sembra in questo caso influenzare la soddisfazione lavorativa.

Per riassumere: il sovraccarico lavorativo e l'indisciplina degli studenti sono gli aspetti del lavoro più associati con il malessere lavorativo degli insegnanti. Le difficoltà di gestione della classe sono pure associate a un ridotto *engagement*. Autonomia e buone relazioni con gli attori organizzativi sono, al contrario, legate agli aspetti positivi dell'esperienza lavorativa e possono svolgere un ruolo protettivo verso gli esiti negativi. Infine, il carico di lavoro può incrementare il *work engagement*, laddove interpretato come sfida.

3. La salute degli insegnanti lombardi: percezioni e rappresentazioni

Come ricordato nell'introduzione, una parte dell'indagine "HBCS insegnanti 2014" è dedicata all'esplorazione delle loro condizioni di salute, alle rappresentazioni che hanno di tale costrutto e all'impegno nelle attività per la salute rivolte agli studenti. Questa sezione e la prossima sono dedicate alla presentazione dei risultati riguardanti questi aspetti.

Lo stato di salute degli insegnanti

In merito alle condizioni di salute percepite dagli intervistati, bisogna innanzitutto ricordare come la salute venga riconosciuta, da quasi tutti gli insegnanti partecipanti alla ricerca (91.3%), come uno degli aspetti più importanti della vita. **Non tutti però si sentono in buona salute**; come si può vedere in

tabella 7, una quota non marginale di insegnanti, circa il 15%, definisce la propria salute al più come discreta; quasi l'80% si sente in buona salute, e soltanto il 5.8% definisce "eccellente" il proprio stato di salute. Sempre in tabella è possibile osservare come con l'aumentare dell'età, secondo un andamento prevedibile, cresca anche la percentuale di coloro che ritengono la loro salute "precaria" o "discreta"; è interessante peraltro osservare come, alla soglia della pensione, tale valutazione si esprima da più di un quarto degli intervistati.

Tabella 7: Lo stato di salute dichiarato dagli insegnanti della Lombardia

| | Stato di salute | | |
|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| | Precaria/discreta | Buona/molto buona | Eccellente |
| Totale rispondenti | 15.5% | 78.7% | 5.8% |
| Fino a 40 anni | 7.9% | 82.0% | 10.1% |
| 41-50 anni | 12.2% | 81.6% | 6.2% |
| 51-60 anni | 19.2% | 77.0% | 3.8% |
| Oltre 60 anni | 27.4% | 66.9% | 5.7% |

Più dell'80% degli insegnanti ha dichiarato di essere andato a scuola almeno una volta nel corso dell'anno scolastico pur ritenendo che sarebbe stato meglio rimanere a casa, alla luce del suo stato di salute; per un quarto degli insegnanti ciò è avvenuto più di 5 volte durante l'anno scolastico.

Questo comportamento, denominato "**presenteismo**", se da un lato può essere letto in termini positivi, in quanto indice di attaccamento al lavoro, dall'altro segnala come una quota consistente di insegnanti si sia recata al lavoro in condizioni non ottimali, condizioni che normalmente vengono collegate anche a performance più scendenti, perché la persona non si sente nelle condizioni per lavorare al meglio (Johns, 2010).

Gli insegnanti lombardi, in maggioranza, si ritengono in buona salute; vi è però una quota non marginale (circa il 15%) che dichiara una salute "precaria" o "discreta", quota che arriva quasi al 30% negli insegnanti in età più avanzata.

Il presenteismo sembra una pratica piuttosto diffusa; se da un lato ciò può essere visto come indice di attaccamento alla scuola e all'insegnamento, bisogna però considerare che molti insegnanti, diverse volte durante l'anno scolastico, si trovano a scuola in condizioni psico-fisiche poco compatibili con lo svolgimento di una attività lavorativa.

Le rappresentazioni di salute degli insegnanti

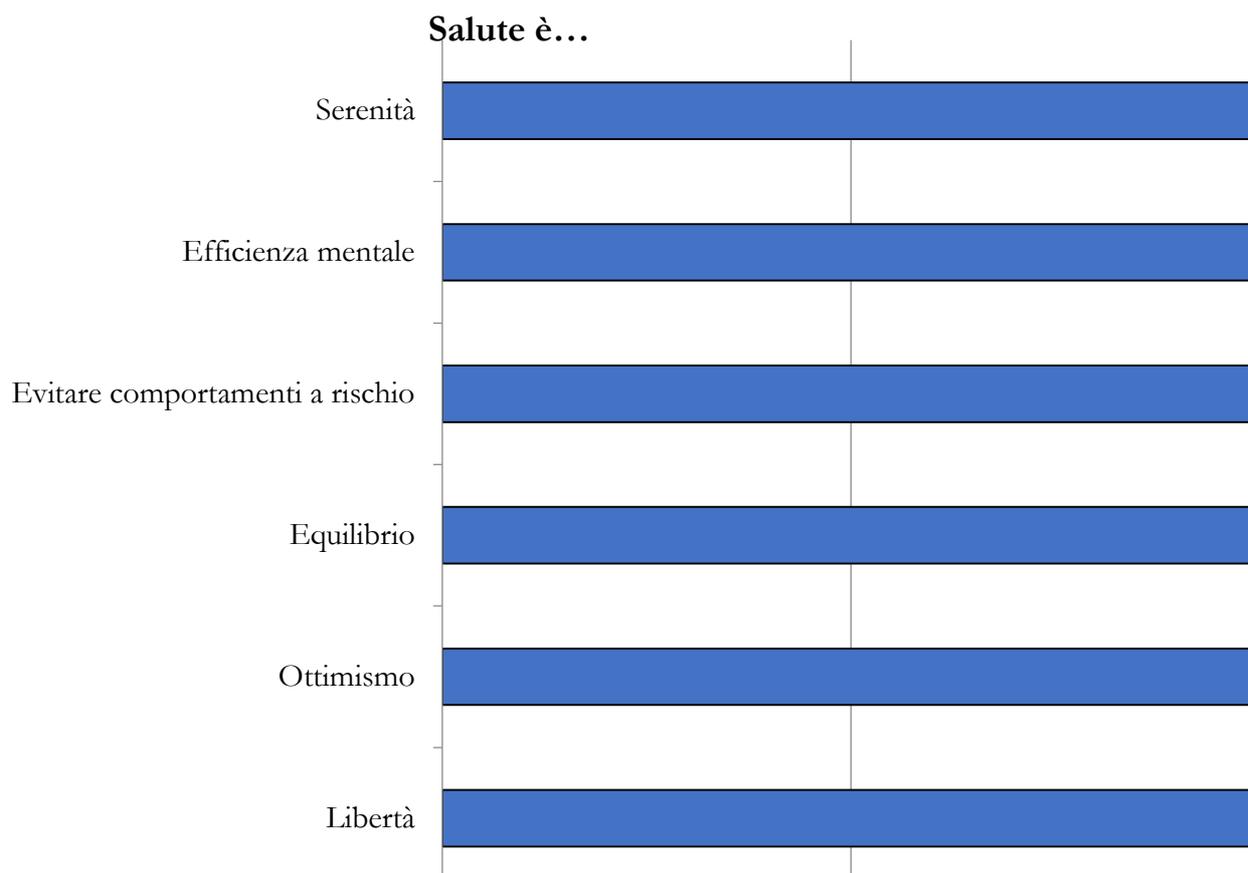
Questa parte del report si focalizza sulle rappresentazioni di salute degli insegnanti. Nostre precedenti ricerche su questo tema (Miglioretti *et al.*, 2012) hanno evidenziato come spesso le idee rispetto alla salute degli insegnanti non siano affatto chiare e non coincidano con le visioni dei professionisti della

salute. Molti insegnanti sembrano avere ancora una visione della salute tradizionale, sostanzialmente collegata all'assenza di malattia, piuttosto che legata alla promozione di uno stato di benessere.

Nella presente ricerca, le rappresentazioni di salute sono state analizzate chiedendo agli insegnanti quanto un elenco di parole/espressioni fossero, secondo loro, importanti nel definire il concetto di salute. In figura 4 sono riportate le prime 10 parole/espressioni, in ordine di rilevanza, che secondo gli insegnanti meglio definiscono il concetto di salute.

Come si può notare **largo spazio viene dato alla percezione di benessere generale e psicologico**, come evidenziato dai termini "serenità", "equilibrio", "libertà", ma anche "efficienza mentale", posti ai vertici della gerarchia di importanza; **a ciò si affianca l'attenzione agli stili di vita**, sia cercando di "evitare comportamenti a rischio", sia cercando di mantenere una "buona alimentazione". Rispetto alle nostre precedenti ricerche del 2007 e del 2009 sulla rappresentazione di salute tra gli insegnanti lombardi, sembra ora avere meno peso l'assenza di malattia, pur presente (ma isolata) tra gli aspetti ritenuti importanti per definire la salute.

Figura 4: I primi 10 termini caratterizzanti il concetto di "salute".



Nota: per ciascun termine/espressione veniva chiesto quanto lo si ritenesse importante per definire il concetto di salute, da 1=per nulla importante a 5=moltissimo importante.

Gli insegnanti definiscono la salute come condizione di serenità, di efficienza mentale, di equilibrio. Inoltre, considerano l'evitamento dei comportamenti a rischio, lo stile di vita e in particolare l'alimentazione sana, fonti di salute. L'idea "basica" di salute come assenza di malattia appare meno importante nel caratterizzare il concetto.

4. La promozione della salute a scuola

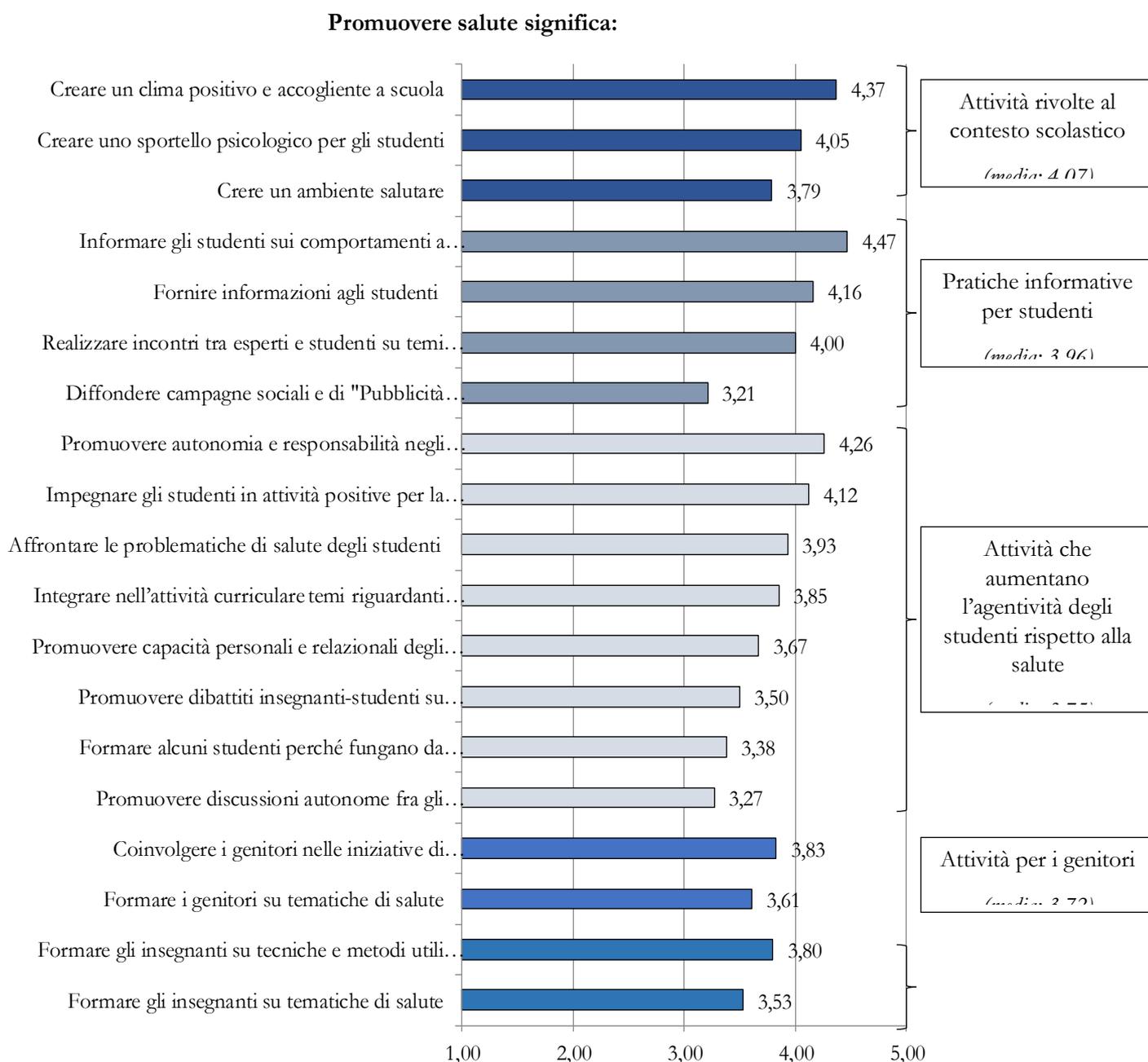
L'ultima parte dell'indagine è dedicata alla promozione della salute a scuola. Questa parte è stata notevolmente ampliata rispetto alle precedenti edizioni: si è voluto indagare sia il significato attribuito, nel quotidiano lavoro di insegnanti, alle attività di promozione della salute, sia le pratiche messe in atto dagli insegnanti e dalle scuole per promuovere la salute degli studenti.

In primo luogo, può essere utile considerare quali sono le attività e le modalità didattiche che gli insegnanti ritengono **adeguate** a promuovere la salute a scuola. In figura 5 sono riportate, suddivise per aree tematiche, le diverse attività proposte all'attenzione degli insegnanti, per le quali si chiedeva di esprimere un giudizio di accordo circa la loro rilevanza per la promozione della salute presso gli studenti: maggiore è il punteggio, maggiore è la rilevanza attribuita dagli insegnanti.

Come si può notare le **attività rivolte più globalmente al contesto scolastico**, come possono essere **la promozione di un clima positivo o l'attivazione di uno sportello psicologico per gli studenti**, sono quelle che vengono primariamente riconosciute dagli insegnanti come pratiche rilevanti per promuovere la salute. Subito dopo queste, assumono importanza sia le **attività** che si propongono **di fornire** agli studenti **informazioni sulla salute e sui comportamenti a rischio**, sia azioni rivolte alla **promozione dello sviluppo personale degli studenti e alla loro agentività rispetto alla salute**, come sottolineato dalla rilevanza data alla formazione di studenti autonomi e responsabili rispetto alla gestione della loro salute e all'impegno diretto degli studenti in azioni positive per la loro salute.

Confrontando gli insegnanti delle scuole secondarie di I° grado con quelli delle scuole di II° grado, in riferimento alle diverse attività di promozione della salute suddivise nei blocchi tematici evidenziati in figura 5, si può notare che gli insegnanti delle medie inferiori attribuiscono più importanza alle attività rivolte ai genitori. Peraltro, anche per le attività che coinvolgono gli studenti si registra una tendenziale maggiore attenzione presso gli insegnanti delle scuole di I° grado, sebbene in questo caso la differenza sia al limite della significatività (cfr. tabella 8).

Figura 5: Attività e pratiche ritenute dagli insegnanti importanti per svolgere promozione della salute a scuola



Nota: per ciascuna proposizione veniva chiesto quanto la si ritenesse importante per promuovere la salute, da 1=per nulla importante a 5=moltissimo importante.

Tabella 8: Differenze nell'importanza attribuita dagli insegnanti delle scuole secondarie di I° e II° grado alle diverse pratiche di promozione della salute

| Pratiche | Insegnanti second. I° grado Media (ds) | Insegnanti second. II° grado Media (ds) | t di Student |
|--|--|---|--------------------------|
| <i>Attività rivolte al contesto scolastico</i> | 4.08 (0.6) | 4.07 (0.6) | 0.42 |
| <i>Pratiche informative per studenti</i> | 3.99 (0.6) | 3.93 (0.7) | 1.89⁺ |
| <i>Attività che aumentano l'agentività degli studenti rispetto alla salute</i> | 3.77 (0.6) | 3.72 (0.6) | 1.88⁺ |
| <i>Attività per i genitori</i> | 3.80 (0.8) | 3.61 (0.8) | 4.38^{**} |
| <i>Formazione per gli insegnanti</i> | 3.69 (0.8) | 3.63 (0.9) | 1.51 |

Nota: il simbolo (*) indica una differenza tra i gruppi al limite della significatività, $p < .10$; gli asterischi (**) indicano una differenza significativa tra i due gruppi, con $p < .001$

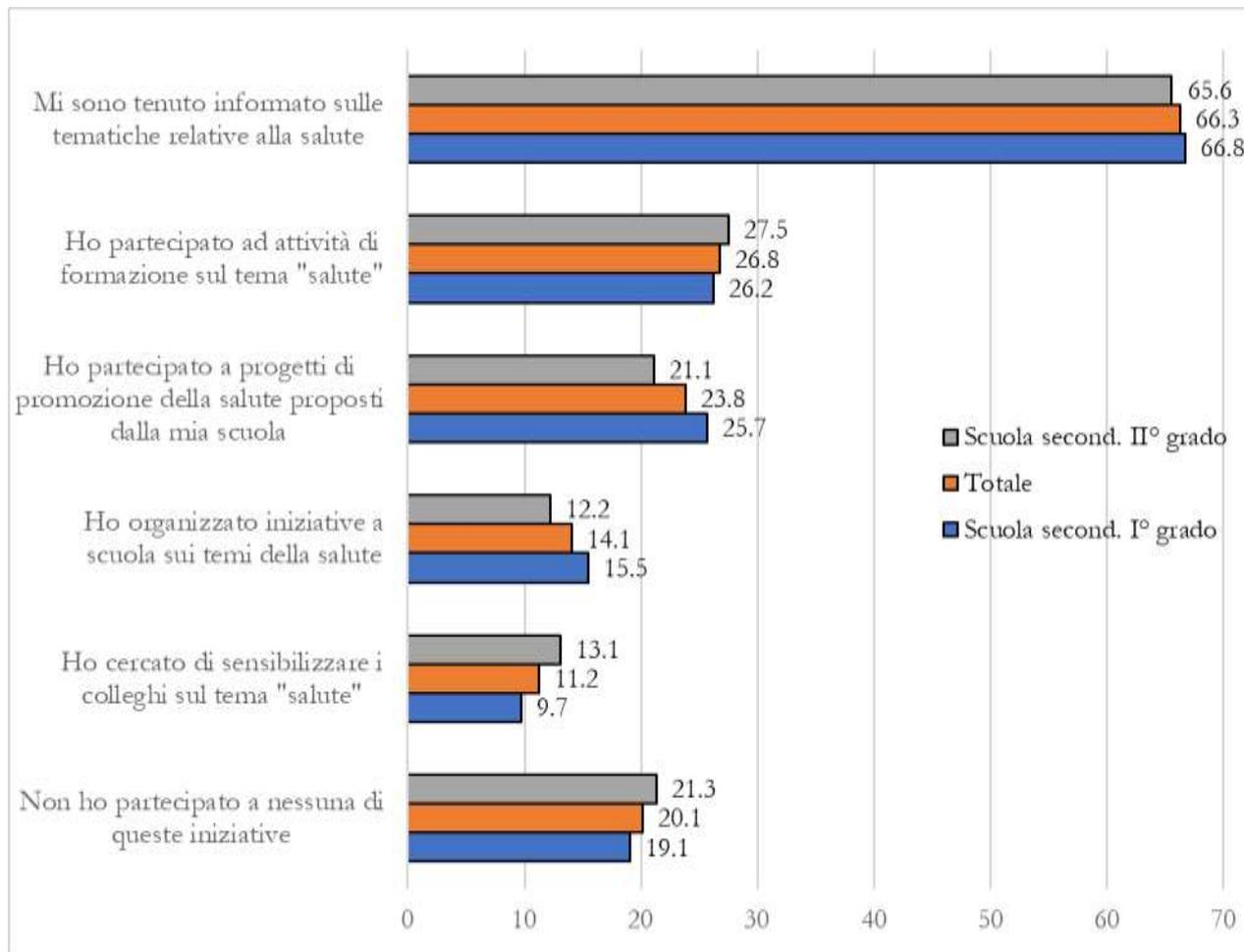
Considerando le attività di promozione della salute a cui l'insegnante ha partecipato nell'anno precedente alla ricerca (figura 6) si osserva, in primo luogo, che **il 20.1% riferisce di non aver partecipato ad alcuna attività di promozione della salute** tra quelle presentate nel questionario.

I 2/3 dei rispondenti **dichiarano di essersi tenuti informati** su tematiche relative alla salute; pur indicando attenzione sui temi della promozione della salute, si tratta di un'attività collegata più al proprio arricchimento personale e professionale che ad un attivo impegno per la salute degli studenti.

Le attività più propriamente orientate a questo fine – ovvero l'effettiva partecipazione a progetti di promozione e la formazione personale sul tema – **coinvolgono, di fatto, circa un insegnante su quattro**. Ancora più ridotta (tra il 10% e il 15% degli intervistati) risulta la quota di chi organizza iniziative o cerca di sensibilizzare i propri colleghi su argomenti di salute.

Da notare che un numero superiore di insegnanti delle scuole di I° grado risulta aver partecipato a progetti di promozione della salute proposti dalla scuola rispetto agli insegnanti delle secondarie di II° grado (25.7% vs. 21.1%; $\chi^2=4.28$; $p=0.038$); viceversa, questi ultimi più facilmente tentano di coinvolgere anche i loro colleghi in iniziative riguardanti la salute (13.1% vs. 9.7%; $\chi^2=4.40$; $p=0.036$).

Figura 6: Insegnanti (in %) che hanno partecipato ad attività di promozione della salute.



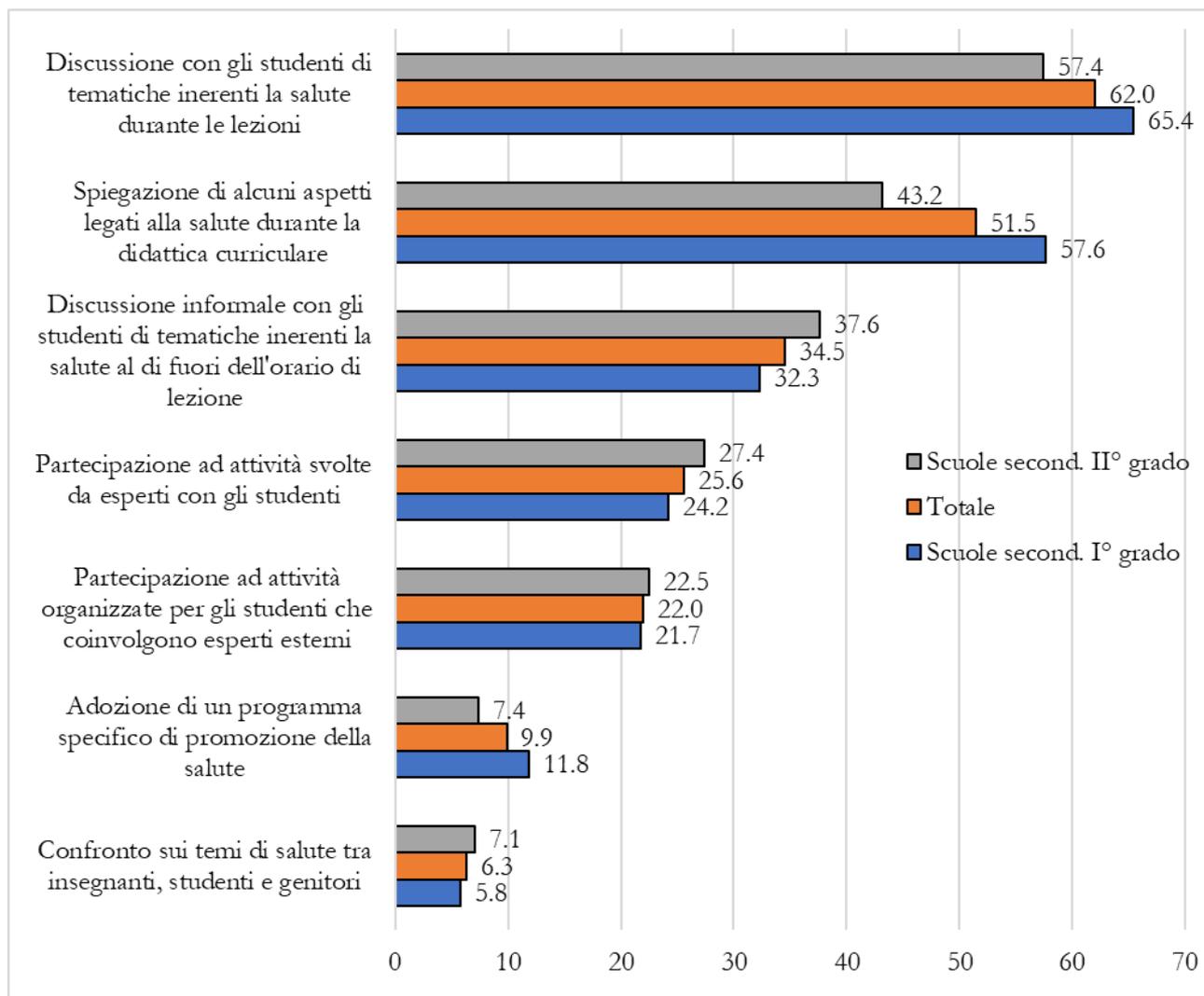
Quando richiesti di indicare le attività di promozione della salute effettivamente svolte, in prima persona, nel corso dell'anno precedente l'indagine, il quadro riportato dagli insegnanti conferma quanto appena visto, con alcune interessanti integrazioni (cfr. figura 7).

Appare infatti una pratica ormai consolidata trattare temi di salute come parte integrante dell'attività curricolare. Molti insegnanti dichiarano di **affrontare con gli studenti temi di "salute" sia durante le lezioni** (approccio assai diffuso e privilegiato dagli insegnanti delle secondarie di I° grado: 65.4% vs. 57.4%; $\chi^2=30.38$; $p<0.001$), **sia, in modo informale, al di fuori dell'orario di lezione** (pratica meno diffusa e più presente presso i colleghi delle secondarie di II° grado).

Azioni che prevedano il coinvolgimento di esperti esterni sono decisamente meno presenti.

Ancora più basso il coinvolgimento dei genitori come pure l'adozione di programmi specifici di promozione della salute. Riguardo quest'ultimo aspetto, è da notare come vi sia un numero maggiore di insegnanti delle secondarie di I° grado che si impegnano in tal senso, rispetto agli insegnanti delle secondarie di II° grado (11.8% vs. 7.4%; $\chi^2=8.02$; $p<0.01$).

Figura 7: Insegnanti (in %) che hanno svolto in prima persona attività di promozione della salute.



È stata anche chiesta agli insegnanti una valutazione di adeguatezza e di utilità degli investimenti fatti dalla propria scuola per la promozione della salute degli studenti.

Poco più del 40% degli insegnanti valuta del tutto adeguato l'investimento sui temi della salute fatto dalla propria scuola; un altro 40% lo ritiene abbastanza adeguato; più dell'80% dei rispondenti, dunque, esprime sostanzialmente un giudizio positivo sugli sforzi fatti dalla propria scuola su questo tema.

Più **critico** è invece il **giudizio sull'efficacia e utilità delle iniziative** messe in campo. Al proposito, soltanto il 29% degli insegnanti ritiene che siano molto utili; poco meno di un insegnante su 5 (il 16.2%) le ritiene addirittura "poco" o "per nulla" utili.

A conclusione della sezione dedicata alle pratiche di promozione della salute erano infine poste alcune domande relative alla "Rete delle Scuole lombarde che promuovono salute", un'importante iniziativa avviata nel 2011 dalla Regione e da tutte le istituzioni coinvolte sul tema, finalizzata a creare e a sviluppare un network di istituti che si impegnano a attuare iniziative di promozione della salute secondo il modello dell'"approccio globale" (IUHPE, 2010, 2011; Rete SPS 2011, 2013).

In primo luogo veniva chiesto agli insegnanti se erano a conoscenza dell'esistenza di tale Rete; quindi se sapevano se la loro scuola ne faceva parte.

Circa il 30% degli insegnanti risulta conoscere tale iniziativa, senza distinzioni tra insegnanti delle secondarie di I° e di II° grado (cfr. tabella 9)

In merito alla conoscenza rispetto alla partecipazione all'iniziativa da parte della propria scuola, prevale l'ignoranza: più di 2/3 degli insegnanti (il 71.5%) non lo sa.

L'adesione alla Rete è dichiarata da meno di un insegnante su 5 (il 16%); tale quota sembra essere più consistente negli insegnanti della secondaria di I° grado, dove gli insegnanti che dicono che la loro scuola fa parte della Rete sono circa il doppio dei colleghi della secondaria di II° grado (19.3% vs. 11.5%).

Tabella 9: Conoscenza da parte degli insegnanti dell'esistenza e della partecipazione della propria scuola alla "Rete delle Scuole Lombarde che promuovono salute".

| | Totale (%) | Insegnanti sec. I° grado (%) | Insegnanti sec. II° grado (%) | χ^2 |
|---|------------|------------------------------|-------------------------------|----------|
| <i>Lei è a conoscenza dell'esistenza della Rete delle "Scuole lombarde che promuovono salute"?</i> | | | | |
| - Sì | 29.8 | 31.6 | 27.3 | 3.27 |
| - No | 70.2 | 68.4 | 72.7 | |
| <i>Che Lei sappia, la Sua scuola ha aderito alla Rete delle "Scuole lombarde che promuovono salute"?</i> | | | | |
| - Sì | 16.0 | 19.3 | 11.5 | 20.51** |
| - No | 12.5 | 13.6 | 11.0 | |
| - Non so | 71.5 | 67.2 | 77.5 | |

È interessante osservare come, tra gli insegnanti che dichiarano che la loro scuola fa parte della "Rete di Scuole lombarde che promuove salute", sia la valutazione dell'investimento fatto in tale direzione, sia il giudizio sull'utilità degli interventi risultino più elevati (tabella 10), evidenziando in qualche modo la bontà e la rilevanza di tale progetto avviato dalla Regione Lombardia.

Tabella 10: Valutazione di adeguatezza ed efficacia degli investimenti di promozione della salute in funzione della conoscenza da parte degli insegnanti di far parte o meno, come scuola, della “Rete delle scuole Lombarde che promuovono salute”.

| | Totale (%) | La Scuola fa parte della Rete delle scuole che promuovono salute? | | |
|--|------------|---|--------|------------|
| | | Sì (%) | No (%) | Non so (%) |
| Investimento adeguato in promozione della salute | | | | |
| - Per nulla + Poco | 17.8 | 8.6 | 21.4 | 19.7 |
| - Abbastanza | 39.3 | 32.3 | 41.6 | 40.7 |
| - Molto + Moltissimo | 42.8 | 66.1 | 37.0 | 39.6 |
| Utilità delle iniziative di promozione della salute | | | | |
| - Per nulla + Poco | 16.2 | 9.2 | 17.2 | 17.6 |
| - Abbastanza | 54.7 | 48.7 | 55.6 | 56.2 |
| - Molto + Moltissimo | 29.0 | 42.1 | 27.2 | 25.9 |

Riassumendo, per gli insegnanti lombardi la promozione della salute resta una attività ancora fortemente ancorata alla trasmissione di informazioni, sebbene cominci ad essere riconosciuta l'importanza di attività che investano il contesto scolastico complessivo o che aumentino l'agentività degli studenti. In quest'ottica circa un quarto degli insegnanti è coinvolto in attività o formazioni riguardanti la promozione della salute e i temi di salute stanno assumendo più importanza all'interno dell'attività curriculare. L'adozione di programmi specifici di promozione della salute a scuola resta però appannaggio di una minoranza. Da notare come vi sia un coinvolgimento maggiore su queste tematiche da parte degli insegnanti delle scuole secondarie di I° grado.

Gli investimenti della scuola sul tema sono giudicati adeguati, ma è presente un certo scetticismo sulla loro utilità e efficacia. Peraltro, gli insegnanti che dichiarano che la loro scuola fa parte della “Rete delle scuole lombarde che promuovono salute” giudicano più positivamente gli investimenti fatti in tale ambito, rispetto agli insegnanti delle altre scuole lombarde.

UNA SINTESI CONCLUSIVA

Quale quadro emerge, dall'indagine, della condizione lavorativa degli insegnanti in Lombardia? E quali sviluppi si prospettano per le attività di promozione della salute a scuola, sulla base delle rappresentazioni e delle pratiche adottate dagli insegnanti attorno a questo problema?

Di seguito proponiamo una sintesi dei principali risultati della ricerca, in relazione alle due aree problematiche sopra richiamate.

Per quanto riguarda le condizioni di lavoro e la qualità della vita professionale degli insegnanti lombardi non si riscontrano situazioni di grande criticità; tuttavia il disagio è presente, se si considera che una quota tra il 25% e il 33% dichiara di sperimentare almeno uno dei “sintomi” del *burnout*: esaurimento emotivo, depersonalizzazione o scarsa realizzazione personale.

È soprattutto il sovraccarico lavorativo – tra gli aspetti presi in esame nell'indagine – ad essere segnalato come l'elemento più disturbante dell'attività di insegnante: di fatto, l'82% dei rispondenti lamenta una situazione di alto sovraccarico.

Allo stesso tempo, gli insegnanti esprimono una alta soddisfazione per il loro lavoro, dimostrano un elevato livello di *work engagement*, dichiarano un forte senso di identificazione con la loro organizzazione; sono valutazioni che testimoniano, complessivamente, un elevato apprezzamento per l'attività lavorativa. A tale risultato contribuiscono la valorizzazione dell'autonomia professionale (riconosciuta come "alta" da più dell'80% degli insegnanti) e la sostanziale qualità positiva delle relazioni con i colleghi, con il dirigente scolastico, con i genitori; di fatto, la gran maggioranza degli intervistati parla di rapporto collaborativo con i genitori e una quota altrettanto ampia di insegnanti riconosce la presenza di supporto da parte dei dirigenti scolastici e dei colleghi.

Insomma, il lavoro degli insegnanti – così come descritto dalle risposte raccolte nell'indagine – si presenta con luci e qualche ombra.

Appare ancora forte la dimensione vocazionale della professione, rintracciabile negli elevati valori di soddisfazione, di engagement, di identificazione organizzativa: gli insegnanti credono nel valore del loro lavoro, si impegnano nell'insegnamento, lavorano per la loro scuola al di là delle attività didattiche; lo stesso sovraccarico lavorativo, che pure è legato a vissuti di disagio, può sollecitare ulteriormente, quando ne è riconosciuto il carattere sfidante, l'impegno nel lavoro. Tuttavia non bisogna sottovalutare i segnali di sofferenza e il sempre presente rischio di *burnout*; in particolare bisogna prestare attenzione a che la qualità del lavoro non venga meno, come può accadere con l'eccessiva burocratizzazione, l'incertezza permanente, i continui cambiamenti normativi che generano richieste lavorative "ostacolanti" e rischiano di disperdere un capitale così prezioso di energie e entusiasmo.

Vale la pena segnalare come maggiori segnali di malessere siano presenti presso gli insegnanti delle scuole di II° grado rispetto ai colleghi che insegnano nelle medie di I° grado.

In merito alle attività di promozione della salute a scuola, il quadro che si delinea presenta spazi per importanti miglioramenti.

La tematica è riconosciuta importante e si apprezzano gli investimenti in merito fatti dalle scuole, nonostante si resti abbastanza scettici sulla loro utilità ed efficacia.

Peraltro, persiste una interpretazione molto orientata sulle attività di informazione delle pratiche di promozione della salute, ancora lontana dagli "approcci globali" al tema che caratterizzano gli scenari più evoluti. Tuttavia vi sono segnali positivi per un miglioramento in tale direzione. Di fatto, tra le attività ritenute più importanti vi sono quelle in cui gli insegnanti integrano nel curriculum formativo, attraverso lezioni e discussioni con gli studenti, temi riguardanti la salute, gli stili di vita salutari, i comportamenti a rischio. Altrettanto importanti sono ritenute le azioni che promuovono autonomia e responsabilità negli studenti. Attività che comportano più sforzi organizzativi, prevedendo la gestione di iniziative con l'adozione di specifici programmi strutturati sono ancora poco diffuse presso gli insegnanti.

Sembrerebbe comunque necessario un maggiore sforzo per promuovere una "cultura" più evoluta della promozione della salute nei contesti scolastici. In questa direzione sembra muoversi la "Rete delle scuole lombarde che promuovono salute", una iniziativa che vale la pena sostenere e ulteriormente ampliare.

Bibliografia

- Ashforth, B. E. e Mael, F. 1989. Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, 14: 20-39.
- Ashforth, B. E., Harrison, S. H. e Corley, K. G. (2008). Identification in Organizations: An examination of four fundamental questions. *Journal of Management*, 34: 325-374.
- Bakker, A.B. e Bal, M. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83: 189-206.
- Benadusi L. e Consoli F. (2004). *La governance della scuola*. Bologna: Il Mulino.
- Bottani N. (2002). *Insegnanti al timone? Fatti e parole dell'autonomia scolastica*. Bologna: Il Mulino.^{[L]_{SEP}}
- Cavalli A. (2000). *Insegnare oggi: Seconda indagine IARD sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana*. Bologna: Il Mulino.^{[L]_{SEP}}
- Crawford, E. R., LePine, J. A. e Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and *burnout*: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95: 834-848.
- European Trade Union Committee for Education (ETUCE) (2007). *Report on the ETUCE Survey on teachers' Work-related Stress*. Retrieved from: http://teachersosh.homestead.com/Publications/DraftReport_WRS_EN.pdf^{[L]_{SEP}}
- Favretto G. e Comucci Tajoli A. (1988). *Insegnare oggi. Soddisfazione o stress?*. Milano: Franco Angeli.^{[L]_{SEP}}
- Frabboni F. e Baldacci M. (2001). *La qualità della didattica nella scuola che cambia. Il monito- raggio Irrsae del piano dell'offerta formativa*. Milano: Franco Angeli.^{[L]_{SEP}}
- Hakanen J.J., Bakker A.B. and Schaufeli W.B. (2006). *Burnout* and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43: 495-513.
- IUHPE, (2010). *Promuovere la salute a scuola: dall'evidenza all'azione*.
- IUHPE, (2011). *Verso una scuola che promuove salute: linee guida per la promozione della salute nelle scuole (2a versione del documento "Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono salute")*.
- Jonhs, G. (2010). Presenteeism in the workplace: a review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31: 519-542.
- Locke, E.A. (1976). The nature and cause of job satisfaction. In M. D. Dunnette (a cura di), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago, ILL: Rand McNally.
- Miglioretti, M., Velasco, V., Vecchio, L., Celata, C. (2012). Teachers' ideas about health: implications for health promotion at school. *Health Education Journal*, 72 (6): 695-707
- Pisanti R., Gagliardi M. P., Razzino S. and Bertini M. (2003). Occupational stress and wellness among Italian secondary school teachers. *Psychology & Health*, 18 (4): 523-536.
- Rete SPS (2011). Modello lombardo delle scuole che promuovono salute. In: Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia "La scuola lombarda che promuove salute"

- Rete SPS (2013). "La Carta d'Iseo". Indirizzi metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono salute.
- Schaufeli, W. B. e Bakker, A. B. (2003). *Test manual for the Utrecht Work Engagement Scale*. Unpublished manuscript, Utrecht University: The Netherlands.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. e Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66: 701-716.
- Sirigatti, S. e Stefanile, C. (1993), *The Maslach Burnout Inventory: Adattamento e taratura per l'Italia*, Firenze: OS Organizzazioni Speciali.
- Skaalvik E.M. and Skaalvik S. (2009). Does school context matter? Relations with teacher *burnout* and job satisfaction. *Teaching and Teacher Education*, 25: 518-524.
- Velasco, V., Miglioretti, M., Celata, C. & Vecchio, L. (2010). *Benessere lavorativo e promozione della salute fra gli insegnanti di Milano. Report di ricerca*.
- Velasco, V., Miglioretti, M., Celata, C. e Vecchio, L. (2013a). Il benessere degli insegnanti: il ruolo del supporto sociale e delle dimensioni organizzative. *Psicologia della salute*, 2: 52-70.
- Velasco, V., Miglioretti, M., Celata, C. & Vecchio, L. (2013b). Il benessere degli insegnanti e le loro rappresentazioni di promozione della salute. *Psicologia dell'educazione*, 7 (1): 97-121.
- Velasco, V., Miglioretti, M., Celata, C. e Vecchio, L. (2013c). *Insegnanti e benessere: i risultati di alcuni studi a partire dall'indagine "HBSC insegnanti 2009-10"*.
- Zurlo M.C., Pes D. and Cooper C.L. (2007). Stress in teaching: a study of occupational stress and its determinants among Italian schoolteachers. *Stress and Health*, 23: 231-241.

Climi relazionali e comportamenti di salute: Risultati dell'indagine HBSC Lombardia

a cura di Elena Marta, Edoardo Lozza, Cinzia Castiglioni, Sara Alfieri

Università Cattolica del Sacro Cuore

Adolescenza: in equilibrio tra rischio e benessere

Essere adolescente comporta affrontare numerose sfide e compiti di sviluppo, quali la mentalizzazione della propria corporeità, la costruzione di una progettualità futura attraverso la scelta del percorso scolastico, le prime relazioni di coppia, il consolidamento di una rete amicale, ecc. L'adolescenza è quindi una fase del ciclo di vita intrinsecamente legata al concetto di rischio: l'adolescente infatti deve rischiare molto per superare i compiti evolutivi che gli si pongono davanti, per comprendere quali siano i suoi limiti, le risorse e in generale per definire se stesso (Pellai & Boncinelli, 2002).

Sebbene di per sé molti dei comportamenti a rischio che gli adolescenti mettono in atto non si trasformino in pericolo, l'esito di tali comportamenti non è noto a priori (provare a fumare o diventare fumatore accanito? Bere un sorso o guidare in stato di ebbrezza?). Il consumo di sostanze (tabacco, alcol e droghe) ad esempio inizia per lo più in adolescenza per poi continuare durante la fase adulta (Welte et al., 2011). Inoltre, numerose ricerche dimostrano come l'insorgenza precoce dell'uso di sostanze sia correlata ad un aumentato rischio di molteplici disturbi alcol-correlati (Behrendt, et al., 2009; Chen, O'Brien, & Anthony, 2005), sintomi depressivi, ideazioni e tentativi di suicidio (Cho, Hallfors, & Iritani, 2007; Swahn & Bossarte, 2007).

Dall'altro lato, durante l'adolescenza gli individui acquisiscono competenze e risorse fisiche, cognitive, emotive e sociali che saranno le basi per la loro salute e benessere futuri. Ed è proprio durante l'adolescenza che il livello medio di salute è il più elevato di tutto il ciclo di vita. Imparare a promuovere e custodire buoni livelli di salute e benessere fin dall'adolescenza, quindi, è fondamentale in quanto rappresenta una risorsa per tutta la vita.

La maggior parte degli studi sull'adolescenza ha privilegiato la ricerca di quei fattori che possono sostenere in via esclusiva o il rischio o il benessere, mentre sono esigui i contributi che hanno tentato di considerare congiuntamente questi aspetti. L'adolescenza tuttavia è una fase del ciclo di vita in costante equilibrio tra rischio e benessere, ed è quindi importante considerare congiuntamente i fattori che fanno pendere l'ago della bilancia verso l'una o l'altra parte. Ma quali sono questi fattori?

I contesti di vita dell'adolescente: una prospettiva ecologica

L'adolescente si trova a dover rispondere alle molteplici richieste che gli provengono dai diversi contesti di vita cui appartiene: famiglia, scuola, gruppo dei pari, ecc. Tali contesti, se adeguati, possono fornire agli adolescenti il terreno necessario per uno sviluppo e adattamento positivi, e quindi incidere

positivamente sul loro benessere e sulla qualità di vita; al contrario, se non adeguati, costituiscono invece dei fattori di rischio, che possono portare ad esiti non positivi.

Contesto familiare, scolastico e gruppo dei pari sono stati studiati in letteratura per lo più come ambiti separati, e solo recentemente sono stati oggetto di lavori complessivi che si sono posti come obiettivo di comprendere come insieme possano interagire per un buon adattamento in adolescenza (si vedano per esempio Rodríguez-Fernández et al., 2016). Tuttavia, in accordo con la teoria ecologica dei sistemi (Bronfenbrenner, 1979), una piena comprensione della persona è possibile solo se si considerano i sistemi multipli all'interno dei quali essa è inserita. Bronfenbrenner e Morris (2006) distinguono 5 sistemi ambientali: il microsistema (gli individui), il mesosistema (le istituzioni), l'esosistema (la società), il macrosistema (la cultura), e il cronosistema (il tempo). Poiché gli adolescenti trascorrono quasi la totalità del loro tempo con famiglia, amici e insegnanti (United States Department of Health and Human Services 2016), questi tre gruppi sono i principali sistemi che compongono il loro microsistema.

La famiglia è la prima agenzia di socializzazione di un individuo ed è legata allo sviluppo personale e sociale delle nuove generazioni (Cava, Musitu, & Murgui, 2007; Marta, Bignardi, & Alfieri, 2018; Scabini, Marta & Lanz, 200x). Relazioni familiari caratterizzate da affetto, supporto, comunicazione e promozione dell'autonomia sono indicatori di benessere e riuscita scolastica da parte degli adolescenti (Hair et al. 2009; Gaylord, Kitzmann, & Lockwood, 2003; Gaspar et al. 2012; Rodríguez-Fernández et al., 2012), prevengono da numerosi comportamenti a rischio (Anteghini et al., 2001; Griesbach, Amos & Currie C., 2003; Moor et al., 2015), influenzano il benessere e la qualità di vita degli adolescenti (Gaspar et al. 2012; Gillison, Standage, & Skevington 2008; Hair et al. 2009; Ravens-Sieberer et al. 2008;).

La scuola, definita anche come seconda agenzia di socializzazione, è un altro contesto molto importante perché costituisce una prima "palestra" sociale al di fuori del contesto familiare. Al suo interno gli adolescenti possono sperimentare sia relazioni verticali (con i propri docenti) che orizzontali (con i compagni di classe). Le prime si formano con una figura che ha conoscenze e autorità (gli insegnanti) superiori a quelli degli studenti, e le relazioni tendono a essere complementari. La funzione di questo tipo di relazione è in primo luogo la presenza di un adulto significativo che non è un genitore, ma di cui fa le veci: fornisce sicurezza e protezione ma al contempo consente l'acquisizione di conoscenze e l'espressione di capacità. La letteratura ha messo in luce come una buona relazione tra studenti e insegnanti sia fonte non solo di riuscita scolastica, ma anche di benessere (Santana & Feliciano, 2011) e riduzione di comportamenti a rischio, quali il consumo di tabacco (Moor et al., 2015).

Le relazioni tra pari, e quindi anche tra compagni di classe, invece avvengono tra soggetti di pari età e potere sociale, e sono per lo più reciproche. La funzione che svolge la relazione tra pari è di creare un'identità gruppale, sviluppare cooperazione e competizione. Numerosi studi dimostrano l'influenza del gruppo dei pari rispetto all'atteggiamento e al piacere verso la scuola e al successo scolastico (Lubbers, Van Der Werf, Kuyper, & Offringa, 2006; Studsrød & Bru, 2011).

È evidente quindi come sia l'interazione di questi tre contesti ad incidere sul buon esito dell'adolescenza o, al contrario, al suo fallimento.

Alla luce della breve rassegna teorica presentata, il presente studio prende in considerazione il microsistema dell'adolescente, composto da contesto familiare, scolastico e gruppo dei pari, al fine di indagare in quale misura i climi relazionali in essi presenti contribuiscano a influenzare il benessere e i comportamenti a rischio dell'adolescente.

METODO

Nel presente contributo sono stati analizzati i dati provenienti dall'indagine HBSC della Lombardia del 2014, per un totale di 1817 studenti delle coorti di età di 13 e 15. La coorte di età di 11 anni è stata esclusa, in quanto la versione del questionario da loro compilata non includeva alcune delle domande prese in esame nel presente lavoro per lo studio dei comportamenti a rischio.

Misure

Per indagare l'effetto che i climi relazionali possono avere sui comportamenti di salute a rischio, sono state prese in considerazione tre diverse sfere relazionali: quella familiare, quella scolastica e quella amicale. Per indagare le relazioni familiari, sono state utilizzate le seguenti domande della sezione "La tua famiglia": "Facilità nella comunicazione" (M73-M76), "Famiglia: comunicazione" (M78-M81) e "Supporto familiare" (M82-M85). Per quanto riguarda le relazioni scolastiche, sono state utilizzate alcune domande della sezione "Scuola": "Clima scolastico" (SC14,17,IT4-IT6) e "Rapporto con i compagni di classe" (M112-M114), "Rapporto con gli insegnanti" (M115-M117, IT3). In riferimento alle relazioni amicali, è stata utilizzata la domanda "Supporto amicale" (M86-M89) della sezione "Amici e rapporto con i pari" e la domanda "Abilità sociali" (LB3.1-3.5).

Per indagare i comportamenti di salute a rischio, sono state considerate le seguenti domande: "Quanti giorni hai fumato una sigaretta (se lo hai mai fatto) nella tua vita?", "Quanti giorni hai bevuto alcol (se lo hai mai fatto) nella tua vita?", "Hai mai fumato cannabis nella tua vita?" e "In quante occasioni hai scommesso/giocato del denaro?". Le risposte possibili erano: i) Mai; ii) 1-2 giorni; iii) 3-5 giorni; iv) 6-9 giorni; v) 10-19 giorni; vi) 20-29 giorni; vii) 30 giorni o più. Le risposte alle domande sono state ricodificate in modo tale da poter trattare la scala su base a rapporti: Mai = 0; 1-2 giorni = 1.5; 3-5 giorni = 4; 6-9 giorni = 7.5; 10-19 giorni = 14.5; 30 giorni o più = 30.

Infine, è stata presa in considerazione come possibile variabile di moderazione la qualità di vita percepita. Quest'ultima è stata misurata attraverso la domanda "Soddisfazione vita" (M106).

Analisi statistiche

In primo luogo, è stata realizzata un'analisi fattoriale esplorativa con l'obiettivo di individuare possibili strutture latenti a partire dalle variabili osservate. Successivamente è stata realizzata un'analisi fattoriale confermativa al fine di verificare se le strutture latenti individuate possedessero un buon fit. Questo ha consentito la costruzione di indicatori di sintesi psicometricamente fondati. Infine, è stato testato un modello di equazioni strutturali per verificare le relazioni esistenti tra le variabili sotto indagine.

RISULTATI

Una prima analisi fattoriale esplorativa è stata realizzata sui 12 item (variabili osservate) attinenti alla sfera delle relazioni familiari. È stato individuato un fattore latente, costituito da 4 item, in grado di spiegare il 71.9% della varianza interna (autovalore = 2.9, $\alpha = .90$). Il fattore, rinominato “Supporto familiare” (“F”, Tabella 1), mostra anche un buon fit tramite analisi fattoriale confermativa: $\chi^2(2) = 19.992$, $p < .001$, CFI = .99, TLI = .99, RMSEA = .070 (LO90 = .044, HI90 = .100).

Tabella 1. Fattore “Supporto familiare” (F).

Matrice dei modelli

| | 1 |
|--|------|
| La mia famiglia mi dà l'appoggio emotivo e il supporto di cui ho bisogno | .911 |
| La mia famiglia cerca davvero di aiutarmi a prendere delle decisioni | .866 |
| La mia famiglia cerca davvero di aiutarmi | .846 |
| Posso davvero parlare dei miei problemi con la mia famiglia | .764 |

La seconda analisi fattoriale esplorativa ha preso in considerazione 12 item (variabili osservate) attinenti alla sfera delle relazioni scolastiche. Sono emersi due fattori latenti in grado di spiegare il 49.2% della varianza interna: il primo fattore, costituito da 4 item, è stato rinominato “Relazione con gli insegnanti” (autovalore = 2.9, $\alpha = .79$); il secondo, costituito da 3 item (autovalore = 1.0, $\alpha = .74$) è stato rinominato “Relazione con la classe” (“S2” e “S1”, Tabella 2). L'analisi fattoriale confermativa ha mostrato un buon livello di fit per il modello a due fattori considerato: $\chi^2(13) = 85.574$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .97, RMSEA = .055 (LO90 = .045, HI90 = .067).

Tabella 2. Fattori “Relazione con gli insegnanti” (S2) e “Relazione con la classe” (S1).

Matrice dei modelli

| | 1 | 2 |
|--|------|------|
| Ho molta fiducia nei miei insegnanti | .818 | |
| I miei insegnanti mi accettano per quello che sono | .687 | |
| I miei insegnanti sono interessati a me come persona | .657 | |
| I nostri insegnanti ci trattano nel modo giusto | .643 | |
| La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile | | .776 |
| Ai miei compagni piace stare insieme | | .668 |
| I miei compagni mi accettano per quello che sono | | .644 |

Per quanto riguarda le relazioni amicali, è stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa a partire dai 9 item considerati. L'analisi ha evidenziato l'esistenza di due fattori latenti in grado di spiegare il 61.9% della varianza osservata. Il primo fattore, rinominato "Supporto amicale" (autovalore 3.4, $\alpha = .91$), è formato da 4 item mentre il secondo, rinominato "Protagonismo sociale" (autovalore 0.9, $\alpha = .72$), è formato da 3 item ("A2" e "A1", Tabella 3). Anche in questo caso l'analisi fattoriale confermativa ha confermato il buon fit del modello testato: $\chi^2(191) = 163.218$, $p < .001$, CFI = .98, TLI = .96, RMSEA = .080 (LO90 = .069, HI90 = .091).

Tabella 3. Fattori "Supporto amicale" (A2) e "Protagonismo sociale" (A1).

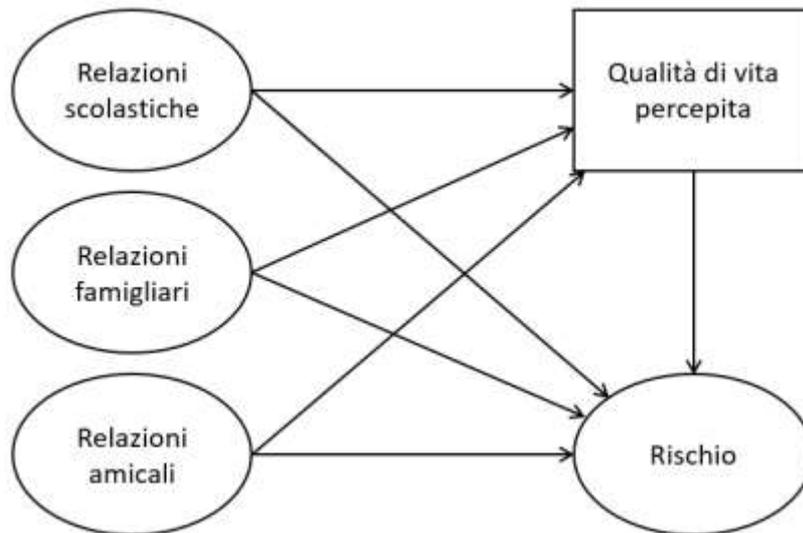
Matrice dei modelli

| | 1 | 2 |
|---|------|------|
| Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male | .905 | |
| Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici | .850 | |
| Ho degli amici con cui posso condividere gioie e dispiaceri | .840 | |
| I miei amici provano davvero ad aiutarmi | .817 | |
| Sono popolare tra i miei coetanei | | .715 |
| Ho molti amici | | .680 |
| Sento di essere accettato dagli altri | | .631 |

Infine, sono stati esaminati i 4 item rappresentanti diversi comportamenti di salute a rischio. L'analisi fattoriale esplorativa ha confermato l'esistenza di un unico fattore latente in grado di spiegare il 57.2% della varianza osservata. L'analisi ha portato all'inclusione nel fattore latente di 3 item, legati al consumo di alcol, di sigarette e di cannabis, ed escludendo invece l'item legato al gioco d'azzardo. Per questo motivo è stato rinominato "Rischio abuso di sostanze" (autovalore = 1.7, $\alpha = .77$).

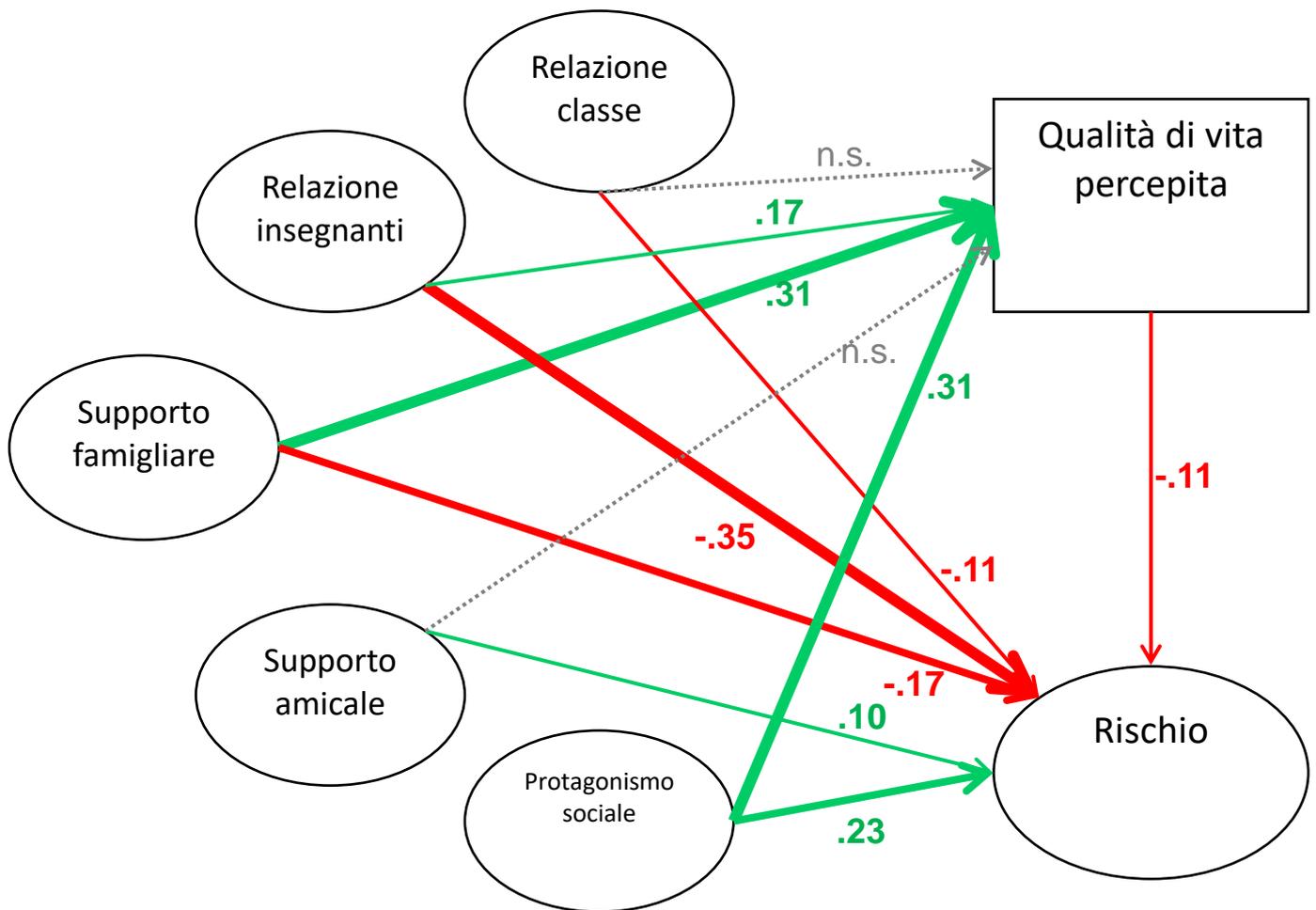
Individuate le strutture latenti delle variabili considerate, si è provveduto a testare un modello che mettesse in relazione i climi relazionali (variabili indipendenti) con i comportamenti di salute a rischio (variabile dipendente). È stata anche presa in considerazione la variabile sulla qualità di vita percepita come possibile moderatore. La figura 1 rappresenta il modello di partenza.

Figura 1. Ipotesi di modello



Il modello è stato testato tramite analisi di equazioni strutturali, mostrando un ottimo fit (figura 2): $\chi^2(191) = 866.775$, $p < .001$, CFI = .97, TLI = .96, RMSEA = .044 (LO90 = .041, HI90 = .047). Tutti i costrutti indagati hanno un impatto significativo sulla variabile dipendente “Rischio abuso di sostanze”. Emergono però differenze interessanti. La “Qualità di vita percepita” ha una relazione debole e negativa con la variabile dipendente sotto esame ($\beta = -.11$). Questo significa che all’aumentare della soddisfazione e della qualità di vita percepita diminuisce – seppur debolmente – la possibilità di mettere in atto comportamenti di abuso di sostanze. Per quanto riguarda la variabile “Supporto familiare” (F), essa ha un impatto positivo sulla qualità di vita percepita ($\beta = .31$) e negativo sul comportamento a rischio ($\beta = -.17$). La percezione di avere supporto e appoggio emotivo a livello familiare, quindi, non solo non aumenta il benessere percepito, ma diminuisce anche la possibilità di intraprendere azioni di abuso di sostanze. Per quanto riguarda l’area delle relazioni scolastiche, il fattore più determinante sembra essere la “Relazione con gli insegnanti” (S2). Al migliorare della relazione con gli insegnanti, infatti, diminuisce sensibilmente il rischio di abuso sostanze ($\beta = -.35$) e migliora la qualità di vita percepita ($\beta = .17$). La “Relazione con la classe” (S1), invece, ha un impatto significativo solo sulla riduzione del rischio ($\beta = -.11$), mentre la sua relazione con la qualità di vita percepita non è significativa. Infine, per quanto riguarda l’area delle relazioni amicali, il fattore più determinante sembra essere il “Protagonismo sociale” (A1): se da un lato ha un impatto significativo e positivo e sulla qualità di vita percepita ($\beta = .31$), dall’altro alti livelli di protagonismo sociale aumentano anche la propensione a mettere in atto comportamenti di salute a rischio ($\beta = .23$). Anche il “Supporto amicale” (A2) ha una relazione positiva con il rischio, seppur più debole ($\beta = .10$), mentre la relazione con la qualità di vita percepita non è significativa. Sembrano dunque essere le relazioni con gli adulti (famiglia e insegnanti) quelle maggiormente in grado di migliorare la qualità di vita percepita e ridurre il rischio di salute. Per quanto riguarda le relazioni tra pari, se da un lato la relazione con la classe diminuisce il rischio di abuso di sostanze, dall’altro lato il supporto amicale e soprattutto il protagonismo sociale, aumentano la possibilità di messa in atto di tali comportamenti a rischio di salute.

Figura 2. Modello di equazioni strutturali



CONCLUSIONI

Il presente lavoro si è proposto di considerare congiuntamente gli effetti dei contesti di vita principali nella quotidianità degli adolescenti – famiglia, scuola, pari – ed in particolare dei climi relazionali ivi presenti, sia sui comportamenti a rischio sia sulla qualità della vita dei minori.

Non è comune trovare lavori che prendano in considerazione congiuntamente più contesti e più outcome, pertanto il presente lavoro offre indicazioni importanti soprattutto per la sua capacità di offrire una lettura del mondo degli adolescenti non frammentato, ma ricomposto nella sua complessità. Considerando l'analisi dei dati, sembrano essere le relazioni con gli adulti (famiglia e insegnanti) quelle maggiormente in grado di migliorare la qualità di vita percepita e ridurre il rischio di salute. Per quanto riguarda le relazioni tra pari, se da un lato la relazione con la classe diminuisce il rischio di abuso di sostanze, dall'altro lato il supporto amicale e soprattutto il protagonismo sociale, aumentano la possibilità di messa in atto di tali comportamenti a rischio di salute.

Molteplici e importanti le indicazioni operative che discendono dai dati. In primo luogo l'importanza per gli adulti, insegnanti e genitori, di fare sinergia, di costruire alleanze educative sostanziali per massimizzare la promozione di benessere e la protezione dal rischio che la relazione degli adolescenti con loro producono.

In secondo luogo, i dati aprono una riflessione sulla pressione che gli adolescenti spesso avvertono sull'essere "protagonisti" ad ogni costo e sulla valorizzazione di forme di socializzazione estrema, forzata che non sempre si rivela una risorsa forse perché porta i ragazzi a sottovalutare i rischi o forse perché li porta ad assumere comportamenti che possono consentire di coprire, e quindi tollerare, il senso di inadeguatezza che le richieste iperperformanti dei contesti può generare, ma che si rivelano poco capaci di promuovere benessere. Ulteriori ricerche potranno gettare luce su queste ipotesi: sarebbe importante sentire la voce degli adolescenti per meglio approfondire, per esempio attraverso focus-group, questi aspetti e comprenderli meglio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Anteghini M, Fonseca H, Ireland M, et al. Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *J Adolesc Health* 2001;28:295–302.

Appleton, J. J., Christenson, S. L., & Furlong, M. J. (2008). Studentengagement with school: Critical conceptual and methodological issues of the construct. *Psychology in the Schools*, 45(5),369---386. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.20303>

Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., & Beesdo, K. (2009). Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1), 68–78, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014

Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, Massachusetts:Harvard University Press, 1979.

Chen, C.-Y., O'Brien, M. S., & Anthony, J. C. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(1), 11–22.

Cho, H., Hallfors, D. D., & Iritani, B. J. (2007). Early initiation of substance use and subsequent risk factors related to suicide among urban high school students. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1628–1639.

Fredricks, J. A., Blumenfeld, P. C., & Paris, A. H. (2004). Schoolengagement: Potential of the concept, state of the evidence.*Review of Educational Research*, 74(1), 59---109. <http://dx.doi.org/10.3102/00346543074001059>

Gaspar, T., J. P. Ribeiro, M. G. De Matos, I. Leal, and A. Ferreira. 2012. "Health-related Quality of Life in Children and Adolescents: Subjective Well Being." *The Spanish Journal of Psychology* 15 (1): 177–186. doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37306.

- Gillison, F., M. Standage, and S. Skevington. 2008. "Changes in Quality of Life and Psychological Need Satisfaction Following the Transition to Secondary School." *British Journal of Educational Psychology* 78 (1): 149–162. doi:10.1348/000709907X209863.
- Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med* 2003;56:41–52.
- Hair, E. C., K. A. Moore, A. M. Hadley, K. Kaye, R. D. Day, and D. K. Orthner. 2009. "Parent Marital Quality and the Parent–Adolescent Relationship: Effects on Adolescent and Young Adult Health Outcomes." *Marriage and Family Review* 45 (2–3): 218–248. doi:10.1080/01494920902733567.
- Hughes, J. N., & Kwok, O. (2007). The influence of student---teacher and parent---teacher relationships on lower achieving readers' engagement and achievement in the primary grades. *Journal of Educational Psychology*, 99, 39-51.
- Hughes, J. N., Luo, W., Kwok, O., & Loyd, L. (2008). Teacher---student support, behavior engagement, and achievement: A 3-year longitudinal study. *Journal of Educational Psychology*, 100, 1---14.
- Lubbers, M. J., Van der Werf, M. P. C., Kuyper, H., & Offringa, G. J. (2006). Predicting peer acceptance in Dutch youth: A multilevel analysis. *Journal of Early Adolescence*, 26, 4---35.
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345---361. <http://dx.doi.org/10.1017/S095457941200003X>
- McMahon, S., Parnes, A., Keys, C., & Viola, J. (2008). School belonging among low income urban youth with disabilities: Testing a theoretical model. *Psychology in the Schools*, 45, 387---401.
- Otero-López, J. M., Villardefrancos, E., Castro, C., & Santiago, M.J. (2014). Stress, positive personal variables and burnout: A pathanalytic approach. *European Journal of Education and Psychology*, 7(2), 95---106. <http://dx.doi.org/10.1989/ejep.v7i2.182>
- Ravens-Sieberer, U., M. Erhart, A. Gosch, and N. Wille. 2008. "Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries—Results from the European KIDSCREEN Study." *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15 (3): 154–163. doi:10.1002/cpp.574.
- Rodríguez-Fernández, A., Droguett, L., & Revuelta, L. (2012). School and personal adjustment in adolescence: The role of academic self-concept and perceived social support. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 397---414. <http://dx.doi.org/10.1387/Rev.Psicodidact.4496>
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Madariaga, J. M., Arrivillaga, A., & Galende, N. (2016). Steps in the construction and verification of an explanatory model of psychosocial adjustment. *European Journal of Education and Psychology*, 9(1), 20-28.
- Saldaña, D. (2001). Nuevas tecnologías: nuevos instrumentos y nuevos espacios para la psicología. *Apuntes de Psicología*, 19, 5---10.

Samdal O, Du`r W. The school environment and the health of adolescents. In: Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, et al, editors. Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC). International Report. Copenhagen: World Health Organization (WHO), 2000: 49–64.

Santana, L. E., & Feliciano, L. (2011). Percepción de apoyo de padres y profesores, autoconcepto y toma de decisiones en Bachillerato. *Revista de Educación*, 355(2), 493---519.

Studsrd, I., & Bru, E. (2011). Perceptions of peers as social-ization agents and adjustment in upper secondary school. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 16(2), 159-172. <http://dx.doi.org/10.1080/13632752.2011.569401>

Swahn, M. H., & Bossarte, R. M. (2007). Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: Findings from the 2005 youth risk behavior survey. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 175–181, doi:10.1016/j.jadohealth.2007.03.003.

United States Department of Health & Human Services (2016). America’s Adolescents: A Day in the Life. <http://www.hhs.gov/ash/oah/adolescent-health-topics/americas-adolescents/day.html>

Welte JW, Barnes GM, Tidwell MO, et al. Tobacco use, heavy use, and dependence among adolescents and young adults in the United States. *Subst Use Misuse* 2011;46: 1090–8.

Woolley, M. E. (2006). Advancing a positive school climate for students, families, and staff. In C. Franklin, M. B. Harris, & P. Allen-Meares (Eds.), *The school services sourcebook* (pp.777---784). New York: Oxford University Press.

Sovrappeso, obesità e stato socio-economico negli anni della crisi economica tra i giovani in Lombardia

a cura di Paolo Belardinelli, Giovanni Fattore e Aleksandra Torbica

Università Commerciale L. Bocconi

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, l'incidenza dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti rappresenta uno dei principali problemi che preoccupano le classi dirigenti delle nazioni sviluppate e non solo. Tali preoccupazioni sembrano essere fondate. Un rapporto pubblicato di recente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dimostra che la tendenza alla diffusione dell'obesità fra gli adolescenti è in aumento. A livello globale, il numero di giovani sotto i 5 anni in stato di obesità o in sovrappeso è aumentato di circa il 30%, dai 32 milioni del 1990 a 41 milioni del 2016. Non si tratta di un'emergenza propria solo dei paesi più sviluppati, ma coinvolge anche Paesi in via di sviluppo, nei quali il rapido cambio di alimentazione, e di abitudini in generale, favorisce eccesso di peso (WHO, 2018).

Al di là dei numeri, ciò che più ha contribuito a sensibilizzare i *policy-maker* del mondo sviluppato è stato il progresso scientifico che ci ha reso consapevoli dei rischi legati all'obesità infantile. Oggi sappiamo, per esempio, che l'obesità in giovane età aumenta le probabilità di essere obesi da adulti: circa la metà degli adolescenti in sovrappeso e più di un terzo dei bambini in sovrappeso in età infantile sono obesi da adulti (Wang e Lobstein 2006). Ma soprattutto, l'obesità infantile rappresenta un fattore di rischio anche per lo sviluppo di altre gravi patologie e per i tassi di mortalità in età adulta (Must e Strauss 1999, Ebbeling et al. 2002, Roth et al. 2004, WHO 2014).

Per gran parte della storia dell'umanità, un bambino grasso ha rappresentato un bambino sano. Da un punto di vista evoluzionistico, nel corso delle generazioni, la capacità di immagazzinare più grasso possibile da una quantità minima di cibo poteva fare la differenza tra la vita e la morte, dal momento che la quantità di cibo a disposizione dell'uomo è stata a lungo molto scarsa. La scarsità di cibo è rimasta una condizione reale per l'umanità almeno fino alle scoperte tecnologiche del diciottesimo secolo, e solo dopo la seconda guerra mondiale si è completato il passaggio a una situazione in cui, almeno nel mondo occidentale, una persona affamata può decidere di consumare diversi prodotti, dal cibo spazzatura fino al biologico a chilometri-zero¹. Ciò che a lungo ha rappresentato un vantaggio competitivo si è trasformato oggi in una predisposizione dannosa per la salute delle persone. Oggi le evidenze raccontano una situazione molto diversa, per certi versi opposta. Obesità viene chiamata "la nuova malattia della povertà", in quanto i cibi più salutari in genere costano di più e, nelle famiglie più disagiate, se ne fa a meno e si opta per i prodotti confezionati e ricchi di conservanti, che al supermercato si trovano a prezzi molto bassi. Evidenze empiriche disponibili rivelano che la tendenza a mangiare male è diffusa soprattutto nel ceto meno abbiente e meno istruito: nelle famiglie monoreddito, con disoccupati, tra chi ha un livello di educazione più basso (ISS 2016).

Una maggior conoscenza del fenomeno risulta fondamentale per poter disegnare possibili politiche di prevenzione e promozione della salute. Che il tema sia rilevante è testimoniato dal fatto che diverse istituzioni sono già impegnate da tempo a indagarlo e studiarlo. Tra gli esempi più noti nel nostro Paese si pensi all'indagine *OKkio alla SALUTE* dell'Istituto Superiore di Sanità, che avviene con cadenza biennale e si occupa di monitorare l'obesità infantile sui bambini di 8 anni in Italia dal 2008.

I dati dell'indagine *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* condivisi da Regione Lombardia rappresentano una preziosa occasione di apprendimento di questo problema. Si tratta di un questionario su un campione rappresentativo di giovani di età compresa tra gli 11 e i 15 anni che frequentano le scuole lombarde, e in particolare le classi prima e terza delle scuole medie e la classe seconda delle scuole superiori, per gli anni 2007, 2010 e 2014.

Questo capitolo mira, da un lato, a descrivere e circoscrivere l'entità del problema dell'obesità e del sovrappeso tra i giovani della Lombardia. Dall'altro lato, tale problema viene analizzato in rapporto allo stato socio economico dei ragazzi.

Da quest'ultimo punto di vista, l'interpretazione del rischio obesità è soggetta a ciò che in letteratura viene definita "*ecological fallacy*," ovvero la tendenza a desumere fattori di rischio individuali partendo da correlazioni osservate a livello aggregato (Pearce 2000). In altre parole, se il rischio obesità è particolarmente alto nei Paesi più ricchi, per esempio negli Stati Uniti, sarebbe un errore trarre la conclusione che all'interno dei singoli Paesi il rischio obesità sarà più alto tra le fasce più ricche della popolazione. Al contrario, è già noto da tempo in letteratura come il rischio obesità e sovrappeso sia più elevato tra i ragazzi appartenenti a famiglie di basso stato socio-economico (e.g., Stobal and Stunkard 1989, Odgen et al. 2010). Questo è soprattutto vero per i Paesi sviluppati come il nostro (Stunkard and Sorensen 1993, Wang 2001, Zhang e Wang 2004), mentre è meno chiaro se si possa sostenere la stessa tesi per i Paesi in via di sviluppo (Monteiro et al. 2004, Dinsa, Goryakin e Suhrcke 2012).

Pertanto, analisi basate sui dati di tipo disaggregati che permettono di investigare il fenomeno al livello individuale sono molto più appropriati e potenti dal punto di vista metodologico in quanto si evita il rischio di "*ecological fallacy*" descritto sopra. La possibilità di testare la relazione tra obesità e condizioni economiche in Lombardia usando i dati individuali risulta particolarmente interessante soprattutto alla luce del fatto che il periodo sotto esame è quello caratterizzato dalla più recente crisi economico finanziaria globale che ha colpito il mondo occidentale.

In quanto segue, dopo aver descritto l'indagine HBSC e approfondito le parti del questionario rilevanti ai fini di questo capitolo, mostriamo le analisi dei dati partendo dall'incidenza dell'obesità e del sovrappeso tra i rispondenti, passando poi per lo stato socio-economico, fino a concludere con un'analisi sulla relazione tra la prima e il secondo. Nell'ultima sezione del capitolo cerchiamo di trarre alcune conclusioni sul fenomeno in esame.

L'INDAGINE HBSC

I report nazionali HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) sono parte di uno studio internazionale svolto ogni 4 anni, in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. L'Italia è entrata a far parte di questo studio nel 2000, partecipando all'indagine 2001/2002. Come si legge sul sito ufficiale dell'indagine, «la popolazione target dello studio HBSC sono i ragazzi e ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni). Questa fascia di età rappresenta l'inizio dell'adolescenza, una fase di forti cambiamenti sia a livello fisico che emozionale, ma anche il periodo della vita in cui vengono prese importanti decisioni riguardanti la salute e la carriera futura (scolastica e lavorativa)» (HBSC 2018).

L'indagine è condotta attraverso un questionario che comprende una serie di domande interessanti ai fini della nostra ricerca. Innanzitutto, una sezione del questionario è dedicata all'area di indagine "benessere e salute", in cui sono comprese domande riguardanti peso e altezza, che possono essere utilizzate per calcolare l'indice di massa corporea (BMI, dall'inglese *body mass index*) attraverso la nota formula $IMC = \text{massa corporea (Kg)} / \text{statura (m}^2\text{)}$. Il BMI è l'informazione necessaria a identificare i rispondenti in stato di obesità o sovrappeso. In questa sede, vengono considerate le soglie BMI pubblicate dalla *World Obesity Federation*. In particolare, nell'ambito della *International Obesity Task Force*, sono state pubblicate le soglie BMI da considerarsi nei soggetti dai 24 ai 216 mesi di vita, suddivise per mese di vita e per genere (Cole e Lobstein 2012).

Un'altra sezione del questionario, dedicata alle condizioni familiari dell'adolescente, include domande relative al titolo di studio dei genitori, allo status economico della famiglia, e ai beni posseduti. Come vedremo nel corso di questo capitolo, tali misure sono tutte utili a misurare lo stato socio-economico degli studenti. A tal fine, per quanto imprecisa e incompleta, è opportuno tenere presente un'ulteriore *proxy* utile a definire lo stato socio-economico: il tipo di scuola frequentata dal rispondente, dal momento che frequentare una scuola privata è solitamente correlato a uno stato socio-economico più elevato. Inoltre il questionario raccoglie una serie di variabili anagrafiche quali il genere e l'età sono tenuti in considerazione nelle analisi.

Ai fini della nostra analisi, abbiamo a disposizione i dati dei questionari condotti nel 2007, nel 2010 e nel 2014. Tale periodo risulta particolarmente interessante rispetto al fenomeno oggetto di studio, in quanto è proprio durante questi anni che una delle crisi economico-finanziarie mondiali più gravi della storia ha dispiegato i suoi effetti che potrebbero aver influenzato la relazione che c'è tra il rischio obesità e lo stato socio-economico dei ragazzi.

Il campione è composto dagli 11.623 studenti che hanno partecipato ad almeno un questionario HBSC di quelli somministrati negli anni 2007 (4.882 risposte, 42%), 2010 (3.569 risposte, 31%) e 2014 (3.172 risposte, 27%) in Lombardia. Il 51% dei rispondenti è di genere maschile mentre il 49% è di genere femminile e tali proporzioni rimangono stabili nel corso dei questionari. Il 36% frequenta la prima media al momento in cui ha risposto al questionario, il 34% frequenta la terza media e il restante 30% il secondo superiore. Non ci sono differenze significative nella distribuzione del campione tra le varie coorti nel passaggio da un questionario all'altro.

ANALISI E RISULTATI

La diffusione dell'obesità e del sovrappeso tra i giovani in Lombardia

La figura 1 mostra l'incidenza dei ragazzi obesi tra i rispondenti, divisi per genere. Il 7,2% degli studenti maschi e il 3,8% delle femmine sono obesi, per una media tra i generi del 5,6%. Come mostrato in figura 2, il problema sembrerebbe essere diminuito col tempo, soprattutto per i maschi, passati dall'8% di obesi nel 2007 al 6,3% nel 2014, ma anche per le femmine, passate dal 4% di obese nel 2007 al 3,6% nel 2014.

Figura 1. Incidenza obesità, per genere

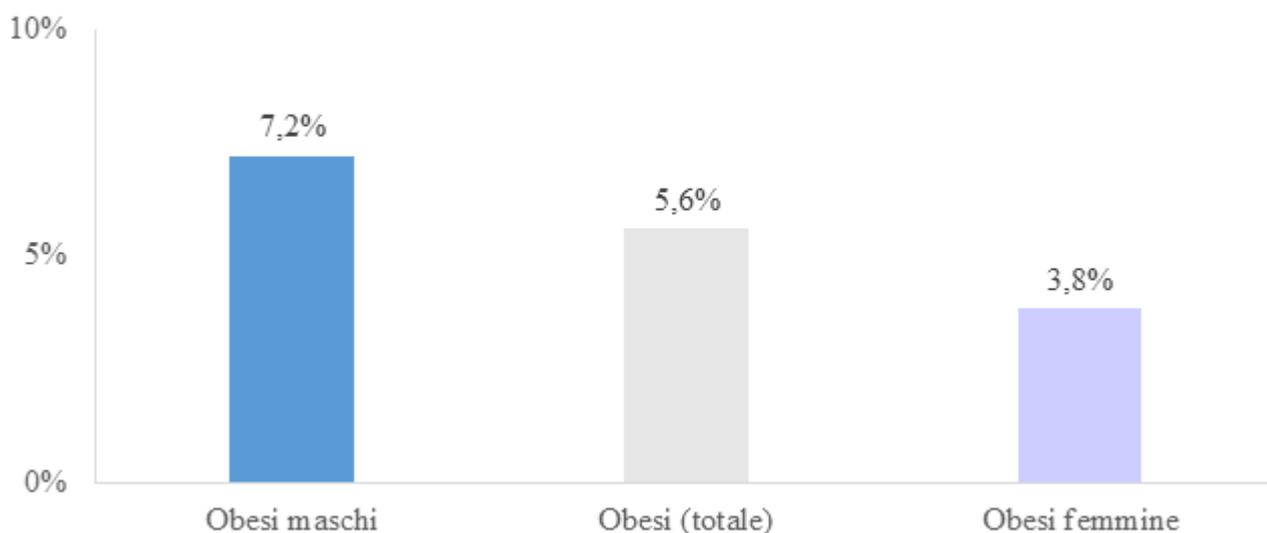
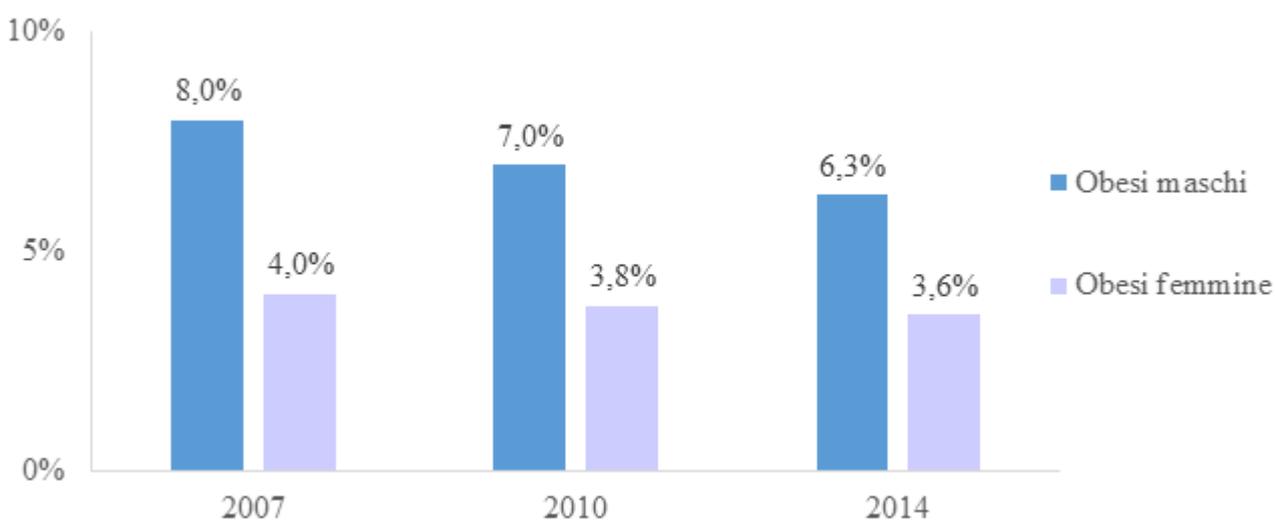


Figura 2. Evoluzione dell'incidenza obesità, per genere



Le figure 3 e 4 riportano gli stessi dati delle figure 1 e 2, ma per i ragazzi in sovrappeso. Il 22,5% dei rispondenti risulta essere in sovrappeso. Come nel caso dell'obesità, tra i ragazzi l'incidenza è più alta (27,6%) rispetto alle femmine (17%). A differenza del caso dell'obesità invece, i ragazzi in sovrappeso

sembrerebbero essere aumentati negli anni, sia tra i maschi che tra le femmine. Per quanto riguarda i primi, gli studenti in sovrappeso sono aumentati passando dal 27,1% nel 2007 al 28,7% nel 2014. Le femmine in sovrappeso erano il 15,6% nel 2007 e sono aumentate fino al 18,4% nel 2014.

Figura 3. Incidenza sovrappeso, per genere

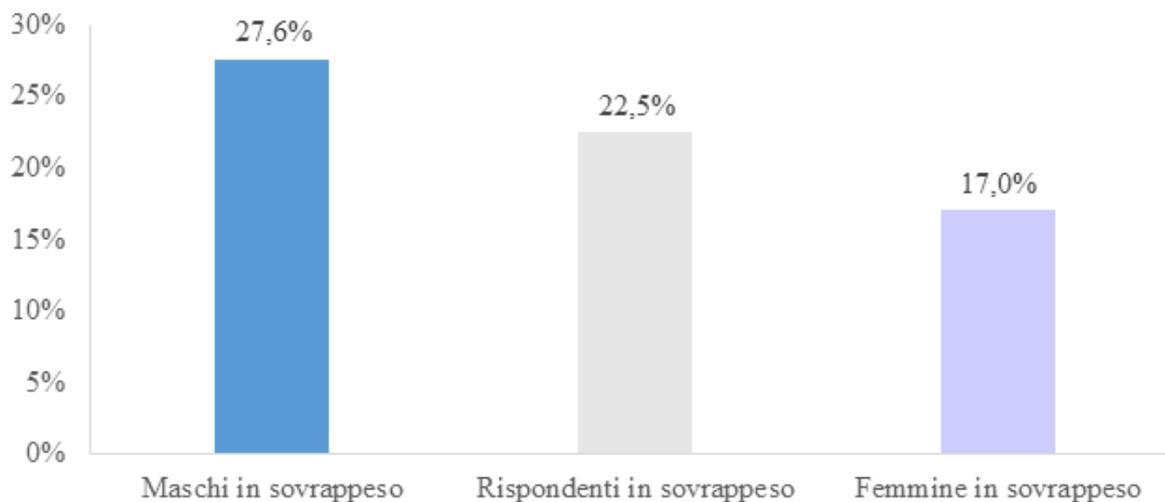
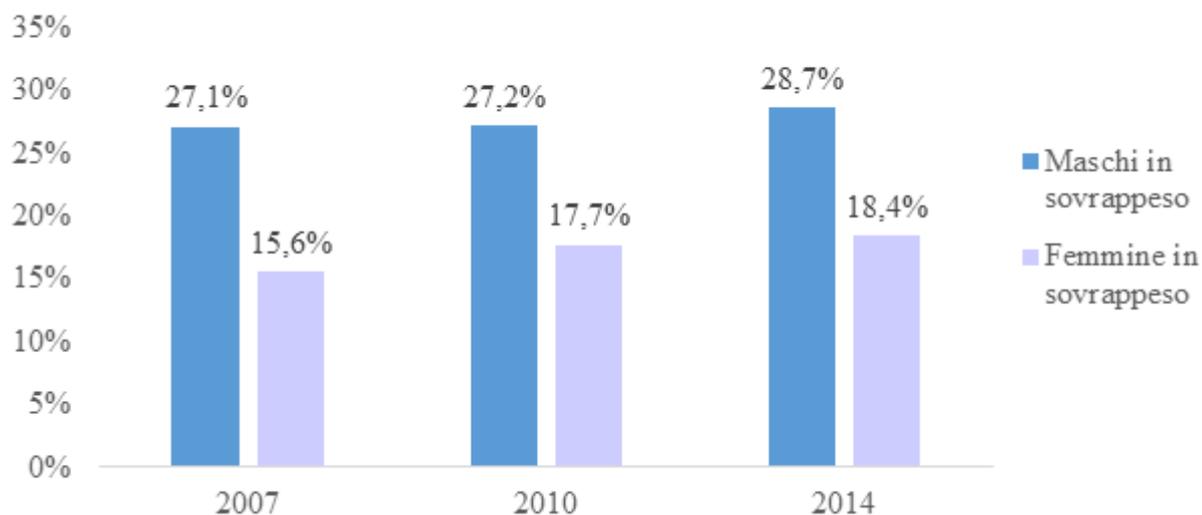


Figura 4. Evoluzione dell'incidenza sovrappeso, per genere



Considerando il problema sia dei ragazzi obesi che di quelli in sovrappeso, l'incidenza dei ragazzi a rischio è pari al 28,1%. Tra maschi e femmine esiste una differenza notevole, con i primi che hanno un'incidenza del problema pari al 34,8% e le seconde al 20,8% (figura 5). Complessivamente, nonostante il problema dell'obesità si sia ridotto, la figura 6 mostra come il rischio di essere in sovrappeso o obeso tra i giovani lombardi sia aumentato negli anni, dal 27,6% del 2007 al 28,8% del 2014. La figura 7 mostra come mentre i maschi a rischio siano rimasti pressoché stabili, passando dal 35,1% del 2007 al 35% del 2014, le femmine a rischio siano aumentate dal 19,6% del 2007 al 22% del 2014.

Figura 5. Incidenza sovrappeso e obesità, per genere

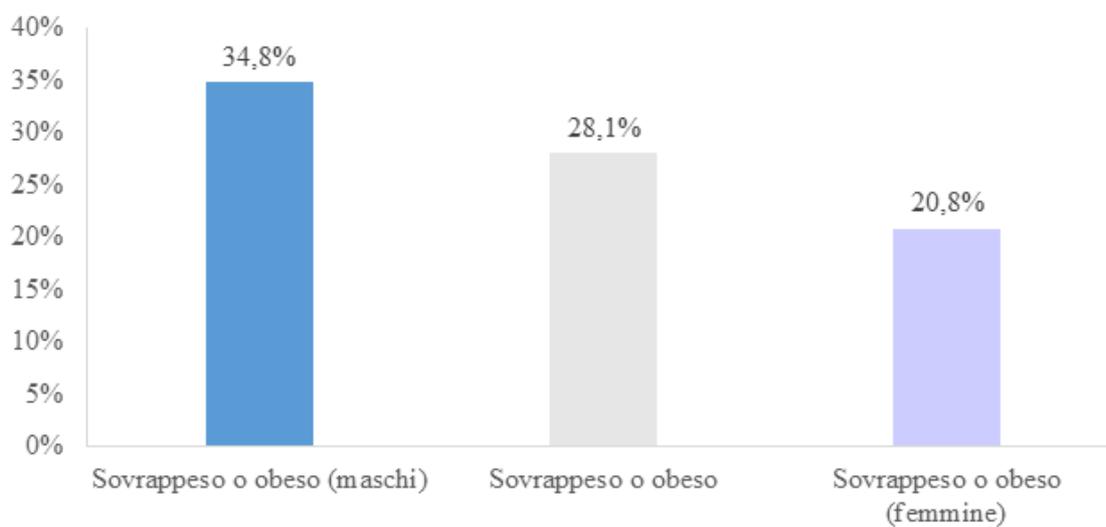


Figura 6. Evoluzione dell'incidenza sovrappeso e obesità

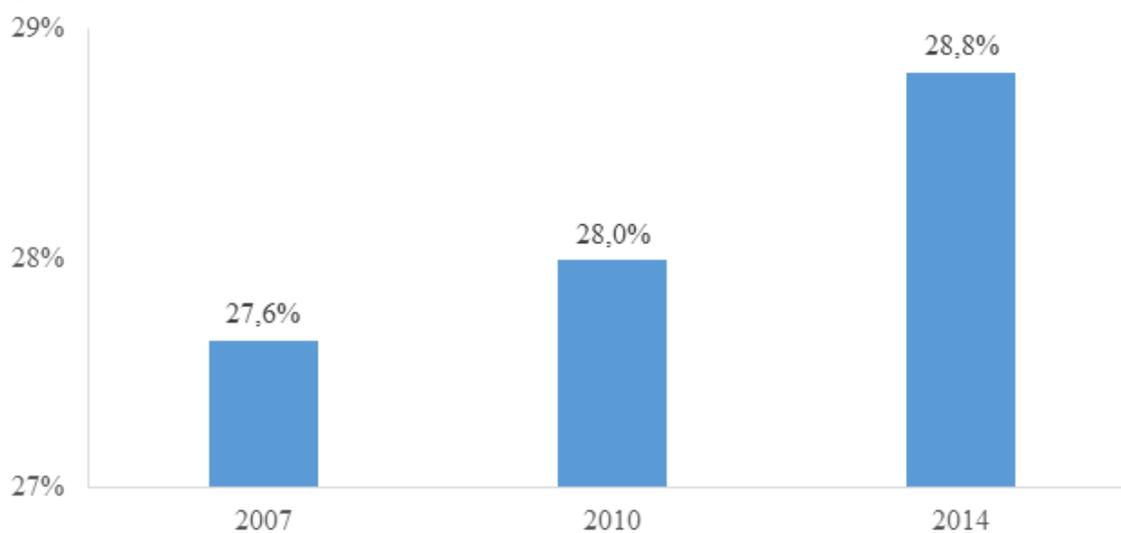
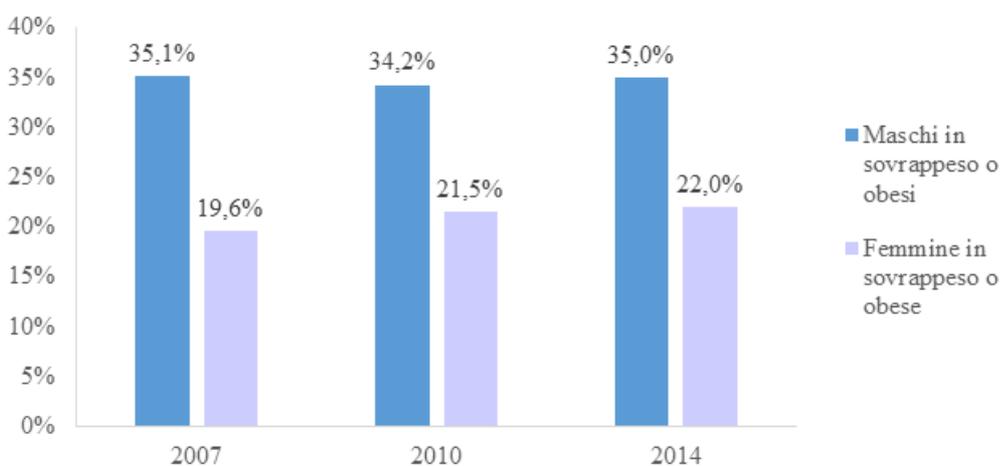


Figura 7. Evoluzione dell'incidenza sovrappeso e obesità, per genere



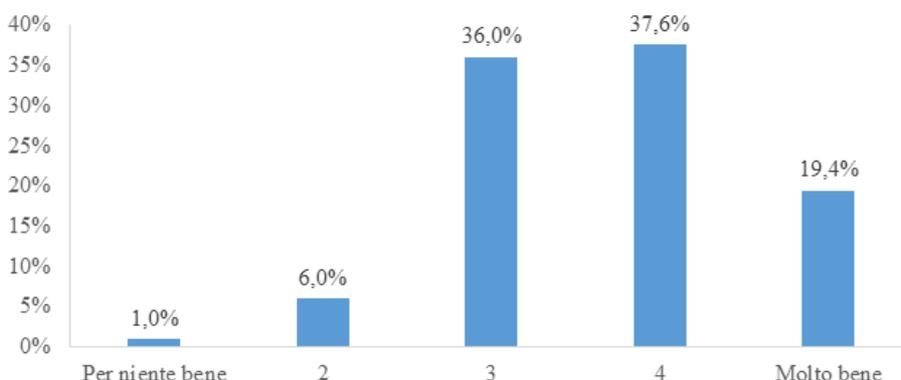
In sintesi, stando alle analisi sul campione di rispondenti HBSC, se il rischio obesità sembrerebbe essersi attenuato tra i giovani studenti della Lombardia, considerando anche il sovrappeso il problema sembrerebbe essere aumentato, soprattutto tra le ragazze.

Lo stato socio-economico dei giovani in Lombardia

Prendiamo ora in esame lo stato socio-economico dei ragazzi che può essere misurato usando i diversi indicatori disponibili nel questionario HBSC.

Una domanda del questionario misura direttamente il benessere economico (percepito) degli studenti: Quanto pensi stia bene la tua famiglia? La risposta viene data su una scala da 1 (per niente bene) a 5 (molto bene)². La figura 8 mostra le frequenze per ognuno dei 5 livelli delle risposte. Come è possibile notare, sono pochi coloro i quali percepiscono che la propria famiglia non stia “per niente bene” o “non molto bene”: solo il 7%. Nel tentativo di essere conservativi, saranno solo questi rispondenti a essere considerati appartenenti a un basso stato socio-economico nelle analisi che seguiranno. Tuttavia, prima di procedere, è bene utilizzare le altre informazioni a disposizione per mostrare come questa domanda possa essere ragionevolmente considerata una valida misura del costrutto che ci interessa, ovvero lo stato socio-economico dei ragazzi.

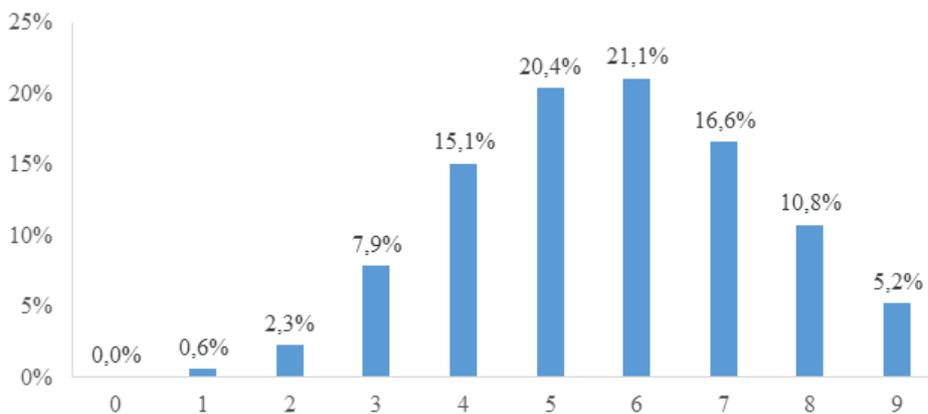
Figura 8. Risposte alla domanda sul benessere economico



Lo stato socio-economico è un costrutto molto indagato in letteratura, del quale si trovano le misure più variegata: da semplici stime basate sullo stipendio auto-dichiarato dalle persone fino a complessi indici che comprendono quante informazioni possibili riguardo, per esempio, l'istruzione, l'occupazione, la zona abitativa, il patrimonio e lo stipendio degli individui. Venendo alle informazioni a nostra disposizione, altre domande del questionario misurano «indirettamente» il benessere degli studenti, chiedendo la quantità di macchine e computer disponibili in famiglia, il numero di vacanze fatte negli ultimi 12 mesi e la disponibilità di una stanza autonoma in casa. È possibile dunque costruire una variabile sulla base di un indice “indiretto” del benessere economico dei rispondenti, peraltro precedentemente testato in letteratura (e.g., Currie et al. 1997, Currie et al. 2008, Hartley et al. 2016) e già chiamato Family Affluence Scale (FAS). La figura 9 mostra la distribuzione di tale indice, in cui 0 indica uno studente la cui famiglia non possiede né macchine né computer, che non è stato in vacanza

negli ultimi 12 mesi e che non ha una camera da letto autonoma in casa mentre 9 rappresenta uno studente la cui famiglia possiede 2 o più macchine e 2 o più computer, che ha fatto più di 2 vacanze negli ultimi 12 mesi e che possiede una camera autonoma in casa. La media della variabile FAS è circa 5,7 punti. Come si può vedere, solo il 5,2% dei rispondenti totalizza 9 punti mentre circa il 10% degli studenti inclusi nel campione presentano un punteggio inferiore a 4 punti.

Figura 8. Distribuzione della variabile FAS



A queste due misure dello stato socio-economico, ovvero la domanda “diretta” sul benessere economico percepito e la variabile FAS, è possibile aggiungere il titolo di studio dei genitori, che viene spesso utilizzata come parte del costrutto dello stato socio-economico (e.g., Meyer et al. 2014). Due domande del questionario chiedono di indicare il titolo di studio del padre e della madre del rispondente. Da queste si evince che circa il 31,1% dei ragazzi ha almeno uno dei due genitori laureati mentre il 14,7% ha entrambi i genitori laureati.

La tabella 1 mostra le relazioni tra le diverse misure di stato socio-economico identificate. La colonna 1 indica che, a parità di altre condizioni, all’aumentare di un punto di FAS (per esempio, un computer in più in famiglia) diminuisce il benessere economico percepito di 0,13 punti, nella scala da 1 a 5 mostrata sopra. Allo stesso tempo, a parità di altre condizioni, avere almeno uno dei genitori laureato diminuisce il benessere economico percepito di 0,23 punti, come indicato in colonna 2. Analisi simili sono state ripetute cambiando la variabile dipendente. Come accennato in precedenza, consideriamo come appartenenti a un basso stato socio-economico coloro che hanno risposto di percepire che la propria famiglia non stia “per niente bene” o “non molto bene”. Una variabile dummy indica quali sono questi rispondenti e viene utilizzata come variabile dipendente delle colonne 3 e 4 in tabella 1. Due regressioni logistiche rivelano che, a parità di altre condizioni, un punto aggiuntivo di FAS diminuisce la probabilità di appartenere alla categoria di basso stato socio-economico. Lo stesso accade per gli studenti con almeno uno dei due genitori laureato. Tutti i coefficienti mostrati in tabella 1 sono statisticamente significativi (p-value < 0,01).

In sintesi, la tabella 1 include una serie di indizi che rendono l’utilizzo della variabile da noi costruita, “basso stato socio-economico,” ragionevole. A questo punto abbiamo tutti gli ingredienti per condurre la nostra analisi sulla relazione tra stato socio-economico e obesità/sovrappeso.

Tabella 1. Relazione tra le misure dello stato socio-economico degli studenti

| | Variabile dipendente: benessere economico percepito | | Variabile dipendente: basso stato socio economico (odd ratio ³) | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | (1) <i>N</i> = 11.087 | (2) <i>N</i> = 11.383 | (3) <i>N</i> = 11.087 | (4) <i>N</i> = 11.383 |
| FAS | -0,13*** (0,005) | | 0,70*** | |
| Laurea almeno uno dei genitori | | -0,23*** (0,019) | | 0,66*** |

Standard error in parentesi. *** *p*-value < 0,01; ** *p*-value < 0,05; * *p*-value < 0,1

Relazione tra lo stato socio-economico e rischio obesità/sovrappeso

La tabella 2 presenta tutti i modelli analizzati. Il modello specificato in colonna 1 è il più semplice e ci indica che, controllando per genere, età e anno in cui il questionario è stato somministrato, appartenere a un basso stato socio-economico è correlato a un più alto rischio di essere obesi o in sovrappeso. Il coefficiente è statisticamente significativo (*p*-value < 0,01). Non ci sono differenze significative nel rischio obesità nei diversi anni di somministrazione del questionario. Come si poteva dedurre dalle frequenze mostrate all'inizio di questa sezione, essere di genere femminile è correlato a un più basso rischio di essere obesi o in sovrappeso, così come, a parità di altre condizioni, un anno in più di età riduce, anche se di poco, lo stesso rischio.

Il modello specificato in colonna 2 ricalca quello in colonna 1, con l'unica eccezione che viene introdotto un controllo per coloro che frequentano la scuola privata. I risultati rimangono invariati, per cui, anche controllando per il tipo di scuola frequentata, appartenere a un basso stato socio-economico è correlato a un più alto rischio di essere obesi o in sovrappeso. In linea con le aspettative, frequentare una scuola privata è correlato a un più basso rischio obesità/sovrappeso.

Il modello specificato in colonna 3 è più comprensivo ed è quello che ci preme sottolineare. Rispetto al modello specificato in colonna 2, abbiamo aggiunto una variabile dummy uguale a 1 per segnare il periodo successivo alla crisi economico-finanziaria. In sostanza, la variabile "post crisi economica" è uguale a 1 per i rispondenti che hanno partecipato al questionario del 2014. Interagendo questa variabile con quella di basso stato socio-economico è possibile testare come la relazione tra stato socio-economico e rischio obesità sia cambiata dopo la crisi. I risultati sono chiari: aggiungendo questa interazione, il coefficiente del basso stato socio-economico perde di significatività mentre l'interazione indica che appartenere a un basso stato socio-economico nel 2014 è correlato a un ben più alto rischio di essere in sovrappeso o obeso. In altre parole, sembrerebbe che tra i giovani lombardi lo stato socio-economico sia un fattore determinante il rischio obesità soltanto successivamente alla crisi economico-finanziaria.

Tabella 2. Rischio obesità/sovrappeso e stato socio-economico

Variabile dipendente: essere in sovrappeso/obeso (odd ratio)

| | (1) <i>N</i> = 9813 | (3) <i>N</i> = 9813 | (4) <i>N</i> = 9813 |
|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Basso SES | 1,37*** | 1,37*** | 1,15 |
| Post crisi economica | | | 1,00 |
| SES*Post crisi economica | | | 1,54** |
| Scuola privata | | 0,78*** | 0,78*** |
| Genere (femmine=1) | 0,49*** | 0,49*** | 0,49*** |
| Età | 0,95*** | 0,95*** | 0,95*** |
| Effetti fissi annuali | 1,01 | 1,00 | 0,98 |

*** *p*-value < 0,01; ** *p*-value < 0,05; * *p*-value < 0,1**CONCLUSIONI**

L'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente messo luce sull'allarme obesità per i ragazzi europei. Infatti, un'indagine condotta in 53 Stati, ha portato risultati decisamente preoccupanti riguardo la "forma" dei giovani europei: più del 23% dei tredicenni e ben il 33% degli undicenni risultano essere in sovrappeso. In vetta a questa classifica troviamo greci, portoghesi, irlandesi e spagnoli. In fondo, invece, vi sono gli olandesi e gli svizzeri (i giovani che sembrano essere i più magri). I ragazzi italiani si trovano nella parte alta della classifica, posizionandosi perfettamente nella media tendente a sovrappeso e obesità già prima dei 13 anni.

In questo capitolo, abbiamo utilizzato i dati dell'indagine HBSC, da un lato, per mostrare l'entità del problema dell'obesità e del sovrappeso tra i giovani studenti delle scuole lombarde e, dall'altro, per approfondire la relazione che esiste tra il rischio obesità e lo stato socio economico dei ragazzi.

Negli anni tra il 2007 e il 2014, il rischio obesità sembrerebbe essersi ridotto tra i giovani lombardi con un'età compresa tra gli 11 e i 15 anni, passando da circa il 6,1% del 2007 al 5% del 2014, con trend simili per studenti di genere maschile e femminile. Allo stesso tempo, tuttavia, il rischio di essere in sovrappeso per un giovane lombardo è aumentato, passando dal 23% del 2007 al 25,1% del 2014. Questo aumento è visibile soprattutto per le femmine, che passano da un rischio di essere in sovrappeso del 15,6% a uno del 18,4% nel periodo 2007-2014, mentre i maschi in sovrappeso, nello stesso periodo, passano dal 27,1% al 28,7%. Nel leggere questi dati, è bene tenere presente che stiamo analizzando una regione, la Lombardia, in cui la diffusione del problema dell'obesità e del sovrappeso è

molto più ridotta rispetto ad altre regioni italiane. L'indagine *OKkio alla Salute*, per esempio, mostra come il problema sia molto più diffuso nelle regioni del sud Italia.

L'analisi dei dati HBSC, inoltre, ha consentito di evidenziare come questo problema sia correlato allo stato socio economico. Diverse domande dell'indagine misurano infatti, più o meno direttamente, vari aspetti dello stato socio economico degli studenti. I risultati mostrano che i ragazzi che percepiscono un basso stato socio economico hanno un rischio obesità e sovrappeso significativamente più alto rispetto ai loro colleghi che percepiscono uno stato socio economico più elevato.

È interessante notare come ciò sia vero soprattutto nel 2014, ovvero dopo il dispiegarsi degli effetti della crisi economico finanziaria che l'Italia ha attraversato negli anni precedenti. A seguito della crisi, in sostanza, sembrerebbe essere aumentato il rischio obesità soprattutto tra gli studenti con un basso stato socio economico. Sarà interessante analizzare i dati del 2018, ultimo anno di indagine HBSC, per vedere se questo trend verrà confermato o meno, mano a mano che ci stiamo allontanando, seppur non senza fatica, dalla crisi economica di quegli anni.

Questi risultati suggeriscono dunque che lo stato socio economico sia un fattore determinante del rischio obesità e sovrappeso tra i giovani adolescenti. Si tratta di un risultato in linea con la letteratura internazionale. Tuttavia, è bene considerare la natura dei dati da cui questi risultati provengono. Il rischio di endogeneità nelle relazioni studiate per mezzo di un questionario come quello HBSC impone di essere prudenti nel trarre conclusioni riguardo a possibili relazioni causali tra due o più variabili. Siamo certamente in grado di cogliere l'intensità di correlazioni esistenti tra le variabili, ma è più difficile identificare un effetto causale che non sia in realtà distorto da altri fattori non osservati.

Nonostante i limiti inevitabili, crediamo questo lavoro possa offrire evidenze importanti per i decisori pubblici. A partire dalle evidenze emerse sulla crescita dei giovani a rischio, sovrappeso/obesità e l'impatto della crisi economica sulle fasce più deboli, il lavoro si propone di supportare lo sviluppo di politiche sanitarie e socio-sanitarie differenziate rispetto allo status socio-economico delle famiglie, con l'obiettivo di affrontare una delle più grandi sfide della salute pubblica dell'oggi e probabilmente del futuro.

Bibliografia

Beller, A. S. (1977). *Fat and thin. A natural history of obesity*. Farrar, Straus and Giroux.

Cole, T. J., e Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric obesity*, 7(4), 284-294.

Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J., e Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health education research*, 12(3), 385-397.

Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., e Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social science & medicine*, 66(6), 1429-1436.

Dinsa, G. D., Goryakin, Y., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2012). Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity reviews*, 13(11), 1067-1079.

- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., e Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The lancet*, 360(9331), 473-482.
- Eknoyan, G. (2006). A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13(4), 421-427.
- Fogel, R. W. (2004). *The escape from hunger and premature death, 1700-2100: Europe, America, and the Third World* (Vol. 38). Cambridge University Press.
- Hartley, J. E., Levin, K., e Currie, C. (2016). A new version of the HBSC Family Affluence Scale-FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS development study. *Child indicators research*, 9(1), 233-245.
- HBSC. (2018). Health Behaviour in School Aged Children Italia. World Health Organization. <http://www.hbsc.unito.it/it/index.php/lo-studio/lo-studio-hbsc.html>, ultimo accesso 20 ottobre 2018
- Meyer, K. A., Guilkey, D. K., Ng, S. W., Duffey, K. J., Popkin, B. M., Kiefe, C. I., ... e Gordon-Larsen, P. (2014). Sociodemographic differences in fast food price sensitivity. *JAMA internal medicine*, 174(3), 434-442.
- Monteiro, C. A., Moura, E. C., Conde, W. L., e Popkin, B. M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 940-946.
- Must, A., e Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International journal of obesity*, 23(S2), S2.
- Ogden, C. L., Lamb, M. M., Carroll, M. D., e Flegal, K. M. (2010). Obesity and Socioeconomic Status in Children and Adolescents: United States, 2005-2008. NCHS Data Brief. Number 51. *National Center for Health Statistics*.
- Pearce, N. (2000). The ecological fallacy strikes back.
- Roth, J., Qiang, X., Marbán, S. L., Redelt, H., e Lowell, B. C. (2004). The obesity pandemic: where have we been and where are we going?. *Obesity*, 12(S11).
- Sobal, J., e Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 105(2), 260.
- Stunkard, A. J., e Sorensen, T. I. (1993). Obesity and socioeconomic status--a complex relation.
- Wang, Y. (2001). Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *International journal of epidemiology*, 30(5), 1129-1136.
- Wang, Y., e Lobstein, T. I. M. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 1(1), 11-25.
- WHO. (2014). *Global status report on non-communicable diseases 2014*. WHO.
- WHO. (2018). Facts and figures on childhood obesity. <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>, ultimo accesso 20 ottobre 2018.
- Zhang, Q., e Wang, Y. (2004). Trends in the association between obesity and socioeconomic status in US adults: 1971 to 2000. *Obesity research*, 12(10), 1622-1632.

PRIMO STUDIO: Quali sono i fattori di rischio della cyber-vittimizzazione?

SECONDO STUDIO: Quanto conta nel contrastare l'uso di alcol il fatto di avere un buon controllo/monitoraggio da parte dei genitori e di cenare insieme in famiglia?

a cura di Lavinia Barone e Giulia Perasso

**Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento
Laboratorio di psicologia dell'Attaccamento e sostegno alla Genitorialità-LAG⁶
Università degli Studi di Pavia**

Quadro sintetico del report

Il presente report illustra due studi condotti dal Laboratorio per la Psicologia dell'Attaccamento e il Sostegno alla Genitorialità (<http://lag.unipv.it/index.php/it/>) dell'Università degli Studi di Pavia sulla base del data set HBSC 2014 di Regione Lombardia. Le aree scelte riguardano due aspetti di rilievo per i comportamenti di benessere e di rischio in adolescenza: la cyber-vittimizzazione e il consumo di alcol. In entrambi gli studi effettuati si sono considerati, all'interno del campione totale del 2014 (n=3172), i dati relativi ai ragazzi/e di 15 anni (n=906), dal momento che una delle variabili di interesse – il controllo genitoriale – è presente solo per le risposte date dai quindicenni.

La prima area indagata si riferisce al fenomeno della cyber-vittimizzazione, studiata in relazione a quanto essa si associ a esperienze di bullismo tradizionale e al controllo da parte dei genitori rispetto alle attività dei ragazzi. L'obiettivo della ricerca è capire se e come chi è coinvolto in esperienze di bullismo tradizionale, nel ruolo di bullo, vittima o in entrambi i ruoli, abbia maggiore probabilità di cadere vittima di azioni di vittimizzazione attuate attraverso internet, e come il controllo esercitato dai genitori nei confronti di ciò che i ragazzi fanno possa giocare un ruolo nel ridurre questa probabilità.

La letteratura scientifica identifica una corrispondenza di ruolo tra bullismo tradizionale e cyber-bullismo, laddove chi è vittima offline incorre in un maggiore rischio di cyber-vittimizzazione e, allo stesso tempo, chi è bullo offline ha maggiore probabilità di esserlo anche in Rete (Ybarra e Mitchell, 2004). Tuttavia, è stato anche dimostrato che talvolta le vittime di bullismo diventano bulli nel cyber-spazio passando dal ruolo di "vittime" al ruolo di "carnefici" (King et al., 2007; König et al., 2010). Un focus

⁶Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità: LAG è un Laboratorio dell'Università di Pavia che unisce ricerca scientifica, formazione, intervento e offerta di servizi per sostenere il benessere di bambini, adolescenti e famiglie. Conduce attività scientifica di ricerca nell'ambito dello sviluppo socio-emotivo tipico e atipico e offre prestazioni conto terzi all'utenza che richiede valutazioni e/o interventi rivolti alla famiglia e ai suoi componenti. Effettua consulenze giuridiche nei casi di separazioni, affidamenti o altri procedimenti riguardanti la famiglia. Svolge inoltre attività di formazione in sede, presso la committenza e in forma di e-learning.

fondamentale della presente ricerca è dunque comprendere come i ruoli assunti in dinamiche di bullismo tradizionale possano determinare la possibilità di subire cyber-bullismo durante l'adolescenza. Oltre all'approfondimento del ruolo assunto in dinamiche di bullismo tradizionale, la ricerca mira a indagare se il livello di controllo genitoriale esercitato influenzi la possibilità di incorrere in cyber-vittimizzazione da parte dell'adolescente. Infatti, il controllo genitoriale, inteso come una forma di supervisione non-coercitiva, può contrastare in modo efficace comportamenti di rischio quali consumo di sostanze e delinquenza (Kerr e Stattin, 2000), poiché favorisce lo scambio comunicativo tra adolescente e adulto (Keijsers, 2016; Meeus, 2016). La letteratura, a questo proposito, ha dimostrato che sono proprio gli adolescenti provenienti da famiglie con bassi livelli di monitoraggio da parte dei genitori e carenti in termini di regole, ad avere maggiore probabilità di essere coinvolti in dinamiche di bullismo tradizionale e virtuale (Hemphill e Heerde, 2014; Ybarra e Mitchell, 2004). Questo studio ha inoltre voluto capire se sussista un'associazione tra genere e cyber-bullismo subito, ossia se ragazze e ragazzi abbiano probabilità di rischio diverse rispetto alla possibilità di cadere vittime di fenomeni di umiliazione, minaccia o altre forme di aggressione attuate per via informatica. Il dibattito scientifico su differenze di genere e ruoli nel cyber-bullismo risulta aperto (Bartlett e Coyne, 2014; Perasso e Barone, 2018). Ad oggi, la ricerca ha evidenziato che i maschi sono coinvolti più spesso come attori attivi di bullismo e cyber-bullismo delle femmine (Katzner et al., 2009; Schultze-Krumbhölz et al., 2015; Baldry et al., 2017), mentre le loro coetanee risultano più spesso coinvolte come cyber-vittime (Aboujaoude et al., 2015; Navarro et al., 2013; Baldry et al., 2017; Zych et al., 2016; Alvarez-Garcia et al., 2017).

L'analisi effettuata, con i relativi risultati, ha consentito di definire quali siano gli adolescenti maggiormente a rischio di subire bullismo tramite i media digitali. Alla luce di fattori relativi al comportamento individuale (essere implicati in dinamiche di bullismo tradizionale), al genere, e alla famiglia (il livello di controllo esercitato dai genitori), è stato possibile definire un profilo di rischio. Sono cioè gli adolescenti con pregresse esperienze di bullismo tradizionale, sperimentato come vittime e allo stesso tempo agito, ad essere maggiormente a rischio di cyber-vittimizzazione, con probabilità maggiore qualora dispongano di un background familiare con bassa supervisione da parte di entrambi i genitori e qualora siano di genere femminile.

La seconda area di ricerca approfondita riguarda il consumo di alcol da parte degli adolescenti. In questo caso, l'indagine si è focalizzata sulle differenze di genere e su due fattori che sono presenti nelle famiglie dei ragazzi: il controllo dei genitori rispetto alle loro attività in termini di consapevolezza rispetto ai loro comportamenti, alle loro amicizie e ai luoghi frequentati nel tempo libero e la frequenza con cui questi ultimi prendono parte alle cene in famiglia. Nella presente ricerca è stato attribuito un focus mirato al genere dei genitori per indagare se ci sia, o meno, una corrispondenza tra il livello di controllo esercitato da madre o padre, e il genere del figlio/della figlia adolescente. L'obiettivo della ricerca è comprendere se il livello di controllo genitoriale di madre e padre modifichi – riducendola - la frequenza di consumo di alcol da parte di ragazzi e ragazze, e se la frequenza delle cene in famiglia possa rinforzare il livello di controllo genitoriale nell'azione di contrasto al consumo della sostanza.

La scelta di impostare la nostra indagine a partire dalle differenze di genere è basata su statistiche nazionali (ISTAT, 2016), che evidenziano come nella fascia 11-15 anni i maschi risultino consumatori più assidui di alcol delle femmine, dato interpretabile alla luce di una più lenta maturazione delle regioni cerebrali deputate all'inibizione, e di una maggiore attribuzione valoriale all'alcol in contesti di socializzazione (Schultze et al., 2009). Secondo la letteratura scientifica, il controllo genitoriale può contrastare la frequenza con cui l'adolescente consuma alcol (Strunnin et al., 2015; Carrol et al., 2016; Yap et al., 2017), seppur sussistano differenze di genere nella percezione della supervisione da parte dei genitori. Le ragazze percepiscono infatti un controllo più alto dei ragazzi da parte dei genitori (Strunnin et al., 2015), in particolar modo da parte delle madri, mentre i maschi percepiscono di più il controllo paterno (Okulicz-Kozaryn, 2011). Negli ultimi decenni la ricerca scientifica ha individuato nella frequenza di partecipazione alle cene in famiglia un ulteriore fattore di protezione rispetto al consumo di alcol. Il dibattito scientifico è aperto: da una parte un ampio filone di studi supporta l'efficacia della partecipazione assidua alle cene in famiglia per contrastare i comportamenti a rischio e favorire quelli salutari (Eisenberg et al., 2004; Levin et al., 2011; Utter et al., 2013); dall'altra parte, come emerge da rassegne della letteratura, molti studi contrastano questo risultato (Goldfarb et al., 2017) che potrebbe essere invece dovuto all'influenza di altre variabili. Dai nostri risultati è emerso che sono i ragazzi a consumare più frequentemente alcol, in particolare qualora il controllo genitoriale di madre e padre sia basso. La nostra ricerca conferma la corrispondenza tra il genere del genitore e del figlio nel livello di controllo esercitato poiché le madri controllano di più le figlie e i padri i figli. È risultato anche che le cene in famiglia non influenzino l'associazione tra controllo genitoriale e consumo di alcol, sia per le ragazze che per i ragazzi.

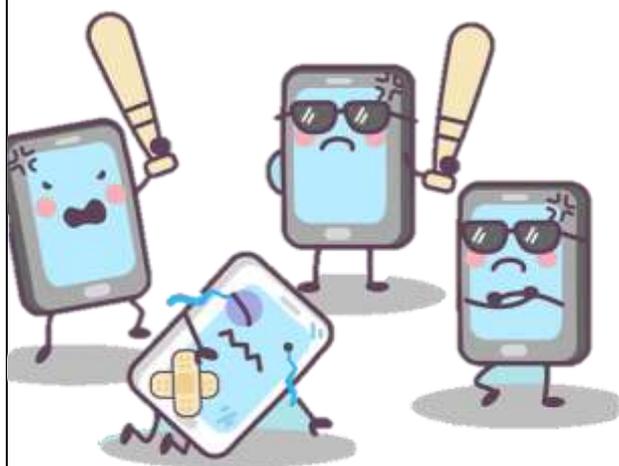
Chiude il report l'indicazione sulle direzioni future su cui questo gruppo di ricerca sta lavorando in collaborazione con l'Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano (Laboratorio epidemiologia degli stili di vita diretto dal Prof. Silvano Gallus e il laboratorio di Informatica Medica diretto dal Prof. Eugenio Santoro); l'indagine in corso ha come obiettivo di capire come l'abuso o uso scorretto dell'alcol si colleghi a una serie di variabili in interazione tra di loro. Tra tali variabili sarà preso in considerazione anche l'utilizzo improprio dei media digitali. In questo caso i dati che saranno analizzati coinvolgeranno i dataset di HBSC 2011-2014 e 2018, con le risposte dei ragazzi più piccoli e più grandi (rispettivamente 11, 13 e 15 anni). In tale collaborazione, il contributo del Laboratorio per la Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità sarà quello di analizzare ed interpretare le variabili familiari (supporto, comunicazione, controllo genitoriale) sottese al consumo di alcol da parte degli adolescenti.

PRIMO STUDIO

Quali sono i fattori di rischio della cyber-vittimizzazione?

Il presente paragrafo presenta lo studio intitolato “*What matters for cyber-victimization occurrence? The role of offline bullying and parental control in adolescence*” che sarà sottomesso alla rivista scientifica “*Journal of Research on Adolescence*” nel mese di Ottobre 2018.

Bullismo e cyber-bullismo, in cosa sono diversi?



Bullismo e cyber-bullismo, gli elementi salienti e le differenze: Mentre il bullismo è una forma di aggressività (fisica o verbale) caratterizzata da elementi quali l'intenzionalità delle azioni violente, la sistematicità reiterativa, la presenza di astanti, e l'asimmetria del rapporto tra vittima e perpetratore, l'elemento saliente del cyber-bullismo è l'assenza di interazione diretta. Il cyber-spazio favorisce infatti la depersonalizzazione della vittima e la de-responsabilizzazione del perpetratore, in una dimensione anonima e asincrona. Potenzialmente, nel cyber-bullismo gli astanti sono un pubblico senza confini, ovvero gli utenti dei Social Network. Secondo Willard (2007),

ci sono diverse forme di cyber-bullismo: il *flaming* (invio messaggi online violenti al fine di suscitare lo scontro), l'*harassment* (molestia), *denigration* (screditare la reputazione), *impersonation* (o furto di identità online), *exposure* (divulgazione di informazioni o foto private), *trickery* (inganno per condividere informazioni personali), *exclusion* (esclusione della vittima da un gruppo), *cyber-stalking* (persecuzione sistematica).

Perché studiare la cyber-vittimizzazione?

Il cyber-bullismo rappresenta un tema scientifico di grande attualità poiché il progresso tecnologico ha ridisegnato il campo d'azione del bullismo, mettendo in luce l'importanza e la crescente affermazione del fenomeno (Olweus, 2012), soprattutto per quanto riguarda l'uso dello stesso all'interno della popolazione adolescenziale. Il cyberbullismo presenta caratteristiche specifiche: mentre il bullismo prevede l'elemento della reiteratività del comportamento per poter essere definito tale, non esiste pieno consenso circa l'essenzialità dell'elemento ripetizione per definire un atto come connotato da

cyberbullismo, in quanto il mezzo offerto dalla Rete rende il concetto più sfumato e soggetto a più dimensioni (Baldry et al., 2017). Inoltre, la garanzia di anonimato offerta da Internet porta gli adolescenti ad esprimersi online in modo più spregiudicato e aggressivo di quanto farebbero nelle interazioni di persona (Ybarra e Mitchell, 2004). La ricerca ha delineato diverse conseguenze del cyberbullismo sulla salute biopsicosociale degli individui che ne cadono vittima, che riportano di soffrire di sintomi depressivi, somatici e internalizzanti (Vieno et al., 2014; Holfeld e Sukhawathanakul, 2017) e un abbassamento del livello di salute individuale percepito (Schneider et al., 2012; Wang et al., 2011). Confrontando l'impatto del bullismo online sulla salute delle vittime con gli effetti del bullismo nella vita reale, Wang e collaboratori (2011) hanno dimostrato che in termini di sintomi depressivi e ansiosi (in particolare ansia sociale) il primo si associa a una maggiore minaccia per la salute.

Lo studio condotto nasce con l'obiettivo generale di delineare quali fattori siano salienti per determinare profili di rischio in adolescenza rispetto alla cyber-vittimizzazione. Più precisamente, si indaga l'associazione statistica della frequenza di cyber-bullismo subito con il livello di controllo genitoriale percepito dall'adolescente, il genere dell'individuo e il grado di coinvolgimento in dinamiche di bullismo tradizionale, con particolare attenzione quindi al ruolo assunto (vittima o bullo) e all'eventuale sovrapposizione di ruoli (vittima e bullo).

Riportiamo qui di seguito le scelte operative inerenti le variabili considerate. In primo luogo, all'interno dell'ampia costellazione di fattori inerenti la famiglia e la qualità della relazione genitore-figlio adolescente, il controllo genitoriale è ritenuto di importanza cruciale per le finalità della presente ricerca, poiché esso è stato definito e misurato, dal punto di vista dell'adolescente, come l'attenzione del genitore rispetto ai comportamenti del figlio/della figlia in più domini della quotidianità (Dishion and McMahon, 1998). Con controllo genitoriale, dunque, non si intende una forma coercitiva di sorveglianza ad opera del genitore rispetto ai comportamenti del figlio, ma un fattore utile a descrivere la qualità della relazione considerando il grado di consapevolezza del genitore rispetto, ad esempio, alle amicizie del figlio, ai luoghi frequentati e al suo modo di spendere il denaro. Essere infatti consapevoli del comportamento del proprio figlio nei tempi e negli spazi extra-scolastici e extra-domestici, fa sì che il genitore sia al corrente con maggiore facilità di comportamenti di rischio ed eventuali esperienze spiacevoli vissute dall'adolescente. Per questo, tale forma di supervisione si è dimostrata efficace nel contrastare dipendenze, delinquenza e comportamenti a rischio in adolescenza (Kerr e Stattin, 2000), promuovendo un ruolo attivo del genitore nel determinare il benessere del figlio e favorendo una maggiore apertura comunicativa spontanea tra adolescente e adulto (Keijsers, 2016; Meeus, 2016). Per quanto riguarda specificamente la regolazione dell'uso della Rete, è stato dimostrato che il controllo genitoriale in senso non-coercitivo è più efficace della restrizione rispetto alle ore passate online e del tracciamento della navigazione da parte dei genitori (Khurana et al., 2015; Meter e Bauman, 2018). Considerando il rapporto con la Rete e il controllo genitoriale nella cornice delle regole e della gestione interna della famiglia, è stato anche evidenziato che sono proprio gli adolescenti provenienti da ambienti familiari con bassi livelli di monitoraggio e carenti in termini di regole su più ambiti della

quotidianità, ad essere maggiormente esposti al rischio di coinvolgimento in dinamiche di bullismo e di cyber-bullismo (Hemphill e Heerde, 2014; Ybarra e Mitchell, 2004).

Per quanto riguarda il ruolo con cui l'individuo è coinvolto in dinamiche di cyber-bullismo, come soggetto attivo o passivo, occorre sottolineare alcuni aspetti inerenti le differenze di genere, portati alla luce dalla ricerca recente. Sebbene il dibattito scientifico sia aperto e non si possa asserire una prevalenza di genere certa rispetto ai ruoli assunti dai ragazzi e dalle ragazze in dinamiche di cyber-bullismo (Bartlett e Coyne, 2014), ad oggi, la letteratura evidenzia una sostanziale differenza di genere rispetto ai comportamenti aggressivi e ai ruoli: i maschi infatti sono coinvolti più frequentemente nel cyber-bullismo come perpetratori (Katzer et al., 2009; Schultze-Krumbholz et al., 2015; Baldry et al., 2017), mentre le coetanee risultano più spesso subire le nuove forme di bullismo digitale, come la ricezione di insulti o la diffusione di foto e contenuti personali (Aboujaoude et al., 2015; Navarro et al., 2013; Baldry et al., 2017; Zych et al., 2016; Alvarez-Garcia et al., 2017).

Perché i maschi sono più spesso cyber-bulli?

Cyber-bullismo e differenze di genere

Recenti evidenze scientifiche sottolineano che il cyber-bullismo è agito in prevalenza da maschi adolescenti rispetto alle coetanee che tendono, invece, ad essere più spesso cyber-vittimizzate. Questo dato è stato interpretato alla luce di differenze tra maschi e femmine nella capacità di provare empatia, intesa come capacità di sintonizzazione con i vissuti dell'altro, in termini di pensieri (empatia cognitiva) ed emozioni (empatia affettiva). Secondo recenti studi i maschi, meno empatici delle femmine, risultano agire più spesso come cyber-bulli proprio perché meno abili nell'immedesimarsi e sintonizzarsi con la sofferenza altrui (Topcu et al. 2012; Del Rey et al., 2016). Un'altra possibile spiegazione della differenza tra ragazzi e ragazze nel cyber-bullismo agito è data dal fatto che sono i maschi a praticare più di sovente bullismo faccia a faccia, che descrive una propensione alla continuità tra comportamenti aggressivi offline e online (Baldry et al., 2017). In che modo i ragazzi praticano cyber-bullismo più delle ragazze? Il cyber-bullismo presenta differenti dimensioni e studi sulle differenze di genere nella modalità di azione di comportamenti cyber-aggressivi rivelano che i maschi attuano cyber-bullismo nella forma di denigrazione, outing di contenuti privati, insulti e intimidazioni.



Come ulteriore e doverosa premessa rispetto alle variabili considerate, si precisa che la ricerca ha considerato l'ipotesi di una continuità tra vittimizzazione e cyber-vittimizzazione e tra bullismo e cyber-bullismo. La continuità di ruolo è stata confermata scientificamente (Ybarra e Mitchell, 2004), ma sono

emerse ulteriori evidenze degne di nota. In particolare, poiché il cyber-spazio costituisce un luogo protetto dall'anonimato e dalla distanza fisico-temporale (Kowalski e Limber, 2007), dove gli adolescenti si esprimono in modo più disinibito che nelle interazioni reali (Ybarra e Mitchell, 2004), molto spesso le vittime di bullismo diventano a loro volta bulli online diventando da perseguitati i persecutori (King et al., 2007; König et al., 2010). Da tale dato sorge dunque un importante interrogativo: la corrispondenza tra ruoli assunti nel bullismo tradizionale e ruoli assunti nel cyber-bullismo è diretta? Ossia chi partecipa ad episodi di bullismo, come soggetto attivo e/o passivo, è più esposto a partecipare anche al bullismo attuato attraverso la Rete?

Lo studio

Obiettivi e domande di ricerca

L'obiettivo portante dello studio è stata l'analisi dei fattori associati alla cyber-vittimizzazione, indagando il controllo esercitato dai genitori e il coinvolgimento individuale nel bullismo tradizionale.

In particolare, si è voluto esplorare se e come i ruoli assunti nel bullismo tradizionale siano gli elementi decisivi per fare esperienza di cyber-vittimizzazione, controllando gli effetti confondenti della variabile genere e del controllo genitoriale.

- Al netto delle differenze tra maschio e femmina e al netto delle differenze tra i diversi livelli di controllo esercitati dai genitori nei confronti dei loro figli, quanto il coinvolgimento nel bullismo porta un giovane a diventare con maggiore probabilità anche vittima di episodi di prepotenza/bullismo attuati attraverso la Rete?

In secondo luogo, per capire meglio cosa conti per diventare vittime di cyber-bullismo, si è voluto analizzare il ruolo svolto dal livello di controllo esercitato dai genitori e, inoltre, da fattori aggiuntivi di rischio quali l'essere maschio piuttosto che femmina, e il ruolo assunto nel bullismo tradizionale (bullo vs. vittima).

- È plausibile pensare che essere femmina, e avere un basso livello di controllo da parte dei genitori nei confronti delle proprie attività extrascolastiche e extradomestiche esponga maggiormente al rischio di venire bullizzati via internet?
- E se inoltre si è già fatto esperienza di episodi di bullismo, questo conta?

Il campione considerato

Lo studio ha considerato 906 adolescenti le cui risposte sono raccolte nel database "HBSC Lombardia 2014" (49% Maschi, età media = 16.02, anni DS=2.4) della fascia di età 15 anni. I motivi che hanno determinato questa scelta operativa sono legati alle ipotesi dello studio: poiché il ruolo esplicativo della variabile controllo genitoriale è stato fondamentale ai fini degli obiettivi dello studio e relative analisi implementate, le fasce 11 e 13 anni sono state escluse in quanto gli item inerenti il controllo dei genitori non sono stati somministrati a tutte le fasce d'età ma solo ai più grandi.

A livello descrittivo, il campione si presenta costituito principalmente da adolescenti di status socioeconomico familiare medio, con origine e cultura in maggioranza italiana. Il campione presenta status socioeconomico così distribuito: 12.6% dei partecipanti riporta status socioeconomico basso 40,4% medio-basso, 34.4% medio-alto, 10,9% alto. Inoltre, il campione considerato comprende partecipanti di origine italiana per l'84%, con un 6.2% di famiglie con un genitore Italiano, un 3% di famiglie straniere di seconda generazione, un 5.2% di famiglie straniere di prima generazione e un 1.4% di altri casi non rientranti nelle precedenti categorie (dati mancanti=0.2%).

Le misure

Per analizzare cosa i ragazzi hanno riportato rispetto all'essere stati coinvolti in episodi di cyber-vittimizzazione si sono analizzate le risposte date alle due domande del questionario sulla frequenza di cyber-vittimizzazione sperimentata nella forma verbale (insulti via chat, pagine Internet e altre forme di messaggistica) e nella forma di diffusione di foto (senza il consenso della vittima). Le risposte alla domanda relativa prevedeva un punteggio ordinato da 1=mai a 5=più volte settimanalmente. Data la correlazione significativa tra i due item ($r=.33$, $n=892$, $p<.001$), è stata calcolata una media comprensiva della frequenza ai due item per misurare la cyber-vittimizzazione subita, ossia sono stati considerati insieme sia gli episodi in cui il ragazzo/a ha subito fenomeni di bullismo in forma verbale (insulti, minacce etc. via rete) sia in forma di diffusione di dati o foto implicanti episodi che la vittima non avrebbe voluto diffondere.

Il coinvolgimento nel bullismo tradizionale è stato invece misurato analizzando le risposte date a due domande che indagavano con quale frequenza gli episodi erano accaduti sia nel ruolo di chi esercita l'atto di bullismo/prepotenza sia nel ruolo di vittima dello stesso (con risposte ordinate da 1=mai a 5=più volte alla settimana). Sulla base della frequenza delle attività di perpetrazione e vittimizzazione sono state ricavati indici dicotomici di coinvolgimento come vittime e come bulli e, in seguito, una categorizzazione dicotomica tra soggetti coinvolti e soggetti non coinvolti in bullismo tradizionale.

Per quanto riguarda il controllo genitoriale, inteso come la percezione di consapevolezza dei genitori percepita dall'adolescente rispetto alle sue amicizie, al denaro speso, al tempo libero sono stati utilizzati gli item tratti dalla sottoscala di controllo inclusa nello strumento Parental Monitoring genitoriale di Stattin e Kerr (2000). Le risposte sono state ordinate da 1=alto controllo a 4=il genitore non è presente (es. *Tua madre/tuo padre sa chi sono i tuoi amici?* 1= lo sa molto 2= lo sa poco 3= non lo sa affatto 4= non ho questa persona). Presentando le misure di controllo genitoriale una buona coerenza interna (controllo materna: $\alpha=.80$; controllo paterno: $\alpha=.89$) e data la correlazione significativa tra le misure di controllo dei due genitori ($r=.457$, $n=848$, $p=.00$), è stata computata la media per considerare il controllo genitoriale complessivo esercitato dall'ambiente familiare dell'adolescente.

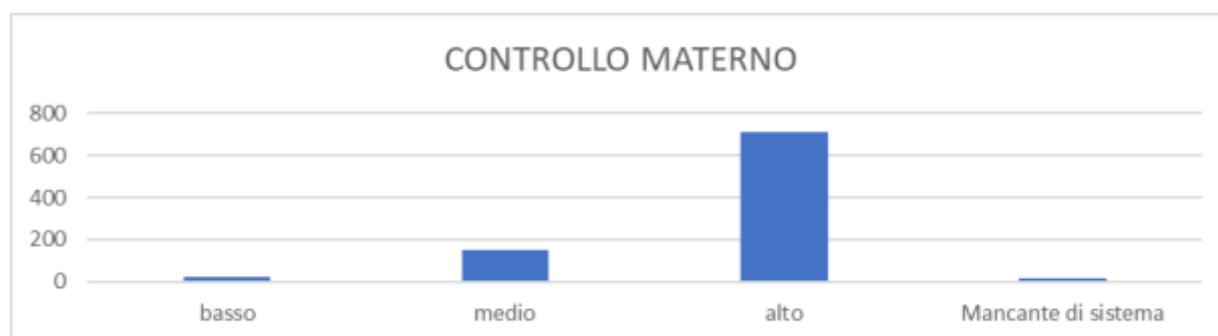
Statistiche descrittive

Vediamo ora come hanno risposto i ragazzi alle singole variabili e domande di cui ci stiamo occupando.

Se e quanto la madre conosce e sa delle attività e tempo libero speso dai figli al di fuori delle attività scolastiche e domestiche?

Il controllo genitoriale è misurato come il grado con cui l'adolescente sente che i genitori conoscono e regolano alcuni domini della sua quotidianità (le sue amicizie, il denaro speso, i luoghi frequentati nel tempo libero, ecc.). All'interno della survey l'indice è stato computato a partire dalla sottoscala di controllo tratta dallo strumento di Monitoring genitoriale di Stattin e Kerr (2000). La maggior parte degli adolescenti nella fascia 15 anni (78% su un totale di n=906) riferisce di percepire alto controllo da parte della figura materna (Figura 1). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p < .05$) tra maschi ($M=2.5$) e femmine ($M=2.6$) nella percezione del controllo materno, più alta per le femmine.

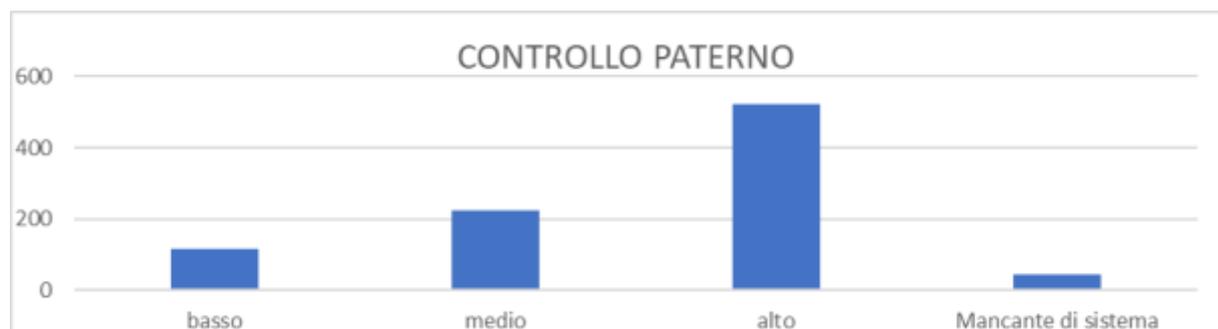
Figura 1



Se e quanto il padre conosce e sa delle attività e tempo libero speso dai figli al di fuori delle attività scolastiche e domestiche?

Allo stesso tempo, la maggior parte degli adolescenti nella fascia 15 anni (su un totale di n=906) riferisce di percepire alto controllo da parte della figura paterna (Figura 2). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p < .001$) tra maschi ($M=2.4$) e femmine ($M=2.3$) nella percezione del controllo paterno, più bassa per le femmine.

Figura 2



Le femmine si sentono quindi più controllate dalle madri e i maschi dai padri, ossia ritengono che siano rispettivamente le madri o i padri a conoscere di più come passano il loro tempo fuori da casa e da scuola.

Bullismo subito

Nella survey HBSC 2014, il bullismo subito dall'adolescente è stato misurato attraverso un item di frequenza ("Quante volte hai subito atti di bullismo a scuola nell'ultimo paio di mesi?", con risposte ordinate da 1= non sono stato oggetto; 2= una volta o due; 3= due o tre volte al mese; 4= una volta alla settimana; 5= più volte alla settimana). La maggior parte degli adolescenti nel campione 15 anni (90,4% su un totale di n=906) riferisce di non aver mai subito bullismo a scuola negli ultimi 2 mesi (Figura 3). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p<.05$) tra maschi ($M=1.12$) e femmine ($M=1.16$) nella frequenza di bullismo subito, più assidua per le femmine.

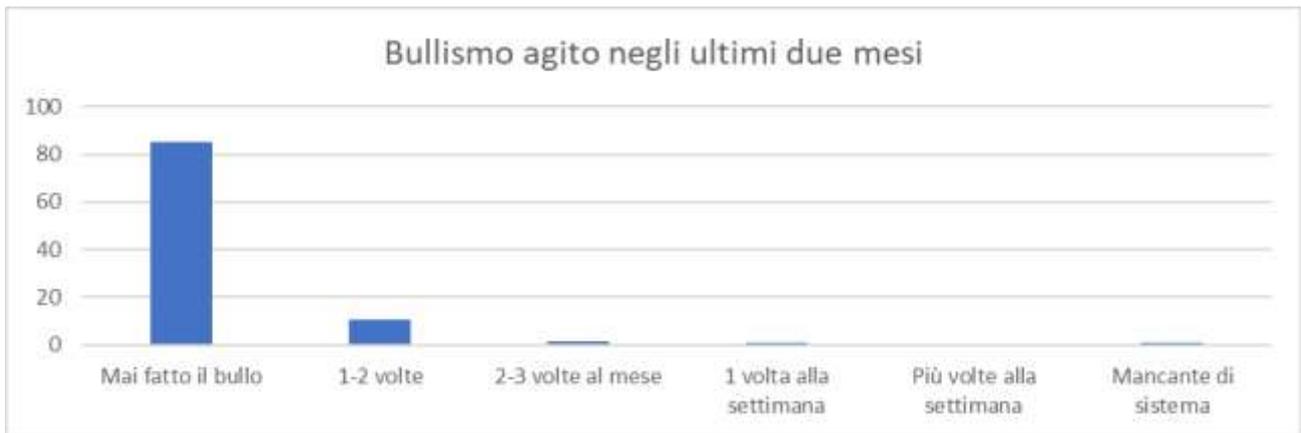
Figura 3



Bullismo agito

Nella survey HBSC 2014, il bullismo agito dall'adolescente è stato misurato attraverso un item di frequenza ("Quante volte hai Partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola nell'ultimo paio di mesi?" Con risposte ordinate da 1= non ho fatto il bullo nell'ultimo paio di mesi; 2= una volta o due; 3= due o tre volte al mese; 4= circa una volta a settimana; 5= più volte a settimana). La maggior parte degli adolescenti nella fascia 15 anni (85,4% su un totale di n=906) riferisce di non aver mai partecipato ad atti di bullismo a scuola negli ultimi 2 mesi ai danni di un compagno (Figura 4). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p<.001$) tra maschi ($M=1.12$) e femmine ($M=1.15$) nella frequenza di bullismo agito, più assidua per i maschi.

Figura 4



Cyber-vittimizzazione (offese)

Nel survey HBSC 2014, il cyberbullismo subito dall'adolescente nella forma di offese ricevute online è stato misurato attraverso un item di frequenza (*"Quante volte hai subito cyberbullismo come insulti via chat, computer, sms, bacheca?"*; con risposte ordinate da 1= non sono stato oggetto di bullismo in questo modo; 2= una volta o due; 3= due o tre volte ogni mese; 4= circa una volta a settimana; 5= più volte a settimana). La maggior parte degli adolescenti nella fascia 15 anni (92,6% su un totale di n=906) riferisce di non aver mai partecipato subito bullismo sottoforma di insulti online negli ultimi 2 mesi (Figura 5). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p < .05$) tra maschi ($M=1.05$) e femmine ($M=1.12$) nella frequenza di cyber-vittimizzazione via insulti, più assidua per le femmine.

Figura 5



Cyber-vittimizzazione (diffusione non autorizzata di foto)

Il cyberbullismo subito dall'adolescente nella forma di diffusione di foto personali online è stato misurato attraverso un item di con risposte ordinate da 1= non sono stato oggetto di bullismo in questo modo; 2= una volta o due; 3= due o tre volte ogni mese; 4= circa una volta a settimana; 5= più volte a settimana. Il 93% (su un totale di n=906) riferisce di non aver mai partecipato subito bullismo sottoforma di diffusione di foto online negli ultimi 2 mesi (Figura 6). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p < .05$) tra maschi ($M=1.06$) e femmine ($M=1.09$) nella frequenza di cyber-vittimizzazione via diffusione di foto, più assidua per le femmine.

Figura 6



Analisi statistiche

È stata effettuata un'analisi della co-varianza che ci ha permesso di rilevare che il fattore maggiormente in grado di predire la probabilità che hanno gli adolescenti di essere cyber-vittimizzati è aver subito e praticato (in entrambi i ruoli quindi) il bullismo faccia a faccia. Questo risultato è stato ottenuto controllando gli effetti confondenti della variabile controllo genitoriale e del genere. Infatti, data la letteratura pregressa a proposito di genere e cyber-bullismo, così come quella inerente controllo genitoriale e comportamenti di rischio, si è voluto analizzare l'importanza del ruolo assunto nel bullismo tradizionale sul determinare la probabilità di essere cyber-vittimizzati, al di là dell'influenza di queste variabili.

Al fine di approfondire la nostra indagine, abbiamo condotto un'analisi di moderazione per verificare se il livello di controllo genitoriale riduca la frequenza di cyber-vittimizzazione e quali fattori possano influenzare questa relazione tra variabili. Come moderatori sono stati considerati il genere e il coinvolgimento nel bullismo tradizionale. Il modello è risultato statisticamente significativo, evidenziando che alti livelli di controllo genitoriale possono abbassare la frequenza degli episodi cyber-vittimizzazione. Tuttavia, su tale relazione impattano significativamente i due moderatori considerati: il genere, poiché essere femmina aumenta la probabilità di cyber-vittimizzazione e il coinvolgimento nel bullismo tradizionale, che aumenta anch'esso la probabilità di cyber-vittimizzazione tanto più la partecipazione in dinamiche di bullismo è frequente.

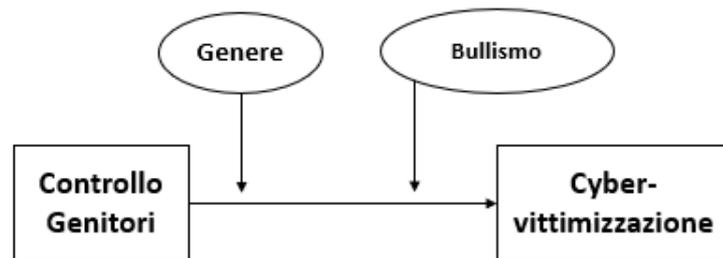
Analisi dei dati



Le analisi dei dati sono state condotte attraverso l'utilizzo del software SPSS di IBM e dell'estensione per il calcolo di modelli di mediazione e moderazione di Hayes (2015).

ANCOVA. Dall'analisi della covarianza risulta l'interazione tra bullismo praticato e bullismo subito risulta il fattore più forte nel predire cyber-vittimizzazione $F(1,896)= 17,851, p<.001, \eta^2=.0186$, anche controllando gli effetti di genere e controllo genitoriale.

ANALISI DI MODERAZIONE. Il controllo genitoriale risulta ridurre la cyber-vittimizzazione $F(5, 891) = 10.63, p < .001, R^2 = .06$.



Su tale associazione impattano in modo statisticamente significativo due fattori: il genere (laddove essere femmina aumenta il rischio di cyber-vittimizzazione) e la frequenza con cui l'individuo è coinvolto in dinamiche di bullismo faccia a faccia (più spesso l'individuo è coinvolto come bullo o come vittima, maggiore è la probabilità di cyber-vittimizzazione).

I nostri risultati si allineano alla letteratura per quanto riguarda l'importanza del controllo genitoriale rispetto alla possibilità dell'adolescente di incorrere in cyber-vittimizzazione: fare esperienza di un ambiente familiare consapevole rispetto alle proprie attività riduce la possibilità che l'adolescente diventi vittima di episodi di bullismo in Rete (Hemphill e Heerde, 2014; Ybarra e Mitchell, 2004). Si conferma anche il ruolo del genere nel determinare la cyber-vittimizzazione, laddove essere femmina sembra costituire un fattore di rischio per subire bullismo digitale (Aboujaoude et al., 2015; Navarro et al., 2013; Baldry et al., 2017; Zych et al., 2016; Alvarez-Garcia et al., 2017). Infine, viene parzialmente confermata la continuità tra dinamiche online e offline (Ybarra e Mitchell, 2004) ma si aggiunge un importante contributo all'analisi di questa corrispondenza: sono gli adolescenti che hanno vissuto esperienze di bullismo tradizionale, sia nel ruolo dei bulli, che nel ruolo delle vittime, ad avere maggiori probabilità di incorrere in esperienze di cyber-vittimizzazione.

Perché le femmine sono più spesso cyber-vittimizzate?



Cyber-vittimizzazione e differenze di genere

Le ragazze subiscono più episodi di aggressione online, nella forma di offese, scherno, minacce e disseminazione di immagini personali rispetto ai maschi. Facendo più spesso uso dei Social Network, a differenza dei maschi che preferiscono usare Internet per il gaming, le femmine espongono maggiormente il loro privato all'altro mediatico (Jackson, 2008; Holtz e Appel, 2011; Ang, 2017). Molto spesso un elemento saliente per delineare un profilo delle ragazze cyber-vittimizzate è la scarsa stima per il proprio aspetto (Frisen et al., 2014) che renderebbe più vulnerabili agli attacchi online. Secondo studi qualitativi, inoltre, (Espinoza, 2015), le ragazze riportano vissuti giornalieri di rabbia e distress emotivo più alto dei maschi quando subiscono episodi di cyber-vittimizzazione.

In sintesi, il presente studio permette di rispondere agli obiettivi di ricerca iniziali. In primo luogo, è possibile asserire che il coinvolgimento nel bullismo tradizionale predice la cyber-vittimizzazione, con un'associazione più forte quando il soggetto è sia vittima che persecutore nella vita reale, anche controllando gli effetti del genere e del controllo genitoriale.

Questi risultati sottolineano l'importanza di lavorare preventivamente nelle famiglie e nelle scuole, per costituire interventi preventivi contro la cyber-vittimizzazione, considerando il coinvolgimento nel bullismo tradizionale non solo come vittima ma anche come bullo. Il profilo maggiormente a rischio per la cyber-vittimizzazione è costituito da un background familiare con bassi livelli di controllo genitoriale e, a livello individuale, coinvolgimento ed esperienza in dinamiche di bullismo sia come bullo che come vittima. In particolare, si conferma un maggiore rischio di cyber-vittimizzazione nelle ragazze rispetto ai loro coetanei.

Ricapitolando...

- Più i genitori sono consapevoli delle attività del figlio nel suo tempo libero, minore è la possibilità di cadere vittima di cyber-vittimizzazione;
- Essere femmina costituisce un fattore di rischio nel subire bullismo digitale;
- Chi è implicato in dinamiche di bullismo faccia a faccia (nel ruolo di bullo e di vittima) ha maggiore probabilità di subire cyber-vittimizzazione).

SECONDO STUDIO

Quanto conta nel contrastare l'uso di alcol il fatto di avere un buon controllo/monitoraggio da parte dei genitori e di cenare insieme in famiglia?

Il presente paragrafo espone il contributo intitolato *“Genere, controllo genitoriale e consumo di alcol in adolescenza. La frequenza delle cene in famiglia rinforza il ruolo protettivo del controllo genitoriale contro il consumo di alcol?”* presentato al XXXI Congresso Nazionale AIP, sezione di Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione (in data 17 Settembre 2018).

Secondo il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità-OMS (2014), il consumo di alcol in adolescenza rappresenta una minaccia per la salute e il benessere delle nuove generazioni. Complessivamente, infatti, una percentuale consistente (il 16%) dei consumatori di alcol nel mondo sono adolescenti e giovani adulti a partire dai 15 anni di età.

Ad oggi, al fine di comprendere le cause del consumo di alcol in adolescenza, la ricerca sta esplorando i fattori di protezione e di rischio relativi alle caratteristiche del nucleo familiare, sottesi a maggiore o minore probabilità di sviluppare un uso dannoso della sostanza (Ryan et al., 2010; Kuntsche e Kuntsche, 2016).

Tra le variabili d'interesse il controllo genitoriale è definito come una forma non-coercitiva di controllo che consiste in una serie di comportamenti di comunicazione, guida e attenzione del genitore rispetto alle attività del figlio sulle diverse attività quotidiane, che favoriscono la reciprocità dello scambio comunicativo, la fiducia verso i genitori, e di conseguenza anche il benessere psicosociale dell'adolescente (Dishion e McMahon, 1998; Stattin e Kerr, 2000; Kerr et al., 2010). Il controllo genitoriale può contrastare il consumo di alcol in termini di consumo di alcol settimanale (Carrol et al., 2016) e ridurre la probabilità che l'adolescente incorra in comportamenti di iniziazione all'uso della sostanza (Yap et al., 2017). Al contrario, bassi livelli di controllo genitoriale si associano ad un consumo di alcol più frequente da parte di ragazzi e ragazze (Strunnin et al., 2015).

In letteratura sono state inoltre individuate differenze di genere rispetto al consumo di alcol in adolescenza. A livello nazionale, un'indagine ISTAT svolta nel 2016 ha mostrato che fra i ragazzi nella fascia 11-15 anni il 10% ha assunto alcolici negli ultimi 12 mesi. All'interno di tale percentuale l'11,4% era costituito dai maschi e l'8,5% da femmine. Nella stessa indagine è emerso che lo 0,3% ha assunto alcol con frequenza giornaliera: in tale fascia di popolazione lo 0,5% era costituito da maschi e lo 0,1% da femmine. Una spiegazione scientifica di tale differenza di genere è data dal fatto che i maschi risulterebbero più a rischio per il consumo di alcol in adolescenza per due principali motivi: a causa della maturazione più lenta delle regioni cerebrali dedicate alla risposta di inibizione, ossia al fatto di rinunciare o fermare un impulso a bere, e a causa di una maggiore stima valoriale del consumo di alcol in compagnia, a causa di rappresentazioni socio-culturali legate al genere e ai ruoli (Schultze et al., 2009).

Allo stesso modo, in letteratura si evidenziano differenze di genere in merito al consumo di alcol in associazione al controllo genitoriale: le ragazze riportano di percepire livelli più alti di controllo genitoriale dei ragazzi (Strunin et al., 2015). Curiosamente, dalla letteratura emerge anche una corrispondenza di genere del genitore e del figlio/della figlia e il livello di controllo esercitato: le femmine sarebbero più controllate dalle madri e i maschi dai padri, dunque le ragazze più a rischio per il consumo di alcol provengono da ambienti familiari in cui la figura materna è meno presente nel nucleo (Okulicz-Kozaryn, 2011).

Negli ultimi decenni la ricerca si è focalizzata anche sul ruolo dei momenti condivisi in famiglia (come la frequenza di partecipazione a pasti insieme ai genitori) nel contrastare i comportamenti di rischio in adolescenza. I risultati sono controversi e il dibattito risulta aperto a proposito dell'efficacia di questo fattore di protezione. Secondo alcune ricerche, le cene in famiglia non contrasterebbero il consumo di alcol qualora sia già avvenuta l'iniziazione alla sostanza (Hoffman e Warnick, 2013); inoltre, la routine condivisa in famiglia non costituirebbe un fattore protettivo per i comportamenti a rischio in adolescenza, a causa di altre variabili in gioco interne al nucleo familiare (Goldfarb et al., 2014, 2015, 2017). Secondo altri studi, al contrario, le cene in famiglia promuovono in modo efficace, e longitudinalmente nel tempo, comportamenti salutari in adolescenza (Abar et al., 2017).

In che senso le cene in famiglia possono promuovere la salute di un adolescente?



Gli effetti di cenare abitualmente in famiglia: condividere una routine con i genitori può portare diversi benefici all'adolescente in termini di benessere biologico, psichico e sociale. Tramite confronti tra gruppi di giovani che partecipavano frequentemente a cene in famiglia e gruppi con partecipazione non assidua (Skeer e Ballard, 2013), la ricerca mostra risultati migliori nell'ambito del linguaggio, della performance scolastica e delle abitudini alimentari positive quando gli adolescenti sperimentano nella loro quotidianità di cenare con i propri familiari abitualmente (Villares e Segovia, 2006). Allo stesso tempo si considera anche che partecipare frequentemente a cene con i propri genitori riduce il consumo di sostanze, l'attività sessuale precoce, le ideazioni suicidarie, i comportamenti violenti, i problemi scolastici, il binge-eating, l'eccessiva perdita di peso e la cyber-vittimizzazione negli adolescenti (Fulkerson et al., 2006; Elgar et al., 2014).

Considerando ancora le differenze tra ragazzi e ragazze, la letteratura sottolinea l'esistenza di differenze di genere anche rispetto all'effetto delle cene familiari come fattore di protezione rispetto ai comportamenti di rischio (Skeer e Ballard, 2013): le cene in famiglia riducono il consumo di sigarette, alcol e marijuana per le ragazze adolescenti e non per i coetanei maschi (Eisenberg et al., 2008; White e Halliwell, 2011). Secondo un'altra ricerca, le cene in famiglia sono efficaci nel contrastare un ampio range di comportamenti di rischio nelle ragazze e nei ragazzi, ma nei ragazzi non riducono comportamenti violenti e attività sessuale a rischio (Levin, 2011).

Alla luce del background teorico e empirico esposto, lo studio nasce con il fine di delineare un profilo di rischio per il consumo di alcol da parte degli adolescenti, partendo dalla prospettiva di una differenza di genere tra ragazzi e ragazze, considerando l'effetto del controllo genitoriale di ciascun genitore e l'impatto della frequenza della partecipazione a cene in famiglia, come momenti di routine condivisa tra genitori e figli. Per di più, ad oggi, non sono ancora stati indagati gli effetti congiunti di controllo genitoriale e cene in famiglia nel contrastare l'uso di alcol in adolescenza, esplorando il diverso funzionamento nei ragazzi e nelle ragazze.

Lo studio

Obiettivi e domande di ricerca

Il presente studio si è proposto di approfondire i seguenti obiettivi di ricerca.

- In primo luogo, di esplorare le differenze di genere nel consumo di alcol mensile da parte degli adolescenti, attraverso l'effetto del controllo genitoriale.
- In secondo luogo, di indagare se il consumo di alcol da parte degli adolescenti decresca nelle famiglie con alto controllo genitoriale e assidue cene in famiglia.

A livello di campione, hanno partecipato 906 adolescenti del database "HBSC Lombardia 2014" (49% M, Metà=16.02, anni DS=2.4) della fascia di età 15 anni. I motivi che hanno determinato questa scelta sono legati alle ipotesi dello studio: poiché il ruolo esplicativo della variabile controllo genitoriale è stato fondamentale ai fini degli obiettivi di ricerca pianificati e relative analisi statistiche, le fasce 11 e 13 anni sono state escluse in quanto non riportavano la misura relativa al controllo da parte dei genitori.

Il campione considerato

Il campione presenta status socio-economico così distribuito: 12.6% dei partecipanti riporta status socio-economico basso 40,4% medio-basso, 34.4% medio-alto, 10,9% alto. Inoltre, comprende partecipanti di origine italiana per l'84%, con un 6.2% di famiglie con un genitore Italiano, un 3% di famiglie straniere di seconda generazione, un 5.2% di famiglie straniere di prima generazione e un 1.4% di altri casi non rientranti nelle precedenti categorie (dati mancanti=0.2%). I partecipanti provengono dalle province Lombarde, secondo distribuzione eterogenea (15.9% provengono da Bergamo, 13.6% da

Brescia, 3% da Como, 4.6% da Cremona, 4.6% da Lecco, 2.9% da Lodi, 4.4% da Mantova, 26% da Milano, 9.9% da Monza, 4.6% da Pavia, 2.6% da Sondrio, 7.7% da Varese).

Le misure

Considerando le misure del presente studio, incluse nella survey 2014, il controllo genitoriale è stato derivato dalla scala di monitoring di Stattin e Kerr (2000) e riguarda quanto il ragazzo/a pensa i genitori consapevoli di ciò che fa durante il tempo extra-scolastico e nel tempo libero (ad es. rispetto alle sue amicizie, al denaro speso, al tempo libero). Le risposte sono state ordinate da 1=alto controllo a 4=il genitore non è presente/non sa. Si è considerata poi la frequenza del consumo di alcol da parte dell'adolescente nell'ultimo mese, ordinata su una scala da 1=mai, 7=ogni giorno, e la frequenza della partecipazione alle cene con i genitori, con risposte ordinate da 1= mai a 6= ogni giorno.

Statistiche descrittive

Consumo di alcol negli ultimi 30 giorni

La frequenza con cui gli adolescenti hanno fatto uso di alcol negli ultimi trenta giorni è stata misurata con la domanda "Quanti giorni hai bevuto alcol negli ultimi 30 giorni?", con risposte ordinate da 1=mai, a 7=30 giorni. Una parte degli adolescenti (43,3% su un totale di n=906) riferisce di non aver mai bevuto alcol negli ultimi 30 giorni, il 56% riferisce di aver fatto uso settimanale (con diversa assiduità), mentre lo 0,4% riferisce di aver fatto uso della sostanza giornalmente (Figura 7). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p < .001$) tra maschi ($M=2,17$) e femmine ($M=1,87$) nella frequenza di consumo di alcol mensile, più assidua per i maschi.

Figura 7



Partecipazione alle cene in famiglia

Nella survey, un item di frequenza rispetto alle cene con i genitori presenta risposte ordinate da da 1= mai a 6= ogni giorno. La maggior parte degli adolescenti nella fascia 15 anni (71% su un totale di n=906) riferisce di partecipare giornalmente a cene in famiglia (Figura 8). Dai t-test emerge una differenza significativa ($p<.05$) tra maschi ($M=5.56$) e femmine ($M=5.45$) nella partecipazione alle cene in famiglia, più assidua per i maschi.

Figura 8 Quanto spesso pranzi/ceni con i tuoi genitori?



Analisi statistiche

A livello di confronti tra medie, emergono differenze di genere significative: i ragazzi consumano più frequentemente alcol delle coetanee e partecipano di più alle cene in famiglia. Le ragazze percepiscono un più alto controllo da parte della figura materna, mentre i ragazzi da parte della figura paterna. Analisi di correlazione hanno invece evidenziato alcune associazioni degne di nota: più sono alti i livelli di controllo esercitato dai genitori, più è bassa la frequenza di alcol consumato nell'ultimo mese. Allo stesso tempo al crescere dei livelli di controllo genitoriale aumenta anche la frequenza di partecipazione alle cene in famiglia. Tuttavia, si segnala che non emerge una correlazione significativa tra consumo di alcol e cene in famiglia.

Analisi dei dati



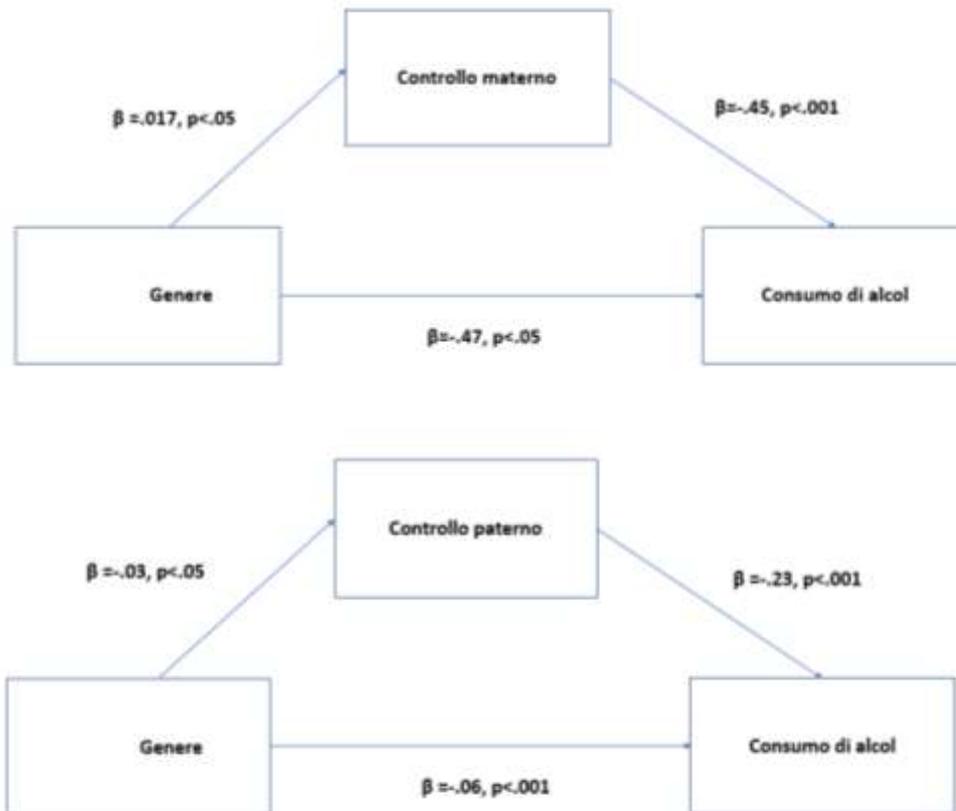
CONFRONTI TRA MEDIE. Si evidenzia una differenza di genere significativa tra ragazzi ($M=.25$, $DS=.24$) e ragazze ($M=.21$, $SD=.22$), rispetto alla frequenza di alcol consumato nell'ultimo mese, più alta nei ragazzi $t(893)=3.45$, $p<.05$, $d=.21$. Rispetto al controllo materno, si riscontra una differenza di genere significativa tra ragazzi ($M=.42$, $DS=.10$) e ragazze ($M=.44$, $DS=.09$), poiché le ragazze percepiscono maggiore controllo da parte della madre $t(872)=-3.00$, $p<.05$, $d=.21$. Emerge una differenza di genere significativa tra ragazzi ($M=.38$, $DS=.14$) e ragazze ($M=.35$, $SD=.17$) anche rispetto al controllo paterno, percepito più alto dai ragazzi $t(819)=2.44$, $p<.05$, $d=.19$. Infine, emerge

un trend di significatività che segnala la differenza tra maschi ($M=.73$, $DS=.10$) e femmine ($M=.72$, $DS=.13$) nella partecipazione alle cene in famiglia, più assidua per i maschi $t(806)=1.96$, $p=.05$.

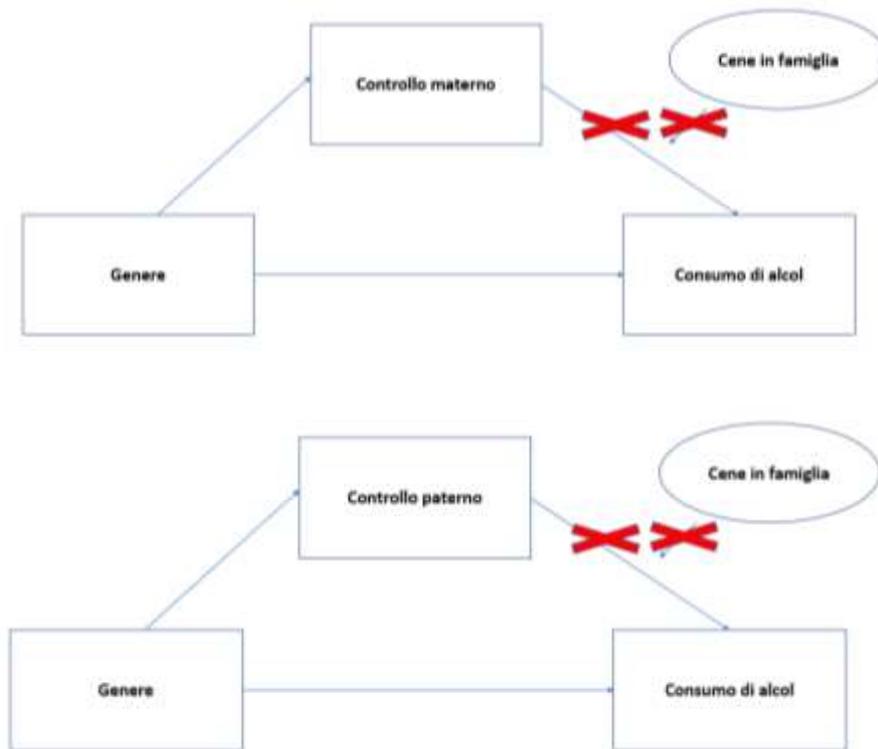
ANALISI DI CORRELAZIONE. Si evidenzia una correlazione negativa tra consumo di alcol e controllo materno ($r=-.19$, $n=877$, $p<.001$), così come una correlazione negativa tra consumo di alcol e controllo paterno ($r=-.150$, $n=850$, $p<.001$). Queste analisi rivelano che più sono alti i livelli di controllo esercitato dai genitori, più è bassa la frequenza di alcol consumato nell'ultimo mese. Allo stesso tempo si evidenzia una correlazione positiva tra controllo materno e cene in famiglia ($r=.85$, $n=884$, $p<.05$) e tra controllo paterno e cene in famiglia ($r=.142$, $n=858$, $p<.001$), evidenziando che al crescere dei livelli di controllo genitoriale aumenta anche la frequenza dei momenti di routine condivisa. Non risulta una correlazione statisticamente significativa tra frequenza delle cene in famiglia e consumo di alcol.

Sulla base di questi risultati, si è proceduto ad analizzare quali potevano essere i rapporti di associazione diretta o mediata tra queste variabili. Dalle analisi di mediazione il controllo di entrambi i genitori risulta mediare – riducendola – la frequenza di alcol consumato nell'ultimo mese. Indagando il ruolo della frequenza delle cene in famiglia come moderatore tra controllo genitoriale e consumo di alcol è stato riscontrato che tale variabile non modera la relazione. Contrariamente rispetto a quanto atteso, l'assiduità delle cene/pranzi in famiglia non contribuisce ulteriormente a diminuire il consumo di alcol.

ANALISI DI MEDIAZIONE SEMPLICE. il genere maschile risulta associato a un più frequente consumo di alcol mensile. Si evidenzia anche la corrispondenza tra sesso dei genitori e sesso dei figli nel grado di controllo esercitato: le madri controllano più le figlie femmine, i padri più i figli maschi. A livello dell'effetto condizionato del controllo del genitore, nell'associazione tra genere e consumo di alcol mensile, alto controllo materno e paterno costituiscono mediatori significativi che vanno a fare decrescere il consumo della sostanza nel range temporale d'interesse, ossia gli ultimi 2 mesi.



ANALISI DI MEDIAZIONE MODERATA: Inserendo la frequenza delle cene in famiglia come moderatore tra controllo genitoriale e consumo di alcol, in analisi di mediazione moderata è stato riscontrato che tale variabile, non modera la relazione. Contrariamente rispetto a quanto atteso, l'assiduità delle cene in famiglia non contribuisce a diminuire il consumo di alcol.



Conclusivamente, dai nostri risultati si può derivare come i maschi siano maggiormente propensi al consumo di alcol, rispetto alle femmine, e come il controllo esercitato dal genitore abbia un effetto rispetto al genere; per le femmine è più efficace quando è la madre a conoscere e monitorare le attività della figlia (tempo libero, amici frequentati etc.) mentre per i maschi lo stesso vale quando è il padre a esercitare il monitoraggio. Possiamo quindi pensare all'importanza di entrambe le figure genitoriali come presenza per contrastare il fenomeno del consumo di alcol tra i quindicenni (Okulicz-Kozaryn, 2011). Il risultato è allineato a precedenti ricerche che supportano l'effetto del controllo genitoriale nel ridurre il consumo di alcol (van der Vorst et al., 2006; Carrol et al., 2016; Yap et al., 2017). Contrariamente rispetto a quanto atteso, le cene in famiglia non influenzano l'associazione tra controllo genitoriale e consumo di alcol, per le ragazze e i ragazzi.

Ricapitolando...

- È emersa un'associazione tra genere e consumo di alcol in adolescenza, mediata dal livello di controllo di entrambi i genitori.
- I maschi risultano bere più spesso delle femmine.
- Le madri esercitano un controllo più alto sulle figlie, mentre i padri lo esercitano sui figli.
- La frequenza delle cene in famiglia non impatta sulla relazione tra controllo genitoriale e consumo di alcol.

In termini applicativi, il dato suggerisce l'importanza di potenziare la consapevolezza genitoriale attraverso interazioni positive, a prescindere dalla frequenza di tali interazioni. A questo proposito è interessante richiamare come i programmi di supporto alla genitorialità che hanno come specifico obiettivo quello di migliorare la connessione emotiva e il dialogo tra figli adolescenti e genitori abbiano riscontrato risultati degni di nota nel contrastare l'uso di alcol tra gli adolescenti. In linea con tale risultato, il programma CONNECT rivolto ai genitori di ragazzi adolescenti, applicato dal Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità dell'Università degli Studi di Pavia, si è dimostrato efficace per contrastare i comportamenti di rischio e il consumo di alcol in adolescenza, con un importante risultato anche a livello preventivo (Giannotta et al., 2013).

Come intervenire a sostegno della Genitorialità di preadolescenti e adolescenti?



Il **Connect Parent Group** è un programma di gruppo manualizzato per genitori e caregiver di ragazzi preadolescenti (8-12 anni) e adolescenti (13-18 anni), volto a promuovere una genitorialità efficace attraverso il miglioramento della sensibilità, dell'empatia, della consapevolezza, della sintonizzazione dell'efficacia diadica, della regolazione affettiva e della disponibilità (Moretti e Obsuth, 2009). Le evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che il Connect è un programma efficace, in grado di favorire sia l'aumento della competenza e della soddisfazione genitoriale, sia la riduzione dei comportamenti aggressivi degli adolescenti, l'utilizzo di alcol e l'internalizzazione/esternalizzazione dei problemi a breve termine, ad un

anno di distanza dall'intervento (Moretti e Obsuth, 2009; Moretti et al. 2012; Giannotta et al., 2013; Stattin et al., 2015; Osman et al., 2017) e durante un periodo di follow-up di 2 anni (Högström et al., 2017). Il LAG ha intrapreso un programma di ricerca multicentrico RCT incentrato sull'efficacia del Connect Parent Group in Italia che include l'Università di Pavia, l'IRCCS Fondazione Stella Maris di Pisa, e l'IRCCS Policlinico di Milano.

SINTESI DEI RISULTATI OTTENUTI

I dati che abbiamo analizzato attraverso le risposte al questionario dei circa 900 ragazzi che hanno aderito all'indagine HBSC indicano, per quanto riguarda il comportamento a rischio legato al possibile cattivo uso dell'alcol fino ad arrivare all'abuso o alla dipendenza, alcuni fattori che svolgono un potenziale ruolo preventivo. Tra questi fattori il monitoraggio dei genitori non tanto rispetto allo specifico comportamento del bere, quanto in generale come conoscenza di ciò che i propri figli fanno nelle loro attività e tempo libero costituisce un importante elemento di contrasto e di prevenzione rispetto ai comportamenti di rischio per la salute come l'uso di alcol tra i minorenni. Abbiamo inoltre visto che ciascun genitore sembra svolgere un proprio ruolo privilegiato come interlocutore preferenziale per le femmine e per i maschi. In questo senso probabilmente va letto anche l'ultimo dato che abbiamo messo in evidenza, ossia la scarsa incidenza del dato della partecipazione ai pasti in famiglia come elemento in grado, di per sé, di costituire un argine all'uso di alcol; dai dati raccolti non è tanto la frequenza e assiduità della partecipazione dei ragazzi quello che conta, quanto la qualità del dialogo e della conoscenza che i genitori riescono ad avere con loro rispetto alle loro attività e interessi. Questo dato suggerisce a psicologi, educatori, insegnanti e assistenti sociali, l'importanza di intervenire per potenziare la qualità degli scambi genitore-figlio adolescente, al fine di favorire fiducia reciproca e comunicazione, a prescindere dalla frequenza dei momenti passati insieme.

Direzioni future

Tra le principali direzioni operative che il Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità ha pianificato di svolgere in futuro, si evidenzia la possibilità di approfondire le analisi inerenti le ipotesi testate svolgendo confronti tra i dati raccolti nel 2014, i futuri dati della versione HBSC 2018 e, retrospettivamente, con i dati della precedente versione HBSC del 2010. In questo modo sarà possibile fotografare prospetticamente l'evoluzione delle variabili in esame e delle loro interazioni.

Si auspica, inoltre, di poter estendere il campo di indagine dal dataset regionale della Lombardia ai dati nazionali, al fine di osservare i fenomeni di interesse in una prospettiva ad ampio raggio, con possibili confronti tra diverse aree geografiche.

Conclusivamente, si sottolinea la pianificazione di una collaborazione fra il Laboratorio di Psicologia dell'Attaccamento e Sostegno alla Genitorialità con i referenti al tavolo regionale dell'Istituto Mario Negri di Milano. La collaborazione ha l'obiettivo di realizzare un'indagine multidimensionale sullo stile di vita degli adolescenti e i fattori che possono compromettere o promuovere il loro benessere. In particolare, la collaborazione sarà orientata a delineare il profilo di rischio per l'abuso di alcol nelle tre fasce d'età considerate dalla survey. Saranno incluse in un'analisi multivariata, fattori socio-anagrafici, fattori relativi ai comportamenti relativi all'uso di media digitali, fattori relativi al background familiare di provenienza e alla qualità delle relazioni tra il genitore e il figlio-adolescente.

Referenze bibliografiche

- Abar, C. C., Clark, G., e Koban, K. (2017). The Long-Term Impact of Family Routines and Parental Knowledge on Alcohol Use and Health Behaviors: Results from a 14 Year Follow-Up. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2495-2504.
- Aboujaoude, E., Savage, M. W., Starcevic, V., e Salame, W. O. (2015). Cyberbullying: Review of an old problem gone viral. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.0117>
- Álvarez-García, D., Barreiro-Collazo, A., e Núñez, J. C. (2017). Cyberaggression among Adolescents: Prevalence and Gender Differences. *Comunicar*, 25(50).
- Ang, C. S. (2017). Internet habit strength and online communication: Exploring gender differences. *Computers in Human Behavior*, 66, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.09.028>
- Baldry, A. C., e Farrington, D. P. (2004). Evaluation of an intervention program for the reduction of bullying and victimization in schools. *Aggressive Behavior*, 30(1), 1-15.
- Baldry, A. C., Farrington, D. P., e Sorrentino, A. (2017). School Bullying and Cyberbullying Among Boys and Girls: Roles and Overlap. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 26(9), 937–951. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1330793>
- Baroncelli, A., e Ciucci, E. (2014). Unique effects of different components of trait emotional intelligence in traditional bullying and cyberbullying. *Journal of Adolescence*, 37(6), 807-815.
- Bradshaw, J., Hoelscher, P., e Richardson, D. (2007). An Index of Child Well-being in the European Union 25. *Journal of Social Indicators Research*, (80), 133–77.
- Campbell, M. A. (2005). Cyber bullying: An old problem in a new guise?. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 15(1), 68-76.
- Carroll, H. A., Heleniak, C., Witkiewitz, K., Lewis, M., Eakins, D., Staples, J., ... e Larimer, M. E. (2016). Effects of parental monitoring on alcohol use in the US and Sweden: A brief report. *Addictive behaviors*, 63, 89-92.
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J., e Platt, S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: The WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health Education Research*, 12(3), 385–397. <https://doi.org/10.1093/her/12.3.385>
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., e Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science and Medicine*, 66(6), 1429–1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Dickson, D. J., Laursen, B., Stattin, H., e Kerr, M. (2015). Parental supervision and alcohol abuse among adolescent girls. *Pediatrics*, 136(4), 617-624.
- Dishion, T. J., e McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical child and family psychology review*, 1(1), 61-75.

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A., e Story, M. (2008). Family meals and substance use: is there a long-term protective association? *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 151-156.

Eisenberg, M. E., Olson, R. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., e Bearinger, L. H. (2004). Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents. *Archives of pediatrics e adolescent medicine*, 158(8), 792-796.

Elgar, F. J., Craig, W., e Sj., T. (2013). Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52, 433-438. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.07.012>

Elgar, F. J., Napoletano, A., Saul, G., Dirks, M. A., Craig, W., Paul Poteat, V., ... Koenig, B. W. (2014). Cyberbullying victimization and mental health in adolescents and the moderating role of family dinners. *JAMA Pediatrics*, 168(11), 1015-1022. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1223>

Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D., e French, S. A. (2006). Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 337-345.

Fulkerson, J. A., Story, M., Mellin, A., Leffert, N., Neumark-Sztainer, D., e French, S. A. (2006). Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>

Gómez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P. K., e Calvete, E. (2013). Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 446-452.

Giannotta, F., Ortega, E., e Stattin, H. (2013, February). An attachment parenting intervention to prevent adolescents' problem behaviors: A pilot study in Italy. In *Child e youth care forum* (Vol. 42, No. 1, pp. 71-85). Springer US.

Goldfarb, S. S., Locher, J. L., Preskitt, J., Becker, D., Davies, S. L., e Sen, B. (2017). Associations between participation in family activities and adolescent school problems. *Child: care, health and development*, 43(3), 361-368.

Goldfarb, S. S., Tarver, W. L., Locher, J. L., Preskitt, J., e Sen, B. (2015). A systematic review of the association between family meals and adolescent risk outcomes. *Journal of adolescence*, 44, 134-149.

Goldfarb, S., Tarver, W. L., e Sen, B. (2014). Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors. *Psychology research and behavior management*, 7, 53.

Hartley, J. E., Levin, K., e Currie, C. (2016). A new version of the HBSC Family Affluence Scale-FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS Development Study. *Child Indicators Research*, 9(1), 233-245. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9325-3>

Hemphill, S. A., e Heerde, J. A. (2014). Adolescent predictors of young adult cyberbullying perpetration and victimization among australian youth. *Journal of Adolescent Health*, 55(4), 580-587. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.04.014>

- Henderson, S., e Gilding, M. (2004). "I've never clicked this much with anyone in my life": trust and hyperpersonal communication in online friendship. *New Media e Society*, 6, 487–506.
- Holfeld, B., e Sukhawathanakul, P. (2017). Associations between internet attachment, cyber victimization, and internalizing symptoms among adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(2), 91-96. <https://doi.org/10.1089/cyber.2016.0194>
- Huang, Y. Y., e Chou, C. (2010). An analysis of multiple factors of cyberbullying among junior high school students in Taiwan. *Computers in Human Behavior*, 26(6), 1581-1590. <https://dx.doi.org/10.1016/j.chb.2010.06.005>
- Jung, Y. E., Leventhal, B., Kim, Y. S., Park, T. W., Lee, S. H., Lee, M., ... e Park, J. I. (2014). Cyberbullying, problematic internet use, and psychopathologic symptoms among *Korean youth*. *Yonsei medical journal*, 55(3), 826-830.
- Juvonen, J., e Gross, E. F. (2008). Extending the school grounds?—Bullying experiences in cyberspace. *Journal of School health*, 78(9), 496-505.
- Katzer, C., Fetchenhauer, D., e Belschak, F. (2009). Cyberbullying: Who Are the Victims? A Comparison of Victimization in Internet Chatrooms and Victimization in School. *Journal of Media Psychology*, 21(1), 25–36. <https://doi.org/10.1027/1864-1105.21.1.25>
- Kerr, M., Stattin, H., e Burk, W. J. (2010). A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 39-64.
- Kerr, M., Stattin, H., e Burk, W. J. (2010). A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 39-64.
- Khurana, A., Bleakley, A., Jordan, A. B., e Romer, D. (2015). The Protective Effects of Parental Monitoring and Internet Restriction on Adolescents' Risk of Online Harassment. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(5), 1039–1047. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0242-4>
- King, J., C. Walpole and K. Lamon (2007) 'Surf and Turf Wars Online: Growing Implications of Internet Gang Violence', *Journal of Adolescent Health*, 41(6): 66-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.001>
- König, A., Gollwitzer, M., e Steffgen, G. (2010). Cyberbullying as an act of revenge? *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 20(2), 210-224. <https://doi.org/10.1375/ajgc.20.2.210>
- Kowalski, R. M., e Limber, S. P. (2007). Electronic Bullying Among Middle School Students. *Journal of Adolescent Health*, 41(6 SUPPL.), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.08.017>
- Kowalski, R. M., Limber, S. P., e Agatston, P. W. (2012). Cyberbullying building in the digital age. Retrieved from <https://leseprobe.buch.de/images-adb/b0/f1/b0f15512-46cb-4a7d-b8fe-533273e9c564.pdf>
- Kuntsche, S., e Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use—A systematic literature review. *Clinical psychology review*, 45, 89-101.
- Lasky P., Buckwalter K., Whall A., Lederman R., Speer J., McLane A., King J.M., White M.A. (1985) Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western Journal of Nursing Research* 7, 40 57.

- Levin, K. A., Kirby, J., e Currie, C. (2011). Adolescent risk behaviours and mealtime routines: does family meal frequency alter the association between family structure and risk behaviour?. *Health education research*, 27(1), 24-35.
- Levin, K. A., Torsheim, T., Vollebergh, W., Richter, M., Davies, C. A., Schnohr, C. W., ... Currie, C. (2011). National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: A multilevel study in 35 countries. *Social Indicators Research*, 104(2), 179–194. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9747-8>
- Machackova, H., Cerna, A., Sevcikova, A., Dedkova, L., e Daneback, K. (2013). Effectiveness of coping strategies for victims of cyberbullying. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 7(3).
- Menesini, E., Nocentini, A., e Camodeca, M. (2013). Morality, values, traditional bullying, and cyberbullying in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 31(1), 1-14.
- Mesch, G. S. (2009). Parental mediation, online activities, and cyberbullying. *CyberPsychology e Behavior*, 12(4), 387-393. <https://dx.doi.org/10.1089/cpb.2009.0068>
- Mesch, G., e Talmud, I. (2006). The quality of online and offline relationships: The role of multiplexity and duration of social relationships. *The information society*, 22(3), 137-148. <https://dx.doi.org/10.1080/01972240600677805>
- Meter, D. J., e Bauman, S. (2018). Moral Disengagement About Cyberbullying and Parental Monitoring: Effects on Traditional Bullying and Victimization via Cyberbullying Involvement. *Journal of Early Adolescence*, 38(3), 303–326. <https://doi.org/10.1177/027243161667075>
- Mishna, F., Khoury-Kassabri, M., Gadalla, T., e Daciuk, J. (2012). Risk factors for involvement in cyber bullying: Victims, bullies and bully–victims. *Children and Youth Services Review*, 34(1), 63-70. <https://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.032>
- Mishna, F., Mcluckie, A., e Saini, M. (2009). Real-world dangers in an online reality: A qualitative study examining online relationships and cyber abuse. *Social Work Research*, 33(2), 107–118. <https://doi.org/10.1093/swr/33.2.107>
- Mishna, F., Saini, M., e Solomon, S. (2009). Ongoing and online: Children and youth’s perceptions of cyber bullying. *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1222–1228.
- Navarro, J. N., e Jasinski, J. L. (2012). Going Cyber: Using Routine Activities Theory to Predict Cyberbullying Experiences. *Sociological Spectrum*, 32(1), 81–94. <https://doi.org/10.1080/02732173.2012.628560>
- Navarro, R., Serna, C., Martínez, V., e Ruiz-Oliva, R. (2013). The role of Internet use and parental mediation on cyberbullying victimization among Spanish children from rural public schools. *European journal of psychology of education*, 28(3), 725-745.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2010). Gender and family differences in adolescent’s heavy alcohol use: The power-control theory perspective. *Health education research*, 25(5), 780-791.
- Olweus, D. (2012). Cyberbullying: An overrated phenomenon? *European Journal of Developmental Psychology*, 9(5), 520–538. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.682358>

- Ortega-Barón, J., Buelga, S., e Cava, M. J. (2016). The influence of school climate and family climate among adolescents victims of cyberbullying. *Comunicar*, 24(46), 57–65. <https://doi.org/10.3916/C46-2016-06>
- Perasso, G., Barone, L. (2018) Cyberbullismo, cyber-vittimizzazione e differenze di genere in adolescenza, *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2/2018, pp. 241-268, <https://doi.org/101449/90830>
- Renati, R., Berrone, C., e Zanetti, M. A. (2012). Morally disengaged and unempathic: Do cyberbullies fit these definitions? An exploratory study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(8), 391-398.
- Ryan, S. M., Jorm, A. F., e Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Australian e New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 774-783.
- Schultze-Krumbholz, A., Göbel, K., Scheithauer, H., Brighi, A., Guarini, A., Tsoarbatzoudis, H., ... Smith, P. K. (2015). A Comparison of Classification Approaches for Cyberbullying and Traditional Bullying Using Data From Six European Countries. *Journal of School Violence*, 14(1), 47–65. <https://doi.org/10.1080/15388220.2014.961067>
- Skeer, M. R., e Ballard, E. L. (2013). Are family meals as good for youth as we think they are? A review of the literature on family meals as they pertain to adolescent risk prevention. *Journal of youth and adolescence*, 42(7), 943-963.
- Šléglová, V., e Cerna, A. (2011). Cyberbullying in adolescent victims: Perception and coping. *Cyberpsychology: journal of psychosocial research on cyberspace*, 5(2).
- Smith, P. K., e Myron-Wilson, R. (1998). Parenting and school bullying. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3(3), 405–417. <https://doi.org/10.1177/1359104598033006>
- Solberg, M. E., e Olweus, D. (2003). Prevalence Estimation of School Bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29(3), 239–268. <https://doi.org/10.1002/ab.10047>
- Stattin, H., e Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child development*, 71(4), 1072-1085.
- Stattin, H., e Kerr, M. (2000). Parental monitoring: A reinterpretation. *Child development*, 71(4), 1072-1085.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., e Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child development*, 63(5), 1266-1281.
- Strunin, L., Díaz-Martínez, L. R., Díaz-Martínez, A., Heeren, T., Winter, M., Kuranz, S., ... e Solís-Torres, C. (2015). Parental monitoring and family relations: associations with drinking patterns among male and female Mexican students. *Addictive behaviors*, 51, 143-151.
- Utter, J., Denny, S., Robinson, E., Fleming, T., Ameratunga, S., e Grant, S. (2013). Family meals and the well-being of adolescents. *Journal of paediatrics and child health*, 49(11), 906-911.
- Vieno, A., Gini, G., e Santinello, M. (2011). Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *Journal of School Health*, 81(7), 393-399.

- Vieno, A., Gini, G., Lenzi, M., Pozzoli, T., Canale, N., e Santinello, M. (2014). Cyber-victimization and somatic and psychological symptoms among Italian middle school students. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 433-437.
- Villares, J. M., e Segovia, M. G. (2006). The family meal: somewhat more than eating together. *Acta Pediatrica Espanola*, 64(11), 554.
- Wang, J., Nansel, T. R., e Iannotti, R. J. (2011). Cyber and traditional bullying: Differential association with depression. *Journal of adolescent health*, 48(4), 415-417. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.012>
- Wang, R., Bianchi, S. M., e Raley, S. B. (2005). Teenagers' Internet use and family rules: A research note. *Journal of Marriage and Family*, 67(5), 1249-1258.
- White, J., e Halliwell, E. (2011). Family meal frequency and alcohol and tobacco use in adolescence: testing reciprocal effects. *The Journal of Early Adolescence*, 31(5), 735-749.
- World Health Organization, e World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. (2014). Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization.
- Yap, M. B., Cheong, T. W., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I., e Jorm, A. F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*, 112(7), 1142-1162.
- Ybarra, M. L., e Mitchell, K. J. (2004). Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, internet use, and personal characteristics. *Journal of Adolescence*, 27(3), 319-336. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.03.007>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., e Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201>
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., e Marín-López, I. (2016). Cyberbullying: A systematic review of research, its prevalence and assessment issues in Spanish studies. *Psicologia Educativa*, 22(1), 5-18. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2016.03.002>

Prevalenza e determinanti del consumo di alcol in Lombardia nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni: risultati dell'indagine HBSC condotta nel 2014

a cura di Silvano Gallus, Alessandra Lugo, Eugenio Santoro*, Giulia Perasso**, Lavinia Barone**

Laboratorio epidemiologia degli stili di vita, IRCCS Mario Negri, *Laboratorio Informatica Medica, IRCCS Mario Negri, **Università degli Studi di Pavia, Laboratorio attaccamento e genitorialità LAG

INTRODUZIONE

Nel 2016, più di 3 milioni di persone sono morte nel mondo a causa del consumo di alcol. È possibile attribuire all'alcol più del 5% degli anni di vita persi globalmente per malattia, disabilità o morte (GBD Alcohol Collaborators, 2018). Recentemente, inoltre, alcuni importanti studi hanno visto al ribasso le soglie di consumo di alcol considerate sicure per la salute, riducendo la dose raccomandata a meno di 100 grammi di alcol alla settimana (preferibilmente 0 grammi) (GBD Alcohol Collaborators, 2018; Wood et al., 2018).

In Italia, dati ufficiali di vendita hanno mostrato un brusco calo del consumo di alcolici negli ultimi decenni: il consumo medio pro capite, che era intorno ai 20 litri di alcol puro all'anno nel 1970, scendeva sotto i 7 litri nel 2010 (La Vecchia et al., 2014). Una serie di indagini effettuate tra il 2006 e il 2014 su campioni rappresentativi della popolazione Italiana di età ≥ 15 anni confermava tale tendenza decrescente, principalmente a causa del calo del consumo di vino. Il consumo di alcol pro capite era infatti diminuito del 23% tra il 2006 e il 2014 (da 5.6 a 4.4 bicchieri a settimana) (Asciutto et al., 2016).

In quello stesso studio, i giovani di 15-24 anni consumavano meno regolarmente bevande alcoliche rispetto agli adulti più grandi. Ciononostante, la tendenza tra i giovani non era in calo; il consumo pro capite nel periodo era rimasto infatti intorno ai 3 bicchieri alla settimana. Inoltre, i giovani consumavano più frequentemente birra e superalcolici (generalmente consumati in Italia fuori dai pasti) rispetto al vino (usualmente consumati durante i pasti) (Asciutto et al., 2016). Effettivamente, è stato mostrato come in Italia, rispetto ai più anziani, siano proprio i giovani e gli adolescenti coloro che cadono più frequentemente in comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche (ISTAT, 2017; Laghi et al., 2016; Venturelli et al., 2017). Tali comportamenti a rischio includono, oltre al consumo fuori dai pasti e un consumo eccessivo di alcol, il *binge drinking* (consumo di molteplici bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione), che recentemente è stato visto essere fortemente associato all'alcolismo negli adolescenti italiani (Addolorato et al., 2018).

Nonostante si inizi a bere proprio intorno ai 12 anni (Giustino et al., 2018), sono disponibili solo pochi studi sul consumo di alcol nella pre-adolescenza e nei primi anni dell'adolescenza in Italia. L'ISTAT, utilizzando i dati dell'indagine "Aspetti della vita quotidiana" del 2016, condotta su circa 24,000 famiglie, mostrava come il 10.0% dei ragazzi italiani di 11-15 anni consumassero almeno una bevanda alcolica all'anno, e come l'1.0% fosse un *binge-drinker* (ISTAT, 2017).

In questo periodo, dove notiamo maggiori cambiamenti socio-culturali nel bere in Italia (Asciutto et al., 2016), in particolare nelle giovani generazioni, è importante monitorare la prevalenza di alcol tra gli adolescenti in particolare del Nord Italia, dove i consumi sono maggiori rispetto al Sud (Asciutto et al., 2016). È anche di primaria importanza capire quali siano i determinanti dell'uso (e abuso) di alcol in questa fascia d'età critica per l'iniziazione all'uso dell'alcol, al fine di preparare campagne mirate alla diminuzione di comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche negli adolescenti e nei giovani adulti Italiani (Innamorati and Maniglio, 2015).

Quindi, il presente lavoro si prefigge l'obiettivo di indagare i fattori associati al consumo di alcol negli adolescenti italiani, attraverso un'analisi comprensiva di più componenti (socio-anagrafiche, comportamentali, familiari). Il lavoro è finalizzato all'individuazione di profili a rischio per un consumo frequente della sostanza e per il *binge-drinking*.

Abbiamo pertanto messo in relazione l'alcol con alcuni fattori che verranno qui di seguito descritti.

Fattori socio-anagrafici

In primo luogo, sono considerati gli aspetti descrittivi che differenziano i soggetti nel consumo di alcol: è stata presa in esame la variabile età, confrontando i soggetti per fasce, così come la variabile genere confrontando i maschi e le femmine nelle loro abitudini di consumo della sostanza. Le domande di ricerca che hanno motivato le nostre indagini sui fattori socio-anagrafici sottesi al fenomeno tra gli adolescenti sono prima di tutto incentrate sul rapporto tra uso di alcol e età, in quanto, come riportato nel report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2014), il 16% dei consumatori di alcol a livello globale è costituito da adolescenti e giovani adulti (a partire dai 15 anni d'età). Tra gli adolescenti inoltre, il *binge-drinking* rappresenta ormai un fenomeno globalmente diffuso, in grado di minare la salute psichica, fisica e sociale delle nuove generazioni (Chassin et al., 2002). Attraverso i dati della rilevazione HBSC (2014) abbiamo perciò voluto indagare la frequenza del consumo di alcol e del *binge-drinking* nelle diverse fasce di età, ipotizzando una maggiore propensione al consumo della sostanza al crescere dell'età, in linea con le evidenze scientifiche presenti in letteratura sulle traiettorie di utilizzo dell'alcol (Bolland et al., 2016; Derefinko et al., 2016). Per quanto riguarda il genere, l'indagine ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" svolta nel 2016 ha mostrato, fra i ragazzi nella fascia 11-15 anni, una frequenza maggiore tra i maschi rispetto alle femmine per quanto concerne il consumo di almeno una bevanda alcolica all'anno (11.4% dei maschi e 8.5% delle femmine) e il *binge drinking* (1.3% dei maschi e 0.7% delle femmine) (ISTAT, 2017). Secondo la letteratura, i maschi risulterebbero più a rischio per il consumo di alcol in adolescenza sia per una più lenta maturazione delle regioni cerebrali deputate alla risposta di inibizione, sia per una maggiore stima valoriale del consumo di alcol in contesti di socializzazione legati al genere e ai ruoli (Schulte et al., 2009). Ci siamo dunque chiesti quanto essere maschi o essere femmine conti nel determinare la frequenza di utilizzo della sostanza.

Fattori comportamentali inerenti la salute e livello di salute percepita

Allo stesso tempo, nella presente ricerca si rivolge l'attenzione ai comportamenti che possono incentivare o minare la salute individuale, cercando di capire se la frequenza con cui l'adolescente pratica attività sportiva e la frequenza con cui fuma sigarette, possano influenzare la sua propensione a consumare alcol. Una recente ricerca ha osservato una relazione diretta tra la pratica frequente di uno sport (soprattutto sport di squadra) e l'uso di alcol durante l'adolescenza (Patrick and Schulenberg, 2013; Terry-McElrath et al., 2011), specialmente tra i ragazzi (Dever et al., 2012). Nella presente analisi viene anche considerato il ruolo del consumo di sigarette nel determinare il rischio per il consumo di alcol da parte degli adolescenti e relativa frequenza, poiché ci sono evidenze scientifiche in favore di una prospettiva multi-dimensionale, focalizzata sul "*polysubstance use*", che vedrebbe l'adolescente propenso a sviluppare simultaneamente su sostanze diverse (sigaretta, cannabis e alcol) *pattern* di frequenza d'uso simili (Moss et al., 2014).

Un ulteriore fattore comportamentale indagato riguarda invece le modalità di uso della Rete messe in atto dall'adolescente in modo più o meno frequente. In particolare, l'utilizzo frequente dei media digitali nella modalità dell'uso attivo dei Social Network, predirebbe l'uso di alcol facilitando l'esposizione degli adolescenti a contenuti verbali, foto e video di consumo della sostanza in contesti di festa e socializzazione (Gommans et al., 2015). Anche in questo caso la differenza tra maschi e femmine risulta essere un dato riportato dalla letteratura come fattore capace di determinare un diverso uso di internet e un diverso risultato nei suoi effetti (Perasso and Barone, 2018).

A livello di salute individuale percepita, abbiamo indagato invece la frequenza di sintomi psichici e fisici riportati dai soggetti poiché risulta ancora aperto il dibattito in letteratura sull'effettiva sussistenza di un'associazione tra la frequenza con cui l'adolescente lamenta problemi di salute e la frequenza di uso di alcol (Ottova-Jordan et al., 2015).

Fattori familiari

Per comprendere l'eziologia del consumo di alcol in adolescenza, la ricerca si è concentrata sui fattori di protezione relativi alle caratteristiche del nucleo familiare (Kuntsche and Kuntsche, 2016; Ryan et al., 2010). Dunque, nella presente analisi vengono prese in considerazione anche alcune caratteristiche del nucleo familiare di provenienza; in particolare, poter contare su una famiglia capace di offrire sostegno e riferimento costituisce un fattore di protezione per l'abuso di sostanze (tra cui alcol e tabacco) in adolescenza (Jovic-Vranes et al., 2005; Wang et al., 2015) poiché permette all'adolescente di disporre di risorse sociali, pratiche ed emotive per fronteggiare al meglio le sfide del suo percorso di crescita nella tutela della sua salute biopsicosociale. Nello sviluppare la presente analisi abbiamo considerato anche il livello di istruzione dei genitori come un possibile fattore che potrebbe avere un ruolo sul consumo di alcol da parte dei figli: ad oggi un alto livello di istruzione da parte dei genitori è stato identificato come fattore associato ad uso frequente di alcol nei figli, mentre un basso livello di istruzione da parte dei genitori è stato visto associato ad un uso di alcol in quantità elevate (Wells and Ostberg, 2018).

METODI

Abbiamo analizzato i dati provenienti dall'indagine HBSC della Lombardia del 2014. In questa indagine, un totale di 3172 ragazzi di 11, 13, e 15 anni è stato intervistato.

Metodi di campionamento e di rilevazione

La procedura di somministrazione è avvenuta grazie alla collaborazione delle istituzioni coinvolte nel Gruppo LST Lombardia. La procedura ha seguito le linee guida internazionali del protocollo HBSC 2013-2014.

Al fine di ottenere campioni rappresentativi per ogni fascia di età (11,13,15 anni), è stato implementato un metodo di campionamento stratificato a cluster sulla lista completa e ordinata in ordine alfabetico inerente le scuole pubbliche e private presenti sul territorio della Lombardia. Per la partecipazione, è stato richiesto il consenso alle istituzioni scolastiche selezionate; in seguito, per la partecipazione degli adolescenti è stato raccolto il consenso informato dei ragazzi e delle loro famiglie, segnalando gli obiettivi e le modalità delle procedure della ricerca, così come le modalità di trattamento dei dati.

Il protocollo è stato somministrato nelle classi durante l'orario di lezione, nel Maggio 2014, tramite operatori ATS appositamente formati. Durante la somministrazione gli insegnanti non erano presenti in classe.

Definizioni

Per indagare il consumo di alcolici tra i ragazzi abbiamo utilizzato la seguente domanda: "Quanti giorni hai bevuto alcol (se mai lo hai fatto) negli ultimi 30 giorni?". Le risposte possibili erano: i) Mai; ii) 1-2 giorni; iii) 3-5 giorni; iv) 6-9 giorni; v) 10-19 giorni; vi) 20-29 giorni; vii) 30 giorni o più. Abbiamo definito come consumatori occasionali i ragazzi che hanno riportato di aver consumato alcolici 1 o 2 giorni, mentre come consumatori regolari i ragazzi che hanno consumato alcolici 3 o più giorni negli ultimi 30 giorni.

Il fenomeno del *binge drinking* è stato misurato tramite la seguente domanda: "Considera gli ultimi 12 mesi, ti è mai capitato di consumare 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc.)?". Coloro che hanno risposto "sì" sono stati considerati *binge drinkers*.

L'Indice di Massa Corporea (IMC) è stato calcolato a partire dal peso (kg) e dall'altezza (cm) auto-risportati dai ragazzi nel questionario. L'IMC è stato poi categorizzato in sottopeso/normopeso e sovrappeso/obeso utilizzando i *cut-off* sesso ed età specifici proposti da Cole e colleghi (Cole et al., 2000).

Analisi statistiche

Abbiamo calcolato la distribuzione di consumo di alcol e di *binge drinking* in strati di svariate caratteristiche. Abbiamo poi stimato gli odd ratio (OR) e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95% tramite modelli di regressione logistica multivariata aggiustati per le seguenti caratteristiche: età, sesso, IMC, fumo, attività fisica, paese di nascita, città di residenza, titolo di studio del padre e titolo di studio della madre. Per tutte le variabili elencate, abbiamo utilizzato le categorie di risposta descritte in Tabella

1, ad eccezione del livello di istruzione del padre e della madre, per i quali un'ulteriore categoria di risposta ("Non lo so") era presente. Questa categoria è stata considerata come aggiustamento nei modelli logistici, ma i risultati relativi ad essa non sono stati riportati.

RISULTATI

Tra i 3172 ragazzi intervistati, 3134 (il 98.8%) hanno risposto alla domanda sul consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Il 75.2% di loro ha dichiarato di non aver consumato alcolici negli ultimi 30 giorni, il 14.6% di averli consumati 1 o 2 giorni, e il 10.2% di averli consumati 3 giorni o più nell'ultimo mese (**Tabella 1**). La prevalenza di consumatori regolari era particolarmente alta tra i ragazzi di 15 anni (27.5%) e tra coloro che hanno riportato di aver fumato sigarette almeno una volta nell'ultimo mese (44.7%). Questa prevalenza era inoltre leggermente più alta tra i maschi (11.6%), tra i ragazzi sottopeso o normopeso (11.2%), tra coloro che hanno dichiarato di aver svolto attività fisica per 5 giorni o più nell'ultima settimana (11.2%), tra i ragazzi nati in Italia (10.2%) e quelli non residenti a Milano (10.4%). La prevalenza di consumatori regolari era simile in base al titolo di studio del padre o della madre.

La prevalenza di ragazzi che hanno consumato alcol almeno una volta negli ultimi 30 giorni (consumatori totali: occasionali e regolari insieme) era del 24.8% (**Tabella 2**). Dopo aver aggiustato per alcune caratteristiche rilevanti, questo consumo è risultato più alto nei ragazzi di 13 anni (OR: 3.11; IC al 95%: 2.21-4.39) e 15 anni (OR: 13.59; IC al 95%: 9.64-19.16) rispetto a quelli di 11 anni, tra i ragazzi che hanno fumato nell'ultimo mese (OR: 7.87; IC al 95%: 5.91-10.49), e tra coloro che hanno una madre con il diploma o la laurea (OR: 1.36; IC al 95%: 1.04-1.79). Il consumo totale di alcol era invece più basso tra le femmine (OR: 0.56; IC al 95%: 0.45-0.70), tra i ragazzi nati all'estero (OR: 0.56; IC al 95%: 0.34-0.92) e tra quelli con un padre con il diploma o la laurea (OR: 0.77; IC al 95%: 0.59-0.99). Nessuna relazione significativa è stata osservata tra IMC, attività fisica e città di residenza e consumo totale di alcol negli ultimi 30 giorni.

Tabella 1. Distribuzione dei ragazzi intervistati in base al consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, nel totale dei soggetti e a seconda di varie caratteristiche. Lombardia, 2014.

| | N° | Numero di giorni, negli ultimi 30 giorni, in cui ha bevuto alcol (%) | | |
|--|------|---|-----------------|----------------|
| | | Mai | 1-2 giorni/mese | ≥3 giorni/mese |
| Totale | 3134 | 75.2 | 14.6 | 10.2 |
| Età | | | | |
| 11 anni | 1175 | 94.0 | 4.6 | 1.5 |
| 13 anni | 1064 | 81.0 | 13.8 | 5.2 |
| 15 anni | 895 | 43.8 | 28.7 | 27.5 |
| Sesso | | | | |
| Maschi | 1616 | 72.4 | 16.0 | 11.6 |
| Femmine | 1518 | 78.3 | 13.1 | 8.6 |
| Indice di Massa Corporea (IMC)* | | | | |
| Sottopeso/normopeso | 2377 | 73.4 | 15.4 | 11.2 |
| Sovrappeso/obeso | 372 | 74.5 | 15.9 | 9.7 |
| Fumo negli ultimi 30 giorni* | | | | |
| No | 2706 | 82.9 | 12.2 | 4.9 |
| Sì | 405 | 24.2 | 31.1 | 44.7 |
| Attività fisica negli ultimi 7 giorni* | | | | |
| 0-2 giorni | 965 | 74.6 | 16.0 | 9.4 |
| 3-4 giorni | 1129 | 76.1 | 14.2 | 9.7 |
| ≥5 giorni | 971 | 75.0 | 13.9 | 11.2 |
| Paese di nascita* | | | | |
| Italia | 2933 | 74.9 | 14.9 | 10.2 |
| Altri paesi del mondo | 199 | 80.9 | 10.1 | 9.1 |
| Città di residenza | | | | |
| Altre città lombarde | 2120 | 75.3 | 14.3 | 10.4 |
| Milano | 1014 | 75.1 | 15.3 | 9.7 |
| Titolo di studio del padre* | | | | |
| Licenza elementare o media | 1007 | 70.3 | 17.3 | 12.4 |
| Diploma superiore o laurea | 1251 | 71.5 | 16.0 | 12.6 |
| Titolo di studio della madre* | | | | |
| Licenza elementare o media | 786 | 71.8 | 16.2 | 12.1 |
| Diploma superiore o laurea | 1474 | 70.6 | 17.1 | 12.4 |

* Numero totale di soggetti con informazione sul consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Abbiamo quindi escluso 38 soggetti (1.2%) con informazione mancante.

* La somma delle numerosità nelle categorie non corrisponde alla numerosità totale a causa di alcuni valori mancanti.

Tabella 2. Percentuale di consumo di alcol (almeno un giorno negli ultimi 30 giorni), e corrispondenti odd ratio (OR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%, a seconda di alcune caratteristiche. Lombardia, 2014.

| | N° | Consumo di alcol % | OR (IC al 95%)# |
|---|------|-----------------------|---------------------------|
| Totale | 3134 | 24.8 | - |
| Età | | | |
| 11 anni | 1175 | 6.0 | 1 [^] |
| 13 anni | 1064 | 19.0 | 3.11 (2.21-4.39) |
| 15 anni | 895 | 56.2 | 13.59 (9.64-19.16) |
| Sesso | | | |
| Maschi | 1616 | 27.6 | 1 [^] |
| Femmine | 1518 | 21.7 | 0.56 (0.45-0.70) |
| Indice di Massa Corporea (IMC)* | | | |
| Sottopeso/normopeso | 2377 | 26.6 | 1 [^] |
| Sovrappeso/obeso | 372 | 25.5 | 0.90 (0.66-1.23) |
| Fumo negli ultimi 30 giorni* | | | |
| No | 2706 | 17.1 | 1 [^] |
| Sì | 405 | 75.8 | 7.87 (5.91-10.49) |
| Attività fisica negli ultimi 7 giorni* | | | |
| 0-2 giorni | 965 | 25.4 | 1 [^] |
| 3-4 giorni | 1129 | 23.9 | 1.05 (0.80-1.36) |
| ≥5 giorni | 971 | 25.0 | 1.21 (0.92-1.59) |
| Paese di nascita* | | | |
| Italia | 2933 | 25.1 | 1 [^] |
| Altri paesi del mondo | 199 | 19.1 | 0.56 (0.34-0.92) |
| Città di residenza | | | |
| Altre città lombarde | 2120 | 24.7 | 1 [^] |
| Milano | 1014 | 25.0 | 1.23 (0.98-1.56) |
| Titolo di studio del padre* | | | |
| Licenza elementare o media | 1007 | 29.7 | 1 [^] |
| Diploma superiore o laurea | 1251 | 28.5 | 0.77 (0.59-0.99) |
| Titolo di studio della madre* | | | |
| Licenza elementare o media | 786 | 28.2 | 1 [^] |
| Diploma superiore o laurea | 1474 | 29.4 | 1.36 (1.04-1.79) |

° Numero totale di soggetti con informazione sul consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Abbiamo quindi escluso 38 soggetti (1.2%) con informazione mancante.

* La somma delle numerosità nelle categorie non corrisponde alla numerosità totale a causa di alcuni valori mancanti.

[^] Categoria di riferimento.

Le stime derivano da un modello di regressione logistica multivariata aggiustato per tutte le variabili elencate nella tabella (età, sesso, IMC, fumo, attività fisica, paese di nascita, città di residenza, titolo di studio del padre e titolo di studio della madre). Le stime in grassetto sono statisticamente significative ad un livello statistico di 0.05.

Abbiamo poi trovato che i ragazzi che dichiaravano di aver avuto dei disturbi fisici negli ultimi 6 mesi (OR: 1.45; IC al 95%: 1.16-1.83), quelli che ritenevano di non ricevere un adeguato supporto dalla propria famiglia (OR: 1.84; IC al 95%: 1.35-2.52) e coloro che usavano i social network quando sono collegati a internet (OR: 1.30; IC al 95%: 1.02-1.67), avevano più frequentemente utilizzato alcolici nell'ultimo mese (**Tabella 3**).

Tabella 3. Percentuale di consumo di alcol (almeno un giorno negli ultimi 30 giorni), e corrispondenti odd ratio (OR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%, a seconda di altre caratteristiche. Lombardia, 2014.

| | N° | Consumo di alcol % | OR (IC al 95%)# |
|-----------------------------------|------|--------------------|-------------------------|
| Totale | 3134 | 24.8 | - |
| Disturbi fisici (ultimi 6 mesi)*§ | 2055 | 22.5 | 1 [^] |
| No | 1064 | 29.0 | 1.45 (1.16-1.83) |
| Sì | | | |
| Disturbi umore (ultimi 6 mesi)*§ | | | |
| No | 2535 | 23.8 | 1 [^] |
| Sì | 583 | 28.8 | 1.07 (0.80-1.42) |
| Supporto della famiglia*† | | | |
| Molto d'accordo | 1178 | 16.2 | 1 [^] |
| Abbastanza d'accordo | 1300 | 26.5 | 1.24 (0.97-1.60) |
| Non d'accordo | 580 | 37.4 | 1.84 (1.35-2.52) |
| Uso di social network*‡ | | | |
| Qualche volta/mai | 697 | 26.7 | 1 [^] |
| Sempre/spesso | 1237 | 41.4 | 1.30 (1.02-1.67) |
| Uso di youtube*‡ | | | |
| Qualche volta/mai | 405 | 32.4 | 1 [^] |
| Sempre/spesso | 1528 | 37.0 | 1.29 (0.97-1.71) |

° Numero totale di soggetti con informazione sul consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Abbiamo quindi escluso 38 soggetti (1.2%) con informazione mancante.

* La somma delle numerosità nelle categorie non corrisponde alla numerosità totale a causa di alcuni valori mancanti.

§ Per disturbi fisici si intende l'aver avuto ≥ 1 volta alla settimana almeno uno dei seguenti disturbi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena. Per disturbi di umore si intende l'aver avuto ≥ 1 volta alla settimana almeno uno dei seguenti disturbi: essere giù di morale, essere irritabile o di cattivo umore, essere nervoso.

† Per supporto della famiglia si intende uno score medio (1=per niente d'accordo, 7=molto d'accordo) assegnato alle quattro seguenti affermazioni: la famiglia cerca davvero di aiutarmi; la famiglia mi dà l'appoggio emotivo e il supporto di cui ho bisogno; posso davvero parlare dei miei problemi con la mia famiglia; la mia famiglia cerca davvero di aiutarmi a prendere le decisioni. Non d'accordo=1-4; abbastanza d'accordo=5-6; Molto d'accordo=7.

‡ Informazione non disponibile per i ragazzi di 11 anni.

[^] Categoria di riferimento.

Le stime derivano da un modello di regressione logistica multivariata aggiustato per età, sesso, IMC, fumo, attività fisica, paese di nascita, città di residenza, titolo di studio del padre e titolo di studio della madre. Le stime in grassetto sono statisticamente significative ad un livello statistico di 0.05.

Per i risultati sui comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche (consumo regolare di alcolici e *binge drinking*), ci siamo concentrati sui ragazzi di 15 anni, restringendo quindi le analisi a questa categoria di soggetti (n=895). I consumatori regolari di alcolici tra i ragazzi di 15 anni erano il 27.5% (**Tabella 4**), ed erano particolarmente frequenti tra coloro che hanno fumato almeno una volta nell'ultimo mese (53.2%; OR: 17.89; IC al 95%: 11.11-28.79). Il consumo regolare di alcolici era invece meno frequente nelle femmine (OR: 0.39; IC al 95%: 0.25-0.61), nei ragazzi nati all'estero (OR: 0.17; IC al 95%: 0.06-0.50) e in coloro con un padre con il diploma o la laurea (OR: 0.59; IC al 95%: 0.36-0.97). Abbiamo inoltre osservato che i ragazzi che non si sentivano per nulla appoggiati, o solo poco appoggiati dalla propria famiglia avevano un consumo regolare di alcolici più alto (OR: 1.87; IC al 95%: 1.09-3.19 e OR: 1.96; IC al 95%: 1.04-3.70, rispettivamente) rispetto a coloro che si sentivano molto appoggiati dalla famiglia (**Tabella 5**).

Tra i ragazzi di 15 anni, il *binge drinking* è un fenomeno che coinvolgeva il 36.8% dei soggetti (**Tabella 4**). I ragazzi con un padre con livello di istruzione elevato erano meno frequentemente *binge drinkers* rispetto a quelli con un padre con livello di istruzione inferiore (OR: 0.49; IC al 95%: 0.33-0.71). Coloro che avevano fumato sigarette nell'ultimo mese (OR: 8.82; IC al 95%: 6.24-12.48) e che avevano svolto attività fisica 5 giorni o più nell'ultima settimana (OR: 1.84; IC al 95%: 1.21-2.81), erano invece più a rischio di *binge drinking* rispetto ai non fumatori e ai ragazzi che avevano svolto attività fisica 2 giorni o meno, rispettivamente. Anche tra i ragazzi che non si sentivano appoggiati dalla famiglia (OR: 1.76; IC al 95%: 1.09-2.86) e quelli che utilizzavano i social network quando erano su internet (OR: 1.50; IC al 95%: 1.03-2.20) la prevalenza di *binge drinkers* era più elevata (**Tabella 5**).

Tabella 4. Percentuale di consumo regolare di alcol (almeno 3 giorni negli ultimi 30 giorni) e di *binge drinking* (consumo di 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione, almeno una volta negli ultimi 12 mesi) nei ragazzi di 15 anni, e corrispondenti odd ratio (OR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%, a seconda di alcune caratteristiche. Lombardia, 2014.

| | N° | Consumo regolare di alcol | | <i>Binge drinking</i> | |
|--|-----|---------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | | % | OR (IC al 95%)# | % | OR (IC al 95%)# |
| Totale | 895 | 27.5 | - | 36.8 | - |
| Sesso | | | | | |
| Maschi | 453 | 31.6 | 1 [^] | 38.3 | 1 [^] |
| Femmine | 442 | 23.3 | 0.39 (0.25-0.61) | 35.2 | 0.78 (0.55-1.10) |
| Indice di Massa Corporea (IMC)* | | | | | |
| Sottopeso/normopeso | 740 | 28.7 | 1 [^] | 37.9 | 1 [^] |
| Sovrappeso/obeso | 101 | 24.8 | 0.74 (0.38-1.44) | 36.2 | 0.84 (0.51-1.38) |
| Fumo negli ultimi 30 giorni* | | | | | |
| No | 602 | 15.1 | 1 [^] | 21.8 | 1 [^] |
| Sì | 284 | 53.2 | 17.89 (11.11-28.79) | 68.0 | 8.82 (6.24-12.48) |
| Attività fisica negli ultimi 7 giorni* | | | | | |
| 0-2 giorni | 316 | 23.1 | 1 [^] | 32.9 | 1 [^] |
| 3-4 giorni | 302 | 29.1 | 1.10 (0.66-1.83) | 40.1 | 1.48 (0.99-2.21) |
| ≥5 giorni | 263 | 30.4 | 1.34 (0.80-2.25) | 38.8 | 1.84 (1.21-2.81) |
| Paese di nascita* | | | | | |
| Italia | 836 | 28.5 | 1 [^] | 36.9 | 1 [^] |
| Altri paesi del mondo | 58 | 13.8 | 0.17 (0.06-0.50) | 33.3 | 0.85 (0.43-1.69) |
| Città di residenza | | | | | |
| Altre città lombarde | 664 | 26.8 | 1 [^] | 36.5 | 1 [^] |
| Milano | 231 | 29.4 | 1.19 (0.74-1.93) | 37.6 | 1.14 (0.78-1.65) |
| Titolo di studio del padre* | | | | | |
| Licenza elementare o media | 351 | 29.3 | 1 [^] | 42.9 | 1 [^] |
| Diploma superiore o laurea | 442 | 27.2 | 0.59 (0.36-0.97) | 30.5 | 0.49 (0.33-0.71) |
| Titolo di studio della madre* | | | | | |
| Licenza elementare o media | 288 | 27.8 | 1 [^] | 40.0 | 1 [^] |
| Diploma superiore o laurea | 520 | 27.5 | 1.50 (0.91-2.50) | 34.2 | 1.10 (0.75-1.63) |

° Numero totale di soggetti con informazione sul consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Abbiamo quindi escluso 11 soggetti (1.2%) con informazione mancante.

* La somma delle numerosità nelle categorie non corrisponde alla numerosità totale a causa di alcuni valori mancanti.

[^] Categoria di riferimento.

Le stime derivano da un modello di regressione logistica multivariata aggiustato per tutte le variabili elencate nella tabella (età, sesso, IMC, fumo, attività fisica, paese di nascita, città di residenza, titolo di studio del padre e titolo di studio della madre). Per le stime per il consumo di alcol, abbiamo escluso i ragazzi con un consumo occasionale di alcol (1-2 giorni negli ultimi 30 giorni). Le stime in grassetto sono statisticamente significative ad un livello statistico di 0.05.

Tabella 5. Percentuale di consumo regolare di alcol (almeno 3 giorni negli ultimi 30 giorni) e di *binge drinking* (consumo di 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione, almeno una volta negli ultimi 12 mesi) nei ragazzi di 15 anni, e corrispondenti odd ratio (OR) e intervalli di confidenza (IC) al 95%, a seconda di altre caratteristiche. Lombardia, 2014.

| | N° | Consumo regolare di alcol | | <i>Binge drinking</i> | |
|-----------------------------------|-----|---------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| | | % | OR (IC al 95%)# | % | OR (IC al 95%)# |
| Totale | 895 | 27.5 | - | 36.8 | - |
| Disturbi fisici (ultimi 6 mesi)*§ | | | | | |
| No | 562 | 26.7 | 1 [^] | 34.9 | 1 [^] |
| Sì | 328 | 28.7 | 1.16 (0.73-1.84) | 39.5 | 1.35 (0.95-1.93) |
| Disturbi umore (ultimi 6 mesi)*§ | | | | | |
| No | 712 | 26.8 | 1 [^] | 34.4 | 1 [^] |
| Sì | 178 | 29.8 | 1.14 (0.66-1.97) | 45.8 | 1.46 (0.96-2.23) |
| Supporto della famiglia*† | | | | | |
| Molto d'accordo | 204 | 21.1 | 1 [^] | 28.3 | 1 [^] |
| Abbastanza d'accordo | 434 | 28.1 | 1.87 (1.09-3.19) | 35.7 | 1.30 (0.86-1.98) |
| Non d'accordo | 238 | 31.1 | 1.96 (1.04-3.70) | 46.4 | 1.76 (1.09-2.86) |
| Uso di social network*‡ | | | | | |
| Qualche volta/mai | 260 | 19.2 | 1 [^] | 42.3 | 1 [^] |
| Sempre/spesso | 630 | 30.8 | 1.38 (0.86-2.22) | 23.9 | 1.50 (1.03-2.20) |
| Uso di youtube*‡ | | | | | |
| Qualche volta/mai | 209 | 26.8 | 1 [^] | 38.8 | 1 [^] |
| Sempre/spesso | 680 | 27.5 | 1.16 (0.71-1.89) | 30.8 | 1.36 (0.92-2.02) |

° Numero totale di soggetti con informazione sul consumo di alcol negli ultimi 30 giorni. Abbiamo quindi escluso 11 soggetti (1.2%) con informazione mancante.

* La somma delle numerosità nelle categorie non corrisponde alla numerosità totale a causa di alcuni valori mancanti.

§ Per disturbi fisici si intende l'aver avuto ≥ 1 volta alla settimana almeno uno dei seguenti disturbi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena. Per disturbi di umore si intende l'aver avuto ≥ 1 volta alla settimana almeno uno dei seguenti disturbi: essere giù di morale, essere irritabile o di cattivo umore, essere nervoso.

† Per supporto della famiglia si intende uno score medio (1=per niente d'accordo, 7=molto d'accordo) assegnato alle quattro seguenti affermazioni: la famiglia cerca davvero di aiutarmi; la famiglia mi dà l'appoggio emotivo e il supporto di cui ho bisogno; posso davvero parlare dei miei problemi con la mia famiglia; la mia famiglia cerca davvero di aiutarmi a prendere le decisioni. Non d'accordo=1-4; abbastanza d'accordo=5-6; Molto d'accordo=7.

‡ Informazione non disponibile per i ragazzi di 11 anni.

[^] Categoria di riferimento.

Le stime derivano da un modello di regressione logistica multivariata aggiustato per età, sesso, IMC, fumo, attività fisica, paese di nascita, città di residenza, titolo di studio del padre e titolo di studio della madre). Per le stime per il consumo di alcol, abbiamo escluso i ragazzi con un consumo occasionale di alcol (1-2 giorni negli ultimi 30 giorni). Le stime in grassetto sono statisticamente significative ad un livello statistico di 0.05.

CONCLUSIONI

Come è stato rilevato da precedenti studi epidemiologici ed empirici, nel Nord Italia gli adolescenti possono sviluppare comportamenti di rischio legati all'uso di alcol, poiché consumano – fuori dai pasti – birra e superalcolici con maggiore frequenza dei soggetti adulti (ISTAT, 2017; Ascitto et al., 2016; Laghi et al., 2016; Venturelli et al., 2017). Allo stesso tempo, gli adolescenti sono più predisposti a sviluppare *binge-drinking*, comportamento che costituisce un conclamato fattore di rischio per future problematiche di alcolismo (Addolorato et al., 2018). Date tali evidenze e considerando che le conoscenze scientifiche sul consumo di alcol nei primi anni dell'adolescenza costituiscono un campo di evidenze ancora ristretto, indagare il consumo di alcol in pre-adolescenza e adolescenza, attraverso i dati HBSC, risulta funzionale in ottica sia di aggiornamento dei dati di occorrenza del comportamento sia in ottica di pianificazione di opportuni piani di prevenzione.

Le analisi effettuate hanno individuato i profili degli adolescenti più propensi al consumo frequente di alcol e al *binge-drinking*, considerando diverse componenti di rischio e di protezione, legate a caratteristiche socio-anagrafiche, altri comportamenti frequenti (abitudini d'uso di altre sostanze, abitudini e modalità di utilizzo della rete, pratica di uno sport), occorrenza di sintomi fisici e psichici e dinamiche di interazione familiare.

Genere, età e traiettorie di consumo

In linea con le traiettorie di consumo evidenziate dalla letteratura (Chassin et al., 2002; Derefinko et al., 2016), si riscontra un consumo di alcol più frequente al crescere dell'età. Tale incremento nei comportamenti di uso e cattivo uso (misuse) dell'alcol si associa a corrispondenti cambiamenti nelle frequentazioni e occasioni di socializzazione dei ragazzi di queste età, in cui il rapporto e la frequentazione del gruppo dei pari costituisce un elemento basilare dello sviluppo adolescenziale (Nickerson & Nagle, 2005). In particolare, momenti in autonomia, feste, o occasioni sociali in cui il monitoraggio da parte degli adulti è limitato, rappresentano possibili momenti di iniziazione al consumo di alcol, attraverso dinamiche di apprendimento sociale e imitazione di comportamenti che non contemplan un corretto uso della sostanza (Chassin et al., 2002).

Per quanto riguarda i pattern di consumo tipici di maschi e femmine, rilevati sul campione totale, i soggetti che consumano più frequentemente alcol sono maschi, confermando le differenze di genere già evidenziate in precedenti indagini epidemiologiche e in letteratura. A livello di prevalenza sul territorio nazionale, un'indagine ISTAT svolta nel 2016 ha mostrato che fra i ragazzi nella fascia 11-15 anni l'11,4% dei maschi contro l'8,5% delle femmine avevano assunto alcolici negli ultimi 12 mesi; allo stesso tempo, lo 0,5% dei maschi è risultato bere giornalmente, rispetto allo 0,1% delle femmine. La letteratura empirica ha offerto alcune interessanti interpretazioni rispetto ai diversi pattern di consumo legati al genere: i maschi sarebbero più inclini a bere alcolici perché, per ragioni di sviluppo neuroanatomico, consolidano più lentamente delle femmine la capacità di inibizione comportamentale e, allo stesso tempo, per ragioni socio-culturali, attribuiscono maggiore valore all'alcol come dispositivo di socializzazione (Schulte et al., 2009; Bolland et al., 2016).

Fumo, attività fisica e obesità

Mentre non osserviamo alcuna relazione significativa tra consumo di alcol e misure antropometriche o attività fisica, coloro che bevono alcol sono frequentemente fumatori. Tra coloro che non hanno fumato durante gli ultimi 30 giorni, solo meno di uno su quattro consumava alcolici. Al contrario, tra coloro che avevano fumato, più di tre adolescenti su quattro erano bevitori.

Attività svolte nel tempo libero e consumo di alcol

Un altro aspetto cui la presente indagine ha cercato di offrire un'elaborazione e interpretazione dei dati raccolti tra i ragazzi riguarda la possibile associazione tra consumo di alcol e modo di impiegare il tempo libero; di quest'ultimo si sono individuati due indicatori a nostro parere di rilievo, costituiti rispettivamente dall'uso della rete internet e dalla assiduità nella pratica di attività sportiva. Rispetto al primo indicatore, ossia l'uso della rete, abbiamo analizzato non solo la frequenza, ma anche la tipologia di utilizzo, distinguendo tra un uso di internet a scopo ricreativo (utilizzo di social network) da un uso della rete a scopo conoscitivo/consultivo. I dati analizzati mostrano, a tale proposito, una significativa relazione tra l'utilizzo dei social network e l'uso di alcol; sono i ragazzi/e che più utilizzano i social network che utilizzano più frequentemente alcol. Come si ritrova in un dibattito aperto in letteratura scientifica (Gommans et al., 2015), i social network, costituendo un mezzo di comunicazione pervasivo nella quotidianità dell'adolescente e poco soggetto al monitoraggio da parte degli adulti, possono innescare nell'adolescente dinamiche imitative rispetto a contenuti foto e video – riguardanti soprattutto occasioni di festa –, condivisi senza filtro da coetanei o individui più grandi, dove l'alcol rappresenta un dispositivo di socializzazione e affiliazione fondamentale nei gruppi di pari.

Rispetto invece alla pratica sportiva, in maniera non immediatamente intuitiva, è emersa un'associazione tra assiduità nell'attività sportiva e utilizzo di alcol, poiché sono i ragazzi che praticano più frequentemente attività sportive a consumare alcol e praticare *binge-drinking* più frequentemente. A proposito di tale dato sarà fondamentale comprendere quali siano possibili fattori di rischio in tale associazione e se la tipologia di sport praticato (individuale vs. di squadra), con i correlati eventi di convivialità, possano costituire occasioni in cui i ragazzi "incontrano" l'alcol e il suo utilizzo come veicolo di socializzazione (Dever et al., 2012). Un ulteriore aspetto che abbiamo preso in considerazione riguarda l'influenza della famiglia sui comportamenti dei ragazzi analizzati. Sebbene, come già precisato, il gruppo dei pari e le relative dinamiche di socializzazione assumano un'importanza crescente nella vita del pre-adolescente e dell'adolescente (Nickerson & Nagle, 2005), la famiglia continua a costituire un riferimento fondamentale per i comportamenti di benessere o di potenziale rischio dei figli adolescenti.

Variabili familiari e consumo di alcol

A questo proposito, si è rilevato che i soggetti con consumo di alcol più frequente appartengono a nuclei familiari con genitori di medio e alto livello di istruzione (diploma o laurea), in linea con evidenze scientifiche provenienti dal nord Europa su giovani adulti e le loro abitudini di consumo (Wells & Östberg, 2018). Provenire da un background familiare con medio-alto livello di istruzione da parte dei

genitori non costituisce un fattore di protezione rispetto alla frequenza di consumo dell'alcol. Visto questo particolare legame tra caratteristiche socio-culturali dei genitori e comportamenti dei figli, si evidenzia come possibile direzione di studio futuro l'eventualità di integrare all'interno del protocollo HBSC, nuove misure atte a cogliere ulteriori aspetti dello stile di vita dei genitori (tempo trascorso in famiglia, abitudini alimentari, pratica di attività sportive, comportamenti di consumo di sostanze, comportamenti legati alla salute, etc). Tale integrazione consentirebbe di arricchire l'indagine sul consumo di alcol con correlazioni intergenerazionali, che uniscano l'indagine dei comportamenti dei genitori a quelli dei figli.

Un ulteriore aspetto che abbiamo preso in considerazione, al di là di aspetti socio-culturali del background familiare, riguarda la qualità della vita familiare e, in particolare, la presenza o assenza di percezione da parte dei ragazzi di essere sostenuti e supportati dai propri genitori. Il supporto familiare costituisce un fattore di protezione rispetto all'uso di alcol. Come dimostrato da molteplici evidenze scientifiche (Jovic-Vranes et al., 2005; Wang et al., 2015), avere una famiglia supportiva – sia dal punto di vista pratico che emotivo - rappresenta un fattore di contrasto all'abuso di sostanze durante l'adolescenza. Un elevato supporto da parte della famiglia può, per l'appunto, diminuire il senso di difficoltà connesso alle sfide identitarie e sociali che l'adolescente dovrà fronteggiare durante la transizione verso l'età adulta, nella forma di nuovi problemi, responsabilità e decisioni, tutelando il benessere psico-sociale dell'individuo rispetto all'iniziazione a possibili comportamenti a rischio (Wang et al., 2015).

Sintomi legati al consumo di alcol

Infine, un ultimo fattore, non certo in ordine di rilevanza, riguarda la salute degli adolescenti, intesa come possibile associazione tra il consumo di alcol e la tendenza a sperimentare sintomi fisici come la percezione di avere frequentemente mal di testa, mal di schiena, mal di stomaco e giramenti di testa. A tal proposito, l'analisi dei dati ha messo in luce come sia chi più sperimenta sintomi fisici ad utilizzare in maniera più frequente l'alcol. Allo stesso modo, nel campo della ricerca HBSC, studi precedenti hanno dimostrato che il consumo assiduo di alcol da parte degli adolescenti è associato all'occorrenza di problematiche di salute (Ottova-Jordan et al., 2015). Non si esclude, a proposito del risultato, una possibile lettura psicosomatica dei sintomi fisici come indicatori di stress somatizzato, data la relazione tra disturbi psicosomatici e comportamenti di rischio in adolescenza (Choquet & Menke, 1987).

Risultati inerenti la fascia di età 15 anni

Infine, sono state condotte analisi statistiche focalizzate esclusivamente sulla popolazione dei quindicenni, poiché come indicato in letteratura proprio tra i 15 e i 23 anni si avrebbe un picco nella frequenza di consumo di alcol (Chassin et al., 2002). Essendo dunque tale fascia di età la più esposta a cambiamenti inerenti lo stile di vita, le responsabilità, le frequentazioni al di fuori della famiglia, nella transizione tra la scuola media e superiore, si è scelto di dedicare a tale parte del campione uno spazio di analisi dedicato, al fine di identificare i fattori legati al consumo frequente di alcol e al *binge-drinking*.

In tale fascia di età si conferma di nuovo il dato inerente il genere poiché i maschi risultano più frequentemente consumatori di alcol rispetto alle femmine. Per quanto riguarda il supporto familiare, questa variabile si conferma anch'essa come un fattore protettivo rispetto all'uso della sostanza. Per i quindicenni la famiglia costituisce ancora una fonte di risorse pratiche e sociali di importanza imprescindibile, sebbene nella vita dell'adolescente inizi ad essere cruciale in termini di supporto sociale anche il gruppo dei pari (Nickerson & Nagle, 2005). Considerando il livello di istruzione dei genitori, in questa fascia di età, il solo titolo di studio del padre risulta una variabile significativamente associata al consumo di alcol: più il livello di istruzione del padre è elevato, più è frequente il consumo di alcol da parte dei figli, ma il dato non si replica per quanto riguarda la madre. Al contrario, considerando il *binge-drinking*, il livello di istruzione paterno risulta giocare un ruolo opposto: più è alto il livello di istruzione del padre, meno è elevata la frequenza di *binge-drinking* nei figli. Il *binge-drinking*, inoltre, emerge essere fortemente associato al fumo di sigarette, confermando una prospettiva di "polysubstance use". Il *binge-drinking* risulta anche associato ad un basso supporto familiare e all'uso di social network con frequenza elevata.

I risultati ottenuti dalle analisi che sono state effettuate suggeriscono a un'ampia categoria di professionisti, come psicologi, assistenti sociali, dirigenti scolastici e docenti, l'importanza di identificare le risorse individuali e sociali degli adolescenti per prevenire o contrastare l'abuso di alcol e il *binge-drinking*, permettendoci allo stesso tempo di considerare anche i fattori di rischio più comuni in queste fasce di popolazione a livello di età, genere, comportamenti inerenti la salute e l'uso della rete internet, e considerando le caratteristiche del nucleo familiare d'origine.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Addolorato, G., Vassallo, G.A., Antonelli, G., Antonelli, M., Tarli, C., Mirijello, A., Agyei-Nkansah, A., Mentella, M.C., Ferrarese, D., et al., 2018. Binge Drinking among adolescents is related to the development of Alcohol Use Disorders: results from a Cross-Sectional Study. *Sci Rep* 8:12624.

Asciutto, R., Lugo, A., Pacifici, R., Colombo, P., Rota, M., La Vecchia, C., Gallus, S., 2016. The Particular Story of Italians' Relation with Alcohol: Trends in Individuals' Consumption by Age and Beverage Type. *Alcohol Alcohol* 51:347-53.

Bolland, K.A., Bolland, J.M., Tomek, S., Devereaux, R.S., Mrug, S., Wimberly, J.C., 2016. Trajectories of adolescent alcohol use by gender and early initiation status. *Youth & Society* 48:3-32.

Chassin, L., Pitts, S.C., Prost, J., 2002. Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *J Consult Clin Psychol* 70:67-78.

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.

Derefinko, K.J., Charnigo, R.J., Peters, J.R., Adams, Z.W., Milich, R., Lynam, D.R., 2016. Substance Use Trajectories From Early Adolescence Through the Transition to College. *J Stud Alcohol Drugs* 77:924-35.

Dever, B.V., Schulenberg, J.E., Dworkin, J.B., O'Malley, P.M., Kloska, D.D., Bachman, J.G., 2012. Predicting risk-taking with and without substance use: the effects of parental monitoring, school bonding, and sports participation. *Prev Sci* 13:605-15.

GBD Alcohol Collaborators, 2018. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 392:1015-35.

Giustino, A., Stefanizzi, P., Ballini, A., Renzetti, D., De Salvia, M.A., Finelli, C., Coscia, M.F., Tafuri, S., De Vito, D., 2018. Alcohol use and abuse: a cross-sectional study among Italian adolescents. *J Prev Med Hyg* 59:E167-E71.

Gommans, R., Stevens, G.W., Finne, E., Cillessen, A.H., Boniel-Nissim, M., ter Bogt, T.F., 2015. Frequent electronic media communication with friends is associated with higher adolescent substance use. *Int J Public Health* 60:167-77.

Innamorati, M., Maniglio, R., 2015. Psychosocial correlates of alcohol use and heavy episodic drinking among Italian adolescents: Data from the second International Self-Reported Delinquency study. *Am J Addict* 24:507-14.

ISTAT, 2017. Il consumo di alcol in Italia. Disponibile online: https://www.istat.it/it/files/2017/04/Consumo_alcol_in_Italia_2016.pdf.

Jovic-Vranes, A.S., Vranes, B., Marinkovic, J., Cucic, V., 2005. Adolescent substance abuse, the importance of family, school and peers: data from the health behaviour in school children. *Soz Praventivmed* 50:119-24.

Kuntsche, S., Kuntsche, E., 2016. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clin Psychol Rev* 45:89-101.

La Vecchia, C., Bosetti, C., Bertuccio, P., Castro, C., Pelucchi, C., Negri, E., 2014. Trends in alcohol consumption in Europe and their impact on major alcohol-related cancers. *Eur J Cancer Prev* 23:319-22.

Laghi, F., Baumgartner, E., Baiocco, R., Kotzalidis, G.D., Piacentino, D., Girardi, P., Angeletti, G., 2016. Alcohol intake and binge drinking among Italian adolescents: The role of drinking motives. *J Addict Dis* 35:119-27.

Moss, H.B., Chen, C.M., Yi, H.Y., 2014. Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend* 136:51-62.

Ottova-Jordan, V., Smith, O.R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T., Mazur, J., Valimaa, R., Cavallo, F., et al., 2015. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *Eur J Public Health* 25 Suppl 2:83-9.

Patrick, M.E., Schulenberg, J.E., 2013. Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Res* 35:193-200.

Perasso, G., Barone, L., 2018. Cyberbullismo, cyber-vittimizzazione e differenze di genere in adolescenza. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2:241-68.

Ryan, S.M., Jorm, A.F., Lubman, D.I., 2010. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry* 44:774-83.

Schulte, M.T., Ramo, D., Brown, S.A., 2009. Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clin Psychol Rev* 29:535-47.

Terry-McElrath, Y.M., O'Malley, P.M., Johnston, L.D., 2011. Exercise and substance use among American youth, 1991-2009. *Am J Prev Med* 40:530-40.

Venturelli, F., Poscia, A., Carrozzi, G., Sampaolo, L., Bargellini, A., Ricciardi, W., Magnavita, N., 2017. Prevalence of alcohol abuse among workers in Italy. *Med Lav* 108:52-63.

Wang, C., Hipp, J.R., Butts, C.T., Jose, R., Lakon, C.M., 2015. Alcohol use among adolescent youth: the role of friendship networks and family factors in multiple school studies. *PLoS One* 10:e0119965.

Wells, L., Ostberg, V., 2018. Parental education differentially predicts young adults' frequency and quantity of alcohol use in a longitudinal Swedish sample. *SSM Popul Health* 6:91-97.

WHO, 2014. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health.

Wood, A.M., Kaptoge, S., Butterworth, A.S., Willeit, P., Warnakula, S., Bolton, T., Paige, E., Paul, D.S., Sweeting, M., et al., 2018. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 391:1513-23.

Contesto di vita e benessere dei ragazzi di 13 e 15 anni in Lombardia: evidenze dallo studio HBSC.

a cura di David Consolazio, Marco Terraneo, Mara Tognetti

Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale - Università degli Studi di Milano-Bicocca

Abstract

Lo studio della relazione tra il contesto in cui le persone vivono e le loro condizioni di salute trova sempre più spazio all'interno della letteratura sulle disuguaglianze sociali nella salute. L'ambiente di vita influisce sul benessere delle persone in modo materiale, attraverso la disponibilità di servizi e risorse, ma anche per via sociale, culturale e relazionale, nella misura in cui le persone all'interno dello stesso contesto condividono norme, valori e comportamenti che impattano sui loro stati di salute. In questo studio abbiamo analizzato l'associazione tra la coesione sociale nel contesto di residenza e due outcome collegati alla sfera della salute, autoefficacia e benessere, in ragazzi in età scolastica in Lombardia, con l'utilizzo dei dati HBSC 2014. I risultati mostrano un'associazione positiva tra le variabili, suggerendo nuovi ambiti di intervento nelle politiche volte a promuovere la salute e a ridurre le disuguaglianze.

Keywords: Coesione sociale – Capitale sociale – Disuguaglianze di salute – Autoefficacia – Benessere

Background

Una crescente letteratura scientifica ha mostrato l'esistenza di una associazione tra il contesto in cui le persone vivono e le condizioni di salute della popolazione (Cramm *et al.*, 2013; Subramanian *et al.*, 2006). Vivere in quartieri con elevati livelli di deprivazione materiale è negativamente associato a diversi esiti negativi per la salute, come maggiori tassi di mortalità, aumento della prevalenza di malattie croniche, peggiore salute mentale e comportamenti insalubri. D'altra parte, anche le risorse sociali del luogo di residenza sono state identificate come rilevanti fattori attraverso i quali il contesto impatta sul benessere delle persone (Kawachi *et al.*, 2008; Mohnen *et al.*, 2011; Wen *et al.*, 2005). Nonostante questi risultati siano ampiamente consolidati in campo sociologico (e non solo), chiarire quali processi siano alla base della relazione che intercorre tra i contesti deprivati sul piano economico, sociale, relazionale e gli esiti negativi di salute e di benessere richiede ulteriori sforzi di indagine.

Date queste premesse, l'obiettivo del presente lavoro è quello di studiare il rapporto tra il contesto di vita dei ragazzi con un'età compresa tra i 13 e i 15 anni residenti in regione Lombardia e il loro benessere auto-percepito. A questo proposito, quattro aspetti necessitano di essere precisati con lo scopo di circoscrivere in modo puntuale l'ambito delle nostre analisi.

- a) Cosa si intende per contesto.
- b) Quali dimensioni del contesto si intendono analizzare.
- c) Perché è importante focalizzare l'analisi sui ragazzi.
- d) Cosa si intende per salute e benessere.

Cosa si intende per contesto

Innanzitutto, si deve riconoscere che a differenti esigenze conoscitive corrispondono diverse scale spaziali di analisi appropriate. Ad esempio, seppure se ne faccia largo uso, i riferimenti territoriali amministrativi (zone censuarie, circoscrizioni elettorali, codici di avviamento postale, ecc.) potrebbero non essere le scale adeguate da usare in tutte le circostanze (Macintyre *et al.*, 2002), considerato che spesso gli individui non identificano il proprio contesto con quello definito amministrativamente e che le percezioni dei confini variano tra gli individui. In tal senso, le aree sembrano possedere dei confini sfumati che possono espandersi o restringersi sulla base dell'esperienza personale (Sastry *et al.*, 2002). Questo significa anche che l'impatto del contesto può forse essere meglio compreso se si adotta una prospettiva relazionale, in cui l'accento non sia pertanto posto su rigide delimitazioni costruite ex ante, ma centrata sul rapporto di mutua influenza tra che si instaura tra le persone e i luoghi (Cummins *et al.*, 2007). In questo lavoro, pertanto, non ci preoccupiamo di identificare in modo preciso i confini delle aree, ma, più semplicemente, di mettere in luce quanto la variazione nelle caratteristiche possedute dai diversi ambiti spaziali, seppur soggettivamente e indefinitamente determinati, impatti su benessere delle persone.

Quali dimensioni del contesto si intendono analizzare

Si possono individuare tre domini per spiegare la relazione che intercorre tra il contesto e il benessere degli individui: l'effetto di composizione, quello contestuale e quello collettivo, secondo quanto suggerito da Macintyre (1997). L'effetto di composizione si concentra sulle caratteristiche degli individui appartenenti a specifici contesti territoriali, quali la loro età, il genere, l'etnia, lo stato civile, il livello di istruzione e di reddito. Le spiegazioni contestuali pongono l'attenzione invece sulle strutture di opportunità dell'ambiente fisico e sociale in cui le persone risiedono, in particolare in termini di servizi disponibili nel luogo di riferimento. Infine, le spiegazioni collettive si concentrano sulle caratteristiche socioculturali e storiche delle comunità.

In questo lavoro ci si focalizza sulla dimensione collettiva, consapevoli che la distinzione tra i tre domini è certo utile sul piano analitico, ma non deve nascondere lo stretto legame che esiste tra di essi (Cummins *et al.*, 2007). Ciò significa attribuire un ruolo importante al capitale sociale nello spiegare lo stretto rapporto tra luoghi e salute e, dunque, sottolineare l'importanza delle norme, delle tradizioni, dei valori, dei legami sociali, delle reti e degli interessi condivisi che caratterizzano un determinato ambiente (Putnam, 1993; Macintyre *et al.*, 2002).

In letteratura, il concetto di capitale sociale è ampiamente utilizzato, seppure resti a tutt'oggi un concetto elusivo, definito e operativizzato in molti modi differenti (Morrow, 1999). La prospettiva adottata in questo lavoro si fonda principalmente sull'approccio al tema di Coleman (1988), che usa questo termine per riferirsi alle relazioni sociali che servono come risorse agli individui per raggiungere i propri obiettivi. Coleman identifica tre forme di capitale sociale: norme, obblighi reciproci e opportunità per condividere le informazioni. In questo quadro, pertanto, le forme del capitale sociale come la fiducia, gli scambi reciproci, le norme e le sanzioni, definiscono il capitale sociale in una prospettiva di

coesione sociale. La coesione sociale dunque è considerata una misura dell'interdipendenza tra gli individui appartenenti a una comunità, e si riferisce al livello di connessione e solidarietà che esiste tra le persone. Ne discende che la coesione sociale deve essere intesa come una caratteristica collettiva, di una comunità o di un quartiere ad esempio. Si tratta pertanto di un attributo dell'ambiente sociale in cui la persona è radicata (Coleman, 1990), non certo una proprietà individuale, che può avere conseguenze significative su un insieme ampio di esiti, tra cui la salute e il benessere.

Perché è importante focalizzare l'analisi sui ragazzi

È sempre più evidente che i processi alla base dell'impatto del contesto sulle condizioni di vita delle persone, sia per quanto riguarda la forma che assumo che la loro intensità, possono variare a seconda delle caratteristiche della popolazione oggetto di studio. In tal senso, studiare l'effetto dell'ambiente sui ragazzi si dimostra interessante per almeno due ordini di motivi.

In primo luogo, va ricordato che, in una prospettiva di corso di vita (Kuh *et al.*, 2003), le condizioni negative di vita e l'esposizione a fattori di rischio sperimentati nell'infanzia e nell'adolescenza accrescono le probabilità di sviluppare malattie da adulti. La salute e il benessere di un individuo da questo punto di vista sarebbero l'esito di una serie cumulata di difficoltà socio-economiche che la persona inizia ad affrontare fin dai suoi primi anni di vita (DiPrete e Eirich, 2006; Willson *et al.*, 2007). In secondo luogo, molto è stato scritto sull'impatto della famiglia, del gruppo dei pari, della scuola sul benessere sociale e psicologico dei ragazzi (Resnick *et al.*, 1993; Black e Krishnakumar, 1998) e sull'adozione da parte loro di comportamenti insalubri, quali fumo, abuso di alcol, uso di droghe (Milton *et al.*, 2004; Farrell e White, 1998; Curran *et al.*, 1997; Barrera *et al.*, 1993). Scarsa attenzione è stata invece posta sul ruolo del contesto; inoltre, gli studi che se ne sono occupati non sono spesso riusciti a mostrare prove empiriche convincenti e consistenti circa l'impatto dell'ambiente sociale sugli esiti di benessere e salute dei ragazzi (Duncan e Raudenbush, 2001; Furstenberg e Hughes, 1997; Gephart, 1997; Jencks e Mayer, 1990).

Cosa si intende per salute e benessere

Quando parliamo di salute ci riferiamo non solo ad un'oggettiva assenza di malattia, ma intendiamo un concetto multidimensionale che include sia le percezioni soggettive dell'individuo, sia la capacità di raggiungere un più complessivo stato di benessere psico-fisico (Blaxter, 2000). Se ci si basa, ad esempio, sull'approccio delle capacità e dei funzionamenti di Sen (1992; 1993) il benessere è inteso come una condizione che dipende da ciò che l'individuo può fare e può essere, attraverso le risorse di cui dispone, e dalla capacità di utilizzare tali risorse per raggiungere i traguardi che intende conseguire. Da questo punto di vista, dunque, il benessere assume un ruolo centrale per la costruzione dei progetti di vita delle persone e, ancor più per i ragazzi che si trovano nelle fasi iniziali di tale percorso.

Su un altro piano, una delle dimensioni che si ritiene importante considerare come indicatore di sviluppo dei ragazzi è il senso di autoefficacia (Bandura, 1997), inteso come la convinzione circa le capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati risultati. L'autoefficacia ha conseguenze significative sul benessere individuale, anche nei ragazzi. Una scarsa

autoefficacia è associata a basse aspirazioni e scarso impegno nel raggiungimento degli obiettivi, perdita di fiducia nelle proprie capacità, incremento dello stress e della depressione. Si può ipotizzare, dunque, che un contesto sociale favorevole, ossia un'ambiente in cui la coesione sociale è più alta, possa rappresentare una risorsa preziosa per il ragazzo per accresce i propri livelli efficacia. Così, ad esempio, l'aiuto o i favori che si possono ricevere dai vicini o il grado di fiducia della gente che vive nel quartiere dovrebbero determinare ambienti maggiormente coesi che possono favorire l'impegno personale nel raggiungimento degli obiettivi, oltre a incoraggiare l'apprendimento a scuola, ottenere buoni lavori ed evitare i guai.

2. Dati

I dati utilizzati nell'analisi provengono dallo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*). HBSC è uno studio internazionale condotto in collaborazione con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS.

La metodologia adottata è stata sviluppata nel 1982 dai coordinatori dei paesi partecipanti allo studio (per ulteriori dettagli si rimanda al sito <http://www.hbsc.org>). Nella presente analisi si fa utilizzo dei dati dell'ultima rilevazione, avvenuta nel 2014, relativamente alla regione Lombardia e facente riferimento alle risposte di 3.172 ragazzi (11 anni = 1.191; 13 anni = 1.075; 15 anni = 906). A partire dal campione iniziale di 3.172 casi, l'analisi è stata ridotta a 1.981 casi, in quanto ai casi appartenenti alla classe di età di 11 anni (I media) nel questionario HBSC non sono state somministrate le domande relative agli indicatori della coesione sociale nel contesto di residenza. La numerosità si è successivamente ridotta a 1.931 casi a causa di dati mancanti in alcune variabili utilizzate per stimare i modelli.

3. Metodi e tecniche

Variabile indipendente

La variabile indipendente nell'analisi è la coesione sociale, operativizzata a partire dalle risposte a otto domande riferite a sicurezza, piacevolezza, fiducia e relazioni sociali all'interno del contesto di residenza dei ragazzi coinvolti nella ricerca. In particolare, è stato chiesto ai rispondenti di esprimere il loro grado di accordo con le seguenti affermazioni:

- 1. Mi sento sicuro nella zona in cui vivo*
- 2. La zona in cui vivo è un bel posto*
- 3. Nel quartiere in cui vivo, la gente saluta spesso e si ferma a parlare*
- 4. Nel quartiere in cui vivo, è sicuro per i bambini più piccoli giocare all'aperto*
- 5. Nel quartiere in cui vivo, puoi fidarti della gente nei dintorni*
- 6. Nel quartiere in cui vivo, ci sono bei posti dove passare il tempo libero*
- 7. Nel quartiere in cui vivo, potrei chiedere aiuto o favori ai vicini*
- 8. Nel quartiere in cui vivo, la maggior parte della gente qui intorno cercherebbe di approfittarsene*

La consistenza semantica degli indicatori è stata valutata attraverso il ricorso al coefficiente *alpha di Cronbach*, il cui valore ($\alpha = 0,77$) ha confermato la possibilità di trattare i diversi indicatori congiuntamente in funzione di rappresentazione del concetto latente di coesione sociale⁷. Gli indicatori sono dunque stati standardizzati⁸ e a ciascun individuo è stato assegnato un valore riferito alla coesione sociale del contesto di residenza calcolando la media dei punteggi per ogni indicatore. A valori più alti corrisponde una maggiore coesione sociale. La variabile continua così ottenuta è stata divisa in terzili, al fine di un'immediata comparazione tra soggetti che vivono in contesti a bassa, media e alta coesione sociale.

Variabili dipendenti

Le variabili dipendenti nel modello sono l'auto-efficacia e il benessere, così come percepiti dai soggetti intervistati. Come per l'indice di coesione sociale, entrambe sono state calcolate a partire da singoli indicatori, per i quali è stata inizialmente vagliata la consistenza semantica (auto-efficacia $\alpha = 0,82$; benessere $\alpha = 0,75$). Analogamente, gli indicatori sono stati standardizzati e a ciascun individuo sono stati assegnati valori di auto-efficacia e benessere calcolando la media dei punteggi per ogni indicatore. Come per la variabile indipendente, si è optato per una suddivisione in terzili delle due variabili continue ottenute, al fine di rendere immediata la comparazione tra diversi livelli di auto-efficacia e benessere e l'associazione di questi con la coesione sociale del contesto di residenza degli intervistati.

L'indice di auto-efficacia è stato calcolato a partire da 10 indicatori, per i quali è stato chiesto ai rispondenti di esprimere, in relazione alla propria esperienza, il grado di veridicità delle seguenti affermazioni:

1. *Riesco sempre a risolvere i problemi difficili*
2. *Se qualcuno mi contrasta, ottengo ciò che voglio*
3. *Risulta facile per me raggiungere i miei obiettivi*
4. *Riesco a gestire efficacemente eventi inattesi*
5. *Dispongo di risorse per far fronte a situazioni impreviste*
6. *Con impegno risolvo la maggior parte dei problemi*
7. *Rimango calmo nell'affrontare difficoltà*
8. *Riesco a trovare parecchie soluzioni per un problema*
9. *Se preoccupato, posso pensare a cosa mettere in atto*
10. *Non importa quel che capita, sono in grado di gestirlo*

L'indice di benessere è calcolato a partire da 6 indicatori, per i quali è stato chiesto ai rispondenti di indicare quanto spesso si sono trovati nelle situazioni descritte:

1. *Mi sono sentito pieno di energie*

⁷ L'*alpha di Cronbach* è un test utilizzato specialmente in ambito psicometrico per valutare la consistenza interna di costruito latente, ovvero la misura in cui un insieme di indicatori è in grado di rappresentare appropriatamente tale costruito (L. CRONBACH, 1951). Generalmente si ritengono valori di α superiori a 0,70 come il limite minimo per avere un costruito ben rappresentato dagli indicatori scelti

⁸ La standardizzazione si è resa necessaria in quanto uno degli indicatori si presenta in 4 modalità di risposta, a differenza degli altri che dispongono di 5 modalità di risposta

2. *Mi sono sentito triste*
3. *Mi sono sentito solo*
4. *Ho avuto abbastanza tempo per me stesso*
5. *Sono stato in grado di fare ciò che volevo nel tempo libero*
6. *Mi sono divertito con i miei amici*

Variabili di controllo

Al fine di valutare l'effetto della coesione sociale sugli outcome indagati, nei modelli sono stati inclusi genere, età, nazionalità e condizioni economiche della famiglia come variabili di controllo (si veda Tabella 1). L'età è stata ricodificata in due categorie, in modo da ricondurla alle classi di età (13 e 15 anni) corrispondenti alle classi scolastiche nelle quali è stato somministrato il questionario (III media e II superiore). La nazionalità della famiglia è stata da noi ricodificata in modo dicotomico (famiglia italiana, famiglia straniera). Le condizioni economiche della famiglia sono state rilevate attraverso una scala ordinale da noi successivamente ricodificata in tre categorie (basso, medio e alto).

Tabella 1. Composizione percentuale e numerosità delle variabili nello studio ($N = 1.931$).

| | % | n |
|---|------|-------|
| Genere | | |
| <i>Femmina</i> | 48,8 | 943 |
| <i>Maschio</i> | 51,2 | 988 |
| Età | | |
| <i>15 anni</i> | 45,7 | 882 |
| <i>13 anni</i> | 54,3 | 1.049 |
| Nazionalità della famiglia | | |
| <i>Famiglia straniera</i> | 16,5 | 318 |
| <i>Famiglia italiana</i> | 83,5 | 1.613 |
| Condizioni economiche della famiglia | | |
| <i>Scarse</i> | 10,8 | 209 |
| <i>Medie</i> | 49,3 | 952 |
| <i>Buone</i> | 39,9 | 770 |
| Coesione sociale | | |
| <i>Bassa</i> | 33,0 | 638 |
| <i>Media</i> | 33,3 | 643 |
| <i>Alta</i> | 33,7 | 650 |
| Autoefficacia | | |
| <i>Bassa</i> | 33,4 | 644 |
| <i>Media</i> | 33,3 | 642 |
| <i>Alta</i> | 33,4 | 645 |
| Benessere | | |
| <i>Basso</i> | 33,1 | 640 |
| <i>Medio</i> | 33,5 | 646 |
| <i>Alto</i> | 33,4 | 645 |

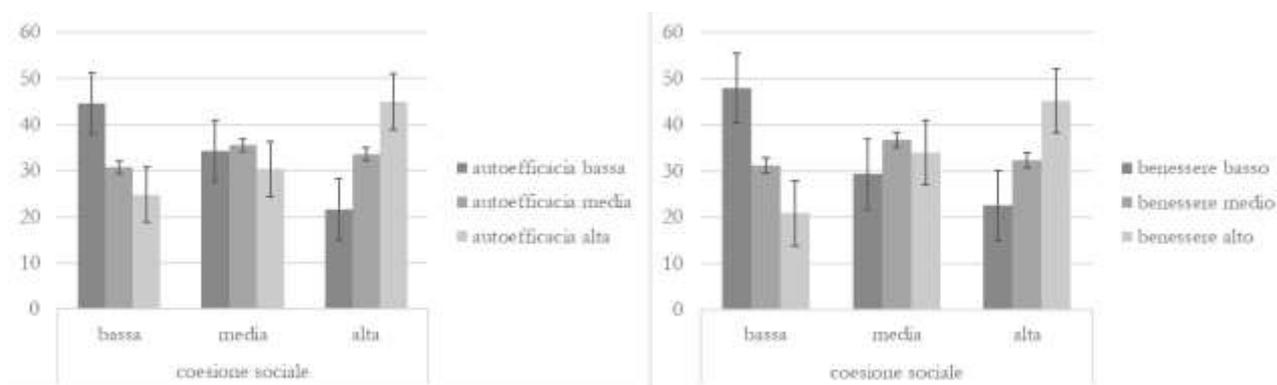
Analisi

In virtù della natura ordinale delle variabili dipendenti, la valutazione dell'effetto della coesione sociale del contesto di residenza sull'autoefficacia e sul benessere percepito dai ragazzi, è stata condotta attraverso modelli di regressione logistica ordinale (due modelli separati, uno per ciascun outcome). Prima di procedere con le analisi, è stato verificato che gli assunti su cui si fonda l'applicabilità di questa tecnica fossero soddisfatti. Le analisi sono state condotte con il software statistico STATA 15.

4. Risultati

La semplice analisi bivariata (cfr. Figura 1) tra la coesione sociale del contesto di residenza e gli outcome indagati mostra per entrambi una chiara associazione, con esiti decisamente più favorevoli per coloro che risiedono in contesti ad alta coesione sociale. I ragazzi residenti in contesti a bassa coesione sociale che risultano possedere un'alta autoefficacia si fermano al 25%, mentre nelle zone ad alta coesione sociale tale valore si attesta attorno al 48%. La stessa differenza si osserva sostanzialmente anche se si guarda al benessere dei ragazzi. Infatti, nei contesti a bassa coesione sociale solo il 21% degli intervistati risulta con un benessere alto, valore che cresce notevolmente (45%) quando ci si riferisce alla quota di ragazzi con alto benessere che vivono in ambienti caratterizzati da alta coesione sociale. Speculare è la situazione se ci si sofferma sui ragazzi con bassa autoefficacia e basso benessere che vivono in contesti in cui la coesione sociale è bassa o alta.

Figura 1. Relazioni bivariate: coesione sociale e autoefficacia, coesione sociale e benessere (valori percentuali; N = 1.931).



I modelli di regressione applicati confermano quanto già visto nelle analisi bivariate, ossia una associazione positiva tra la coesione sociale all'interno del contesto di vita e l'autoefficacia e il benessere dei ragazzi, anche al netto delle variabili di controllo.

In Tabella 2 sono riportati i risultati dei due modelli di regressione. Dopo aver controllato per le caratteristiche individuali e del nucleo familiare, i ragazzi residenti in un contesto ad alta coesione sociale hanno più del doppio delle probabilità di riportare più alti valori di autoefficacia rispetto ai coetanei in un contesto a bassa coesione sociale (OR = 2,17, I.C. = 1,76 – 2,69). Per l'outcome in

questione, anche il confronto tra chi vive in contesti a coesione sociale media anziché bassa è statisticamente significativo, anche se contenuto (OR = 1,26, I.C. = 1,03 – 1,55). L'associazione risulta statisticamente significativa anche per il secondo outcome, il benessere. Anche qui, infatti, i ragazzi che vivono in contesti ad alta coesione sociale fanno registrare valori più alti di benessere autopercepito rispetto ai coetanei in contesti poco coesi (OR = 2,36, I.C. = 1,90 – 2,93). In relazione al benessere, è marcato anche il confronto con la categoria intermedia: chi vive in contesti a coesione sociale media ha l'80% di probabilità in più di riportare valori alti di benessere rispetto a chi vive in contesti a bassa coesione sociale (OR = 1,80, I.C. = 1,45 – 2,22).

Tabella 2. Modelli di regressione logistica ordinale di autoefficacia e benessere (N = 1.931).

| | Autoefficacia | | | Benessere | | |
|------------------------------|---------------|---------|--------------|-----------|---------|---------------|
| | Odd Ratio | P-value | [I.C. 95%] | Odd Ratio | P-value | [I.C. 95%] |
| Età | | | | | | |
| 15 anni | 1 | - | - | 1 | - | - |
| 13 anni | 1,31 | 0,00 | [1,11- 1,55] | 1,45 | 0,00 | [1,22 - 1,72] |
| Sesso | | | | | | |
| Femmina | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Maschio | 2,18 | 0,00 | [1,84- 2,59] | 3,54 | 0,00 | [2,96 - 4,22] |
| Nazionalità | | | | | | |
| Famiglia straniera | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Famiglia italiana | 1,01 | 0,93 | [0,80- 1,27] | 1,19 | 0,14 | [0,94 - 1,50] |
| Condizioni economiche | | | | | | |
| Scarse | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Medie | 1,16 | 0,32 | [0,87- 1,55] | 2,11 | 0,00 | [1,56 - 2,85] |
| Buone | 1,70 | 0,00 | [1,26- 2,29] | 2,50 | 0,00 | [1,83 - 3,41] |
| Coesione sociale | | | | | | |
| Bassa | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Media | 1,26 | 0,03 | [1,03- 1,55] | 1,80 | 0,00 | [1,45 - 2,22] |
| Alta | 2,17 | 0,00 | [1,76- 2,69] | 2,36 | 0,00 | [1,90 - 2,93] |

Questi importanti risultati acquisiscono ancor più peso se si considera che sia l'autoefficacia, *in primis*, e il benessere possono influenzare gli esiti del percorso formativo dei ragazzi (Chemers, Hu, e Garcia, 2001; El Ansari e Stock, 2010; Pajares e Graham, 1999). Una conferma con i nostri dati, seppur parziale, viene in questo senso dall'analisi della relazione tra gli indici di autoefficacia e benessere da noi costruiti e utilizzati come variabili indipendenti in due modelli di regressione logistica ordinale che vedono il rendimento scolastico auto-percepito come variabile dipendente⁹. Entrambi i modelli mostrano un impatto dell'autoefficacia e del benessere statisticamente significativi: all'aumentare di autoefficacia (OR 2,91, I.C. 2,34 – 3,62 per la modalità alta) e benessere (OR = 1,39, I.C. 1,11 – 1,73 per la modalità alta) aumenta anche il rendimento scolastico (cfr. Tabella 3). In questo senso, dunque, la mancanza o la debolezza delle reti di supporto sociale (la nostra misura di coesione sociale) è un fattore distintivo dei contesti in cui si registrano i più alti tassi di comportamenti problematici per i ragazzi. Tra le conseguenze negative dei contesti socialmente disorganizzati si segnala un minor impegno scolastico e un più alta frequenza di abbandoni della scuola (Wilson, 1989; 1991).

⁹ Il rendimento scolastico è stato rilevato a partire dalla seguente domanda: "Secondo te, cosa pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?", che prevedeva le seguenti modalità di risposta: "1. Sotto la media, 2. Nella media, 3. Buono, 4. Molto buono"

Tabella 3. Modelli di regressione logistica ordinale di rendimento scolastico (N = 1.920).

| | Rendimento scolastico | | | Rendimento scolastico | | |
|------------------------------|-----------------------|---------|--------------|-----------------------|---------|--------------|
| | Odd Ratio | P-value | [I.C. 95%] | Odd Ratio | P-value | [I.C. 95%] |
| Autoefficacia | | | | | | |
| <i>Bassa</i> | 1 | - | - | | | |
| <i>Media</i> | 1,63 | 0,00 | [1,33- 2,00] | | | |
| <i>Alta</i> | 2,91 | 0,00 | [2,34- 3,62] | | | |
| Benessere | | | | | | |
| <i>Bassa</i> | | | | 1 | - | - |
| <i>Media</i> | | | | 1,10 | 0,38 | [0,89- 1,35] |
| <i>Alta</i> | | | | 1,39 | 0,00 | [1,11- 1,73] |
| Età | | | | | | |
| <i>15 anni</i> | 1 | - | - | 1 | - | - |
| <i>13 anni</i> | 1,52 | 0,00 | [1,28- 1,81] | 1,59 | 0,00 | [1,34- 1,88] |
| Sesso | | | | | | |
| <i>Femmina</i> | 1 | - | - | 1 | - | - |
| <i>Maschio</i> | 0,64 | 0,00 | [0,54- 0,76] | 0,71 | 0,00 | [0,59- 0,85] |
| Nazionalità | | | | | | |
| <i>Famiglia straniera</i> | 1 | - | - | 1 | - | - |
| <i>Famiglia italiana</i> | 1,68 | 0,00 | [1,33- 2,10] | 1,62 | 0,00 | [1,29- 2,04] |
| Condizioni economiche | | | | | | |
| <i>Scarse</i> | 1 | - | - | 1 | - | - |
| <i>Medie</i> | 1,45 | 0,01 | [1,09- 1,94] | 1,42 | 0,02 | [1,06- 1,89] |
| <i>Buone</i> | 1,76 | 0,00 | [1,31- 2,37] | 1,88 | 0,00 | [1,39- 2,53] |

Nota: La variabile ordinale dipendente è il rendimento scolastico auto-percepito misurato a partire dalla domanda: “Secondo te, cosa pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?”, con le seguenti modalità di risposta: 1. Sotto la media, 2. Nella media, 3. Buono, 4. Molto buono

5. Discussione e conclusioni

I risultati delle analisi mostrano in modo chiaro che la coesione sociale del contesto in cui ragazzi vivono influenza in modo significativo il loro stato di salute e benessere. Un’associazione positiva è stata riscontrata tra la scala di coesione sociale e le misure di autoefficacia e di benessere complessivo utilizzate in questo studio. Per entrambe le variabili si osserva un evidente gradiente della relazione. Il passaggio da una bassa a una media coesione sociale segna un incremento positivo dei livelli di benessere e autoefficacia dei ragazzi, con un incremento ulteriore quando l’ambiente registra un valore alto di coesione sociale. I nostri risultati vanno nella stessa direzione di altri studi che hanno posto al centro dell’attenzione il ruolo del capitale sociale per il benessere dei più giovani (Morgan e Haglund, 2009; Drukker *et al.*, 2003; Ferguson, 2006).

In generale, si può affermare che porre al centro della discussione il ruolo della coesione sociale significa riconoscere l’influenza che la struttura sociale, le gerarchie di potere e l’accesso alle risorse possono avere sul benessere delle persone (Szreter e Woolcock, 2004). Questo approccio implica, dunque, che le decisioni che gruppi o individui prendono su quali stili di vita o comportamentali adottare, non possano essere

considerate al di fuori del contesto sociale in cui tali scelte hanno luogo (Solar e Irwin, 2010). I risultati si prestano ad alcune considerazioni relative allo sviluppo di politiche volte a contrastare le disuguaglianze sociali nella salute. Il contesto di vita risulta avere un ruolo determinante nel contribuire a definire gli esiti di salute, non solamente tramite la disponibilità di servizi e risorse accessibili a chi vi risiede, bensì anche in virtù degli aspetti sociali, culturali e relazionali che si generano all'interno degli ambienti di vita delle persone. Tali aspetti vengono spesso trascurati nella programmazione dello sviluppo territoriale volta a incrementare il benessere individuale dei residenti, per le difficoltà nel comprendere e progettare interventi in questa direzione. Nonostante ciò, favorire lo sviluppo di una maggiore interdipendenza e connessione tra gli abitanti dello stesso contesto si prefigura come una strategia dalle ricadute positive in termini di salute e benessere per le persone che ne fanno parte. In particolare, in relazione a ragazzi in età scolastica, emerge l'importanza del legame tra il contesto di residenza e il processo formativo. In virtù della capacità che l'insieme delle caratteristiche sociali e relazionali dell'ambiente di vita ha di influenzare i processi cognitivi di soggetti in una fase delicata del corso di vita, quale quella della formazione scolastica, il contesto di residenza può assumere un ruolo non trascurabile nella definizione del processo formativo e dei suoi esiti. Nella misura in cui le scelte scolastiche sono – almeno in parte – influenzate dalle relazioni sociali all'interno del contesto di vita, potrebbe essere opportuno favorire la creazione e il mantenimento della coesione e del capitale sociale a partire dall'ambiente scolastico stesso, ad esempio incoraggiando il consolidamento di interazioni e rapporti tra le famiglie degli studenti che vadano oltre lo specifico interesse didattico, così da favorire il successo scolastico dei ragazzi.

Riferimenti bibliografici

BANDURA, A., 1997 *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, NY WH Freeman, New York.

BARRERA, M., CHASSIN, L. e ROGOSCH, F., 1993. *Effects of Social Support and Conflict on Adolescent Children of Alcoholic and Nonalcoholic Fathers*, in «*Journal of Personality and Social Psychology*», 1993, vol. 64(4), pp. 602-612.

BLACK, M.M. e KRISHNAKUMAR, A., *Children in Low-Income, Urban Settings: Interventions to Promote Mental Health and Well-Being*, in «*American Psychologist*», 1998 vol. 53(6), pp. 635-646.

BLAXTER, M., 2000. *Health and lifestyles*, Routledge, London.

CHEMERS, M.M., HU, L.T. e GARCIA, B.F., *Academic self-efficacy and first-year college student performance and adjustment*, in «*Journal of Educational Psychology*», 2001, vol. 93(1), pp.55-64.

COLEMAN, J.S., *Social capital in the creation of human capital*, in «*American journal of sociology*», 1988, vol. 94 pp. 95-120.

COLEMAN, J.S., 1990, *Foundations of social theory*, Belknap of Harvard UP, Cambridge, MA.

CRAMM, J.M., VAN DIJK, H.M. e NIEBOER, A.P., *The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well being of older adults in the community*, in «*Gerontologist*», 2013, 53(1), pp. 142-152.

CRONBACH, L.J., *Coefficient alpha and the internal structure of tests*, in «*Psychometrika*», 1951, vol. 16(3), 297-334.

CUMMINS, S., CURTIS, S., DIEZ-ROUX, A.V. e MACINTYRE, S., *Understanding and representing place in health research: A relational approach*, in «*Social Science and Medicine*», 2007, vol. 65, pp. 1825-1838.

- CURRAN, P. J., STICE, E. e CHASSIN, L., *The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 1997, vol 65(1), pp. 130-140.
- DIPRETE, T.A. e EIRICH, G.M., *Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments*, in «Annual Review of Sociology», 2006, vol. 32, pp. 271-297.
- DRUKKER, M., KAPLAN, C., FERON, F. e VAN OS, J., *Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis*, in «Social Science and Medicine», 2003, 57(5), 825-841.
- DUNCAN, G.J. e RAUDENBUSH, S.W., *Neighborhoods and Adolescent Development. How Can We Determine the Links?*, in BOOTH, A. e CROUTER, A.C., (a cura di) , 2001, «Does it Take a Village? Community Effects on Children, Adolescents, and Families», Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, US.
- EL ANSARI, W. e STOCK, C., *Is the health and wellbeing of university students associated with their academic performance? Cross sectional findings from the United Kingdom*, in «International Journal of Environmental Research and Public Health», 2010, vol. 7(2), pp. 509-527.
- FARRELL, A.D. e WHITE, K.S., *Peer influences and drug use among urban adolescents: Family structure and parent-adolescent relationship as protective factors*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 1998, vol. 66(2), pp. 248-258.
- FERGUSON, K.M., *Social capital and children's wellbeing: a critical synthesis of the international social capital literature*, in «International Journal of social welfare», 2006. vol. 15(1), pp. 2-18.
- FURSTENBERG, F.F e HUGHES, M., *The influence of neighborhoods on children's development: A theoretical perspective and a research agenda*, in «Indicators of children's well-being», 1997, p. 346-371.
- GEPHART, M.A., *Neighborhoods and communities as contexts for development*, in BROOKS-GUNN, J., DUNCAN, G.J. e ABER, J.L. (a cura di), 1997, «Neighborhood poverty: Context and consequences for children», Russel Sage Foundation.
- JENCKS, C. e MAYER, S.E., *The Social Consequences of Growing Up in a Poor Neighborhood*, in LYNN, L.E. e MCGEARY, M.G.H. (a cura di) «Inner-City Poverty in the United States», 1990, The National Academies Press, Washington, DC.
- KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S.V. e KIM, D., *Social capital and health*, in KAWACHI, I., SUBRAMANIAN, S.V. e KIM, D. (a cura di), 2008, «Social capital and health», Springer, New York, NY.
- MACINTYRE, S., *What are spatial effects and how can we measure them?*, in: DALE, A. (a cura di), 1997, «Exploiting National Survey Data: The Role of Locality and Spatial Effects», Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester.
- MACINTYRE, S., ELLAWAY, A. e CUMMINS, S., *Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them?*, in «Social Science and Medicine», 2002, vol. 55(1), pp. 125-139.
- MILTON, B., COOK, P. A., DUGDILL, L., PORCELLATO, L., SPRINGETT, J. e WOODS, S. E., 2004. *Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence*. in «Public Health», 2004, vol. 118(4) pp. 247-255.
- MOHNEN, S.M., GROENEWEGEN, P.P., VÖLKER, B. e FLAP, H., *Neighborhood social capital and individual health*, in «Social Science and Medicine», 2011, vol. 72(5), pp.660-667.
- MORGAN, A. e HAGLUND, B.J., *Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study*, in «Health Promotion International», 2009, vol. 24(4), pp. 363-372.
- MORROW, V., *Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review*, in «The sociological review», 1999, vol. 47(4), pp. 744-765.

- PAJARES, F. e GRAHAM, L., *Self-Efficacy, Motivation Constructs, and Mathematics Performance of Entering Middle School Students*, in «Contemporary Educational Psychology», 1999, vol. 24(2), pp. 124-139.
- PUTNAM, R.D., 1993, *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press.
- RESNICK, M. D., HARRIS, L. J. e BLUM, R. W., *The impact of caring and connectedness on adolescent health and well being*, in «Journal of Paediatrics and Child Health», 1993, vol. 29, pp. S3-S9.
- SASTRY, N., PEBLEY, A.R., ZONTA, M., *Neighborhood Definitions and the Spatial Dimension of Daily Life in Los Angeles*, 2002, California Center for Population Research.
- SEN, A.K., 1992, *Inequality, Re-Examined*, USA-Harvard University Press, Cambridge, MA.
- SEN, A.K., *Capability and Well-being*, in NUSSBAUM, M.C. e SEN, A.K. (a cura di) «The Quality of Life», 1993, Clarendon Press, Oxford.
- SOLAR, O. e IRWIN, A., 2010, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, WHO, Geneva.
- SUBRAMANIAN, S.V., KUBZANSKY, L., BERKMAN, L., FAY, M. e KAWACHI, I., *Neighborhood Effects on the Self-Rated Health of Elders: Uncovering the Relative Importance of Structural and Service-Related Neighborhood Environments*, in «The Journals of Gerontology: Series B», 2006, vol. 61(3), pp. S153-S160.
- SZRETER, S. e WOOLCOCK, M., 2004, *Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health*, in «The International Journal of Epidemiology», 2004, vol. 33(4), pp. 650-667.
- WEN, M., CAGNEY, K.A. e CHRISTAKIS, N.A., *Effect of specific aspects of community social environment on the mortality of individuals diagnosed with serious illness*, in «Social Science and Medicine», 2005, vol. 61(6), pp. 1119-1134.
- WILLSON, A.E., SHUEY, K.M. e ELDER G.H., *Cumulative advantage processes as mechanisms of inequality in life course health*, in «American Journal of Sociology», 2007, vol. 112(6), pp. 1886-1924.

APPENDICE 1 – METODOLOGIA¹⁰

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano rispettivamente le prime e le terze classi delle scuole secondarie di I grado e le classi seconde delle scuole secondarie di II grado (sia scuole statali sia paritarie distribuite in tutte le regioni italiane).

Modalità di campionamento

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale. La stratificazione è stata fatta su base territoriale assumendo come strati le regioni. 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 campionamento sistematico dalla lista completa delle scuole, pubbliche e paritarie, fornita dal Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

La numerosità campionaria è di 1.200 soggetti per fascia di età; tale numerosità è stata maggiorata del 5% per la fascia di età dei 13enni e del 15% per la fascia di età dei 15enni al fine di considerare la presenza in queste fasce di età di eventuali alunni ripetenti. Le numerosità ottenute sono state poi maggiorate del 10% in tutte le fasce di età per considerare i tassi di non-rispondenza attesa degli alunni in base alle rilevazioni precedenti al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del 3,5% con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento.

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il dirigente scolastico (quest'ultimo opzionale). Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale; contengono una parte "core" comune a tutti i Paesi partecipanti e una parte "opzionale" con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

Il questionario rivolto ai ragazzi ha la finalità di indagare aspetti sulla salute nella sua accezione più ampia di benessere fisico, psicologico, relazionale e sociale e comprende le seguenti sezioni:

- dati anagrafici (età, sesso, Paese di nascita, ecc.).
- 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, abitudini sessuali, consumo di alcol e tabacco, gioco d'azzardo, consumo di cannabis, bullismo e cyberbullismo);
- uso di Internet e social network.

Le sezioni riguardanti il consumo di cannabis¹¹ e le abitudini sessuali sono presenti solo nei questionari per i quindicenni.

Il questionario rivolto al dirigente scolastico, somministrato contestualmente alla raccolta dati rivolta ai ragazzi, indaga alcune dimensioni relative ad aspetti della scuola, nello specifico:

- caratteristiche strutturali e risorse della scuola;
- misure di promozione della salute adottate;
- informazioni sul quartiere in cui è situata la scuola.

¹⁰ Tratto da "Stili di vita e salute degli Adolescenti 2014. I risultati della Sorveglianza HBSC Italia 2014 – Approfondimenti Lombardia"

¹¹ Il questionario lombardo propone la sezione relativa alla cannabis anche ai tredicenni.

I questionari sono anonimi e sono autocompilati dai ragazzi e dai dirigenti scolastici a scuola e con il sostegno degli insegnanti che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire da parte del personale delle ATS).

Le risposte ai questionari sono acquisite mediante la lettura ottica da parte di una ditta incaricata a livello nazionale. La costruzione del database, la pulizia dei record e la successiva analisi dei dati è stata realizzata a livello centrale dal gruppo di coordinamento dell'ISS.

Il Gruppo di ricerca lombardo, in accordo con il Gruppo nazionale, al fine di sostenere ed orientare la programmazione in coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione, ha ampliato il protocollo di ricerca, proponendo anche ai tredicenni alcuni item riservati, a livello nazionale, ai quindicenni. Accanto a questo, il questionario utilizzato è stato arricchito, approfondendo alcune aree già previste a livello nazionale e inserendo ulteriori ambiti di indagine, utili a raccogliere informazioni su tematiche di particolare attualità a livello socioculturale e ambientale:

- sezione dedicata alla famiglia: lo stato socioeconomico percepito, la soddisfazione rispetto ai rapporti all'interno della propria famiglia, il *monitoring* materno e paterno
- sezione pari: la frequenza dei contatti con gli amici dopo la scuola
- sezione zona abitativa: piacevolezza del proprio quartiere, sicurezza percepita e capitale sociale
- sezione risorse personali: i livelli di autoefficacia percepita, le abilità sociali possedute
- sezione benessere e salute: il benessere psicologico
- sezione media: attività principali svolte in Internet
- sezione sostanze: il doping e altre droghe eventualmente utilizzate oltre alla cannabis (15enni)

Valutazione del comitato etico dell'ISS e privacy

I genitori dei ragazzi delle classi campionate ricevono prima della rilevazione una nota informativa della regione con la descrizione delle finalità della Sorveglianza. Le famiglie possono rifiutare la partecipazione del proprio figlio attraverso l'informativa che deve essere comunque restituita, firmata dai genitori, agli insegnanti della classe coinvolta.

Non vengono rilevati dati identificativi dei singoli individui che partecipano all'indagine sia perché la sorveglianza è interessata a dati di popolazione sia per rispetto della normativa sulla privacy.

Descrizione del campione "HBSC Lombardia" 2014

In Lombardia sono state campionate 156 classi per la scuola secondaria di I grado (classi I e III) e 79 per la scuola secondaria di II grado (Classe II), per un totale di 235. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno restituito i questionari compilati 210 classi con una rispondenza complessiva dell'89.4%.

| | Classi campionate | N° di classi che hanno compilato il questionario | Percentuale di rispondenza (%) |
|----------------------------------|-------------------|--|--------------------------------|
| Classe I secondaria di I grado | 78 | 68 | 87.2 |
| Classe III secondaria di I grado | 78 | 68 | 87.2 |
| Classe II secondaria di II grado | 79 | 74 | 93.7 |
| Totale | 235 | 210 | 89.4 |

Rispondenza per classe (%)

Complessivamente in Lombardia sono stati raccolti 3172 questionari validi sulla base dei criteri definiti a livello internazionale, suddivisi nelle tre fasce di età. Rispetto al genere il campione è composto da 1637 maschi e 1535 femmine.

| | maschio | femmina | Totale |
|---------|---------|---------|--------|
| 11 anni | 37.6% | 37.5% | 37.5% |
| 13 anni | 34.2% | 33.6% | 33.9% |
| 15 anni | 28.2% | 28.9% | 28.6% |

Composizione del campione per età e genere

APPENDICE 2 – DOCUMENTI DI INDIRIZZO SCUOLA-SALUTE

Di seguito sono elencati e descritti i principali documenti di indirizzo che orientano la programmazione nell'area della promozione della salute e sostengono l'attuazione delle diverse azioni. La conoscenza di questa documentazione è utile per comprendere in che modo ottimizzare le informazioni raccolte attraverso la Sorveglianza HBSC per trasformare dati e politiche in attività concrete, vicine ai bisogni della popolazione target.

I documenti indirizzo nell'ambito della Sanità

Il Piano Nazionale Prevenzione

Il Piano Nazionale prevenzione attualmente in vigore (2014-2018, esteso fino al 2019) prevede dieci macro-obiettivi centrali. Il primo è dedicato alla riduzione del carico di mortalità, morbosità e disabilità legate alle malattie croniche non trasmissibili. Ciò indica quanto prevenzione e promozione della salute abbiano un ruolo chiave nel sostenere lo sviluppo della società e la sostenibilità del sistema di welfare (Lemma, 2018). I determinanti ripresi nel primo macro-obiettivo sono: fumo, consumo dannoso di alcol, alimentazione non corretta e sedentarietà.

Gli altri macro-obiettivi centrali sono:

- Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali (MOC 2)
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani (MOC 3)
- Prevenire le dipendenze (MOC 4)
- Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti (MOC 5)
- Prevenire gli incidenti domestici (MOC 6)
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali (MOC 7)
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute (MOC 8)
- Ridurre la frequenza di infezioni-malattie infettive prioritarie (MOC 9)
- Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei controlli (MOC 10)

Tali Macro Obiettivi sono stati individuati e fissati sulla base delle seguenti priorità strategiche per l'intero Servizio Sanitario Nazionale: ridurre il carico di malattia, investire sul benessere dei giovani, rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive, rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili, considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

Per raggiungere tali ambiziosi obiettivi è indispensabile individuare quali variabili sono in grado di mediare e prevedere i comportamenti di salute degli individui e delle comunità, mettendo in atto strategie di intervento trasversali che richiedono la capacità di un'integrazione tanto strutturale quanto operativa tra Settori, Istituzioni, Servizi e Aree organizzative (Lemma, 2018). Tale trasversalità è propria dell'approccio della "Salute in tutte le politiche" (Stahl et al. 2006).

I Livelli Essenziali di Assistenza

L'attuazione del PNP si colloca nella cornice dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che definiscono le attività, i Servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. In un'ottica di equità, i LEA mirano a assicurare che su tutto il territorio italiano sia garantita la medesima offerta di prestazioni sanitarie a tutti i cittadini.

Fra i tre grandi Livelli¹², assume un ruolo centrale quello relativo alla “prevenzione collettiva e alla sanità pubblica che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli” che tra i suoi sottopunti annovera “la sorveglianza e la prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”.

Con il DPCM di aggiornamento dei LEA, le azioni da mettere in campo a livello preventivo sono legate strettamente al Piano Nazionale Prevenzione, con una centratura degli “adempimenti” in capo alle Regioni sul piano della realizzazione concreta delle azioni (Bertiglia, Valesio, 2013¹³).

Il Piano Regionale Prevenzione (PRP) della Lombardia

In coerenza con gli indirizzi nazionali, Regione Lombardia ha individuato nel PRP lo strumento di programmazione regionale per tutta l’area della prevenzione e della promozione e tutela della salute. Fa proprio l’approccio della *salute in tutte le politiche* e, nell’attuazione del piano, esplicita il coinvolgimento e la valorizzazione della collaborazione con tutti quei soggetti che, pur con altre finalità e appartenenze, possono dare un contributo in termini di risorse e competenze al guadagno di salute.

IL PRP lombardo prevede 13 programmi regionali, supportati da azioni basate sulle più aggiornate evidenze di efficacia disponibili, con un approccio per setting e per ciclo di vita (per es. il contesto lavorativo, la scuola, la comunità e la fascia dell’infanzia). Questi programmi si incrociano a matrice con i macro obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione rendendo esplicito il modo in cui ogni programma e ogni azione prevista nel PRP concorre al raggiungimento degli obiettivi nazionali.

Programmi regionali - QUADRO LOGICO REGIONALE - trasversalità/integrazione degli interventi

| MACRO OBIETTIVI CENTRALI | PROGRAMMI REGIONALI | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| | P.1 | P.2 | P.3 | P.4 | P.5 | P.6 | P.7 | P.8 | P.9 | P.10 | P.11 | P.12 | P.13 |
| MOC 1 Promuovere la prevenzione della malattia e la promozione della salute negli individui di diverse fasce di rischio | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 2 Promuovere la prevenzione del tumore | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 4 Promuovere la prevenzione di malattie e comportamenti | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 5 Promuovere gli stili di vita sani e la promozione della salute nei bambini | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 6 Promuovere la prevenzione di malattie e comportamenti | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 7 Promuovere la prevenzione di malattie e comportamenti | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 8 Promuovere la prevenzione di malattie e comportamenti | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 9 Promuovere la prevenzione di malattie e comportamenti | | | | | | | | | | | | | |
| MOC 10 Promuovere la prevenzione di malattie e comportamenti | | | | | | | | | | | | | |

I documenti indirizzo nell’ambito della Scuola

I tre documenti¹⁴ indicati, aiutano a comprendere in che modo sono intrecciate la programmazione didattica e la promozione della salute. Tutti indicano quanto “oggi per la scuola risulti prioritaria l’adozione

¹² Gli altri livelli sono (<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?id=1300&area=Lea&menu=leaEssn>) Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio

1. Assistenza ospedaliera

¹³ <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=2882>

¹⁴ ■ Indicazioni Nazionali per il curricolo della scuola dell’Infanzia e del primo ciclo d’Istruzione (2012) e il successivo Indicazioni Nazionali e Nuovi Scenari (Nota Miur 3645 marzo 2018)
 ■ Adozione sperimentale dei nuovi modelli di Certificazione delle Competenze e connesse Linee guida (2015)
 ■ Piano per la formazione dei docenti 2016-2019

di una didattica basata sulle competenze [...] per favorire un apprendimento permanente attraverso il processo generativo di “imparare ad imparare” [...]. Si tratta di adottare tecniche “di apprendimento cooperativo, di stimolo di tutte le “intelligenze” che agiscono in maniera integrata e rendono l’alunno protagonista del percorso di apprendimento [...]. Le esperienze di didattica attiva favoriscono, attraverso l’emergere delle potenzialità dei singoli, l’acquisizione progressiva e durevole di competenze di vita caratterizzate da trasferibilità, trasversalità e plasticità, adatte a sostenere i saperi disciplinari, le conoscenze, così come le relazioni efficaci ed empatiche. Queste competenze di vita risultano quindi utili sia per il successo scolastico e formativo che, grazie allo sviluppo armonico ed equilibrato della personalità, per il superamento dei condizionamenti, per la prevenzione di dipendenze e di comportamenti a rischio” e per l’adozione di stili di vita sani che possono favorire migliori condizioni di salute e benessere.

“Tra le finalità imprescindibili [della scuola] deve comparire dunque, tra le altre, la promozione della salute correlata alle competenze degli studenti, declinate a livello individuale ma anche, tenendo conto dell’ambiente sociale, di quello strutturale ed organizzativo, alle interazioni con le famiglie e con il territorio per le necessarie coerenze e le positive sinergie e collaborazioni” (Estensione LST, 2019¹⁵).

Documenti e Indirizzi intersettoriali Scuola – Salute

Indirizzi di Policy Integrate per la scuola che promuove salute¹⁶

Il documento approvato il 17 gennaio 2019 in Conferenza Stato-Regioni è il risultato di un lavoro di concerto tra il ministero della salute e il MIUR e mira a governare la collaborazione strategica e pratica tra l’ambito sanitario e quello educativo, nella convinzione, ormai assodata e condivisa, che la promozione della salute richieda un approccio intersettoriale e trasversale, la cui responsabilità fa capo a entrambi i settori.

L’approccio globale della salute, adottato dall’istituzione scolastica, supera l’approccio tematico per calare il tema salute all’interno dei processi educativi, favorendo allo stesso tempo cambiamenti individuali, sociali e di contesto. In questo modo sono perseguiti salute e benessere tanto degli studenti quanto dei lavoratori presenti all’interno del mondo scolastico.

Dal momento che “Il punto di incontro tra la mission della scuola e la mission delle istituzioni a tutela della salute è dato dall’esigenza di accrescere nei giovani abilità spendibili nei vari ambiti e contesti”, gli Indirizzi declinano tappe e strumenti utili a concretizzare operativamente le sinergie intersettoriali auspiccate.

Intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia - e Carta di Iseo - Indirizzi Metodologici della Rete delle Scuole che Promuovono Salute

L’intesa sancisce la collaborazione tra i due settori nella costituzione della Rete delle Scuole che Promuovono Salute. La scuola assume piena titolarità nel governo dei processi di salute all’interno del proprio contesto e il servizio socio-sanitario dichiara di mettere a disposizione le proprie competenze affinché possano essere raggiunti i risultati migliori.

Nella fase iniziale della sua istituzione, la Rete delle Scuole che promuovono Salute – Lombardia ha redatto (in collaborazione con i Servizi Socio-sanitari locali) un documento programmatico che esplicita i quattro pilastri su cui basa il proprio modello di azione:

1. sviluppare le competenze individuali
2. qualificare l’ambiente sociale
3. migliorare l’ambiente strutturale e organizzativo
4. rafforzare la collaborazione comunitaria.

¹⁵ Appendice E – allineamento competenze chiave per l’apprendimento permanente e LST Lombardia

¹⁶ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf