



Health Behaviour in School-aged Children

A World Health Organization Collaborative Cross-national Study

A map of Italy with several regions shaded in grey, including Liguria, Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, and Umbria.

Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni

**II Rapporto sui dati italiani
dello studio internazionale HBSC**

Indice

Presentazione	5
Ringraziamenti	7
Il gruppo di Ricerca	11
Capitolo 1: LA RICERCA E IL CAMPIONE IN STUDIO	13
Abstract	13
1.1 Introduzione	13
1.2 Lo studio HBSC	15
1.3 Descrizione del campione	16
Bibliografia capitolo 1	20
Capitolo 2: IL CONTESTO FAMILIARE E IL GRUPPO DEI PARI	21
Abstract	21
2.1 Introduzione	21
2.2 La struttura familiare	22
2.3 Le relazioni genitori-figli	26
2.4 Il gruppo dei pari	29
2.5 Conclusioni	37
Bibliografia capitolo 2	39
Capitolo 3: L'AMBIENTE SCOLASTICO	41
Abstract	41
3.1 Introduzione	41
3.2 Rapporto con gli insegnanti	42
3.3 Rapporto con i compagni di classe	44
3.4 Il rapporto con la scuola	46
3.5 Bullismo	49
3.6 Conclusioni	54
Bibliografia capitolo 3	56
Capitolo 4: ATTIVITÀ FISICA E TEMPO LIBERO	59
Abstract	59
4.1 Introduzione	59
4.2 Frequenza dell'attività fisica	60
4.3 Frequenza dell'uso di televisione e computer e nuove forme di comunicazione ...	61
4.4 Conclusioni	65
Bibliografia capitolo 4	66

Capitolo 5: ABITUDINI ALIMENTARI E IMMAGINE CORPOREA	67
Abstract	67
5.1 Introduzione	67
5.2 Frequenza della colazione	68
5.3 Consumo frutta e verdura	70
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate	73
5.5 Stato nutrizionale	76
5.6 Percezione della propria immagine corporea	79
5.7 Igiene orale	81
5.8 Conclusioni	82
Bibliografia capitolo 5	83
Capitolo 6: COMPORTAMENTI A RISCHIO	85
Abstract	85
6.1 Introduzione	85
6.2 Uso di sostanze	86
6.2.1 Il fumo	87
6.2.2 L'alcol	89
6.2.3 Cannabis	92
6.3 Abitudini sessuali	94
6.4 Infortuni e violenza	97
6.5 Conclusioni	100
Bibliografia capitolo 6	101
Capitolo 7: SALUTE E BENESSERE	103
Abstract	103
7.1 Introduzione	103
7.2 Percezione della propria salute	104
7.3 La scala della soddisfazione per la propria vita attuale	105
7.4 I sintomi riportati	107
7.5 Conclusioni	110
Bibliografia capitolo 7	112
Capitolo 8: DISUGUAGLIANZE E CAPITALE SOCIALE	113
Abstract	113
8.1 Introduzione	113
8.2 Lo status socio-economico familiare	114
8.2.1 Status economico-FAS	115
8.3 Area Locale	117
8.4 Vita associativa	121
8.5 Dimensioni individuali della socialità	123
8.6 Conclusioni	125
Bibliografia capitolo 8	127

■ Presentazione

Questo rapporto rappresenta la seconda tappa, e il primo aggiornamento, della relazione sugli stili di vita e sulla salute percepita dei nostri preadolescenti pubblicato nel 2004, ma riferito ai dati raccolti su un campione rappresentativo di 11 - 13 - 15enni sul territorio nazionale nel 2001.

Oltre che una soddisfazione di tipo scientifico, questa tappa rappresenta anche una grande soddisfazione di tipo professionale, perché dimostra la capacità del nostro gruppo di lavoro di sostenere nel tempo questa attività, coerentemente con gli impegni presi a livello internazionale e in linea con la logica politico-scientifica di questa attività, che si pone come sistema di monitoraggio delle modificazioni dei comportamenti pre-adolescenziali nei confronti della salute.

Nel corso di questi anni non solo il gruppo si è consolidato scientificamente attraverso le numerose pubblicazioni di cui è stato protagonista o collaboratore, ma si è anche espanso sul territorio nazionale, garantendo la sostenibilità futura del progetto e la progressiva utilizzazione di questi dati a livello delle istituzioni sociali. Il gruppo nazionale è attualmente composto da tre équipes di ricerca (Torino, Padova e Siena) e da cinque gruppi regionali (Piemonte, Veneto, Toscana, Lombardia e Provincia Autonoma di Bolzano); questi gruppi costituiscono il network nazionale HBSC ed hanno tutti avviato la loro prima (o seconda) indagine regionale, seguendo lo stesso protocollo utilizzato per l'indagine nazionale. Questo ha già permesso, e permetterà sempre più, di avere immagini locali e nazionali dei nostri giovani e di paragonare i loro cambiamenti in rapporto alle diverse politiche di intervento attuate nei diversi contesti regionali.

Ancora una volta va ringraziato il Ministero della Pubblica Istruzione, e in particolare il suo Ufficio Statistico, per le necessarie autorizzazioni a svolgere l'indagine e il contributo dato nella selezione del campione; senza di questo l'indagine non avrebbe potuto essere svolta.

Vanno anche ringraziate le regioni (Piemonte e Toscana) che, oltre a finanziare l'indagine regionale, hanno contribuito a favorire lo sviluppo della rete nazionale e le attività necessarie al compimento dell'indagine a livello nazionale.

Ancora una volta ci auguriamo che questi dati siano utili a, e utilizzati da, ricercatori, politici e chiunque sia impegnato nel favorire lo sviluppo di una società non solo più sana ma anche più serena e felice, obiettivo difficilmente raggiungibile senza un forte investimento in quei giovani che rappresentano il nostro futuro.

Il Responsabile Scientifico
della ricerca HBSC per l'Italia

Prof. Franco Cavallo

■ 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 Presidi dei complessi scolastici che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

Si ringraziano tutte le scuole medie e istituti superiori, di seguito riportati in ordine alfabetico, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2005-2006:

A. Manzoni di AMOROSI – Aldo Moro di SAN FELICE A CANCELLO – Capozzi e Galilei di VALENZANO – De Gasperi di REGGIO CALABRIA – Diotti di CASALMAGGIORE – G. Galilei di PALAZZO SAN GERVASIO – Giovanni Falcone di MODICA – L. Tanzi di MOLA DI BARI – Mambelli Barnabei di ATRI – Mameli di PADOVA – P. Mascagni di – MELZO – S. Di Battista - TORRE DE'PASSERI – Ubaldo Ferrari di CASTELVERDE – 13^a I.C. Archimede di SIRACUSA – 3^a I.C. Capuana di AVOLA – A. De Blasi di TAVIANO – A. Matiz di PALUZZA – A. Volta di ROBBIATE – A. Gramsci di MONASTIR – A. Manzoni di RAVANUSA – A.S. Aosta di MARTINA FRANCA – A. Zammarchi di CASTREZZATO – De Carolis (I.S.C.) di ACQUAVIVA PICENA – Padula di ACRÌ – G. Civinini di ORBETELLO – Aldo Moro di BARI – Luigi Angelici di ALMENNO SAN BARTOLOMEO – Pastonchi di TAGGIA – G. Fanciulli di ARNONE – Battisti di BISCEGLIE – Scuola Media Statale Bianco di BIANCO – Sbarbaro C. di BORGIO-VEREZZI – C. Caruso di ALTAVILLA IRPINA – Scuola Media di CALTAVUTURO – Scuole Media di CANALE MONTERANO – Capello di MONCALVO – Carducci di TENERANI CARRARA – O. Vannini di CASTEL DEL PIANO – Soprani di CASTELFIDARDO – Scuole Media di CERESOLE D'ALBA – Don Arrigoni di CISANO BERGAMASCO - G. Fano di COLOGNOLA AI COLLI – Comes di PORTICI – T. Campanella di COSENZA – D. Alighieri II C. di LUMEZZANE – Dante Alighieri di MONTERIGGIONI – I.C. Davoli di DAVOLI MARINA – De Gasperi di CASTRIGNANO DE' GRECI – Scuole Media di SAN SECONDO PARMENSE – Scuole Media di DIPIGNANO – Don Guanella-Virgilio I di NAPOLI – Don Guido Macchi di BREBBIA – Don Moreschi di BORNO – E. De Filippo di SAN GIORGIO A CREMANO – E. Falcetti di APICE – E. Feruglio di TAVAGNACCO – F. Cordova di AIDONE – Scuola Media di FERRANDINA – Ferrarsi di MODENA – Fiori di FORMIGINE - G. Deledda di TERTENIA – G. Giannuzzi di ACQUARICA DEL CAPO – G. Marconi di COMO ALBATE – Galileo di CHINI SCARPERIA – Galileo Galilei di MALETTO – Gandhi-Rodari di MILANO – G. Garibaldi di PALERMO – Giovanni XXIII di SANTHIA' – Giovanni XXIII di SEGANTINI NOVA (Nova Milanese) – G. Leopardi di GROTTAMMARE – G. Marconi di GAMBOLO' – Istituto Comprensivo. di COLMURANO – I.C. G. Falcone di MAPPANO (Caselle Torinese) – Istituto Coprensivo di VOLVERA – I.C. L..Da Vinci di TRAMUTOLA – Istituto Comprensivo di MARATEA – I.C. Ciscato di MALO – I.C. Galilei di BRENDOLA – I. C. R. Trifone di MONTECORVINO ROVELLA – Istituto Comprensivo di COREGLIA ANTELMINELLI – Istituto Comprensivo di FORTE DEI MARMI – L. Da Vinci di

PARMA – I.C. Largo Castelseprio di ROMA – Polo 2 di LEVERANO – Libetta di PESCHICI – Milani.3 (Arene) di TERRACINA – Scuola Media di MONTEROSI – Scuola Media di ASSEMINI – Scuola Media di NASO – Scuola Media Paisiello di CINISELLO BALSAMO – Scuola Media Palizzi di CASORIA – I.C. Ninni Cassarà di PARTINICO – Scuola Media di PEDACE – Tetrarca di SAN SEVERO – S.M.S. Pepoli di PIAGGINE – Scuola Media Salvo D'Acquisto di LONATE CEPPINO – I.C. Policastro di SANTA MARINA – S.M.S. Centro Storico Pordenone di PORDENONE – S.M.S. Prandina di BUSTO ARSIZIO - N.Costa di PRIOCCA – Scuola Media di RIVA PRESSO CHIERI – Vincenzo Monti di SAN COSTANZO - S.G.Bosco di FALCIANO DEL MASSICO – S.G.Bosco di CORCHIANO – Scuola Media Ann. Conserv. di FROSINONE – Scuola Media G. Ferrarsi di SPELLO – Scuola Media di NICOTERA – Scuola Media S.Tommaso D'Aquino di AQUINO – S.M.S. E. De Amicis di LOMAZZO – S.M.S. E.Montale di GATTICO - Sac. R. Calderisi di VILLA DI BRIANO – Salvatore Quasimodo di VALLELUNGA PRATAMENO – Salvo D'Acquisto di ROMA – Scuola Media di SAN PIETRO IN GUARANO – Sandro Pertini di ORTA NOVA – Santa Lucia di LIPARI – Scuola Media L. Da Vinci di SANT'ILARIO D'ENZA – Scuola Media N. Palma di CAMPLI – Scuola Media Scotti di MOTTA VISCONTI - Scuola Media Corrado Alvaro di LIMBADI – S.M.S. di TAORMINA – S.M.S. G.Mameli di DERUTA – Scuola Media Sem Benelli di PRATO – I.C. Serradarce di CAMPAGNA – Scuola Media di SETTIMO S. PIETRO – S.M.S. Don Milani di MASERADA SUL PIAVE – Lanfranchi di SORISOLE – T. Tasso di BISACCIA – G. Demartini di THIESI – Viotti di TORINO – Paolo Volponi di URBINO – Scuola Media di VALDUGGIA – Valgimigli di BAGNO DI ROMAGNA – Grazia Deledda di VALLEDORIA – Vann'Anto' di RAGUSA – Scuola Media di VELLETRI – Scuola Media Vernate Moncucco SS. Di Rinasco di VERNATE – Scuola Media A. Severo di ROMA – Scuola Media di SAN MARTINO SICCOMARIO – Scuola Media di VILLATORA DI SAONARA – Virgilio di PATERNO' – D.Alighieri di VOLPIANO – Zanotti di BOLOGNA – Scuola Media di ZAPPONETA – I.C. Zona Est A.Moro di FABRIANO – Istituto Professionale Alberghiero di CALTANISSETTA – Ist.Ptof. Cennino Cennini di VAL D'ELSA – I.P.I.A. Caselli di NAPOLI – I.P.I.A. Duca Degli Abruzzi di NAPOLI – I.P.S.I.A. Archimede di BARLETTA – I.P.I.A. di PUTIGNANO – I.P.I.A. di PORTO TORRES – I.P. Gianfranco Donadio di DRONERO – I.P. Angelo Berti di SOAVE – I.PSS.A.R. di COMACCHIO – I.P. Pellegrino Artusi di FORLIMPOPOLI – I.P.S.A.C.T. G. Matteotti di PISA – I.P.S.S.A.R. di ASSISI – I.P.S.S.A.R. P. S. Elpidio di PORTO SANT' ELPIDIO – I.P.S.S.A.R. di BISACQUINO – I.P.C. Oriani-Mazzini di MILANO – I.P.C. Sassetti – Peruzzi di FIRENZE – I.P.C. G.Branca di PESARO – I.P.C.T. T. D'Oria di CIRIE' – I.P-C.T. G. Ferraris di SETTIMO TORINESE – I.P.S.S. di NICOSIA – I.T.C.G. P.Saraceno di MORBEGNO – I.T.C.G. Vantivelli – Stracca di ANCONA – I.T.C.G. Vincenzo Cardarelli di TARQUINIA – IS.ARTE SC.A. L.CLASS. di VASTO – IS.ARTE Paolo Anania De Luca di GROTTAMINARDA – Istituto Magistrale Edmondo De Amicis di CUNEO – Istituto Magistrale G.A. Pujati di SACILE – Istituto Magistrale G.Rodari di PRATO – IST.TEC.AGRARIO G.Cantoni di TREVIGLIO – I.T.AGRARIO Luigi Perdisa di RAVENNA – I.T.AGRARIO di PALMI – I.T.C. Abba-Ballini di BRESCIA – I.T.C. Martino Bassi di SEREGNO – I.T.C. Bachmann di TARVISIO – I.T.C. Agostino Paradisi di VIGNOLA – I.T.C. Vincenzo Volpe di GROTTAMINARDA – I.T.C. Aldo Amaduzzi di SAN GIOVANNI ROTONDO – I.T.C. Insolera di SIRACUSA – I.T.I. P. Paleocapa di BERGAMO – I.T.I. F.Viola di ADRIA – I.T.I. Silvio De Pretto di SCHIO – I.T.I. di Galileo Galilei di AREZZO – I.T.I. di FONDI – I.T.I. G.Ferraris di MARCIANISE – I.T. per ATTIVITA' SOCIALI P.ssa Maria Pia di TARANTO – I.T.G. Palladia di TREVISO – I.T. per TURISMO Artemisia Gentileschi di MILANO – Liceo Artistico Bruno Cassinari di PIACENZA – Liceo Classico G.Cesare-M.Valgimigli di RIMINI – Liceo Classico Giosuè Carducci di PIOMBINO – Liceo Classico Giosuè Carducci di VIAREGGIO – Liceo Classico Martino Filetico di FERENTINO – Liceo Classico Orazio di ROMA – Liceo Classico Socrate di ROMA – Liceo Classico Agostino Nifo di SESSA AURUNCA – Liceo Classico F. De

Sanctis di SALERNO – Liceo Classico V. Lilla di FRANCAVILLA FONTANA – Liceo Classico S. Nilo di ROSSANO – Liceo Classico G.B. Impallomeni di MILAZZO – Liceo Classico Tommaso Campailla di MODICA – Liceo Scientifico Edoardo Amaldi di NOVI LIGURE – Liceo Scientifico Sez.Mag.le G.Galilei di GOZZANO – Liceo Scientifico Einstein di TORINO – Liceo Scientifico C.Cattaneo di TORINO – Liceo Scientifico IIS Benini di MELEGNANO – Liceo Scientifico di GAVIRATE – Liceo Scientifico Martin Luther King di GENOVA – Liceo Scientifico (S.A. Einstein) di PIOVE DI SACCO – Liceo Scientifico (S.A.Alberti) di ABANO TERME – Liceo Scientifico G. Galilei di SAN DONA' DI PIAVE – Liceo Scientifico N. Copernico di UDINE – Liceo Scientifico Michelangelo di PONTECORVO – Liceo Scientifico Santa Croce di MAGLIANO – Liceo Scientifico F. Quercia di MARCIANISE – Liceo Scientifico Pascal di POMPEI – Liceo Scientifico Torricelli di SOMMA VESUVIANA – Liceo Scientifico C/O Convitto Nazionale Cirillo di BARI – Liceo Scientifico O.Tedone di RUVO DI PUGLIA – Liceo Scientifico Enrico Fermi di POLICORO - Liceo Scientifico G. Berto di VIBO VALENTIA – Liceo Scientifico Enrico Fermi di SANT'AGATA DI MILITELLO – Liceo Scientifico Ernesto Basile di PALERMO – Liceo Scientifico Enrico Fermi di NUORO – Liceo Scientifico di SINISCOLA.

Si ringraziano la Regione Piemonte e la Regione Toscana per il contributo finanziario alla stampa dei Report.

Si ringrazia l'Ufficio Statistico del MIUR per la collaborazione fornita nell'impostazione dell'indagine campione e per il supporto dato nell'effettuazione della ricerca.

■ Il gruppo di Ricerca



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MICROBIOLOGIA

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*)
Prof.ssa Patrizia Lemma
Dott. Alberto Borraccino
Dott.ssa Paola Dalmasso
Dott. Alessio Zambon



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO
E DELLA SOCIALIZZAZIONE

Prof. Massimo Santinello
Dott.ssa Lorenza Dallago
Dott. Alessio Vieno
Dott.ssa Chiara Verzeletti
Dott.ssa Silvia Formentin



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA
DIPARTIMENTO DI FISIOPATOLOGIA,
MEDICINA SPERIMENTALE E SANITÀ PUBBLICA

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

- Il Capitolo 1: *La ricerca e il campione in studio*, è stato curato da Paola Dalmasso, Alberto Borraccino, Alessio Zambon, Patrizia Lemma e Franco Cavallo
- Il Capitolo 2: *Il contesto familiare e il gruppo dei pari*, è stato curato da Lorenza Dallago, Alessio Vieno, Silvia Formentin, Chiara Verzeletti, Massimo Santinello
- Il Capitolo 3: *L'ambiente scolastico*, è stato curato da Chiara Verzeletti, Lorenza Dallago, Silvia Formentin, Alessio Vieno, Massimo Santinello
- Il Capitolo 4: *Attività fisica e tempo libero*, è stato curato da Giacomo Lazzeri, Stefania Rossi, Mariano Giacchi

- Il Capitolo 5: *Abitudini alimentari e immagine corporea*, è stato curato da Giacomo Lazzeri, Stefania Rossi, Mariano Giacchi
- Il Capitolo 6: *Comportamenti a rischio*, è stato curato da Alberto Borraccino, Alessio Zambon, Paola Dalmasso, Franco Cavallo e Patrizia Lemma
- Il Capitolo 7: *Salute e benessere*, è stato curato da Alessio Zambon, Paola Dalmasso, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma e Franco Cavallo
- Il Capitolo 8: *Disuguaglianze e capitale sociale*, è stato curato da
Introduzione: Alessio Zambon
Lo status socio-economico familiare: Giacomo Lazzeri, Stefania Rossi, Mariano Giacchi
Area Locale: Alessio Vieno, Massimo Santinello, Lorenza Dallago, Silvia Formentin, Chiara Verzeletti
Vita associativa: Lorenza Dallago, Alessio Vieno
Dimensioni individuali della socialità: Alessio Zambon

■ Capitolo 1:

La ricerca e il campione in studio

Dalmasso P., Borraccino A., Zambon A., Lemma P., Cavallo F.

Abstract

The theoretical background of this study is rooted in the culture of health awareness that the WHO European Office has been promoting for many years. Health should be considered in its broader meaning, as a resource for life, involving physical, social and emotional dimensions. Thus health, and in particular its determinants, should be investigated using a multi-disciplinary approach.

Health is certainly influenced by environmental factors involving the social aspects of life, such as family, peers, and school, but it is also influenced by behavioural factors such as diet, eating habits, alcohol and tobacco consumption. Moreover these factors prove to be strongly interconnected.

The HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) study is a multicentric study involving, in the 2005-2006 school year, 41 countries including Italy. The principal aim of the study is to serve as a means for monitoring and increasing the understanding of factors that influence adolescent health. This task was pursued through the collection of health related information among a representative sample of Italian boys and girls aged 11, 13 and 15. Subjects were selected by a cluster sampling procedure. The sampling unit was the classroom stratified on the basis of study level (middle schools and high schools) and the geographical area of residence (north-west, north-east, centre, and south including the islands of Sicily and Sardinia).

Health related information was gathered by a self-administered questionnaire, which anonymously investigated age, sex, family structure, social class (parents' educational level and occupation), self-esteem (perceived physical appearance and social acceptance), peer and family relationships and health related behaviours, such as free time occupation, diet habits, smoke and alcohol consumption, and other risk behaviours.

1.1 Introduzione

Il background teorico di questo studio ha le sue radici nella cultura della salute di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è fatta promotrice (WHO, 1986). Il concetto di

salute deve infatti essere inteso nel senso più ampio del termine, come risorsa della vita quotidiana, e non solo come assenza di malattia. In questo senso essa comprende, oltre alla dimensione fisica, anche quelle sociali ed emozionali, che possono influenzare la prima, sia nel breve che nel lungo periodo. Un tale, ampio, concetto di salute sottintende l'adozione di un approccio multidisciplinare per la comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute che renda conto sia della sua multifattorialità che della interrelazione tra le diverse dimensioni che la compongono (Hasting Centre, 1997).

La salute è infatti influenzata da fattori ambientali e comportamentali tra loro fortemente interconnessi (Green, 1991). Riguardo i primi, la famiglia, la scuola ed il gruppo di pari sono i contesti di vita fondamentali dei ragazzi in età adolescenziale e pre-adolescenziale, ma ciascuno di questi presenta elementi fortemente problematici: il ragazzo si sta staccando dalla famiglia, raggiungendo più libertà da una parte ma essendo meno protetto dall'altra, e non avendo ancora gli strumenti per una piena autonomia. Il gruppo di amici diventa sempre più importante, così come la ricerca di relazioni affettivo-sessuali, ma sempre maggiori diventano i timori di non essere accettato, adeguato a ciò che il contesto sembra richiedere (King, 1996). La misura in cui ciascuno di questi ambienti è sano influenza fortemente la salute del giovane che vive in essi e tra di essi.

Relativamente ai fattori comportamentali, molti di questi sono i più diretti responsabili delle patologie prevalenti dei nostri tempi: fumo, alcol, sostanze stupefacenti, attività fisica, abitudini alimentari e del sonno; la misura in cui ciascuno di essi viene adottato è importante nel determinare lo stato di salute presente e futuro dei ragazzi (Allison, 1999). L'interesse è soprattutto rivolto ai determinanti di questi comportamenti: abitudini, cultura e possibilità economiche dei genitori, cultura dei ragazzi (comportamenti di "iniziazione"), atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola, sono tutti elementi che influiscono sulla scelta del ragazzo di adottare o meno un determinato comportamento (Smith, 1992).

La ricerca vuole contribuire a rispondere al bisogno di benessere delle popolazioni giovanili (pre-adolescenziali e adolescenziali) la cui mancata soddisfazione trova sovente espressione in comportamenti nocivi alla salute, quando non chiaramente devianti e antisociali (HBSC, 2002). La comprensione dei determinanti di questi comportamenti a rischio e, specularmente, dell'elaborazione di valori positivi, può contribuire alla promozione ed attuazione di politiche sociali che indirizzino verso l'adozione di comportamenti orientati ad un corretto sviluppo sanitario e psico-comportamentale.

La fascia di età compresa tra gli undici e i quindici anni costituisce una fase cruciale per il successivo sviluppo dell'individuo e rappresenta quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute.

Al fine di attuare interventi adeguati, è necessario disporre di informazioni il più complete possibili sulle diverse dimensioni dell'ambiente di vita dei ragazzi, rilevate attraverso strumenti specificamente predisposti e a tale scopo è stato progettato lo studio HBSC.

1.2 Lo studio HBSC

Lo studio *HBSC* (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), cui l'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche alcuni Paesi extra-europei, come USA e Canada. Quest'ultima survey, relativa all'anno scolastico 2005-2006, coinvolge 41 Paesi, tra cui l'Italia che vi ha partecipato per la seconda volta. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università ed Istituzioni governative coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati. Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.org>. Il team italiano è composto da un responsabile nazionale che coordina i gruppi di ricerca locali, costituiti dalla Università degli Studi di Torino (Principal Investigator), Padova e Siena, e si è avvalso della collaborazione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

L'obiettivo principale del progetto è di servire come strumento di monitoraggio, ma anche di aumentare la comprensione di quei fattori e di quei processi che possono determinare outcome di salute negli adolescenti. Tali obiettivi vengono perseguiti attraverso la raccolta di dati sulla salute, sui comportamenti ad essa correlati e sui loro determinanti, tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Il disegno dello studio è trasversale con ripetizione ogni quattro anni al fine di simulare uno studio longitudinale. Dal momento che i dati italiani presentati si riferiscono ad un'unica rilevazione, il presente rapporto si limita a fotografare la situazione nazionale nel periodo considerato.

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione nazionale rappresentativo della popolazione delle 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 nazionale, fornita dal MIUR. Le classi sono state stratificate sia sulla base del grado di istruzione (scuole medie inferiori e superiori), sia secondo l'area geografica di appartenenza (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) con lo scopo di assicurare una copertura geografica nazionale che rispettasse proporzionalmente l'effettiva, differente distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Italia, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati. La numerosità campionaria è stata calcolata in 1536 soggetti per fascia d'età al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa, del $\pm 3\%$ con I.C. del 95%. E' stato inoltre introdotto un sovracampionamento del 10% di ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un'équipe multidisciplinare e internazionale, redatto in inglese e tradotto nelle diverse lingue dei Paesi partecipanti.

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

- dati anagrafici (età, sesso, struttura familiare);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione);
- 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, alcool e fumo).

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

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

1.3 Descrizione del campione

In questa sezione vengono presentate le principali caratteristiche del campione italiano esaminato.

Complessivamente sono state selezionate 349 classi, il 61.3% delle quali nelle scuole medie inferiori. La rispondenza per classe (tabella 1.1) è risultata decrescere con l'aumentare dell'età, passando dal 69.7% negli undicenni al 63.0% nei quindicenni.

Relativamente alla distribuzione geografica (tabella 1.2), la rispondenza mostra invece una relativa omogeneità, con un minimo, nell'area del Sud e delle Isole (63%) ed un massimo del 73.2% nel Centro.

In totale i questionari ricevuti sono 4423 (tabella 1.3), la maggior parte dei quali proveniente dal Sud (41.7%) e dal Centro-Nord (32.9%), che rappresentano le aree italiane con la maggiore densità di popolazione delle età considerate.

Una volta registrati i questionari su supporto magnetico, i dati sono stati inviati al centro di coordinamento internazionale di Bergen in Norvegia per il controllo di qualità. Dei 4423 questionari ricevuti ed imputati, 3951 (89.3%) sono risultati internamente coerenti ed in possesso delle informazioni minime richieste per essere inclusi nelle analisi.

I 472 questionari che non hanno superato l'operazione di controllo rappresentano il 10.7% del totale e la loro distribuzione appare uniforme sul territorio nazionale (tabella 1.3), con l' 11.1% al Nord, l'11.6% al centro e il 9.7% al Sud. Nonostante la diminuita numerosità campionaria conseguente alle operazioni di pulizia, il campione esaminato rimane rappresentativo della popolazione di riferimento.

In tabella 1.4 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 3951

ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, i maschi risultano essere 1998 (50.6%), con una frequenza maggiore tra i tredicenni. Il rapporto maschi/femmine si mantiene pressoché costante nelle tre fasce di età, passando dal 50.0% degli undicenni al 49.7% e 50.5% rispettivamente nelle altre due fasce di età.

La tabella 1.5 illustra la composizione del campione secondo la nascita dei genitori. Se complessivamente risulta che il 90.1% dei ragazzi ha entrambi i genitori nativi nel nostro Paese, il 7.5% degli undicenni presenta almeno un genitore nato all'estero, contro il 6.2% dei tredicenni e il 5.1% dei quindicenni. Inoltre, il 4.8% dei più giovani e il 4.4% dei tredicenni dichiara che entrambi i genitori sono nati all'estero, mentre tale percentuale scende all'1.8% nei ragazzi più grandi.

In figura 1.1 è rappresentata la distribuzione per area geografica di provenienza dei genitori stranieri. La maggior parte dei genitori proviene dall'Unione Europea o dalla Svizzera (39% delle madri e 24% dei padri), seguiti dai Paesi appartenenti all'Est europeo, comprensivi dei nuovi membri UE (25%), e dal Centro-Sud America (14%).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	Classi che hanno restituito il questionario	Freq. %
Classe prima media	99	69	69,70
Classe terza media	115	78	67,83
Classe seconda superiore	135	85	62,96
Totale	349	232	66,48

Tabella 1.2: Rispondenza per area geografica

	Classi campionate	Classi che hanno restituito il questionario	Freq. %
Nord	108	72	66,67
Centro	82	60	73,17
Sud-Isole	159	100	62,89
Totale	349	232	66,48

Tabella 1.3: Questionari ricevuti, validi e non, per area geografica

	Questionari ricevuti		Questionari validi		Questionari non validi	
	N	Freq. %	N	Freq. %	N	Freq. %
Nord	1454	32,87	1292	32,70	162	34,32
Centro	1125	25,44	994	25,16	131	27,76
Sud-Isole	1844	41,69	1665	42,14	179	37,92
Totale	4423	100,00	3951	100,00	472	100,00

Tabella 1.4: Composizione del campione per età e genere

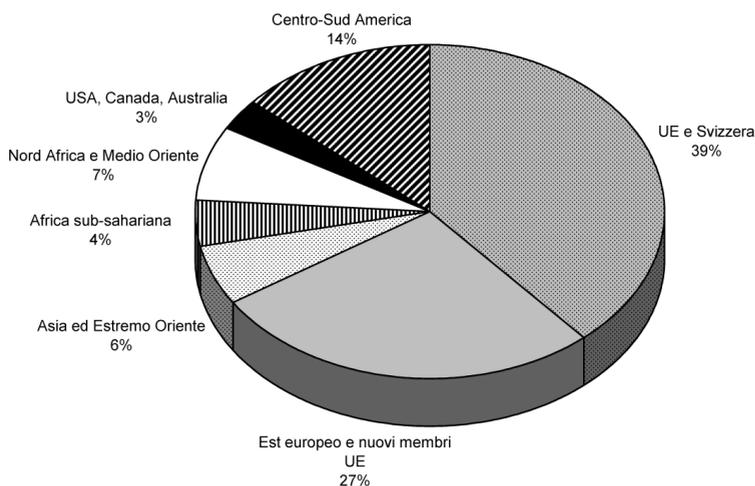
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	33,13 (662)	31,85 (622)	32,50 (1284)
13 anni	34,83 (696)	36,05 (704)	35,43 (1400)
15 anni	32,03 (640)	32,10 (627)	32,07 (1267)
Totale	100,00 (1998)	100,00 (1953)	100,00 (3951)

Tabella 1.5: Composizione del campione per età e Paese di nascita dei genitori

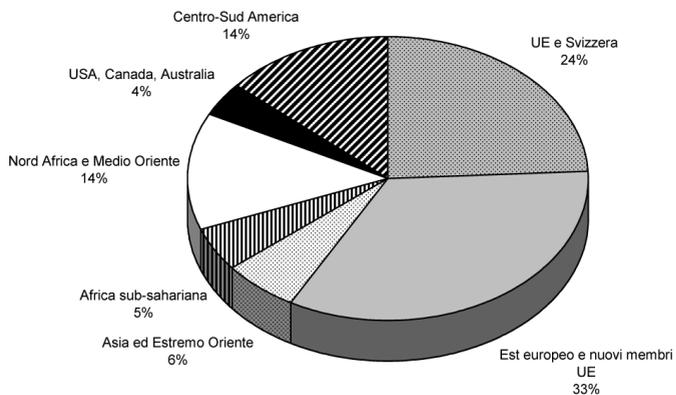
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Entrambi in Italia	87,74 (1081)	89,40 (1214)	93,17 (1160)	90,09 (3455)
Madre o padre all'estero	7,47 (92)	6,19 (84)	5,06 (63)	6,23 (239)
Entrambi all'estero	4,79 (59)	4,42 (60)	1,77 (22)	3,68 (141)
Totale	100,00 (1232)	100,00 (1358)	100,00 (1245)	100,00 (3835)

Figura 1.1 - Distribuzione per area geografica di nascita dei genitori stranieri

Distribuzione per area geografica di nascita della madre (N=314)



Distribuzione per area geografica di nascita del padre (N=207)



Bibliografia capitolo 1

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.

HBSC (2005). *Research Protocol for the 2005-2006 Survey*. Available at www.hbsc.org

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 e il gruppo dei pari

Dallago L., Vieno A., Formentin S., Verzeletti C., Santinello M.

Abstract

Family and peer contexts play an important role in early and mid adolescence, and both contexts are strongly connected with young people's well-being. We analyzed both contexts from two viewpoints: quantitative and structural, and qualitative and relational.

Traditional family structures are more prevalent in Italy than in other countries. Nevertheless 10% of our students live in a single parent or reconstructed family. 75% of the sample is constituted of only children or children having only one brother (or sister), and 20% have another relative (mainly grandparents) living in the household, besides their parents. Interesting to note is that it is more common in southern Italy to live in an extended family with one or more relatives in the same household.

With regard to communication within the family, our sample shows that talking with the mother is easier than with the father. Girls, especially if they come from the south, have more difficulties in talking with the father. The quality of communication decreases with age.

The opposite happens with friends, who are considered the main source of support, especially with increasing age.

2.1 Introduzione

Tra i numerosi compiti che i preadolescenti e gli adolescenti si trovano ad affrontare in questo periodo della loro vita, particolare rilevanza assumono quelli legati al mutare delle relazioni sociali. In tale periodo di sviluppo si assiste infatti ad una ridefinizione dei rapporti con i propri genitori contemporaneamente all'emergere di un maggior investimento nelle relazioni di amicizia.

La famiglia da una parte, il gruppo dei compagni e degli amici dall'altra, rappresentano in modo interconnesso due dei principali contesti all'interno dei quali 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, 1999 a, 1999 b).

Questo capitolo cercherà di comprendere meglio sia la struttura di questi due importanti contesti di vita, sia come essi vengono percepiti dai ragazzi.

2.2 La struttura familiare

Una delle strutture sociali a subire maggiormente delle modificazioni, negli ultimi anni, è stata la famiglia.

In Italia i processi di cambiamento e di trasformazione della famiglia sono meno evidenti e meno rapidi che nella 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).

Le principali trasformazioni demografiche e familiari (a partire dal 1965) riguardano il calo della nuzialità e l'aumento delle convivenze non matrimoniali, il calo della fecondità e del conseguente numero di figli per nucleo familiare, l'aumento dell'instabilità matrimoniale (separazione e divorzi), lo spostamento dell'età nelle principali tappe della vita adulta (aumento età al primo matrimonio, o del primo figlio). Considerando la “specificità” italiana nel conteso europeo, è importante sottolineare i livelli straordinariamente bassi di fecondità e nuzialità (fertilità più bassa al mondo insieme con Spagna e Giappone), la persistenza di modelli di tipo tradizionale nei modi di formare la famiglia (bassa frequenza delle convivenze non matrimoniali, ancora rare le nascite fuori dal matrimonio, anche se entrambi i fenomeni sono in aumento), la solidità e durata della storia familiare (tassi bassi di separazione e divorzio rispetto alle altre nazioni, nonostante l'aumento costante di entrambi i fenomeni), 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, 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), 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: tra quelle maggiormente indagate per la popolazione adolescenziale troviamo:

- La famiglia “monoparentale”: 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 secondario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia ed all'educazione dei figli.
- La famiglia “ricostituita”: è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e

mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è indubbiamente destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (1990) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

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

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

Molte ricerche si sono focalizzate sui riscontri negativi che tali nuove tipologie familiari potessero avere sullo sviluppo dei figli. Molte di queste hanno individuato come il vivere in una famiglia tradizionale possa essere considerato un fattore protettivo per la salute, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite possa essere un fattore di rischio (Ardelt e Day, 2002; Coley, 1998; 2001; Griffin, 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).

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

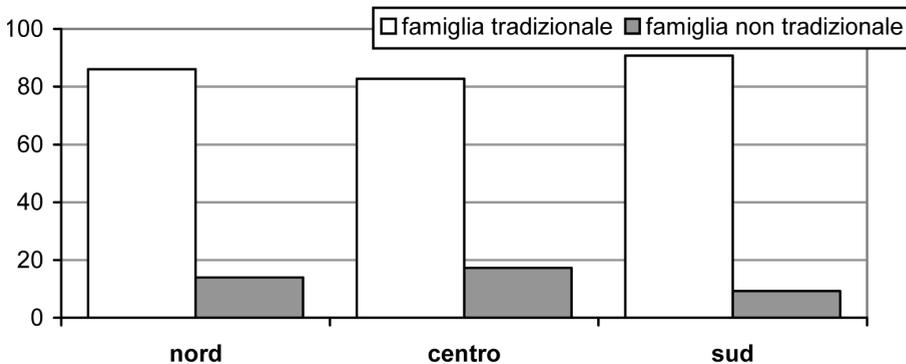
La tabella 2.1 riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari. Come si può notare la maggior parte delle famiglie del campione sono tradizionali: i figli vivono con entrambi i genitori. Più del 10% dei ragazzi vive però in altre tipologie familiari: la maggior parte in famiglie monogenitoriali, in cui il genitore presente è la madre, mentre circa il 3% in famiglie ricostituite con la madre ed un nuovo compagno.

Tabella 2.1: Distribuzione geografica della tipologia di famiglia tradizionale e non tradizionale

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
Famiglia tradizionale	86.04 (1288)	82.70 (636)	90.74 (1470)
Famiglia Non tradizionale			
- monogenitoriale con madre	7.62 (114)	10.79 (83)	6.05 (98)
- monogenitoriale con padre	1.07 (16)	0.91 (7)	1.17 (19)
- ricostituita con madre e patrigno	3.14 (47)	3.25 (25)	0.86 (14)
- ricostituita con padre e matrigna	0.40 (6)	0.39 (3)	0.19 (3)
- altre tipologie	1.74 (26)	1.95 (15)	0.99 (16)
Totale	100.00 (1497)	100.00 (769)	100.00 (1620)

Le percentuali si differenziano sulla base dell'area geografica di provenienza: maggiore la percentuale delle famiglie al sud che hanno ancora una struttura tradizionale, mentre al nord, e soprattutto al centro, le percentuali di famiglie atipiche sono maggiori.

La figura 2.1 evidenzia in modo più chiaro tali differenze geografiche.

Figura 2.1 - Distribuzione geografica della tipologia di famiglia tradizionale e non tradizionale

Altro fenomeno che la letteratura segnala in cambiamento è quello della minor presenza di famiglie allargate (dove oltre ai genitori sono presenti altri parenti, solitamente anziani): anche in questo caso riscontriamo una diversa distribuzione lungo il territorio nazionale con una maggiore diffusione al centro ed al sud (dove superano il 20% del totale), e minore al nord (tab. 2.2).

Tabella 2.2: Distribuzione geografica della famiglia suddivisa tra allargata e non

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
Famiglia non allargata	82.56 (1236)	78.02 (769)	79.57 (1331)
Famiglia allargata			
- con nonni	8.48 (127)	9.88 (76)	9.32 (151)
- con nonni e altri parenti	0.07 (1)	0.13 (1)	0.19 (3)
- con nonna	6.88 (103)	7.88 (76)	9.07 (147)
- con nonno	1.47 (22)	1.56 (12)	1.54 (3)
- con altri parenti	0.53 (8)	0.52 (4)	0.31 (5)
Totale	100.00 (1497)	100.00 (769)	100.00 (1620)

Le figure che più spesso convivono con il nucleo familiare sono i nonni.

Un ulteriore cambiamento delle famiglie italiane, come evidenziato precedentemente, riguarda il basso tasso di natalità, che ha portato negli ultimi anni ad avere famiglie sempre meno numerose. Tale fenomeno viene evidenziato anche dai dati a nostra disposizione: la maggior parte del campione (più del 50%) ha un solo fratello o sorella mentre molto rari sono i ragazzi che dichiarano di avere 3 o più fratelli.

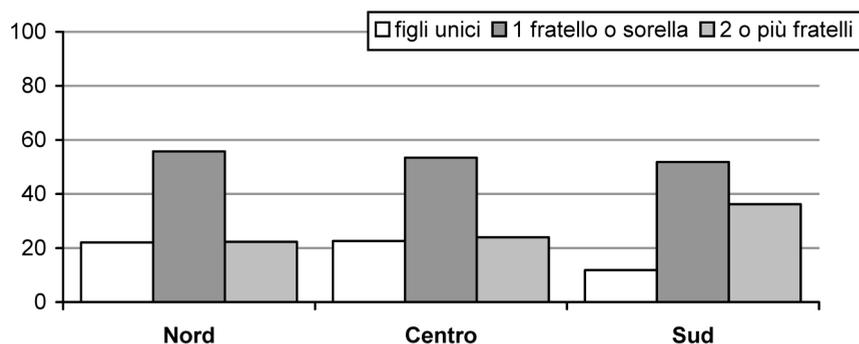
Le differenze per area geografica emergono come marcate: al centro ed al nord sono il 22% i figli unici, mentre al Sud tale percentuale risulta essere molto inferiore (11%). E' sempre al Sud che sono più presenti le famiglie numerose, con 3 o più figli (36%) (tab. 2.3).

Tabella 2.3: Numero di fratelli e sorelle, per area geografica

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
zero fratelli, zero sorelle	22.04 (331)	22.57 (174)	11.88 (194)
1 fratello o sorella	55.73 (837)	53.44 (412)	51.87 (847)
2 fratelli o sorelle	16.44 (247)	18.42 (142)	26.82 (438)
3 o più fratelli o sorelle	5.79 (87)	5.57 (43)	9.43 (154)
Totale	100.00 (1502)	100.00 (771)	100.00 (1633)

La figura 2.2 esprime in modo chiaro tali differenze.

Figura 2.2 - Percentuali di figli unici, ragazzi con un fratello o una sorella, o con due o più fratelli e sorelle, per area geografica



2.3 Le relazioni genitori-figli

Secondo il *Primo rapporto sulla famiglia in Italia* e nei successivi (Donati, 1989-1995), i cambiamenti strutturali non possono da soli giustificare certi aspetti delle trasformazioni della famiglia, che sono invece da ricondursi soprattutto a un mutato quadro di riferimenti valoriali e psicologici di portata sociale.

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

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli. E' stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possa svolgere una funzione protettiva rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (Field, 2001), a comportamenti antisociali (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000), alla scarsa autostima (Lanz, 1999 a), a problemi scolastici (Glaskow, 1997). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo controllo/autorità sulla vita dei figli per risultare adattivo (Baumrid, 1991).

Una delle domande del questionario, chiedeva ai ragazzi di valutare, su una scala a 4 punti (da molto facile a molto difficile) la comunicazione, relativa a problemi che li preoccupavano, con diverse figure: genitori, amici, fratelli.

Considerando la qualità della comunicazione all'interno della famiglia, si può inizialmente sottolineare come la comunicazione con entrambi i genitori tenda a diventare più difficile all'aumentare dell'età. In generale però parlare con la madre appare più facile rispetto al parlare con il padre (tab. 2.4; fig. 2.3).

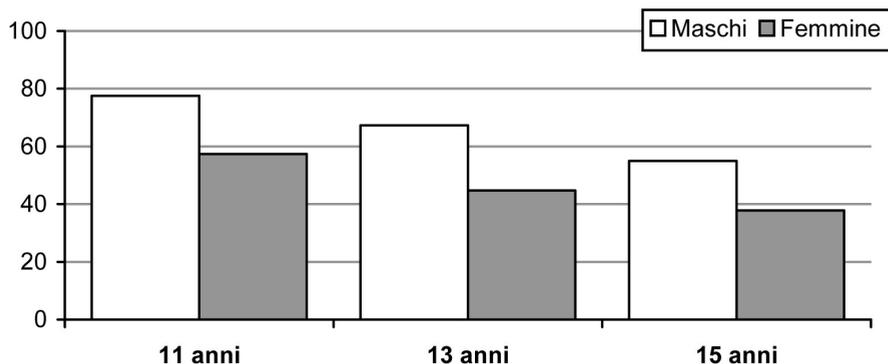
Se si prende in considerazione il genere dei ragazzi, è risultato vi siano differenze significative per quanto riguarda il padre: le ragazze hanno molta più difficoltà ad aprirsi con lui, mentre non ne emergono per quanto riguarda la madre, che rimane la fonte privilegiata di sostegno, sia per i ragazzi che per le ragazze.

Tabella 2.4: “Quanto è facile per te parlare con tuo padre/ tua madre di cose che ti preoccupano veramente?”

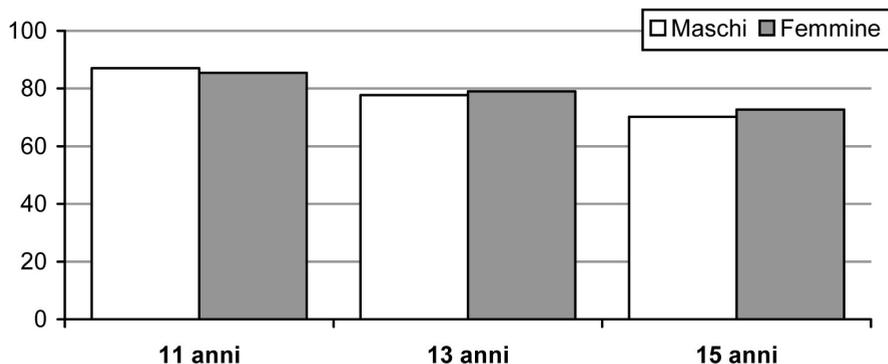
	Madre			Padre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	52.10 (633)	37.50 (509)	26.60 (327)	29.20 (365)	15.90 (219)	10.10 (125)
Facile	34.20 (418)	40.90 (555)	44.90 (553)	38.40 (481)	39.90 (548)	36.40 (452)
Difficile	8.30 (101)	15.40 (209)	20.30 (250)	20.80 (260)	27.60 (378)	33.20 (413)
Molto difficile	4.20 (51)	4.70 (64)	6.70 (82)	8.60 (108)	13.00 (179)	16.40 (204)
Non ho o non vedo questa persona	1.20 (15)	1.50 (20)	1.50 (19)	3.00 (37)	3.60 (50)	3.90 (49)
Totale	100.00 (1218)	100.00 (1357)	100.00 (1231)	100.00 (1276)	100.00 (1374)	100.00 (1243)

Figura 2.3 - Percentuale di coloro che dichiarano essere “facile” o “molto facile” parlare con i genitori suddivisi per età

Parlare con il Padre



Parlare con la Madre

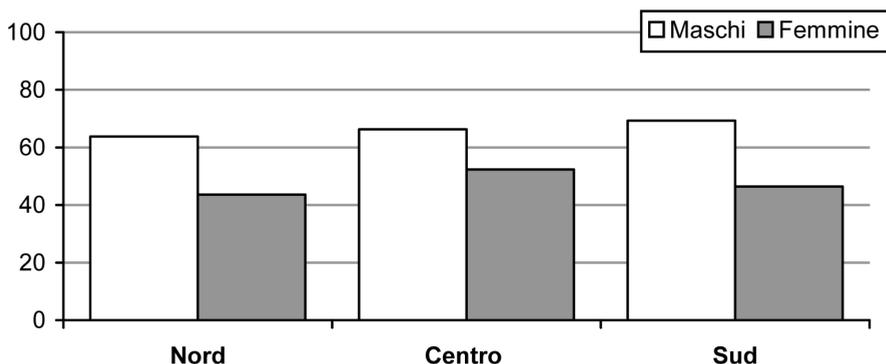


Per quanto riguarda il padre, emergono delle differenze sostanziali anche in base all'area geografica di provenienza (fig. 2.4): parlare con il padre risulta più facile al sud per i maschi ed al centro per le femmine.

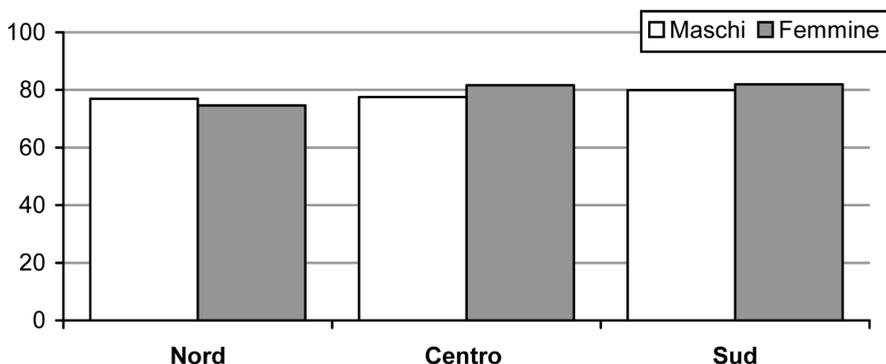
Il questionario indagava anche la comunicazione con i fratelli e le sorelle maggiori. Data la forma della domanda figli unici e primogeniti non hanno risposto. La maggioranza dei restanti ha dichiarato di considerare abbastanza facile il parlare con il fratello e, soprattutto, con la sorella maggiore.

Figura 2.4 - Percentuale di coloro che dichiarano essere "facile" o "molto facile" parlare con i genitori, suddivisi per area geografica

Parlare con il Padre



Parlare con la Madre



2.4 Il gruppo dei pari

La ricerca psicologica ha evidenziato il ruolo fondamentale delle relazioni tra pari durante l'intero ciclo di vita ed in particolare in adolescenza (Cattelino, 1999), periodo in cui si assiste ad una fondamentale evoluzione dei rapporti di amicizia che conoscono una nuova era e delle nuove regole. La scelta dell'amico si trasforma dall'utilizzo di criteri pragmatici e di circostanza, a valutazioni affettive e cognitive, ed i rapporti con esso si fanno sempre più stabili ed intimi (Hartup, 1993). Il gruppo dei coetanei si afferma quindi sempre più come punto di riferimento per il preadolescente che inizia a cercare al di fuori della famiglia sostegno sociale ed affettivo (Gullotta, 2000).

Di fronte al disagio per i repentini cambiamenti che tale periodo comporta, l'intimità condivisa e l'ambiente supportivo che l'amicizia crea possono concorrere sotto molteplici aspetti al benessere psicologico di ragazzi e ragazze; è stato infatti dimostrato come in preadolescenza i soggetti con molti amici siano quelli che si mostrano più competenti nelle relazioni interpersonali e che presentano una maggiore autostima, oltre che minori sintomi di ansia e depressione (Field, 2001; Hartup, 1995; Urberg, 1995), una migliore considerazione di sé (Dekovic e Meeus, 1997) e un più spiccato ottimismo (Glaskow, 1997).

Oltre ai fattori strutturali, legati al numero di amici, importanti risultano anche le occasioni di ritrovo, che assumono significati diversi rispetto alle età precedenti e si collegano a maggior autonomia ed indipendenza per i ragazzi (Hartup, 1995), e la qualità, come nel caso dei genitori, della comunicazione che si ha con loro (Gullotta, 2000). Sentirsi sostenuti dagli amici in modo efficace limita la messa in atto di comportamenti scorretti (Griffin, 2000), la comparsa di problemi psico-sociali (Urberg, 1995; Field, 2002), e si associa a maggiori livelli di benessere generale (Dekovic e Meeus, 1997).

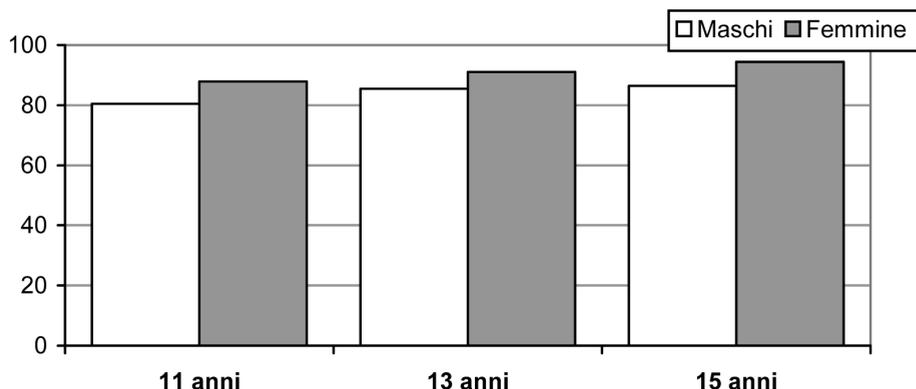
Secondo i dati raccolti dalla ricerca HBSC il migliore amico è quindi ancora una figura rilevante per i ragazzi italiani, tant'è che più di metà del campione dichiara di parlare facilmente ("facile" e "molto facile") con il proprio migliore amico di cose che preoccupano veramente. Questo aspetto della vita relazionale dell'adolescente acquista una importanza sempre maggiore all'aumentare dell'età, per cui a 15 anni quasi il 60% dei ragazzi dichiara essere molto facile parlare con il migliore amico (tab. 2.5).

Tabella 2.5: "Quanto è facile per te parlare con il tuo migliore amico di cose che ti preoccupano veramente?", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	49.00 (587)	55.10 (736)	57.00 (681)
Facile	35.20 (421)	33.30 (445)	33.40 (400)
Difficile	7.90 (95)	7.00 (94)	5.40 (64)
Molto difficile	5.20 (62)	2.30 (31)	1.50 (18)
Non ho o non vedo questa persona	2.70 (32)	2.30 (31)	2.70 (32)
Totale	100.00 (1197)	100.00 (1337)	100.00 (1195)

Considerando il genere di appartenenza, l'importanza di questa figura amicale si rivela soprattutto per le femmine di 15 anni che, nel 94% dei casi, dichiarano essere facile e molto facile parlare con il proprio migliore amico (fig. 2.5).

Figura 2.5- Percentuali di soggetti che rispondono "facile" o "molto facile" alla domanda "Quanto è facile per te parlare col tuo migliore amico di cose che ti preoccupano veramente?", per età e sesso



Se confrontiamo tali dati con quelli precedentemente ottenuti con i genitori, ci rendiamo conto come, da una parte, parlare con il migliore amico sia nettamente più facile rispetto al confidarsi con i genitori, dall'altra un andamento inverso rispetto all'età, quasi a sostenere la tesi di un passaggio, nella ricerca di sostegno emotivo, dalla famiglia al gruppo dei pari.

Oltre a queste indicazioni più relazionali, il questionario ci permette di indagare anche aspetti strutturali del gruppo dei pari (numero di amici, tempo trascorso con loro). La rete amicale e la quantità di tempo trascorsa con gli amici, sono due importanti indicatori spesso utilizzati nello studio dei contesti sociali dell'adolescente. La rete amicale sta ad indicare l'insieme delle relazioni interpersonali che un individuo intrattiene con le persone significative appartenenti ai suoi contesti di vita principali (il vicinato, la scuola, la parrocchia, ecc.). Le persone significative per gli adolescenti sono quelle che li influenzano nelle loro scelte, nelle loro decisioni e nei loro valori, quelle persone alle quali si sentono affezionati, e quelle che ammirano e alle quali vorrebbero assomigliare (Pierro, 1996).

In questa ricerca si è voluto indagare l'ampiezza delle rete amicale chiedendo ai ragazzi di indicare quanti veri amici ritengono di avere. Considerato che gli amici dello stesso sesso costituiscono la categoria di persone più frequentemente citata dagli adolescenti che descrivono il loro entourage di amici (Blyth, 1982) si ritiene rilevante indicare la quantità di veri amici di sesso maschile per il gruppo dei maschi, e la quantità di veri amici di sesso femminile per il gruppo delle femmine.

Già dalla risposta alla domanda sulla comunicazione si potevano trarre alcune informazioni strutturali: circa il 2,5% del campione dichiarava infatti di non avere un migliore amico.

In tabella 2.6 sono presentate le frequenze relative alla percezione di veri amici dello

stesso sesso per i maschi, mentre in tabella 2.7 troviamo le frequenze relative alla percezione di veri amici dello stesso sesso per quanto riguarda le femmine.

In generale si nota, sia nei maschi che nelle femmine, una frequenza maggiore di coloro che dichiarano di avere da tre a più veri amici; frequenza che sembra diminuire all'aumentare dell'età in entrambi i sessi, mentre aumenta la percentuale di coloro che dichiara di avere "Nessun" vero amico. Quest'ultimo dato rimane comunque limitato a poco più del 4% di quindicenni.

Tabella 2.6: "Quanti veri amici maschi hai?", nei maschi

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	1.67 (11)	2.62 (18)	4.40 (28)
Uno	6.09 (40)	6.65 (46)	8.03 (51)
Due	9.29 (61)	11.57 (80)	14.33 (91)
Tre o Più	82.95 (544)	79.16 (547)	73.24 (465)
Totale	100.00 (656)	100.00 (691)	100.00 (635)

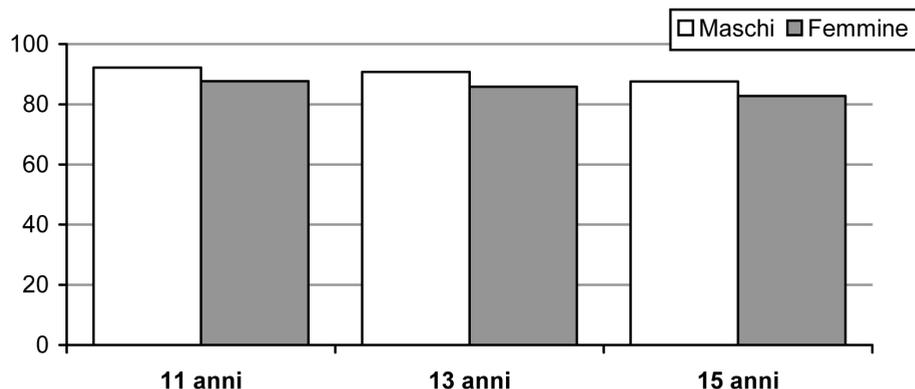
La tendenza a diminuire del numero di relazioni significative con il crescere dell'età sembra essere comunque compensata da un incremento, a livello qualitativo, dell'intensità delle singole relazioni (cfr. fig. 2.4).

In tabella 2.7 sono presentate le percentuali di giovani che dichiarano di avere due o più amici veri dello stesso sesso.

Tabella 2.7: "Quanti vere amiche femmine hai?", nelle femmine

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	1.95 (12)	1.71 (12)	2.58 (16)
Uno	10.40 (64)	12.46 (87)	14.70 (91)
Due	10.73 (66)	16.77 (117)	22.46 (139)
Tre o Più	76.92 (473)	69.06 (482)	60.26 (373)
Totale	100.00 (615)	100.00 (698)	100.00 (619)

A sostegno di quanto appena detto, la figura 2.6 illustra chiaramente l'aumento della percentuale di femmine che a 15 anni dichiara di avere una amica vera rispetto alle femmine più piccole. Nel gruppo dei maschi, tale variazione è meno netta.

Figura 2.6 - Percentuali di soggetti che dichiarano di avere almeno due amici veri dello stesso sesso, suddivisi per sesso ed età

In ultima analisi vediamo in tabella 2.8 e in tabella 2.9 la frequenza di veri amici maschi e vere amiche femmine indipendentemente dal sesso dei dichiaranti. Possiamo notare come a 15 anni, è più facile avere “Nessun” vero amico maschio (11,35%) piuttosto che “Nessun” vero amico femmina (7,61%); mentre per quanto riguarda l’averne tre o più veri amici, le differenze sembrano essere meno rilevanti.

Tabella 2.8: “Attualmente quanti amici veri, maschi, hai?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	9.47 (120)	9.05 (126)	11.35 (143)
Uno	10.49 (133)	10.78 (150)	16.44 (207)
Due	10.33 (131)	15.60 (217)	15.72 (198)
Tre o più	69.69 (883)	64.55 (898)	56.47 (711)
Totale	100.00 (1267)	100.00 (1391)	100.00 (1259)

Tabella 2.9: “Attualmente quante amiche vere hai?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	7.63 (96)	6.92 (96)	7.61 (94)
Uno	11.52 (145)	11.76 (163)	14.81 (183)
Due	10.81 (136)	14.79 (205)	18.86 (233)
Tre o più	70.03 (881)	66.52 (922)	58.70 (725)
Totale	100.00 (1258)	100.00 (1386)	100.00 (1235)

Infine, per quanto riguarda l'area geografica di provenienza, rimangono costanti i trend evidenziati in precedenza.

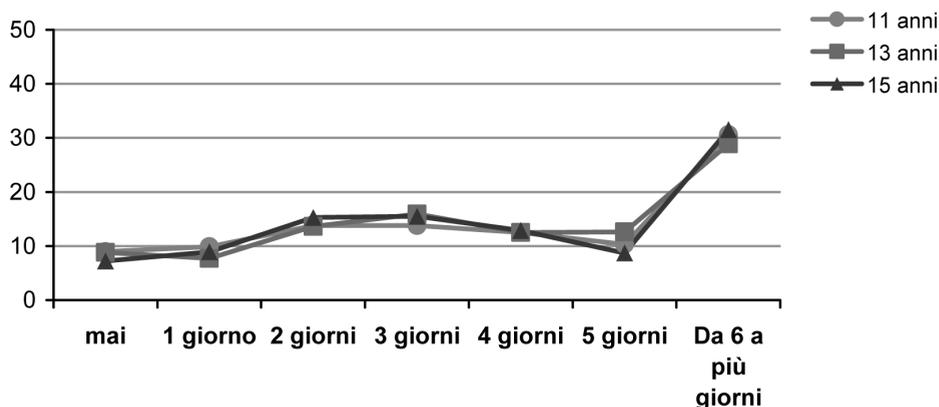
La quantità di tempo trascorso con gli amici è un indicatore utile per comprendere il livello di investimento che l'adolescente assume nei confronti dei pari (Bonino e Cattelino, 1999). In particolare viene spesso inteso come fattore di rischio per cui, trascorrere molto tempo con gli amici soprattutto in contesti dove manca la supervisione degli adulti, sembra essere legato ad una più frequente messa in atto di comportamenti poco salutari come bere alcolici, fumare o alla sperimentazione di droghe (Pettit, 1999).

Dal nostro campione risulta che all'incirca solo l'8% dei ragazzi non si incontra mai con gli amici, mentre un ragazzo su tre dichiara di trascorrere con i coetanei almeno tutti i pomeriggi. Questo dato sembra non distinguersi per fascia di età, evidenziando profili che si sovrappongono lungo le varie modalità di risposta (tab. 2.10; fig. 2.7).

Tabella 2.10: “Di solito quanti pomeriggi a settimana esci con i tuoi amici?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	8.99 (114)	8.79 (122)	7.23 (91)
Un giorno	9.93 (126)	7.71 (107)	8.89 (112)
Due giorni	13.80 (175)	13.62 (189)	15.33 (193)
Tre giorni	13.80 (175)	15.86 (220)	15.48 (195)
Quattro Giorni	12.54 (159)	12.47 (173)	12.86 (162)
Cinque Giorni	10.34 (131)	12.62 (175)	8.66 (109)
Sei giorni o più	30.60 (388)	28.93 (401)	31.55 (397)
Totale	100.00 (1268)	100.00 (1387)	100.00 (1259)

Figura 2.7 -Frequenza dei pomeriggi settimanali trascorsi con amici, per età

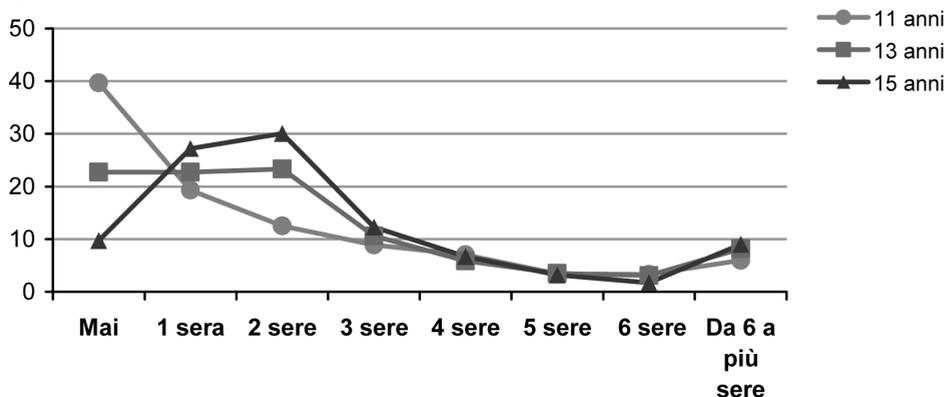


Differenti sono invece le frequenze relative alla quantità di sere trascorse con gli amici. In questo caso si evidenzia (tab. 2.11; fig. 2.8) come siano gli 11enni a dichiarare più frequentemente di trascorrere “Mai” delle sere con gli amici, mentre sono soprattutto i 15enni a trascorrere da una a due sere settimanali con gli amici.

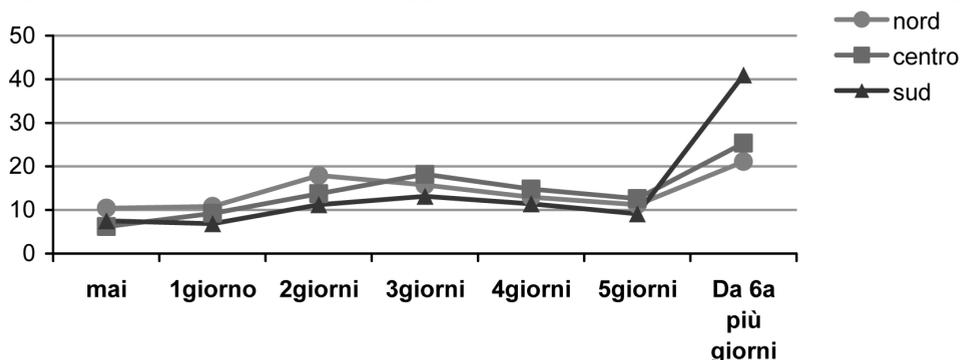
Tabella 2.11: “Di solito quante sere a settimana esci con i tuoi amici?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nessuno	39.65 (506)	22.67 (314)	9.74 (123)
Un giorno	19.27 (246)	22.67 (314)	27.17 (343)
Due giorni	12.53 (160)	23.32 (323)	30.11 (380)
Tre giorni	8.85 (113)	10.61 (147)	12.28 (155)
Quattro Giorni	6.97 (89)	5.92 (82)	6.65 (84)
Cinque Giorni	3.44 (44)	3.53 (49)	3.24 (41)
Sei giorni	3.29 (42)	3.10 (43)	1.74 (22)
Sette giorni o più	5.95 (76)	8.15 (113)	9.03 (114)
Totale	100.00 (1276)	100.00 (1385)	100.00 (1262)

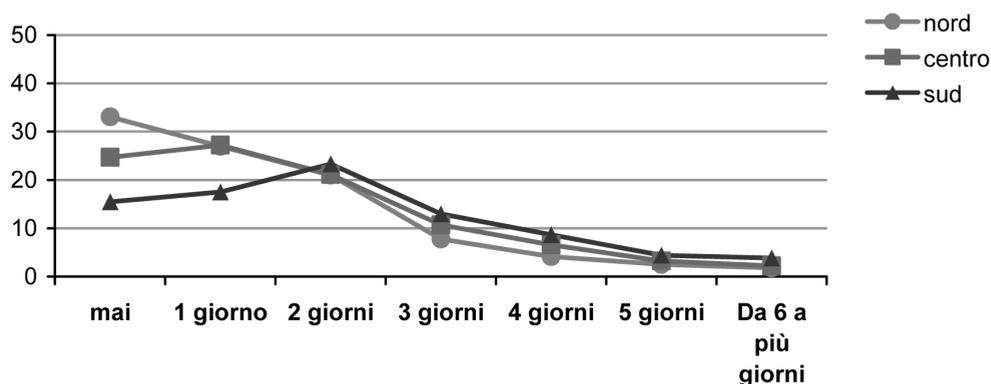
Figura 2.8 - Frequenza delle sere settimanali trascorse con amici, per età



Considerando l'area geografica di provenienza, si riscontra una maggiore frequenza dei pomeriggi trascorsi con gli amici da parte dei ragazzi del Sud dei quali quasi la metà del campione dichiara di uscire con gli amici oltre i sei pomeriggi a settimana (fig. 2.9).

Figura 2.9 - Frequenza dei pomeriggi settimanali trascorsi con amici, per area geografica

Tale differenza risulta essere meno netta per quanto riguarda la quantità di sere trascorse con gli amici (fig. 2.10). I dati evidenziano infatti una minor frequenza dei ragazzi del Sud che dichiarano di uscire “Mai” e “1 giorno” con gli amici, ma riportano una distribuzione simile tra le tre aree considerate per quanto riguarda le frequenze da due fino a sei e più giorni.

Figura 2.10 - Frequenza delle sere settimanali trascorse con amici, per area geografica

L'amicizia e la qualità delle relazioni tra coetanei hanno quindi bisogno di tempo da condividere per essere coltivate e continuamente arricchite, e certamente la nuova era della telecomunicazione in atto ormai da diversi anni, ha facilitato contatti più frequenti adattandosi sempre più alle esigenze di intimità e di risparmio dei ragazzi.

Tuttavia la comunicazione tramite i media non sempre viene utilizzata solo a sostegno della continuità e intensità dei rapporti di amicizia, ma contribuisce in molti casi alla costruzione di forme di comunicazione che influenzano a loro volta le regole della relazione stessa determinando configurazioni che non sarebbero possibili in altro modo. La comunicazione con SMS, e-mail, o altro diviene quindi, molto spesso, una forma di relazione vera e propria.

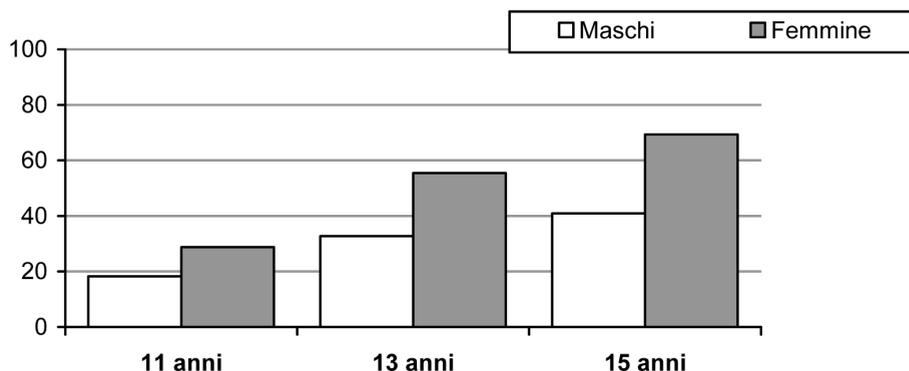
Interessante appare dunque il dato che vede un utilizzo quotidiano di tali strumenti (tab. 2.12) per circa la metà dei tredicenni e quindicenni, insieme al riscontro di un forte aumento percentuale dell'utilizzo quotidiano lungo le tre fasce di età considerate.

Tabella 2.12: “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai, raramente	29.52 (377)	14.66 (205)	9.80 (124)
1 o 2 giorni per settimana	21.22 (271)	15.66 (219)	10.51 (133)
3 o 4 giorni per settimana	15.19 (194)	13.51 (189)	12.80 (162)
5 o 6 giorni per settimana	10.64 (136)	12.01 (168)	11.85 (150)
Tutti i giorni	23.41 (299)	44.13 (617)	55.01 (696)
Totale	100.00 (1277)	100.00 (1398)	100.00 (1265)

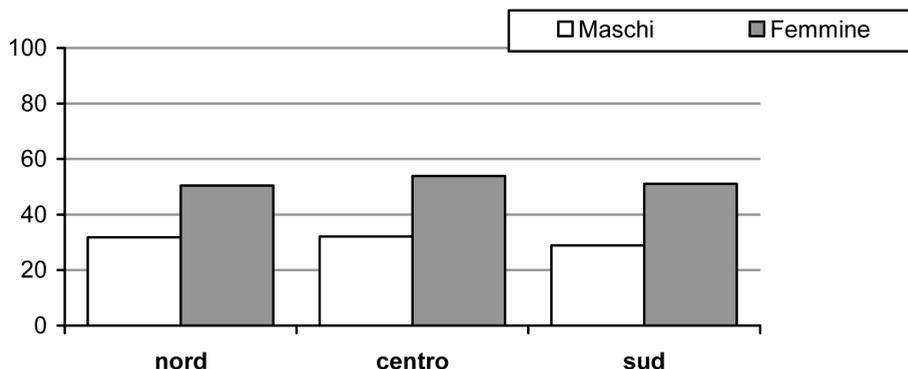
Per quanto riguarda le differenze di genere è evidente in figura 2.11 un utilizzo più massiccio della comunicazione con i media da parte delle femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce di età considerate. Questo dato non sorprende se si considera da una parte il progressivo aumento di rapporti esclusivi o con pochi intimi che caratterizza le relazioni significative delle femmine e che si prestano facilmente a tali forme di comunicazione, dall'altra al fatto che le femmine trascorrono meno tempo con gli amici per cui è necessario un maggiore contatto attraverso i media.

Figura 2.11 - Percentuali di ragazzi che dichiarano di utilizzare i media per comunicare con i coetanei “tutti i giorni”, suddivise per sesso.



La maggiore propensione delle femmine rispetto ai maschi, ad utilizzare i media come forma di comunicazione con i pari, è evidente in tutte le aree geografiche considerate, anche se tale differenza sembra essere più accentuata al Sud (fig. 2.12).

Figura 2.12 - Percentuali di ragazzi che dichiarano di utilizzare i media per comunicare con i coetanei “tutti i giorni”, suddivise per sesso e area geografica.



2.5 Conclusioni

La famiglia e i coetanei sono considerati due dei più importanti contesti di vita dell'adolescente, nei quali nascono e si sviluppano specifici fattori di rischio e di protezione che influiscono sui comportamenti legati alla salute e il benessere generale.

Considerando la famiglia a livello strutturale la tipologia più diffusa risulta quella tradizionale, con la coabitazione di entrambi i genitori, ma circa il 10% del campione vive in famiglie atipiche. Tre quarti del campione è figlio unico o ha un solo fratello. Circa il 20% vive con un altro parente (soprattutto nonni) oltre ai genitori. Interessante notare come al sud siano più presenti famiglie tipiche, allargate, e con un numero maggiore di figli, rispetto alle altre parti d'Italia.

Considerando la comunicazione con i genitori come indicatore di qualità della relazione genitori-figli, si può notare come parlare con la madre sia più semplice, mentre parlare con il padre risulti più complesso, soprattutto per le ragazze che vivono al sud. In generale la comunicazione con entrambi i genitori diventa più ardua al crescere dell'età. Le percentuali di coloro che indicano di considerare difficile confidarsi con la madre variano dal 12% al 28% in base all'età, mentre per il padre la percentuale passa dal 28% al 50% circa.

Per quanto riguarda i coetanei, la ricerca HBSC ha evidenziato come sia ancora molto diffusa la figura del migliore amico come principale fronte di sostegno soprattutto per i quindicenni, e in particolare le ragazze. Il diminuire, quindi, dell'apertura verso i genitori, potrebbe essere compensata da una maggiore apertura nei confronti degli amici, e in particolare per le femmine, con uno o due amici confidenti.

Gli amici diventano quindi un centrale contesto di riferimento e solo pochi (dall'1,7% a 11 anni, al 4,4% a 15 anni) dichiarano di non avere amici. Sono più frequenti gli amici dello stesso sesso.

Con gli amici i giovani escono spesso, soprattutto di pomeriggio, ma anche di sera, e comunicano con loro utilizzando le nuove tecnologie.

La presenza di buone relazioni amicali e di una attiva vita sociale deve essere considerata in termini positivi, sebbene non si approfondisca la tipologia di amici con cui si intrattengono queste relazioni. Come facilmente intuibile avere buoni e frequenti rapporti con pari motivati, comprensivi, attivi e positivi ha una valenza nettamente più positiva

rispetto ad intrattenere relazioni con soggetti che mettono in atto comportamenti a rischio, che fungono da modelli negativi di comportamento e utilizzano modalità aggressive o antisociali.

Genitori ed amici sembrano quasi “passarsi il testimone” in preadolescenza: sebbene sia normale e naturale intrattenere relazioni migliori con i pari e sviluppare conflittualità e difficoltà con gli adulti, il ruolo dei genitori non è da sottovalutare. Una corretta comunicazione con tali figure è infatti risultato maggiormente protettivo per le scelte comportamentali e il benessere giovanile, rispetto al legame con i pari (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005). La relazione con i genitori, sebbene più complessa e maggiormente gestita da entrambe le parti rispetto ad età precedenti, ha un ruolo fondamentale in un momento di crescita spesso costellato da dubbi, difficoltà e incertezze. Incrementare la capacità di ascoltare e di motivare i giovani a confrontarsi con persone con un'età diversa dalla loro diventa una sfida che nell'epoca del “modello comunicazionale” di famiglia risulta ancora più importante. I giovani hanno bisogno di confrontarsi con i genitori, di sapere che su di loro possono contare senza venire giudicati.

Cos'è cambiato rispetto al 2002?

Rispetto alla rilevazione precedente si registrano pochi cambiamenti relativi al contesto familiare.

In primo luogo, considerando la struttura appaiono più diffuse le famiglie monogenitoriali, soprattutto quelle in cui è presente solo la madre (2002: 3,29%; 2006: 7,6%), e aumenta il numero di figli unici, soprattutto al Centro (2002: 18,85%; 2006: 22,57%) e al Sud (2002: 7,64%; 2006: 11,88%).

Per quanto riguarda la comunicazione con genitori o migliore amico non vi sono invece differenze sostanziali (> di 3 punti percentuali): solo per i maschi di quindici anni appare meno facile parlare sia con la madre (2002: 73,74%; 2006: 70,24%) che con il padre (2002: 60,22%; 2006: 54,97%).

Bibliografia capitolo 2

- AAVV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze
- 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. (2005). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Blyth D. A., Hill J.P., Thiel K. S. (1982). Early adolescents' significant others: Grade and gender differences in perceived relationships with familial and nonfamilial adults and young people. *Journal of Youth and Adolescence*, 11: 425-450.
- Bonino S., Cattelino E. (1999). The relationship between cognitive abilities and social abilities in childhood: a research on flexibility in thinking and cooperation with peers. *International Journal of Behavioral Development*, 23(1): 19-36.
- 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.
- Cattelino, E. (1999). L'empatia e Il comportamento prosociale. In S. Bonino, A. Reffieuna, *Psicologia dello sviluppo e scuola elementare. Dalla conoscenza all'azione* (238- 252). Firenze: Giunti.
- 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.
- 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) (1989). *Primo rapporto sulla famiglia in Italia*. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni Paoline.
- Donati P. (a cura di) (1991). *Secondo rapporto sulla famiglia in Italia*. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni Paoline.
- Donati P. (a cura di) (1993). *Terzo rapporto sulla famiglia in Italia*. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni Paoline.
- Donati P. (a cura di) (1995). *Quarto rapporto sulla famiglia in Italia*. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni Paoline.
- 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 nega-

tive 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

Gullotta T. P., Adams G. R., Markstrom, C. A. (2000). *The adolescent experience (4th ed.)*. San Diego: Academic Press. Montgomery,

Hartup W. W. (1993). Adolescents and their friends. In B. Laursen (Ed.) *Close friendships in adolescence: New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hartup W. W. (1995). Three faces of friendship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12: 569-574.

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.

Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano

Pettit G. S., Bates J. E., Dodge K. A., Meece D. W. (1999). The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development*, 70: 768-778.

Pierro A., Bonaiuto M., Ercolani A-P., Perucchini P. & Claes M. (1996). Rete sociale dell'adolescente ed immagine di sé: un modello di equazioni strutturali per variabili latenti. *Giornale Italiano di Psicologia*, 23: 275-292

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.

Urberg K. A., Degirmencioglu S. M., Tolson J. M., Hallidayscher K. (1995). Structure of adolescent peer networks. *Developmental Psychology*, 31: 540-547.

■ Capitolo 3:

L'ambiente scolastico

Verzeletti C., Dallago L., Formentin S., Vieno A., Santinello M.

Abstract

School is one of the most important life contexts during the developmental years. It is significant as an opportunity to gain both knowledge and experience, especially relational experience. Going to school gives young people the opportunity to build strong relations with peers and adults, cope with stress and conflict, and take decisions that will be relevant for the future.

Different aspects of the school context were examined: relations with teachers, with peers (acceptance and bullying), and global perception of school and school work.

Most of the students, especially girls and younger ones, believe that teachers think they are good students, and more than 45% think they are treated fairly by teachers (with higher percentages for boys and southern students).

Around 80% of subjects feel accepted by their peers (more males than females, more younger than older students), while 11% of 11-year-olds say they were bullied twice or more a month. This percentage decreases with age.

Overall a majority of students like school, although this opinion is less strong among boys, 13-year-olds, and students from southern and central Italy. Girls and older students complain that schoolwork is too stressful.

3.1 Introduzione

In adolescenza, risulta fondamentale l'influenza del contesto scolastico, in quanto contesto sociale prossimale in cui l'adolescente passa buona parte della propria quotidianità. Il contesto scolastico, infatti, è in grado di supportare l'individuo nel suo percorso di crescita, di fornire sostegno sociale (soprattutto grazie alle relazioni con i pari e con gli insegnanti), di favorire nell'adolescente competenza, autonomia e coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza del ragazzo e la sua e la partecipazione ai processi decisionali (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007).

Il coinvolgimento e il legame con la scuola sta ricevendo sempre più attenzione in letteratura internazionale (Fredericks, 2004), infatti, le caratteristiche della scuola (struttura, composizione e clima) sono in grado di influenzare il benessere dell'adolescente, 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 propria scuola si associa ad una serie di impor-

tanti elementi motivazionali, di atteggiamento e comportamentali che sono alla base non solo del successo scolastico, ma anche del benessere bio-psico-sociale dei ragazzi (Vieno, 2005).

Nello specifico, il senso di appartenenza alla comunità scolastica risulta essere associato ad un maggior benessere emozionale, motivazione intrinseca, comportamenti prosociali, impegno, coinvolgimento e successo scolastico (Osterman, 2000).

La scuola può quindi essere un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale sia relativamente ai comportamenti legati alla salute. Recenti ricerche (Carter, 2007) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico (oltre al contesto familiare e dei pari, cfr. cap. 2) possa contribuire in modo significativo nella promozione di comportamenti legati alla salute. La percezione di un contesto scolastico positivo favorisce infatti una minor frequentazione di pari devianti ed è in grado di moderare gli effetti negativi di condizioni socio-familiari sfavorevoli. (Dishion, 1991).

Obiettivo di questo capitolo è 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.

3.2 Rapporto con gli insegnanti

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

Il rapporto con gli insegnanti inoltre influenza il successo scolastico (Graziano, 2007) e può essere un'importante fonte di sostegno (offrendo incoraggiamento, e fiducia) nei momenti di crescita e di 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 (Hughes, 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).

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato loro chiesto "Cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?" (modalità di risposta da "Molto buono" a "Al di sotto della media") e di indicare il grado di accordo con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto" (modalità di risposta da "Sono molto d'accordo" a "Non sono per niente d'accordo").

In Tabella 3.1 sono presentate le risposte fornite dai ragazzi alla domanda "Cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?" divise per età.

I dati evidenziano come siano soprattutto i ragazzi più giovani (62,7% dei ragazzi di 11 anni) a credere che gli insegnanti abbiano una percezione positiva -buona o molto buona- del loro andamento scolastico contro il 52,5% dei ragazzi di 13 anni ed il 46,4%

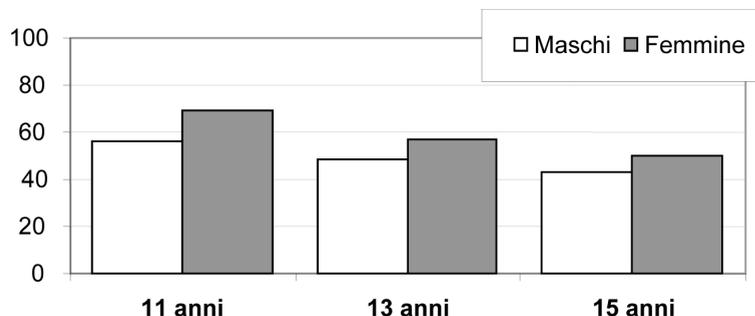
dei ragazzi di 15 anni. Con il crescere dell'età aumenta la percentuale di ragazzi che rispondono “nella media” o “al di sotto della media”.

Tabella 3.1: “Secondo te, cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico (paragonato a quello dei tuoi compagni)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto buono	21.20 (271)	20.60 (287)	12.70 (160)
Buono	41.50 (529)	31.90 (445)	33.70 (423)
Nella media	30.10 (384)	36.70 (511)	42.60 (535)
Al di sotto della media	7.20 (92)	10.80 (150)	10.90 (137)
Totale	100.00 (1771)	100.00 (1720)	100.00 (1672)

Per quanto riguarda la differenza per sesso (fig. 3.1), si può notare come siano soprattutto le femmine a dichiarare che gli insegnanti percepiscono il loro rendimento scolastico come “buono” o “molto buono”. Non emergono invece differenze significative in base all'area geografica di appartenenza.

Figura 3.1 - Percentuale di coloro che rispondono “molto buono” o “buono” alla domanda “Secondo te, cosa ne pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico?”, per età e sesso

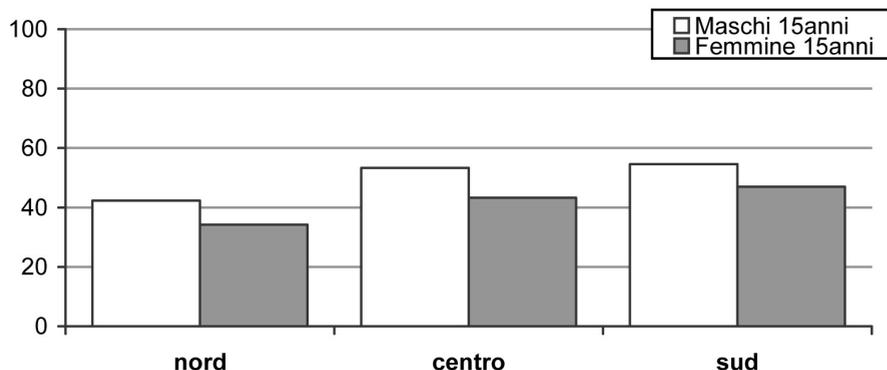


Per quanto riguarda la percezione di essere trattati in modo giusto dagli insegnanti (tab. 3.2), meno della metà del campione (45,16 %) sostiene di sentirsi trattato in modo equo. Sono soprattutto i maschi ad essere “d'accordo” o “molto d'accordo” con questa affermazione (49,4% dei maschi, 40,7% delle femmine).

Tabella 3.2: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto". Solo quindicenni

	Maschi (N)	Femmine (N)
Sono molto d'accordo	12.40 (78)	10.50 (66)
Sono d'accordo	37.00 (232)	30.20 (189)
Né d'accordo né in disaccordo	27.90 (175)	34.70 (217)
Non sono d'accordo	13.70 (86)	19.00 (119)
Non sono per niente d'accordo	8.90 (56)	5.60 (35)
Totale	100.00 (627)	100.00 (626)

Relativamente alla differenza tra le diverse aree geografiche (fig. 3.2), sono soprattutto i ragazzi del Sud (51,2%) a dichiarare di sentirsi trattati in modo giusto dagli insegnanti rispetto ai ragazzi del Centro (47,5%) e del Nord (38,1%).

Figura 3.2: Percentuale di coloro che rispondono "molto d'accordo" o "d'accordo" con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", per sesso e area geografica di appartenenza. Solo quindicenni

3.3 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 dalle attività scolastiche (Lubbers, 2006), e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati scolastici.

Esiste infatti un legame significativo tra relazioni con i coetanei e risultati scolastici. Gli studenti che hanno carenze 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 di accordo con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", (modalità di risposta da "Sono molto d'accordo" a "Non sono per niente d'accordo").

In tabella 3.3 sono riportate le percentuali di risposta fornite dai ragazzi divise per età.

La maggioranza del campione dichiara di sentirsi accettato dai coetanei (il 75,8% dei ragazzi risponde "molto d'accordo" o "d'accordo"). Sono soprattutto i ragazzi di 11 anni (79,5%) a sentirsi maggiormente accettati per quello che sono dai compagni di classe rispetto ai ragazzi di 13 (73,9%) e 15 anni (74,3%).

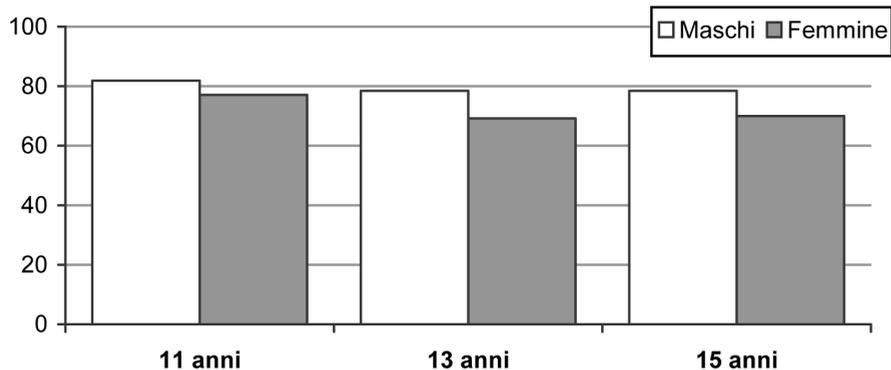
Osservando la suddivisione per sesso (fig. 3.3), è possibile riscontrare come siano soprattutto i maschi a sentirsi accettati dai coetanei indipendentemente dall'età. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di ragazze che si sente accettata dai pari è maggiore a 11 anni (77,1%) e decresce a 13 e a 15 anni (rispettivamente 68,9% e 70%).

Se la maggior parte dei maschi si sente accettato dai coetanei, indipendentemente dalla variabile età, per quanto riguarda le femmine sembra che siano soprattutto le ragazze di prima media a sentirsi accettate, mentre le ragazze più grandi percepiscono maggiori difficoltà.

Tabella 3.3: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	45.00 (570)	35.40 (490)	24.90 (312)
Sono d'accordo	34.50 (437)	38.50 (533)	49.40 (618)
Né d'accordo né in disaccordo	13.30 (168)	15.60 (216)	15.70 (196)
Non sono d'accordo	3.90 (49)	5.90 (82)	7.70 (84)
Non sono per niente d'accordo	3.30 (42)	4.70 (65)	3.40 (42)
Totale	100.00 (1266)	100.00 (1386)	100.00 (1252)

Figura 3.3: Percentuale di coloro che si dichiarano “Molto d’accordo” o “D’accordo” con l’affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, per sesso e età



3.4 Il rapporto con la scuola

Essendo la scuola uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, è importante considerare le relazioni che l’adolescente ha con i diversi attori del contesto scolastico (soprattutto insegnanti e pari), ma anche con il “contesto scuola” complessivamente. I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente a rischio per quanto riguarda l’insorgenza di problematiche emozionali, comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). Inoltre, da una recente ricerca di Carter (2007), emerge come i ragazzi che hanno un elevato legame e coinvolgimento scolastico attuino meno frequentemente comportamenti a rischio per la salute, evidenziando come il legame verso il contesto scolastico possa avere una forte influenza sui comportamenti a rischio.

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

In questa ricerca, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato attraverso due item: “Cosa ne pensi della scuola?” e “Quanto ti senti stressato per tutto il lavoro che devi fare a scuola?”.

In Tabella 3.4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola divise per età. Dalle percentuali è possibile riscontrare come la scuola piaccia soprattutto ai ragazzi di 11 anni e come all’aumentare dell’età diminuisca il piacere per la scuola. Sono soprattutto i ragazzi di terza media (rispetto a quelli di 11 e 15 anni) a dichiarare un minor piacere per la scuola.

Tabella 3.4: “Attualmente cosa ne pensi della scuola?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	21.30 (273)	8.60 (120)	8.80 (111)
Mi piace abbastanza	47.60 (610)	42.30 (590)	49.5 (622)
Non mi piace tanto	22.50 (288)	33.30 (464)	30.60 (385)
Non mi piace per niente	8.60 (110)	15.80 (220)	11.10 (139)
Totale	100.00 (1281)	100.00 (1394)	100.00 (1257)

Considerando la variabile sesso (fig. 3.4), la scuola piace di più alle femmine (62,9% del campione complessivo) rispetto ai maschi (55,5% del campione complessivo). Inoltre, al crescere dell'età diminuisce il piacere per la scuola e si riducono le differenze di genere.

Per quanto riguarda la differenza per aree geografiche (fig. 3.5), si può notare come la scuola sia maggiormente apprezzata dai ragazzi del Nord rispetto ai coetanei del Centro e del Sud, e come nel Centro Italia la differenza tra maschi e femmine tenda a scomparire.

Figura 3.4 - Percentuale di coloro a cui la scuola piace “molto” o “abbastanza”, per sesso ed età

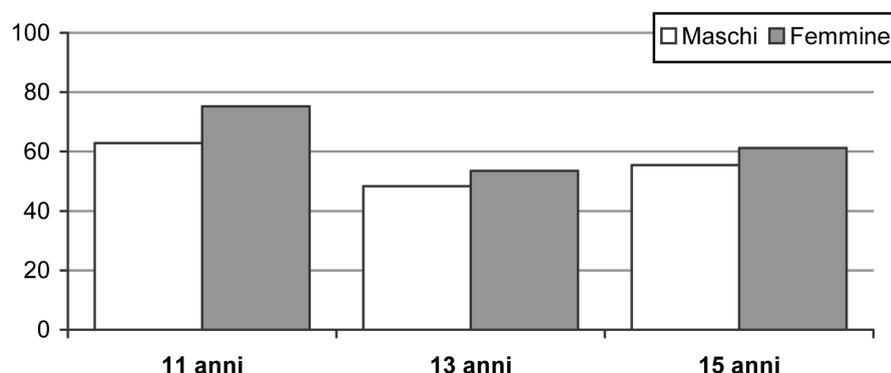
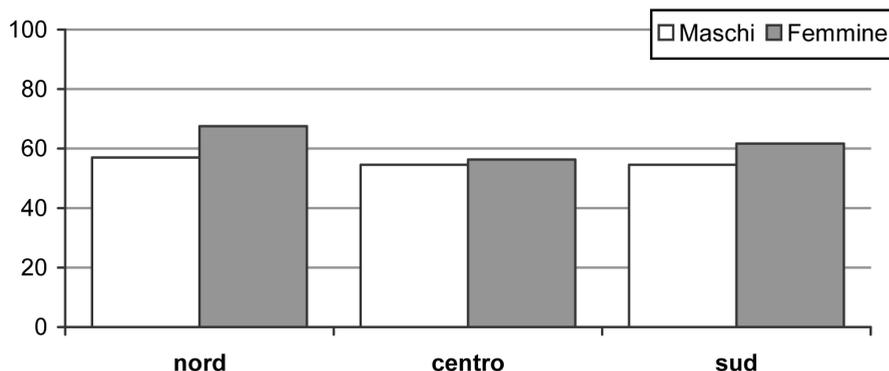


Figura 3.5 - Percentuale di coloro a cui la scuola piace “molto” o “abbastanza”, per sesso e area geografica di appartenenza

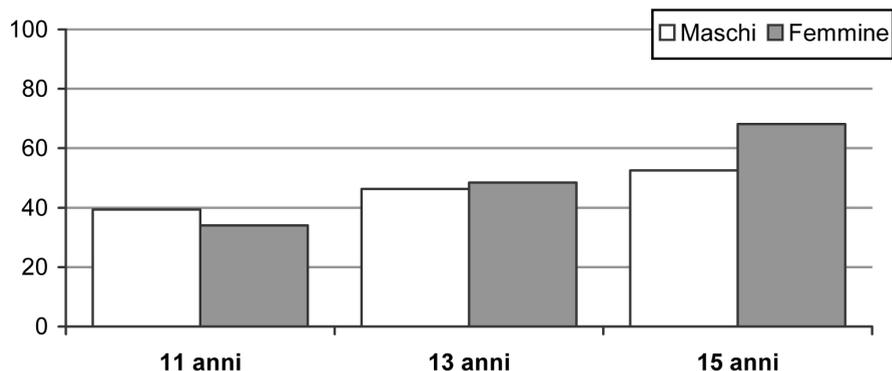
Per quanto concerne lo stress a causa del lavoro scolastico (tab. 3.5), questa percezione aumenta con il crescere dell'età. Sono soprattutto i ragazzi di 15 anni a sentirsi stressati per il carico scolastico.

Tabella 3.5: “Quanto ti senti stressato per tutto li lavoro che devi fare a scuola?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Per niente	13.60 (173)	8.30 (113)	6.40 (79)
Un po'	49.60 (632)	44.20 (600)	49.5 (407)
Abbastanza	23.00 (293)	30.80 (418)	33.70 (414)
Molto	13.80 (176)	16.60 (225)	26.70 (327)
Totale	100.00 (1274)	100.00 (1356)	100.00 (1227)

Considerando le differenze in base al sesso (fig. 3.6), se a 11 anni sono soprattutto i maschi a sentirsi stressati, con la crescita si attenuano le differenze di genere, per portare ad un'inversione di tendenza a 15 anni, età in cui è maggiore il numero delle femmine che si sente stressato dalla scuola.

Figura 3.6 - Percentuale di studenti che si dichiarano stressati dalla scuola “abbastanza” o “molto”, per sesso ed età



3.5 Bullismo

Uno dei fenomeni che negli ultimi tempi sta suscitando sempre maggior attenzione da parte del mondo degli adulti e dei mass media è il fenomeno del bullismo. Sebbene tale problema sia sempre esistito nelle scuole, in questi ultimi mesi sta tornando alla ribalta sia per le nuove forme con cui si esplica (uso di telefonino, internet), sia per la gravità (forti estorsioni di denaro, gravi danni fisici), sia per l'esasperazione delle conseguenze (suicidio, depressione).

Il termine bullismo è stato adottato dalla letteratura psicologica internazionale per definire una specifica modalità relazionale nella quale uno dei protagonisti dell'interazione (il bullo), avvalendosi della propria superiorità (fisica, di status, ecc.), si trova nelle condizioni di prevaricare l'altro (la vittima) in modo intenzionale, persistente e strumentale (Olweus, 1979). La peculiare matrice relazionale che sottende tale fenomeno si esplica in tre criteri, divenuti progressivamente centrali nella letteratura internazionale per connotare il tipo di relazione che lega il bullo alla sua vittima (Menesini, 2000; Olweus, 1996): intenzionalità, persistenza e disequilibrio. Tale prevaricazione può assumere diverse forme: attacchi fisici, verbali o indiretti.

Il bullismo si configura come un fenomeno multidimensionale, strettamente connesso alle caratteristiche relazionali e strutturali dei contesti entro i quali si esplica: la scuola e il gruppo-classe.

Fonzi (1999) elenca sette correlati/variabili, che incidono sul fenomeno in questione, in misura diversa a seconda della situazione e dei soggetti coinvolti:

L'età: alcuni studi (Fonzi, 1997; Menesini e Nocentini, 2003) dimostrano che vi è un incremento del fenomeno in questione fino agli otto anni circa e poi un progressivo decremento, che si rivela con una netta diminuzione nel passaggio dalla scuola primaria alla secondaria. Sebbene tali atti diventino meno frequenti col passare del tempo, la gravità degli stessi sembra accentuarsi.

Il sesso: il bullismo sembrava essere un fenomeno diffuso prevalentemente nel gene-

re maschile, ma i dati degli ultimi anni rivelano una crescente diffusione di atteggiamenti prepotenti anche nel sesso femminile (quasi sempre agito verso altre femmine).

La classe sociale: i fenomeni di bullismo sono meno presenti in ragazzi delle classi medio-alte. In Italia tale relazione è meno accentuata: sull'ampiezza del fenomeno sembra influire, più che la classe sociale di appartenenza o il livello economico, *l'ambiente ecologico*, cioè il quartiere e la zona ecologica della città in cui gli individui vivono.

La famiglia: si è indagato molto sulle relazioni familiari e sul clima educativo dei genitori, evidenziando come i figli di genitori autorevoli siano meno di frequente bulli. Gli studi sulle vittime evidenziano come questi studenti siano indeboliti nella propria autostima dagli atteggiamenti iperprotettivi agiti dai genitori e da un nucleo familiare troppo coeso.

La dinamica della classe: in alcune classi l'atmosfera è tale per cui si creano alcuni meccanismi favorevoli al bullismo quali: l'indebolimento del controllo o delle inibizioni nei confronti delle tendenze aggressive, la diffusione di responsabilità e gradualmente cognitivi nella percezione della vittima, che appare sempre più meritevole di vessazioni, il silenzio e la poca solidarietà nei confronti dell'altro.

La cultura: nella cultura italiana sembra che alcuni tipi di bullismo siano più tollerati che in altre culture occidentali. In Italia è ben accetto ridere o prendersi gioco degli altri, è un modo di agire e di fare umorismo diffuso tra coetanei.

La personalità: i bulli e le vittime sembrano entrambi accomunati da un "analfabetismo emotivo e sociocognitivo", appaiono socialmente poco abili, ma si muovono in direzioni opposte che non si incontrano mai. Hanno un eguale numero di amici, ma gli uni dirigono le loro preferenze verso compagni a loro volta prepotenti, mentre gli altri verso amici che condividono lo stesso status di vittima, rinforzando così reciprocamente le loro diverse posizioni.

Considerando brevemente le ricadute di tali azioni, è stato evidenziato come gli aggressori tendono a diventare adolescenti isolati, con difficoltà relazionali talvolta anche gravi, mentre le vittime tendono, nei casi più gravi, a breve termine, all'abbandono scolastico, alla depressione e, talvolta, al suicidio (Fonzi, 1997; Gini, 2005), a lungo termine a mantenere una bassa autostima e sintomi depressivi (Olweus, 1993; Menesini, 2003, 2000).

In questa ricerca, il tema del bullismo è stato approfondito chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo e con quale frequenza avessero attuato atti di bullismo verso altri coetanei, negli ultimi mesi. Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se avessero mai subito atti di bullismo o al contrario dato fastidio ai compagni attraverso il telefono cellulare. Tutti e quattro gli item hanno una modalità di risposta a cinque punti da "Mai" a "Più volte alla settimana".

La maggioranza degli studenti, indipendentemente dall'età, riferisce di non aver mai subito atti di bullismo (tabella 3.6). Tra i ragazzi che dichiarano di averne subito (almeno due volte nell'ultimo paio di mesi) si osserva una diminuzione del fenomeno con il crescere dell'età (l'11,7% dei ragazzi di 11 anni; l'8,6% dei ragazzi di 13 anni e il 4,9% dei ragazzi di 15 anni).

Tabella 3.6: “Quante volte hai subito atti di bullismo a scuola nell’ultimo paio di mesi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	70.10 (893)	77.80 (1085)	85.20 (1065)
Una volta o due	18.20 (232)	13.60 (190)	9.80 (123)
2 o 3 volte al mese	4.10 (52)	3.10 (43)	2.00 (25)
Una volta alla settimana	3.10 (39)	1.90 (26)	1.00 (13)
Più volte alla settimana	4.50 (57)	3.60 (50)	1.90 (24)
Totale	100.00 (1273)	100.00 (1394)	100.00 (1250)

Per quanto riguarda le differenze di genere (figura 3.7), si osserva come nei ragazzi di 11 anni il fenomeno coinvolga più i maschi che le femmine, e come, con il crescere dell’età, le differenze di genere tendano a scomparire. Nel confronto tra le diverse aree geografiche (figura 3.8) non si sono riscontrate differenze rilevanti nelle risposte.

Figura 3.7 - Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito almeno due volte nell’ultimo paio di mesi atti di bullismo, per sesso ed età

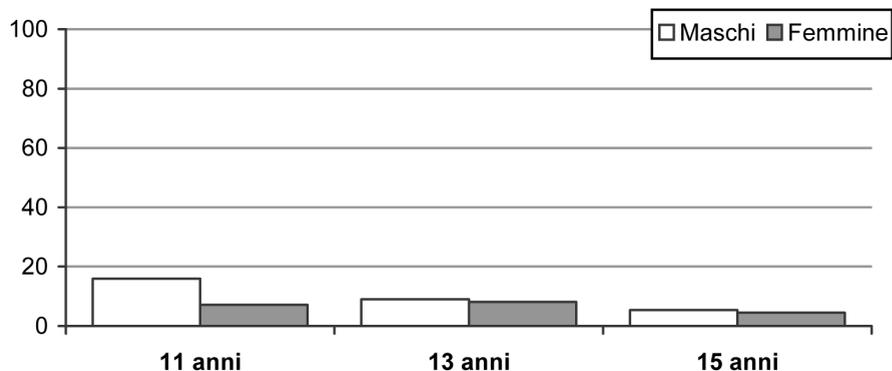
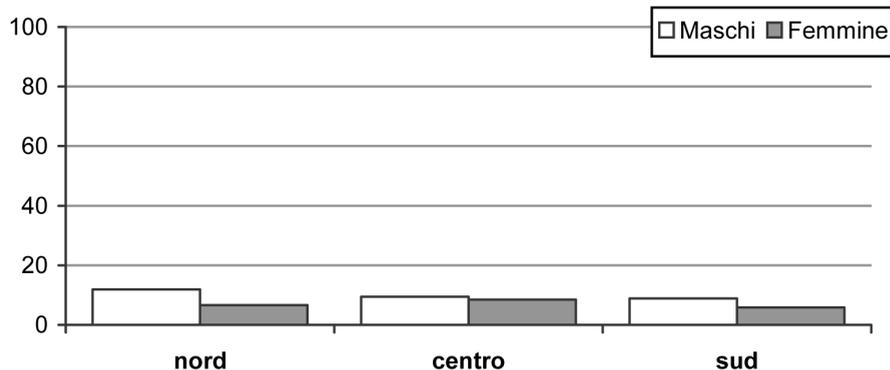


Figura 3.8 - Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito, almeno due volte nell'ultimo paio di mesi atti di bullismo, per sesso ed area geografica di appartenenza

In Tabella 3.7 sono presentate le risposte relative all'aver partecipato ad atti di bullismo.

E' possibile osservare come la maggioranza dei ragazzi non abbia mai partecipato ad atti di bullismo verso altri studenti. In generale non è stata riscontrata una differenza significativa in base all'età dei ragazzi.

Il confronto in base al sesso (fig. 3.9) permette di osservare come la partecipazione ad atti di bullismo sia maggiore nei maschi che nelle femmine, indipendentemente dall'età dei soggetti.

Nel confronto tra le diverse aree geografiche (fig. 3.10) la percentuale di ragazzi che ha partecipato ad atti di bullismo è simile nelle diverse aree geografiche, non si sono infatti riscontrate differenze significative nelle percentuali di risposta.

Per quanto riguarda l'uso del telefono cellulare, la maggior parte dei ragazzi dichiara di non essere stato tormentato con questo strumento (tab. 3.8). Indipendentemente dal genere, sono soprattutto i ragazzi di 13 anni (5,4%) ad aver subito molestie attraverso il cellulare (contro il 2,8% dei ragazzi di 15 anni).

Tabella 3.7: "Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente nell'ultimo paio di mesi?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	72.50 (921)	68.10 (950)	73.80 (923)
Una volta o due	17.50 (223)	22.20 (310)	17.30 (216)
2 o 3 volte al mese	4.80 (61)	4.10 (57)	3.70 (46)
Una volta alla settimana	2.00 (26)	2.40 (34)	1.70 (21)
Più volte alla settimana	3.10 (40)	3.10 (43)	3.60 (45)
Totale	100.00 (1271)	100.00 (1394)	100.00 (1251)

Figura 3.9 - Percentuale di coloro che dichiarano di aver partecipato, almeno due o tre volte negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un altro studente, per sesso ed età

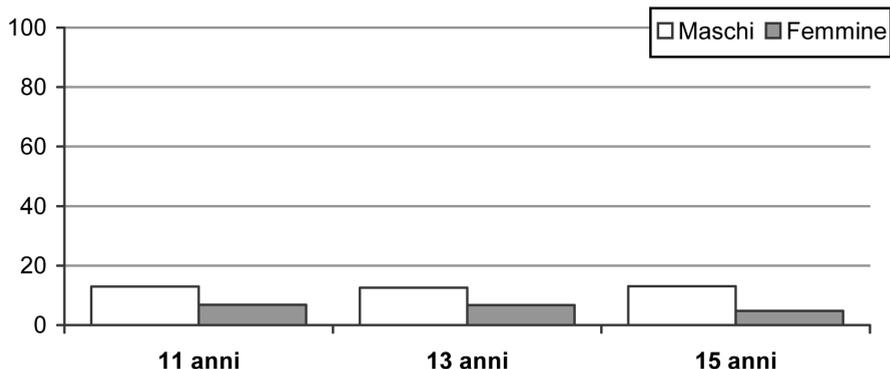


Figura 3.10 - Percentuale di coloro che dichiarano di aver partecipato, almeno due o tre volte negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un altro studente, per sesso e area geografica di appartenenza

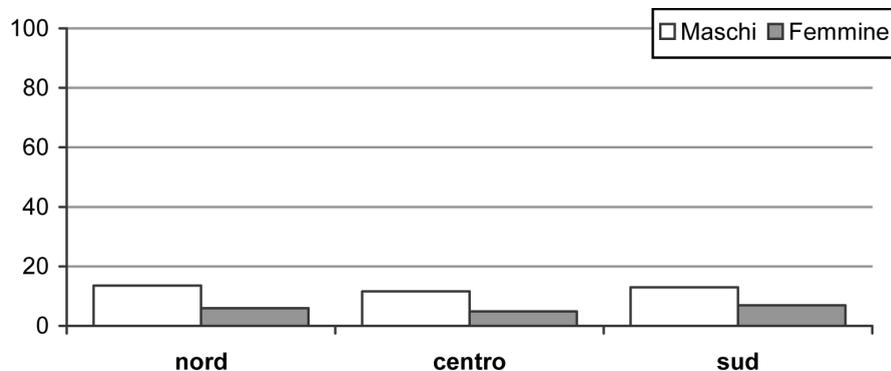


Tabella 3.8: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Sono stato tormentato attraverso il cellulare"

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	85.00 (1132)	90.20 (1122)
Una volta o due	9.60 (128)	7.00 (87)
2 o 3 volte al mese	2.00 (27)	1.00 (12)
Una volta alla settimana	1.20 (16)	0.70 (9)
Più volte alla settimana	2.20 (29)	1.10 (14)
Totale	100.00 (1332)	100.00 (1244)

Nel confronto tra le diverse aree geografiche non si sono riscontrate differenze significative nelle percentuali di risposta.

In Tabella 3.9 sono riportate le percentuali di risposta fornite dai ragazzi relative all'uso del telefono cellulare per dare fastidio ai coetanei. Sono soprattutto i ragazzi di 13 anni ad utilizzare il telefonino per infastidire altri coetanei, ma con l'aumentare dell'età questo fenomeno si riduce.

Per quanto riguarda le differenze di genere, lo stesso fenomeno è leggermente più diffuso nei maschi (5,5% vs 1,7% delle ragazze).

Tabella 3.9: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho dato fastidio a qualche compagno di scuola attraverso il cellulare"

	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	88.10 (1167)	93.10 (1154)
Una volta o due	8.20 (109)	3.50 (44)
2 o 3 volte al mese	1.20 (16)	0.90 (11)
Una volta alla settimana	0.80 (10)	0.90 (11)
Più volte alla settimana	1.70 (23)	1.60 (20)
Totale	100.00 (1325)	100.00 (1240)

3.6 Conclusioni

Dai dati emerge come la maggior parte dei ragazzi abbia una percezione complessivamente buona del contesto scolastico. Sono soprattutto i ragazzi più giovani (11 anni) a percepire un miglior rapporto con i compagni di classe, a sentirsi accettati, e a considerare la scuola un luogo molto piacevole in cui stare.

Nonostante questo dato confortante non devono essere sottovalutati due aspetti:

- Una buona parte dei ragazzi ha una percezione non positiva (e, per una minoranza, totalmente negativa) del contesto scolastico: considerata l'importanza che tale contesto ha sullo sviluppo e sulle scelte dei ragazzi (sia in termini comportamentali, relazionali, sia di carriera scolastico-lavorativa) questo risultato merita un'attenzione particolare;
- Il rapporto con la scuola e quello con i coetanei peggiorano con il crescere dell'età, sia in termini di stress percepito che di qualità delle relazioni sociali (con pari e con gli insegnanti).

Considerando il sesso, sono diversi gli aspetti del contesto scolastico ad essere percepiti diversamente dai maschi e dalle femmine. Se i maschi si sentono trattati in modo più equo dagli insegnanti e si sentono maggiormente accettati dai coetanei, sono le fem-

mine a cui piace di più la scuola in generale e ad avere una percezione positiva del proprio rendimento scolastico da parte degli insegnanti.

Attività per favorire il rapporto insegnanti-alunni o il legame tra pari dovrebbero essere incentivate per migliorare la situazione attuale, sia attraverso interventi diretti sui giovani, sia attraverso interventi diretti sugli insegnanti. Non bisogna dimenticare la valenza importante che la scuola ha sull'ambito delle relazioni, e sullo sviluppo di altre forme di intelligenza (sociale, emotiva), e non prettamente accademica.

Un ulteriore ambito approfondito dalla ricerca e recentemente dibattuto nella stampa nazionale è relativo alla diffusione del bullismo tra i ragazzi delle scuole medie e superiori. La percentuale di ragazzi che hanno subito atti di bullismo appare in controtendenza con quanto riferito dai media in questo periodo, coinvolge meno del 15% dei ragazzi, è leggermente più diffuso tra i maschi e ha un'incidenza simile in tutto il territorio nazionale, e si riduce al crescere dell'età. L'immagine complessiva della scuola che appare dalla ricerca appare tutto sommato positiva: vi sono però spazi per il miglioramento e ambiti in cui lavorare per facilitare il ruolo della scuola come importante contesto di vita e non solo contesto di apprendimento.

Cos'è cambiato rispetto al 2002?

Il fenomeno del bullismo è sempre esistito. Dai nostri dati emerge come, rispetto al 2002, il fenomeno sia meno presente. Infatti, se oggi il 70,1% degli undicenni dichiara di non aver mai subito bullismo, 4 anni fa tale percentuale era inferiore (66,5%), e in maniera analoga per i tredicenni (77,8% nel 2006 vs 68,2% nel 2002) e i quindicenni (85,2% nel 2006 contro 83,5% nel 2002). Parallelamente i ragazzi che dichiarano di aver subito atti di bullismo 2 o più volte al mese sono meno rispetto a 4 anni fa (un punto percentuale circa nelle tre fasce d'età).

Anche per quanto riguarda l'aver esercitato bullismo nei confronti dei compagni, il fenomeno è in riduzione rispetto alla precedente rilevazione (9,9% nel 2006 contro 11,2% nel 2002 per gli undicenni; 9,6% vs 13,9% per i 13enni e 9,0% vs 12,8% per i più grandi).

Bibliografia capitolo 3

Barth J. M., Dunlap S. T., Dane H., Lochman J. E., Wells K. C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115 - 133.

Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443-2448.

Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1-13.

Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51-62.

Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.

Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.

Fonzi A. (1997). *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola, dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento*. Firenze: Giunti.

Fonzi A. (1999). *Il gioco crudele. Studi e ricerche sui correlati psicologici del bullismo*. Firenze: Giunti.

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.

Menesini E. (2000). *Bullismo che fare? Prevenzione e strategie d'intervento nella scuola*. Firenze: Giunti.

Menesini E., Nocentini A. (2003). *Bullismo e comportamento a rischio in adolescenza*. Lucca, Assessorato Pubblica Istruzione.

Menesini E. (2003). *Bullismo: Le azioni efficaci della scuola. Percorsi italiani alla prevenzione e all'intervento*. Trento: Erickson.

Olweus D. (1979). Stability of Aggressive Reaction Patterns in Males: A Review. *Psychological Bulletin*, 86(4): 852-875.

Olweus D. (1996). *Bullismo a scuola*. Firenze: Giunti.

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.

Skinner, C.J. (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058

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.

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:

Attività fisica e tempo libero

Lazzeri G., Rossi S., Giacchi M.

Abstract

Regular physical activity produces positive effects on both physical and mental health, improving general well-being. Changes in lipemia and blood pressure were found. On the contrary physical inactivity has been related to higher risk of obesity, diabetes and many other chronic diseases.

The rates of adolescents performing physical activity for more than one hour a day at least 5 days a week, vary from 29.75% (15-year-olds) to 40.58% (11-year-olds). The trend is clearly inversely related with age.

The rates of adolescents watching TV for at least 4 hours a day are: 15.66% (11y.o.), 21.90% (13y.o.), 21.7% (15y.o.) without gender differences.

The rates of adolescents using computer for at least 3 hours a day are: 10.14% (11y.o.), 10.48% (13y.o.), 9.77% (15y.o.). Computer use is higher for boys.

4.1 Introduzione

In questo capitolo è stato preso in considerazione il fattore movimento tramite indicatori di attività fisica e di sedentarietà dei ragazzi, al fine di comprendere come i giovani italiani pianificano la loro giornata, gli impegni quotidiani e il tempo libero.

L'importanza di modelli di vita quotidiana che prevedano una sufficiente pratica di attività fisica anche nella fase dell'adolescenza è certamente legata a molteplici effetti positivi (Nelson, 2006): corretto sviluppo fisico; importante azione preventiva dell'obesità e del sovrappeso; aumento dell'autostima; e della soddisfazione di sé (Fox, 2000, Alferman, 2000).

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, è, inoltre, strumento di socializzazione e di costruzione della propria identità. La televisione così come il computer rappresentano, invece, forme di svago passivo (Zanon, 2000).

La combinazione di questi fattori influenza l'insorgenza di problemi di obesità, disturbi cardiovascolari, ipertensione e diabete (Garcia, 1998), che si acquiscono con il passag-

gio all'età adulta (Hickman, 2000, Stroebe, 1997).

E' importante specificare che con l'espressione attività fisica non si intende soltanto la pratica di sport organizzati e regolarmente praticati, ma l'insieme delle attività che favoriscono il dispendio di energia quali: camminare di buon passo, giocare, andare in bicicletta, fare le pulizie, ballare o salire le scale.

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" e individua in cinque giorni il limite minimo di attività fisica raccomandato.

4.2 Frequenza dell'attività fisica

Osservando la tabella 4.1, si nota che 2.27% dei ragazzi di 11 anni, 6.37% dei ragazzi di 13 anni e 8.93% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 50%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana.

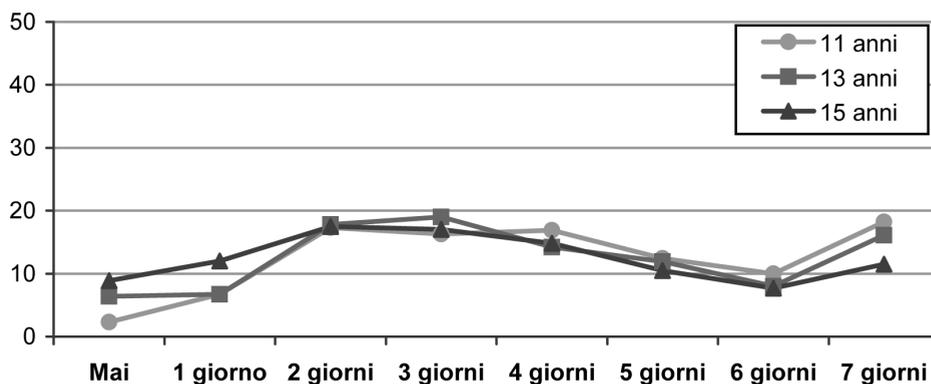
La percentuale di coloro che dichiarano di svolgere attività fisica per 5 o più giorni la settimana (in accoglienza delle raccomandazioni internazionali) è rispettivamente 40,58% a undici anni, 36.01% a tredici anni e 29.75% a quindici anni.

Tabella 4.1: "Negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività sportiva	2,27 (28)	6,37 (84)	8,93 (118)
Un giorno	6,66 (82)	6,67 (88)	12,04 (159)
Due giorni	17,29 (213)	17,82 (235)	17,49 (231)
Tre giorni	16,31 (201)	18,95 (250)	16,96 (224)
Quattro giorni	16,88 (208)	14,18 (187)	14,84 (196)
Cinque giorni	12,42 (153)	11,90 (157)	10,52 (139)
Sei giorni	9,98 (123)	7,96 (105)	7,72 (102)
Sette giorni	18,18 (224)	16,15 (213)	11,51 (152)
Totale	100,0 (1232)	100,0 (1319)	100,0 (1321)

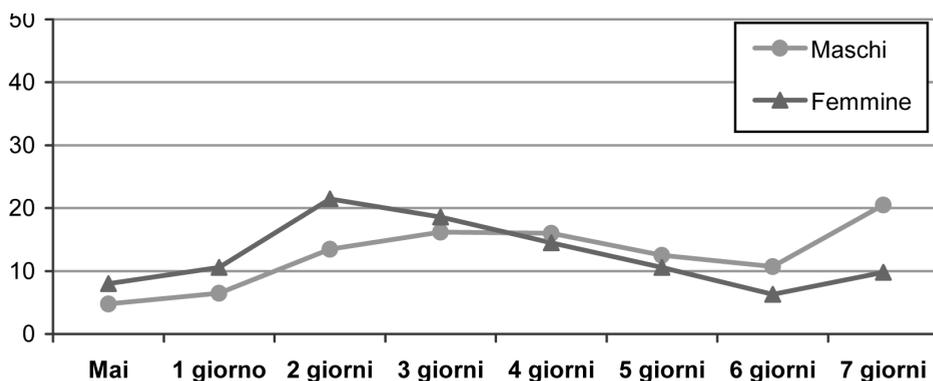
Osservando la figura 4.1, si riscontra un trend in diminuzione con l'età, essendo i ragazzi più grandi a praticare attività fisica con minor assiduità rispetto ai più giovani.

Figura 4.1 - Frequenza dell'attività fisica svolta in una settimana (almeno 60 minuti al giorno), per età



Per quanto riguarda l'appartenenza di genere, i maschi si contraddistinguono per un maggior ricorso all'attività fisica (figura 4.2).

Figura 4.2 - Frequenza dell'attività fisica svolta in una settimana (almeno 60 minuti al giorno), per genere



4.3 Frequenza dell'uso di televisione e computer e nuove forme di comunicazione

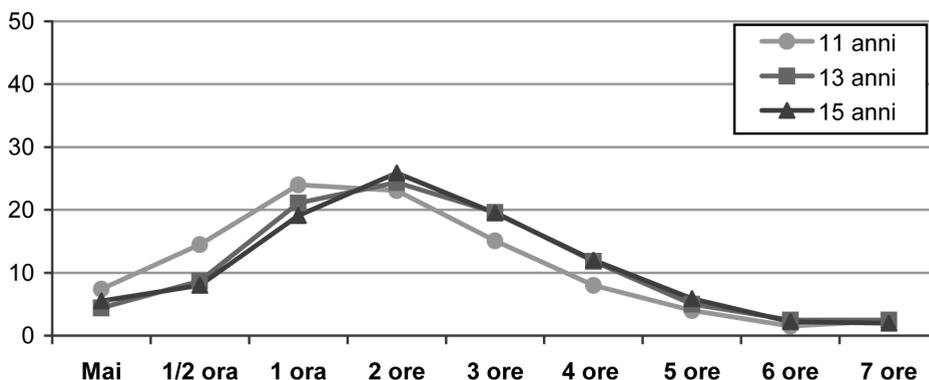
I comportamenti sedentari, descritti dal tempo trascorso a guardare la televisione (tabella 4.2) presentano valori di frequenza nettamente differenziati fra gli undicenni (22% circa di loro passa meno di un'ora davanti al televisore) e i tredicenni e quindicenni (con frequenze di 12% circa).

Tabella 4.2: “Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno guardi la televisione durante i giorni di scuola (videocassette e DVD compresi)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7,39 (91)	4,41 (59)	5,50 (73)
Circa mezzora al giorno	14,54 (179)	8,67 (116)	7,98 (106)
Circa 1 ora al giorno	24,01 (296)	21,08 (282)	19,13 (254)
Circa 2 ore al giorno	23,07 (284)	24,36 (326)	25,90 (344)
Circa 3 ore al giorno	15,11 (186)	19,58 (262)	19,50 (259)
Circa 4 ore al giorno	7,96 (98)	11,81 (158)	11,97 (159)
Circa 5 ore al giorno	3,8 (49)	5,01 (67)	5,87 (78)
Circa 6 ore al giorno	1,54 (19)	2,54 (34)	2,18 (29)
Circa 7 ore al giorno o più	2,36 (29)	2,54 (34)	1,96 (26)
Totale	100,0 (1231)	100,0 (1338)	100,0 (1328)

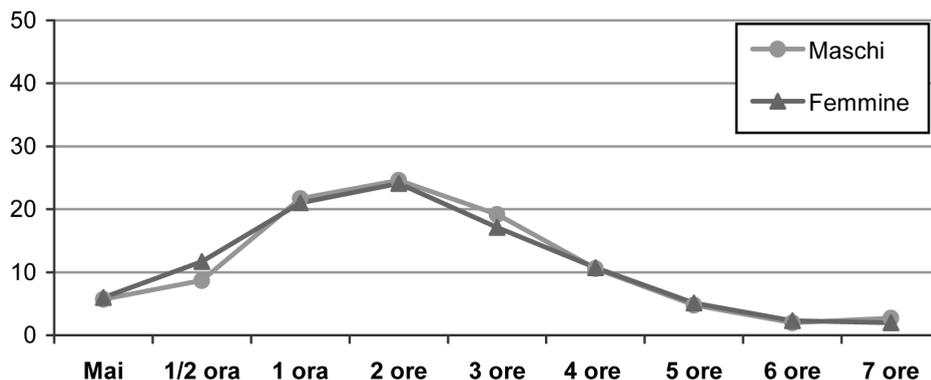
In figura 4.3 si nota che gran parte dei giovani italiani passa da 1 a 3 ore di tempo a guardare la televisione, anche se esiste una discreta percentuale (tra il 16 ed il 22%) che dedica 4 ore o più al giorno, limite di tempo considerato eccessivo a livello internazionale (Currie, 2004).

Figura 4.3 - Frequenza dell'uso della televisione, per età



Dalla figura 4.4 si evince che fra maschi e femmine non ci sono differenze per quanto riguarda l'uso della televisione.

Figura 4.4 - Frequenza dell'uso della televisione, per genere



Nonostante il computer e i giochi elettronici siano ormai molto diffusi, circa il 30% dei giovani a undici e tredici anni e circa il 42% a quindici anni dichiara di non farne mai uso durante il tempo libero (tabella 4.3).

Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili (Xbox, Gamecube ecc.), durante i giorni di scuola?”

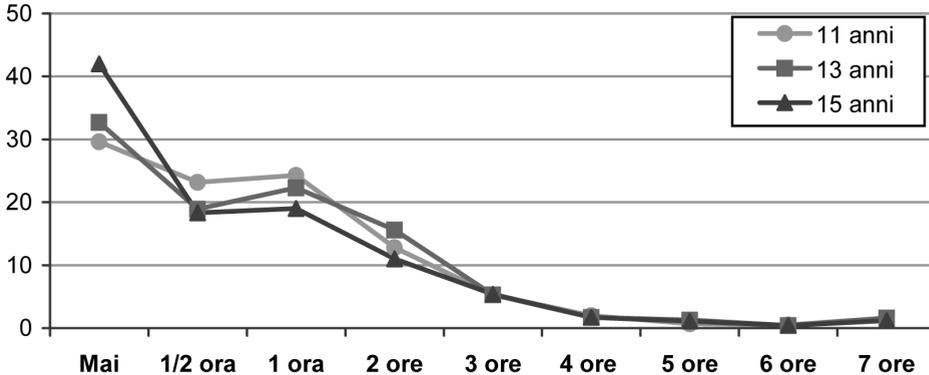
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	29,58 (365)	32,69 (437)	41,97 (559)
Mezzora al giorno	23,18 (286)	18,92 (253)	18,32 (244)
1 ora al giorno	24,31 (300)	22,29 (298)	18,99 (253)
2 ore al giorno	12,80 (158)	15,63 (209)	10,96 (146)
3 ore al giorno	5,27 (65)	5,31 (71)	5,41 (72)
4 ore al giorno	2,03 (25)	1,72 (23)	1,65 (22)
5 ore al giorno	0,73 (9)	1,35 (18)	1,13 (15)
6 ore al giorno	0,49 (6)	0,45 (6)	0,38 (5)
7 ore al giorno	1,62 (20)	1,65 (22)	1,20 (16)
Totale	100,00 (1234)	100,00 (1337)	100,00 (1332)

Dalla figura 4.5 si riscontra che i ragazzi più giovani presentano le frequenze maggiori di utilizzo del computer e giochi elettronici, fino alle tre ore quotidiane; al di sopra di tale limite massimo, anche questo fissato dal protocollo internazionale (Currie, 2004),

non si osservano differenze (circa il 10% in tutte e tre le fasce di età).

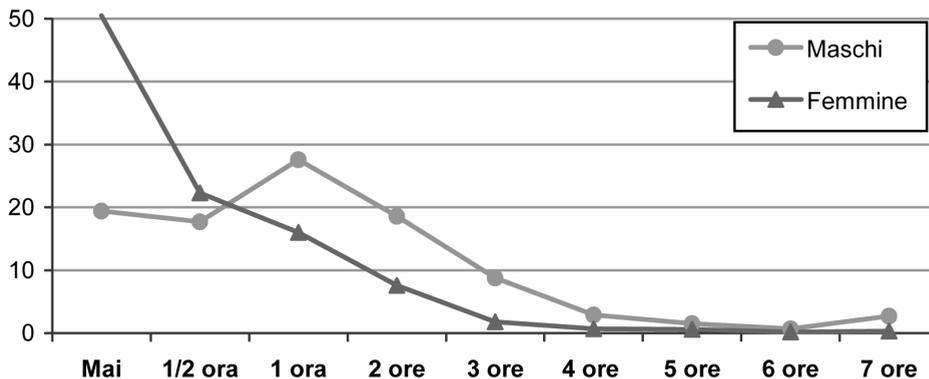
Una seconda informazione, desumibile dalla figura 4.5, riguarda il tempo impiegato per questo tipo di attività da parte dei giovani italiani: la maggioranza spende in media tra la mezz'ora e le due ore al giorno.

Figura 4.5 - "Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili (Xbox, Gamecube ecc.), durante i giorni di scuola?", ragazzi e ragazze per classi d'età



Le differenze più sostanziali relativamente a questo tipo di attività, riguardano l'appartenenza di genere (figura 4.6). Le ragazze dichiarano minor tempo di utilizzo del computer. Difatti nelle fasce basse di utilizzo più del 50% di esse dichiara di non utilizzarlo mai, contro il 20% dei ragazzi, mentre nella fascia di utilizzo più diffusa (da 1 a 4 ore) prevalgano i maschi con valori doppi rispetto alle coetanee; sopra le 4 quattro ore non si evidenziano più differenze.

Figura 4.6 - "Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili (Xbox, Gamecube ecc.), durante i giorni di scuola?", ragazzi e ragazze per genere



4.4 Conclusioni

La percentuale dei ragazzi che superano il limite raccomandato di almeno un'ora di attività fisica al giorno per 5 giorni a settimana è rispettivamente 40,58% a undici anni, 36,01% a tredici anni e 29,75% a quindici anni. All'aumentare dell'età si evidenzia una progressiva diminuzione della pratica di attività fisica, che comunque risulta sempre più diffusa tra i maschi.

Analizzando le attività sedentarie non si evidenziano differenze tra maschi e femmine, ma fra i più giovani (11 anni) e i più grandi (13, 15 anni): il 15,66% degli undicenni, il 21,90% dei tredicenni e il 21,78% dei quindicenni passa il proprio tempo libero davanti alla televisione per 4 ore o più al giorno, limite considerato eccessivo dal protocollo internazionale.

Il tempo passato al computer e con i giochi elettronici è maggiore nei maschi ed il limite massimo di tre ore al giorno, fissato dal protocollo internazionale (Currie, 2004), viene superato da circa il 10% dei ragazzi in tutte e tre le fasce di età.

Cos'è cambiato rispetto al 2002?

La percentuale complessiva di coloro che fanno per più di cinque giorni a settimana almeno un'ora di attività fisica è aumentato sia negli undicenni (da 32,76% a 40,58%) e nei tredicenni (da 31,31% a 36,01%), mentre solo nei quindicenni si è verificata una diminuzione (da 33,28% a 29,75%).

Per quanto riguarda il tempo trascorso davanti alla televisione, è evidente un aumento di coloro che dichiarano di guardarla meno di trenta minuti al giorno (da 19,96% a 21,93% a 11 anni; da 9,51% a 13,08% a 13 anni; da 9,8% a 13,48% a 15 anni).

Bibliografia capitolo 4

Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.

Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekow Rasmussen V. eds. (2004). *Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Department of Health and Ageing. National Physical Activity Guidelines for Adults.

Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.

Garcia A.W., Pender N., Antonakos C.L., Ronis D.L. (1998). Changes in physical activities beliefs and behavior of boy and girl across the transition of junior high school. *Journal of Adolescence Health*, 22 (5), 394-402.

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.

Nelson M.C., Neumark D., Hannan P., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behaviour during adolescence. *Pediatrics*, 118: 1627-1634.

Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.

Welk G.J., Corbin C.B., Dale, D. (2000). Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (2): 59-73.

Zanon L., Celata C., Rossin R., Vialeto S., Sanclemente A., Usai C., Zeppegno P. (1997). I comportamenti a rischio. In Celata C., Cirri M., Zanon L. (a cura di), *Il mondo dell'adolescenza: pensieri, enigmi, provocazioni*. Milano, Franco Angeli.

Capitolo 5:

Abitudini alimentari e immagine corporea

Lazzeri G., Rossi S., Giacchi M.

Abstract

The prevalence of overweight and obesity in children is rapidly increasing in many countries; childhood obesity has been associated with numerous negative health and psychological outcomes (Must, 1999; Smoak, 1999). The recent increase in childhood obesity has focused attention on the important consequences that this phenomenon may have on public health, as an obese child has an increased risk of becoming an obese adult. Correct eating behaviour in adolescence is important not only for promoting physical and intellectual growth, but also for improving future health status.

The last section of the chapter concerns oral health. Oral diseases are common in industrial societies and dental caries are the most frequent dental problem.

Following World Health Organization (WHO) recommendations, age and sex specific Body Mass Index (BMI) classes were calculated according to the cut-offs indicated by the International Obesity Task Force (IOTF).

The overweight prevalence was 19.98% at 11 yrs, 18.44% at 13 yrs and 15.88% at 15 yrs and the obesity prevalence was 3.56%, 2.74%, 2.73% respectively.

The results show that 67.46% of the sample have breakfast 5-7 times a week, while 18.44% at 11yrs, 25.23% at 13 yrs and 28.06% at 15 yrs claimed to never have breakfast.

Tooth brushing is already a regular habit in the younger sample, and appears to consolidate with age.

5.1 Introduzione

L'incremento dell'obesità, sia fra gli adulti che fra i giovani, 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 con conseguente aumento del rischio di sovrappeso o obesità, rappresenta un aspetto particolarmente importante da indagare nei paesi industrializzati.

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

La dimensione culturale ha una notevole influenza sui modelli di consumo alimenta-

re in tutte le età. Nell'adolescenza, in particolare, oltre al ruolo giocato dal contesto familiare acquisiscono particolare importanza il gruppo dei pari e la società.

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) assunti durante la giornata. In tal modo si possono ricostruire alcuni modelli di abitudini alimentari dei giovani per individuare chiari obiettivi per le politiche e i programmi di promozione di stili di vita per la salute.

Inoltre, per poter valutare lo stato nutrizionale, lo studio raccoglie dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) degli adolescenti, tramite le quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) (Cole, 2000).

Il capitolo comprende anche una sezione concernente la percezione soggettiva della propria immagine corporea e il ricorso a regimi dietetici dimagranti.

I modelli di riferimento della nostra società, che esaltano in maniera insistente silhouette sempre più magre, rischiano di influenzare in maniera negativa i comportamenti (non solo alimentari) (Garner, 1993) degli adolescenti.

L'ultima sezione è invece dedicata all'igiene del cavo orale che si è dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (Honkala, 2000), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

5.2 Frequenza della colazione

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

Nella tabella 5.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione. Si osserva che la maggioranza dei ragazzi fa regolarmente (tutti i giorni di scuola) questo primo pasto (71,97% a undici anni, 63,78% a tredici anni e 60,53% a quindici anni); rimane comunque una quota discreta di giovani che cominciano la giornata a digiuno (18,44% degli undicenni, 25,23% dei tredicenni e 28,06% dei quindicenni).

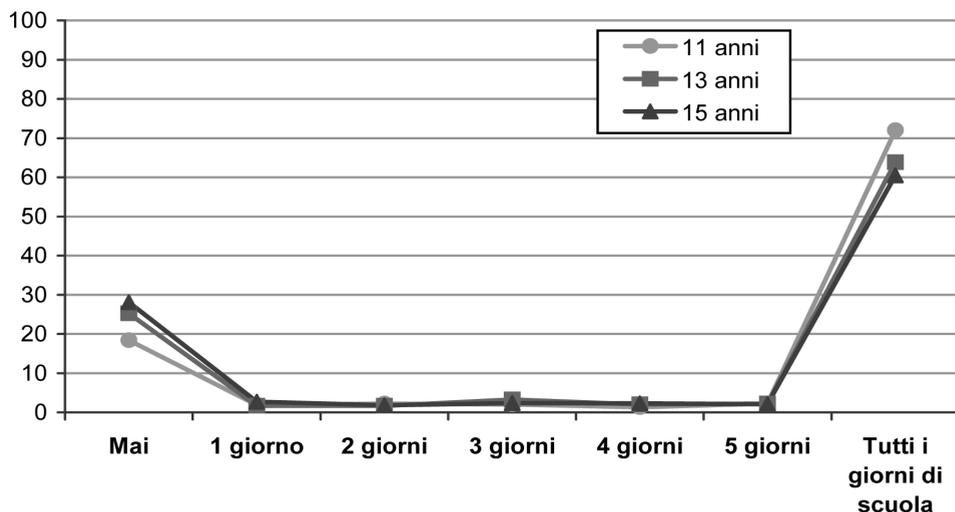
Tabella 5.1: "Di solito quante volte fai colazione (durante i giorni di scuola)?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	18,44 (225)	25,23 (335)	28,06 (369)
Un giorno	1,89 (23)	1,73 (23)	2,74 (36)
Due giorni	2,21 (27)	1,73 (23)	1,83 (24)
Tre giorni	1,97 (24)	3,31 (44)	2,43 (32)
Quattro giorni	1,30 (16)	2,02 (27)	4,41 (30)
Cinque giorni	2,21 (27)	2,18 (29)	2,13 (28)
Tutti i giorni di scuola	71,97 (878)	63,78 (847)	60,53 (796)
Totale	100,00 (1220)	100,00 (1328)	100,00 (1315)

La figura 5.1 evidenzia che la frequenza della colazione diminuisce al crescere dell'età e contemporaneamente aumenta con l'età la percentuale di coloro che dichiarano di non farla mai.

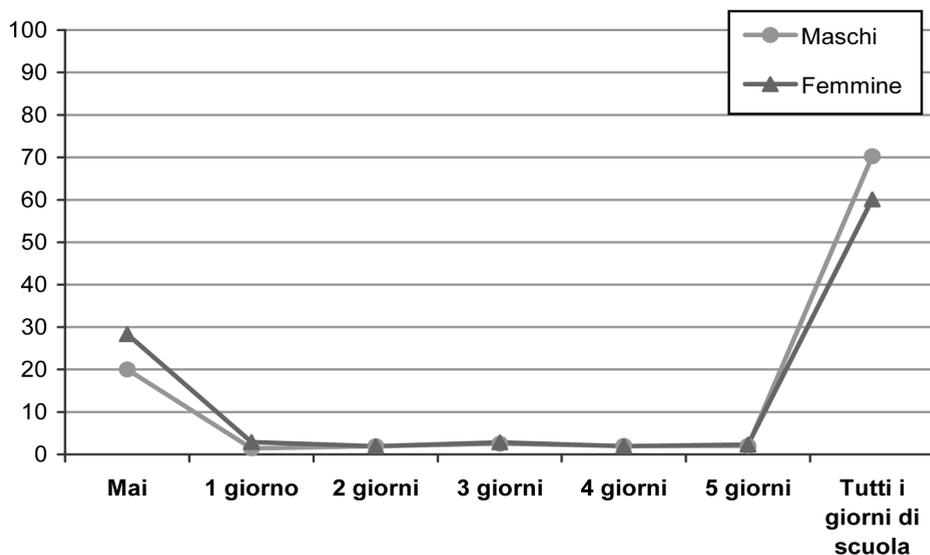
Scarsamente numerosi (10.5% circa) e non differenziati secondo l'età coloro che dichiarano di fare saltuariamente la colazione (tra 1 giorno e 5 giorni la settimana scolastica).

Figura 5.1 - Distribuzione di frequenza di coloro che dichiarano di fare la prima colazione per età



La figura 5.2 non evidenzia particolari differenze di genere nell'abitudine alla colazione, anche se si nota una maggiore frequenza a saltarla completamente nelle femmine rispetto ai maschi (28,3% vs 20%).

Figura 5.2 - Distribuzione di frequenza di coloro che dichiarano di fare la prima colazione per genere



5.3 Consumo frutta e verdura

Frutta e verdura sono alimenti fondamentali per una sana alimentazione, considerato che esiste un larghissimo consenso nel riconoscerne gli effetti positivi sulla salute.

Le fibre possono infatti aiutare a ridurre il rischio di tumore, di malattie cardiovascolari e la comparsa di diabete mellito nell'adulto.

Anche per tali ragioni le linee guida raccomandano il consumo di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura che caratterizzano una corretta alimentazione la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

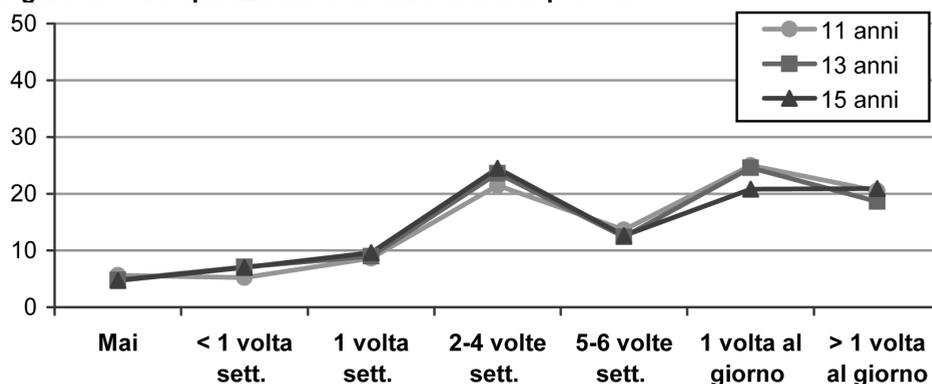
Mettendo insieme i bassi consumi di frutta (non più di una volta alla settimana), la frequenza relativa è di 19,39% a undici anni, 20,83% a tredici anni e 21,24% a quindici anni (tabella 5.2). Al contrario dichiara di consumare frutta per almeno 5 giorni la settimana il 59,13%, il 55,57% e il 54,28% rispettivamente a 11, 13 e 15 anni. Analizzando la risposta "più di una volta al giorno tutti i giorni" le frequenze risultano del 20,52% a 11 anni, del 18,60% a 13 anni e del 20,87% a 15 anni.

Tabella 5.2: "Di solito quante volte a settimana mangi frutta?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	5,60 (69)	4,78 (64)	4,65 (62)
Meno di una volta a settimana	5,19 (64)	7,09 (95)	6,98 (93)
Una volta a settimana	8,60 (106)	8,96 (120)	9,61 (128)
2-4 giorni a settimana	21,49 (265)	23,60 (316)	24,47 (326)
5-6 giorni a settimana	13,63 (168)	12,40 (166)	12,61 (168)
Una volta al giorno tutti i giorni	24,98 (308)	24,57 (329)	20,80 (277)
Più di una volta al giorno tutti i giorni	20,52 (253)	18,60 (249)	20,87 (278)
Totale	100,00 (1233)	100,00 (1339)	100,00 (1332)

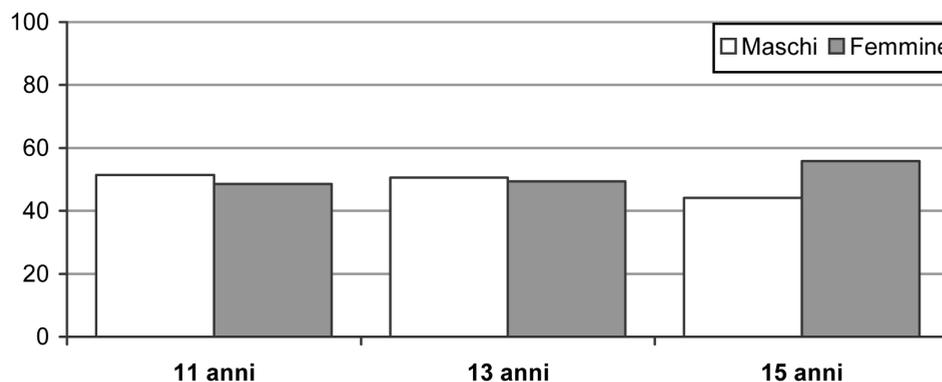
Dall'analisi della figura 5.3 non si evidenziano particolari differenze nelle tre fasce di età.

Figura 5.3 - Frequenza del consumo di frutta per età



I comportamenti più virtuosi, riscontrati in coloro che dichiarano un consumo giornaliero di più di una volta, si distribuiscono pressoché omogeneamente fra i giovani a tutte le età e in entrambi i sessi ad eccezione delle quindicenni che dichiarano di consumare la frutta con maggiore frequenza dei coetanei maschi (figura 5.4).

Figura 5.4: Percentuale della risposta “più di una volta al giorno” del consumo di frutta per età e sesso



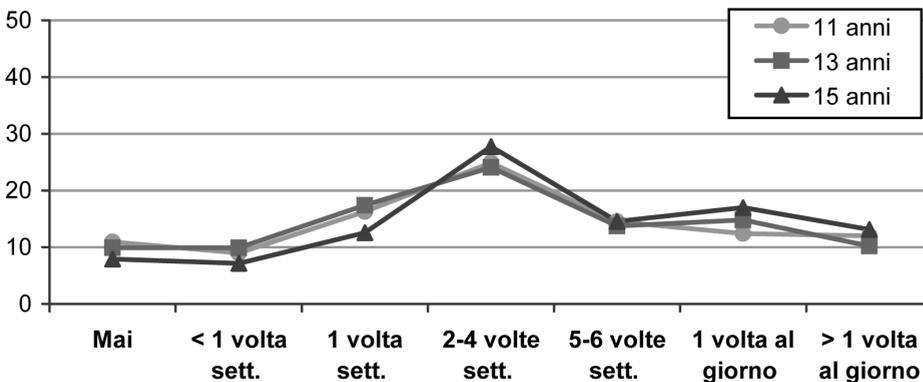
Analizzando i bassi consumi di verdura (non più di una volta alla settimana) la frequenza relativa è di 36,24% a undici anni, 37,22% a tredici anni e 27,62% a quindici anni (tabella 5.3). Al contrario dichiara di consumare verdura per almeno 5 giorni la settimana il 38,91%, il 38,64% e il 44,62% rispettivamente a 11, 13 e 15 anni. Analizzando la risposta “più di una volta al giorno” le frequenze risultano del 12,02% a 11 anni, del 10,16% a 13 anni e del 13,09% a 15 anni.

Tabella 5.3: “Quante volte a settimana mangi verdura?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	10,89 (134)	9,94 (133)	7,90 (105)
Meno di una volta a settimana	9,02 (111)	9,87 (132)	7,15 (95)
Una volta a settimana	16,33 (201)	17,41 (233)	12,57 (167)
2-4 giorni a settimana	24,86 (306)	24,14 (323)	27,77 (369)
5-6 giorni a settimana	14,46 (178)	13,68 (183)	14,52 (193)
Una volta al giorno tutti i giorni	12,43 (153)	14,80 (198)	17,01 (226)
Più di una volta al giorno	12,02 (148)	10,16 (136)	13,09 (174)
Totale	100,00 (1231)	100,00 (1338)	100,00 (1329)

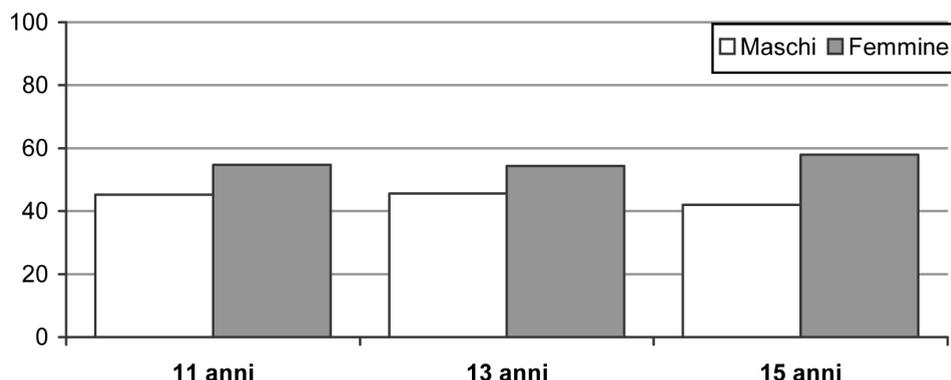
I quindicenni consumano verdura con maggiore frequenza (figura 5.5).

Figura 5.5 - Frequenza del consumo di verdura per età



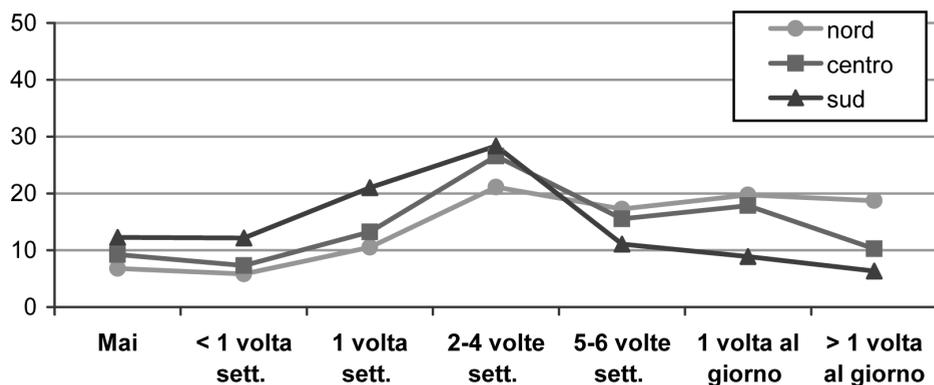
Nonostante le differenze nelle abitudini alimentari non risultino marcate, quelle più corrette caratterizzano di più i quindicenni; in generale sono le femmine a mangiare più verdura a tutte le età ed in particolare le quindicenni presentano le frequenze di consumo più elevate (figura 5.6).

Figura 5.6 - Frequenza di risposta positiva alla risposta “più di una volta al giorno”, sul consumo di verdura per età



L'analisi del trend per aree geografiche (figura 5.7) evidenzia la minore frequenza di consumo settimanale tutti, o quasi, i giorni della settimana nel Sud rispetto al Centro-Nord; i consumi superiori ad una volta al giorno vedono una netta prevalenza del Nord rispetto al Centro-Sud.

Figura 5.7: Frequenza del consumo di verdura per area geografica



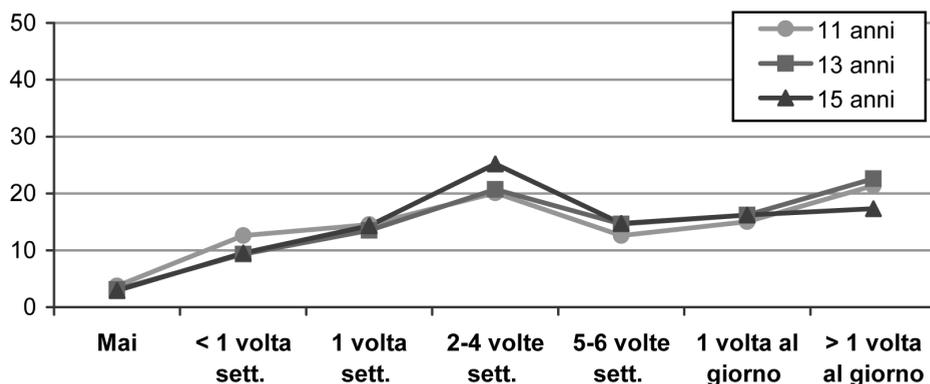
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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. Per quantificarne l'assunzione è stato rilevato il consumo di dolci e bevande gassate. Il 50,0% dei ragazzi dichiara di mangiare dolci almeno 5-6 giorni la settimana, e ben il 20,3% più di una volta al giorno (tabella 5.4).

Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi dolci (caramelle o cioccolato)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3,74 (46)	3,14 (42)	2,85 (38)
Meno di una volta a settimana	12,59 (155)	9,35 (125)	9,47 (126)
Una volta a settimana	14,54 (179)	13,46 (180)	14,27 (190)
2-4 giorni a settimana	20,06 (247)	20,72 (277)	25,24 (336)
5-6 giorni a settimana	12,59 (155)	14,58 (195)	14,73 (196)
Una volta al giorno tutti i giorni	15,03 (185)	16,16 (216)	16,15 (215)
Più di una volta al giorno	21,45 (264)	22,59 (302)	17,28 (230)
Totale	100,00 (1231)	100,00 (1337)	100,00 (1331)

Figura 5.8 - Frequenza del consumo di dolci per età



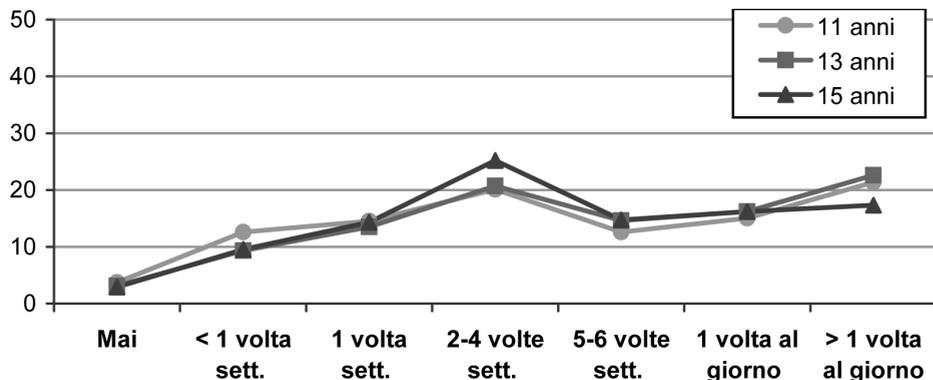
Il frequente consumo di bibite zuccherate coinvolge un'elevata quota di ragazzi. Infatti ben il 41,15% di undicenni, il 44,61%, di tredicenni e il 37,05% di quindicenni ne dichiara l'assunzione per almeno 5-6 giorni alla settimana (tabella 5.5); la frequenza di consumi più elevata (più di una volta al giorno) è così distribuita: 17,53% a undici anni, 20,58%, a tredici anni e 15,93% a quindici anni.

Tabella 5.5: "Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	7,22 (89)	5,01 (67)	7,89 (105)
Meno di una volta a settimana	14,61 (180)	13,10 (175)	15,93 (212)
Una volta a settimana	18,51 (228)	16,24 (217)	18,63 (248)
2-4 giorni a settimana	18,51 (228)	21,03 (281)	20,51 (273)
5-6 giorni a settimana	13,64 (168)	12,20 (163)	11,80 (157)
Una volta al giorno tutti i giorni	9,98 (123)	11,83 (158)	9,32 (124)
Più di una volta al giorno	17,53 (216)	20,58 (275)	15,93 (212)
Totale	100,00 (1232)	100,00 (1336)	100,00 (1331)

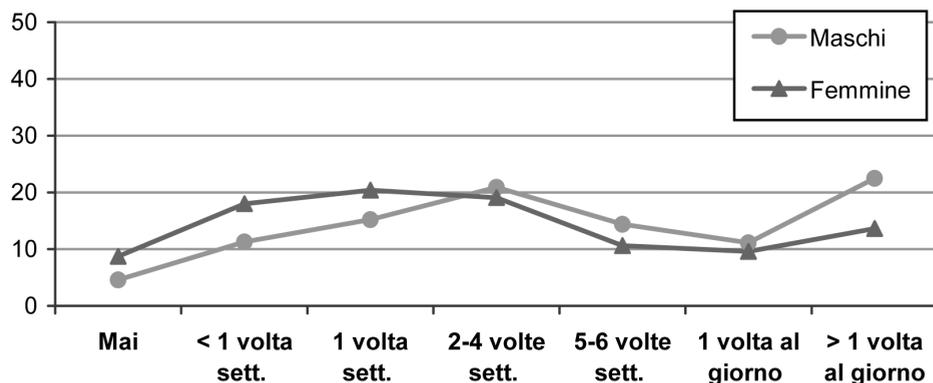
La figura 5.9 mostra un andamento abbastanza sovrapponibile nelle diverse età, con un leggero picco a tredici anni per i consumi più elevati.

Figura 5.9 - Frequenza del consumo di bibite zuccherate per età



Se prendiamo in considerazione le differenze di genere si evidenzia che i maschi bevono bibite gassate più delle femmine (figura 5.10).

Figura 5.10 - Frequenza del consumo di bibite zuccherate per genere



5.5 Stato nutrizionale

In questo paragrafo vengono presi in esame i dati sui valori antropometrici (peso e altezza) auto-riferiti e sull'auto-percezione della propria immagine corporea. Per individuare le frequenze di sovrappeso e obesità abbiamo utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC, Kg/m²), l'indicatore epidemiologico riconosciuto a livello internazionale per valutare lo stato nutrizionale. I cut-off di riferimento per l'età evolutiva sono quelli pubblicati da T.J. Cole e adottati dall'OMS.

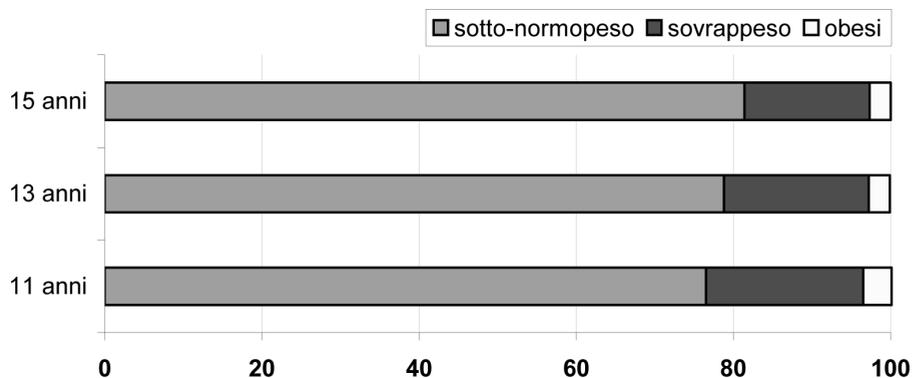
Osservando la tabella 5.6 si nota che nelle tre le classi di età considerate la maggior parte dei giovani risulta essere sotto/normopeso (76,46% a undici anni, 78,82% a tredici anni e 81,40% a quindici anni). I valori del sovrappeso sono rispettivamente 19,98%, 18,44 e 15,88% da 11 a 15 anni e quelli dell'obesità 3,64%, 2,72% e 2,68%. La somma delle frequenze relative del sovrappeso e obesità sommate danno valori di 23,54%, 21,18% e 18,61% rispettivamente.

Tabella 5.6: Valutazione dello stato nutrizionale in base all'Indice di Massa Corporea, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sotto/normopeso	76,46 (838)	78,82 (949)	81,40 (1015)
Sovrappeso	19,98 (219)	18,44 (222)	15,88 (198)
Obesi	3,56 (39)	2,74 (33)	2,73 (34)
Totale	100,00 (1096)	100,00 (1204)	100,00 (1247)

L'andamento del sovrappeso e dell'obesità con l'aumentare dell'età, descritto dalla figura 5.11, evidenzia la diminuzione del sovrappeso e l'aumento del sotto/normopeso.

Figura 5.11 - Distribuzione classi IMC per fascia di età 2006



Evidenti differenze di genere emergono dalla lettura delle figure 5.12, 5.13 e 5.14.

Generalmente i maschi sono più grassi delle femmine, specialmente a quindici anni di età, quando il 23,14% dei maschi risulta sovrappeso contro il 8,42% delle femmine, e il 3,5% contro il 2,00 delle femmine, risulta superare la soglia dell'obesità.

Figura 5.12 - Classi IMC per genere a 11 anni

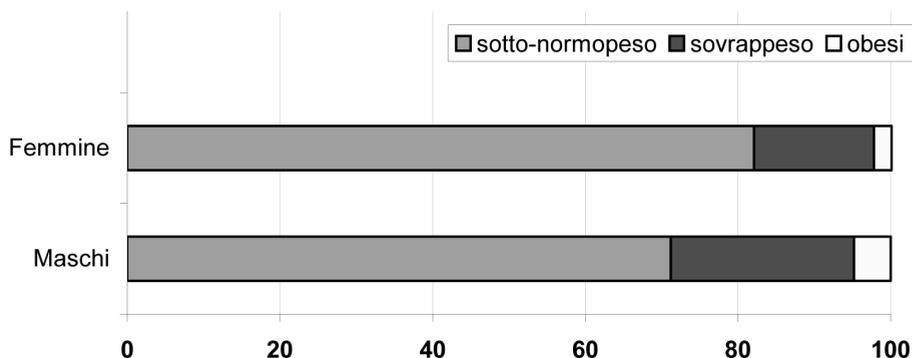


Figura 5.13 - Classi IMC per genere a 13 anni

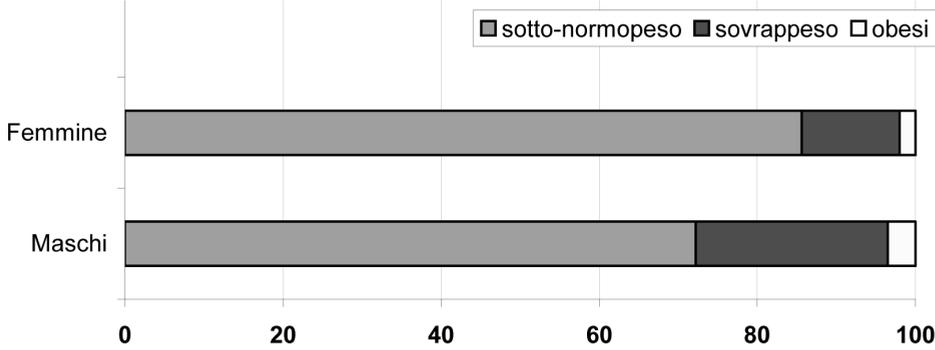
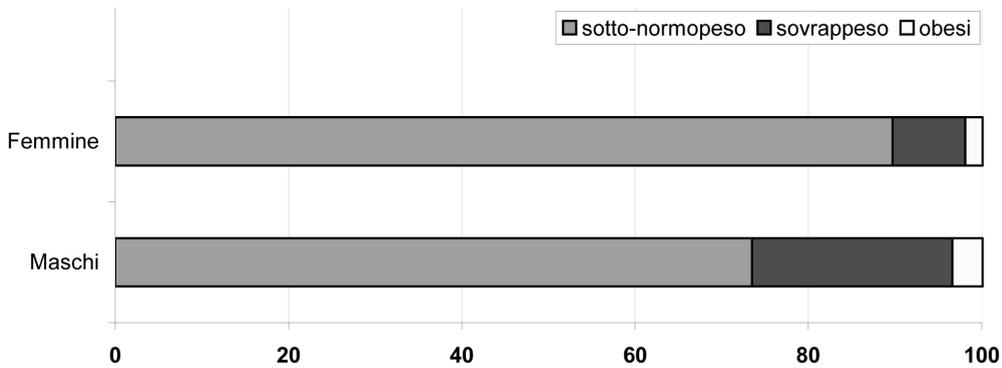
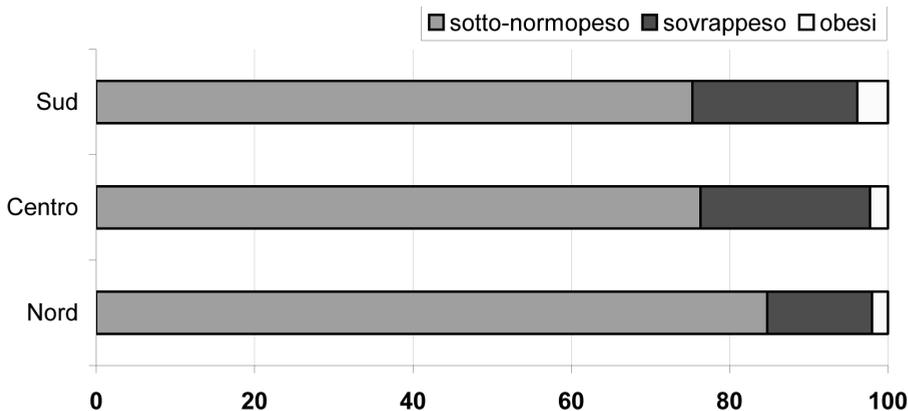


Figura 5.14 - Classi IMC per genere a 15 anni



L'analisi della distribuzione per area geografica delle frequenze di sovrappeso e di obesità nel campione complessivo (figura 5.15), evidenzia un andamento crescente del sovrappeso, dal Nord (13,26%), al Sud (20,82%) e al Centro (21,39%) e dell'obesità, dal Nord (1,99%), al Centro (2,27%) e al Sud (3,87%).

Figura 5.15 - Classi IMC per area geografica



5.6 Percezione della propria immagine corporea

In questo paragrafo vengono descritti i dati relativi alla percezione soggettiva della propria immagine corporea e l'adozione di regimi dietetici restrittivi.

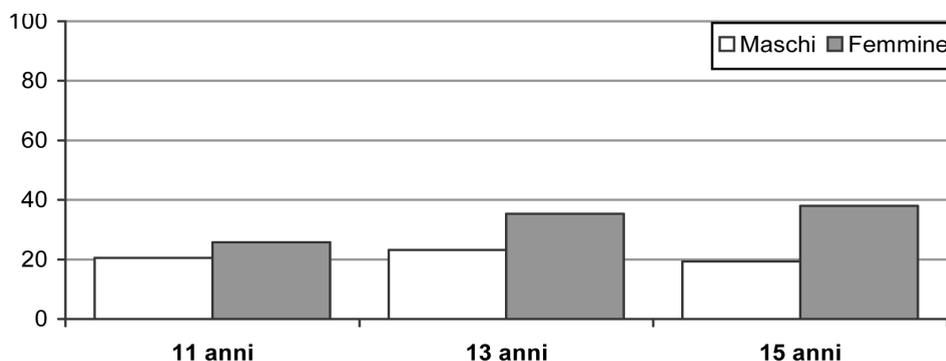
Dalla tabella 5.7 si nota che nelle tre le classi di età considerate meno del 2% in tutte le età si ritiene "decisamente" troppo magro (1,94%, 1,77% e 1,36% rispettivamente a undici, tredici e quindici anni); maggiore differenziazione fra le età si registra rispetto a quanti si ritengono "un pò" troppo magro (11,43%, 7,92% e 8,55% rispettivamente a undici, tredici e quindici anni); complessivamente la maggioranza si dichiara normo/sottopeso (76,77% a undici anni, 70,64% a tredici anni e 71,48% a quindici anni); coloro che pensano che di essere "troppo" grassi sono rispettivamente il 21,15%, 27,36% e 25,72% da 11 a 15 anni, infine quelli che si ritengono "decisamente" troppo grassi il 2,11%, 2,00% e 2,80%. Raggruppando le risposte "troppo" e "decisamente troppo" grassi le frequenze relative risultano di 23,26%, 29,36% e 28,52% rispettivamente.

Tabella 5.7: "Pensi che il tuo corpo sia...."

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Decisamente troppo magro	1,94 (24)	1,77 (23)	1,36 (18)
Un pò troppo magro	11,43 (141)	7,92 (103)	8,55 (113)
Più o meno della taglia giusta	63,37 (782)	60,95 (793)	61,57 (814)
Un pò troppo grasso	21,15 (261)	27,36 (356)	25,72 (340)
Decisamente troppo grasso	2,11 (26)	2,0 (26)	2,80 (37)
Totale	100,00 (1234)	100,00 (1301)	100,00 (1322)

Tra coloro che si ritengono "troppo" e "decisamente" grassi (figura 5.16), si osserva una maggiore frequenza nelle femmine con il crescere dell'età (25,8%, 35,3% e 38%) e una riduzione di quelle nei maschi (20,5%, 23,2% e 19,3%).

Figura 5.16 - Frequenza di coloro che si sentono grassi, per età e genere



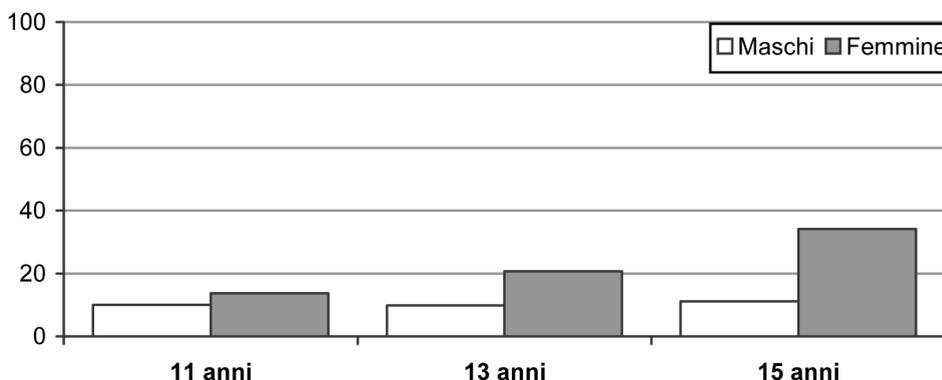
Osservando la tabella 5.8, vediamo che il 49,76% degli undicenni, il 45,53% dei tredicenni e il 40,32% dei quindicenni dichiarano di ritenere il proprio peso corretto e quindi di non stare attuando restrizioni alimentari; mentre il 26,98%, il 30,77% e il 28,11% rispettivamente afferma che dovrebbe farlo, in quanto ha qualche chilo di troppo; infine si evidenzia una notevole differenza fra i quindicenni, che dichiarano nel 22,46% dei casi di stare facendo una dieta per dimagrire, e gli undicenni 15,35% e tredicenni 11,79%.

Tabella 5.8: “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	49,76 (616)	45,53 (611)	40,32 (535)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	26,98 (334)	30,77 (413)	28,11 (373)
No, ma dovrei mettere su qualche chilo	11,47 (142)	8,35 (112)	9,12 (121)
Si	11,79 (146)	15,35 (206)	22,46 (298)
Totale	100,00 (1238)	100,00 (1342)	100,00 (1327)

Tra coloro che dichiarano di essere a dieta (figura 5.17), sono le femmine a presentare le frequenze più elevate, progressivamente a tutte le età, specialmente a quindici anni quando la differenza raggiunge il 23% (34,1% vs 11,1%).

Figura 5.17 - Frequenza di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere



5.7 Igiene orale

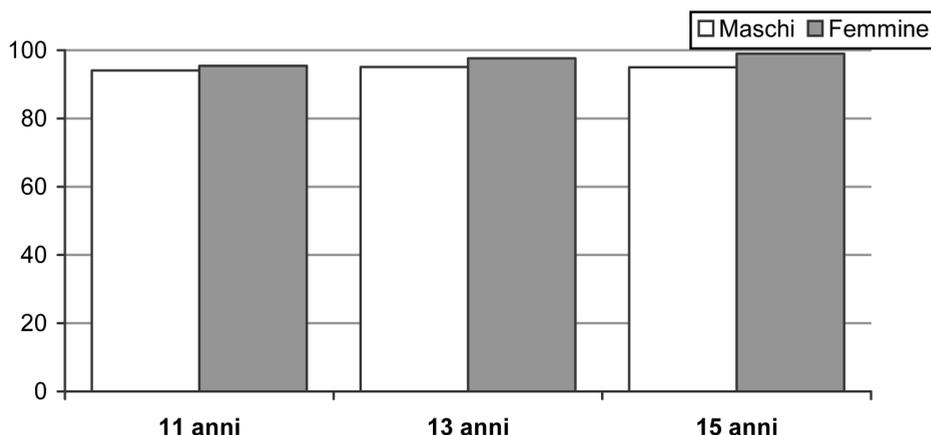
L'abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno è dichiarata dal 96,06% del campione, con un incremento al crescere dell'età: 94,76% negli undicenni, 96,43% nei tredicenni e 97,0% nei quindicenni (tabella 5.9).

Tabella 5.9: "Quante volte ti lavi i denti?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	67,79 (842)	74,52 (1000)	77,96 (1040)
Una volta al giorno	26,97 (335)	21,91 (294)	19,04 (254)
Almeno una volta a settimana ma non tutti i giorni	3,86 (48)	2,31 (31)	1,57 (21)
Meno di una volta a settimana	0,89 (11)	0,60 (8)	0,52 (7)
Mai	0,48 (6)	0,67 (9)	0,90 (12)
Totale	100,00 (1242)	100,00 (1342)	100,00 (1334)

La propensione alla regolare igiene orale interessa ugualmente maschi e femmine, anche se nel complesso sono le femmine a dichiarare una maggiore frequenza di pulizia (figura 5.18).

Figura 5.18 - Percentuale di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al giorno per età e genere



5.8 Conclusioni

Nel complesso l'immagine che emerge circa le abitudini alimentari dei ragazzi italiani mette in evidenza la necessità di sviluppare programmi ed azioni concrete di promozione della salute mettendo in grado i giovani di correggere alcuni comportamenti a rischio e di adottare stili alimentari sani.

In sintesi dall'analisi dei dati del presente capitolo, complessivamente intesi, risulta che:

un giovane su quattro propende a saltare la prima colazione; solamente il 20% consuma la frutta e l'11% la verdura, più volte al giorno, a fronte di cinque porzioni giornaliere raccomandate; più del 25% del campione consuma bevande zuccherate e circa il 35% mangia dolci almeno una volta al giorno.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale si evidenzia che il 20% dei giovani si trova in un stato di sovrappeso (sovrappeso più obesità) con una netta predominanza da parte dei maschi.

Per quanto riguarda la percezione della propria immagine corporea confrontata con l'IMC da noi calcolato, soprattutto i tredicenni e quindicenni, ed in particolare il genere femminile, sottostimano di circa il 10% il proprio stato nutrizionale. In aggiunta, le quindicenni si definiscono grasse nel 28,5% dei casi, dichiarano di sottoporsi a dieta per dimagrire nel 34,1% dei casi, mentre dalla valutazione tramite l'IMC risulta il 10,4% di sovrappeso complessivo.

Infine, l'abitudine a lavarsi i denti risulta ben radicata già nei più giovani e si consolida con l'età.

Cos'è cambiato rispetto al 2002?

Rispetto alla rilevazione precedente si registrano aumenti in tutte le fasce di età, nell'ordine di tre punti percentuali per la frutta e di due punti per la verdura, consumate più di una volta al giorno.

Non si sono verificate modifiche delle frequenze relative allo stato nutrizionale negli undicenni, mentre nelle altre due classi di età si è verificato una diminuzione di circa 4 punti percentuali delle frequenze di sovrappeso complessivo.

Bibliografia capitolo 5

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 TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*;320(7244):1240-3.

Dietz WH. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity - what do you need to learn? *J Nutr*,127:S1884-6.

Garner D.M. (1993), Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341:1631-1635. HBSC (2001). *Research Protocol*, www.hbsc.org .

Honkala et al. (2000). A case 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. Miles G., Eid S. (1997). The dietary habits of young people. *Nursery Times*, 93:46-48.

Must A, Strauss RS. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Meta b Disord*, 23:S2- S11.

Neumark S.D., Story M. (1997). Recommendations from overweight youth regarding school-based weight control programs. *Journal of School Health*, 67:428-433

Smoak C.G., Burke G.L., Webber L.S., Harsha D.W., Srinivisan S.R., Berenson G.S. (1999). Relation of obesity to clustering of cardiovascular disease risk factors in children and young adult. *American Journal of Epidemiology*, 125 (3):364-372.

■ Capitolo 6:

Comportamenti a rischio

Borraccino A., Zambon A., Dalmasso P., Cavallo F., Lemma P.

Abstract

This chapter addresses one of the most delicate themes concerning adolescence: risk behaviours. During this particular age social relationships change consistently and peers become more and more important. Usually risk behaviours involve the use, and sometimes abuse, of legal and illegal substances such as tobacco, marijuana, alcohol and other psychoactive substances.

The reduction of substance consumption is a priority among health promotion strategies around the world. WHO has inserted these goals among the health objectives for the 21st century. Other risk behaviours concern sexual or violent behaviours.

In our country we observe that the majority of children are smoke free at 11 years (97.4%) but the percentage of smokers increases with age independently from gender. At the age of 15, 26% are smokers and half of these declare that they smoke every day.

Regarding alcohol consumption, 50% of the pupils interviewed claim to drink alcohol beverages; this percentage increases to 83% for 15-year-olds. This phenomenon, unlike smoking behaviour, is more common in male than in female adolescents, with the exception of 15-year-olds in southern Italy.

Illicit drugs consumption (cannabis in particular), investigated only among older boys and girls, involves 20% of the selected sample. This phenomenon involves a high majority of males, especially in southern Italy.

Regarding sexual behaviour, 24% of the interviewed claim to have experienced sexual intercourse (for the great majority during the last year), but only 73% of them also declared to have used a prophylactic during their last sexual intercourse, with a higher frequency in males than in females.

Injuries among adolescents are frequently related to violent behaviour. Less than 50% of the sample claim to have been injured during the last 12 months, with a slight gender difference. Violent behaviours seem to be more frequent in the younger group (45% in the 11y.o. group vs 35% in the oldest group).

In conclusion, the picture emerging from our sample can be considered in line with literature findings. The number of smokers is increasing dramatically, espe-

cially among the older group, and alcohol consumption seems to be normal behaviour even among the younger group. Our findings also show that adolescents are sexually vulnerable, and in need of basic information about safe sexual behaviour.

6.1 Introduzione

In questa sezione del rapporto sono riportati i risultati relativi alle risposte ottenute in una delle tematiche più delicate per la salute in età adolescenziale: i comportamenti a rischio. È questa la fase della crescita in cui ragazzi subiscono i cambiamenti più radicali, nella sfera delle relazioni sociali, come anche a livello psicologico individuale; il gruppo dei pari acquisisce sempre più importanza, ed aumenta per questo la probabilità di manifestare comportamenti (positivi o negativi) che possono avere ripercussioni sulla salute (Di Clemente, 1996).

I comportamenti a rischio, comunemente, comprendono l'uso e l'abuso di sostanze legali come il tabacco o l'alcol, oppure il consumo di sostanze illecite (ad esempio la cannabis o altre sostanze psicoattive). In questa pubblicazione vengono considerati comportamenti a rischio anche i comportamenti violenti e le scelte che riguardano la sfera sessuale.

6.2 Uso di sostanze

Nel periodo preadolescenziale, e per tutta l'adolescenza, i ragazzi attribuiscono una crescente importanza alle relazioni sociali. Il gruppo si costituisce attorno ad una serie di rituali codificati ed i ragazzi spesso si riconoscono in alcuni comportamenti condivisi. Frequentemente è proprio all'interno del gruppo che i giovani sono iniziati al fumo e all'uso di altre sostanze.

Il consumo di sostanze stupefacenti ed il loro effetto sulla salute individuale, come ampiamente documentato in letteratura internazionale, è uno tra i problemi prioritari di Salute Pubblica nell'età adolescenziale. Oltre agli effetti sulla salute a breve o a lungo termine, infatti, (effetti che vanno dalla mortalità per incidenti droga-correlati a quelli legati all'insorgenza di patologie tumorali), devono essere considerati anche altri effetti del consumo, quali ad esempio i disordini familiari o relazionali così come altri problemi di ordine economico sia individuale che sociale (Di Clemente, 1996; WHO, 1998; WHO 2005).

La riduzione nel consumo delle sostanze è uno degli obiettivi prioritari nelle strategie preventive nella promozione della salute per l'età adolescenziale. Sono sempre più numerose, infatti, le iniziative sviluppate con l'obiettivo di promuovere moderazione nel consumo di alcolici, di ridurre il numero di fumatori ed il consumo di tabacco (WHO, 2005).

6.2.1 Il fumo

Il consumo di tabacco, responsabile di oltre quattro milioni di decessi ogni anno nel mondo, continua ad essere una delle minacce più grandi per la salute dell'uomo (Health 21, 1999). Il fumo di tabacco è correlato ad alcune delle malattie invalidanti più frequenti di questo secolo, dalle patologie cardio-circolatorie all'insorgenza di alcuni tumori come quello del polmone, della laringe e dell'esofago. Il basso peso alla nascita, alcune condizioni patologiche infantili come la SID (Sudden Infant Death Syndrome) o più semplicemente alcune tra le più comuni allergie in età infantile, sono imputabili al consumo di tabacco durante la gravidanza (WHO, 1998).

L'abitudine al fumo inizia già in età adolescenziale e perdura, nella maggior parte dei soggetti, per tutto l'arco della vita. È questo, infatti, uno dei periodi più delicati dello sviluppo. In questa fase prendono forma alcune scelte che possono condizionare gli anni a venire. È questo dunque il periodo nel quale dovrebbero essere intraprese alcune delle iniziative più importanti per la salute della comunità. Per tale ragione la valutazione dell'estensione del fenomeno è un passo necessario e imprescindibile nella definizione di politiche efficaci.

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se fumano e, nel caso di risposta affermativa, con quale frequenza (tutti i giorni, almeno una volta alla settimana o di meno). In tabella 6.1 sono riportati i risultati del campione sul consumo di tabacco.

La maggioranza dei ragazzi, in ciascuna delle fasce d'età considerate, dichiara di non fumare. La percentuale di non fumatori, però, si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 97.4% degli undicenni al 73.4% dei quindicenni. La frequenza di ragazzi che dichiarano di fumare ogni giorno cresce in misura evidente nel passaggio tra i 13 ed i 15 anni di età attestandosi, per i più grandi, intorno al 14%. Non si osservano differenze di genere nelle tre fasce d'età.

Tabella 6.1: "Attualmente quanto spesso fumi sigarette?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni Giorno	0.32 (4)	2.25 (30)	13.89 (185)
Almeno una volta a settimana	0.48 (6)	3.52 (47)	5.93 (79)
Meno di una volta a settimana	1.77 (22)	4.19 (56)	6.76 (90)
Non fumo	97.42 (1208)	90.04 (1203)	73.42 (978)
Totale	100,00 (1240)	100,00 (1336)	100,00 (1332)

Nella figura 6.1 e nella figura 6.2 sono state riportate le distribuzioni per area geografica dei ragazzi che dichiarano di non fumare, e di fumare quotidianamente. Entrambe le figure sono limitate ai soli quindicenni. Complessivamente possiamo osservare una maggiore proporzione di non fumatori al sud Italia, rispetto alle rimanenti aree geografiche, con minime differenze nei due sessi. È nella figura 6.2 che emergono differenze interessanti nella distribuzione dei fumatori nei due sessi, nelle tre zone in studio. Le ragazze del nord (34%) e del centro Italia (45%), a differenza di quanto accade al sud, fumano di più di più dei loro coetanei.

Figura 6.1 - Percentuale di coloro che dichiarano di non fumare per area geografica e genere, solo quindicenni (N=978)

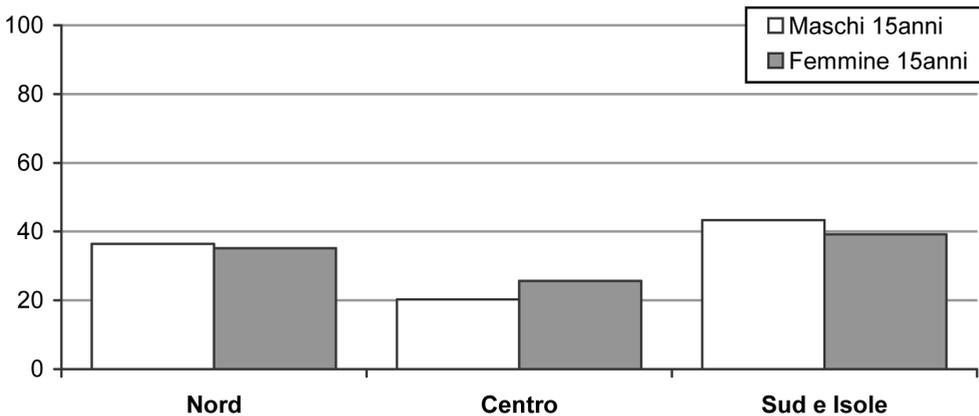
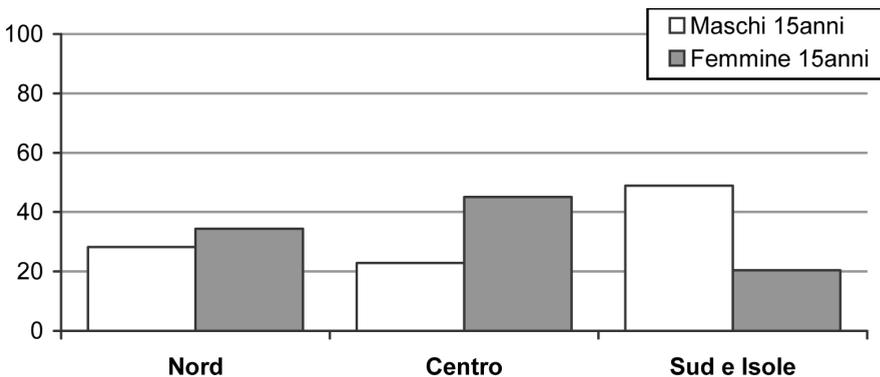


Figura 6.2 - Percentuale di coloro che dichiarano di fumare ogni giorno, per area geografica e genere (N=185), tra i soli quindicenni



6.2.2 L'alcol

L'alcol viene consumato, nelle sue forme più diverse, in quasi tutto il mondo. I comportamenti legati alla bevanda variano però nei diversi contesti culturali. Talvolta si consuma alcol a scopi celebrativi, altre volte il consumo si inserisce all'interno di un normale regime alimentare. Anche se è stato più volte dimostrato come un consumo moderato possa ridurre, in alcune categorie di soggetti, il rischio di infarto o ictus cerebrale (Casswell, 1997; Faggiano, 2001), gli effetti dell'abitudine al consumo ed il danno associato all'abuso costituiscono ancora un importante problema di salute pubblica (Zureik, 1996).

Il consumo di alcol tra gli adolescenti è un fenomeno da non sottovalutare in quanto è in questa età che si acquisiscono modelli di consumo che verosimilmente verranno mantenuti in età adulta. Più precisamente sembra esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Altri autori, invece, considerano il consumo di alcol nei giovani come una fase del percorso culturale dell'adolescente, senza che questo diventi un problema nell'età adulta (Engels, 1999). In questo caso, secondo Engels, la frequenza di consumo sarebbe solo un indicatore di abitudini alimentari o comportamentali scorrette.

Obiettivo di questo paragrafo è descrivere la frequenza del consumo di alcolici indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Nella tabella 6.2 viene riportata la frequenza complessiva di consumo di alcol. La domanda comprende bevande di diversa natura quali superalcolici, birra, vino e *alcopops* (alcolici di nuova generazione a tasso alcolico ridotto e a maggior contenuto zuccherino).

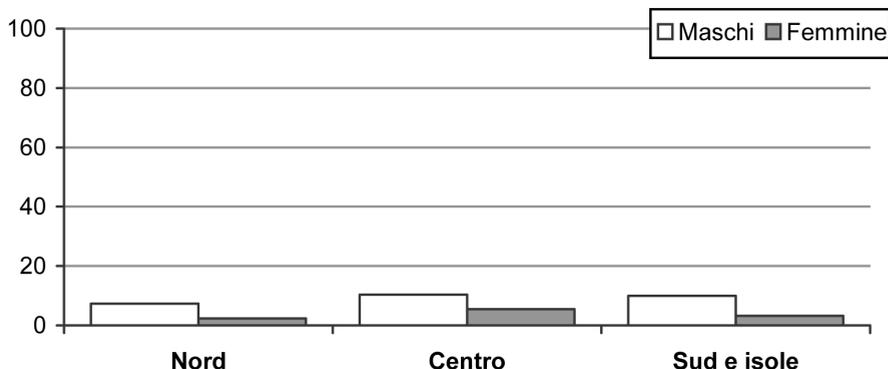
La percentuale di ragazzi che dichiara di consumare bevande alcoliche quotidianamente cresce al crescere delle età, dal 4% degli undicenni a poco meno del doppio nei 15enni. Il consumo settimanale segue un'analogia distribuzione ma con un incremento più evidente nel passaggio tra una fascia d'età e la successiva. La percentuale di ragazzi che non consumano bevande alcoliche si riduce notevolmente da poco più del 50,5% nei più giovani al 16,6% nei quindicenni.

Tabella 6.2: "Attualmente, con che frequenza bevi alcolici tipo vino, birra, alcopops o superalcolici?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	4.43 (55)	6.03 (81)	8.39 (112)
Ogni settimana	5.15 (64)	14.15 (190)	30.41 (406)
Ogni mese	3.46 (43)	7.89 (106)	10.49 (140)
Raramente	35.43 (440)	44.53 (598)	34.08 (455)
Mai	51.53 (640)	27.4 (368)	16.63 (222)
Totale	100,00 (1242)	100,00 (1343)	100,00 (1335)

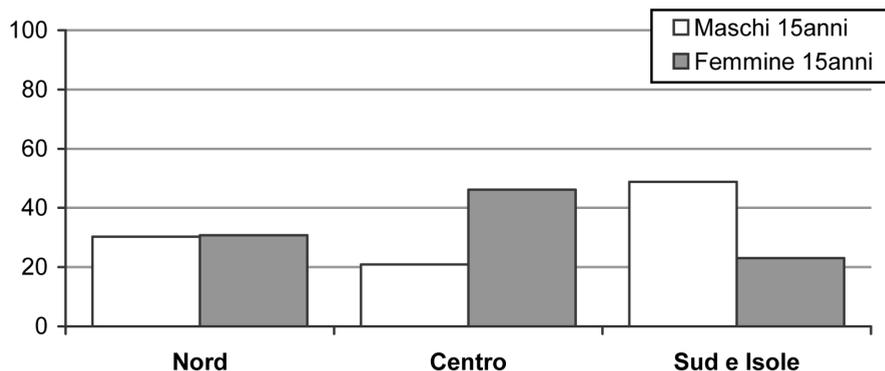
Nella figura 6.3 non si apprezzano grosse differenze per le tre aree geografiche, anche la distribuzione del consumo di alcol per genere è costante lungo tutta la penisola.

Figura 6.3 - Percentuale di coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno, per area geografica e genere



È nella fascia d'età più adulta che invece si osservano le variazioni più consistenti. Nella figura 6.4 è stata riportata la distribuzione dei consumi per sesso e per area geografica, nel gruppo dei soli 15enni. A differenza di quanto accade nel nord dell'Italia, in cui la percentuale di bevitori abitudinari si assesta complessivamente intorno al 30%, è nel centro e nel sud Italia che emergono i contrasti più interessanti. Le ragazze del centro Italia (46.1% di consumatrici vs 20% nei maschi) ed i ragazzi del sud (48.8% vs 23% delle ragazze) sono, infatti, molto differenti dai loro coetanei, i quali dichiarano un consumo nettamente inferiore.

Figura 6.4 - Percentuale di coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno, per area geografica e genere, solo quindicenni



Nella tabella 6.3 sono riportati i risultati relativi alla domanda "quante volte hai bevuto"

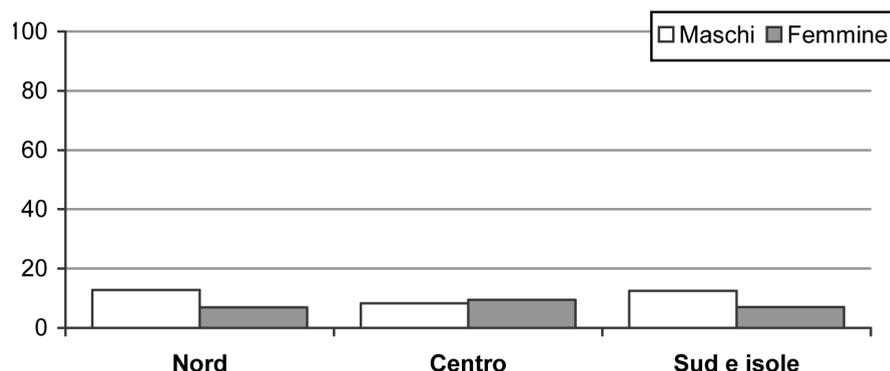
to tanto da essere davvero ubriaco?” per le tre fasce di età in studio. La maggior parte dei ragazzi dichiara di non aver mai bevuto al punto da ubriacarsi, ma tale percentuale si riduce al crescere delle età, a partire da circa un 90% degli undicenni a poco meno del 65% nei ragazzi più grandi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	89.98 (1104)	81.21 (1089)	64.76 (862)
Una Volta	7.42 (91)	13.35 (179)	15.18 (202)
2-3 Volte	1.79 (22)	3.95 (53)	12.47 (166)
4-10 Volte	0.41 (5)	0.52 (7)	3.76 (50)
Più di 10 volte	0.41 (5)	0.97 (13)	3.83 (51)
Totale	100,00 (1227)	100,00 (1341)	100,00 (1331)

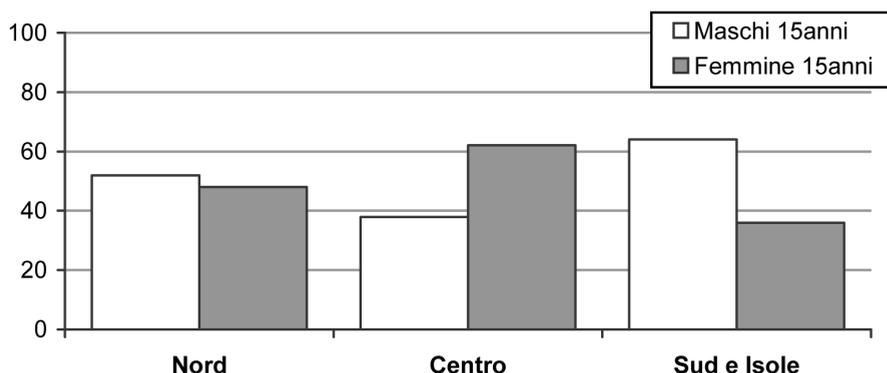
La figura 6.5 analizza il fenomeno nel gruppo di ragazzi che dichiara di aver sperimentato l'ubriachezza due o più volte nel corso della vita, escludendo in questo modo il caso fortuito o la semplice sperimentazione. Il fenomeno interessa circa il 12% dei ragazzi ed il 7% delle ragazze nel nord e sud Italia, invertendo le differenze di genere al centro Italia.

Figura 6.5 - Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più nel corso della vita, per area geografica e genere, tutte le età



Complessivamente il numero di episodi di ubriachezza mostra un andamento analogo nelle tre aree geografiche, e cresce con il crescere delle età. Come già osservato in precedenza, però, è nei ragazzi più grandi che il fenomeno prende consistenza. In figura 6.6 sono riportate le differenze per età e per area geografica nei soli 15enni che hanno dichiarato di essere stati ubriachi per 2 o più volte nella vita. Come per il consumo di alcolici anche il bere eccessivo è un fenomeno maggiormente diffuso nelle ragazze del centro (62%) e nei ragazzi del sud Italia (64%). Al nord, senza grosse differenze di genere, circa il 50% dei 15enni dichiara di essersi ubriacato 2 o più volte.

Figura 6.6 - Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per area geografica e genere, solo quindicenni



6.2.3 Cannabis

L'uso di droghe leggere quali ad esempio la cannabis o la sperimentazione di altre sostanze stupefacenti sono tra i comportamenti a rischio più frequenti in età adolescenziale. Nonostante gli sforzi compiuti in molti paesi europei in attività di prevenzione indirizzate ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante (Pavis, 1998). L'utilizzo di sostanze illecite, in Europa sembra mostrare un costante incremento, soprattutto per quanto riguarda l'età di inizio. Trend internazionali indicano, infatti, come il diffuso incremento nell'utilizzo di sostanze si accompagni ad una parallela riduzione dell'età di iniziazione (Welte, 1999; Beck, 2000).

La riduzione della diffusione e del consumo di sostanze illecite è la più importante tra le priorità della Sanità Pubblica in Europa per questo secolo (WHO, 1999; WHO 2005). Anche nel nostro Paese, come per l'Europa, lo studio del fenomeno e la comprensione dei meccanismi del passaggio dalla sperimentazione all'uso sono diventati una condizione imprescindibile, soprattutto al fine di pianificare politiche utili alla prevenzione ed al controllo.

Le domande sul consumo di sostanze stupefacenti sono state rivolte ai soli ragazzi 15enni (la sezione non era presente nel questionario dei più giovani). A questi è stato

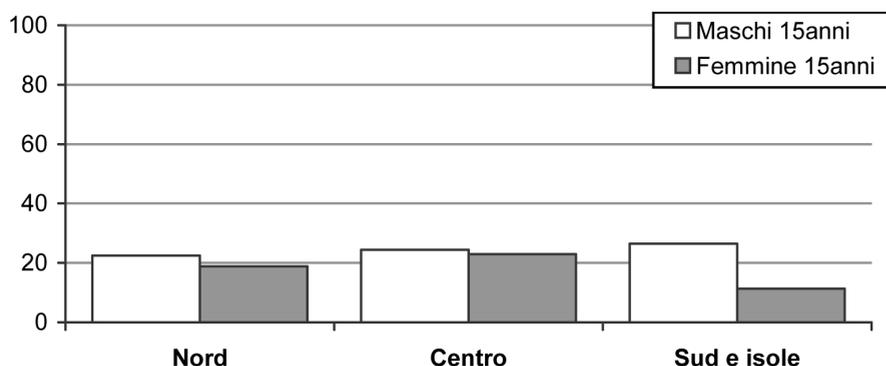
chiesto di dichiarare se, nel corso della vita, avessero mai fatto uso di cannabis e con quale frequenza. In tabella 6.4 sono riportati i risultati relativamente ai 15enni suddivisi per sesso. La maggioranza dei ragazzi (75,3% i maschi e 82,7% le ragazze) dichiara di non aver mai fatto uso di cannabis. Le differenze di genere tendono a ridursi quando il consumo dichiarato è superiore alle 5 volte.

Tabella 6.4: “Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis?” (solo quindicenni)

	Maschi 15anni% (N)	Femmine 15anni% (N)	Totale 15anni% (N)
Mai	75.32 (470)	82.77 (514)	79.04 (984)
Una o due volte	10.58 (66)	7.09 (44)	8.84 (8110)
3-5 Volte	4.33 (27)	2.74 (17)	3.53 (44)
6-9 Volte	1.6 (10)	1.29 (8)	1.45 (18)
10-19 Volte	2.4 (15)	2.09 (13)	2.25 (28)
20-39 volte	2.88 (18)	2.9 (18)	2.89 (36)
40 volte o più	2.88 (18)	1.13 (7)	2.01 (25)
Totale	100,00 (624)	100,00 (621)	100,00 (25)

La quantità di ragazzi che hanno fatto uso di cannabis (una o più volte) nel corso della vita (figura 6.7), è grossomodo sovrapponibile, con un leggero incremento dal 22% al 24%, al 26%, rispettivamente per nord, centro e sud Italia. Le differenze di genere più consistenti si apprezzano al sud, dove le ragazze dichiarano di fare uso di cannabis in una percentuale largamente inferiore rispetto a quella dei coetanei (11% vs 26%).

Figura 6.7 - Percentuale di coloro che dichiarano di avere fatto uso di cannabis, per area geografica e genere, solo quindicenni



6.3 Abitudini sessuali

La vita sessuale in adolescenza ha una notevole importanza, non solo per quanto riguarda la crescita intellettuale e lo sviluppo di una socialità matura (Raphael, 1996), ma anche in relazione all'influenza che questa può avere sulla salute individuale. La prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, la cui incidenza annuale viene stimata essere intorno ai 333 milioni di casi nel mondo (escludendo l'AIDS), è un'altra importante priorità per il 21 secolo (WHO, 1999). Le malattie infettive però non sono le uniche conseguenze di un'attività sessuale non protetta. Insieme alle malattie le gravidanze nelle minori sono uno tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico tra gli adolescenti nel mondo (World Bank, 1993). Inoltre esistono chiari riferimenti in letteratura intorno alla relazione esistente tra comportamenti a rischio legati alla sfera sessuale in età adolescenziale e lo stato di salute in età adulta (Raphael 1996).

Malattie sessualmente trasmesse e gravidanze indesiderate nelle minori, sono largamente prevenibili attraverso sforzi coordinati tra scuola, famiglia, e strutture sanitarie. Lo sviluppo di interventi educativi di provata efficacia richiede però una maggiore conoscenza della natura e dell'estensione del fenomeno, ma soprattutto richiede una profonda conoscenza dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio. L'obiettivo di questa sezione del rapporto è quello di indagare alcuni aspetti della sessualità degli adolescenti. Le domande, proposte anche per questa sezione ai soli 15enni, sono state estratte dal Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), uno studio americano sostenuto dal CDC di Atlanta, già a partire dagli anni '90 (Brenner, 1995).

La tabella 6.5 riporta le frequenze dei ragazzi che dichiarano di aver avuto un rapporto sessuale. Complessivamente il 24.5% del campione nazionale dichiara di aver già avuto almeno un contatto sessuale, con una leggera maggioranza per il sesso maschile (26,2% vs 22,5%). Circa il 7% dei ragazzi ha comunque preferito non rispondere alla domanda.

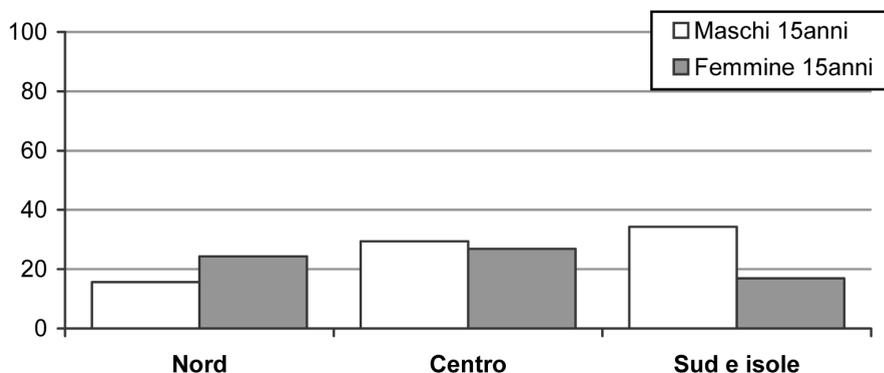
Tabella 6.5: Numero e percentuale di ragazzi che dichiarano di avere già avuto rapporti sessuali completi, solo quindicenni

	Maschi 15anni%	Femmine 15anni%	Totale 15anni%
	(N)	(N)	(N)
Si	26.77 (166)	22.28 (139)	24.52 (305)
NO	73.23 (454)	77.72 (485)	75.48 (939)
Totale	100,00 (620)	100,00 (624)	100,00 (1244)

Analizzando il fenomeno nella sua distribuzione per area geografica (figura 6.8) si possono osservare differenze significative soprattutto tra i maschi. La percentuale di ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali a 15 anni di età è di circa il 15% nel nord Italia, per raddoppiarsi al centro e raggiungere poco meno del 35% nel sud.

Inoltre, e solo nel nord Italia, la percentuale di ragazze che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali è superiore a quella dei coetanei.

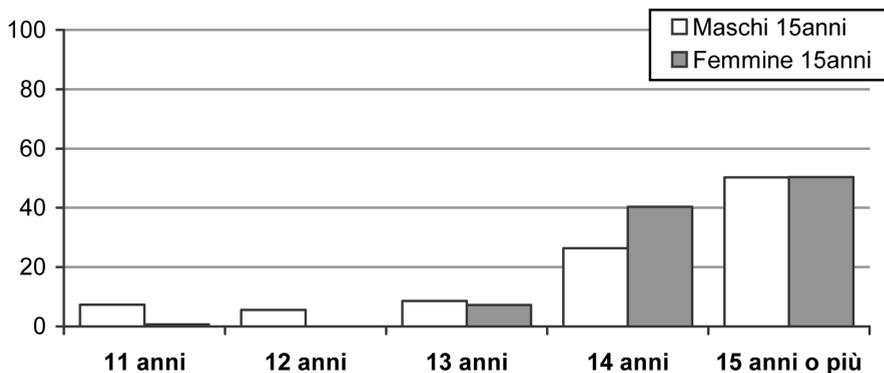
Figura 6.8 - Percentuale di coloro che dichiarano di avere già avuto rapporti sessuali, per area geografica e genere, solo 15enni



È stato successivamente chiesto di indicare quale età avessero al momento del loro primo rapporto sessuale. Questa informazione è un indicatore sia del rischio di infezioni sessualmente trasmesse nell'arco della vita, che dell'aumentato rischio di gravidanze indesiderate (Morris et al. 1993).

Riguardo all'età dichiarata è possibile osservare che la maggior parte dei ragazzi che ha risposto "sì" alla domanda in tabella 6.5 ha avuto il primo rapporto sessuale nell'anno scolastico in corso (in un'età compresa tra i 14 e i 15 anni). Ad eccezione di una esigua e non significativa percentuale di ragazzi che manifestano il loro primo rapporto tra gli 11 e 12 anni, non si apprezzano sostanziali differenze di genere.

Figura 6.9 - Età dichiarata del primo rapporto sessuale per genere, (solo quindicenni che hanno risposto affermativamente alla domanda in tabella 6.5)



Le domande che seguono valutano la frequenza di utilizzo del profilattico. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani tendono a riportare con maggiore frequenza alcuni comportamenti protettivi, come ad esempio proprio l'uso del profilattico (Morris, 1993). Per tale ragione non è stato chiesto di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico ma solo se ne avevano fatto uso nel loro ultimo rapporto (Shew, 1997).

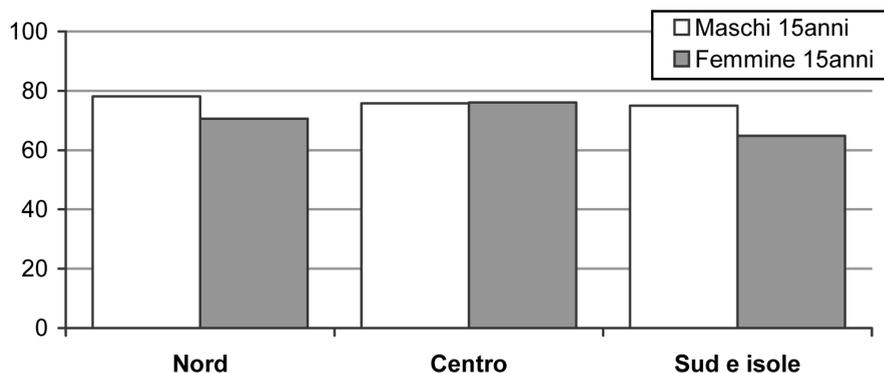
In tabella 6.6 sono riportati numero e percentuale di ragazzi che dichiarano di aver utilizzato un profilattico nel loro ultimo rapporto sessuale. Complessivamente circa tre quarti dei giovani, con una frequenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine, dichiara di averne fatto uso.

Tabella 6.6: "L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner, avete usato un preservativo?" (Solo quindicenni)

	Maschi 15anni% (N)	Femmine 15anni% (N)	Totale 15anni% (N)
Si	75.8 (119)	70.9 (95)	73.54 (214)
NO	24.2 (38)	29.1 (39)	26.46 (77)
Totale	100,00 (157)	100,00 (134)	100,00 (291)

In figura 6.10 è stato riportato l'utilizzo del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale, per sesso e per area geografica con lo scopo di osservare eventuali differenze nei comportamenti dei 15enni lungo la penisola. Si osserva come, se pur con esigue differenze, siano le ragazze del centro e del sud Italia ad utilizzare di meno il profilattico, rispetto ai coetanei e alle coetanee del centro Italia.

Figura 6.10 - Percentuale di coloro che dichiarano di avere usato un preservativo durante il loro ultimo rapporto sessuale, per area geografica e genere, solo quindicenni



Il mancato uso del profilattico aumenta il rischio di contrarre infezioni (WHO, 1996) ma non esclude la possibilità di fare uso di altri metodi anticoncezionali per evitare gravidanze indesiderate. Una nuova domanda, infatti, chiedeva ai ragazzi di indicare quali altri anticoncezionali, alternativi al profilattico, utilizzassero più frequentemente. Purtroppo non sono emerse risposte incoraggianti. Meno del 1% delle ragazze ha dichiarato di utilizzare un altro mezzo anticoncezionale, come ad esempio la pillola. Il profilattico è l'unico strumento utilizzato; infatti, circa il 30% nei ragazzi del nord Italia, poco più del 20% nel centro e circa il 25% dei ragazzi del sud Italia dichiara di non fare uso di anticoncezionali, in perfetta analogia con quanto illustrato in figura 6.10.

6.4 Infortuni e violenza

In seguito alla riduzione delle malattie infettive e ai progressi in campo igienistico, gli infortuni sulla persona sono diventati nel secolo appena trascorso una tra le cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad un anno. Il rischio di infortuni, inoltre secondo quanto illustrato dal CDC di Atlanta (2000), cresce considerevolmente intorno al periodo adolescenziale. I fattori causali alla base di infortuni non mortali, sui quali dovrebbero lavorare le principali strategie di prevenzione, non sono, però, ancora adeguatamente conosciuti (Scheidt PC, 1998, 1995).

Questa sezione ha l'obiettivo di fare luce sulla dimensione del fenomeno infortuni in adolescenza approfondendone gli aspetti legati ai comportamenti violenti. Gli adolescenti possono farsi male o ferirsi durante un litigio oppure nel corso di normali attività sportive, spesso tali infortuni richiedono il ricovero o l'assistenza di professionisti della sanità.

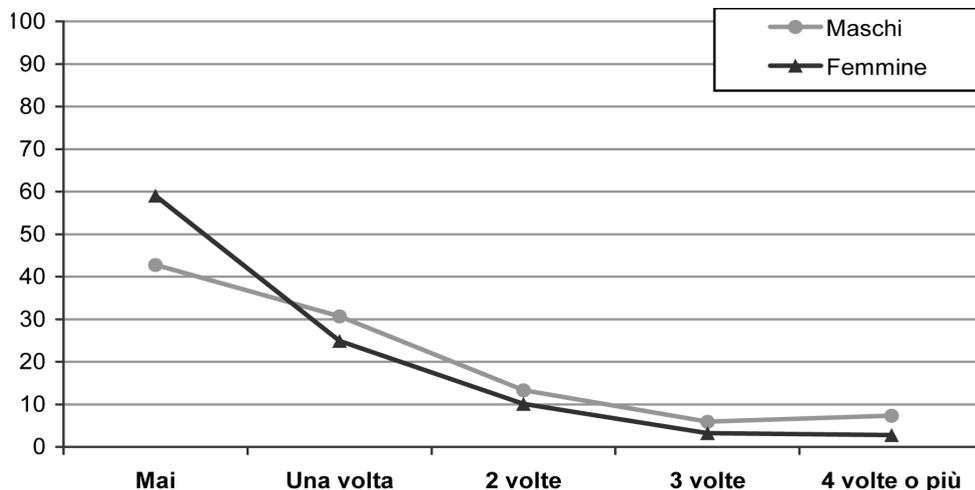
Le tabelle che seguono forniscono una valutazione della frequenza degli infortuni che hanno richiesto cure da parte di personale sanitario, medici o infermieri, nel corso dell'ultimo anno. La tabella 6.7 indica che una percentuale prossima al 50% dei ragazzi, indipendentemente dall'età, ha subito uno o più infortuni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	50.37 (620)	48.84 (653)	53.05 (705)
Una Volta	26.65 (328)	28.12 (376)	28.52 (379)
2 Volte	11.29 (139)	12.94 (173)	10.91 (145)
3 Volte	4.47 (55)	5.31 (71)	3.99 (53)
4 volteo più	7.23 (89)	4.79 (64)	3.54 (47)
Totale	100,00 (1231)	100,00 (1337)	100,00 (1329)

Nella figura 6.11 sono riportate le differenze di genere, indipendentemente dalla fascia d'età. È possibile osservare come il fenomeno sia sempre più frequente nel sesso maschile.

Figura 6.11 - Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere



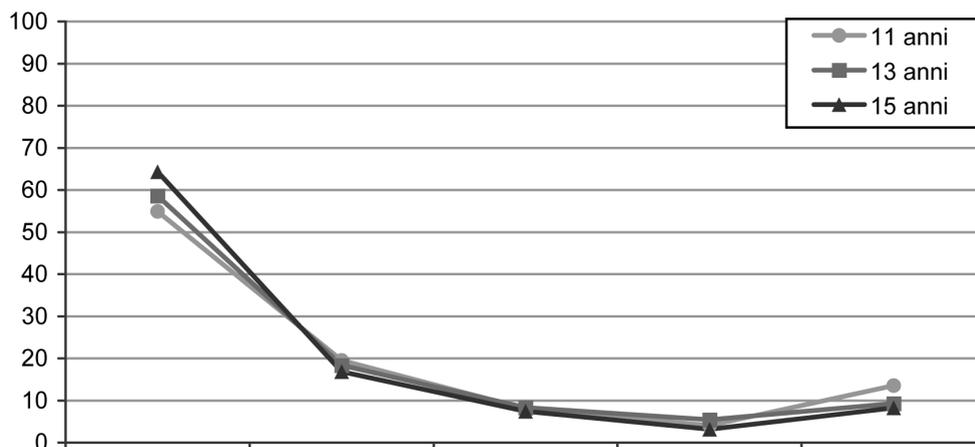
Tra i comportamenti violenti, le zuffe sono sicuramente le manifestazioni di violenza più frequenti, tanto nei ragazzi quanto nelle ragazze. Spesso tali comportamenti possono anticipare altri comportamenti a rischio come per esempio l'utilizzo di sostanze stupefacenti o altri atteggiamenti problematici ad esempio nella sfera sessuale (CDC, 1992).

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se, negli ultimi 12 mesi, si erano azzuffati con qualcuno e quante volte questa cosa era accaduta. La tabella 6.8 e la figura 6.12 (i dati sono gli stessi, vengono rappresentati in maniera differente) consentono di osservare il fenomeno nelle tre diverse fasce d'età. I risultati indicano che i comportamenti violenti sono sempre più frequenti nelle giovani età.

Tabella 6.8: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”

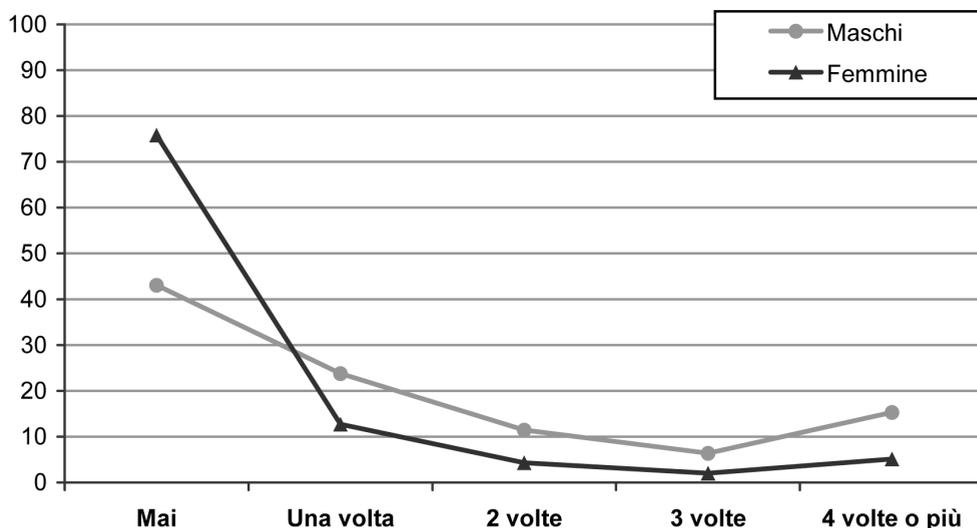
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	54.9 (678)	58.63 (785)	64.31 (856)
Una volta	19.51 (241)	18.37 (246)	16.83 (224)
2 volte	8.02 (99)	8.29 (111)	7.44 (99)
3 volte	4.05 (50)	5.45 (73)	3.16 (42)
4 volte o più	13.52 (167)	9.26 (124)	8.26 (110)
Totale	100,00 (1235)	100,00 (1339)	100,00 (1331)

Figura 6.12 - Percentuale di coloro che dichiarano di essersi azzuffati o picchiati con qualcuno negli ultimi 12 mesi, per età



Le forme di violenza interpersonale, inoltre, sembrano essere prerogativa del sesso maschile. La figura 6.13 mostra come la percentuale di ragazzi che dichiara di essersi azzuffato negli ultimi 12 mesi sia, indipendentemente dalla frequenza, circa tre volte superiore a quella delle ragazze, parimenti il numero delle zuffe occorse è sempre largamente superiore nei maschi rispetto al numero dichiarato dalle ragazze.

Figura 6.13 - Percentuale di coloro che dichiarano di essersi azzuffati o picchiati con qualcuno negli ultimi 12 mesi, per genere



6.5 Conclusioni

Questa sezione del rapporto nazionale prende in considerazione alcuni comportamenti rischiosi per la salute individuale in ambiti tra loro differenti. Sono stati indagati l'uso di tabacco e di sostanze psicoattive, i comportamenti sessuali e quelli violenti. L'immagine che ne emerge è complessivamente in linea con quanto discusso in letteratura internazionale. Il numero di fumatori tende a crescere parallelamente al crescere dell'età dei ragazzi e l'abitudine al fumo, diversamente da quanto accade per le altre sostanze, tende a consolidarsi rapidamente.

Sono apprezzabili alcune differenze geografiche nella distribuzione dei diversi comportamenti a rischio soprattutto per quanto riguarda le ragazze del centro Italia ed i ragazzi del sud. Complessivamente al centro Italia si osserva un maggior consumo di bevande alcoliche, di tabacco e droghe leggere.

L'immagine che si delinea dall'analisi dei comportamenti sessuali è invece differente da quella che emerge dalle analisi degli altri comportamenti. Di fronte alla sessualità si delinea un adolescente che si avvicina al sesso in maniera indifesa, privo delle conoscenze utili per proteggere se stesso ed il proprio partner dalle più ovvie conseguenze di una sessualità matura sulla salute.

I comportamenti violenti sembrano essere un fenomeno diverso. Va, infatti, sottolineato come questi seguano un andamento, per età, opposto a quello degli altri comportamenti a rischio. In questo caso la frequenza di episodi violenti è più frequente nelle età più giovani e si riduce all'aumentare delle età; inoltre, sempre in controtendenza con gli altri comportamenti, sembra interessare il sesso femminile solo in misura marginale.

Cos'è cambiato rispetto al 2002?

Il numero di fumatori si è leggermente ridotto nelle due fasce d'età più adulte. Sostanzialmente invariata la situazione rilevata, nelle tre fasce d'età e nelle differenze di genere, per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche e di sostanze psicoattive. Relativamente alle abitudini sessuali, nell'intero campione, non si osservano differenze importanti rispetto a quanto emerso nel 2002. L'unica eccezione emerge nelle differenze di genere per il nord e per il centro Italia. Un leggero incremento nella percentuale delle ragazze del nord e nei ragazzi del centro Italia del 2006, rispetto ai coetanei del 2002. È rimasta invariata, invece, la situazione relativa agli infortuni e agli episodi di bullismo.

Bibliografia capitolo 6

Beck F. Legleye S. Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESCAPAD 2000 survey], OFTD, 2000.

Brener N.D. Collins J.L. Kann L. Warren C.W. Williams B.I. (1995). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*; 141(6):575-80.

Casswell S. (1997). Population Level policies on alcohol: are they still appropriate given that alcohol is good for the heart?. *Addiction*, 92, S1: s81-s90.

CDC (1992). Physical fighting among high school students-United States, 1990. *Morbidity Mortality Weekly Report*, 41(6):91-94.

Center for Disease Control and Prevention (CDC),(2000). WISQARST: Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisqarst>.

De Wit H. Uhlenhuth E.H. Pierri J. Johanson C.E. (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. (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York: Plenum Press.

Engels R.C. Knibbe R.A. Drop M.J. (1999). Visiting public drinking places: an explorative study into the functions of pub-going for late adolescents. *Substance Use and Misuse*, 34(9):1261-80.

Morris L. Warren C.W. Aral WISQARST, S.O. (1993). Measuring adolescent sexual behaviours and related health outcomes. *Public Health Reports*, 108 (1), 31-36

Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (2001), Faggiano F. Ruschena M. a cura di. Relazione annuale 2001

Pavis C. Cunningham-Burley S. Amos A. (1998) Health related behavioural change in context: young people in transition. *Social Science and Medicine*, 47 (10): 1407-18

Poikolainen K. Tuulio-Henriksson A. Aalto-Setälä T. Marttunen M. Lonnqvist 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. et workshop participants (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *American Journal of Diseases of Children*, 142:612-617.

Scheidt P.C. Harel Y. Trumble A.C. Jones D.H. Overpeck M.D. Bijur P.E. (1995). The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health*, 85(7):932-8

Shew M.L.. Remafedi G.J. Bearinger L.H. Faulkner P.L. Taylor B.A.(1997). The validity self-reported condom use among adolescents. *Sexually transmitted diseases*, 24: 503-510.

Welte J.W. Barnes G.M. Hoffman J.H. Dintcheff B.A. (1999). Trends in adolescent alcohol and other substance use: relationships to trends in peer, parent, and school influences. *Substance Use and Misuse*, 34(10):1427-49.

World Bank. (1993). World development Report. Washington 1993.

World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (1999). Health 21:the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6.

World Health Organization WHO (1996). Who Initiative on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases (STDs) - Fact sheet.

World Health Organization WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*.

WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2005

(<http://www.who.int/tobacco/framework/en/>).

Zureik M. Ducimetière P. (1996). High alcohol related premature mortality in France: concordant estimates from a prospective cohort study and national mortality statistics. *Alcohol clinical Experience Research*, 20.3: 428-433

■ Capitolo 7:

Salute e benessere

Zambon A., Dalmasso P., Borraccino A., Lemma P., Cavallo F.

Abstract

Health is the main outcome of the behaviours observed in the HBSC study, and we consider here health in its broadest sense, including both perceived health, declared frequency of specific symptoms, and “satisfaction with life”. Most boys and girls (around 90% of the sample) perceive their health as excellent or at least good, but this number tends to decrease with age, and is lower for girls, consistently with the international literature on the theme. The same trend is shown by the scale measuring “satisfaction with life”. But a high percentage of the young people interviewed also claim to suffer from frequent symptoms like headache, stomach-ache and the like: around 30% complain of the occurrence of at least one symptom at least once a day. The frequency of symptoms increases with age and is higher for girls (15year-old girls declare a daily occurrence of symptoms in more than 40% of cases). This situation seems to be quite problematic, even if it is still unexplained how it can be compatible with a general subjective perception of very good health and satisfaction with life.

7.1 Introduzione

L’obiettivo ultimo di ogni politica, non solo sanitaria ma anche sociale, è quello di migliorare la qualità della vita della comunità e, in particolare quando rivolta ai giovani, poiché questi futuri adulti rappresentano il fondamento della nostra società. Così il fine che spinge a mettere in piedi ricerche come lo studio HBSC non è tanto quello di descrivere la situazione giovanile in sé, quanto di comprenderla per identificare i margini di miglioramento, e le possibilità di attuare questo miglioramento. La salute non è solo una delle componenti della qualità della vita degli individui e delle collettività, ma arriva a coincidere col concetto stesso di benessere, se la si considera nella sua accezione più ampia.

Tale concezione è stata espressa attraverso la definizione di salute data dall’OMS già nel 1948: “la salute è uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale, e non solo l’assenza di malattia e infermità”. Da allora ci sono stati comunque dei cambiamenti nella riflessione teorica sul tema. La definizione dell’OMS, infatti, è stata criticata per

la sua vaghezza operativa, e per la staticità che la caratterizza, che non tiene in considerazione il fatto che la vita è un processo dinamico e la salute una condizione di equilibrio. A partire dal 1981 Antonovsky propone di definire la salute come un processo che si muove tra benessere (ease) e malattia (dis-ease), riflette cioè la capacità di adattarsi alle situazioni anche nel caso queste risultino temporaneamente ostili. Altre definizioni ancora (Herzlich, 1973; WHO, 1998; Hastings Center, 1997) si avvicinano a considerare la salute fundamentalmente come una risorsa per la vita, come capitale che permette agli individui e alle società di raggiungere i propri obiettivi, essendo ciascun individuo caratterizzato dai propri processi di "salutogenesi" (Antonovsky, 1996).

In questo avvicinamento dei concetti di salute e benessere acquista poi centralità la salute mentale, e non solo per motivi concettuali, ma anche per il peso che questa acquista sul bilancio complessivo della salute pubblica mondiale: le proiezioni dell'OMS indicano infatti nell'anno 2020 la depressione come la seconda singola causa di malattia a livello mondiale (European Commission, 1999).

Sempre l'OMS ci dice che l'adolescenza è un periodo fondamentale nel formare i lineamenti della salute mentale dell'adulto (WHO, 2000). In questo contesto HBSC ha la possibilità di monitorare variabili molto importanti in un momento centrale dello sviluppo dell'individuo.

7.2 Percezione della propria salute

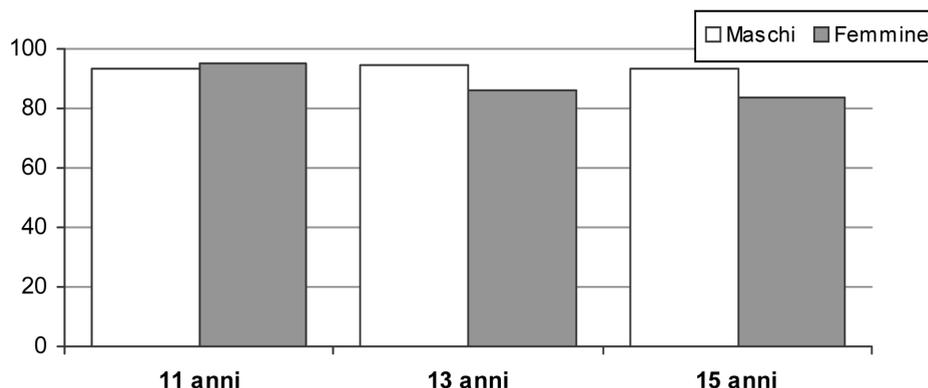
Mentre per la misurazione di diverse dimensioni psicologiche vengono spesso impiegate scale composte da diverse domande, sembra che il modo più affidabile per sapere come sta una persona sia chiederglielo direttamente e semplicemente. Anche nello studio HBSC si è sempre adottata questa tecnica, la cui validità è stata confermata anche nel corso di precedenti vaste ricerche epidemiologiche (Idler, 1997). In tabella 7.1 vengono riportati i risultati relativi al campione italiano. L'importanza di questa domanda è data dal fatto che questa riflette non solo lo stato di salute soggettivo, ma è anche fortemente correlato con indicatori di salute più oggettivi, quali la mortalità e la morbosità, cioè chi si sente peggio tende ad avere effettivamente una ridotta aspettativa di vita (Burstroem & Fredlund, 2001). Quest'ultima associazione, pur stabilita per quanto riguarda gli adulti, non ha ancora sufficiente evidenza per essere estesa all'età dello sviluppo.

Tabella 7.1: "Diresti che la tua salute è..."

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	41,53 (527)	35,45 (492)	29,34 (370)
Buona	52,72 (669)	54,97 (763)	59,16 (746)
Discreta	5,28 (67)	8,72 (121)	10,31 (130)
Scadente	0,47 (6)	0,86 (12)	1,19 (15)
Totale	100,00 (1269)	100,00 (1388)	100,00 (1261)

Come si vede in tabella 7.1, e anche in figura 7.1, la percentuale di coloro che si considerano in buona, o addirittura eccellente salute, è molto alta, mantenendosi al di sopra dell'80% in tutti i gruppi divisi per età e genere. Pur mantenendo valori alti, si evidenzia comunque un minor benessere delle femmine, relativamente ai maschi, a 13 anni, e ancora di più a 15 anni.

Figura 7.1 - Percentuale di coloro che considera la propria salute eccellente o buona, per età e sesso



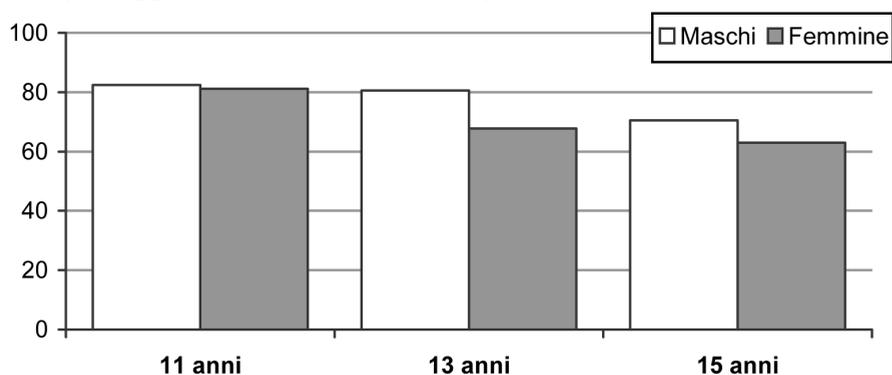
7.3 La scala della soddisfazione per la propria vita attuale

Il benessere, come riportato da diversi autori (si vedano per esempio Diener, 1984; Huebner, 1991), risulta essere un concetto complesso, ma anche qui la percezione soggettiva risulta una dimensione importante. In HBSC si è cercata una misura cognitiva che risultasse il più possibile univoca, e ci si è rivolti ad una scala, che misura il benessere percepito come variabile che si muove tra 0 e 10, che è il risultato di numerose ricerche condotte sia in ambito psicologico che sociologico (Cantril, 1965). Tale scala si è rivelata efficace, con i rispettivi adattamenti linguistici, nel misurare il benessere percepito sia negli adulti, che nei ragazzi, ed è già stata utilizzata con successo nelle precedenti versioni dello studio in tutti i paesi coinvolti. I risultati relativi al 2006 vengono riportati nella tabella 7.2.

Tabella 7.2: “Quale numero descrive meglio la tua situazione da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	0,39 (5)	1,01 (14)	0,80 (10)
1	0,39 (5)	0,65 (9)	0,80 (10)
2	1,10 (14)	0,93 (13)	0,80 (10)
3	1,65 (21)	1,73 (24)	2,55 (32)
4	1,88 (24)	3,59 (50)	4,30 (54)
5	6,04 (77)	9,13 (127)	8,92 (112)
6	6,75 (86)	8,84 (123)	15,05 (189)
7	11,84 (151)	15,89 (221)	22,69 (285)
8	21,41 (273)	25,16 (350)	23,41 (294)
9	21,65 (276)	15,82 (220)	13,06 (164)
10	26,90 (343)	17,25 (240)	7,64 (96)
Totale	100.00 (1275)	100.00 (1391)	100.00 (1256)

Nella figura 7.2 abbiamo riportato la percentuale di coloro che dichiarano livelli di soddisfazione per la propria vita medio-alti (punteggio 6 o più sulla scala di Cantril). Si nota una diminuzione con l'età di coloro che si situano in questa fascia di punteggio, diminuzione che si situa tra gli 11 e i 13 anni per le ragazze e tra i 13 e i 15 anni per i ragazzi. Si ritrova dunque una similitudine con la percezione della salute: diminuzione dei valori con il procedere nell'adolescenza, e situazione peggiore per il sesso femminile.

Figura 7.2 - Percentuale di coloro che dichiarano una buona soddisfazione per la propria vita (punteggio sulla scala Cantril > 6), per età e sesso


7.4 I sintomi riportati

Si è chiesto ai ragazzi quanto frequentemente 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, in press) che come scala (Haugland, 2001). Dall'analisi dei dati della precedente versione dello studio, sappiamo anche che non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso. La valutazione generale della salute viene influenzata, infatti, anche dalle risorse possedute per fare fronte alle situazioni sintomatiche. E' dunque importante considerare separatamente la frequenza con cui si presentano sintomi specifici. Nella tabella 7.3 viene riportata la distribuzione, nelle tre fasce di età prese in considerazione, della frequenza di sofferenza di almeno uno dei sintomi esplorati.

Tabella 7.3: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto almeno uno dei seguenti sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, morale basso, irritabilità o cattivo umore, nervosismo, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	29,92 (383)	32,52 (455)	32,96 (416)
Più di una volta a settimana	29,06 (372)	31,59 (442)	34,55 (436)
Una volta a settimana	20,23 (259)	19,37 (271)	18,38 (232)
Una volta al mese	15,00 (192)	13,65 (191)	11,49 (145)
Raramente o mai	5,78 (74)	2,86 (40)	2,61 (33)
Totale	100.00 (1280)	100.00 (1399)	100.00 (1262)

La tabella 7.3 mostra come il numero di coloro che dichiara di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati si avvicina a circa un terzo del campione, con valori leggermente più bassi per gli undicenni. Valori simili si riscontrano tra coloro che dichiarano una frequenza almeno settimanale di sintomi. Si tratta evidentemente di valori molto elevati. Le ragazze lamentano un maggior numero di sintomi rispetto ai coetanei maschi (figura 7.3), differenza che tende ad accentuarsi con l'età. Anche la suddivisione per area geografica mostra la maggiore frequenza di sintomi tra le ragazze, in particolare quelle del sud (figura 7.4).

Figura 7.3 - Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, morale basso, irritabilità o cattivo umore, nervosismo, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, per età e genere

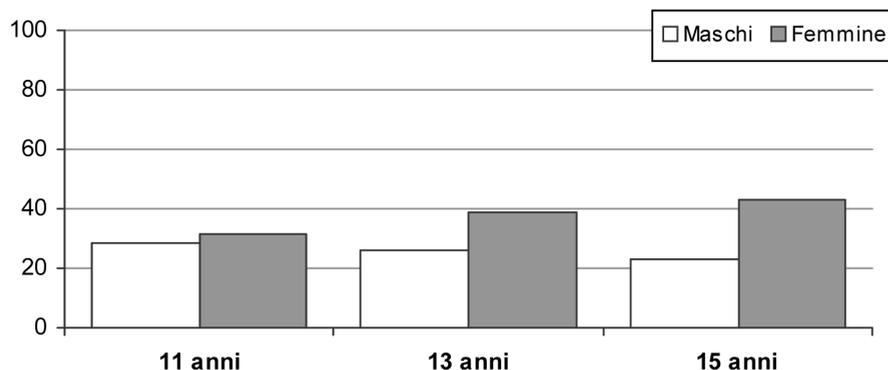
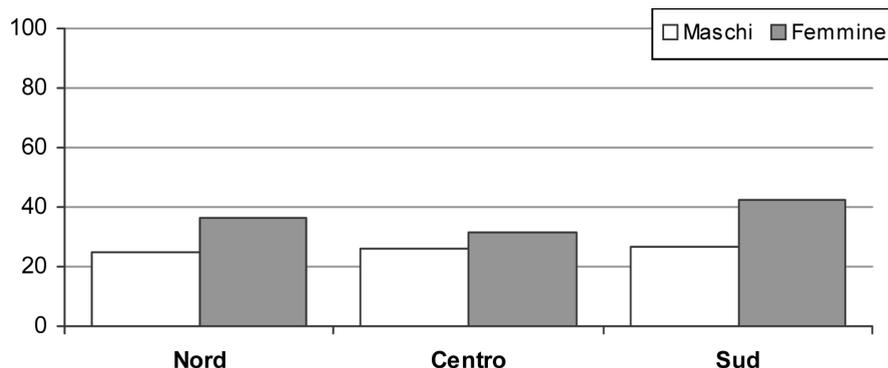


Figura 7.4 - Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, morale basso, irritabilità o cattivo umore, nervosismo, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, per area geografica e genere



Raggruppamento dei sintomi

Raccogliendo le suggestioni derivanti da studi precedenti (Haugeland, 2001), che suggeriscono che la scala utilizzata tenga conto di due dimensioni, una psicologica ed una somatica, è stata condotta un'analisi in componenti principali, con l'obiettivo di raggruppare i sintomi che fossero in grado di riprodurre una buona quota di varianza spiegata. Due sono risultate essere le componenti principali più importanti (autovalore maggiore di 1), che congiuntamente spiegano il 53,0% della varianza totale. Nel 2002 avevamo lo stesso raggruppamento di sintomi, a conferma della sua attendibilità (allora la varianza spiegata era del 51,3%). Anche la nostra analisi mostra dunque due raggruppamenti principali, che tendono effettivamente ad identificarsi, pur non con totale chiarezza, come insieme dei sintomi somatici e insieme dei sintomi psicologici: i primi comprendono l'aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e

senso di vertigini; i secondi il sentirsi giù, irritabile e nervoso.

Nelle tabelle 7.4 e 7.5 sono stati riportati, separatamente per le due tipologie di sintomi che sono state identificate, le percentuali di coloro che dichiarano di soffrirne. La dichiarazione di sofferenza di sintomi somatici presenta un leggero aumento generale con l'aumentare dell'età. Tale risultato complessivo deriva in realtà, come si vede nella figura 7.5, dal sommarsi di due fenomeni, una diminuzione con l'età per i maschi e un aumento per le femmine. Anche per quanto riguarda i sintomi di tipo psicologico, la diminuzione generale con l'età è attribuibile nella totalità al peggioramento fatto registrare dalle ragazze, mentre le percentuali per i maschi rimangono stabili (fig. 7.6). La distribuzione per area geografica riflette in più una maggiore quantità di sintomi tra le ragazze del sud (grafici non riportati).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	20,25 (259)	19,04 (266)	20,13 (254)
Più di una volta a settimana	23,53 (301)	25,84 (361)	26,15 (330)
Una volta a settimana	19,00 (243)	18,97 (265)	21,16 (267)
Una volta al mese	21,58 (276)	23,84 (333)	23,69 (299)
Raramente o mai	15,64 (200)	12,31 (172)	8,87 (112)
Totale	100,00 (1279)	100,00 (1397)	100,00 (1262)

Figura 7.5 - Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo somatico. Per età e genere

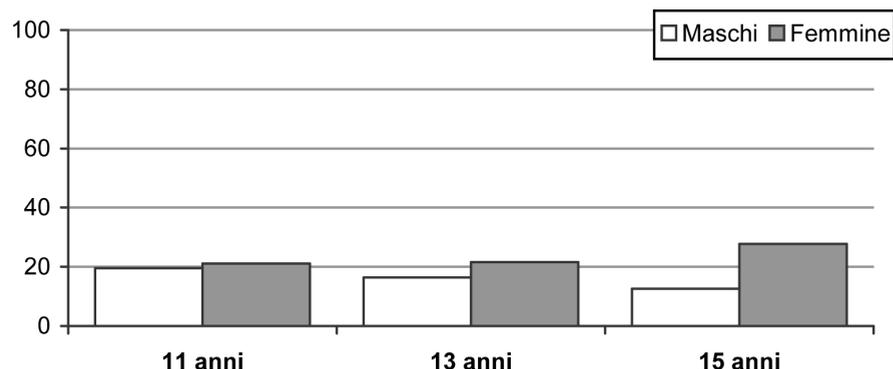
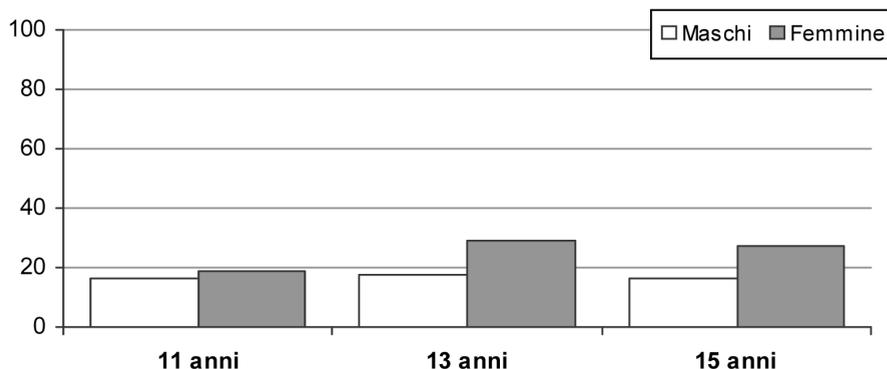


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	17,69 (225)	23,34 (326)	21,90 (276)
Più di una volta a settimana	23,90 (304)	28,92 (404)	35,00 (441)
Una volta a settimana	22,17 (282)	21,69 (303)	21,83 (275)
Una volta al mese	22,41 (285)	19,90 (278)	16,11 (203)
Raramente o mai	13,84 (176)	6,16 (86)	5,16 (65)
Totale	100,00 (1272)	100,00 (1397)	100,00 (1260)

Figura 7.6 - Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo psicologico. Per età e genere

7.5 Conclusioni

Come già accennato, e come già si è riscontrato nella precedente indagine, è forte il contrasto tra variabili che misurano salute positiva, come l'item sulla percezione della propria salute e la scala del benessere, e quelle che valutano la sofferenza per particolari sintomi. Mentre moltissimi ragazzi dichiarano, infatti, di essere in buona o ottima salute (più ancora che nella precedente indagine del 2002), e si situano intorno al punteggio 8 della scala a dieci punti del benessere, anche molti sono quelli che dichiarano di soffrire di sintomi specifici almeno una volta a settimana, o addirittura una volta al giorno (pur all'interno di un trend in diminuzione). Le ipotesi che si possono fare per spiegare tale contrasto sono molte, si può pensare che le variabili misurino in realtà costrutti diversi, e che solo uno di questi abbia a che fare con ciò che comunemente intendiamo come salute. Oppure si può pensare che la vitalità che irrompe in questo periodo della vita faccia passare in secondo piano, nella percezione di sé, sintomi specifici, che ven-

gono identificati solo in seguito a domanda specifica. Ma si tratta appunto di ipotesi che, con i dati e le analisi finora svolte non è possibile sottoporre a verifica, che sarà, però, oggetto di successive fasi della ricerca. Certo è che, con dati così contrastanti, è difficile dare una risposta univoca ad una domanda come "Ma in definitiva, gli adolescenti italiani si sentono bene o male?". Se si adotta un'ottica salutogenica, di salute come equilibrio tra il benessere e il disagio, si sarebbe più portati a dire che i ragazzi si sentono bene, in quanto i sintomi riportati influenzano poco la percezione della salute, e che quindi, nell'equilibrio individuale, le risorse di benessere controbilanciano in larga misura le fonti di disagio. Ma una risposta definitiva si attende da ulteriori analisi.

Entrambi i gruppi di variabili sono invece univoci nell'indicare un maggior malessere delle ragazze rispetto ai coetanei maschi. Anche questa tendenza riflette dati internazionali, come emerge anche dagli stessi dati HBSC raccolti appunto a tale livello (Cavallo, 2006). Non possiamo spingerci in questo rapporto descrittivo alla ricerca delle cause di questo fenomeno, ma in molte riviste e congressi internazionali le influenze del genere sulla salute continuano ad essere al centro dell'attenzione, confermando il persistere di uno svantaggio legato al genere femminile, che qui osserviamo anche nell'età dello sviluppo, e confermando altresì la necessità di includere l'attenzione al genere anche nelle politiche rivolte ai giovani e alla loro salute.

Cos'è cambiato rispetto al 2002?

1. Aumentano coloro che percepiscono la propria salute come eccellente (aumento di circa 4-6 punti percentuali a seconda del gruppo). 2. Aumentano anche coloro che dichiarano un'altissima soddisfazione per la propria vita attuale, ma tale aumento è attribuibile quasi esclusivamente agli undicenni. 3. Tra i più piccoli diminuiscono coloro che dichiarano la presenza di sintomi ogni giorno.

Bibliografia capitolo 7

- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.
- Bracken B.A. (2003). *T.M.A.*, Trento, Erickson.
- 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.
- 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 et al. (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.
- 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. (in press), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*.
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneve, WHO.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

■ Capitolo 8:

Disuguaglianze e capitale sociale

Abstract

In this chapter we explore the psycho-social dimensions of the lives of the children interviewed. We know that these dimensions have a very important effect also on their health, especially, but not only, in what we call “health inequalities”. The north-south divide which we already know exists in Italy also emerges from our data: consumption possibilities are good for 39.1% of families in the north but only 25.6% in the south, even though the perception of family economic well-being is not consistent with this figure. The perception of the quality of local area and infrastructure is also better in the north, especially for males, but in the south people are perceived as more friendly. 73% of boys and 60% of girls are involved in some form of association, especially sport, cultural and religious ones. Values like “obedience”, more associated with traditional views and with the mentality of lower social classes (according to some authors), are considered more important in the south than in the north of Italy.

8.1 Introduzione

Zambon A.

La vita sociale è strettamente legata alla salute degli individui e delle comunità in modo molto complesso e secondo diversi percorsi. Prima di tutto si appartiene alla società secondo un proprio ruolo, assegnato dalla collettività, e più o meno accettato dagli individui. Tale assegnazione può anche risultare, in alcuni casi, secondo criteri non ugualitari, secondo la provenienza familiare, o addirittura discriminanti. Tra le più importanti caratteristiche che influenzano il ruolo sociale “atteso” ci sono l’età, il sesso, la razza, la posizione socio-economica, e il modo stesso in cui si è inseriti in diverse reti sociali. Lungo tutti i precedenti capitoli abbiamo esplorato, a livello descrittivo, tra le altre cose, il ruolo che età e sesso svolgono nel decidere della salute dei ragazzi. I risultati descritti per il campione italiano su questi due aspetti ricalcano andamenti internazionali, come si può leggere, per esempio, in Davey-Smith (2003) per l’età e in Cavallo (2006) per il

nesso, nei quali possono rintracciarsi anche delle ipotesi esplicative. Molto più carenti sono invece, a livello italiano, gli studi sull'influenza dell'etnia.

Ci concentriamo invece, in questo capitolo, sugli altri due aspetti citati: la posizione socio-economica e l'accesso alle risorse più prettamente sociali. L'accesso a risorse economiche è uno dei principali determinanti della salute nel mondo, e le disuguaglianze sociali di salute costituiscono uno dei principali filoni di ricerca in sanità pubblica e promozione della salute (Marmot & Wilkinson, 1999). Alcuni ricercatori hanno sostenuto che le disuguaglianze si attenuano in adolescenza (West, 1997), ma studi recenti su dati HBSC rilevano l'esistenza di un gradiente di salute relativo al benessere economico in quasi tutti gli stati coinvolti (Zambon, Boyce, 2006), compresa l'Italia. Nel paragrafo 1 viene descritta la situazione dei ragazzi italiani relativamente all'accesso alle risorse economiche.

Le risorse necessarie per raggiungere uno stato di benessere sono però anche relative ai contatti cui si ha accesso, alle modalità di partecipazione alla vita associativa, e al modo in cui si è in grado di gestire queste ed altre risorse per trasformarle in un vantaggio effettivo. Secondo alcuni autori, che mettono insieme questi ed altri concetti nel costrutto di "capitale sociale" (vedi Vieno e Santinello, 2006), tale capitale sarebbe in grado di limitare l'effetto negativo di una situazione economica svantaggiata (Cooper, 1999), fornendo ulteriori spinte al benessere. Altri criticano il concetto di "capitale sociale" nel suo complesso e il suo uso relativo alla salute (Fassin, 2003), ma questo non vuol dire che le singole componenti che lo costituiscono non siano fattori importanti nello spiegare le influenze dell'appartenenza sociale sulla salute. Nei paragrafi 2 e 3 di questo capitolo verrà analizzato l'accesso alle risorse sociali costituite dall'area locale e dalla partecipazione alla vita civica attraverso associazioni organizzate. La lettura del capitolo 2, che parla delle relazioni con la famiglia di origine e delle relazioni con i pari, fa parte anche di questa tematica, pur avendo valenze più generali che ne fanno un capitolo a parte.

Il quarto paragrafo è invece dedicato agli aspetti della socialità più legati alla sfera prettamente psicologica. Da una parte, infatti, alcune caratteristiche individuali facilitano o limitano l'accesso alle risorse e all'appartenenza sociali, e la capacità di far "fruttare" queste risorse; dall'altra sono a loro volta influenzate da un più o meno positivo ambiente sociale. In particolare vengono prese in considerazione l'autostima sociale, connessa anche con l'appartenenza di classe (Francis & Jones, 1996) e l'auto-efficacia, cioè la fiducia nelle proprie capacità di azione nel mondo (Bandura, 1977), e il tipo di valori assunti come propri, legati sia alla condizione sociale che alle modalità di rapportarsi al mondo in modo più o meno efficace (Kohn & Schooler, 1983).

8.2 Lo status socio-economico familiare

Lazzeri G., Rossi S., Giacchi M.

Il contesto familiare influisce prevalentemente sui comportamenti dell'adolescente in ragione della sua struttura, status socio-economico e livello culturale.

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

status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto quale *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 (computer; macchine; stanza singola; vacanze...); lo strumento messo a punto della "Family Affluence Scale" (FAS, scala di affluenza familiare) (Curie, 1997);

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

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

A questi indicatori si aggiunge un quarto elemento di valutazione basato sulla percezione soggettiva del benessere della propria famiglia: gli si chiede cioè quale sia secondo lui /lei il livello di benessere economico della propria famiglia.

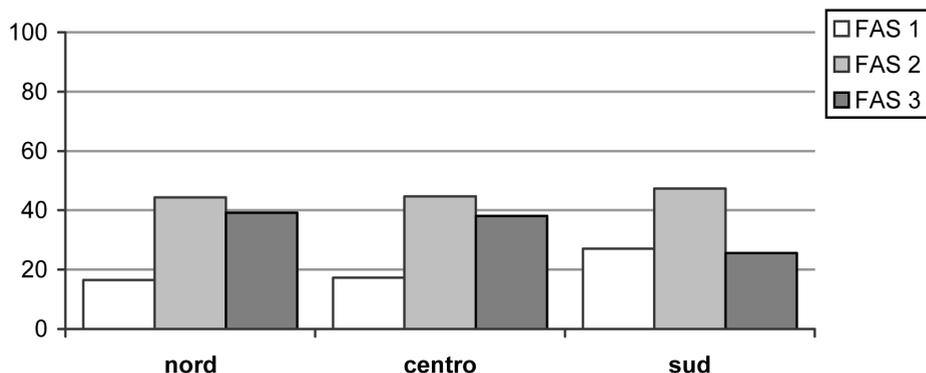
8.2.1 Status economico-FAS

Nella tabella 8.1 i risultati per area geografica indicano una diminuzione progressiva del FAS dal nord a sud; la differenza tra la frequenza del livello più elevato del nord (FAS 3 = 39.15%) e quella corrispondente del sud (FAS 3 = 25.59%) raggiunge i tredici punti percentuali.

Tabella 8.1: Status socio economico derivante dal Family Affluence Scale (FAS 1: basso; FAS 3: alto)

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
FAS 1	16,49 (243)	17,27 (133)	27,07 (439)
FAS 2	44,37 (654)	44,68 (344)	47,35 (768)
FAS 3	39,15 (577)	38,05 (293)	25,59 (415)
Totale	100,00 (1474)	100,00 (770)	100,00 (1622)

Figura 8.1 - FAS suddiviso per area geografica (FAS 1: basso; FAS 3: alto)



Rispetto al livello educativo dei genitori si nota che al sud sono maggiormente diffusi livelli di istruzione inferiore (elementare e medio), mentre al centro si registrano i valori più alti di laureati (sia fra le madri che fra i padri). Dal 13,20% al 21,08% dichiarano di non conoscere il grado di istruzione dei genitori, specie dei padri.

Tabella 8.2: Livello educazione dei genitori

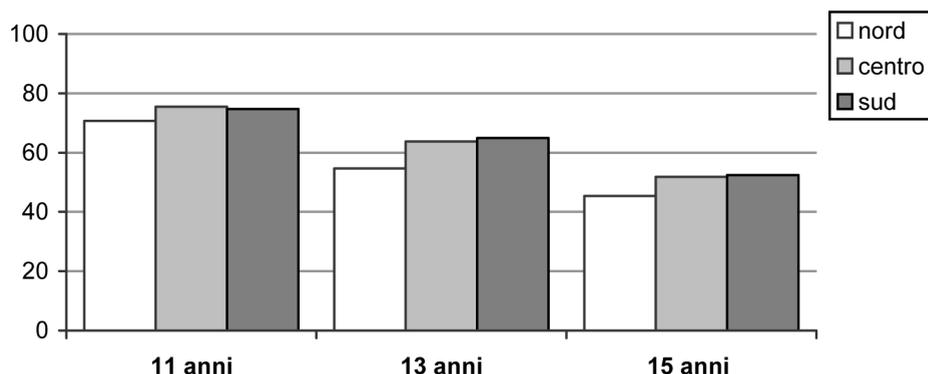
	NORD		CENTRO		SUD	
	Madre % (N)	Padre % (N)	Madre % (N)	Padre % (N)	Madre % (N)	Padre % (N)
Elementari	4,15 (59)	5,29 (76)	3,24 (24)	2,53 (19)	5,90 (93)	6,29 (99)
Medie	23,35 (332)	23,94 (344)	21,62 (160)	23,07 (173)	32,74 (516)	30,58 (481)
Istituti professionali	12,73 (181)	14,06 (202)	10,95 (81)	12,00 (90)	8,50 (134)	10,74 (169)
Maturità superiore	28,90 (411)	23,87 (343)	30,81 (228)	26,67 (200)	26,14 (412)	23,14 (364)
Laurea	13,85 (197)	13,78 (198)	17,30 (128)	14,67 (110)	13,52 (213)	13,41 (211)
Non so	17,02 (242)	19,07 (274)	16,08 (119)	21,07 (158)	13,20 (208)	15,83 (249)
Totale	100,00 (1422)	100,00 (1437)	100,00 (740)	100,00 (750)	100,00 (1576)	100,00 (1573)

Riguardo la percezione soggettiva del benessere economico della propria famiglia (tabella 8.3), il trend è decrescente dal sud al nord con il valore più elevato di 23,31% dei ragazzi del sud che ritiene che le proprie famiglie “stanno molto bene”, contro il 20,13% del centro e il 15,84% del nord. Le frequenze più elevate si registrano in tutte e tre le aree relativamente alla risposta “stanno bene”.

Tabella 8.3: “Quanto pensi stia bene la tua famiglia, dal punto di vista economico?” per area geografica

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
Molto bene	15,84 (250)	20,13 (156)	23,31 (383)
Bene	42,71 (674)	43,23 (335)	40,66 (668)
Nella media	35,04 (553)	32,00 (248)	31,10 (511)
Non molto bene	5,26 (83)	3,87 (30)	4,14 (68)
Per niente bene	1,14 (18)	0,77 (6)	0,79 (13)
Totale	100,00 (1578)	100,00 (775)	100,00 (1643)

Figura 8.2 - Percentuale di coloro che dichiarano che la propria famiglia sta bene o molto bene da un punto di vista economico per area geografica ed età



8.3 Area Locale

Vieno A., Santinello M., Dallago L., Formentin S., Verzeletti C.

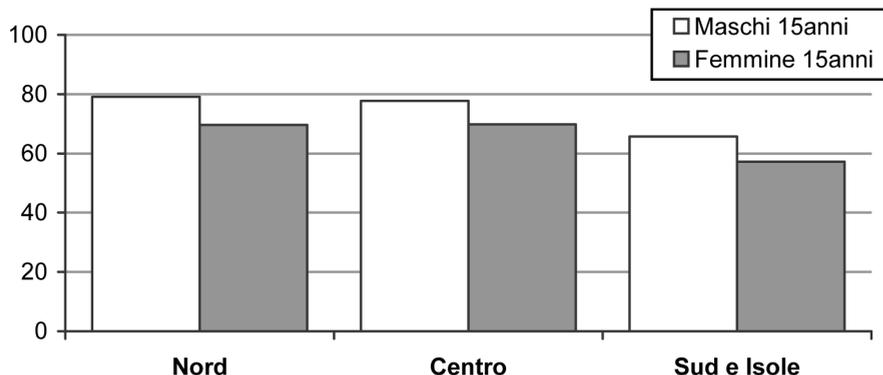
In relazione alla percezione che gli adolescenti (quindicenni) hanno della zona dove vivono, è possibile osservare (tabella 8.4) come quasi il 70% dei ragazzi pensa che sia un bel posto. In generale, sono comunque i maschi ad essere maggiormente soddisfatti della zona dove vivono.

Tabella 8.4: "Pensi che la zona in cui abiti sia un bel posto dove vivere?", per sesso. Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Si, è veramente un bel posto	39.20 (247)	31.3 (195)
Si, va bene	33.70 (212)	33.07 (210)
Può andare	17.0 (107)	19.6 (122)
Non è un gran che	7.00 (44)	10.8 (67)
Non è bello per niente	3.20 (20)	4.70 (29)
Totale	100.00 (630)	100.00 (623)

Le differenze tra maschi e femmine sono confermate indipendentemente dalla zona geografica di residenza (figura 8.3). Osservando il trend nord-sud è possibile comunque osservare come i ragazzi del nord siano maggiormente soddisfatti della zona dove vivono rispetto a quelli del sud.

Figura 8.3 - Percentuale di coloro che considerano la zona dove vivono “un bel posto” o “si va bene”, per area geografica e sesso. Solo quindicenni.



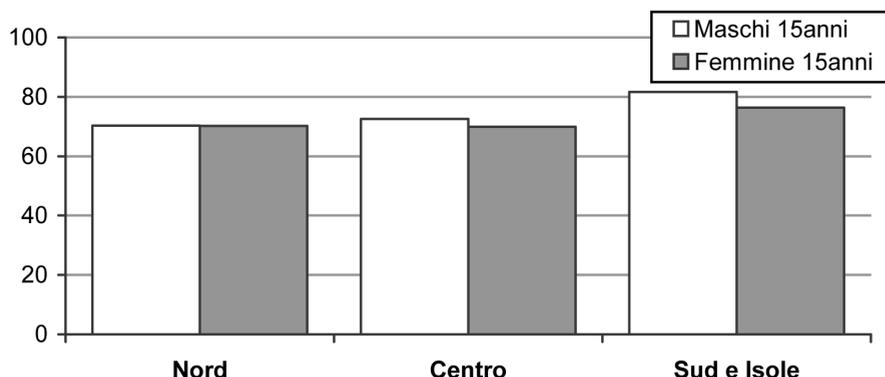
La percentuale dei ragazzi d'accordo con l'affermazione “Nella zona dove vivo la gente saluta e si ferma spesso a parlare per strada” (tabella 8.5) sfiora il 75% dei rispondenti mentre circa un ragazzo su dieci pensa il contrario. Anche in questo caso sono i maschi ad essere maggiormente soddisfatti del clima sociale che vivono nella propria zona di residenza.

Tabella 8.5: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “Nella zona dove vivo la gente saluta spesso e si ferma a parlare per strada” per sesso. Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Sono molto d'accordo	36.40 (228)	31.60 (197)
Sono d'accordo	39.3 (246)	40.80 (254)
Né d'accordo né in disaccordo	14.9 (93)	14.8 (92)
Non sono d'accordo	4.8 (30)	8.0 (50)
Non sono per niente d'accordo	4.6 (29)	4.8 (30)
Totale	100.00 (626)	100.00 (623)

Rispetto alla domanda precedente, osserviamo un sostanziale rovesciamento del trend legato alle differenze tra nord, centro e sud (figura 8.4). In effetti, il fermarsi per strada a conversare con i vicini sembra essere un comportamento più diffuso tra persone che risiedono a sud, più che al nord, della penisola. Anche in questo caso il centro Italia si colloca in una posizione intermedia.

Figura 8.4 - Percentuale di coloro che sono “Molto d’accordo” e “D’accordo” con l’affermazione “La gente saluta e spesso si ferma a parlare per strada nella zona in cui vivo” per area geografica e sesso. Solo quindicenni



Per quel che concerne la presenza di bei posti nella zona di residenza (tabella 8.6), i ragazzi sembrano essere molto meno soddisfatti. In effetti, solo un ragazzo su due si dichiara d’accordo o molto d’accordo con l’affermazione “Nella zona dove vivo ci sono dei bei posti dove passare il tempo libero (per es. centri aggregativi, parchi, negozi)”. Anche in questo caso sono le ragazze ad essere maggiormente insoddisfatte per questo aspetto della zona in cui vivono (lo è circa una ragazza su tre).

Tabella 8.6: Grado di accordo dichiarato con l’affermazione “Nella zona dove vivo ci sono dei bei posti dove passare il tempo libero (per es. centri aggregativi, parchi, negozi)” per sesso. Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Sono molto d’accordo	22.2 (139)	18.00 (112)
Sono d’accordo	31.50 (197)	28.5 (177)
Né d’accordo né in disaccordo	20.30 (127)	21.10 (131)
Non sono d’accordo	15.00 (94)	19.30 (120)
Non sono per niente d’accordo	10.90 (68)	13.20 (82)
Totale	100.00 (625)	100.00 (622)

Il trend nord-sud sembra rispecchiare la soddisfazione complessiva per la zona di residenza per cui al sud si esprime maggior insoddisfazione rispetto al nord (figura 8.5).

Figura 8.5: Percentuale di coloro che sono “Molto d'accordo” e “D'accordo” con l'affermazione “Nella zona dove vivo ci sono dei bei posti dove passare il tempo libero (per es. centri aggregativi, parchi, negozi)” per area geografica e sesso. Solo quindicenni

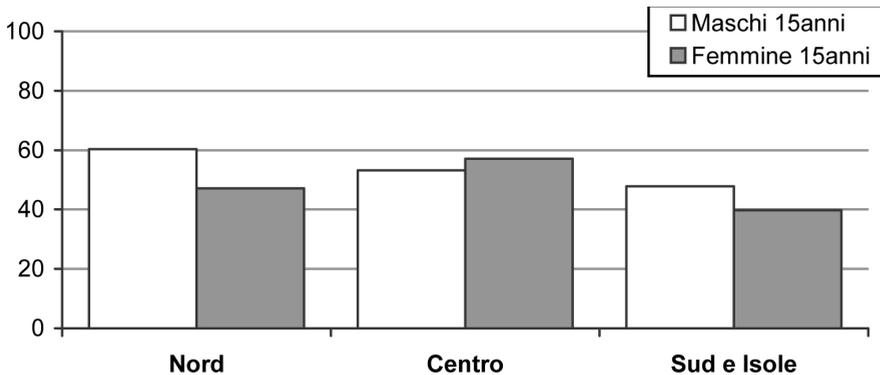
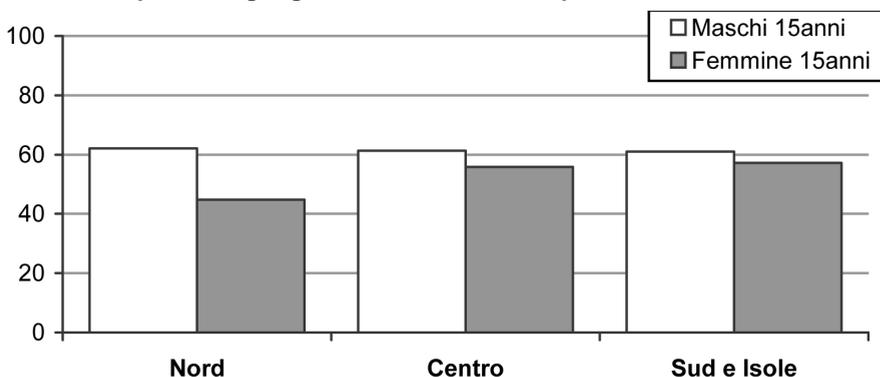


Tabella 8.7: “In generale mi sento sicuro nella zona in cui vivo”, per sesso. Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Sempre	61.50 (386)	51.60 (322)
La maggior parte del tempo	29.30 (184)	37.7 (235)
Qualche volta	6.50 (41)	8.20 (51)
Raramente o mai	2.70 (17)	2.60 (16)
Totale	100.00 (625)	100.00 (622)

Il problema dell'insicurezza (tabella 8.7) non sembra essere in generale molto percepito dai quindicenni italiani. In effetti, circa il 90% dei ragazzi si sente sicuro sempre o per la maggior parte del tempo. Contrariamente a quanto avviene negli adulti e negli anziani non sembrano evidenziarsi differenze imputabili al genere.

Figura 8.6 - Percentuale di coloro che dichiarano di sentirsi “Sempre” sicuri nella zona in cui vivono per area geografica e sesso. Solo quindicenni



Osservando il trend a livello nazionale, è possibile osservare come la percentuale di maschi che si sente sempre sicuro risulta piuttosto costante, mentre quelle delle femmine sembra aumentare da nord a sud.

8.4 Vita associativa

Vieno A., Santinello M., Dallago L., Formentin S., Verzeletti C.

In tabella 8.8 sono riportate le percentuali di ragazzi coinvolti nei diversi tipi di associazione.

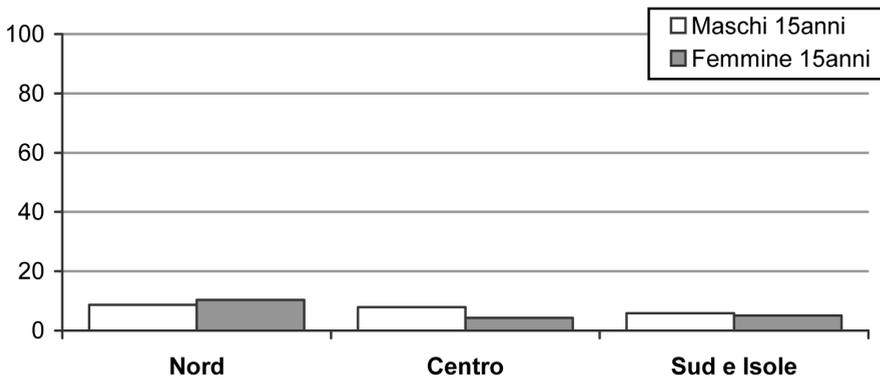
Tabella 8.8: “Sei coinvolto in qualcuno dei seguenti tipi di associazione” per sesso. Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Associazioni Sportive	55.20 (337)	32.30 (190)
Volontariato	7.30 (44)	7.20 (42)
Organizzazioni Politiche	6.10 (37)	1.70 (10)
Associazioni Culturali	12.70 (77)	12.50 (73)
Gruppi Ecclesiastici e Religiosi	17.70 (107)	17.30 (101)
Associazioni Giovanili	20.80 (126)	17.40 (101)
Altro	15.10 (84)	8.20 (41)
Nessuna Associazione/Org.	27.19 (174)	40.19 (252)
Totale	50.50 (640)	40.50 (627)

Indipendentemente dal genere, quelle sportive sono le associazioni maggiormente gradite dai ragazzi. In generale i maschi, rispetto alle femmine, sembrano maggiormente attratti dalle associazioni sportive e politiche.

Interessante risulta poi il dato relativo alla non partecipazione in nessuna associazione: questo fenomeno interessa circa un ragazzo su tre e due ragazze su cinque.

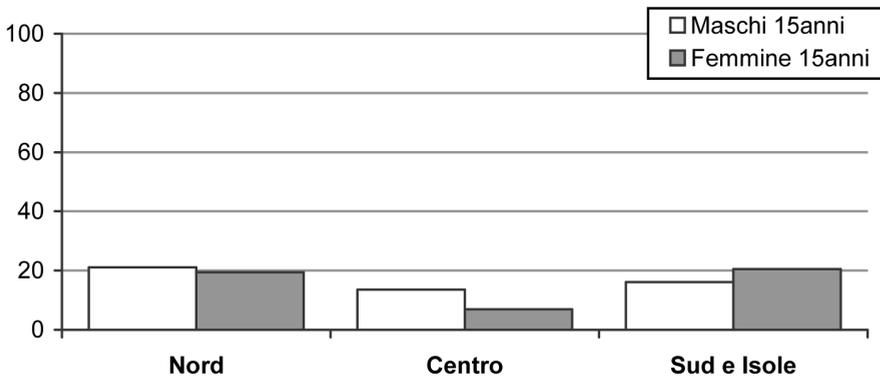
Figura 8.7: Percentuale di coloro che dichiarano di partecipare ad attività di volontariato per area geografica e sesso. Solo quindicenni



Confermando analoghe ricerche condotte tra gli adulti, i ragazzi del nord sembrano maggiormente coinvolti in attività di volontariato (figura 8.7).

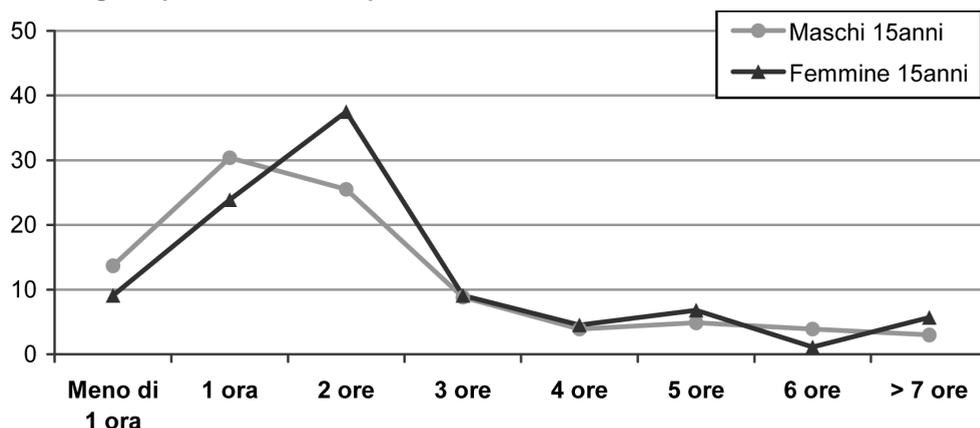
Appare inoltre interessante sottolineare come la partecipazione a gruppi di natura ecclesiastica (figura 8.8) sia maggiormente diffusa, in eguale misura, al nord ed al sud/isole, rispetto a quanto accade al centro Italia.

Figura 8.8: Percentuale di coloro che dichiarano di partecipare a gruppi ecclesiastici e religiosi per area geografica e sesso. Solo quindicenni



In relazione alla partecipazione ai gruppi ecclesiastici possiamo osservare (figura 8.9) come i ragazzi passino, nella maggior parte dei casi, tra una e tre ore all'interno di questi spazi. Infine, in generale, sembrano le ragazze quelle più disposte a spendere più tempo in questo genere di attività.

Figura 8.9: Frequenza delle ore impiegate settimanalmente all'interno di gruppi ecclesiaci o religiosi per sesso. Solo quindicenni.



8.5 Dimensioni individuali della socialità

Zambon A.

L'autostima sociale viene valutata tra i ragazzi dello studio HBSC attraverso la scala breve elaborata da Harter (1988), per l'auto-efficacia si è invece utilizzata la scala di Schwarzer (1992). Entrambi questi costrutti sono riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come importanti fattori in grado di migliorare la capacità di prendersi cura della propria salute. Vengono altresì incoraggiati i programmi in grado di elevarne i livelli tra la popolazione in età dello sviluppo. Nella presente indagine le scale sono state somministrate solo ai quindicenni, e i valori medi registrati sulle scale non variano né per area geografica, né per sesso. Quest'ultimo dato contrasta con quanto si sa dalla letteratura sull'argomento, in cui si riporta, per questa età, un'autostima per le ragazze inferiore a quella dei ragazzi. Il punteggio medio per l'autostima, su una scala che va da 5 (punteggio basso) a 20 (punteggio alto) è di 14,9 per i maschi e 15,0 per le femmine; la scala dell'auto-efficacia va da 10 a 40 e i rispettivi punteggi medi sono 28,6 e 27,5. Come si vede le differenze non sono molto piccole (e anche per questo non vengono riportati tabelle e/o grafici su queste variabili).

Se la posizione socio-economica è collegata allo stato di salute, alcuni orientamenti valoriali facilitano il raggiungimento di posizioni più vantaggiose. Gli studi di Kohn e Schooler (1983), anche se non recentissimi, ma interessanti per noi perché condotti anche sulla popolazione italiana, mostrano come i genitori di famiglie benestanti tendano a sviluppare nei propri figli attitudini e valori definiti "auto-diretti" cioè legati all'autonomia e all'iniziativa individuale, orientamenti che facilitano poi i ragazzi nel raggiungere e ricoprire ruoli sociali maggiormente prestigiosi. Nelle famiglie meno avvantaggiate vengono invece favoriti valori "etero-diretti", che preparano per ruoli tendenzialmente subordinati. Essi osservano come attraverso questo meccanismo le disuguaglianze tendano a perpetuarsi non solo attraverso il trasferimento diretto di beni materiali, ma anche attraverso il processo di socializzazione e strutturazione della personalità. Prendiamo in

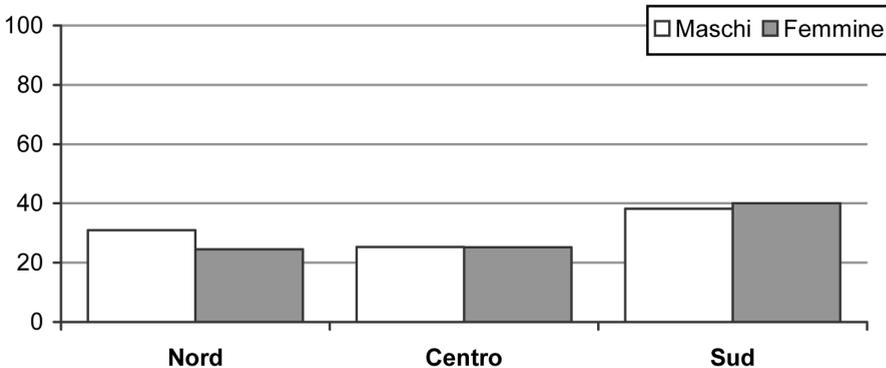
considerazione l'attribuzione di importanza all'obbedienza come esempio di valore etero-diretto, esemplifichiamo invece quelli auto-diretti con l'indipendenza.

In tabella 8.9 si vede che, anche se ci sono pochi più ragazzi a considerare l'obbedienza come molto importante (33,4% contro il 30,4% delle ragazze), sono invece molte di più le femmine che la considerano piuttosto importante (53,8% contro il 45,3% dei coetanei). Se ci fermiamo a considerare, però, chi la considera molto importante, vediamo in figura 8.10 che si tratta soprattutto degli studenti del Sud.

Tabella 8.9: "Quanto è importante per te l'obbedienza?". Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Molto importante	33,44 (211)	30,35 (190)
Piuttosto importante	45,32 (286)	53,83 (337)
Non molto importante	14,90 (94)	13,42 (84)
Per nulla importante	6,34 (40)	2,40 (15)
Totale	100,00 (631)	100,00 (626)

Figura 8.10 - Percentuale di coloro che considera l'obbedienza un valore molto importante, per area geografica e sesso

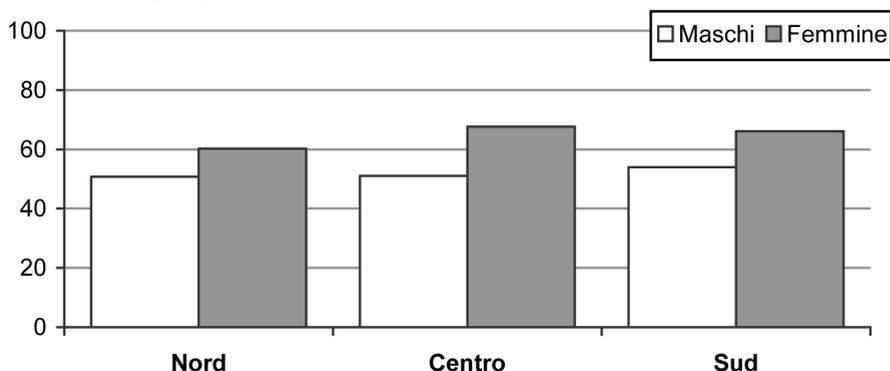


Per quanto riguarda l'indipendenza, invece, si vede nella tabella 8.10 che sono soprattutto le femmine a considerarla molto importante (63,9% contro il 52,3% dei maschi), anche se il vantaggio risulta meno accentuato al Nord (si veda la figura 8.11).

Tabella 8.10: “Quanto è importante per te l'indipendenza?”. Solo quindicenni

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
Molto importante	52,31 (328)	63,90 (400)
Piuttosto importante	33,81 (212)	30,99 (194)
Non molto importante	9,57 (60)	4,31 (27)
Per nulla importante	4,31 (27)	0,80 (5)
Totale	100.00 (627)	100.00 (626)

Figura 8.11 - Percentuale di coloro che considera l'indipendenza un valore molto importante, per area geografica e sesso.



8.6 Conclusioni

Mentre un'analisi delle possibilità concrete di consumo delle famiglie rivela la tradizionale divisione Nord/Sud, con le famiglie del Nord che si trovano in una posizione migliore delle altre, la percezione che i ragazzi hanno del benessere economico della propria famiglia non riflette questo andamento: i ragazzi del Sud, più spesso di quelli del Nord, dichiarano che la propria famiglia sta “molto bene” da un punto di vista economico. E' possibile che i ragazzi abbiano in mente cose diverse quando rispondono a quest'ultima domanda, o forse la risposta si basa più su un confronto tra la propria situazione e gli altri a livello locale, ma si tratta di ipotesi che andranno esplorate meglio in futuro. Il Sud sembra anche rivelare un'alta percentuale di genitori con bassi livelli di istruzione, mentre non si vedono grosse differenze per la percentuale di laureati, anche questo riflette un'immagine già conosciuta, che comporta il coesistere di un più alto tasso di disoccupazione con il raggiungimento di alti titoli di studio.

Immagini contraddittorie tra Nord e Sud emergono anche quando si osserva la percezione dell'area locale: mentre al Nord è più alta la percentuale di chi è soddisfatto della

zona in cui vive in senso generico e relativamente alla presenza di servizi e infrastrutture, al Sud pare che la gente sia più amichevole, e disposta, incontrandosi, a scambiare quattro chiacchiere. Ma anche questo contrasto è presente nell'immaginario collettivo relativamente agli stereotipi regionali.

Numerosi sono i ragazzi, soprattutto maschi e soprattutto al Nord, che partecipano a qualche forma di associazione organizzata, in particolare sportive, culturali e religiose, ma anche di volontariato. Sono anche molti però coloro che non lo fanno (27% dei maschi e 40% delle femmine) il che può rappresentare un problema per il fatto che la rete sociale di tipo allargato, che le associazioni portano, sembra essere un potente fattore favorente per la salute.

Per quanto riguarda gli aspetti psicologici della socialità, non emergono particolari differenze tra i generi e tra le zone geografiche per quanto riguarda i livelli di autostima e auto-efficacia sociali. Più osservazioni permette la dimensione valoriale: come previsto dai citati studi di Kohn e Schooler, valori di tipo tradizionale, poco centrati sull'autonomia, sembrano maggiormente considerati al Sud.

Bibliografia capitolo 8

Adler NE et al (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.

Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*; 12 (3): 385-397.

Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

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.

Cooper H., Arber S., Fee L., Ginn J. (1999). *The influence of social support and social capital on health. A review and analysis of British data*. London: Health Education Authority

Davey-Smith (ed.) (2003). *Health inequalities. Life-course approaches*. Bristol: The Policy Press.

Fassin D. (2003). Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie: analyse critique d'une migration transdisciplinaire. *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, 51 : 403-413.

Francis L., Jones S. (1996), Social class and self-esteem. *Journal of Social Psychology*, 136: 405-6.

Harter S. (1988). *Subscales for the Self perception profile for adolescents*. Denver: Denver University Press.

Kohn M., Schooler C. (1983). *Work and personality*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation

Marmot e Wilkinson (eds.) (1999). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.

Schwarzer R. (a.c.d.) (1992). *Self-efficacy: thought, control of action*. Washington D.C.: Hemisphere.

Vieno A., Santinello M. (2006). Il capitale sociale secondo un'ottica di Psicologia di comunità. *Giornale Italiano di Psicologia*, 33: 481-497.

West P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 40: 1283-1302.

Zambon A., Boyce W., Cois E., Currie C., Lemma P., Dalmasso P., Borraccino A., Cavallo F. (2006). Do welfare regimes mediate the effect of socio-economic position on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America, and Israel. *The International Journal of Health Services*, 36: 309-329.

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.