



Provincia Autonoma di Trento  
Assessorato alla Salute  
e Politiche sociali



Azienda Provinciale  
per i Servizi Sanitari  
Servizio Osservatorio Epidemiologico



guadagnare  
salute

# infosalute 12

## Stili di vita e salute dei giovani in età scolare

Rapporto sui dati regionali  
HBSC 2009-2010





infosalute 12



# **Stili di vita e salute dei giovani in età scolare**

Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-2010

Edizioni  
Provincia Autonoma di Trento  
Assessorato alla salute e politiche sociali

Trento, 2010

# infosalute 12

## Stili di vita e salute dei giovani in età scolare

Assessorato alla Salute e politiche sociali  
Servizio Economia e programmazione sanitaria  
Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria  
Via Gilli,4 - 38121 Trento  
tel. 0461 494044 - fax 0461 494073  
comunicazione.salute@provincia.tn.it  
www.trentinosalute.net

**A cura di:** *Il Gruppo di ricerca, Coordinamento Nazionale dello studio HBSC, Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia:* Franco Cavallo (Principal Investigator), Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Paola Dalmasso, Alessio Zambon, Lorena Charrier, Sabina Colombini, Paola Berchiolla; *Università degli Studi di Siena CREPS - Centro interdipartimentale di Ricerca Educazione e Promozione della Salute - Dip. di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica:* Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri, Valentina Pilato, Stefania Rossi, Andrea Pammolli; *Università degli Studi di Padova Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione:* Massimo Santinello, Alessio Vieno, Francesca Chieco, Michela Lenzi; *Coordinamento Scientifico del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Reparto Salute della donna e dell'età evolutiva:* Angela Spinelli (Responsabile Scientifico), Giovanni Baglio, Anna Lamberti, Paola Nardone; *Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione:* Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Lorenzo Spizzichino; *Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali:* Maria Teresa Silani (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio) Silvana Teti (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio); *Provincia autonoma di Trento Settore Sanitario:* Silvano Piffer (Osservatorio Epidemiologico - Direzione Promozione ed Educazione alla Salute Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari), Referente sanitario della provincia di Trento nel gruppo di lavoro nazionale AS. Marilena Moser (Osservatorio Epidemiologico - Direzione Promozione ed Educazione alla Salute Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari), Anna Maria Moretti (Servizio Educazione alla Salute e di riferimento per le attività alcolologiche - Direzione Promozione ed Educazione alla Salute Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari), AS. Cristina Iori (Servizio Educazione alla Salute e di riferimento per le attività alcolologiche - Direzione Promozione ed Educazione alla Salute Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari); *Settore Istruzione:* Nicoletta Zanetti (Dipartimento Istruzione provincia di Trento Referente scolastico provincia di Trento), Patrizia Rigotti (Dipartimento Istruzione della provincia di Trento).

Si ringraziano per i commenti il dott. Ermanno Baldo, la dott.ssa Gemma Pompei, la dott.ssa Vanda Bombardelli e la dott.ssa Monica Ghezzi.

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

- di tutte le parti comuni dei report regionali, incluse le introduzioni ai vari capitoli, se non modificate dai responsabili regionali;

- dei dati contenuti nelle tabelle e dei grafici allegati.

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

**Ringraziamenti:** si ringraziano tutti gli allievi di prima media, terza media e gli studenti di seconda superiore che hanno compilato i questionari.

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

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

# Presentazione

La rilevazione HBSC (Health Behaviour School Aged Children) rappresenta un nuovo strumento di sorveglianza epidemiologica che consente di documentare gli stili di vita degli adolescenti e preadolescenti italiani, garantendo un confronto tra le regioni ed un monitoraggio temporale.

Per la disponibilità di questi dati siamo grati al gruppo di lavoro dell'Azienda sanitaria, al Dipartimento istruzione della Provincia di Trento, ai dirigenti scolastici ed agli insegnanti delle scuole campionate ed ai ragazzi che hanno attivamente collaborato.

Questo nuovo flusso, pur nella periodicità quadriennale proposta, viene a colmare un vuoto informativo in quanto le rilevazioni correnti (per lo più ISTAT) non consentono di focalizzare in modo preciso queste classi di età ed in particolare i relativi stili di vita.

Questa integrazione acquista ulteriore significato per la provincia di Trento, tenuto conto che fino ad oggi si disponeva - per una sorveglianza peraltro parziale degli stili comportamentali dei ragazzi - dell'esclusiva rilevazione della scheda informativa a 13 anni, acclusa al libretto pediatrico e compilata dal pediatra di libera scelta in occasione del bilancio di salute a 13 anni di vita.

I risultati, nel loro complesso e per le specifiche età 11, 13 e 15 anni, indicano - per quanto riguarda la provincia di Trento - un profilo migliore rispetto al quadro nazionale, relativamente a prevalenza di sovrappeso/obesità, consumo di frutta e verdura ed attività fisica.

Le azioni di integrazione tra famiglia/scuola e servizio sanitario, definite nel Piano Provinciale di Prevenzione, potranno rappresentare il contesto organizzativo ed operativo di riferimento per rendere concreto l'auspicio di un continuo miglioramento.

**Ugo Rossi**

*Assessore provinciale  
alla salute e politiche sociali*



# Indice

<b>Introduzione</b> .....	9
<b>Premessa</b> .....	11
<b>La sintesi del rapporto</b> .....	13
<b>Capitolo 1</b>	
<b>La ricerca e il campione in studio</b> .....	17
1.1 Introduzione .....	17
1.2 Descrizione del campione .....	18
<b>Capitolo 2</b>	
<b>Il contesto familiare</b> .....	21
2.1 Introduzione .....	21
2.2 La struttura familiare .....	21
2.3 La qualità della relazione con i genitori .....	24
2.4 Lo status socio-economico familiare .....	27
2.5 Conclusioni .....	29
<b>Capitolo 3</b>	
<b>L'ambiente scolastico</b> .....	33
3.1 Introduzione .....	33
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere .....	34
3.3 Rapporto con gli insegnanti .....	38
3.4 Rapporto con i compagni di classe .....	41
3.5 Rapporto con la scuola .....	46
3.6 Conclusioni .....	47
<b>Capitolo 4</b>	
<b>Sport e tempo libero</b> .....	51
4.1 Introduzione .....	51
4.2 Attività fisica .....	51
4.3 Comportamenti sedentari .....	55
4.4 Rapporti con i pari .....	60

4.5 Conclusioni. . . . .	64
--------------------------	----

## **Capitolo 5**

<b>Abitudini alimentari e stato nutrizionale</b> . . . . .	67
5.1 Introduzione. . . . .	67
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti . . . . .	68
5.3 Consumo di frutta e verdura . . . . .	69
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate. . . . .	73
5.5 Stato nutrizionale . . . . .	75
5.6 Igiene orale . . . . .	80
5.7 Conclusioni. . . . .	82

## **Capitolo 6**

<b>Comportamenti a rischio</b> . . . . .	85
6.1 Uso di sostanze. . . . .	85
6.2 Abitudini sessuali . . . . .	92
6.3 Infortuni . . . . .	93
6.4 Conclusioni. . . . .	94

## **Capitolo 7**

<b>Salute e benessere</b> . . . . .	97
7.1 Introduzione. . . . .	97
7.2 Percezione della propria salute. . . . .	98
7.3 La percezione del benessere . . . . .	99
7.4 I sintomi riportati . . . . .	100
7.5 Utilizzo di farmaci . . . . .	104
7.6 Conclusioni. . . . .	106

<b>Alcuni indicatori riassuntivi</b> . . . . .	109
11 anni -Raffronto provincia di Trento/dati nazionali . . . . .	110
13 anni -Raffronto provincia di Trento/dati nazionali . . . . .	112
16 anni -Raffronto provincia di Trento/dati nazionali . . . . .	114

<b>Commenti ai dati provinciali</b> . . . . .	117
Pediatri di libera scelta . . . . .	117
Pediatra ospedaliero . . . . .	118
Psicologo. . . . .	119

# Introduzione

Da qualche anno nel nostro Paese le attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sono realizzate seguendo un approccio sostanzialmente basato su tre principi: la conoscenza epidemiologica degli aspetti rilevanti di salute nella popolazione, un utilizzo dei dati orientato spiccatamente all'azione, una modalità intersettoriale nel contrasto dei fattori di rischio, a sua volta basata sulla consapevolezza che la "salute" non è appannaggio esclusivo del servizio sanitario e dei "medici" ma è un obiettivo prioritario per tutti (istituzioni e cittadini ) attraverso la condivisione delle responsabilità.

Per quanto riguarda la conoscenza epidemiologica, particolare rilievo ha assunto la recente introduzione di nuovi strumenti di sorveglianza della salute, che annoverano un sistema di monitoraggio in continuo degli stili di vita e della salute della comunità rivolto alla fascia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni (PASSI) e due sistemi basati su indagini trasversali ripetute. Si tratta di OKkio alla salute, indagine ripetuta ogni due anni, che rileva periodicamente lo stato nutrizionale e l'attività fisica nei bambini di età compresa tra 6 e 10 anni e di HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), indagine ripetuta ogni quattro anni, che rileva stili di vita e comportamenti che condizionano la salute futura nella fascia di età compresa tra 11 e 15 anni.

L'informazione sulla diffusione dei comportamenti e dei fattori che risultano maggiormente in grado di condizionare la salute – soprattutto negli anni a venire - quali ad esempio le abitudini alimentari scorrette, il consumo di tabacco, la scarsa attività fisica, ecc. ottenuta con strumenti validati e standardizzati, non solo permette di operare utili confronti con le altre regioni del Paese ma anche di capire se gli interventi di prevenzione messi in atto dalle Istituzioni che maggiormente possono operare positivamente sono programmati e messi in atto, sono orientati appropriatamente, riescono ad ottenere risultati.

Se infatti la sorveglianza non costituisse uno strumento di programmazione e di valutazione periodica della situazione, di orientamento e consolidamento o di modifica degli interventi posti in essere sarebbe ridotta ad uno sterile esercizio.

Dicevamo nella presentazione dei risultati dell'indagine OKkio alla salute (2009)

che i dati rilevati nella nostra realtà risultavano più favorevoli, nel loro complesso, rispetto a quanto riscontrato in media nelle altre regioni italiane, e che alcuni risultati positivi potevano almeno in parte essere ascritti alle azioni di promozione di sani stili di vita concertate da anni tra Azienda Sanitaria e Scuole. Siamo convinti che il recente rafforzamento dei rapporti tra il settore dell'Istruzione e quello della Sanità, concretizzato nell'istituzione di un tavolo tecnico permanente, confermi in modo positivo e formale la condivisione di un lavoro congiunto di valutazione degli aspetti di salute della collettività affidata e della responsabilità delle azioni da intraprendere a seconda delle reciproche competenze.

Con HBSC disponiamo di un ulteriore tassello nel sistema di sorveglianza della salute, utile ai fini di quanto più sopra ci siamo proposti di fare congiuntamente: confermare e sostenere positivamente le attività preventive e didattiche che funzionano e/o progettarne di nuove in relazione agli obiettivi di salute che si dimostreranno necessari per il miglioramento della salute della nostra comunità.

Un ringraziamento non rituale è infine dovuto agli operatori sanitari, agli operatori della scuola, alle famiglie e agli studenti per la collaborazione che hanno assicurato, senza la quale la realizzazione anche di questa indagine trasversale non sarebbe stata possibile.

**Paolo Antonio Renna**

Dirigente Servizio sviluppo ed  
innovazione del sistema scolastico  
e formativo Dipartimento Istruzione  
Provincia autonoma di Trento

**Alberto Betta**

Direttore Direzione Igiene e sanità  
Pubblica Azienda provinciale per i  
servizi sanitari, Trento

# Premessa

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

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

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

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

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

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

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

Ogni capitolo di questo rapporto presenta e analizza i dati relativi all'ambito indagato (dal contesto familiare, a quello scolastico, fino alle abitudini alimentari

e ai comportamenti a rischio), andando a delineare un quadro della situazione nel territorio in osservazione. Questo permetterà di comparare i dati raccolti fra tutte le regioni italiane e di confrontarsi allo stesso tempo con il dato nazionale.

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

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

**Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC**  
Univeristà degli Studi di Torino  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

# LA SINTESI DEL RAPPORTO

Questo rapporto presenta i dati inerenti la provincia di Trento (con una sintesi dei dati nazionali per confronto) dello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) che è un progetto internazionale, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, con lo scopo di descrivere fenomeni e comportamenti correlati con la salute negli adolescenti e pre-adolescenti. A questa indagine l'Italia ha partecipato a livello nazionale per la prima volta nel 2001-2002 e successivamente nel 2006.

Nel 2009, nel quadro del progetto d'azione Ministeriale "Guadagnare Salute", ha preso avvio la terza rilevazione nazionale HBSC che ha visto per la prima volta, la partecipazione di tutte le regioni italiane. Sono stati indagati con questionari specifici e prendendo come base le scuole secondarie di primo e secondo grado, un campione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Sono stati pure testati i dirigenti scolastici allo scopo di raccogliere elementi strutturali e funzionali delle realtà scolastiche, di rilevanza per le azioni di promozione della salute.

Il campione complessivo effettivo, dopo la ripulitura per età, risulta, per la provincia di Trento, pari a 2.716 soggetti, registrandosi una rispondenza del 93% negli 11-13enni e intorno all'80% nei 15enni.

Il quadro familiare del campione provinciale, delinea una prevalenza della famiglia "tradizionale" (genitori e figli con o senza nonni), pari all'85% del campione; va peraltro registrato un 9,5% di nuclei con presenza della sola madre ed un 1,5% di nuclei con presenza del solo padre. Queste ultime due tipologie unite con la tipologia della famiglia ricostituita (2,6%) pone sul tappeto la rilevanza di un "nuovo" contesto familiare, più articolato, potenzialmente più problematico, che potrebbe anche in parte spiegare le caratteristiche relazionali dei ragazzi verso le figure genitoriali. Questo dovrebbe portare da un lato ad una maggiore consapevolezza del proprio ruolo da parte delle figure genitoriali, soprattutto paterne (ancorchè in contesti familiari differenziati) e dall'altro lo sviluppo di politiche di ascolto e di supporto che sappiano tener conto di scenari familiari differenziati.

Il quadro strutturale scolastico è nel complesso buono, anche se emerge la necessità di intervenire sugli spazi fisici degli edifici scolastici per garantire non solo la didattica o il benessere ma anche la sicurezza. L'adeguatezza di strutture per i disabili dovrebbe essere garantita ovunque. La quasi totalità delle classi fa le

due ore di attività motoria previste dal curriculum e l'attività fisica prevale nelle iniziative di promozione della salute. Ci sarebbe ulteriore spazio per incentivare le attività inerenti ad una sana alimentazione, prendendo tra l'altro come prioritario oggetto di intervento la distribuzione di alimenti a scuola che riguarda allo stato soprattutto alimenti ad elevato contenuto calorico e zuccherino. Non pare ancora ottimale il livello di coinvolgimento dei ragazzi negli interventi di promozione della salute per cui sarà necessario, a garanzia di una maggiore efficacia degli stessi, sviluppare una maggiore integrazione tra i diversi attori della scuola. Il giudizio sulle qualità relazionali ragazzi/insegnanti e ragazzi/ragazzi dovrebbe essere lo stesso oggetto di riflessione per migliorare nel complesso il clima scolastico e rappresentare un possibile contrasto nei confronti del bullismo che è un problema segnalato da 1 ragazzo su 5 negli 11enni e da 1/8 nei 13enni.

Per quanto riguarda l'attività fisica, emerge che accanto ad una proporzione di ragazzi che pratica un'attività fisica regolare e sistematica non piccola, c'è una quota di un certo rilievo che guarda la TV oltre le due ore/die: 1/5 a 11 anni, 1/4 a 13 anni e a 15 anni. Inoltre, se l'utilizzo del PC per video giochi o play station, non appaia così diffuso e si riduca con l'aumentare dell'età, l'utilizzo di internet cresce con l'età. Utilizza internet più di 2 ore al giorno 1 ragazzo/15 a 11 anni, 1/10 a 13 anni e 1/8 a 15 anni. Il tempo dedicato al PC è preponderante rispetto a quello dedicato all'attività fisico-motoria il che comporta una potenziale minore opportunità di relazioni e confronti con i gruppi di pari, dove peraltro una parte rilevante, crescente con l'età, è gestita utilizzando il telefono cellulare.

Nel passare dagli 11 ai 15 anni aumenta la proporzione di soggetti che non fa sistematicamente colazione (a 15 anni non la fa 2 ragazzi su 5, il 35%). Il trend è statisticamente significativo. Il consumo di frutta e verdura presenta un evidente scostamento rispetto alle raccomandazioni internazionali, con una riduzione del consumo al crescere dell'età. Consuma giornalmente bevande zuccherate una proporzione di soggetti che, nelle diverse età, non supera mai il 15% (circa 1 ragazzo su 7). Non emergono differenze legate all'età per quanto riguarda i consumatori giornalieri dove i maschi prevalgono sulle femmine.

La prevalenza di una globale condizione di sovrappeso (sovrappeso più obesità) è maggiore negli 11enni (1 ragazzo su 7) con una differenza statisticamente significativa rispetto alle altre due età. In ogni età la prevalenza è maggiore nei maschi rispetto alle femmine con una differenza statisticamente significativa. La proporzione di ragazzi che "si sente grasso" aumenta con l'età, e a partire dai 13enni è maggiore, in modo statisticamente significativo nelle femmine rispetto ai maschi. A 15 anni circa 2 ragazze su 5 si sente grassa. Non emerge correlazione tra dati antropometrici riferiti e propensione a fare una dieta per dimagrire e questa discrepanza risulta maggiore nelle femmine. A 15 anni circa 1 ragazza su 5 sta facendo una dieta per dimagrire.

Il 67.5% degli 11enni, il 66.8% dei 13enni ed il 71.2% dei 15enni si lava i denti più di una volta al giorno, senza alcuna differenza in relazione al genere. Lo status

socio economico rappresenta una condizione rilevante sia in merito agli aspetti nutrizionali che rispetto ai comportamenti di igiene orale.

La prevalenza dei fumatori aumenta in modo statisticamente significativo con l'aumentare dell'età; risulta infatti essere fumatore il 2.1% degli 11enni (1/40 ragazzi), il 7.5% dei 13enni (1/13 ragazzi) ed il 25.33% dei 15enni (un po' più di 2 ragazzi su 5). A 15 anni, la prevalenza di fumatori è maggiore nelle ragazze, con una differenza statisticamente significativa, rispetto ai maschi. Uno status di fumatore si associa più frequentemente con uno status socio-economico familiare medio-basso.

L'esperienza con gli alcolici è rilevante già a 11 anni, dove circa 3 ragazzi su 10 (il 24%) dichiara di averne già fatto esperienza. La proporzione dei consumatori, come nel caso del fumo, aumenta con l'aumentare dell'età, con un trend statisticamente significativo. La proporzione dei consumatori giornalieri rimane in ogni caso bassa ed aumenta solo lievemente con l'aumentare dell'età. Tale proporzione tuttavia, in coerenza con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dovrebbe tendere allo zero. Il consumo nel week end è maggiore anche se non è trascurabile il consumo durante i giorni feriali, cioè quelli di scuola.

Il 3.1% degli 11enni, il 6.9% dei 13enni ed il 30.2% dei 15enni dichiara di essersi ubriacato almeno una volta. Il 20.0% dei 15enni (1/5) dichiara di essersi ubriacato più di una volta. L'esperienza di ubriachezza è riportata più frequentemente dai maschi, con una differenza statisticamente significativa rispetto alle femmine.

Il 15.89% dei maschi ed il 16.91% delle femmine di 15 anni riportano di aver fatto esperienza con la cannabis; nel 7.79% dei maschi e nel 9.75% delle femmine questo uso è riportato in modo reiterato.

Meno di 2 maschi su 10 e 2 femmine su 10 di 15 anni di età riportano di aver già avuto rapporti sessuali completi; di questi 9 maschi su 10 e 8 femmine su 10 affermano di utilizzare il preservativo.

Gli infortuni rappresentano un fenomeno che ricorre frequentemente, più nei maschi che nelle femmine, interessando sostanzialmente alle diverse età 1 soggetto su due. Con l'aumentare dell'età aumenta la proporzione di soggetti che ha sperimentato eventi infortunistici, così come la probabilità di una ripetizione dell'evento.

Grosso modo 9 ragazzi su 10, con piccole differenze in relazione all'età, danno un giudizio buono o eccellente della propria salute. Questa proporzione si riduce con l'aumentare dell'età, anche se le differenze non sono statisticamente significative. Emerge una differenza di genere, evidente soprattutto a 15 anni ed a sfavore delle femmine. Oltre il 25% dei ragazzi di ogni età (1 ragazzo su 4), segnala la ricorrenza quotidiana negli ultimi 6 mesi di uno o più disturbi. La ricorrenza della diversa gamma di sintomi appare più frequente nelle femmine (a 13-15 anni) con una differenza statisticamente significativa rispetto ai maschi. Un po' meno di 2 ragazzi su 10, alle diverse età, segnala la ricorrenza negli ultimi 6 mesi, di disturbi somatici. Le femmine a 13-15 anni appaiono "più problematiche" rispetto ai maschi di pari età. Lo stesso profilo viene delineato, considerando la ricorrenza

di disturbi di natura psicologica. L'assunzione di farmaci nell'ultimo mese – nei quindicenni – appare elevata, potenzialmente influenzata per altro dalla possibile presenza di condizioni patologiche acute “di stagione”, tenuto conto che la rilevazione è stata effettuata nel mese di dicembre 2009. Il corredo sintomatologico relativo all'attività mestruale potrebbe dare un ulteriore contributo alla maggiore prevalenza nelle femmine. Il 45.11% dei maschi ed il 65.80% delle femmine, con una differenza statisticamente significativa relativamente alle femmine ha assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese. Inoltre le femmine assumono più frequentemente più di un farmaco rispetto ai maschi.

Rispetto al campione nazionale, il campione trentino presenta nelle diverse età e nei due generi, un miglior profilo nutrizionale, una più frequente attività fisica, una minore quantità di tempo dedicata alle attività sedentarie. In ogni età e nei due generi, la prevalenza di sovrappeso o obesità è inferiore al dato nazionale. Anche la prevalenza di fumatori e bevitori risulta inferiore al livello nazionale, sebbene in questo caso la distanza risulti minore. Gli stati soggettivi, la percezione della scuola e il ricorso di episodi di bullismo subito si presentano, nelle diverse età e nei due generi con una proporzione equiparabile al livello nazionale.

# Capitolo 1

## La ricerca e il campione in studio

### 1.1 Introduzione

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

In provincia di Trento la raccolta dati HBSC del 2009-2010 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra gli operatori dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), il Dipartimento istruzione della provincia di Trento, i dirigenti scolastici, gli insegnanti ed i ragazzi delle scuole coinvolte.

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione provinciale rappresentativo della popolazione nelle fasce di età considerate. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio piemontese, fornita dal Dipartimento Istruzione della provincia di Trento.

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

La numerosità campionaria è stata calcolata in circa 1200 soggetti per fascia di età, corretta per la popolazione studentesca provinciale, 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%.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale, parzialmente integrato da alcune domande relative a fumo e alcol inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento. Il questionario, auto compilato dai ragazzi e reso del tutto anonimo, comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

Contemporaneamente alla raccolta dati sui ragazzi, è stato somministrato un questionario anche ai dirigenti scolastici con lo scopo di raccogliere alcune dimensioni relative ad aspetti contestuali della scuola (nello specifico: caratteristiche, risorse didattico-educative e misure di promozione alla salute adottate).

La somministrazione dei questionari ha avuto luogo nelle prime due settimane del mese di dicembre 2009, preceduta da una fase di informazione e formazione degli insegnanti, articolata in 4 diversi incontri, distribuiti sul territorio provinciale, in modo da agevolare al massimo la partecipazione degli insegnanti di tutte le scuole campionate.

## **1.2 Descrizione del campione**

Sono state ottenute complessivamente – dai ragazzi indagati – 3289 risposte che, una volta “ripulite per l'età” hanno consentito di definire, per le età indagate, le seguenti unità statistiche: 1.009 per gli undicenni, 1032 per i tredicenni e 675 per i quindicenni.

La percentuale di rispondenza è molto buona per gli 11-13 anni; si riduce sensibilmente (in modo statisticamente significativo,  $p < 0,01$ ) nei quindicenni. La proporzione dei ragazzi nati all'estero si colloca un po' oltre il 5%, senza differenze significative in relazione all'età.

**TAB.1** Rispondenza per classe

Classi	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	59	55	93.22
Classe terza media	64	60	93.75
Classe seconda superiore	63	51	80.95
<b>Totale</b>	<b>186</b>	<b>166</b>	<b>89.25</b>

**TAB. 2** Composizione del campione per età e genere

Classe di età	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
11 anni	37.15	37.15	37.15
	(496)	(513)	(1009)
13 anni	38.65	37.36	38.00
	(516)	(516)	(1032)
15 anni	24.19	25.49	24.85
	(323)	(352)	(675)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1335)</b>	<b>(1381)</b>	<b>(2716)</b>

**TAB. 3** Composizione del campione per nascita in Italia ed età

Luogo di nascita	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Nato in Italia	94.50	94.04	94.77
	(945)	(962)	(634)
Nato all'estero	5.50	5.96	5.23
	(55)	(61)	(35)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1000)</b>	<b>(1023)</b>	<b>(669)</b>

Le madri nate all'estero sono 252 (9.50%) e i tre paesi maggiormente rappresentati sono l'Albania (18.2%), il Marocco (11.9%) e la Macedonia (9.1%).

## BIBLIOGRAFIA

- HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).
- HBSC-ITALIA (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.
- CAVALLO F., LEMMA P., SANTINELLO M., GIACCHI M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

## LETTURE DI APPROFONDIMENTO

- ALLISON K.R., ADLAF E.M., IALOMITEANU A., REHM J. (1999). *Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey*. Canadian Journal of Public Health, 90(2): 85-89.
- GREEN L.W., KREUTER M.W.(1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.
- KING A., WOLD B., SMITH C.T. AND HAREL Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.
- SMITH C., WOLD B. AND MOORE L. (1992). *Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study*. Health Promotion Journal of Australia, 2 (2): 41-44.
- THE HASTINGS CENTER REPORT (1997). *Gli scopi della medicina: nuove priorità*. Politeia, 45:1-48.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneve, WHO.

# Capitolo 2

## Il contesto familiare

### 2.1 Introduzione

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

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

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

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

### 2.2 La struttura familiare

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

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

In generale, le principali trasformazioni demografiche e familiari (a partire dal 1965) riguardano il calo della nuzialità e l'aumento delle convivenze non matrimoniali, il calo della fecondità e del conseguente numero di figli per nucleo familiare,

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

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

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

- ▶ La famiglia "monoparentale": cioè le famiglie in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore. Secondo Scabini (2000), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.
- ▶ La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli

studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

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

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

Molte ricerche hanno evidenziato che il vivere in una famiglia tradizionale può rappresentare un fattore protettivo per la salute, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite può essere un fattore di rischio (Ardelt e Day, 2002; Coley, 1998; 2001; Griffin et al., 2000). Nonostante queste evidenze scientifiche diversi autori hanno messo in discussione tale relazione. Oliverio Ferraris (1997), ad esempio, sostiene che lo svantaggio diventa reale soltanto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, oppure uno stato di conflittualità permanente o dei problemi economici (EURISPES, Telefono Azzurro, 2002; Riccio, 1997).

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

La tabella 1 riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari. Le famiglie monoparentali rappresentano l'11,2% dei casi, una condizione familiare ricostituita il 2,63% dei casi, altre sistemazioni, che prescindono dalla convivenza coi genitori, l'1,53% dei casi. Nel 16% circa dei casi si tratta di famiglia con un figlio unico.

**TAB. 1** Tipologia di famiglia per numero assoluto di intervistati (N) e percentuale (%)

<b>Tipologia familiare</b>	<b>% (N)</b>
Madre e padre, no altri adulti	74.43 (1898)
Madre e padre, più uno o due nonni	10.39 (265)
Solo madre (con o senza nonni)	9.53 (243)
Solo padre (con o senza nonni)	1.49 (38)
Famiglia ricostruita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.63 (67)
Solo nonni (uno o due)	0.39 (10)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.14 (29)
<b>Totale</b>	<b>100 (2550)</b>

**TAB. 2** Fratelli e sorelle

<b>Presenza di fratelli/sorelle</b>	<b>% (N)</b>
Figli unici	15.87 (328)
1 fratello o sorella	48.04 (993)
2 o più fratelli o sorelle	36.09 (746)
<b>Totale</b>	<b>100.00 (2067)</b>

### **2.3 La qualità della relazione con i genitori**

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

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

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

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

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. Da una parte è stato infatti

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

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

Nelle tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare con il padre e con la madre rispetto a questioni che li preoccupano.

**TAB. 3** Quanto è facile per te parlare con tuo padre di cose che ti preoccupano veramente?

Giudizio sulla comunicazione col padre	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	29.23	14.43	8.64
	(287)	(146)	(58)
Facile	38.09	39.53	33.68
	(374)	(400)	(226)
Difficile	20.77	28.36	35.92
	(204)	(287)	(241)
Molto difficile	9.37	13.14	18.03
	(92)	(133)	(121)
Non ho questa persona	2.55	4.55	3.73
	(25)	(46)	(25)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	(982)	(1012)	(671)

Comunicano facilmente o molto facilmente con il padre il 67.32% degli 11enni, il 53.96% dei 13enni ed il 42.32% dei 15enni. La difficoltà di comunicazione con il padre aumenta con l'età. Comunicare con il padre è difficile o molto difficile per il 30,14% degli 11enni, per il 41,5% dei 13enni e per il 53,95% dei quindicenni.

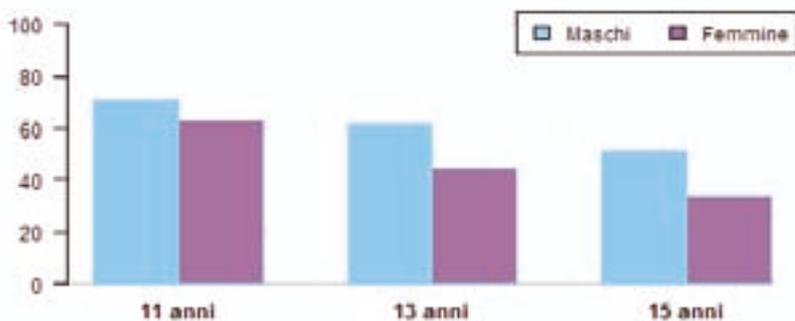
Il trend con l'età è statisticamente significativo ( $p$  trend  $<0,05$ ). Le proporzioni non cambiano in relazione allo status familiare.

**TAB. 4** Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente?

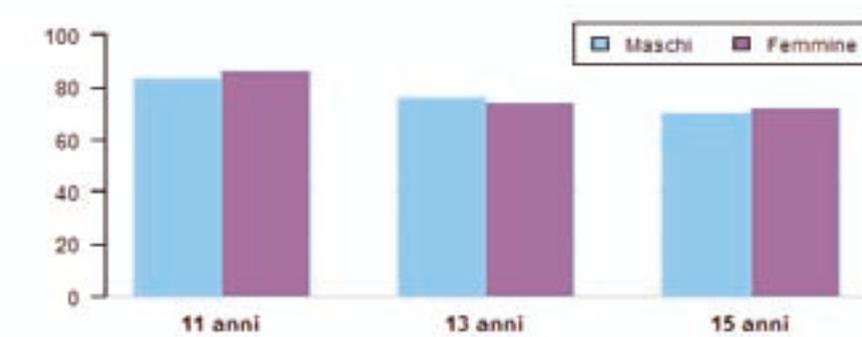
Giudizio sulla comunicazione con la madre	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto facile	47.91 (469)	32.48 (329)	19.40 (129)
Facile	36.47 (357)	42.35 (429)	51.58 (343)
Difficile	10.52 (103)	16.78 (170)	21.05 (140)
Molto difficile	3.68 (36)	6.32 (64)	6.62 (44)
Non ho questa persona	1.43 (14)	2.07 (21)	1.35 (9)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (979)	<b>100</b> (1013)	<b>100</b> (665)

Comunica facilmente o molto facilmente con la madre l'84.38% degli 11enni, il 74.83% dei 13enni ed il 70.98% dei 15enni. Nel complesso, la comunicazione con la madre appare migliore rispetto a quella nei confronti del padre in ogni gruppo di età, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ), anche in questo caso comunque emerge uno scadimento della comunicazione al crescere dell'età. Comunicare con la madre è difficile o molto difficile per il 14,20% degli 11enni, per il 23,1% dei 13enni e per il 27,67% dei quindicenni. Il trend con l'età è statisticamente significativo ( $p$  trend  $<0,05$ ).

**GRAF. 1** Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre (per genere ed età)



**GRAF. 2** Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



Mentre nei confronti della madre non emergono differenze legate al genere, la comunicazione col padre appare più problematica, in ogni età, nelle ragazze rispetto ai ragazzi, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

#### 2.4 Lo status socio-economico familiare

La posizione socio-economica della famiglia di origine è un'altra dimensione fondamentale della vita familiare in grado, oltre a quella relazionale, di influenzare fortemente la salute dei ragazzi: questo avviene sia direttamente, attraverso il fenomeno delle disuguaglianze sociali di salute (Albrecht et al., 2000; Mackenbach et al., 1997; Costa et al., 1998; Zambon et al., 2006), sia indirettamente. Infatti, come dimostrato da numerosi studi, un buon livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (Geckova et al., 2003; Due et al., 2003; Kosteniuk et al., 2003; Ruiz et al., 2002). Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una "misura composta che incorpora lo status economico (reddito), lo status sociale (educazione) e lo status professionale (occupazione)" (Alder, 1994), così come definito dai seguenti indicatori:

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

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

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

Il quadro complessivo è quello di uno status familiare medio-alto; un basso status viene infatti indicato solo dall'8,86 del campione.

**TAB. 5** Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da Basse possibilità di consumo ad Alte possibilità di consumo)

Status familiare	%(N)
Basso	8.86 (236)
Medio	42.51 (1133)
Alto	48.63 (1296)
<b>Totale</b>	<b>100 (2665)</b>

**TAB. 6** Livello di educazione dei genitori

Livello di educazione	Padre			Madre		
	11 anni %	13 anni %	15 anni %	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Licenza elementare	1.57 (7)	1.54 (11)	3.12 (19)	1.75 (8)	0.53 (4)	1.32 (8)
Licenza media	18.79 (84)	25.28 (180)	26.60 (162)	14.85 (68)	18.96 (142)	21.25 (129)
Istituto professionale	20.58 (92)	19.10 (136)	21.67 (132)	14.63 (67)	16.82 (126)	14.66 (89)
Maturità	29.75 (133)	34.83 (248)	30.54 (186)	37.34 (171)	42.32 (317)	41.68 (253)
Laurea	29.31 (131)	19.24 (137)	18.06 (110)	31.44 (144)	21.36 (160)	21.09 (128)
<b>Totale</b>	<b>100 (447)</b>	<b>100 (712)</b>	<b>100 (609)</b>	<b>100 (458)</b>	<b>100 (749)</b>	<b>100 (607)</b>

In tutte le classi di età, le madri hanno in genere un livello di educazione maggiore dei padri. La proporzione di padri con una durata media d'istruzione minore o uguale a 8 anni (elementare e media inferiore) è pari, nelle diverse classi di età, rispettivamente a 20.36%, 27.34% e 29.72%. I dati corrispondenti per le madri sono rispettivamente pari a: 16.6%, 19.49% e 22.57%. Le differenze tra madri e padri sono statisticamente significative ( $p < 0,01$ ) per i 13enni ed i 15enni.

## 2.5 Conclusioni

Il quadro familiare, delineato sulla base del campione provinciale, delinea un prevalenza della tipologia familiare tradizionale (madre, padre con o senza nonni), pari all'85% dei casi. Le criticità di comunicazione, anche all'interno della struttura familiare tradizionale ma ancor'più in tipologie alternative pone sul tappeto, soprattutto da parte dei ragazzi più grandi e nei confronti della figura paterna una riflessione dei climi e dei contesti comunicativi intrafamigliari. Cattivi climi comunicativi intrafamiliari possono avere ricadute problematiche sul piano sociale-comportamentale come sul piano sanitario.

Questo implica da parte delle figure genitoriali, qualsiasi esse siano ed in riferimento a qualsiasi tipologia familiare, una maggiore consapevolezza del proprio ruolo e dall'altro lo sviluppo in senso lato di politiche di ascolto e di supporto che sappiano tener in giusto conto questo scenario.

### BIBLIOGRAFIA

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- ALBRECHT G., FITZPATRICK R., SCRIMSHAW S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- ALDER N., BOYCE T., CHESNEY M.A. (1994). *Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient*. *American Psychologist*, 49:15-24.
- ARDELT M., DAY L. (2002). *Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance*. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- BARBAGLI M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- BAUMRIND D. (1991). *The influence of parenting style on adolescent competence and substance use*. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- BERNARDINI I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- CARRÀ E. e MARTA E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- CARTER E. (1988). *Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma*, in M. ANDOLFI, C. ANGELO, C. SACCU, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- CLAES M., MIRAND D., BENOIT M., LANZ M., MARTA E., BARIAUD F., PERCHEC C. (2005). *Parenting and culture in adolescence*, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- COLEY R.L. (1998). *Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men*. *Child Development*, 69: 219-223.
- COLEY R.L. (2001). *Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers*. *American Psychologist*, 56: 743-753.

- COSTA G., CARDANO M., DEMARIA M. (1998). Torino. *Storie di salute in una grande città*, TORINO. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- DALLAGO L., SANTINELLO M. (2006). *Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 2: 241-261.
- DEKOVIC M., MEEUS W. (1997), *Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept*. Journal of Adolescence, 20: 163-176.
- DONATI P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società*. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, TELEFONO AZZURRO (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- FIELD T., DIEGO M., SANDERS C. (2002). *Adolescents' parent and peer relationships*. Adolescence, 37: 121-130.
- FRANCESCATO D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- GARNEFSKI N. (2000). *Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39: 1175-1181.
- GLASKOW K.L., DORNBUSCH S.M., TROYER L., STEINBERG L., RITTER P.L. (1997). *Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school*, Child Development, 68: 507-529.
- GRIFFIN K.W., BOTVIN G.J., EPSTEIN J.A., DOYLE M.M., DIAZ T. (2000). *Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors*. Journal of Studies on Alcohol, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie*. Anno 1998, Roma, ISTAT.
- LANZ M., IAFRATE R., ROSNATI R., SCABINI E. (1999 a). *Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families*. Journal of Adolescence, 22: 785-794.
- LANZ M., IAFRATE R., MARTA E., ROSNATI R. (1999 b). *Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents*. Psychological Reports, 84: 459-466.
- MACKENBACH J.P., KUNST A.E., CAVELAARS A.E., GROENHOF F., GEURTS J.J. (1997). *Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health*. Lancet., 3: 1655-9.
- OLIVERIO- FERRARSI A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- RICCIO B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- SANTINELLO M., DALLAGO L., VIENO A. (2005). *La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione*. In M. CUSINATO & M. PANZERI (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.

- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- SCABINI E. (2000). *Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood*, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- VIENO A., NATION M., PASTORE M., SANTINELLO M. (2009). *Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior*. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- ZAMBON A., LEMMA P., BORRACCINO A., DALMASSO P., CAVALLO F. (2006), *Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations*, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.



# Capitolo 3

## L'ambiente scolastico

### 3.1 Introduzione

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

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

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

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

La scuola può dunque rappresentare un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in relazione a comportamenti legati alla salute. Ricerche recenti (Carter, 2007) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico (oltre a quello familiare e dei pari) possa contribuire in modo significativo alla promozione di comportamenti legati alla salute. In questo senso la percezione di un contesto scolastico in termini positivi

favorisce una minor frequentazione di pari devianti oltre che essere in grado di moderare gli effetti negativi di condizioni socio-familiari sfavorevoli (Dishion, 1995).

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

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

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

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

Nel presente studio, per valutare l'impatto del contesto scolastico sulla salute e sui comportamenti degli studenti è stato chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione della salute adottate.

Di seguito sono riportate alcune tabelle con i dati relativi alla provincia di Trento.

**Tab.1** Le risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza rispetto ai bisogni

Livello di adeguatezza	Cortile/are esterne %	Edificio %	Aule e spazi %	Palestra %	Biblioteca, libreria %	Computer e software %	Risorse audiovisive %	Attrezzature speciali per disabili %	Laboratori specifici %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Adeguate	76.32	78.95	80.26	84.21	76.32	97.37	96.05	83.78	93.15
	(58)	(60)	(61)	(64)	(58)	(74)	(73)	(62)	(68)
Non adeguato	21.05	21.05	19.74	13.16	19.74	1.32	2.63	8.11	6.85
	(16)	(16)	(15)	(10)	(15)	(1)	(2)	(6)	(5)
Risorsa non presente	2.63	0.00	0.00	2.63	3.95	1.32	1.32	8.11	0.00
	(2)	(0)	(0)	(2)	(3)	(1)	(1)	(6)	(0)
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	(76)	(76)	(76)	(76)	(76)	(76)	(76)	(74)	(73)

**Tab.2** Misure di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e acquisizione di competenze in aree significative per il benessere

Frequenza interventi	Nutrizione e Alimentazione %	Attività fisica e Sport %	Violenza e bullismo %	Abuso di sostanze %
	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì abitualmente	56.00	92.11	43.42	44.00
	(42)	(70)	(33)	(33)
Sì di tanto in tanto	40.00	7.89	50.00	52.00
	(30)	(6)	(38)	(39)
No	4.00	0.00	6.58	4.00
	(3)	(0)	(5)	(3)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(75)</b>	<b>(76)</b>	<b>(76)</b>	<b>(75)</b>

**Tab.3** Presenza di strutture o attività associate alla nutrizione e alla fruibilità di cibo agli studenti, all'interno della scuola

Strutture/attività presenti	Mensa scolastica %	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt %	Distributori automatici di alimenti %
	(N)	(N)	(N)
Sì	67.57	23.29	51.35
	(50)	(17)	(38)
No	32.43	76.71	48.65
	(24)	(56)	(36)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(74)</b>	<b>(73)</b>	<b>(74)</b>

Il giudizio in merito all'adeguatezza dei sussidi didattici pare molto buono, mentre paiono viceversa meritevoli di miglioramento gli aspetti attinenti gli spazi fisici interni/esterni degli edifici scolastici. Questo aspetto ha un suo rilievo non solo sotto il profilo del benessere scolastico ma anche sotto il profilo della sicurezza e dovrebbe quindi essere garantito in modo diffuso. Allo stesso modo dovrebbe essere garantita in modo diffuso la disponibilità di strutture adeguate per i disabili. La mensa rappresenta una struttura presente frequentemente negli istituti scolastici (67.57%). Tra le attività di promozione della salute, prevalgono quelle attinenti l'attività fisica. La minore attivazione di interventi nei confronti di violenza e bullismo ed abuso di sostanze potrebbe di per sé significare non tanto una sottostima del problema ma un possibile minore impatto di queste problematiche nella popolazione scolastica nel suo complesso.

**Tab. 4** Momento in cui sono previsti i programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt (solo per le scuole per cui sono presenti)

Distribuzione alimenti	Prima colazione %	Spuntini di metà mattina %	Merenda pomeridiana %
	(N)	(N)	(N)
Sì	0.00	76.47	17.65
	(0)	(13)	(3)
No	100.00	23.53	82.35
	(17)	(4)	(14)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(17)</b>	<b>(17)</b>	<b>(17)</b>

**Tab. 5** Tipologie di alimenti che vengono dispensati dai distributori automatici (solo per le scuole per cui sono presenti)

Presenza alimenti	Bibite zuccherate o gassate %	Succhi di frutta %	Merendine preconfezionate, caramelle, snack %	Yogurt %	Frutta fresca %	Acqua %	Bevande calde %	Altro %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì	73.68	65.79	71.05	13.16	2.63	86.84	92.11	21.05
	(28)	(25)	(27)	(5)	(1)	(33)	(35)	(8)
No	26.32	34.21	28.95	86.84	97.37	13.16	7.89	78.95
	(10)	(13)	(11)	(33)	(37)	(5)	(3)	(30)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>	<b>(38)</b>

**Tab. 6** Classi che riescono a fare le 2 ore di attività motoria previste dal curriculum

Frequenza	Classi %
	(N)
Tutte	94.87
	(74)
Quasi tutte	5.13
	(4)
Circa la metà	0.00
	(0)
Poche	0.00
	(0)
<b>Totale</b>	<b>100</b>
	<b>(78)</b>

La distribuzione di alimenti a scuola avviene essenzialmente a metà mattina ed in

larga prevalenza si tratta di alimenti ad elevato contenuto zuccherino, come bibite zuccherate/gassate, succhi di frutta, merendine preconfezionate. La quasi totalità delle classi riesce a fare le due ore di attività motoria previste dal curriculum.

**Tab. 7** Partecipazione della scuola a iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner

Partecipazione	Comune %	Associazione agricoltori/allevatori %	Istituzioni provinciali %	Associazioni (volontariato, onlus,...) %	Direzione scolastica/ insegnanti %	Altro %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì	7.69	3.85	39.74	10.26	25.64	7.69
	(6)	(3)	(31)	(8)	(20)	(6)
No	92.31	96.15	60.26	89.74	74.36	92.31
	(72)	(75)	(47)	(70)	(58)	(72)
Totale	100	100	100	100	100	100
	(78)	(78)	(78)	(78)	(78)	(78)

**Tab. 8** Frequenza del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola

Frequenza coinvolgimento	Sviluppo politiche e regole %	Organizzazione contesto fisico %	Sviluppo misure di promozione alla salute %	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici %	Insegnamento in classe %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Frequentemente	78.21	21.05	28.57	33.77	28.57
	(61)	(16)	(22)	(26)	(22)
Raramente	19.23	59.21	59.74	57.14	62.34
	(15)	(45)	(46)	(44)	(48)
Mai	2.56	19.74	11.69	9.09	9.09
	(2)	(15)	(9)	(7)	(7)
Totale	100	100	100	100	100
	(78)	(76)	(77)	(77)	(77)

**Tab. 9** Rilevanza della percezione di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola

Livello di rilevanza	Tensioni razziali/etniche %	Immondizie per strada %	Spaccio/consumo di sostanze %	Violenze/vandalismo %	Traffico eccessivo %	Edifici dismessi %	Criminalità %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Problema rilevante	1.32	0.00	4.11	0.00	6.67	0.00	0.00
	(1)	(0)	(3)	(0)	(5)	(0)	(0)

Livello di rilevanza	Tensioni razziali/etniche %	Immondizie per strada %	Spaccio/consumo di sostanze %	Violenze/vandalismo %	Traffico eccessivo %	Edifici dismessi %	Criminalità %
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)
Problema moderato/lieve	59.21	29.33	79.45	56.76	60.00	24.32	55.41
	(45)	(22)	(58)	(42)	(45)	(18)	(41)
Problema non presente	39.47	70.67	10.96	40.54	33.33	72.97	40.54
	(30)	(53)	(8)	(30)	(25)	(54)	(30)
Non so	0.00	0.00	5.48	2.70	0.00	2.70	4.05
	(0)	(0)	(4)	(2)	(0)	(2)	(3)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(76)</b>	<b>(75)</b>	<b>(73)</b>	<b>(74)</b>	<b>(75)</b>	<b>(74)</b>	<b>(74)</b>

Le istituzioni provinciali e tra queste va ricordata l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (attraverso il Servizio Educazione alla Salute) rappresentano, i partner più consueti per le scuole, negli interventi di promozione di sani stili alimentari. Questo rappresenta un aspetto positivo tenuto conto anche dell'opportunità di garantire una forte integrazione e condivisione di messaggi in un settore rilevante come quello dell'alimentazione. Rispetto a questo per altro pare ancora non ottimale il livello di coinvolgimento degli studenti. Si tratta di un aspetto che dovrebbe necessariamente migliorare tenuto conto che gli interventi sono in ultima analisi organizzati o attuati nell'interesse degli stessi e dovrebbero, almeno teoricamente, risultare più efficaci quanto maggiore risulta il coinvolgimento dei destinatari. Gli insegnanti hanno quindi l'occasione per analizzare con gli stessi studenti modalità e criteri tesi e migliorare il loro coinvolgimento.

Nessuna problematica proposta viene ritenuta sostanzialmente essere rilevante dai dirigenti scolastici: solo 5 segnalano come rilevante il traffico e solo 3 lo spaccio/consumo di sostanze. Tra i problemi moderati/lievi, sono riconfermati il traffico e lo spaccio/consumo di sostanze ed affiora un aspetto relativo alla sicurezza e alla convivenza, le tensioni razziali/etniche, violenze e vandalismo e criminalità. Si ha il dubbio, rispetto a queste ultime problematiche segnalate, che una certa quota, possa essere in parte indotta da un effetto mediatico enfatizzante.

### 3.3 Rapporto con gli insegnanti

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

di calore ed empatia degli insegnanti sia associata alla percezione che l'alunno ha della propria competenza entro il gruppo classe.

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

Alcuni studi (Graziano, 2007) hanno inoltre esaminato come la qualità del rapporto con gli insegnanti influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (Huges, 1999; Pianta e Niemetz, 1991), ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (White e Jones, 2000). Altri studi hanno messo in luce l'influenza esercitata dalla qualità del rapporto con gli insegnanti su esiti di salute per i ragazzi, quale il mal di testa (Santinello et al. 2009).

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

**Tab.10** Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto": per genere, solo quindicenni

Livello di accordo	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	5.00	7.14	6.12
	(16)	(25)	(41)
D'accordo	37.81	36.57	37.16
	(121)	(128)	(249)
Né d'accordo né in disaccordo	40.62	37.71	39.10
	(130)	(132)	(262)
Non sono d'accordo	10.00	15.14	12.69
	(32)	(53)	(85)
Per niente d'accordo	6.56	3.43	4.93
	(21)	(12)	(33)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(320)</b>	<b>(350)</b>	<b>(670)</b>

**Tab.11** Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista”, per genere solo quindicenni

Livello di accordo	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	9.38	8.29	8.81
	(30)	(29)	(59)
D'accordo	38.12	39.71	38.96
	(122)	(139)	(261)
Né d'accordo né in disaccordo	34.06	34.57	34.33
	(109)	(121)	(230)
Non d'accordo	12.19	12.86	12.54
	(39)	(45)	(84)
Per niente d'accordo	6.25	4.57	5.37
	(20)	(16)	(36)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(320)</b>	<b>(350)</b>	<b>(670)</b>

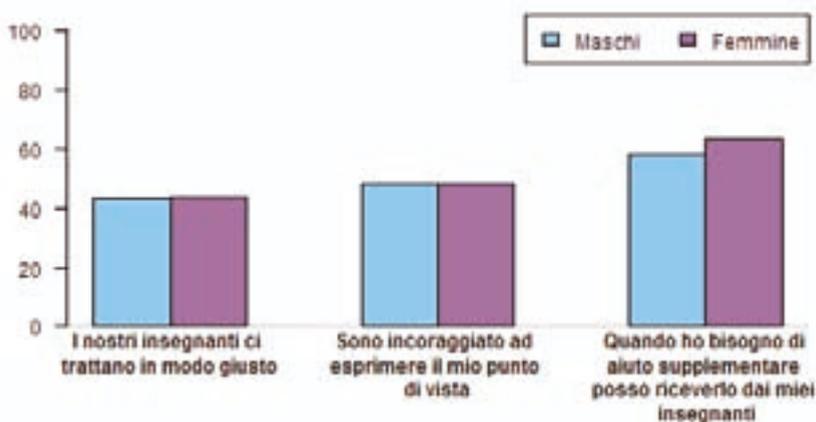
**Tab. 12** Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti”, per genere solo quindicenni

Livello di accordo	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	10.31	10.57	10.45
	(33)	(37)	(70)
D'accordo	47.50	52.57	50.15
	(152)	(184)	(336)
Né d'accordo né in disaccordo	28.12	25.71	26.87
	(90)	(90)	(180)
Non d'accordo	10.62	8.57	9.55
	(34)	(30)	(64)
Per niente d'accordo	3.44	2.57	2.99
	(11)	(9)	(20)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(320)</b>	<b>(350)</b>	<b>(670)</b>

Sostanzialmente la metà dei 15enni esprime nel complesso un giudizio positivo (molto d'accordo + d'accordo) nella relazione con gli insegnanti. Le femmine tendono a dare un giudizio migliore rispetto ai maschi anche se la differenza non appare statisticamente significativa.

Non va peraltro sottovalutato il fatto che c'è una quota non piccola di ragazzi (dal 10 al 20% circa) che tende a dare un giudizio negativo. Anche in questo caso sarebbe opportuno che le diverse figure, i diversi attori che stanno all'interno della scuola, potessero fare in merito una riflessione.

**Graf. 1** Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" e "molto d'accordo" alle tre affermazioni sul modo con cui vengono trattati dagli insegnanti, al coinvolgimento ed alla possibilità di ricevere aiuto supplementare: per genere solo quindicenni



### 3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

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

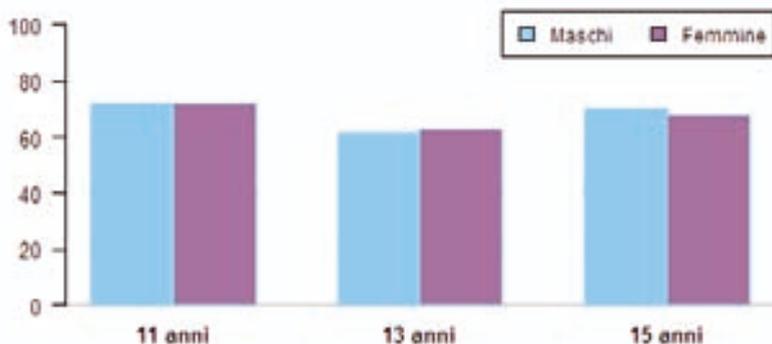
“non sono per niente d’accordo”). Nelle tabelle 3.13 e 3.14 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

**Tab.13** Grado di accordo dichiarato con l’affermazione “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età

Grado accordo	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d’accordo	30.00	20.23	17.56
	(300)	(208)	(118)
D’accordo	41.90	41.83	51.34
	(419)	(430)	(345)
Né d’accordo né in disaccordo	18.60	27.24	20.98
	(186)	(280)	(141)
Non d’accordo	6.00	8.07	7.29
	(60)	(83)	(49)
Per niente d’accordo	3.50	2.63	2.83
	(35)	(27)	(19)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1000)</b>	<b>(1028)</b>	<b>(672)</b>

La maggioranza dei ragazzi da un giudizio positivo delle relazioni con i compagni di classe, la proporzione di casi “molto d’accordo” e “d’accordo” è pari al 71,90% a 11 anni, al 62,06% a 13 anni ed al 68,90% a 15 anni. Non emergono rilevanti differenze in relazione al genere nelle tre diverse classi di età.

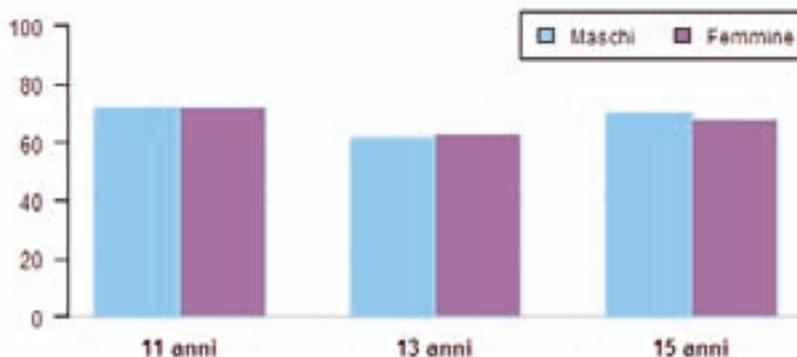
**Graf. 2** Percentuale di coloro che sono molto d’accordo o d’accordo con l’affermazione: “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età e genere



**Tab. 14** Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età

Grado di accordo	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	39.16 (392)	31.09 (318)	22.75 (152)
D'accordo	39.76 (398)	43.70 (447)	54.19 (362)
Né d'accordo né in disaccordo	12.79 (128)	17.11 (175)	17.22 (115)
Non d'accordo	4.10 (41)	4.50 (46)	3.44 (23)
Per niente d'accordo	4.20 (42)	3.62 (37)	2.40 (16)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1001)</b>	<b>100</b> <b>(1023)</b>	<b>100</b> <b>(668)</b>

**Graf. 3** Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere



Sostanzialmente i dati della tabella 3.14 risultano coerenti con quelli della tabella 3.13. La proporzione di casi "molto d'accordo" e "d'accordo" è pari al 78.92% a 11 anni, al 74.79% a 13 anni ed al 76.94% a 15 anni. La proporzione di soggetti che da un giudizio positivo è minore nelle ragazze rispetto ai ragazzi in ogni gruppo di età. Nei 13enni, la differenza (a sfavore delle ragazze) è statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

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

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

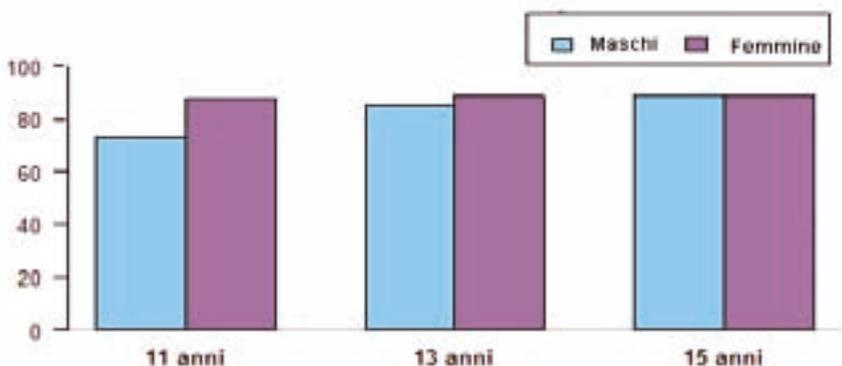
Questa domanda permette l'emersione di situazioni spesso sottaciute anche con grave sofferenza. Risulta che ha subito in passato episodi di bullismo il 20% dei ragazzi di 11 anni, il 12.87% dei 13enni ed il 6.0% dei 15enni. Emerge un trend che decresce in modo statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,001$ ) al crescere dell'età.

A 11-13 anni questi episodi sono segnalati con maggior frequenza dalle ragazze (differenza statisticamente significativa,  $p < 0,05$ , a 11 anni), mentre non emerge nessuna differenza di genere a 15 anni.

Tab. 15 Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	80.42	87.13	94.02
	(805)	(894)	(629)
1-2 volte negli ultimi due mesi	15.48	9.75	4.48
	(155)	(100)	(30)
2-3 volte nell'ultimo mese	1.60	1.66	0.30
	(16)	(17)	(2)
1v/sett	0.70	0.39	0.30
	(7)	(4)	(2)
>1 volta/sett	1.80	1.07	0.90
	(18)	(11)	(6)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1001)</b>	<b>(1026)</b>	<b>(669)</b>

**Graf. 4** Percentuale di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età e genere



**Tab. 16** “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	68.03 (681)	70.82 (728)	75.04 (505)
Una volta	12.59 (126)	14.20 (146)	14.71 (99)
2 volte	6.79 (68)	5.35 (55)	4.31 (29)
3 volte	2.70 (27)	2.63 (27)	2.38 (16)
4 volte o più	9.89 (99)	7.00 (72)	3.57 (24)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1001)</b>	<b>100</b> <b>(1028)</b>	<b>100</b> <b>(673)</b>

Coerentemente con i dati della tabella 3.15, risulta che sono con maggior frequenza gli 11enni a riportare pregressi episodi di scontri fisici (almeno una volta = 31.97%), mentre la prevalenza è del 29.18% nei 13enni e del 25.0% nei 15enni. Il trend decresce in modo statisticamente significativo ( $p$  trend <0,05) al crescere dell'età. Il dato comunque non può di per sè essere utilizzato per valutare il rapporto tra i compagni di classe in quanto gli episodi possono riguardare anche le sfere relazionali extra scolastiche.

### 3.5 Rapporto con la scuola

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

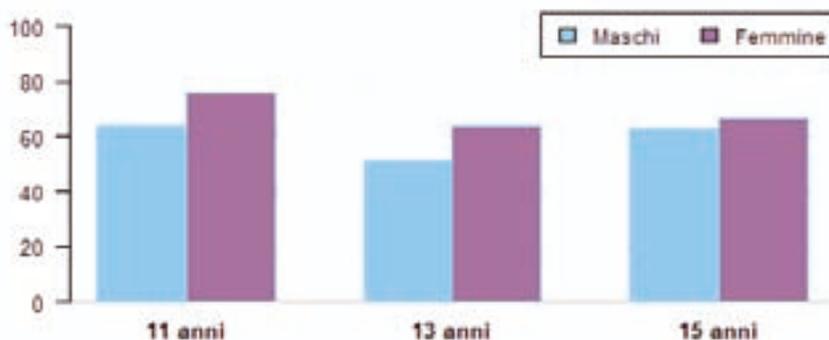
Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori del rispetto della persona e della condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e gruppale e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (Torney-Purta, 2002).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

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 17 sono riportate le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra provincia, suddivise per età.

Tab. 17 "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età

Giudizio sulla scuola	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mi piace molto	24.80 (249)	9.35 (96)	10.86 (73)
Abbastanza	45.42 (456)	48.39 (497)	54.02 (363)
Non tanto	19.52 (196)	28.33 (291)	26.64 (179)
Non mi piace per nulla	10.26 (103)	13.92 (143)	8.48 (57)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1004)</b>	<b>100</b> <b>(1027)</b>	<b>100</b> <b>(672)</b>

**Graf. 5** Percentuale di coloro a cui piace “molto” e “abbastanza” la scuola, per età e genere



La percentuale dei ragazzi a cui la scuola piace molto o abbastanza ha un picco a 11 anni (70.22%), scende a 13 anni (57.84%), sale nei 15enni (64.88%). In ogni età la valutazione delle ragazze è migliore di quella dei ragazzi, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) a 11 e 13 anni.

### 3.6 Conclusioni

Il quadro strutturale scolastico è nel complesso buono, anche se emerge la necessità di intervenire sugli spazi fisici degli edifici scolastici per garantire non solo la didattica o il benessere ma anche la sicurezza. L'adeguatezza di strutture per i disabili dovrebbe essere garantita ovunque.

La quasi totalità delle classi fa le due ore di attività motoria previste dal curriculum e l'attività fisica prevale nelle iniziative di promozione della salute. C'è spazio per incentivare le attività inerenti ad una sana alimentazione, prendendo tra l'altro come prioritario oggetto di intervento la distribuzione di alimenti a scuola che ha per oggetto soprattutto alimenti ad elevato contenuto calorico e zuccherino.

Rispetto alle diverse attività scolastiche e soprattutto in riferimento agli interventi di promozione della salute, non pare ancora ottimale il livello di coinvolgimento dei ragazzi per cui sarà necessario, a garanzia di una maggiore efficacia degli stessi, sviluppare una maggiore integrazione tra i diversi attori. Il giudizio sulle qualità relazionali ragazzi/insegnanti e ragazzi/ragazzi dovrebbe essere lo stesso oggetto di riflessione per migliorare nel complesso il clima scolastico e rappresentare un possibile contrasto nei confronti del bullismo che è un problema segnalato da 1 ragazzo su 5 negli 11enni e da 1/8 nei 13enni.

## BIBLIOGRAFIA

- BARTH J.M., DUNLAP S.T., DANE H., LOCHMAN J.E., WELLS K.C. (2004). *Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus*. Journal of School Psychology, 42: 115–133.
- BENNETT K., BROWN S., BOYLE M., RACINE Y., OFFORD D. (2003). *Does low reading achievement at school entry cause conduct problems?* Social Science & Medicine, 56: 2443–2448.
- BUHS E. S., LADD G. W., HERALD S. L. (2006). *Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement?* Journal of Educational Psychology, 98: 1–13.
- CARTER M., MCGEE R, TAYLOR B., WILLIAMS S. (2007), *Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement*. Journal of Adolescence, 30: 51–62.
- CROSNOE R., NEEDHAM B. (2004). *Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development*. Child Development, 75: 264, 279.
- DISHION T.J., FRENCH D.C., PATTERSON G.R. (1995). *The development and ecology of antisocial behaviour*. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- FREDERICKS J.A., BLUMENFELD P.C., PARIS A.H. (2004). *School engagement: Potential of the concept, state of the evidence*. Review of Educational Research, 74: 59–109.
- GINI G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- GOODENOW C. (1993). *Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement*. Journal of Early Adolescence, 13: 21–43.
- GRAZIANO P.A., REAVIS R.D., KEANE S.P., CALKINS S.D. (2007), *The role of emotion regulation in children's early academic success*. Journal of school psychology, 45: 3-19.
- HAMRE B. K., PIANTA R. C. (2001). *Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade*. Child Development, 72: 625–638.
- HUGHES J., CAVELL T., JACKSON T. (1999). *Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study*. Journal of Clinical Child Psychology, 28(2): 173–184.
- JIMERSON S., EGELAND B., SROUFE A., CARLSON B. (2000). *A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development*. Journal of School Psychology, 38: 525–549.
- LUBBERS M.J., VAN DER WERF M.P.C., SNIJDERS T.A.B., CREEMERS B.P.M., KUYPER H. (2006). *The impact of peer relations on academic progress in junior high*. Journal of School Psychology 44: 491–512.
- OSTERMAN K.F. (2000). *Students' need for belonging in the school community*. Review of Educational Research, 70: 323-367.

- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). *Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). *Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness*. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). *Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error*. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). *Multilevel methods for Public Health Research*. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). *Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study*, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). *Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis*. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). *Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model*. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). *Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school*. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K. R. (2003). *Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study*. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K. J., Jones K. (2000). *Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). *School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children*. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). *The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers*. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16



# Capitolo 4

## Sport e tempo libero

### 4.1 Introduzione

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

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

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

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

### 4.2 Attività fisica

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

L'attività fisica, la salute e la qualità della vita sono strettamente correlate (WHO 2002). Esistono, infatti, crescenti evidenze sulla relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta, oltre

alle ricadute più immediate sul benessere psicosociale dei ragazzi (Hickman et al., 2000; Stroebe et al., 1997).

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

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

### *Frequenza dell'attività fisica*

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

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

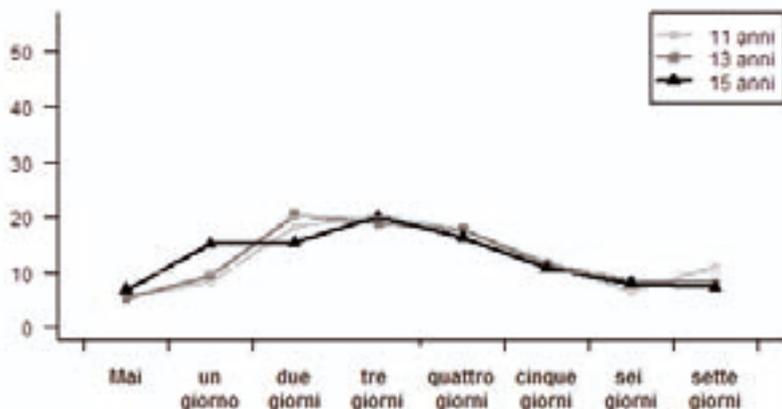
**Tab. 1** “Nell’ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per almeno 60 minuti al giorno?”

Frequenza attività fisica	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Non faccio mai attività fisica	5.67 (56)	5.19 (53)	6.87 (46)
un giorno	8.20 (81)	9.50 (97)	15.07 (101)
due giorni	18.42 (182)	20.47 (209)	15.37 (103)
tre giorni	20.45 (202)	18.81 (192)	20.15 (135)
quattro giorni	17.81 (176)	17.83 (182)	16.42 (110)
cinque giorni	11.84 (117)	11.46 (117)	10.75 (72)
sei giorni	6.58 (65)	8.52 (87)	8.06 (54)
sette giorni	11.03 (109)	8.23 (84)	7.31 (49)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(988)</b>	<b>100</b> <b>(1021)</b>	<b>100</b> <b>(670)</b>

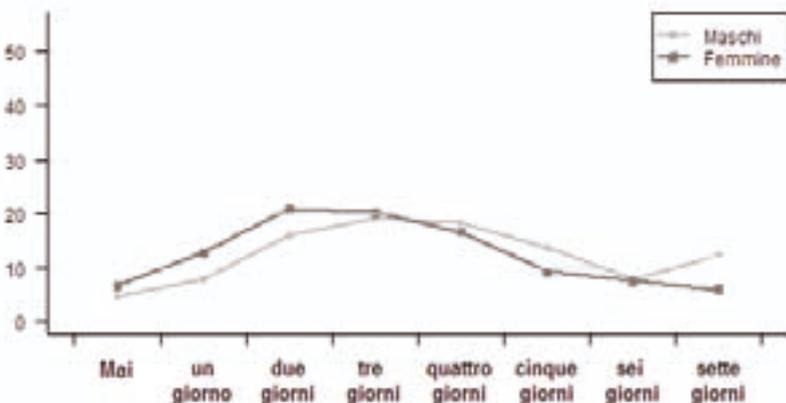
Dalla tabella 1 emerge come in tutte le età, la proporzione di ragazzi che pratica un’attività fisica per almeno 5 giorni alla settimana, sia inferiore al 30%. In particolare questa proporzione è pari all’29.45% negli 11 enni, all’28.21% nei 13 enni e al 26.12% nei 15 enni. Non emergono sostanziali differenze in relazione all’età.

Tendenzialmente i maschi risultano più attivi delle femmine, anche se le differenze sono ai limiti della significatività statistica (Graf. 1, 2).

**Graf. 1** Frequenza percentuale di attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per età

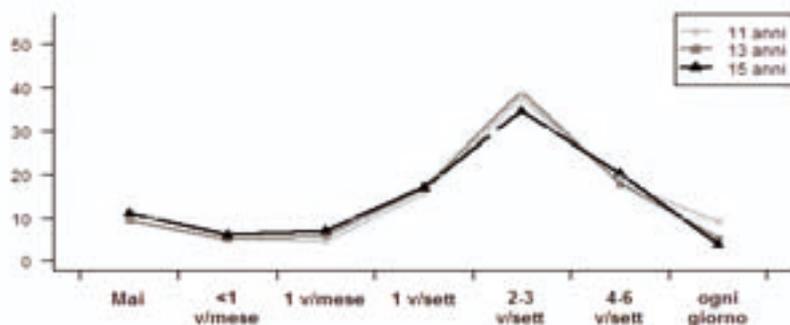


**Graf. 2** Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



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

**Graf. 3** Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa ("volte" alla settimana) esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età



### 4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

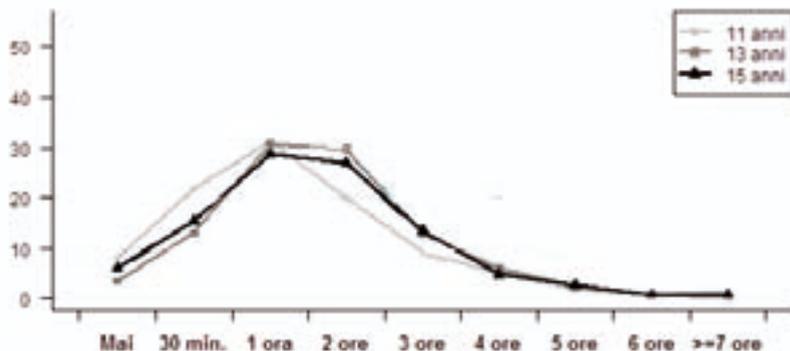
Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, internet).

Una quota non piccola di ragazzi guarda la TV oltre le due ore/die. Questa quota corrisponde al 18.62% negli 11enni, al 22.48% nei 13 enni ed al 22.47% nei 15enni. Guarda la TV più di 5 ore/die il 2.3% degli 11enni, l'1.27% dei 13enni e l'1.34% dei 15enni. Relativamente ai gruppi con maggior durata di esposizione, non emergono sostanziali differenze in relazione all'età.

**Tab. 2** “Nel tempo libero quante ore al giorno di solito guardi la televisione (cassette, DVD, altro)?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	8.31	3.60	6.25
	(83)	(37)	(42)
Mezz'ora	21.82	13.15	15.48
	(218)	(135)	(104)
1 ora	31.23	30.77	28.87
	(312)	(316)	(194)
2 ore	20.02	29.70	26.93
	(200)	(305)	(181)
3 ore	9.41	12.85	13.54
	(94)	(132)	(91)
4 ore	5.01	6.13	4.91
	(50)	(63)	(33)
5 ore	1.90	2.53	2.68
	(19)	(26)	(18)
6 ore	0.70	0.88	0.74
	(7)	(9)	(5)
>= 7 ore	1.60	0.39	0.60
	(16)	(4)	(4)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(999)</b>	<b>(1027)</b>	<b>(672)</b>

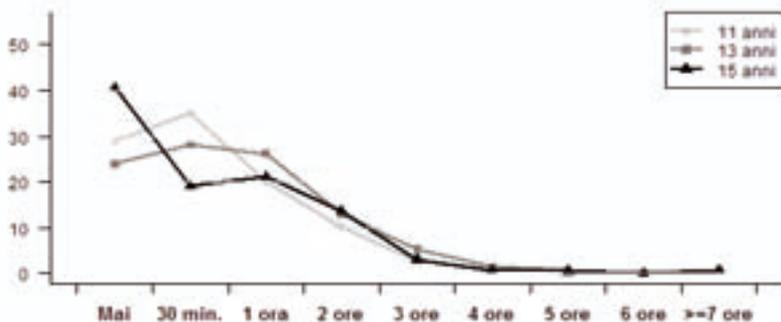
**Graf. 4** Frequenza percentuale del tempo trascorso davanti alla TV (cassette, DVD o altro), per età



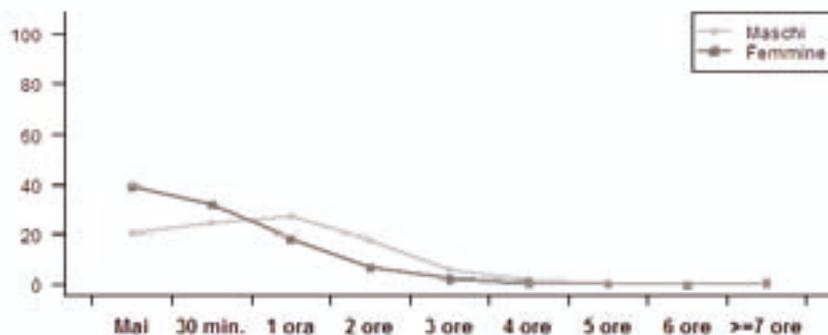
**Tab. 3** “Di solito, nel tempo libero, quante ore al dì giochi al computer o alla play station o simili?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	29.11	24.07	40.56
	(292)	(247)	(273)
Mezz'ora	35.00	28.17	19.17
	(351)	(289)	(129)
1 ora	19.94	26.22	21.25
	(200)	(269)	(143)
2 ore	10.17	13.06	13.67
	(102)	(134)	(92)
3 ore	2.79	5.46	3.12
	(28)	(56)	(21)
4 ore	1.20	1.56	0.74
	(12)	(16)	(5)
5 ore	0.70	0.58	0.59
	(7)	(6)	(4)
6 ore	0.20	0.10	0.15
	(2)	(1)	(1)
>= 7 ore	0.90	0.78	0.74
	(9)	(8)	(5)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1003)</b>	<b>(1026)</b>	<b>(673)</b>

**Graf. 5** Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per età



**Graf. 6** Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, Playstation o altro), per genere



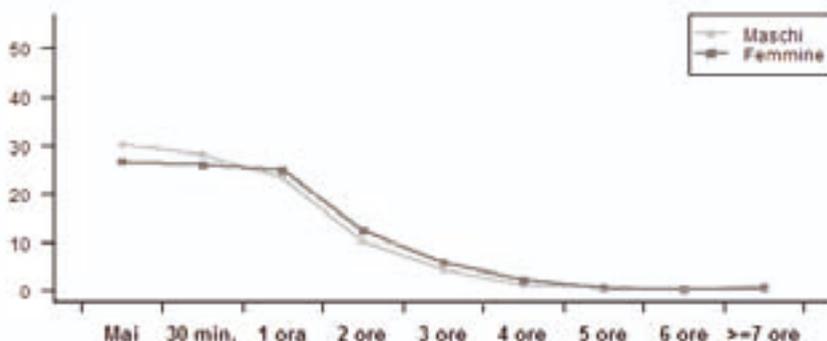
La proporzione di ragazzi che dedica ai giochi al computer più di due ore al dì è bassa, pari al 5.79% negli 11 enni, all'8.48% nei 13 enni ed al 5.34% nei 15enni. L'esposizione al PC, per l'utilizzo di video giochi, è maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze anche se, per quanto riguarda il gruppo con maggior durata di esposizione, non emergono differenze statisticamente significative legate al genere.

**Tab. 4** “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?”

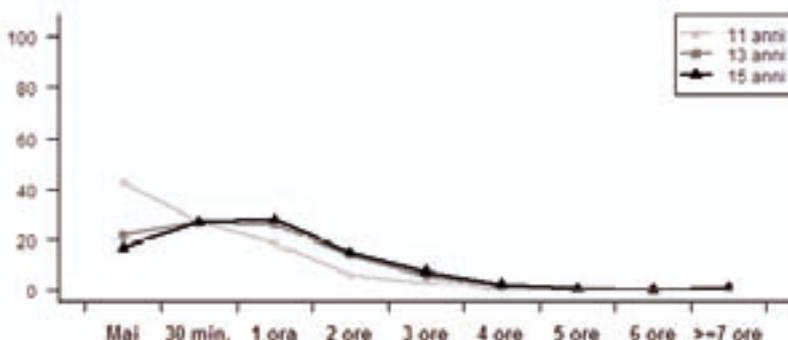
Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	42.50	22.20	17.11
	(425)	(228)	(115)
Mezz'ora	27.10	27.07	27.08
	(271)	(278)	(182)
1 ora	19.00	26.19	28.27
	(190)	(269)	(190)
2 ore	6.40	14.02	15.03
	(64)	(144)	(101)
3 ore	2.80	5.94	7.59
	(28)	(61)	(51)
4 ore	0.90	2.14	2.68
	(9)	(22)	(18)
5 ore	0.60	1.17	0.60
	(6)	(12)	(4)
6 ore	0.00	0.39	0.45
	(0)	(4)	(3)
≥ 7 ore	0.70	0.88	1.19
	(7)	(9)	(8)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1000)</b>	<b>(1027)</b>	<b>(672)</b>

L'utilizzo di internet, specie in modo “intensivo” (> 2 h/die) cresce con l'età, con trend statisticamente significativo (p trend <0,001). La proporzione di ragazzi che utilizza internet più di 2 ore die è del 5.0% a 11 anni, del 10.52% a 13 anni e del 12.51% a 15 anni. Non emergono differenze statisticamente significative in relazione al genere.

**Graf. 7** Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per genere



**Graf. 8** Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



Solo come “curiosità”, risultano essere 13 complessivi i soggetti che non guardano mai TV/DVD o usano il Computer; risultano 37 i soggetti che nel corso dei giorni della settimana (di attività scolastica) dedicano più di 2 ore al giorno alla TV e ai videogiochi e all’uso del PC.

#### 4.4 Rapporti con i pari

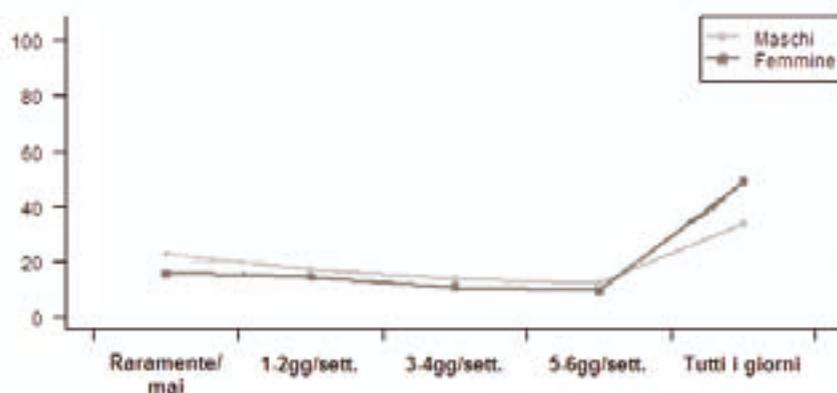
Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (Laible et al., 2004). Le interazioni sociali tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono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

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

**Tab. 5** “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”

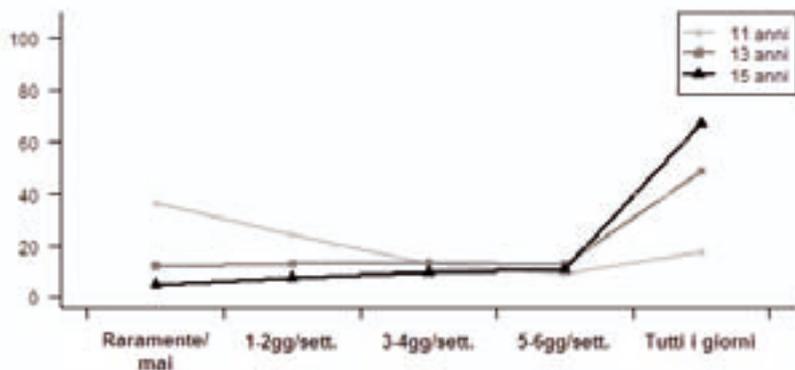
Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Raramente/mai	36.43 (365)	12.04 (124)	4.89 (33)
1-2gg/sett.	24.15 (242)	13.01 (134)	7.70 (52)
3-4gg/sett.	13.17 (132)	13.50 (139)	9.63 (65)
5-6gg/sett.	8.98 (90)	12.72 (131)	10.81 (73)
Tutti i giorni	17.27 (173)	48.74 (502)	66.96 (452)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1002)</b>	<b>100</b> <b>(1030)</b>	<b>100</b> <b>(675)</b>

**Graf. 9** Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per genere



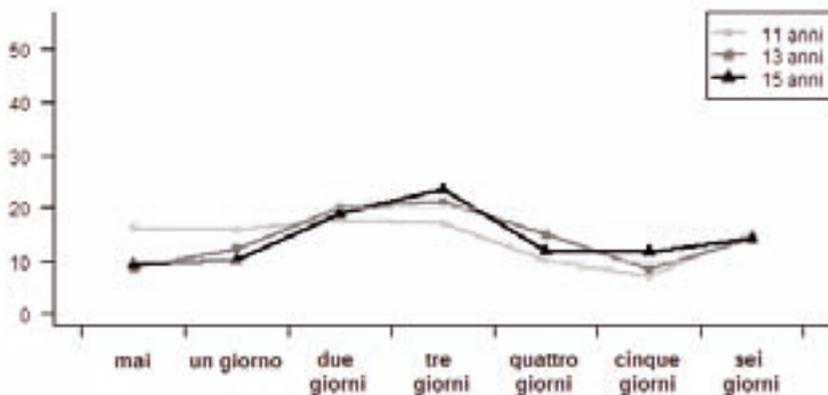
L'utilizzo del cellulare per comunicare con i pari aumenta con l'età in modo statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,001$ ). Le ragazze tendono ad utilizzare gli SMS in modo più intensivo rispetto ai ragazzi.

**Graf. 10** Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età

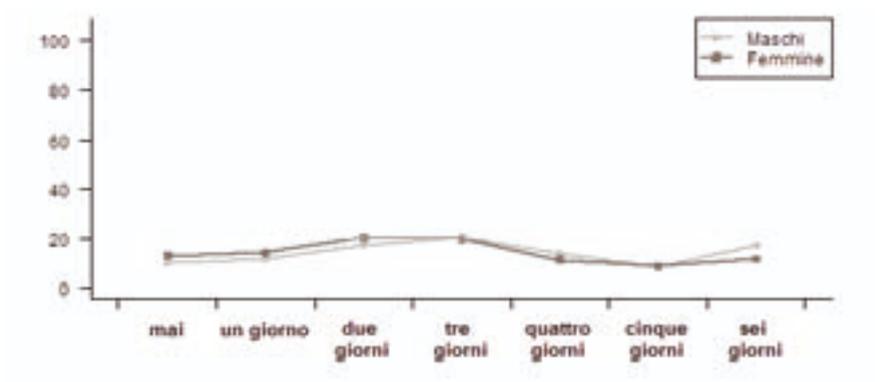


In media, senza rilevanti differenze per età o per genere, i ragazzi riferiscono 3 uscite settimanali con gli amici dopo la scuola.

**Graf. 11** Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per età

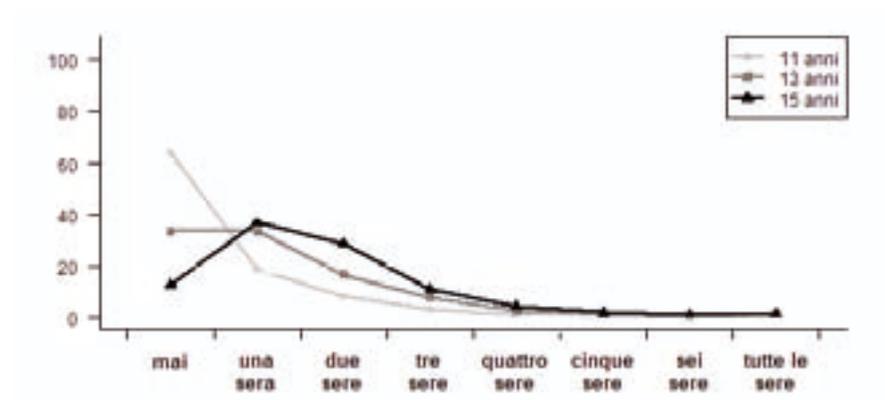


**Graf. 12** Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere

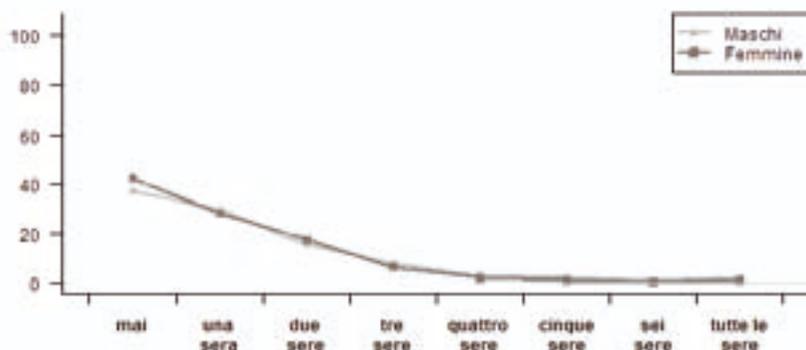


I 15 enni come atteso tendono ad uscire più frequentemente la sera rispetto ai 13 enni e 11 enni, senza peraltro far registrare differenze in relazione al genere.

**Graf. 13** Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per età



**Graf. 14** Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per genere



## 4.5 Conclusioni

Accanto ad una proporzione di ragazzi che pratica un'attività fisica regolare e sistematica non piccola ma sicuramente migliorabile, c'è una quota di ragazzi di un certo rilievo che guarda la TV oltre le due ore/die: 1/5 a 11 anni, 1/4 a 13 anni e a 15 anni.

Inoltre, se l'utilizzo del PC per i video giochi o la play station, non appare così diffuso e si riduce con l'aumentare dell'età, l'utilizzo di internet cresce con l'età. La proporzione di ragazzi che utilizza internet più di 2 ore al giorno è pari al 5.0% negli 11 anni, riguardando 1 ragazzo su 15, al 10.52% nei 13 anni, riguardando 1 ragazzo su 10 ed al 12.51% nei 15 anni, riguardando 1 ragazzo su 8. Non emergono sostanziali differenze in relazione al genere.

Sostanzialmente il tempo dedicato PC (video giochi e con l'aumento dell'età, internet) è preponderante rispetto a quello dedicato all'attività fisico-motoria il che comporta parallelamente una potenziale minore opportunità di relazioni e confronti con i gruppi di pari, dove peraltro una parte rilevante, crescente con l'età, è gestita utilizzando il telefono cellulare.

## BIBLIOGRAFIA

- ALFERMANN D., STOLL O. (2000). *Effects of physical exercise on self concept and well being*. International Journal of Sport Psychology, 30: 47-65.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), *Committee on Public Education* (2001). Children, Adolescents and Television. Pediatrics 107: 423-426.
- BOREHAM C., RIDDOCH C. (2001). *The physical activity, fitness and health of children*. J Sports Sci. Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) *General Physical Activities Defined by Level of Intensity*. [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA\\_Intensity\\_table\\_2\\_1.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf)

- CORBIN C.B., PANGRAZZI R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- CRESPO C.J., SMIT E., TROIANO R.P., BARTLETT S.J., MACERA C.A., ANDERSEN R.E. (2001) *Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994*. Arch Pediatr Adolesc Med. 155(3):360-5
- EU WORKING GROUP "Sport and Health" (2008) *EU Physical Activity Guidelines*: [http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa\\_guidelines\\_4th\\_consolidated\\_draft\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf)
- FOX K.R. (2000). *Self-esteem, self perceptions and exercise*. International Journal of Sport Psychology, 31: 228-240.
- HICKMAN M., ROBERTS C., MATOS M. (2000). *Exercise and leisure time activities*. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- LAIBLE D.J., CARLO G., ROESCH S.C. (2004) *Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours*. J Adolesc. Dec;27(6):703-16.
- MMWR RECOMM REP (2001). *Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services*. 26; 50:1-14
- NELSON M.C., NEUMARK-STZAINER D., HANNAN P.J., SIRARD J.R., STORY M. (2006). *Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence*. Pediatrics. 118(6):e1627-34.
- POWELL L.M., SZCZYPKA G., CHALOUPIKA F.J. (2007) *Adolescent exposure to food advertising on television*. Am J Prev Med. 33(4 Suppl):S251-6.
- SCHOR E.L., *Task Force on the Family (2003)*. *Family pediatrics: report of the Task Force on the Family*. Pediatrics 111(6 Pt 2):1541-71.
- SONNEVILLE K.R., LA PELLE N., TAVERAS E.M., GILLMAN M.W., PROSSER L.A. (2009) *Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents*. BMC Pediatr. 21;9:81.
- STROEBE W., STROEBE M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- TROIANO R.P., MACERA C.A., BALLARD-BARBASH R. (2001) *Be physically active each day. How can we know?* J Nutr. 131(2S-1):451S-460S.
- UK GOVERNMENT. Directgov. *Children and healthy weight*. Last update 2010 [http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG\\_066077](http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077)
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NIH. (2005) *We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook* [http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan\\_mats/parent\\_hb\\_en.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf)
- UTTER J, SCRAGG R, SCHAAP D. (2006). *Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents*. Public Health Nutr.;9(5):606-12.

- VIENO A., SANTINELLO M., MARTINI C.M. (2005). *Epidemiologia del sovrappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). *Move for Health*. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
- WHO: *Benefits of Physical Activity* (last update 2008).[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_benefits/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html) [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_YOUNG\\_PEOPLE/EN/INDEX.HTML](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_YOUNG_PEOPLE/EN/INDEX.HTML)

# Capitolo 5

## Abitudini alimentari e stato nutrizionale

### 5.1 Introduzione

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

**Tab. 1** "Di solito quante volte fai colazione (durante i giorni di scuola)?", per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	9.93	11.42	21.11
	(97)	(116)	(141)
Un giorno	2.15	1.87	1.95
	(21)	(19)	(13)
Due giorni	2.15	2.46	2.99
	(21)	(25)	(20)
Tre giorni	3.58	5.12	4.49
	(35)	(52)	(30)
Quattro giorni	3.28	3.94	4.34
	(32)	(40)	(29)

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Cinque giorni	78.92	75.20	65.12
	(771)	(764)	(435)
Totale	100	100	100
	(977)	(1016)	(668)

Fa sempre colazione durante i giorni di scuola, il 78.92% degli 11 enni, il 75.20% dei 13 enni ed il 65.12% dei 15enni. La proporzione di 15 enni che fa sempre colazione è inferiore in modo statisticamente significativo, sia rispetto agli 11 enni che rispetto ai 13 enni ( $p < 0,01$ ).

Tab. 2 “Di solito fai merenda?”, per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
No	4.94	8.14	13.95
	(49)	(84)	(94)
Solo a metà mattina	8.47	12.31	14.99
	(84)	(127)	(101)
Solo nel pomeriggio	27.02	26.55	24.04
	(268)	(274)	(162)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	59.58	53.00	47.03
	(591)	(547)	(317)
Totale	100	100	100
	(992)	(1032)	(674)

La maggioranza dei ragazzi, nelle diverse età, fa merenda sia al mattino che al pomeriggio. Al crescere dell'età aumenta la proporzione dei ragazzi che non fa merenda o che la fa solo a metà mattina. Il trend è statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,05$ ).

### 5.3 Consumo di frutta e verdura

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

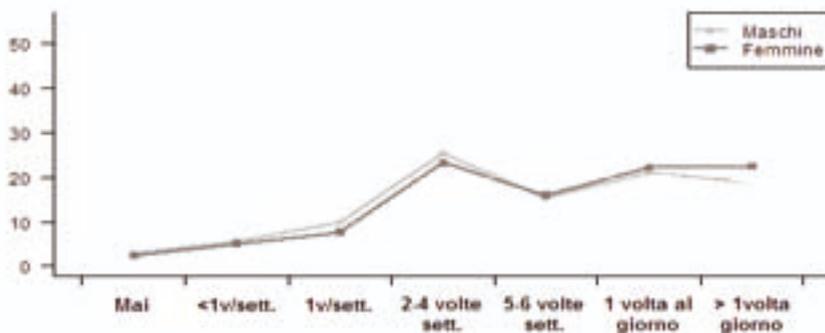
A tale riguardo va ricordato che le linee guida nazionali e internazionali raccomandano il consumo di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura (WHO, 2004, INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998).

Dalla tab.3 emerge come la proporzione di soggetti che consuma quotidianamente frutta sia pari al 46.90% negli 11enni, al 43.78% nei 13enni e al 34.92% nei 15enni. Emerge uno scostamento rispetto alle raccomandazioni internazionali ed una riduzione del consumo di frutta al crescere dell'età con un trend statisticamente significativo ( $p$  trend  $<0,001$ ). Il consumo giornaliero di frutta è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi, in tutte le età, e con differenze ai limiti della significatività statistica.

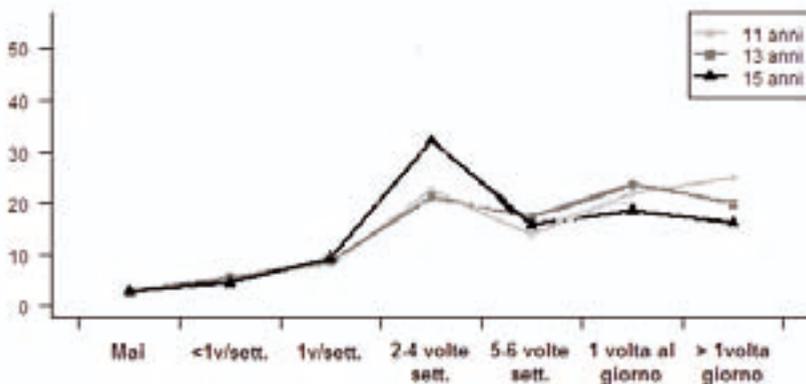
**Tab. 3** “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	2.50	2.92	2.97
	(25)	(30)	(20)
Meno di una volta a settimana	5.60	5.74	4.61
	(56)	(59)	(31)
Una volta a settimana	8.30	8.85	9.51
	(83)	(91)	(64)
2-4 volte a settimana	22.70	21.30	32.10
	(227)	(219)	(216)
5-6 volte a settimana	14.00	17.41	15.90
	(140)	(179)	(107)
Una volta al giorno tutti i giorni	22.00	23.74	18.72
	(220)	(244)	(126)
Più di una volta al giorno	24.90	20.04	16.20
	(249)	(206)	(109)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(1000)</b>	<b>(1028)</b>	<b>(673)</b>

Graf. 1 Frequenza percentuale del consumo di frutta, per genere



Graf. 2 Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età

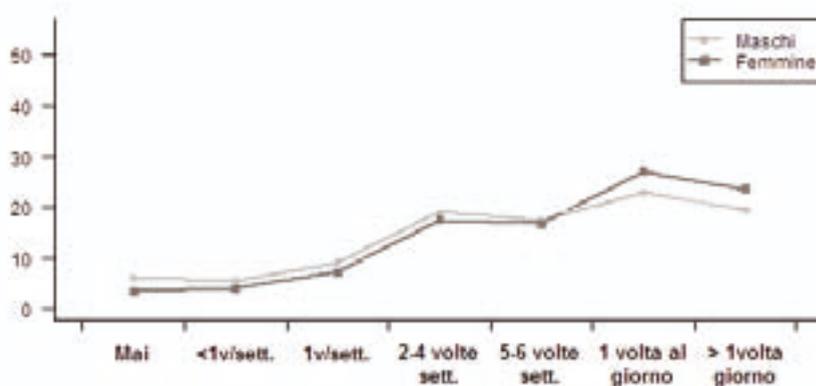


Il profilo di consumo della verdura ricalca sostanzialmente quello della frutta. La proporzione di soggetti che consuma quotidianamente verdura è pari al 50.35% negli 11enni, al 47.18% nei 13enni e al 40.87% nei 15enni. La proporzione di consumatori quotidiani si riduce all'aumentare dell'età con un trend che è statisticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Le femmine presentano una proporzione di consumatori abituali di verdura maggiore rispetto ai maschi in ogni gruppo di età e con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

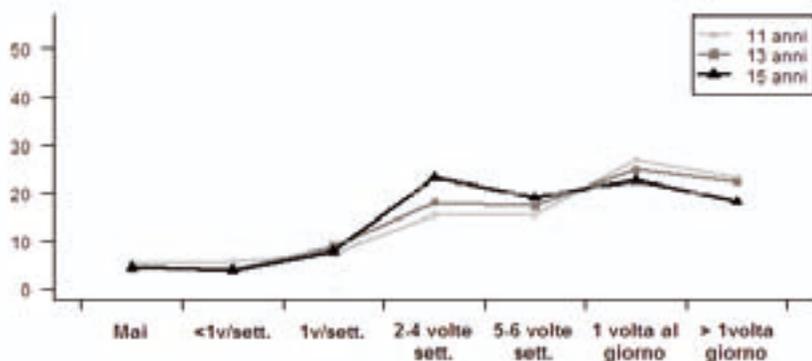
Tab. 4 “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	5.51	4.18	4.61
	(55)	(43)	(31)
Meno di una volta a settimana	5.91	4.18	4.01
	(59)	(43)	(27)
Una volta a settimana	7.41	8.85	8.02
	(74)	(91)	(54)
2-4 volte a settimana	15.42	18.19	23.33
	(154)	(187)	(157)
5-6 volte a settimana	15.42	17.41	19.17
	(154)	(179)	(129)
Una volta al giorno tutti i giorni	27.13	24.90	22.59
	(271)	(256)	(152)
Più di una volta al giorno	23.22	22.28	18.28
	(232)	(229)	(123)
Totale	100	100	100
	(999)	(1028)	(673)

Graf. 3 Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere



**Graf. 4** Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



#### 5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

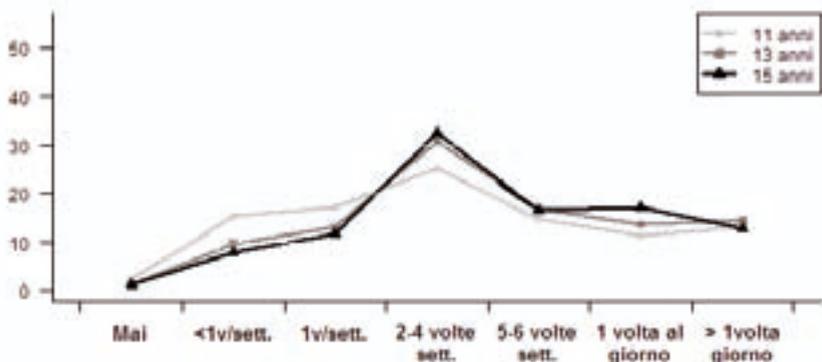
I dolci vengono più frequentemente assunti in tutte e tre le età, 2-4 volte alla settimana, rispettivamente dal 25.25% degli 11enni, dal 30.91% dei 13enni e dal 32.39% dei 15enni. E' altresì dichiarato un consumo giornaliero (anche più volte al dì) dal 24.65% degli 11enni, dal 28.26% dei 13enni e dal 29.87% dei 15enni. Il consumo aumenta con l'età anche se in modo non statisticamente significativo.

**Tab. 5** "Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?", per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	2.51	1.18	1.34
	(25)	(12)	(9)
Meno di una volta a settimana	15.53	9.72	8.02
	(155)	(99)	(54)
Una volta a settimana	17.23	13.05	11.74
	(172)	(133)	(79)
2-4 volte a settimana	25.25	30.91	32.39
	(252)	(315)	(218)
5-6 volte a settimana	14.83	16.88	16.64
	(148)	(172)	(112)
Una volta al giorno tutti i giorni	11.52	13.74	17.09
	(115)	(140)	(115)

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Più di una volta al giorno	13.13	14.52	12.78
	(131)	(148)	(86)
Totale	100	100	100
	(998)	(1019)	(673)

**Graf. 5** Frequenza del consumo di dolci, per età



Le bevande zuccherate vengono più frequentemente assunte negli 11enni e nei 13enni meno di una volta/settimana (rispettivamente dal 28.28% e dal 25.61%), mentre nei 15enni 2-4 volte/settimana (25.63%).

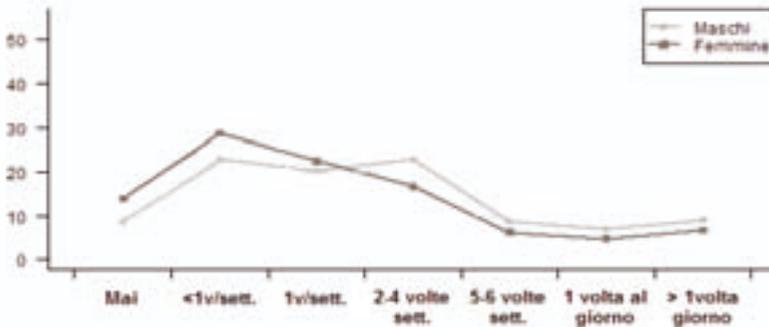
È altresì dichiarato un consumo giornaliero (anche più volte al dì) dal 14.04% degli 11enni, dal 13.43% dei 13 enni e dal 14.31% dei 15enni. Non emergono differenze legate all'età per quanto riguarda i consumatori giornalieri. Gli "elevati consumatori" (assunzione più volte al dì) prevalgono tra i maschi anche se non emergono differenze statisticamente significative rispetto alle femmine.

**Tab. 6** "Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?", per età

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	16.05	9.35	8.05
	(160)	(96)	(54)
Meno di una volta a settimana	28.28	25.61	22.80
	(282)	(263)	(153)
Una volta a settimana	20.16	22.49	21.61
	(201)	(231)	(145)

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
2-4 volte a settimana	14.64 (146)	20.93 (215)	25.63 (172)
5-6 volte a settimana	6.82 (68)	8.18 (84)	7.60 (51)
Una volta al giorno tutti i giorni	5.72 (57)	6.13 (63)	6.11 (41)
Più di una volta al giorno	8.32 (83)	7.30 (75)	8.20 (55)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(997)</b>	<b>100</b> <b>(1027)</b>	<b>100</b> <b>(671)</b>

**Graf. 6** Frequenza percentuale del consumo di bibite zuccherate, per genere



## 5.5 Stato nutrizionale

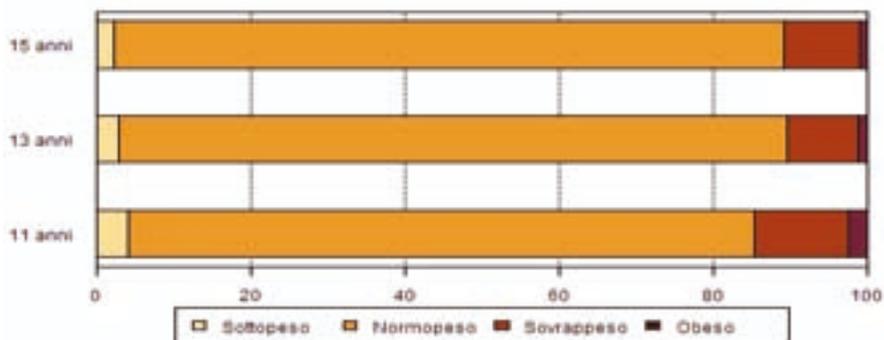
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) e valutare la percentuale di ragazzi che possono essere considerati sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (2000,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

Una globale condizione di sovrappeso (sovrappeso più obesità) è dichiarata dal 14.72% degli 11enni, dal 10.54% dei 13enni e dal 10.78% dei 15enni. La prevalenza è maggiore negli 11enni con una differenza statisticamente significativa rispetto alle altre due età ( $p < 0,01$ ). In ogni età la prevalenza globale di sovrappeso appare maggiore nei maschi rispetto alle femmine con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

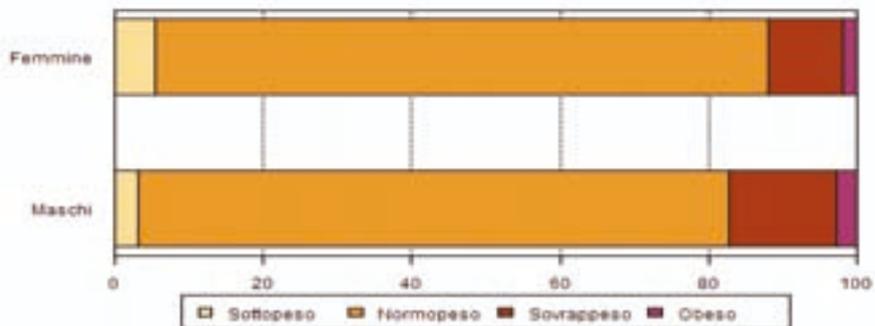
**Tab.7** Valutazione del peso in base al IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età

Classe peso	11 anni	13 anni	15 anni
	% (N)	% (N)	% (N)
Sottopeso	4.26 (32)	2.91 (24)	2.29 (14)
Normopeso	80.96 (608)	86.55 (714)	86.93 (532)
Sovrappeso	12.38 (93)	9.21 (76)	9.64 (59)
Obeso	2.40 (18)	1.33 (11)	1.14 (7)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(751)</b>	<b>100</b> <b>(825)</b>	<b>100</b> <b>(612)</b>

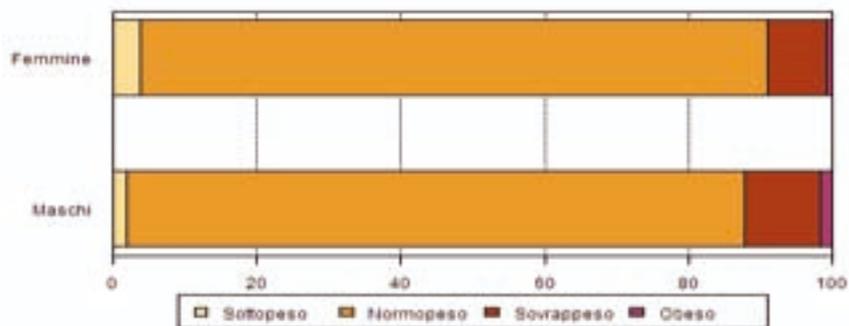
**Graf. 7** Distribuzione percentuale del campione per classi di IMC e di età



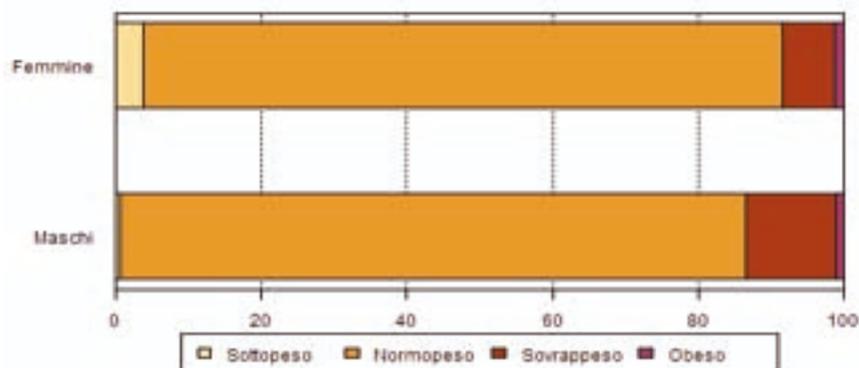
**Graf. 8** Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)



**Graf. 9** Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)



**Graf. 10** Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



La proporzione di ragazzi che “si sentono grassi” aumenta con l’età, dal 20.0% degli 11enni al 26.30% dei 15enni ( $p$  trend  $<0,05$ ). Emerge una correlazione inversa (Coefficiente di Pearson =  $-0,54$ ) tra peso dichiarato e peso percepito da parte delle tre classi di età.

L’autopercezione di un eccesso ponderale non presenta differenze in relazione al genere negli 11enni; questa autopercezione aumenta con l’età solo nelle femmine, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,01$ ) rispetto ai maschi.

Questo è confermato anche dalla proporzione di ragazzi che dichiara di star facendo una dieta per dimagrire. Nel passare dagli 11enni ai 15enni, questa proporzione praticamente raddoppia nelle femmine, mentre si dimezza nei maschi.

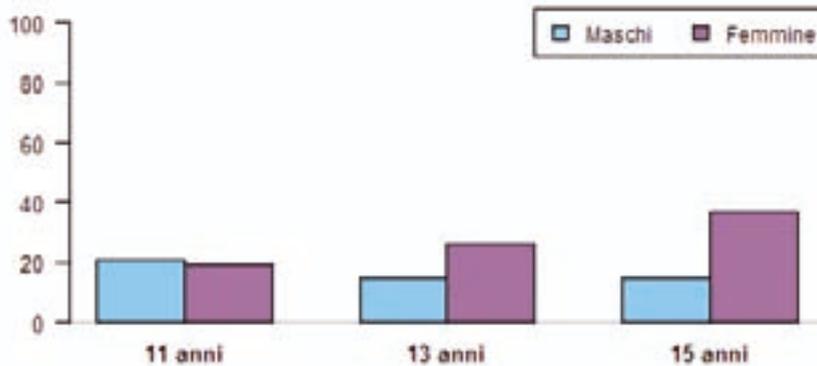
La frequenza delle classi di IMC è influenzata dallo status familiare nel senso che al crescere dello status familiare (da basso ad alto) si riduce sia la proporzione dei soggetti sovrappeso che obesi. Nello status basso: sovrappeso complessivo = 15.25%; nello status alto: sovrappeso complessivo = 8.33%. Il trend è statisticamente significativo ( $p$  trend  $<0,05$ ).

**Tab. 8** “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età

Categoria	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Magro	13.37	11.35	10.55
	(133)	(116)	(71)
Giusto	66.63	67.91	63.15
	(663)	(694)	(425)

Categoria	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Grasso	20.00	20.74	26.30
	(199)	(212)	(177)
Totale	100	100	100
	(995)	(1022)	(673)

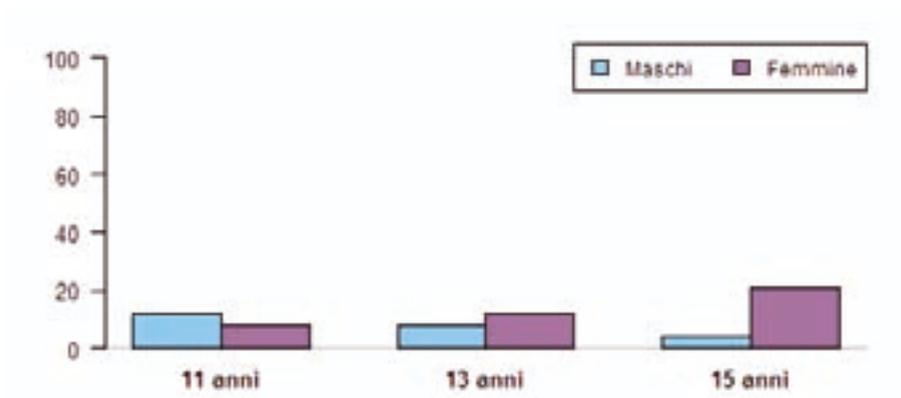
Graf. 11 Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età e genere



Tab. 9 "In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?" per età

Opinione sul peso	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
No, il mio peso è quello giusto	58.94	58.41	50.60
	(587)	(601)	(340)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	19.88	22.25	26.64
	(198)	(229)	(179)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11.24	9.62	9.97
	(112)	(99)	(67)
Sì	9.94	9.72	12.80
	(99)	(100)	(86)
Totale	100	100	100
	(996)	(1029)	(672)

**Graf. 12** Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere



La proporzione dei soggetti che dichiara di seguire una dieta aumenta all'aumentare della classe di Cole (da sottopeso a obeso) senza che emerga una buona correlazione tra classe di Cole e dieta dimagrante. Il coefficiente di Pearson è infatti 0,15 nelle femmine e 0,23 nei maschi. La proporzione di soggetti che dichiara di fare una dieta dimagrante, essendo in condizione di sottopeso o normopeso è pari al 53,4% nei maschi ed al 74,3% nelle femmine. Si conferma un eccesso di femmine che ricorre ad una dieta dimagrante, non giustificata dalla classe di Cole di appartenenza, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) rispetto ai maschi.

## 5.6 Igiene orale

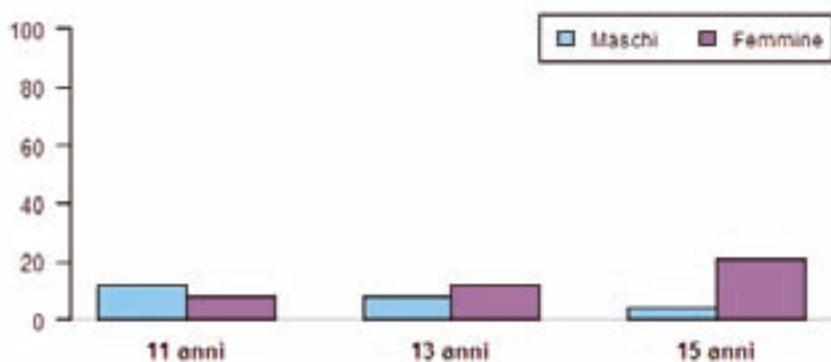
L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (Mobley C., 2009), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

Il 95% o più dei ragazzi di tutte le età si lava i denti almeno una volta al giorno, anche se la modalità corretta è di almeno due volte al giorno, modalità seguita dal 67,56% degli 11enni, dal 66,83% dei 13enni e dal 71,26% dei 15enni. La prevalenza maggiore riscontrata nei 15enni non risulta per altro differente in modo statisticamente significativo rispetto alle due età precedenti. Non emergono inoltre differenze statisticamente significative in relazione al genere.

**Tab. 10** “Quante volte al giorno ti lavi i denti?”, per età

Frequenza pulizia dei denti	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Più di una volta al giorno	67.56 (677)	66.83 (689)	71.26 (481)
Una volta al giorno	26.75 (268)	29.97 (309)	26.22 (177)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	4.59 (46)	2.13 (22)	2.22 (15)
Meno di una volta alla settimana	0.90 (9)	0.58 (6)	0.00 (0)
Mai	0.20 (2)	0.48 (5)	0.30 (2)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1002)</b>	<b>100</b> <b>(1031)</b>	<b>100</b> <b>(675)</b>

**Graf. 13** Proporzione di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al dì per età e genere



Al crescere dello status familiare (da basso ad alto) si riduce, in modo statisticamente significativo ( $p$  trend  $<0,05$ ), la proporzione di soggetti che si lavano i denti con una frequenza inferiore a due volte al dì.

## 5.7 Conclusioni

Nel passare dagli 11enni ai 15enni aumenta la proporzione di soggetti che non fa sistematicamente colazione (a 15 anni non la fa il 35% dei soggetti, cioè circa 2 su 5), come non fa sistematicamente merenda al mattino. Il trend è statisticamente significativo.

Il consumo di frutta e verdura presenta un evidente scostamento rispetto alle raccomandazioni internazionali, con una riduzione del consumo di frutta e verdura al crescere dell'età. Non emergono rilevanti differenze in relazione al genere.

Il consumo di dolci aumenta con l'età anche se in modo non statisticamente significativo.

Consuma giornalmente bevande zuccherate una proporzione di soggetti che, nelle diverse età, non supera mai il 15% (riguarda quindi circa 1 ragazzo su 7). Non emergono differenze legate all'età per quanto riguarda i consumatori giornalieri dove peraltro i maschi prevalgono sulle femmine.

La prevalenza di una globale condizione di sovrappeso (sovrappeso più obesità) è maggiore negli 11enni (1 ragazzo su 7) con una differenza statisticamente significativa rispetto alle altre due età ( $p < 0,01$ ). In ogni età la prevalenza è maggiore nei maschi rispetto alle femmine con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

La proporzione di ragazzi che "si sentono grassi" aumenta con l'età, e a partire dai 13enni è maggiore, in modo statisticamente significativo ( $p < 0,01$ ) nelle femmine rispetto ai maschi. A 15 anni circa 2 ragazze su 5 si sente grassa.

Questo è confermato anche dalla proporzione di ragazze che dichiara di star facendo una dieta per dimagrire; questa proporzione raddoppia praticamente con l'età nelle femmine. A 15 anni circa 1 ragazza su 5 sta facendo una dieta per dimagrire.

Il 67.56% degli 11enni, il 66.83% dei 13enni ed il 71.26% dei 15enni si lava i denti più di una volta al giorno, senza differenze statisticamente significative in relazione al genere. Lo status socio economico rappresenta una condizione rilevante sia in merito agli aspetti nutrizionali che rispetto ai comportamenti di igiene orale.

### BIBLIOGRAFIA

- AMED S., DANEMAN D., MAHMUD F.H., HAMILTON J. (2010). *Type 2 diabetes in children and adolescents*. Expert Rev Cardiovasc Ther. 8(3):393-406.
- BENTON D. (2004). *Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity*. Int J Obes Relat Metab Disord. 28(7):858-69.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997). *Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating*. Journal of School Health, 67:9-26
- COLE T.J., BELLIZZI M.C., FLEGAL K.M., DIETZ W.H. (2000). *ESTABLISHING A STANDARD DEFINITION*

- for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320:1240-3.
- COLE T.J., FLEGAL K.M., NICHOLLS D., JACKSON A.A. (2007). *Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey*. *BMJ*;335: p. 194-7
  - CURRIE C., SAMDAL O., BOYCE W., EDS (2001). *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC)*. Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
  - DIETZ W.H. (1997). *Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn?* *J Nutr*, 127:S1884-6.
  - FLYNN J.T. (2010). *Pediatric hypertension update*. *Curr Opin Nephrol Hypertens*.
  - HOYLAND A., DYE L., LAWTON C.L. (2009). *A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents*. *Nutr Res Rev*. 22(2):220-43.
  - HONKALA ET AL (2000). *A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
  - JOLLIFFE C.J., JANSSEN I. (2006). *Vascular risks and management of obesity in children and adolescents*. *Vascular Health Risk Management*, 2:171-87.
  - KANT A.K., ANDON M.B., ANGELOPOULOS T.J., RIPPE J.M. (2008). *Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
  - LAZZERI G., ROSSI S., PAMMOLLI A., PILATO V., POZZI T., GIACCHI M. (2008) *Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends*. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*; 49(1):13-21
  - LOW S., CHIN M.C., DEURENBERG-YAP M. (2009). *Review on epidemic of obesity*. *Ann Acad Med Singapore*. 38(1):57-9.
  - LUDWIG D.S., PETERSON K.E., GORTMAKER S.L. (2001). *Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis*. *Lancet*, 357:505-508.
  - MAINVIL L.A., LAWSON R, HORWATH C.C., MCKENZIE J.E., REEDER AI. (2009). *Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables*. *Am J Health Promot*. 23(3):210-7.
  - MINISTERO POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI, INRAN (2003). *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Revisione 2003. Roma. [http://www.inran.it/servizi\\_cittadino/stare\\_bene/guida\\_corretta\\_alimentazione/Linee%20Guida.pdf](http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf)
  - MINISTRY OF HEALTH OF NEW ZEALAND. (1998) *Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents*. A Background Paper. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)

- MOBLEY C., MARSHALL T.A., MILGROM P., COLDWELL S.E. (2009). *The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries*. Acad Pediatr. 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). *Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents*. [http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- PEARSON N., BIDDLE S.J., GORELY T. (2009). *Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review*. Public Health Nutr. 12(2):267-83.
- ROH E.J., LIM J.W., KO K.O., CHEON E.J. (2007). *A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein*. J Korean Med Sci. 22(2):192-7.
- SALVY S.J., HOWARD M., READ M., MELE E. (2009). *The presence of friends increases food intake in youth*. Am J Clin Nutr. 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- VERZELETTI C., MAES L., SANTINELLO M., BALDASSARI D., VEREECKEN C.A. (2010). *Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy*. Appetite. 54(2):394-7.
- WANG Y., LOBSTEIN T. (2006). *Worldwide trends in childhood overweight and obesity*. Int J Pediatr Obes.;1(1):11-25.
- WHO (2002). *Move for Health*. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)

# Capitolo 6

## Comportamenti a rischio

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute nell'adolescenza: i comportamenti a rischio. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nello studio HBSC vengono anche indagati alcuni aspetti che riguardano la vita sessuale, quali l'uso o meno di profilattici e altri contraccettivi (nei 15enni) e la frequenza di infortuni.

### 6.1 Uso di sostanze

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

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

#### *Il fumo*

Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO, 2009) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. Anche eventi tragici come la morte improvvisa del neonato (SIDS-Sudden Infant Death Syndrome), condizioni come il basso peso alla

nascita e alcune fra le più comuni allergie dell'infanzia riconoscono nell'esposizione del bambino al fumo materno uno dei principali fattori di rischio (WHO, 1998). La valutazione della diffusione del fenomeno dell'abitudine al fumo rappresenta quindi un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007).

Risulta aver fumato il 2.7% degli 11enni, il 6.34% dei 13 enni ed il 24.0% dei 15enni. La proporzione dei fumatori aumenta in modo statisticamente significativo con l'aumentare dell'età (p trend <0,001). Fuma ogni giorno l'1.0% degli 11enni, lo 0.88% dei 13 enni e l'11,59% dei 15enni. La proporzione dei soggetti che fuma ogni giorno aumenta in modo statisticamente significativo con l'aumentare dell'età (p trend <0,001). A 15 anni, la proporzione di fumatori tra le femmine è circa il doppio di quella tra i maschi, con una differenza statisticamente significativa (p<0,05).

Dichiara di aver fumato negli ultimi 30 giorni il 2.1% degli 11enni, il 7.5% dei 13enni ed il 25.33% dei 15enni. Emerge una forte correlazione (coefficiente di Pearson 0,99) tra i dati di tabella 1 "Attualmente quanto spesso fumi" e tabella 2 "Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni".

All'aumentare dello status familiare (dal basso all'alto) aumenta la proporzione di ragazzi/e che ha già provato a fumare (basso=13.13%, alto=22.53%). Il trend è statisticamente significativo (p trend < 0,01).

**Tab.1** "Attualmente, quanto spesso fumi?"

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	1.00	0.88	11.59
	(10)	(9)	(78)
Almeno una volta a settimana	0.70	1.17	4.61
	(7)	(12)	(31)
Meno di una volta a settimana	1.00	4.29	7.88
	(10)	(44)	(53)
Non fumo	97.30	93.66	75.93
	(972)	(961)	(511)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(999)</b>	<b>(1026)</b>	<b>(673)</b>

**Graf. 1** Percentuale di coloro che dichiarano di fumare ogni giorno, per età e genere



**Tab. 2** “Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	97.90 (980)	92.44 (942)	74.67 (504)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0.60 (6)	4.12 (42)	7.85 (53)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.10 (1)	1.47 (15)	3.11 (21)
1-5 sigarette al giorno	0.50 (5)	0.88 (9)	6.52 (44)
6 o più sigarette al giorno	0.90 (9)	1.08 (11)	7.85 (53)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1001)</b>	<b>100</b> <b>(1019)</b>	<b>100</b> <b>(675)</b>

### *L'alcol*

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

Dichiara di aver consumato alcolici il 23.98% degli 11enni, il 44% dei 13enni ed il 78.6% dei 15enni. La proporzione dei consumatori aumenta con l'aumentare

dell'età, in modo statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,05$ ). Beve alcolici ogni giorno l'1.32% degli 11enni, l'1.67% dei 13enni ed il 2.38% dei 15enni. La proporzione dei bevitori giornalieri aumenta con l'aumentare dell'età, però le differenze non sono statisticamente significative. In ogni età, la proporzione di bevitori tra i maschi è maggiore di quella tra le femmine, anche se le differenze non sono statisticamente significative.

**Tab. 3** "Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici?"

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	1.32	1.67	2.38
	(13)	(17)	(16)
Ogni settimana	1.63	5.31	25.85
	(16)	(54)	(174)
Ogni mese	2.74	7.57	15.16
	(27)	(77)	(102)
Raramente	18.29	29.50	35.22
	(180)	(300)	(237)
Mai	76.02	55.95	21.40
	(748)	(569)	(144)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(984)</b>	<b>(1017)</b>	<b>(673)</b>

**Graf. 2** Percentuale di coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno, per età e genere



L'assunzione di alcolici, in tutte e tre le età, risulta più frequente nel week end, anche se una proporzione non trascurabile assume alcolici anche durante i giorni di scuola, associato o meno all'assunzione di alcolici nel week end.

Il 3.1% degli 11enni, il 6.94% dei 13enni ed il 30.22% dei 15enni dichiara di essersi ubriacato almeno una volta. Il trend è statisticamente significativo con l'aumentare dell'età (p trend <0,01). Particolarmente rilevanti appaiono i valori relativi ai 15enni dove il 20% dichiara di essersi ubriacato più di una volta.

**Tab. 4** “Nell'ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	90.37	82.18	49.70
	(891)	(830)	(330)
solo Lunedì-Venerdì	3.25	5.45	6.93
	(32)	(55)	(46)
solo Sabato-Domenica	4.36	8.81	31.02
	(43)	(89)	(206)
Sia in settimana che nel week-end	0.91	2.48	10.84
	(9)	(25)	(72)
Sempre	1.12	1.09	1.51
	(11)	(11)	(10)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(986)</b>	<b>(1010)</b>	<b>(664)</b>

**Tab. 5** “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	96.82	93.06	69.78
	(944)	(952)	(471)
Una volta	2.36	4.01	10.96
	(23)	(41)	(74)
2-3 volte	0.41	1.96	11.85
	(4)	(20)	(80)
4-10 volte	0.10	0.29	4.89
	(1)	(3)	(33)
Più di 10 volte	0.31	0.68	2.52
	(3)	(7)	(17)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(975)</b>	<b>(1023)</b>	<b>(675)</b>

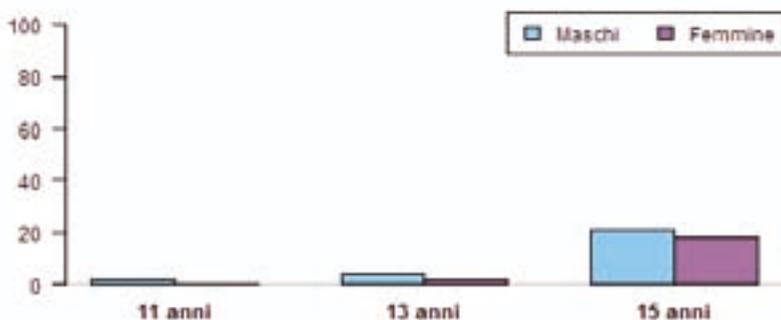
Gli episodi di ubriachezza sono riferiti con maggior frequenza nei maschi, con una differenza statisticamente significativa nei confronti delle femmine, sia a 13 anni che a 15 anni ( $p < 0,05$ ).

Una condizione di binge drinking (assunzione di 6 o più drink in un'unica occasione) è riportata nei maschi: nell'8.0% degli 11enni, nel 16% dei 13enni e nel 40% dei 15enni; nelle femmine, è riportata nel 3.0% a 11 anni, nel 14% a 13 anni e nel 34% a 15 anni.

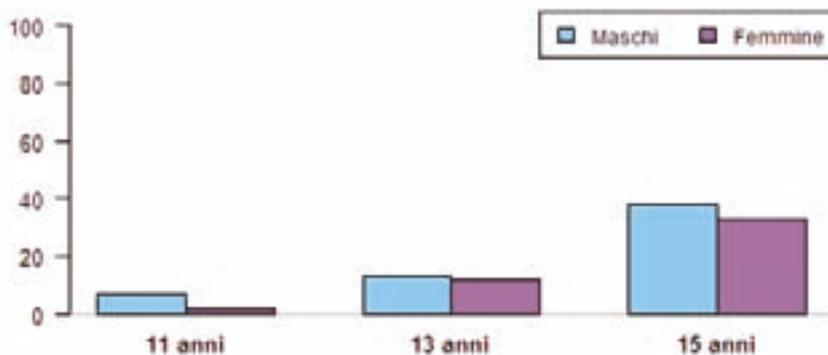
Le differenze tra maschi e femmine risultano statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) a 15 anni.

La proporzione di ragazzi/e che assume alcolici (birra e vino) aumenta passando dallo status familiare basso a quello alto, con un trend statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,05$ ).

**Graf. 3** Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere



**Graf. 4** Percentuale, per genere, che dichiara di aver consumato 6 bicchieri o più di alcolici, anche diversi, in un'unica occasione (serata, festa, da solo, ecc.), negli ultimi 12 mesi



## Cannabis

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

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

Il 15.89% dei maschi ed il 16.91% delle femmine a 15 anni ha fatto già esperienza con la cannabis. Nella maggior parte dei casi, sia nei maschi che nelle femmine, l'utilizzo si è concretizzato in una o due occasioni, anche se va rilevato come nel 7.79% dei maschi e nel 9.75% delle femmine l'uso sia stato reiterato più di due volte.

**Tab. 6** “Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis?” (solo quindicenni)

Frequenza	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Mai	84.11	83.09	83.58
	(270)	(290)	(560)
Una o due volte	8.10	7.16	7.61
	(26)	(25)	(51)
3-5 volte	1.25	4.30	2.84
	(4)	(15)	(19)
6-9 volte	2.18	1.72	1.94
	(7)	(6)	(13)
10-19 volte	2.18	0.57	1.34
	(7)	(2)	(9)
20-39 volte	1.25	2.29	1.79
	(4)	(8)	(12)
>1 una volta al giorno	0.93	0.86	0.90
	(3)	(3)	(6)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(321)</b>	<b>(349)</b>	<b>(670)</b>

## 6.2. Abitudini sessuali

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

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

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

Il 15.77% dei maschi ed il 20.06% delle femmine di 15 anni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi. La differenza, a favore delle femmine, è statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tab. 7** “Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi?” (solo quindicenni)

Frequenza	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	15.77	20.06	18.02
	(50)	(70)	(120)
No	84.23	79.94	81.98
	(267)	(279)	(546)
Totale	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(317)</b>	<b>(349)</b>	<b>(666)</b>

È stato inoltre indagato l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare una frequenza maggiore rispetto a quella reale di comportamenti protettivi, fra i quali proprio l'utilizzo del profilattico (AAVV, 2004). Per questo motivo non è stato chiesto ai ragazzi del nostro

campione di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

Nel corso dell'ultimo rapporto sessuale è dichiarato l'uso del preservativo da parte del 91.84% dei maschi e da parte del 79.71% delle femmine. La proporzione di utilizzo riferita è maggiore nei maschi anche se la differenza nei confronti delle femmine, non è statisticamente significativa.

**Tab. 8** "L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?" (solo quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali completi)

Frequenza	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Sì	91.84	79.71	84.75
	(45)	(55)	(100)
No	8.16	20.29	15.25
	(4)	(14)	(18)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(49)</b>	<b>(69)</b>	<b>(118)</b>

### 6.3. Infortuni

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

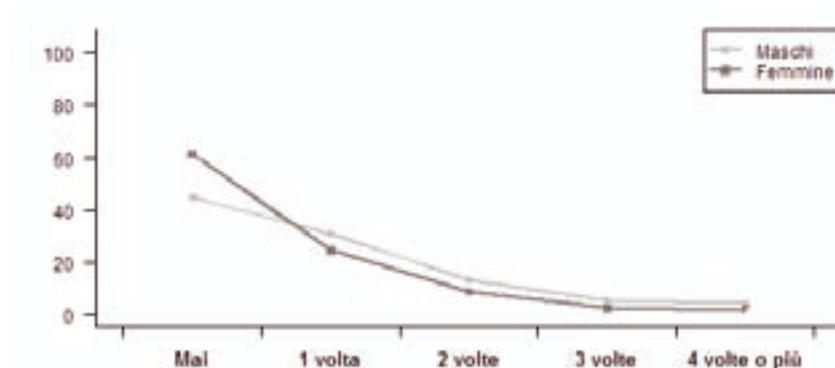
Questa sezione ha l'obiettivo di indagare la dimensione del fenomeno.

Riporta di aver avuto almeno un infortunio il 43.53% degli 11enni, il 46.54% dei 13enni ed il 51.83% dei 15anni. La proporzione aumenta con l'aumentare dell'età, in modo statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,05$ ), così come la proporzione di soggetti con una storia di infortuni ripetuti ( $p \text{ trend} < 0,01$ ). I maschi riportano il fenomeno con una frequenza maggiore, statisticamente significativa, rispetto alle femmine ( $p < 0,05$ ).

**Tab. 9** “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per cui sei dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiere/a?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mai	56.47 (563)	53.46 (549)	48.07 (324)
Una volta	26.88 (268)	28.92 (297)	28.34 (191)
2 volte	9.33 (93)	10.71 (110)	14.99 (101)
3 volte	2.91 (29)	4.58 (47)	5.34 (36)
4 volte o più	4.41 (44)	2.34 (24)	3.26 (22)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(997)</b>	<b>100</b> <b>(1027)</b>	<b>100</b> <b>(674)</b>

**Graf. 5** Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere



## 6.4 Conclusioni

La prevalenza dei fumatori aumenta in modo statisticamente significativo con l'aumentare dell'età ( $p$  trend  $<0,05$ ); risulta infatti essere fumatore il 2.1% degli 11enni (1/40 ragazzi), il 7.5% dei 13enni (1/13 ragazzi) ed il 25.33% dei 15enni (un po' più di 2 ragazzi su 5).

A 15 anni, la prevalenza nelle ragazze è maggiore, con una differenza statisticamente significativa, rispetto ai maschi.

L'esperienza con gli alcolici è rilevante già a 11 anni, dove il 23.98% dichiara

di averne già fatto esperienza (circa 3 ragazzi su 10). La proporzione dei consumatori, come nel caso del fumo, aumenta con l'aumentare dell'età, con un trend statisticamente significativo. La proporzione dei consumatori giornalieri rimane in ogni caso bassa ed aumenta solo lievemente con l'aumentare dell'età. Maggiore il consumo nel week end anche se non è trascurabile il consumo durante i giorni feriali.

Il 3.1% degli 11enni, il 6.94% dei 13enni ed il 30.22 dei 15enni dichiara di essersi ubriacato almeno una volta. In particolare il 20.0% dei 15enni (1 su 5) dichiara di essersi ubriacato più di una volta. L'esperienza di ubriachezza è riportata più frequentemente dai maschi rispetto alle femmine, con una differenza statisticamente significativa.

Il 15.89% dei maschi ed il 16.91% delle femmine di 15 anni riportano di aver fatto esperienza con la cannabis; nel 7.79% dei maschi e nel 9.75% delle femmine questo uso è riportato in modo reiterato.

Meno di 2 maschi su 10 e 2 femmine su 10 di 15 anni di età riportano di aver già avuto rapporti sessuali completi; 9 maschi su 10 e 8 femmine su 10 che hanno avuto rapporti sessuali completi, utilizzano il preservativo.

Gli infortuni rappresentano un fenomeno che ricorre frequentemente, più nei maschi che nelle femmine, interessando sostanzialmente alle diverse età 1 soggetto su due. Con l'aumentare dell'età aumenta la proporzione di soggetti che ha sperimentato eventi infortunistici, così come la probabilità di una ripetizione dell'evento.

## BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- BECK F., LEGLEYE S., PERRETTI-WATEL P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- BRENER N., COLLINS J.L., KANN L., WARREN C.W., WILLIAMS B.I. (1995). *Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire*. American Journal of Epidemiology, 141 (6): 575-580.
- CAVALLO F., LEMMA P., SANTINELLO M., GIACCHI M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- CURRIE C., GABHAINN S.N., GODEAUET E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- DE WIT D.J., ADLAF E.M., OFFORD, D.R., OGBORNE A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. American Journal of Psychiatry, 157: 745-750.
- DI CLEMENTE R.J., HANSEN W.B., PONTON L.E. (Eds.) (1996). Handbook of adolescent

- health RISK BEHAVIOUR: ISSUES IN CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY. NEW YORK: PLENUM PRESS.
- ENGELS R.C., KNIBBE R.A. (2000). *Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town*. Addictive Behaviors, 25(3): 435-439.
  - ENGELS R.C., SCHOLTE R.H., VAN LIESHOUT C.F., DE KEMP R., Overbeek G.J. (2006). *Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence*. Addictive Behaviors, 31: 440-449.
  - FAGGIANO F., VIGNA-TAGLIANTI F., VERSINO E., ZAMBON A., BORRACCINO A., LEMMA P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". Cochrane Database Syst Rev 2005, Issue 2
  - NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2000). *Web-based injury statistics query and reporting system*. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars>. 2000.
  - PICKETT W., MOLCHO M., SIMPSON K., JANSSEN E., KUNTSCHKE E., MAZUR J., HAREL Y., BOYCE WF. (2005). *Cross National study of injury and social determinants in adolescents*. Injury Prevention, 59:213-218.
  - POIKOLAINEN K., TUULIO-HENRIKSSON A., AALTO-SETÄLÄET T., MARTTUNEN M., LÖNNQVIST J. (2001). *Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents*. Alcohol and alcoholism, 36(1): 85-88.
  - RAPHAEL D. (1996). *Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas*. Journal of Adolescent Health, 19:6-16.
  - SCHEIDT P.C. (1998). *Behavioural research toward the prevention of childhood injury*. AJDC, 142: 612-617.
  - WELLINGS K. (2006). *Sexual behaviour in context: a global perspective*. Lancet, 368:1706-1728.
  - WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
  - WELTE J.W. ET AL. (1999). *Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence*. Substance use and misuse, 34(19): 1427-1449.
  - WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
  - WORLD BANK (1993). *World development Report*. Washington.

# Capitolo 7

## Salute e benessere

### 7.1 Introduzione

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

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

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

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

## 7.2 Percezione della propria salute

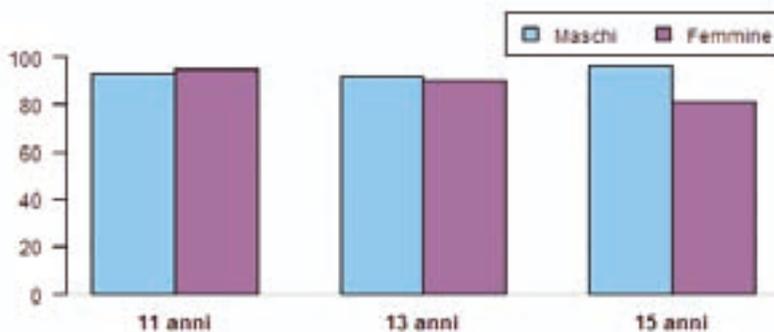
La domanda utilizzata nello studio HBSC relativamente alla percezione dello stato di salute è importante perché non solo riflette lo stato di salute soggettivo, ma è anche correlato, come dimostrano numerosi studi, con indicatori di salute più oggettivi, quali mortalità e morbosità, perché generalmente,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

Il 93.6% degli 11enni, il 91.07% dei 13enni e l'88.48% dei 15enni danno un giudizio buono o eccellente della propria salute. Emerge una riduzione di questa proporzione con l'aumentare dell'età anche se le differenze non sono statisticamente significative.

Tab. 1 "Diresti che la tua salute è...", per età

Giudizio personale	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Eccellente	45.06 (452)	37.57 (387)	31.29 (209)
Buona	48.55 (487)	53.50 (551)	57.19 (382)
Discreta	5.58 (56)	8.25 (85)	10.48 (70)
Scadente	0.80 (8)	0.68 (7)	1.05 (7)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1003)</b>	<b>100</b> <b>(1030)</b>	<b>100</b> <b>(668)</b>

Graf. 1 Percentuale di coloro che considerano la propria salute buona o eccellente



Nel graf. 1 si osservano anche le differenze tra maschi e femmine che, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006), sono quasi sempre a svantaggio delle ragazze. A 11 anni non emergono differenze di genere, appaiono ai 13 anni, senza essere statisticamente significative, sono statisticamente significative ( $p < 0,01$ ) a 15 anni.

### 7.3 La percezione del benessere

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

In tutte le età, il valore modale è 8, con delle prevalenze, per questa modalità, che variano: 24.23% a 11 anni, 27.56% a 13 anni e 28.19% a 15 anni.

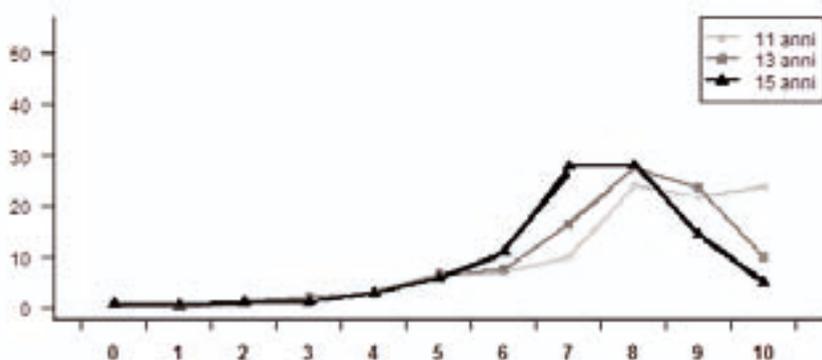
La proporzione di soggetti che fornisce un valore inferiore a 3 è pari al 2.2% negli 11enni, al 2.53% nei 13enni ed al 2.82% nei 15enni. Non emergono, per questa categoria di soggetti, differenze statisticamente significative in relazione all'età.

**Tab. 2** "In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)?"

Livello	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
0	0.90	0.78	1.04
	(9)	(8)	(7)
1	0.50	0.39	0.59
	(5)	(4)	(4)
2	0.80	1.36	1.19
	(8)	(14)	(8)
3	1.20	2.24	1.34
	(12)	(23)	(9)
4	3.29	2.92	2.97
	(33)	(30)	(20)
5	6.38	6.91	5.93
	(64)	(71)	(40)
6	6.98	7.69	11.13
	(70)	(79)	(75)
7	10.17	16.46	27.89
	(102)	(169)	(188)
8	24.23	27.56	28.19
	(243)	(283)	(190)

Livello	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
9	21.83	23.66	14.54
	(219)	(243)	(98)
10	23.73	10.03	5.19
	(238)	(103)	(35)
Totale	100	100	100
	(1003)	(1027)	(674)

**Graf. 2** Percezione del benessere misurato su scala da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile)



## 7.4 I sintomi riportati

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

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

Tali domande si sono rivelate, in precedenti versioni internazionali di HBSC, utili ed affidabili sia come singoli item (Torsheim, 2001) che come scala (Haugland, 2001). Come dimostrato dai risultati delle precedenti versioni dello studio, a livello regionale, nazionale e internazionale (Cavallo, 2005, 2007, 2009; Currie, 2008),

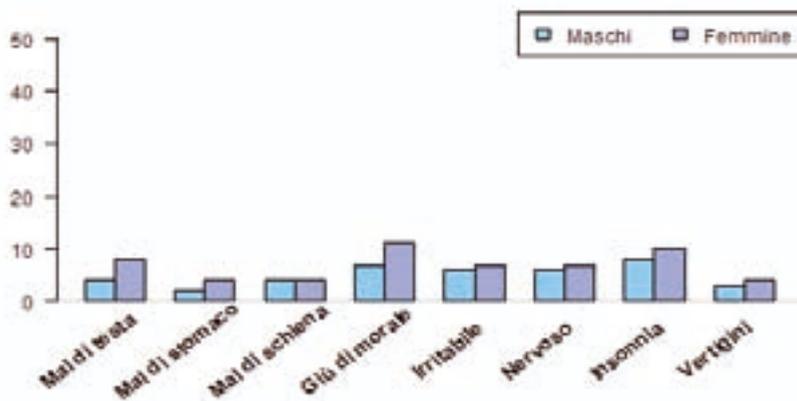
non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso. La percezione della propria salute sembra essere influenzata, infatti, dalle risorse possedute per poter far fronte alle situazioni in cui si è in presenza di sintomi.

Oltre il 25% dei ragazzi di ogni età (1 ragazzo su 4), segnala la ricorrenza quotidiana, negli ultimi 6 mesi, di uno o più disturbi. La ricorrenza della diversa gamma di sintomi appare più frequente nelle femmine (di 13-15 anni) con una differenza statisticamente significativa rispetto ai maschi ( $p < 0,05$ ). L'avvio dei cicli mestruali nelle femmine, potrebbe fornire un certo contributo alla diversificazione della sintomatologia secondo il genere.

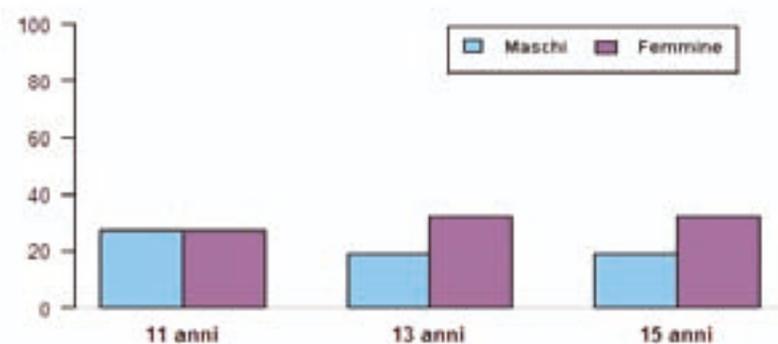
**Tab. 3** “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini?”

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	27.22 (273)	25.19 (260)	25.93 (175)
Più di 1 volta a settimana	28.32 (284)	31.10 (321)	35.26 (238)
1 volta a settimana	21.34 (214)	21.41 (221)	22.52 (152)
1 volta al mese	16.25 (163)	17.73 (183)	14.52 (98)
Raramente o mai	6.88 (69)	4.55 (47)	1.78 (12)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1003)</b>	<b>100</b> <b>(1032)</b>	<b>100</b> <b>(675)</b>

**Graf. 3** Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere



**Graf. 4** Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo



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

La proporzione di soggetti che negli ultimi 6 mesi ha lamentato ogni giorno almeno un disturbo somatico è pari al 20.20% a 11 anni, al 16.57% a 13 anni ed al 17.93% a 15 anni. Non emerge un chiaro trend in relazione all'età. Circa due ragazzi su 10, con piccole differenze secondo le età, presentano in altre parole, disturbi somatici ogni giorno. Le femmine presentano più frequentemente distur-

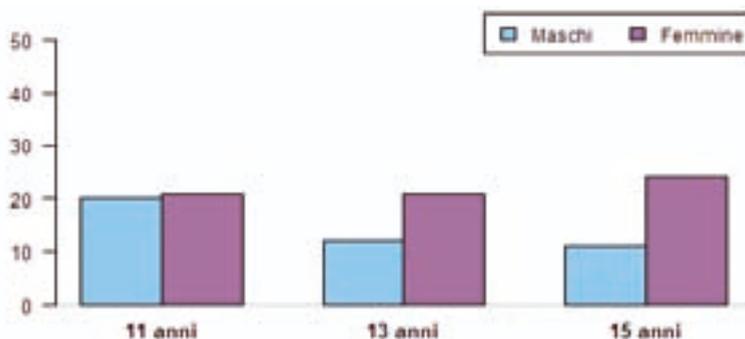
bi rispetto ai maschi all'età di 13 e 15 anni (un po' più di 3 ragazze su 10), con differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

La proporzione di soggetti che non ha lamentato o ha lamentato raramente sintomi psicologici negli ultimi 6 mesi decresce con l'età: 14.41% a 11 anni, 10.48% a 13 anni e 4.15% a 15 anni. Il trend è statisticamente significativo ( $p \text{ trend} < 0,05$ ). Quasi due ragazzi su 10, con piccole differenze secondo le età, presentano disturbi di natura psicologica ogni giorno. Le femmine presentano più frequentemente disturbi rispetto ai maschi di 13 e 15 anni, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tab. 4** “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto” almeno uno dei sintomi somatici

<b>Frequenza</b>	<b>11 anni %</b>	<b>13 anni %</b>	<b>15 anni %</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Ogni giorno	20.20 (202)	16.57 (171)	17.93 (121)
Più di 1 volta a settimana	21.10 (211)	23.35 (241)	24.59 (166)
1 volta a settimana	20.00 (200)	19.57 (202)	24.15 (163)
1 volta al mese	20.50 (205)	26.36 (272)	25.78 (174)
Raramente o mai	18.20 (182)	14.15 (146)	7.56 (51)
<b>Totale</b>	<b>100</b> <b>(1000)</b>	<b>100</b> <b>(1032)</b>	<b>100</b> <b>(675)</b>

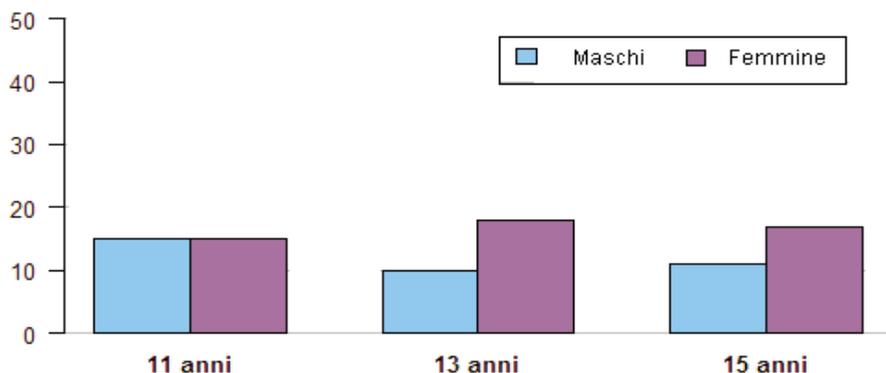
**Graf. 5** Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini



**Tab. 5** “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto” almeno uno dei sintomi psicologici

Frequenza	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Ogni giorno	15.02	14.26	14.22
	(150)	(147)	(96)
Più di 1 volta a settimana	24.62	27.84	32.15
	(246)	(287)	(217)
1 volta a settimana	23.62	23.18	26.22
	(236)	(239)	(177)
1 volta al mese	22.32	24.25	23.26
	(223)	(250)	(157)
Raramente o mai	14.41	10.48	4.15
	(144)	(108)	(28)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(999)</b>	<b>(1031)</b>	<b>(675)</b>

**Graf. 6** Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: sentirsi giù, irritabile e nervoso



## 7.5 Utilizzo di farmaci

L'utilizzo di farmaci è stato chiesto a tutto il campione. I dati rappresentati riguardano comunque solo i ragazzi di 15 anni.

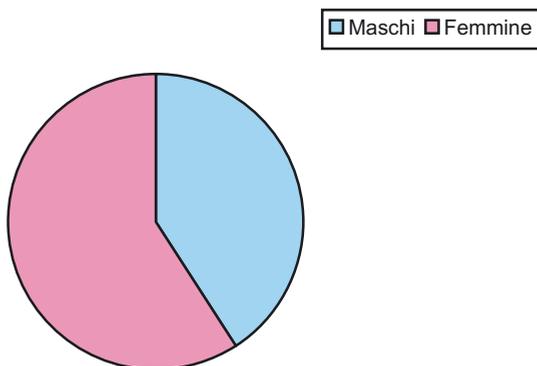
Ha assunto farmaci nell'ultimo mese il 55.89% dei ragazzi di 15 anni (un po' più di 1 ragazzo su 2), il 45.11% dei maschi ed il 65.80% delle femmine, con una differenza statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) relativamente alle femmine (oltre 6 ragazze su 10 e circa 4 ragazzi su 10). Inoltre le femmine assumono più frequentemente più di un farmaco rispetto ai maschi ( $p < 0,001$ ).

A questa diversificazione secondo il genere potrebbe dare un rilevante contributo la sintomatologia correlata al ciclo mestruale.

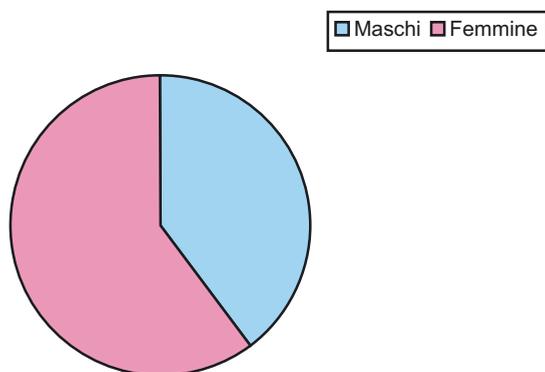
**Tab. 6** “Nell’ultimo mese hai preso medicine o farmaci?”, per genere (solo quindicenni)

Assunzione farmaci	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Nessun farmaco	54.89	34.20	44.11
	(174)	(118)	(292)
Sì, 1 farmaco	25.87	36.81	31.57
	(82)	(127)	(209)
Sì, >1 farmaco	19.24	28.99	24.32
	(61)	(100)	(161)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(317)</b>	<b>(345)</b>	<b>(662)</b>

**Graf. 7** Percentuale di coloro che hanno preso farmaci nell’ultimo mese (almeno 1), per età e genere, (solo quindicenni)



**Graf. 8** Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per 'mal di testa', per genere (solo quindicenni)



## 7.6 Conclusioni

Grosso modo 9 ragazzi su 10, con piccole differenze in relazione all'età, danno un giudizio buono o eccellente della propria salute. Questa proporzione si riduce con l'aumentare dell'età anche se le differenze non sono statisticamente significative. Emerge una differenza di genere, evidente soprattutto a 15 anni ed a sfavore delle femmine.

Oltre il 25% dei ragazzi di ogni età (1 ragazzo su 4), segnala la ricorrenza quotidiana negli ultimi 6 mesi di uno o più disturbi. La ricorrenza della diversa gamma di sintomi appare più frequente nelle femmine (a 13-15 anni) con una differenza statisticamente significativa rispetto ai maschi.

Un po' meno di 2 ragazzi su 10, alle diverse età, segnala la ricorrenza negli ultimi 6 mesi, di disturbi somatici. Le femmine a 13-15 anni appaiono "più problematiche" rispetto ai maschi di pari età.

Lo stesso profilo viene delineato, considerando la ricorrenza di disturbi di natura psicologica.

L'assunzione di farmaci nell'ultimo mese – nei quindicenni – appare elevata, potenzialmente influenzata per altro dalla possibile presenza di condizioni patologiche acute "di stagione", tenuto conto che la rilevazione è stata effettuata nel mese di dicembre 2009. Il corredo sintomatologico relativo all'attività mestruale potrebbe dare un ulteriore contributo alla maggiore prevalenza nelle femmine. Il 45.11% dei maschi ed il 65.80% delle femmine, con una differenza statisticamente significativa relativamente alle femmine ha assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese. Inoltre le femmine assumono più frequentemente più di un farmaco rispetto ai maschi.

## BIBLIOGRAFIA

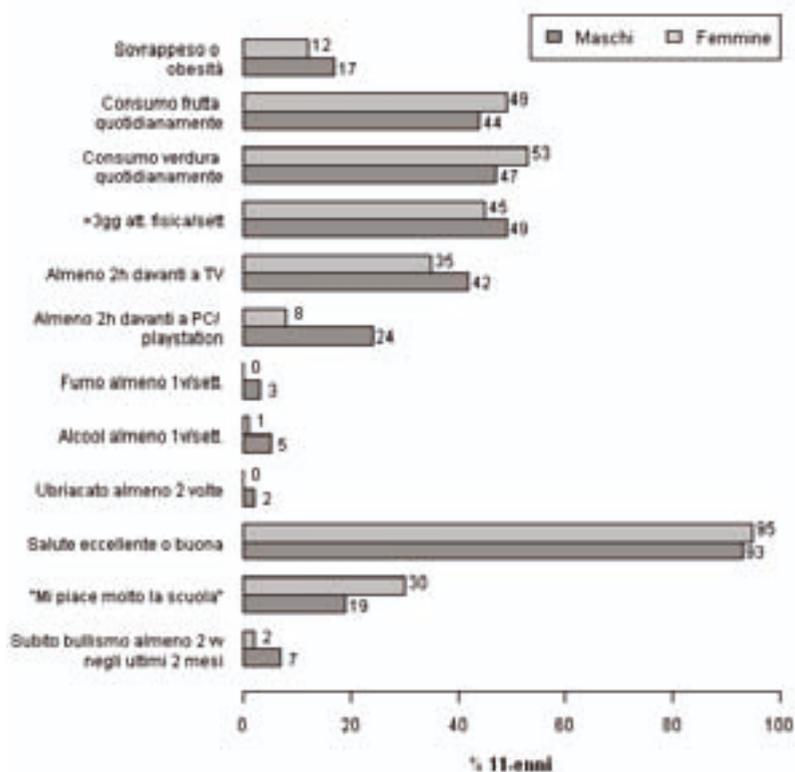
- BURSTROEM, B., FREDLUND, P. (2001). *Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?* Journal of Community Health, 55: 836-840.
- CANTRIL H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- CAVALLO F., ZAMBON A., BORRACCINO A., RAVEN-SIEBERER U., TORSHEIM T., LEMMA P. AND THE HBSC POSITIVE HEALTH GROUP (2006), *Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health*. Quality of Life Research, 15: 1577-1585.
- CAVALLO F., LEMMA P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- CAVALLO F., LEMMA P., SANTINELLO M., GIACCHI M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- CAVALLO F., LEMMA P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. II Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- CURRIE C., GABHAINN S.N., GODEAUET E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- DIENER E. (1984). *Subjective well-being*. Psychological Bulletin, 95: 542-575.
- EUROPEAN COMMISSION (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness, Report of the EC by IUHPE*. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- HASTINGS REPORT (1997). *Gli scopi della medicina: nuove priorità*. Politeia, 45: 1-48.
- HAUGELAND S., WOLD B., STEVENSON J., AARØ LE, WOYNAROWSKA B. (2001). *Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality*. European Journal of Public Health, 11 (3): 4-10.
- HERZLICH C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- HETLAND J., TORSHEIM T., AARØ LE. (2002), *Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age*. Scandinavian Journal of Public Health, 30: 3, 223-230.
- HUEBNER E.S. (1991). *Initial development of the students life satisfaction scale*. School Psychology International, 12: 231-240.
- IDLER E.L., BENYAMINI Y. (1997). *Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies*. Journal of Health and Social Behavior, 38: 21-37.
- TORSHEIM T., WOLD B. (2001), *School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study*. Journal of adolescent research. Journal of Adolescent Research, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).

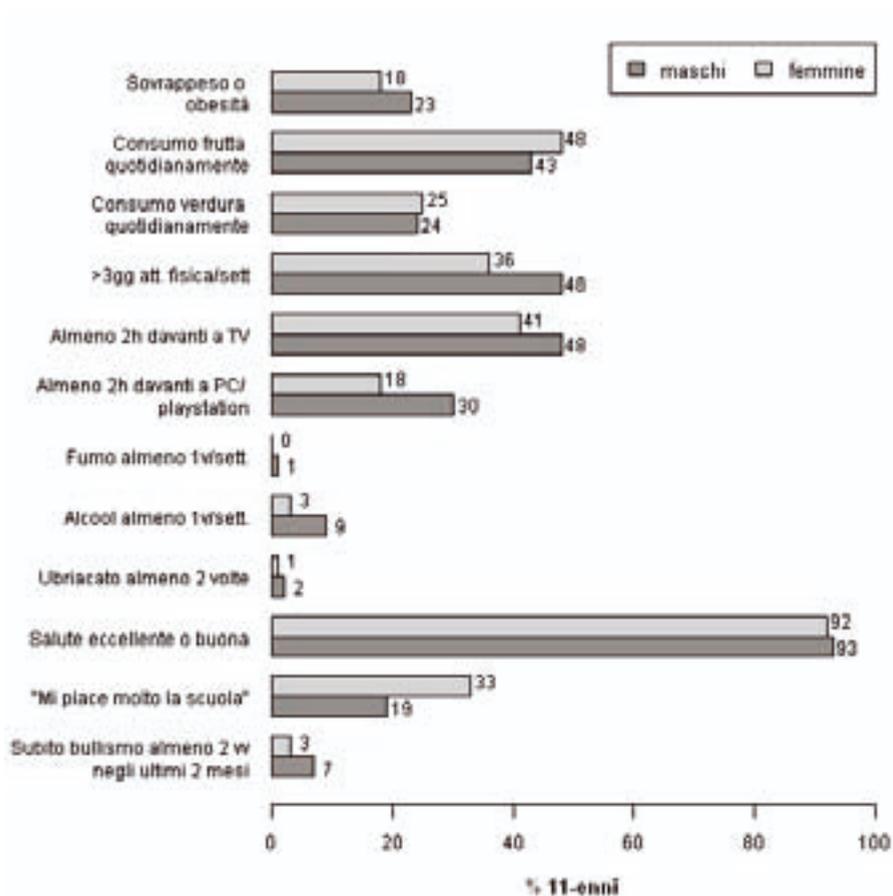
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneve, WHO.
- WHO, *Regional Office for Europe* (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Aeries No. 6.
- WHO (2000). *Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders*. BULLETIN OF THE WHO, 78 (4): 413-26.

## Alcuni indicatori riassuntivi

Di seguito vengono riportati i grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età: *indice di massa corporea; consumo di frutta e verdura; attività fisica; sedentarietà; benessere; fumo e alcol; la scuola; bullismo.*

Undicenni – Dati provinciali



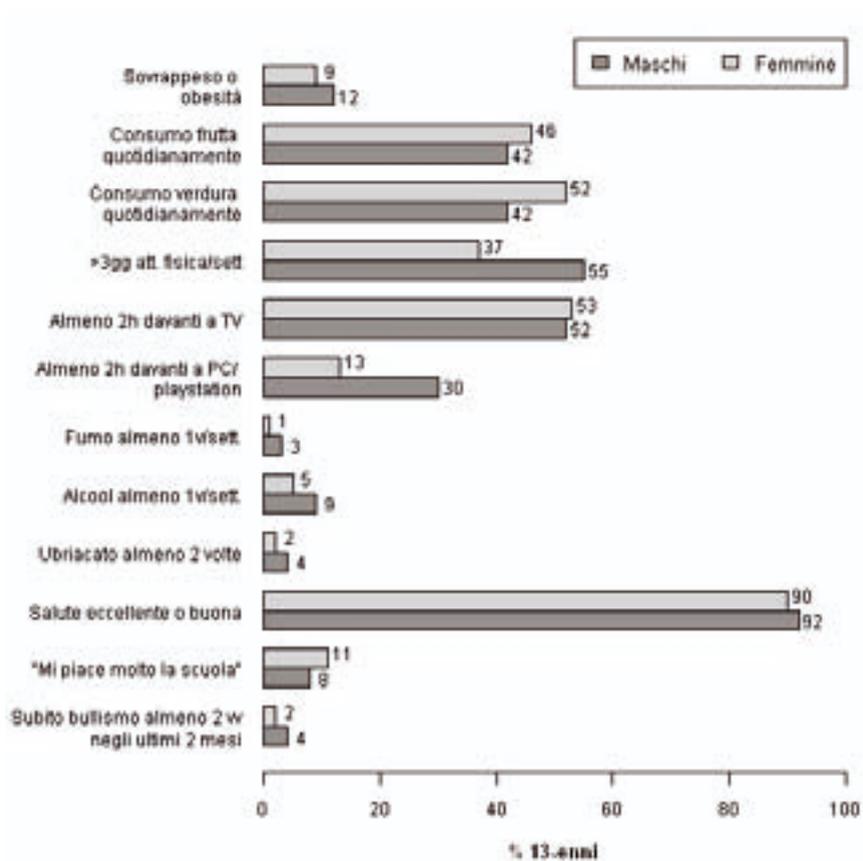


### 11 anni - Raffronto provincia di Trento/dati nazionali

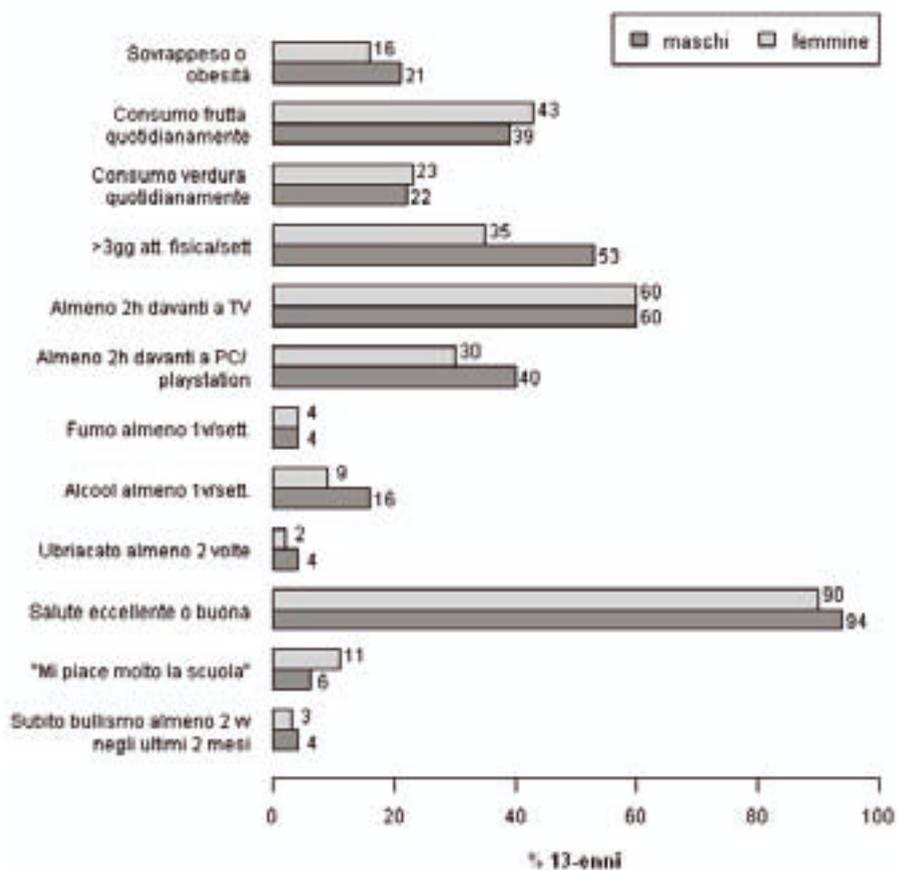
Rispetto al campione nazionale, il campione trentino presenta nei due generi, una proporzione inferiore di soggetti in sovrappeso/obesi ed un profilo nutrizionale migliore, specie per quanto riguarda l'assunzione delle verdure. Emerge una maggiore frequenza dell'attività fisica ed una minore quantità di tempo dedicata alle attività sedentarie.

La prevalenza di fumatori nei maschi risulta lievemente maggiore rispetto al quadro nazionale mentre è più bassa per i bevitori anche se è sostanzialmente sovrapponibile la quota di soggetti che dichiara di essersi ubriacato almeno due volte. La percezione del proprio stato di salute non si discosta in modo rilevante dal dato nazionale così come la percezione della scuola e gli episodi di bullismo subito negli ultimi 2 mesi, sia nei maschi che nelle femmine.

## Tredicenni – Dati provinciali



## Tredicenni – Dati nazionali



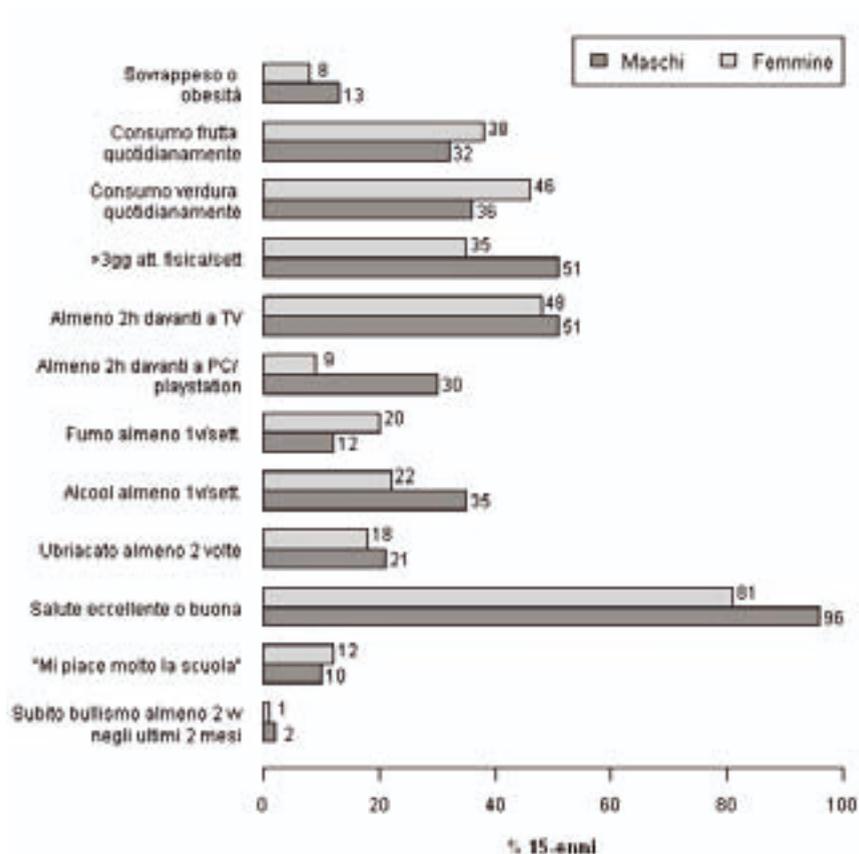
### 13 anni – Raffronto provincia di Trento/dati nazionali

Rispetto al campione nazionale, il campione trentino presenta nei due generi, una proporzione inferiore di soggetti in sovrappeso/obesi ed un profilo nutrizionale migliore, specie per quanto riguarda l'assunzione delle verdure. Emerge una maggiore frequenza dell'attività fisica e soprattutto, in entrambi i generi, una minore quantità di tempo dedicata alle attività sedentarie.

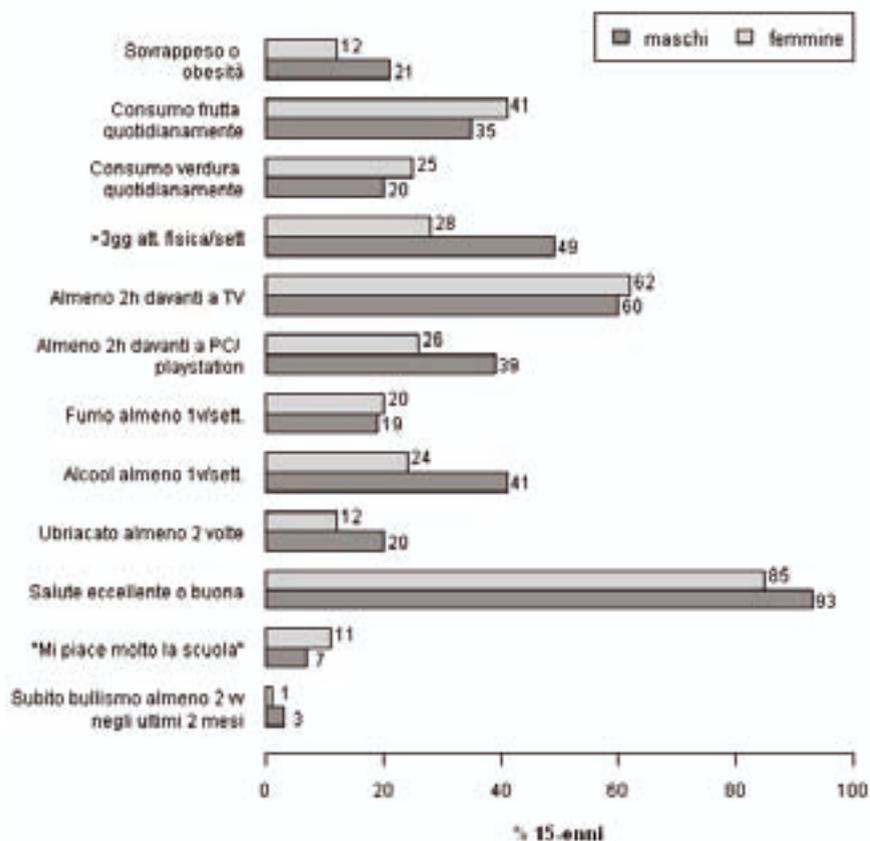
La prevalenza di fumatori, sia nei maschi che nelle femmine, risulta lievemente inferiore rispetto al quadro nazionale mentre appare inferiore in modo rilevante quella relativa all'assunzione di alcol. Anche in questa età comunque esiste una sovrapposizione della quota di soggetti che dichiara di essersi ubriacato almeno due volte. La percezione del proprio stato di salute, la percezione della scuola

e il ricorso di episodi di bullismo subito si presentano, nei due generi, con una proporzione equiparabile al livello nazionale.

### Quindicenni – Dati provinciali



## Quindicenni – Dati nazionali



## 15 anni – Raffronto provincia di Trento/dati nazionali

Rispetto al campione nazionale, il campione trentino presenta nei due generi, una proporzione inferiore di soggetti in sovrappeso/obesi ed un profilo nutrizionale un po' contraddittorio anche in riferimento alle età 11-13 anni in quanto i consumatori di frutta risultano inferiori mentre quelli di verdure restano superiori al quadro nazionale. Si conferma nei due generi, anche in questa età la forte differenza con il dato nazionale, non tanto in relazione all'attività fisica, quanto in relazione alle attività sedentarie.

La prevalenza di fumatori nelle femmine è sovrapponibile al dato nazionale mentre nei maschi è inferiore al dato nazionale. La prevalenza dei bevitori, soprattutto nei maschi, è inferiore al dato nazionale anche se, come nelle età precedenti la proporzione di soggetti, maschi e femmine, che dichiara di esserci ubriacata almeno due volte è uguale o maggiore rispetto al dato nazionale.

La percezione del proprio stato di salute, la percezione della scuola e il ricorso di episodi di bullismo subito si presenta, nei due generi, con una proporzione equiparabile al livello nazionale.



# Commenti ai dati provinciali

## Pediatra di libera scelta

Ci si sofferma soprattutto sui dati relativi agli aspetti nutrizionali poiché il Pediatra di Famiglia rappresenta un interlocutore privilegiato in questo ambito, sia perché condiziona fortemente la costruzione delle abitudini alimentari delle primissime epoche della vita, sia perché ha la possibilità di interferire con le abitudini alimentari dell'intero nucleo familiare. A tal proposito riteniamo utile che ai preziosi dati raccolti nello studio, vengano aggiunti quelli relativi ai primi anni di vita, poiché le condizioni di rischio nutrizionale identificate nello studio hanno importanti indicatori proprio in quell'epoca (il tipo di allattamento, lo svezzamento, la crescita dei primi due anni, l'adiposity rebound).

Lo studio rileva la presenza non sporadica di abitudini scorrette, la mancanza della prima colazione, il frequente consumo di bevande zuccherate e snack, il ridotto consumo di frutta e verdura e i dati relativi a sovrappeso e obesità mostrano un trend in aumento.

I nostri ragazzi spesso operano le loro scelte alimentari in un'ambiente decisionale "intuitivo" fortemente condizionato da sapienti e diffuse strategie di mercato che utilizzano i mezzi di comunicazione, gli scaffali e i ripiani prossimi alle casse dei supermercati, i distributori di alimenti presenti nei luoghi di svago o di attività sportive.

Un'altrettanto sapiente politica di educazione alimentare è necessaria per cercare di modificare le derive negative identificate. In tal senso la presenza di snack o bevande dolci all'interno dei distributori di alimenti presenti nelle scuole, come già sottolineato nello studio, sembra ingiustificata quanto inopportuna. Accanto ai fattori di rischio e ai trend negativi evidenziati nello studio, l'analisi dei dati raccolti in Trentino sembra confermare, nell'ambito nutrizionale, una condizione generale migliore rispetto ad altre realtà italiane. Riteniamo pertanto utile evidenziare quelli che a nostro parere rappresentano dei fattori protettivi in tal senso.

Innanzitutto la disponibilità di una mensa scolastica, presente nel campione osservato in più della metà dei casi. Una buona mensa scolastica rappresenta uno strumento fondamentale per garantire a tutti i ragazzi un'alimentazione corretta

al pasto principale, anche per venire incontro alle difficoltà organizzative delle numerose famiglie in cui entrambi i genitori lavorano.

Poi l'educazione alimentare a cui, come sottolineato nello studio, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari dedica attenzione e spazio. A tal proposito concordiamo con l'opportunità di implementare tale azione con interventi rivolti all'età evolutiva ed agli adulti e riteniamo che un maggiore coinvolgimento del Pediatra di Famiglia sarebbe opportuno quanto utile.

Altri importanti fattori protettivi sono a nostro parere rappresentati da alcuni aspetti urbanistici: La presenza di piste ciclabili, zone pedonali, diffuse aree dedicate al gioco dei bambini e di numerose e facilmente accessibili strutture sportive. Tutto ciò rende agevole quello che è noto essere uno dei fondamenti della vita sana: l'attività fisica.

Nelle aree italiane in cui l'obesità infantile è maggiormente presente è notevolmente ridotta o assente la presenza di tali strutture.

Infine colpiscono i dati sulla percezione del malessere (circa un adolescente su 4 nello studio ha quotidianamente un sintomo che lo disturba) e i dati numericamente meno significativi, ma altrettanto allarmanti relativi all'uso di sostanze tossiche.

Alla luce di queste ultime osservazioni, una riflessione merita a nostro parere il fatto che attualmente in Italia i ragazzi di 14 anni non sono più assistibili dal Pediatra di Famiglia. Lo studio HBSC evidenzia chiaramente, come già rilevato da numerosi studi sull'adolescenza, quanto questa età rappresenti un'epoca di grandi fragilità e rischi per la salute psico-fisica da una parte e di criticità nel rapporto con i genitori dall'altra. In questo panorama la scomparsa del Pediatra di Famiglia, figura consueta di consultazione su temi di salute e spesso non solo, rappresenta a nostro parere la perdita di un ulteriore punto di riferimento per il ragazzo e per la sua Famiglia.

## **Pediatra ospedaliero**

Vorrei commentare il tema "rapporti con i pari" in cui si dice che le interazioni sociali fra i coetanei "servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extrafamiliare".

Non vi è dubbio che l'utilizzo di internet, del cellulare e lo scambio di messaggi rappresentano le nuove forme di comunicazione soprattutto tra gli adolescenti.

L'uso del cellulare per comunicare con gli amici ed i coetanei, dai dati che vogliamo commentare, aumenta in modo significativo con l'età. A 15 anni il 67% del campione usa tutti i giorni il telefonino o internet per comunicare con gli amici, ma ancora un altro 10,8% li usa 5-6 giorni la settimana e sono le ragazze che li usano maggiormente, in un bisogno di relazione che non può essere solo bisogno di comunicazione, ma anche bisogno di appartenenza al gruppo dei coetanei. In un'intervista del 2009 con lo psichiatra Vittorino Andreoli sul suo libro "La Vita Digitale" editore Rizzoli, 2007 avevo riportato (Orizzonti CF n°3 - 2009) una sua

distinzione importante fra il bambino, per il quale il telefonino sarebbe “ strumento inutile e dannoso perché a questa età i rapporti sono meno verbali e più mimici, corporei” e invece gli adolescenti per i quali il telefonino sarebbe “ uno strumento utile ad un bisogno molto forte di appartenenza al gruppo dei pari età, quasi un segnale di appartenenza e quindi di sicurezza “. Uno strumento ed un tempo utili quindi a questa età, anche se consumano tempo che non sarà dedicato al movimento o ad altre attività solo apparentemente più utili. E’ forse l’unico periodo della vita in cui il telefonino è strumento utile ad essere e non a sembrare.

## Psicologo

Il diminuire della confidenza con l’età non implica necessariamente un aumento di difficoltà oggettive nella comunicazione ma accresciuta attribuzione di valore alla privacy ed alla capacità di assumere responsabilità personali nelle scelte individuali

Il livello d’istruzione dei padri, inferiore a quello materno, può incidere nel minor accesso e valorizzazione della comunicazione verbale con i figli. Inoltre la minor confidenza con i padri può anche essere legata, almeno in parte, al fatto che in caso di rottura del nucleo familiare originario (separazione/divorzio) i figli vengono in genere affidati alla madre e questo può potenzialmente, nei casi di scioglimenti matrimoniali “problematici”, pregiudicare il mantenimento/sviluppo dei contatti con le figure paterne.

Le opinioni espresse nei confronti degli insegnanti testimoniano una difficoltà a concettualizzare il senso di giustizia distributiva (39% non è né d’accordo né in disaccordo sull’essere giusti degli insegnanti).

C’è invece più sicurezza nel ritenere un valore condiviso l’espressione del proprio pensiero personale e il soddisfacimento delle richieste d’aiuto nel rapporto educativo.

Nei rapporti con i compagni il momento di crisi empatica è attorno agli 11 anni col passaggio alle scuole medie, momento in cui sono più segnalati episodi di bullismo ( forse gli insegnanti dovrebbero fin dai primi giorni di scuole lavorare su questi temi per contenere la spinta alienante).

L’uso di cellulari, internet, ad eccezione di casi di ritiro psicopatologico, è un mezzo ausiliare di mantenimento di comunicazione con i compagni che anche quando lontani sono di fatto sempre accessibili.

L’uso di fumo ed alcol sembra correlarsi ad una sorta di iniziazione e passaggio allo status di adulto.

Gli incidenti e gli infortuni ripetuti hanno una certa rilevanza più nei maschi che nelle femmine e testimoniano la difficoltà degli adolescenti a valutare correttamente le proprie competenze, le difficoltà ambientali e le conseguenze delle proprie azioni.

Le femmine invece segnalano maggiormente le loro difficoltà a livello psicosomatico o psicologico. Occorrerebbero interventi di prevenzione mirata e in integrazione col Pronto Soccorso.







L'elenco delle pubblicazioni edite dall'Assessorato provinciale alla Salute e Politiche sociali e le versioni digitali in formato PDF, liberamente scaricabili, sono disponibili nel portale del Servizio Sanitario Provinciale [www.trentinosalute.net](http://www.trentinosalute.net).

Le pubblicazioni possono essere richieste, fino a esaurimento copie, a:  
Provincia Autonoma di Trento

Servizio Economia e programmazione sanitaria

Ufficio Programmazione, valutazione e controllo dell'attività sanitaria

Via Gilli 4, 38121 Trento

tel. 0461 494044, fax 0461 494073, e-mail [comunicazione.salute@provincia.tn.it](mailto:comunicazione.salute@provincia.tn.it).

Dove non indicato diversamente le pubblicazioni vengono distribuite a titolo gratuito.

Per l'acquisto delle pubblicazioni non distribuite gratuitamente è necessario effettuare anticipatamente il pagamento dell'importo corrispondente:

- con c/c postale n. 295386 intestato al Tesoriere della Provincia Autonoma di Trento - UNICREDIT BANCA SPA - Divisione Caritro - Via Galilei, 1 - Sede di Trento;
- tramite bonifico bancario (codice IBAN: Paese IT, CIN EUR 12, CIN S, ABI 02008, CAB 01820, n. conto 000003774828); precisando come causale: "Acquisto pubblicazione: Titolo...".

La consegna della pubblicazione avverrà, dietro presentazione della ricevuta di pagamento:

- direttamente presso la Biblioteca;
- tramite spedizione postale, previo ricevimento del cedolino al n. di fax 0461 495095, con spese a carico dell'Amministrazione provinciale.

Stampato per conto della Casa Editrice Provincia Autonoma di Trento  
dalla Tipografia Temi - Trento



