

# Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



## Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 REGIONE LAZIO

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

## Indice

<b>Ringraziamenti.....</b>	<b>3</b>
<b>Presentazione dell'indagine .....</b>	<b>5</b>
<b>Premessa .....</b>	<b>7</b>
<b>Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio .....</b>	<b>8</b>
1.1 Introduzione.....	8
1.2 Descrizione del campione.....	9
Bibliografia capitolo 1.....	10
<b>Capitolo 2: Il contesto familiare.....</b>	<b>11</b>
2.1 Introduzione.....	11
2.2 La struttura familiare .....	11
2.3 La qualità della relazione con i genitori .....	13
2.4 Lo status socio-economico familiare .....	16
2.5 Conclusioni .....	17
Bibliografia capitolo 2.....	18
<b>Capitolo 3: L'ambiente scolastico.....</b>	<b>20</b>
3.1 Introduzione.....	20
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola) .....	20
3.6 Conclusioni.....	29
Bibliografia capitolo 3.....	30
<b>Capitolo 4: Sport e tempo libero .....</b>	<b>32</b>
4.1 Introduzione.....	32
4.2 Attività fisica.....	32
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica .....	33
4.3 Comportamenti sedentari.....	35
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione.....	35
4.4 Rapporti con i pari.....	38
4.5 Conclusioni.....	43
Bibliografia capitolo 4.....	44
<b>Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale.....</b>	<b>46</b>
5.1 Introduzione.....	46
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	46
5.3 Consumo di frutta e verdura .....	48
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate .....	50
5.5 Stato nutrizionale .....	52
5.6 Igiene orale.....	56
5.7 Conclusioni.....	57
Bibliografia capitolo 5.....	58
<b>Capitolo 6: Comportamenti a rischio .....</b>	<b>60</b>
6.1 Uso di sostanze .....	60
6.1.1 Il fumo.....	60
6.1.2 L'alcol .....	62
6.1.3 Cannabis .....	65
6.2 Abitudini sessuali.....	66
6.3 Infortuni .....	67
6.4 Conclusioni.....	68
Bibliografia capitolo 6.....	70

<b>Capitolo 7: Salute e benessere</b> .....	<b>72</b>
7.1 Introduzione.....	72
7.2 Percezione della propria salute.....	72
7.3 La percezione del benessere.....	73
7.4 I sintomi riportati .....	75
7.5 Utilizzo di farmaci.....	78
7.6 Conclusioni.....	79
Bibliografia capitolo 7.....	81
<b>Alcuni indicatori riassuntivi</b> .....	<b>83</b>

## **Coordinamento Nazionale dello studio HBSC**

### **Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia**

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

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

Mariano Giacchi  
Giacomo Lazzeri  
Valentina Pilato  
Stefania Rossi  
Andrea Pammolli

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

Massimo Santinello  
Alessio Vieno  
Francesca Chieco  
Michela Lenzi

## **Coordinamento Scientifico del progetto “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”**

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

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

## **Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione**

Daniela Galeone  
Maria Teresa Menzano  
Lorenzo Spizzichino

## **Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali**

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

## **Coordinamento Regione Lazio**

**Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica, Dipartimento Tutela della Salute**  
Esmeralda Castronuovo, Domenico Di Lallo e Gabriella Guasticchi.

**Dipartimento di Prevenzione, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, ASL RM B**  
Giulia Cairella

## **Referenti e Operatori Aziendali**

**ASL (Roma A)** – Paolo Amadei, Maria Teresa Pancallo, Rosamarina Barilaro, Sandra Scarsciotti, Luigia Maglione, Maria Filomena Spano

**ASL (Roma B)** – Giulia Cairella, Francesca M. Blancato, Angela Marchetti, Maria Minazzi, Angela Monti, Luciana Olivieri, Maria Pettorino, Francesca Volpe

**ASL (Roma C)** – Saba Minnielli, Laura Grasso, Giuseppe Ugolini, Giuseppe Vorrasi, Tamara Seraceni, Paola Tunesi

**ASL (Roma D)** – Maria Novella Giorgi

**ASL (Roma E)** – Carlo Spigone, EmiliaTanzariello, Bruna Garbuio, Valter Giancotta

**ASL (Roma F)** – Augusto Pizzabiocca, Valeria Covacci, Cristian Marchetti

**ASL (Roma G)** – Marco Pascali, Vito Ruscio, Maria Pia Masciarelli, Giuseppina Del Bove Orlandi, Antonio Di Felice, Marcella Faina, Anna Maria Longo, Laura Petrone, Sandro Cicerchia

**ASL (Roma H)** – Alessia Imperatore, Angela de Carolis, Sandro Sanna, Marina Di Geronimo, Michele Pistolesi, Stefania Villarini, Alessandro Citeroni, Laura Dimitri, Maria Letizia Curcio

**ASL (Rieti)** – Rosanna Guadagnoli, Tania Severi

**ASL (Frosinone)** – Enrico Straccamore, Angela Gabriele, Vincenzo Marchelletta,

**ASL (Latina)** - Vincenza Galante, Angelo Fracassi, Luca Galante, Patrizia Lucantonio, Paola Petroni, Manuela Visentin

**ASL (Viterbo)** – Sandro Marenzoni, Laura Stefanucci

## **Responsabilità editoriali**

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

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

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

Per la Regione Lazio le parti scritte a commento dei dati sono a cura di: Giulia Cairella, Esmeralda Castronuovo, Vincenza Galante, Marco Pascali, Laura Petrone, Vito Ruscio.

La copia del volume è scaricabile dal sito [www.asplazio.it](http://www.asplazio.it)

**Siti internet di riferimento per lo studio:**

<http://www.hbsc.unito.it/it/>

## Ringraziamenti

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

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

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

I.P.S.C.T. A. Filosi DI TERRACINA - Liceo Classico A. Mancinelli DI VELLETRI - Istituto Magistrale A. Manzoni DI LATINA - I.T.I.S A. Pacinotti DI FONDI - Scuola Media A. Vivaldi DI ROMA - I.T.I.S A. Volta DI FROSINONE - Scuola Media A. Volta DI LATINA - Liceo Artistico A. Amaldi DI ROMA - Istituto Comprensivo A.M. Ricci DI RIETI - Scuola Media A. Tibullo DI ZAGAROLO - Scuola Media A. Volpi DI CISTERNA - Liceo Scientifico Archimede DI ROMA - Liceo Classico Augusto DI ROMA - Scuola Media B. Go Hermada --Ss. Milani DI TERRACINA - I.T.G Boaga/Ambrosoli DI ROMA - Istituto Comprensivo C. Cattaneo DI ROMA - Liceo Classico C. Eliano DI PALESTRINA - Scuola Media C. Pavese DI SAN CESAREO - Scuola Media Castel Sant'elia DI SANT'ELIA - Scuola Media Cesare Piva DI ROMA - Liceo Classico D. Alighieri DI ANAGNI - Scuola Media D. Alighieri DI FORMIA - Scuola Media D. Pagano DI ROMA - Istituto Comprensivo D.R. Chiodi DI ROMA - Scuola Media D'angeli DI CANTALICE - Liceo Scientifico Democrito DI ROMA - I.T.C. Di Cerveteri DI CERVETERI - Scuola Media Di Montefiascone DI MONTEFIASCONE - Liceo Classico Di Segni DI SEGNI - Scuola Media Di Veroli DI VEROLI - Scuola Media Don Ionta DI SEGNI - Scuola Media Donatello DI ROMA - I.T.G. E. Fermi DI TIVOLI - Liceo Scientifico E. Majorana DI LATINA - Scuola Media E. Majorana DI ROMA - I.T.I. E. Nobel DI ROMA - Scuola Media E. Q. Visconti DI ROMA - Scuola Media E. Visca DI NETTUNO - Liceo Scientifico F. Enriques DI ROMA - Scuola Media F. Fellini DI ROMA - Istituto Comprensivo F. Lli Cervi DI ROMA - Scuola Media Fanelli DI ROMA - I.T.I.S. Ferraris DI ROMA - Scuola Media Fontana Della Rosa DI VELLETRI - Scuola Media Frosinone Iii DI FROSINONE - Scuola Media G Garibaldi DI MENTANA - Istituto Magistrale G. Braschi DI SUBIACO - I.T.I.S G. Cardano DI MONTEROTONDO - I.T.G. G. Da Verrazzano DI ROMA - Scuola Media G. Di Biasio DI CASSINO - I.T.T.U.R. G. Falcone DI ROMA - Scuola Media G. Falcone DI ANZIO - Scuola Media G. Grossi DI PICO - I.T.I.S. G. Marconi DI LATINA - Scuola Media G. Marconi DI MONTEROTONDO - Scuola Media G. Massaia DI ROMA - Scuola Media G. Moscati DI ROMA - Liceo Scientifico G. Peano DI ROMA - I.T.C. G. Salvemini DI ROMA - I.P.S.S.C.T.S. G. Verne DI ROMA - Liceo Classico Gaio Valerio Catullo DI MONTEROTONDO Scuola Media Gianicolo DI ROMA - Scuola Media Giovanni Xxiii DI ROMA - Scuola Media Giuliano Da Sangallo DI ROMA - Liceo Classico I. Kant DI ROMA - Liceo Scientifico I. Vian DI BRACCIANO - Scuola Media Isola Del Liri DI ISOLA DEL LIRI - I.P.S.S.A.R. Italia DI TIVOLI - Scuola Media Junior International Institute DI ROMA - Liceo Scientifico J.F. Kennedy DI ROMA - Istituto Comprensivo L Da Vinci DI ROMA - Scuola Media L. Albertini DI FIUMICINO - I.T.T.U.R. L. Bottardi DI ROMA - I.T.I.G.S. L. Da Vinci DI VITERBO - Liceo Scientifico L. Da Vinci DI SORA - Istituto Comprensivo L. Da Vinci DI GUIDONIA MONTECELIO - Istituto Comprensivo L. Da Vinci DI SONNINO - Liceo Classico E Scientifico L. Rocci DI FARA IN SABINA - Scuola Media L. Settembrini DI ROMA - Ist Prof Industria E Artigianato L. Go Brodolini DI POMEZIA - Scuola Media Largo Castelseprio DI ROMA - Scuola Media Leonida DI ROCCA DI PAPA - Liceo Scientifico a indirizzo linguistico DI NEPI - Istituto Comprensivo M. Dionigi DI LANUVIO - I.T.T.U.R. M. Polo DI ROMA - Istituto Magistrale M.T. Varrone DI CASSINO - Scuola Media Maratona DI ROMA - I.T.C. Medaglia D'oro DI CASSINO - Scuola Media Milanese DI ROMA - Liceo Scientifico Morgagni DI ROMA - Istituto Comprensivo Nino Rota DI ROMA - Liceo Scientifico Nomentano DI ROMA - Liceo Classico Orazio DI ROMA - Scuola Media Orazio DI TIVOLI - Liceo Classico P. E De Magistris DI SEZZE - Liceo Scientifico P. Levi DI ROMA - Istituto Comprensivo P. Mattej DI FORMIA - Scuola Media P. Metastasio DI CAVE - Scuola Media P. Neruda DI ROMA - Liceo Scientifico P. Ruffini DI VITERBO - Istituto Comprensivo P. Vanni DI VITERBO - I.T.I.S. Pacinotti DI ROMA - Istituto D'arte Pomezia DI POMEZIA - I.T.I.S. S. Cannizzaro DI COLLEFERRO - I.T.C. S. Pertini DI ROMA - Scuola Media San Benedetto DI ROMA - Istituto Comprensivo San Francesco DI ANGUILLARA SABAZIA - Liceo Classico San Gabriele DI ROMA - Scuola Media San Giovanni Battista DI ROMA - Scuola Media San Giuseppe De Merode DI ROMA - I.P.S.S.A.R. Sezione Staccata Via Biancale DI SORA - Scuola Media Sebastiano Minturno DI SPIGNO SATURNIA - Scuola Media Suore Francescane DI CIVITA CASTELLANA - Scuola Media T. Mommsen DI ROMA - Liceo Scientifico Taletti DI ROMA - I.P.S.S.A.R. Tor Carbone DI ROMA - Scuola Media U. Boccioni DI ROMA - Liceo Classico U. Foscolo DI ALBANO LAZIALE - Istituto Magistrale V. Gassman DI ROMA - I.T.C. V. Veneto DI LATINA - Liceo Scientifico V. Volterra DI CIAMPINO - Liceo Scientifico Via Cassia, 931 DI ROMA - Scuola Media Virgilio DI ARDEA - Liceo Classico Vivona DI ROMA - I.T.I.S. XX DI ROMA.



## **Presentazione dell'indagine**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC*

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

## **Premessa**

La partecipazione della Regione Lazio allo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*) sui comportamenti di salute degli adolescenti, è stata un'importante opportunità per conoscere in modo più approfondito la percezione che i nostri ragazzi hanno della propria salute fisica ed emotiva ed una buona occasione per capire un po' di più i problemi e le situazioni che maggiormente mettono a rischio la loro salute.

I risultati presentati in questo rapporto mettono in luce la presenza talvolta di una condizione di disagio a diversi livelli, soprattutto tra i ragazzi di 13 e 15 anni. Ad esempio volendo evidenziare solo alcuni dati, dall'analisi delle abitudini legate all'alcool, emerge un quadro allarmante: il 13.8% dei ragazzi di 15 anni, il 3.1% dei tredicenni e perfino lo 0.84% degli undicenni hanno dichiarato di essersi ubriacati più di una volta nell'anno. Appare inoltre diffuso in tutte e tre le fasce di età, con una maggiore frequenza tra i quindicenni, il cosiddetto *binge drinking*, ovvero l'abitudine di consumare eccessive quantità in una sola occasione. L'uso di cannabis, fenomeno indagato per i soli ragazzi di 15 anni, indica che, coinvolge il 22% degli adolescenti. Anche i dati sulla percezione della propria immagine corporea evidenziano una situazione di disagio: l'8% dei ragazzi tende a sovrastimare il valore dell'indice di massa corporea ed una quota consistente dichiara di essere a dieta o di non esserlo pur dovendo perdere qualche chilo:

Tale iniziativa, nata nell'ambito dell'accordo tra il Ministero della Pubblica Istruzione ed il Ministero della Salute Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, è stata resa possibile grazie all'attiva collaborazione tra la Regione Lazio e Ufficio Scolastico Regionale del Lazio. Determinante è stato soprattutto il contributo dei Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione delle 12 ASL del Lazio, degli Uffici Scolastici Provinciali e delle scuole che hanno aderito all'indagine HBSC.

Questa esperienza regionale, offre importanti indicazioni sulle quali il SSR potrà strutturare interventi e politiche sociali e sanitarie a favore dei giovani adolescenti. Interventi che per risultare efficaci necessitano del coinvolgimento di tutti gli attori in gioco dal mondo della scuola, a quello familiare e sanitario.

## **Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio**

### **1.1 Introduzione**

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

Nella nostra regione la raccolta dati HBSC del 2009-2010 è stata realizzata grazie alla collaborazione tra gli operatori sanitari regionali, l'Ufficio Scolastico Regionale e, in primis, ragazzi e personale delle scuole coinvolte.

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

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

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

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

## 1.2 Descrizione del campione

Nella Regione Lazio per ognuno dei tre gradi scolastici (prima media; terza media; seconda superiore), sono state selezionate 63 classi per un totale di 189 classi e 125 scuole di cui il 3.9% paritarie. Solo una classe di seconda superiore non ha partecipato all'indagine, quindi complessivamente si è registrata una ampia rispondenza che è stata pari al 99.47% (tabella 1.1). La completa adesione delle classi campionate per il Lazio, oltre a garantire la rappresentatività del campione e confermare l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine, indica che le scuole della nostra Regione siano attente e partecipi ai problemi degli adolescenti.

**Tabella 1.1: Rispondenza per classe**

	<i>Classi campionate</i>	<i>N. di classi che hanno restituito il questionario</i>	<i>Percentuale di rispondenza</i>
Classe prima media	63	63	100
Classe terza media	63	63	100
Classe seconda superiore	63	62	98.41
<b>Totale</b>	<b>189</b>	<b>188</b>	<b>99.47</b>

Il campione era costituito da un totale di 3.010 studenti di cui: il 37% di 11 anni, il 34% di 13 anni ed il 28% di 15 anni. Il 47,3% era rappresentato da ragazze (tabella 1.2).

**Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere**

	<b>Maschi %</b>	<b>Femmine %</b>	<b>Totale %</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
11 anni	36.85 (584)	37.26 (531)	37.04 (1115)
13 anni	34.76 (551)	33.40 (476)	34.12 (1027)
15 anni	28.39 (450)	29.33 (418)	28.84 (868)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1585)	<b>100</b> (1425)	<b>100</b> (3010)

Il 4% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nelle età 11 anni (4.34%) e 13 anni (4.34%) (tabella 1.3).

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

	<b>11 anni %</b>	<b>13 anni %</b>	<b>15 anni %</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Nato in Italia	95.65 (1056)	95.66 (970)	97.10 (838)
Nato all'estero	4.35 (48)	4.34 (44)	2.90 (25)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1104)	<b>100</b> (1014)	<b>100</b> (863)

## Bibliografia capitolo 1

HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).

HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.

Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

### Lecture di approfondimento

Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.

Green L.W., Kreuter M.W.(1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.

King A., Wold B., Smith C.T. and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.

Smith C., Wold B. and Moore L. (1992). Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2 (2): 41-44.

The Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48.

World Health Organisation (WHO) (1986). Ottawa charter for health promotion. Geneve, WHO.

---

## **Capitolo 2: Il contesto familiare**

### **2.1 Introduzione**

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

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

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

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

### **2.2 La struttura familiare**

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

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

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

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

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

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

La famiglia "ricostituita": è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. Ma in passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei

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

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

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

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono, nella prima, e se necessario, nella seconda casa (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare riportate in tabella 2.1. Come si osserva, le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante, nonostante a livello nazionale si registri da diversi anni una diminuzione dell'ammontare complessivo delle coppie con figli: dal 40.8% dei nuclei familiari nel 2002-2003 al 37% nel 2005-2006 al 37.9% nel 2007-2008 (ISTAT, 2008). Il 13% è invece costituito da famiglie dove oltre ai genitori è presente anche uno o tutti e due i nonni. Le famiglie monogenitori rappresentano il 13.06% dei nuclei familiari di cui l'11.51% composti da donne. Questa tipologia familiare è la prevalente, sia perché di solito, in caso di separazione e divorzio, i figli vengono affidati alle madri sia perché le donne hanno una maggiore probabilità di restare vedove. Nel 3.57% dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite" che, come detto in precedenza, possono essere più o meno complesse e appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Solo nell'1.65% dei casi i ragazzi hanno indicato di non vivere con i genitori ma solo con i nonni (0,58%) o in altra sistemazione senza genitori o nonni (1.07%).

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

Tipo di famiglia	%	(N)
Madre e padre, no altri adulti	68.69	1.999
Madre e padre, più uno o due nonni	13.02	379
Solo madre (con o senza nonni)	11.51	335
Solo padre (con o senza nonni)	1.55	45
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.57	104
Solo nonni (uno o due)	0.58	17
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.07	31
<b>Totale</b>	<b>100.00</b>	<b>1.910</b>

Il calo della fecondità, oltre a produrre una diminuzione delle coppie con figli, favorisce un costante aumento del peso delle coppie con un solo figlio e la diminuzione delle coppie con tre o più figli. Tale fenomeno è emerso anche dai dati della regione Lazio dove è risultato che più della metà del campione (54.05%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli (tabella 2.2). I figli unici sono rappresentati dal 20.52%. Tale dato è analogo a quanto emerso per l'Italia del Centro Nord nell'indagine HBSC del 2001 (22% figli unici contro l'11% del Sud), indicando un trend di famiglie con un solo figlio piuttosto stabile.

**Tabella 2.2: Fratelli e sorelle**

	<b>% (N)</b>
Figli unici	20.52 (448)
1 fratello o sorella	54.05 (1180)
2 o più fratelli o sorelle	25.42 (555)
<b>Totale</b>	<b>100 (2183)</b>

### 2.3 La qualità della relazione con i genitori

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

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

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

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

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

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

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	32.20 (349)	16.98 (173)	9.41 (81)
Facile	41.51 (450)	41.22 (420)	41.46 (357)
Difficile	17.44 (189)	25.61 (261)	28.69 (247)
Molto difficile	6.46 (70)	10.89 (111)	16.14 (139)
Non ho questa persona	2.40 (26)	5.30 (54)	4.30 (37)
<b>Totale</b>	100 (1084)	100 (1019)	100 (861)

Da quanto riferito dai ragazzi, la comunicazione appare diventare più difficile all'aumentare dell'età con entrambi i genitori. Nel passaggio dall'età dell'infanzia alla fase adolescenziale, infatti, emerge sempre più la conflittualità tra i bisogni di autonomia e di protezione dell'adolescente. Il conflitto si esprime spesso all'interno della famiglia attraverso una comunicazione sia verbale che non verbale che si può manifestare con silenzi, aggressività verbale, provocazioni, oppure come modo di vestire e di atteggiarsi, o con un insano rapporto con il cibo.

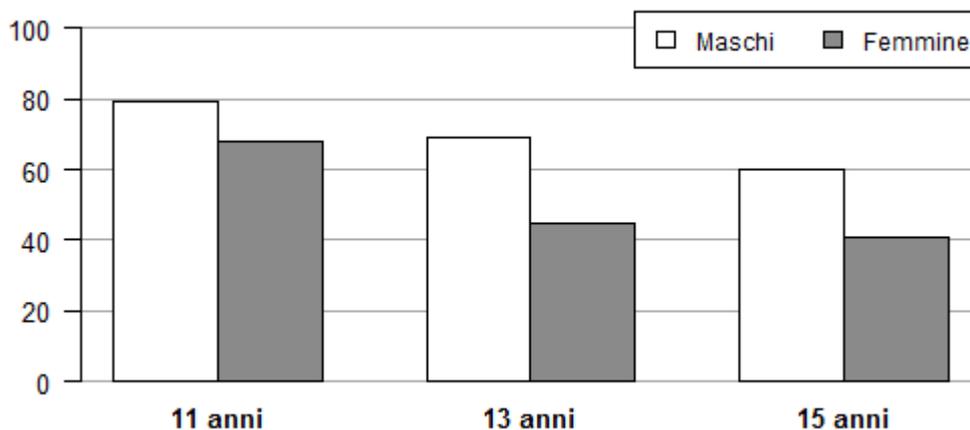
**Tabella 2.4: Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente?**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	55.67 (604)	36.82 (373)	26.26 (224)
Facile	32.07 (348)	42.05 (426)	46.42 (396)
Difficile	8.02 (87)	15.00 (152)	19.23 (164)
Molto difficile	2.58 (28)	4.44 (45)	7.62 (65)
Non ho questa persona	1.66 (18)	1.68 (17)	0.47 (4)
<b>Totale</b>	100 (1085)	100 (1013)	100 (853)

Confrontando le due tabelle (2.3 e 2.4), tuttavia, appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre.

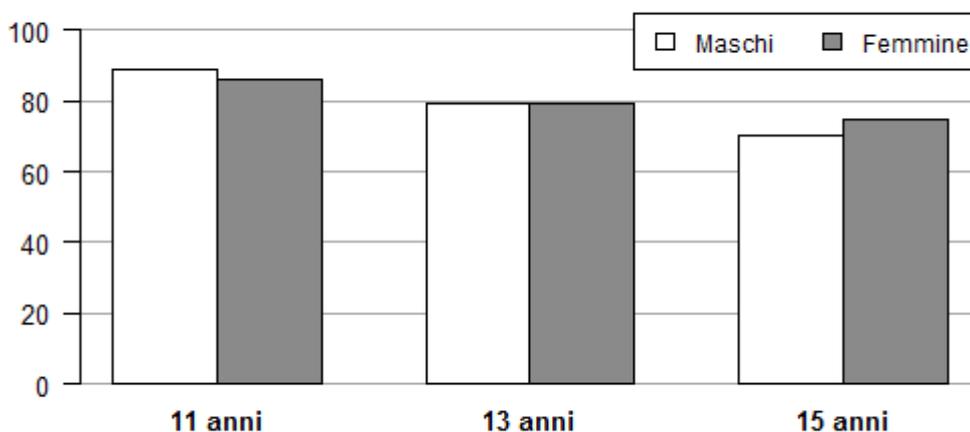
Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli rispetto al genere, si osservano differenze significative in tutte le età nella comunicazione con il padre: la comunicazione è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze (figura 2.1).

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



Tale differenza di facilità di comunicazione tra i generi, come si vede nella Figura 2.2, non si rileva invece nella qualità della relazione con la madre. Questa risulta a tutte le età più frequente di quella con il padre e non presenta particolari differenze di genere, eccetto che nei quindicenni dove la comunicazione è “facile/molto facile” più frequentemente tra le ragazze rispetto ai ragazzi.

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



## 2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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

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

In tabella 2.5. è riportata la distribuzione per i tre livelli di FAS delle famiglie dei giovani del Lazio coinvolti nell'indagine. Vediamo che più della metà delle famiglie si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (52.48%), mentre il 38.75% è nella fascia di "media possibilità di consumo". L'8.77% è nella fascia di "basse possibilità di consumo", dato che evidenzia la presenza di livelli di disuguaglianza configurando una situazione non del tutto favorevole alla salute della popolazione considerata.

Per quanto riguarda il livello d'istruzione dei genitori, si osserva una prevalenza di titoli di studio medio/alto (maturità-laurea) (tabella 2.6).

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

FAS	% (N)
Basso	8.77 (258)
Medio	38.75 (1140)
Alto	52.48 (1544)
<b>Totale</b>	<b>100 (2942)</b>

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre			Madre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Licenza elementare	2.54 (17)	2.16 (16)	2.66 (20)	2.19 (15)	2.04 (16)	2.58 (20)
Licenza media	19.91 (133)	22.16 (164)	20.98 (158)	15.18 (104)	19.16 (150)	19.07 (148)
Istituto professionale	7.93 (53)	11.35 (84)	11.29 (85)	8.61 (59)	9.32 (73)	8.89 (69)
Maturità	28.59 (191)	32.97 (244)	38.91 (293)	35.62 (244)	39.21 (307)	46.91 (364)
Laurea	41.02 (274)	31.35 (232)	26.16 (197)	38.39 (263)	30.27 (237)	22.55 (175)
<b>Totale</b>	100 (668)	100 (740)	100 (753)	100 (685)	100 (783)	100 (776)

## 2.5 Conclusioni

Il presente capitolo si è proposto di descrivere i risultati emersi dalle risposte che i ragazzi della Regione hanno dato alle domande sul contesto familiare, indagato sia negli aspetti strutturali e relazionali sia socioeconomici che culturali. Nel loro insieme tali fattori, come riportato in letteratura, influiscono fortemente sul comportamento e benessere dell'adolescente rappresentando in tal senso indicatori privilegiati per la comprensione delle difficoltà dei ragazzi.

Complessivamente, dall'analisi è emerso che circa i due terzi delle famiglie dei ragazzi coinvolti nell'indagine sono, come nel resto d'Italia, di tipo tradizionale, ossia composte dalla coppia con figli. Nel 13% dei casi è risultata la presenza in famiglia di uno dei nonni paterni o materni, che specialmente se è rimasto vedovo o vedova, vive in casa con uno dei figli. Rispetto alla famiglia tradizionale del passato emergono comunque le tipologie familiari "atipiche" ma sempre più diffuse sia nel Lazio che in Italia quali, le monogenitori e le famiglie "ricostituite". Nelle monogenitori è soprattutto consistente la presenza di madri sole, considerate a forte rischio di povertà e delle quali è necessario tenerne conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali. I tre quarti del campione è figlio unico o ha un solo fratello/sorella; l'1% non vive con i propri genitori.

Rispetto al rapporto fra figli e genitori, si è evidenziato che all'aumentare dell'età la comunicazione delle proprie preoccupazioni ai genitori diviene sempre più difficile. Ciò indica che a tutt'oggi, nonostante negli ultimi anni il rapporto genitori-figli è maggiormente caratterizzato da un aperto dialogo, la fase adolescenziale rispetto ai periodi precedenti presenta maggiori difficoltà di relazioni con i genitori, che sono spesso visti come una limitazione ed un ostacolo verso le novità e le nuove esperienze. Considerando il rapporto genitori/figli sotto il profilo di genere è emerso che in tutte le età considerate le ragazze hanno più frequentemente difficoltà a parlare con il padre rispetto ai ragazzi. Con la madre, invece, non vi sono differenze significative di genere indicando come all'interno del nucleo familiare la madre è il principale riferimento di sostegno emotivo.

L'analisi delle possibilità concrete di consumo delle famiglie (scala FAS) ha mostrato un consumo elevato in un 1 caso su 2 e medio in 4 casi su 10. In 8 casi su 100 è risultato una bassa possibilità di consumo. Tuttavia, pur essendo in presenza di una maggioranza di casi con possibilità di consumo medio e alte, la presenza di casi di maggiore disagio economico indicano il bisogno di un forte impegno nell'ambito delle politiche di sostegno alle famiglie.

## Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.
- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175-1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana»*. Anno 2000. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- ISTAT (2009) *Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana. Anno 2008*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., lafrate 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., lafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.

- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., Groenhouf F., Geurts J.J. (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe, The EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health. *Lancet.*, 3: 1655-9.
- Oliverio- Ferrarsi A. (1997). *Il terzo genitore*. Cortina, Milano.
- Riccio B. (1997). *Nuovi volti della famiglia. - Tra libertà e responsabilità*. Claudiana Editrice, Torino.
- Santinello M., Dallago L., Vieno A. (2005). La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità* (pp. 47-62). Milano: Guerini e Associati.
- Saraceno C. (1995). Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT*, 1: 43-60.
- Scabini E. (2000). Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis*, 16(1):23-30.
- Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45, 1509-1519.
- Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
-

## **Capitolo 3: L'ambiente scolastico**

### **3.1 Introduzione**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

essa associati dei ragazzi.

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

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

	Cortile/ aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Biblioteca, libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature speciali per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguito	61.86 (73)	72.41 (84)	77.59 (90)	69.49 (82)	64.41 (76)	87.50 (105)	84.17 (101)	48.72 (57)	76.52 (88)
Non adeguato	34.75 (41)	27.59 (32)	22.41 (26)	26.27 (31)	33.05 (39)	12.50 (15)	15.00 (18)	45.30 (53)	20.87 (24)
Risorsa non presente	3.39 (4)	0.00 (0)	0.00 (0)	4.24 (5)	2.54 (3)	0.00 (0)	0.83 (1)	5.98 (7)	2.61 (3)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (118)	<b>100</b> (116)	<b>100</b> (116)	<b>100</b> (118)	<b>100</b> (118)	<b>100</b> (120)	<b>100</b> (120)	<b>100</b> (117)	<b>100</b> (115)

Dall'esame dei dati presenti in tabella 3.1 si può notare che tra le risorse strutturali delle scuole, i supporti tecnologici sono ampiamente diffusi, l'87.50% delle scuole è dotato di adeguati supporti informatici: computer e software, come pure di adeguate risorse audiovisive: l'84.17%. Di contro si nota che gli spazi dedicati all'attività motoria sono piuttosto modesti: nel 30% delle scuole la palestra è inadeguata o assente. Relativamente alla gestione della disabilità, le strutture scolastiche, adeguate in tal senso, sono il 48.72%

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

	Nutrizione e Alimentazione %	Attività fisica e Sport %	Violenza e bullismo %	Abuso di sostanze %
	(N)	(N)	(N)	(N)
Sì abitualmente	58.62 (68)	77.39 (89)	51.72 (60)	43.97 (51)
Sì di tanto in tanto	39.66 (46)	22.61 (26)	45.69 (53)	49.14 (57)
No	1.72 (2)	0.00 (0)	2.59 (3)	6.90 (8)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (116)	<b>100</b> (115)	<b>100</b> (116)	<b>100</b> (116)

La promozione della salute effettuata a scuola, in termini di aumento delle competenze in varie aree che favoriscono il benessere dello studente, investe molto nell'ambito dell'attività fisica e dello sport: il 77.4% delle scuole attua abitualmente programmi in tal senso: i giochi studenteschi, molto diffusi, ne sono una testimonianza; mentre sono meno diffusi programmi diretti ad altre tematiche di promozione della salute (tabella 3.2)

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

	<b>Mensa scolastica</b>	<b>Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt</b>	<b>Distributori automatici di alimenti</b>
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	30.17 (35)	16.98 (18)	62.50 (70)
No	69.83 (81)	83.02 (88)	37.50 (42)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (116)	<b>100</b> (106)	<b>100</b> (112)

La tabella 3.3 relativa alle offerte alimentari a scuola, mostra una prevalente diffusione dei distributori automatici (62.5%), mentre solo il 30.17 % delle scuole ha un servizio mensa (verosimilmente presente soprattutto nelle scuole secondarie di 1° grado: 11 e 13 anni) e circa il 17 % delle scuole offre ai ragazzi alimenti quali latte, yogurt e frutta soprattutto come spuntino di metà mattina (83.33% delle scuole come si evidenzia nella tabella 3.4).

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

	<b>Prima colazione</b>	<b>Spuntini di metà mattina</b>	<b>Merenda pomeridiana</b>
	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	11,11 (2)	83.33 (15)	16.67 (3)
No	88.89 (16)	16.67 (3)	83.33 (15)
<b>Totale</b>	<b>100,00</b> (18)	<b>100,00</b> (18)	<b>100,00</b> (18)

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

	<b>Bibite zuccherate o gassate</b>	<b>Succhi di frutta</b>	<b>Merendine preconfezionate, caramelle, snack</b>	<b>Yogurt</b>	<b>Frutta fresca</b>	<b>Acqua</b>	<b>Bevande calde</b>	<b>Altro</b>
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Sì	81.43 (57)	87.14 (61)	88.57 (62)	15.71 (11)	14.29 (10)	91.43 (64)	84.29 (59)	11.43 (8)
No	18.57 (13)	12.86 (9)	11.43 (8)	84.29 (59)	85.71 (60)	8.57 (6)	15.71 (11)	88.57 (62)
<b>Totale</b>	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)	<b>100,00</b> (70)

Dall'esame della tipologia degli alimenti presenti nei distributori automatici (Tabella 3.5) gli alimenti maggiormente offerti sono per lo più alimenti e bevande preconfezionati, a maggior contenuto in zuccheri semplici e grassi, in particolare l'88.6% è costituito da merendine preconfezionate, caramelle e snack; l'87.14% da succhi di frutta e l'81.43% da bibite zuccherate o gassate.

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

	<b>Classi</b>
	<b>%</b>
	<b>(N)</b>
Tutte	92.44
	(110)
Quasi tutte	5.04
	(6)
Circa la metà	0.84
	(1)
Poche	1.68
	(2)
<b>Totale</b>	<b>100</b>
	<b>(119)</b>

Dalla tabella 3.6 si vede che la quasi totalità delle scuole 92.44%, prevede nel programma curriculare, le 2 ore di attività motoria, nonostante la palestra non sia una risorsa molto diffusa (vedi tabella3.1)

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

	<b>Comune</b>	<b>Associazione agricoltori/ allevatori</b>	<b>Istituzioni provinciali</b>	<b>Associazioni (volontariato , onlus,...)</b>	<b>Direzione scolastica/ insegnanti</b>	<b>Altro</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Sì	10.00	8.33	15.83	11.67	17.50	25.00
	(12)	(10)	(19)	(14)	(21)	(30)
No	90.00	91.67	84.17	88.33	82.50	75.00
	(108)	(110)	(101)	(106)	(99)	(90)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(120)</b>	<b>(120)</b>	<b>(120)</b>	<b>(120)</b>	<b>(120)</b>	<b>(120)</b>

Nella tabella 3.7, relativamente all'attività delle scuole, in tema di promozione di sane abitudini alimentari, si osserva in generale una minore attenzione; laddove essa è presente è per lo più legata alle iniziative degli insegnanti (17.50%), mentre c'è una minore partecipazione di agenzie esterne (associazioni produttori primari, enti locali, associazioni, ecc.)

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

	<b>Sviluppo politiche e regole</b>	<b>Organizzazione contesto fisico</b>	<b>Sviluppo misure di promozione alla salute</b>	<b>Pianificazione e organizzazione eventi scolastici</b>	<b>Insegnamento in classe</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Frequentemente	86.32	36.04	57.89	51.75	51.30
	(101)	(40)	(66)	(59)	(59)
Raramente	11.97	58.56	37.72	45.61	40.00
	(14)	(65)	(43)	(52)	(46)
Mai	1.71	5.41	4.39	2.63	8.70
	(2)	(6)	(5)	(3)	(10)
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
	<b>(117)</b>	<b>(111)</b>	<b>(114)</b>	<b>(114)</b>	<b>(115)</b>

Dalla Tabella 3.8 si osserva che la partecipazione degli studenti è alta nelle attività che riguardano lo sviluppo di regolamenti nell'ambiente scolastico (86.32%); è meno diffusa la partecipazione ad altre

iniziative come la pianificazione di eventi scolastici (51.75%) e lo sviluppo di programmi di promozione della salute (57.9%).

### **3.3 Rapporto con gli insegnanti**

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

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

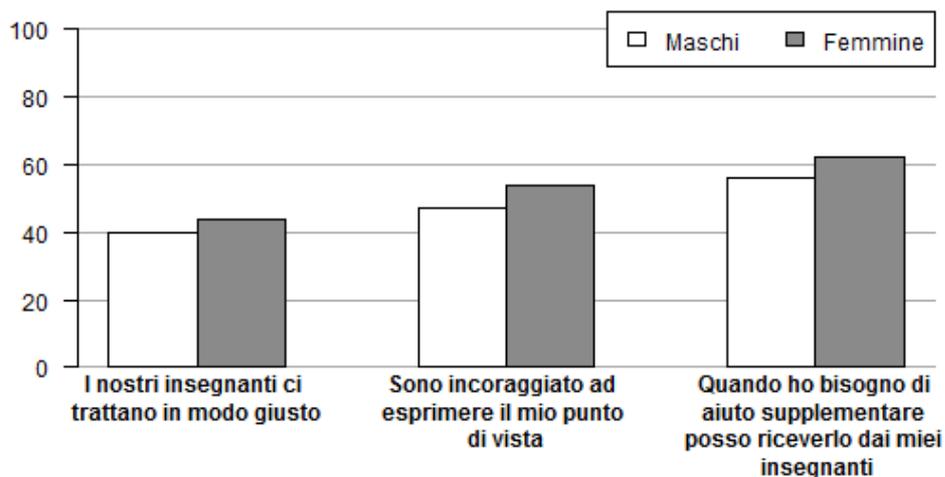
Alcuni studi (Graziano, 2007) hanno inoltre esaminato come la qualità del rapporto con gli insegnanti influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (Huges, 1999; Pianta e Niemetz, 1991), ed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

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

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

Nella figura 3.1 sono riportate l'insieme delle risposte "sono molto d'accordo", "sono d'accordo" relativamente alle tre affermazioni richieste agli studenti, rispetto al loro rapporto con gli insegnanti, distinte per genere: si nota che c'è un graduale aumento relativamente alle tre affermazioni e che le ragazze hanno valutazione più positiva dei ragazzi: meno della metà degli studenti "si sente trattato in modo giusto" il 39.5% nei maschi e circa il 44% nelle femmine; cresce il numero degli studenti che "si sentono incoraggiati ad esprimere il loro punto di vista" circa il 47% nei maschi e il 55% nelle femmine; circa il 55.7% dei maschi e il 61.5% delle femmine afferma di "ricevere aiuto supplementare dagli insegnanti"

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



### 3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

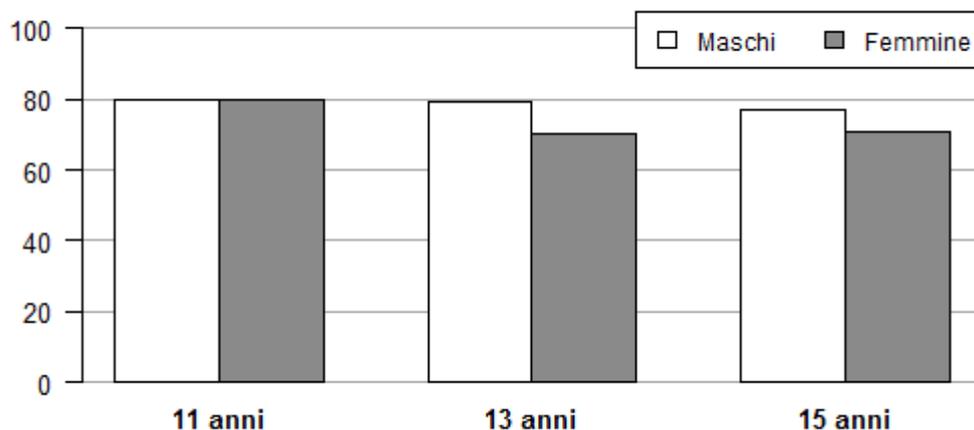
Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d’accordo con la seguente affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”. (modalità di risposta da “sono molto d’accordo a “non sono per niente d’accordo”). Nella tabella 3.9 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni. Nella figura 3.2 le medesime affermazioni sono state divise per età e per genere.

**Tabella 3.9: Grado di accordo dichiarato con l’affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	45.32 (499)	35,62 (364)	29.01 (248)
D'accordo	34.51 (380)	39.53 (404)	45.26 (387)
Né d'accordo né in disaccordo	12.90 (142)	14.38 (147)	18.71 (160)
Non d'accordo	4.00 (44)	5.87 (60)	4.68 (40)
Per niente d'accordo	3.27 (36)	4.60 (47)	2.34 (20)
<b>Totale</b>	100.00 (1101)	100.00 (1022)	100.00 (855)

Nella tabella 3.9 la maggior parte del campione dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo); si nota comunque un decremento con l'aumentare dell'età: a 11 anni (79,83%), a 13 anni (75,15%) e a 15 anni (74,27%). La flessione sul grado di accettabilità da parte dei propri compagni si evidenzia soprattutto nelle ragazze figura 3.2.

**Figura 3.2 - Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere.**



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

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi.

Nelle tabelle 3.10 e 3.11 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

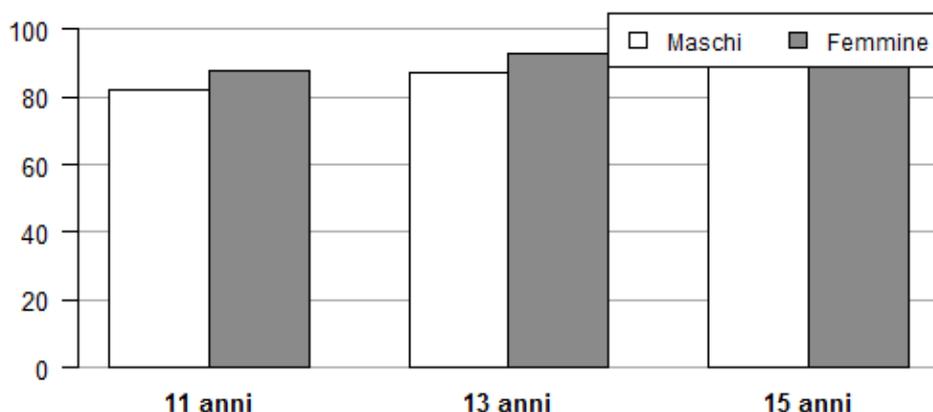
Dalla tabella 3.10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non hanno subito episodi di bullismo; inoltre si conferma un altro dato, già presente nel report del 2006, che il fenomeno è maggiormente presente tra i ragazzi più piccoli e decresce con l'aumentare dell'età (hanno subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi: il 15,18% a 11 anni, il 10,19% a 13 anni e il 5,81% a 15 anni).

**Tabella 3.10: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	84.83 (934)	89.80 (916)	94.20 (812)
1-2volte negli ultimi due mesi	10.72 (118)	6.57 (67)	4.76 (41)
2-3volte nell'ultimo mese	1.82 (20)	1.86 (19)	0.35 (3)
1v/sett	0.82 (9)	0.49 (5)	0.35 (3)
>1volta/sett	1.82 (20)	1.27 (13)	0.35 (3)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1101)	<b>100</b> (1020)	<b>100</b> (862)

Nella divisione di genere figura 3.3 si conferma la differenza per età e si evidenzia che il fenomeno è maggiormente presente nei maschi.

**Figura 3.3 – Percentuale di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età e genere**



**Tabella 3.11 “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	66.52 (737)	58.28 (598)	67.51 (584)
Una volta	16.25 (180)	21.25 (218)	18.38 (159)
2 volte	6.14 (68)	9.65 (99)	6.94 (60)
3 volte	3.07 (34)	3.22 (33)	2.43 (21)
4 volte o più	8.03 (89)	7.60 (78)	4.74 (41)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1108)	<b>100</b> (1026)	<b>100</b> (865)

Dalla tabella 3.11, relativamente alla partecipazione ad atti violenti da parte dei ragazzi, la maggior parte del campione ha dichiarato di non aver agito tali comportamenti nell'ultimo anno. C'è però una buona percentuale di soggetti che hanno dichiarato di aver avuto comportamenti aggressivi diversificati per età (con una maggiore presenza nei più piccoli): tra coloro che si sono azzuffati o picchiati con altri a 11 anni sono il 33.49%, a 13 anni il 41.72% e a 15 anni il 32.49%.

### Rapporto con la scuola

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

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

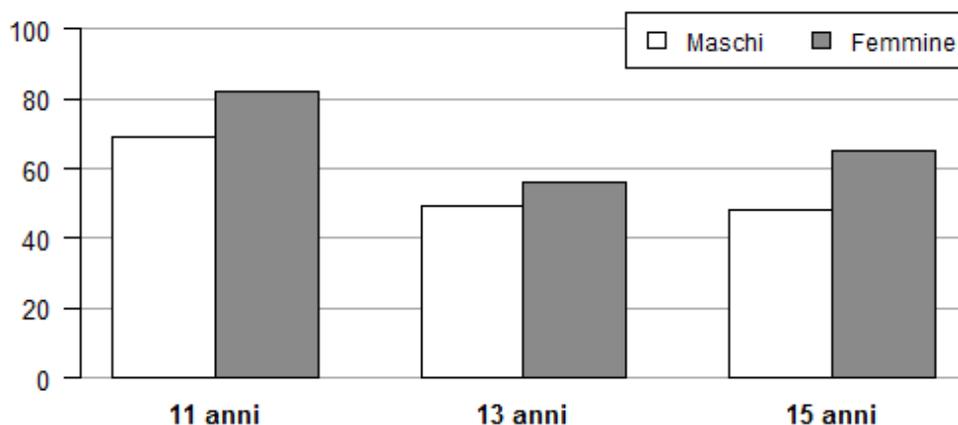
In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative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

Dai dati riportati in tabella 3.12 e figura 3.4 si evidenzia che nei ragazzi più piccoli un pensiero positivo nei confronti del setting scuole con un importante decremento con l'aumentare dell'età: tra coloro che hanno affermato che la scuola "piace molto" e "abbastanza" il 74.88% sono undicenni, il 52.44% sono tredicenni e il 55.82% sono quindicenni. Per le tre fasce d'età si nota una diversità di genere con una maggiore accettabilità da parte delle femmine.

**Tabella 3.12: "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età**

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mi piace molto	28.01 (309)	7.81 (80)	5.65 (49)
Abbastanza	46.87 (517)	44.63 (457)	50.17 (435)
Non tanto	18.22 (201)	32.42 (332)	31.72 (275)
Non mi piace per nulla	6.89 (76)	15.14 (155)	12.46 (108)
<b>Totale</b>	100 (1103)	100 (1024)	100 (867)

**Figura 3.4 – Percentuale di coloro a cui piace “molto” e “abbastanza” la scuola, per età e genere**



### 3.6 Conclusioni

Dalla lettura dei dati è possibile tracciare le caratteristiche delle scuole in quanto edificio e luogo formativo, delineare il rapporto degli studenti con la scuola, come istituzione, con gli insegnanti e con i loro coetanei.

In generale le scuole presentano adeguate risorse strutturali relativamente alla presenza di supporti informatici ed audiovisivi, mentre gli ambienti dedicati allo svolgimento dell'attività motoria sono meno diffusi; il 30% delle scuole hanno palestre inadeguate o assenti, anche il cortile o le aree esterne sono inadeguati o assenti nel 38% delle scuole. Questa assenza di strutture deputate all'attività fisica, è in contrasto con la maggiore diffusione, tra le proposte di programmi di promozione della salute, proprio di quelli dedicati alla promozione dell'attività fisica e dello sport.

I programmi d'incentivazione ad una corretta alimentazione sono meno presenti. L'offerta di alimenti sani (in termini di mensa scolastica e distribuzione di latte, frutta e yogurt) è poco frequente, mentre c'è una maggiore diffusione di distributori automatici di alimenti (presenti nel 62.5% delle scuole).

In questi distributori sono per lo più presenti alimenti che aumentano l'apporto di zuccheri semplici e grassi saturi (merendine preconfezionate, caramelle e snack, bibite zuccherate o gassate). Le iniziative di promozione ad una sana alimentazione sono spesso affidate agli stessi insegnanti, con una minore presenza di agenzie esterne.

Dall'esame del rapporto con gli insegnanti (domanda posta solo ai ragazzi di 15 anni), gli studenti rilevano che non sempre si sentono trattati in modo giusto e non si sentono facilitati ad esprimere il loro punto di vista, mentre è più diffusa la convinzione di chiedere e poter ricevere aiuto dagli insegnanti (le ragazze hanno una visione più positiva, dei loro coetanei).

Il rapporto con i compagni di classe evidenzia che, la percezione da parte dei ragazzi a sentirsi accettati dal gruppo classe si riduce con l'età ed è meno frequente nelle femmine. Anche il rapporto con la scuola, in termini di accettabilità si riduce con l'età.

Relativamente al problema del bullismo, i dati della Regione Lazio, evidenziano e confermano quanto già riportato in precedenti report: episodi di bullismo, non sono comunque molto diffusi; laddove sono stati riferiti interessano soprattutto gli studenti di 11 anni e si riducono con l'aumentare dell'età; inoltre è una condizione più diffusa tra i maschi.

### Bibliografia capitolo 3

- Barth J.M., Dunlap S.T., Dane H., Lochman J.E., Wells K.C. (2004). Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 42: 115–133.
- Bennett K., Brown S., Boyle M., Racine Y., Offord D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56: 2443–2448.
- Buhs E. S., Ladd G. W., Herald S. L. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98: 1–13.
- Carter M., McGee R, Taylor B., Williams S. (2007), Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30: 51–62.
- Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- Dishion T.J., French D.C., Patterson G.R. (1995). The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley.
- Fredericks J.A., Blumenfeld P.C., Paris A.H. (2004). School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 74: 59–109.
- Gini G. (2005). *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore.
- Goodenow C. (1993). Classroom belonging among early adolescent students: Relationships to motivation and achievement. *Journal of Early Adolescence*, 13: 21–43.
- Graziano P.A., Reavis R.D., Keane S.P., Calkins S.D. (2007), The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 45: 3-19.
- Hamre B. K., Pianta R. C. (2001). Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 72: 625–638.
- Hughes J., Cavell T., Jackson T. (1999). Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2): 173–184.
- Jimerson S., Egeland B., Sroufe A., Carlson B. (2000). A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 38: 525–549.
- Lubbers M.J., Van Der Werf M.P.C., Snijders T.A.B., Creemers B.P.M., Kuyper H. (2006). The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology* 44: 491–512.
- Osterman K.F. (2000). Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research*, 70: 323-367.
- Pianta R., Nimetz S. L. (1991). Relationships between children and teachers: Associations with classroom and home behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12: 379–393.
- Pianta R., Stuhlman M. (2004). Teacher–child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 33(3): 444–458.
- Risi S., Gerhardstein R., Kistner J. (2003). Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32: 351–361.
- Santinello M., Vieno A., De Vogli R. (2009). Primary Headache in Italian Early Adolescents: The Role of Perceived Teacher Unfairness. *Headache*, 49, 366-374.
- Skinner C.J., (1998). Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Statistica Sinica*, 8: 1045-1058.
- Subramanian S.V., Jones K., Duncan C. (2003). Multilevel methods for Public Health Research. In: Kawachi I., Berkman L.F. (eds). *Neighborhoods and health*. New York: Oxford University Press.
- Torney-Purta J. (2002). Patterns in the Civic Knowledge, Engagement, and Attitude of European Adolescents: the IEA Civic Education Study, *European Journal of Education*, 37: 129-142.
- Vieno A. (2005). *Creare comunità scolastica*. Unicopli, Milano.
- Vieno A., Perkins D.D., Smith T.M., Santinello M. (2005). Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 36, 327-341.
- Vieno A., Santinello M., Pastore M., Perkins D.D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented

- model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K. R., Caldwell K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68: 1198–1209.
- Wentzel K. R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 23: 5–28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 – 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207–221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16
-

## **Capitolo 4: Sport e tempo libero**

### **4.1 Introduzione**

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

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

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

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

### **4.2 Attività fisica**

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

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

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

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

#### 4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

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

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

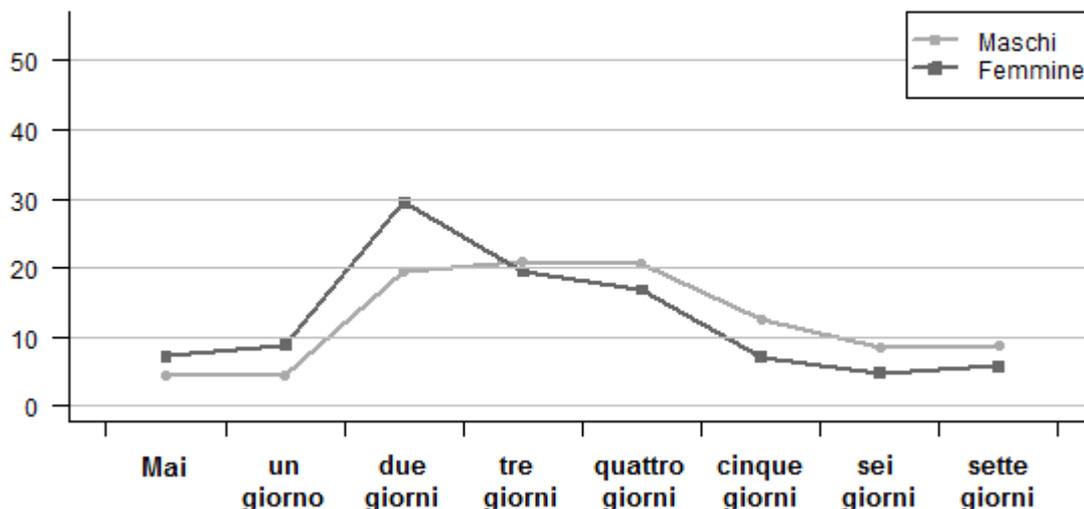
Osservando la tabella 4.1, si nota che il 3.84% dei ragazzi di 11 anni, il 4.40% dei ragazzi di 13 anni ed il 9.86% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 60%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 14% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività fisica	3.84 (42)	4.40 (45)	9.86 (85)
un giorno	5.30 (58)	6.16 (63)	8.70 (75)
due giorni	28.40 (311)	21.99 (225)	21.93 (189)
tre giorni	18.72 (205)	22.19 (227)	19.84 (171)
quattro giorni	21.19 (232)	17.60 (180)	17.29 (149)
cinque giorni	8.95 (98)	12.32 (126)	8.70 (75)
sei giorni	5.57 (61)	8.41 (86)	6.38 (55)
sette giorni	8.04 (88)	6.94 (71)	7.31 (63)
<b>Totale</b>	100 (1095)	100 (1023)	100 (862)

Inoltre si osserva (figura 4.1) una forte differenza tra il comportamento dei ragazzi rispetto a quello delle ragazze. Queste ultime, sembrano dedicare meno tempo all'attività fisica. La curva delle ragazze, infatti, più spostata verso sinistra, indica una proporzione maggiore di ragazze che non svolgono attività fisica o dichiarano di praticarla solo uno o due giorni a settimana.

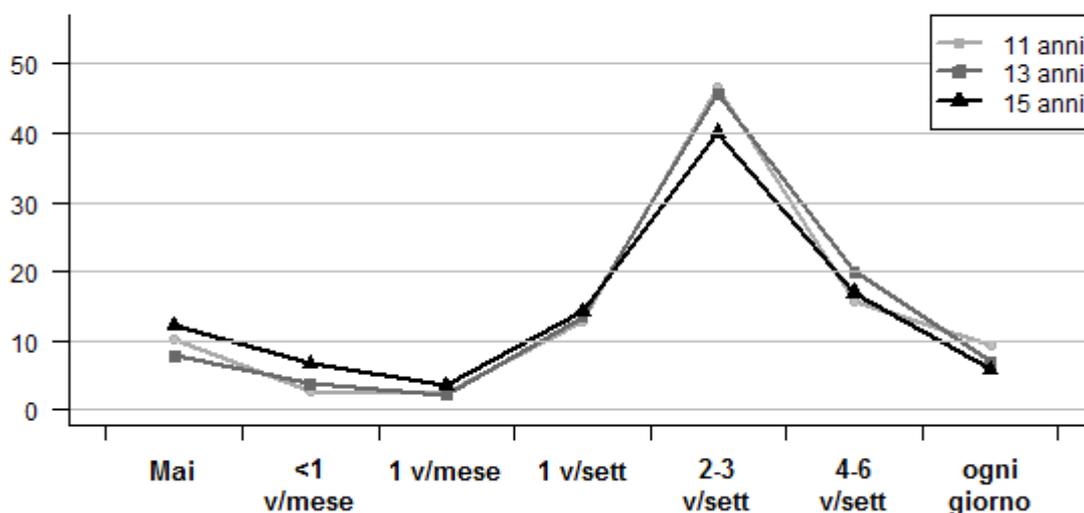
**Figura 4.1 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere**



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

Nella figura 4.2 è stata riportata la frequenza percentuale della quantità di esercizio fisico intenso esercitato al di fuori dell'orario scolastico, per età: si osserva come la stragrande maggioranza degli adolescenti (40-45%) dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

**Figura 4.2 – Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa ('volte' alla settimana) esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età**



### 4.3 Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

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

Nella tabella 4.2 viene descritto l'uso della televisione da parte dei ragazzi. In generale, si osserva come il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (circa il 68% degli undicenni e dei tredicenni ed il 58% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Soprattutto i più piccoli ne guardano di meno: il 9.60% non la guarda affatto ed il 20.29% lo fa solo per non più di mezz'ora al giorno.

Pur tuttavia, complessivamente quasi il 30% dei ragazzi vede la televisione più di due ore al giorno e tale abitudine, soprattutto per le frequenze tre e quattro ore al giorno, tende ad aumentare con l'età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9.60 (106)	3.61 (37)	3.46 (30)
Mezz'ora	20.29 (224)	12.99 (133)	9.68 (84)
1 ora	27.72 (306)	27.15 (278)	22.35 (194)
2 ore	20.20 (223)	28.61 (293)	25.69 (223)
3 ore	10.69 (118)	14.16 (145)	21.31 (185)
4 ore	5.62 (62)	7.52 (77)	9.10 (79)
5 ore	2.63 (29)	2.83 (29)	4.15 (36)
6 ore	1.09 (12)	0.88 (9)	1.96 (17)
>= 7 ore	2.17 (24)	2.25 (23)	2.30 (20)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1104)	<b>100</b> (1024)	<b>100</b> (868)

Nella sezione che segue è stato chiesto ai ragazzi di indicare quanto tempo trascorressero impegnati nei videogame, indipendentemente dal mezzo utilizzato (se il computer oppure una console). In tabella 4.3 sono riportate le percentuali di frequenza delle ore dedicate ai videogiochi, in una settimana normale.

Nonostante il computer e i giochi elettronici siano ormai molto diffusi, il 23,44% dei giovani a 11 anni, il 17,69% a 13 anni ed il 26,44% dei più grandi dichiara di non farne mai uso durante il tempo libero. Complessivamente, il 44% non impegna più di un'ora della propria giornata a giocare ai videogame.

La frequenza più elevata del tempo dedicato dagli adolescenti ai videogiochi corrisponde a mezz'ora al giorno tra gli undicenni (26.43%) ed a un'ora al giorno tra i tredicenni (28.05%); per quanto riguarda i più grandi, in questa fascia di età si osserva sia la maggior frequenza di non utilizzo di videogiochi (26.44%), che percentuali sempre più elevate, rispetto a 11 e a 13 anni, di utilizzo per intervalli temporali superiori o uguali alle due ore.

Per quel che riguarda le differenze di genere (figura 4.3) si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per i videogiochi. Sono infatti solo poco più del 15% dei maschi a dichiarare di non giocare mai ai giochi elettronici, contro più del 30% delle ragazze.

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

	<b>11 anni % (N)</b>	<b>13 anni % (N)</b>	<b>15 anni % (N)</b>
Mai	23.44 (259)	17.69 (181)	26.44 (229)
Mezz'ora	26.43 (292)	18.38 (188)	13.39 (116)
1 ora	24.25 (268)	28.05 (287)	19.17 (166)
2 ore	12.67 (140)	17.30 (177)	19.05 (165)
3 ore	7.78 (86)	7.53 (77)	8.89 (77)
4 ore	1.90 (21)	4.79 (49)	6.58 (57)
5 ore	1.27 (14)	2.83 (29)	2.19 (19)
6 ore	0.63 (7)	1.27 (13)	1.73 (15)
>= 7 ore	1.63 (18)	2.15 (22)	2.54 (22)
<b>Totale</b>	<b>100 (1105)</b>	<b>100 (1023)</b>	<b>100 (866)</b>

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

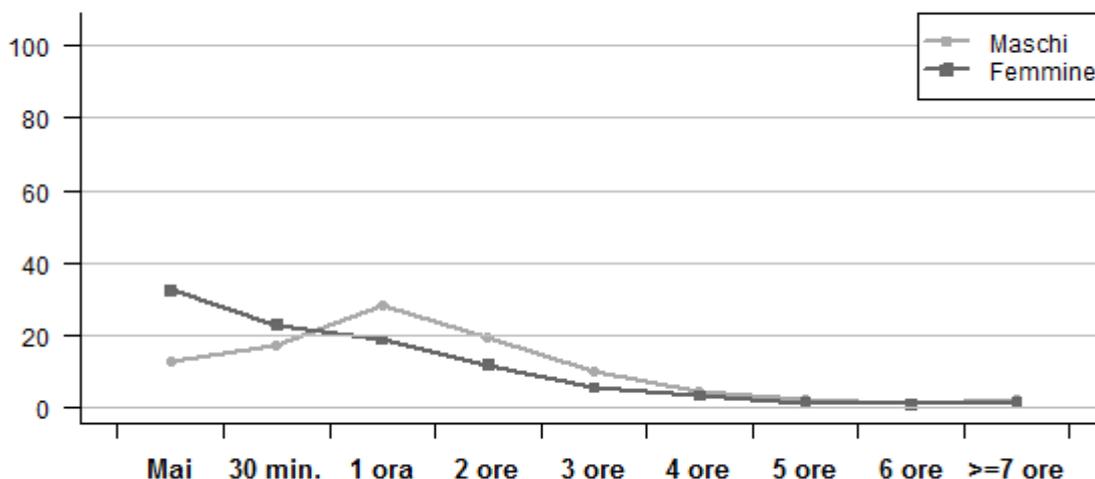


Tabella 4.4: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	30.05 (333)	13.20 (135)	8.09 (70)
Mezz'ora	22.92 (254)	13.39 (137)	12.49 (108)
1 ora	21.03 (233)	25.22 (258)	19.19 (166)
2 ore	14.17 (157)	20.92 (214)	21.73 (188)
3 ore	5.32 (59)	12.12 (124)	13.99 (121)
4 ore	2.71 (30)	6.65 (68)	9.83 (85)
5 ore	1.53 (17)	4.40 (45)	6.47 (56)
6 ore	0.90 (10)	2.05 (21)	3.93 (34)
>= 7 ore	1.35 (15)	2.05 (21)	4.28 (37)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1108)	<b>100</b> (1023)	<b>100</b> (865)

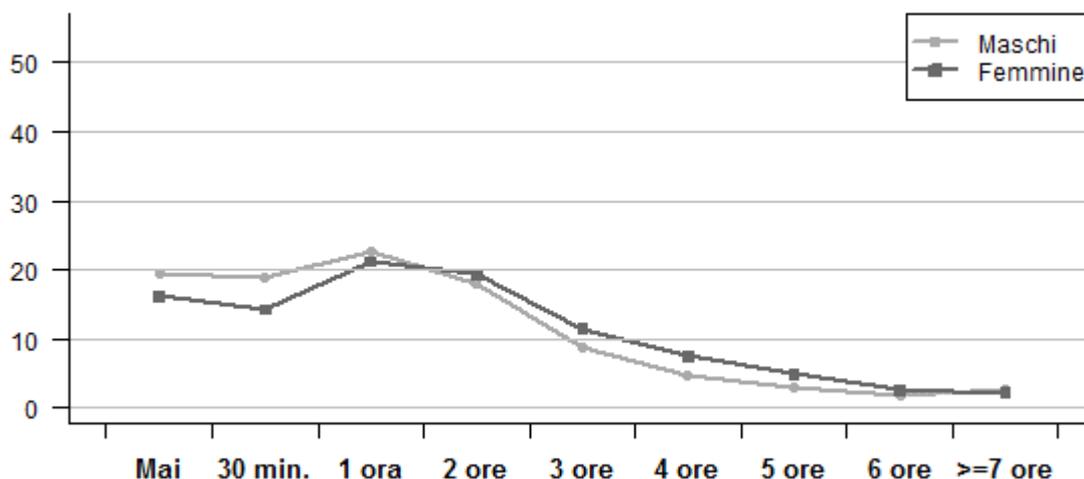
L'utilizzo dei videogiochi e la recente diffusione del computer, usati anche per chattare e per navigare su internet, rappresentano attività ludiche sedentarie e, per tale ragione, di interesse per la comunità scientifica.

Nella tabella 4.4, sono riportate le frequenze percentuali della quantità di ore dedicate all'uso del computer durante il giorno. Più della metà di tutti gli adolescenti presi in esame (56%), dichiara o di non utilizzare il computer o un uso quotidiano non superiore ad un'ora.

In linea generale, l'utilizzo del computer aumenta con l'aumentare dell'età: mentre il 30.05% degli undicenni non lo utilizza, tale percentuale scende a 13.20% nei tredicenni ed a 8.09% nei più grandi e, nelle fasce di età 13 e 15 anni è sensibilmente maggiore, rispetto agli undicenni, l'utilizzo del computer per un intervallo temporale uguale o superiore alle due ore al giorno.

Nella figura 4.4 si osserva una maggiore tendenza all'utilizzo del computer da parte delle femmine.

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



#### 4.4 Rapporti con i pari

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

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

La frequenza di tali comportamenti è stata indagata attraverso una domanda del questionario e le risposte sono riportate in tabella 4.5. Le differenze più marcate si evidenziano tra i ragazzi di 11 anni rispetto ai più grandi. L'uso del cellulare e lo scambio di messaggi tra gli undicenni è un'abitudine poco frequente: infatti circa il 45% dichiara un utilizzo fino a 1-2 giorni a settimana. Viceversa, la proporzione dei ragazzi più grandi che dichiara un'abitudine quotidiana cresce al 50% per i tredicenni e supera il 60% nei quindicenni.

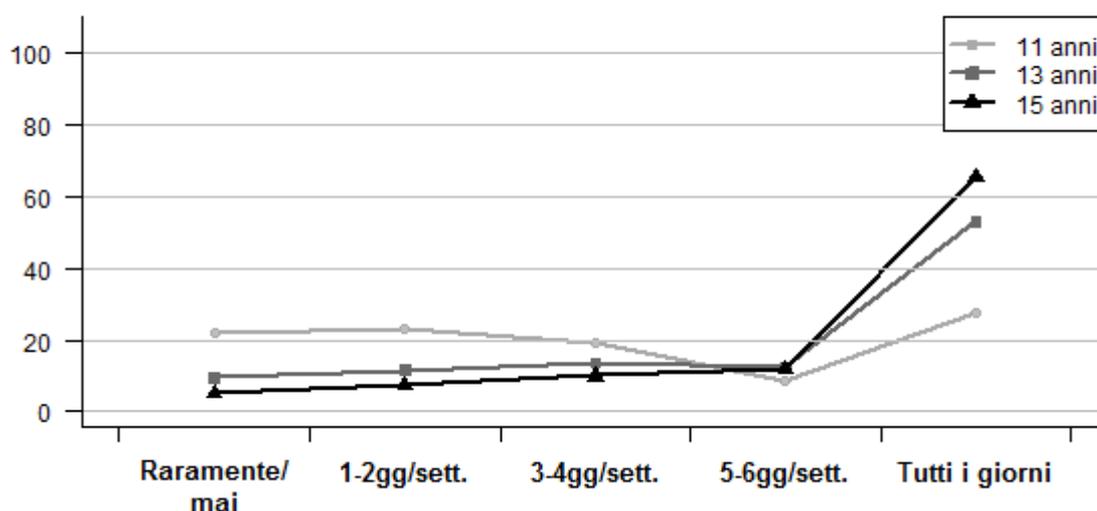
Nella figura 4.5 si possono apprezzare anche visivamente le differenze esposte nell'utilizzo delle forme di comunicazione indagate: gli undicenni tendono a collocarsi nella parte sinistra del grafico tra i non utilizzatori abituali, mentre i quindicenni presentano un comportamento inverso.

Per quanto riguarda la differenza tra i due sessi, nella figura 4.6 osserviamo che le ragazze, rispetto ai maschi, ricorrono più frequentemente a tali mezzi di comunicazione.

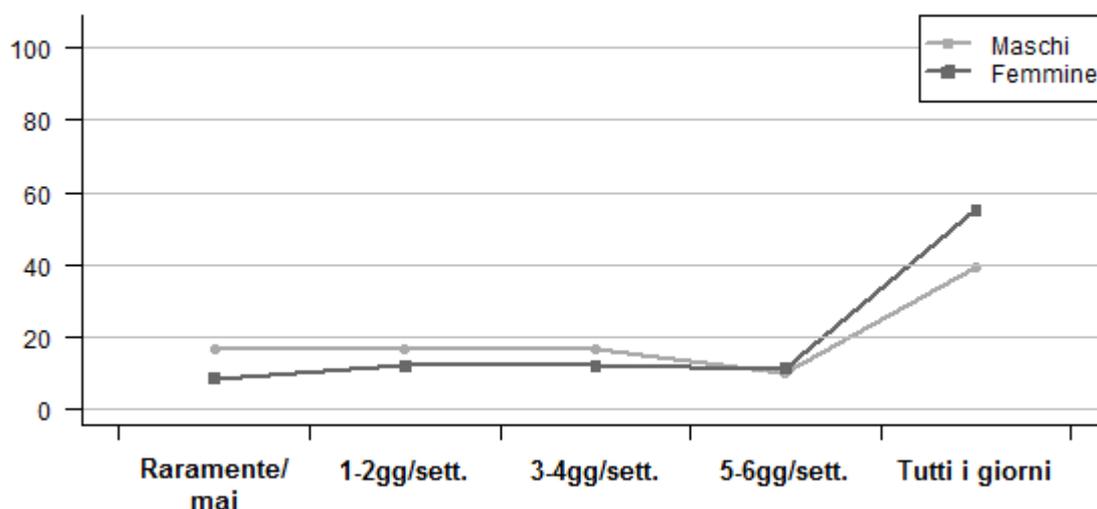
**Tabella 4.5: “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o hai contatti con loro tramite Internet?”**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente/mai	21.97 (243)	9.49 (97)	5.18 (45)
1-2gg/sett.	23.24 (257)	11.55 (118)	7.49 (65)
3-4gg/sett.	19.08 (211)	13.60 (139)	10.02 (87)
5-6gg/sett.	8.41 (93)	12.43 (127)	11.87 (103)
Tutti i giorni	27.31 (302)	52.94 (541)	65.44 (568)
<b>Totale</b>	100.00 (1106)	100.00 (1022)	100.00 (868)

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



**Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet, per genere**



Condividere esperienze e frequentare gli amici al di fuori dell'orario scolastico sono alcune delle modalità con le quali gli adolescenti testano le loro competenze relazionali. Il tempo che viene dedicato agli incontri con i coetanei è funzionale allo svago ma anche ad un arricchimento intellettuale.

Nella figura seguente (figura 4.7), vengono riportate le risposte alla domanda relativa alla frequentazione dei coetanei al di fuori dell'orario scolastico. La proporzione dei ragazzi che trascorrono del tempo con gli amici dopo la scuola è rilevante, soprattutto tra i tredicenni ed i quindicenni: solo una quota inferiore al 20% per gli undicenni ed al 10% per i più grandi, dichiara di non uscire mai con gli amici oltre l'orario di scuola.

La maggior parte dei ragazzi di tutte e tre le fasce d'età indagate dichiara di incontrare gli amici tra i due ed i tre giorni alla settimana e non si osservano differenze di comportamento tra maschi e femmine (figura 4.8)

Figura 4.7 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per età

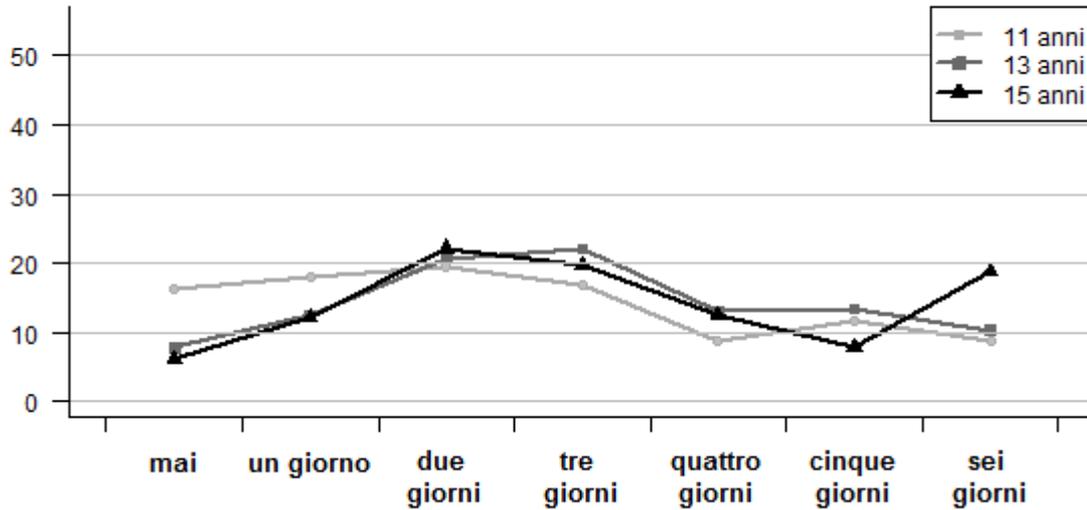
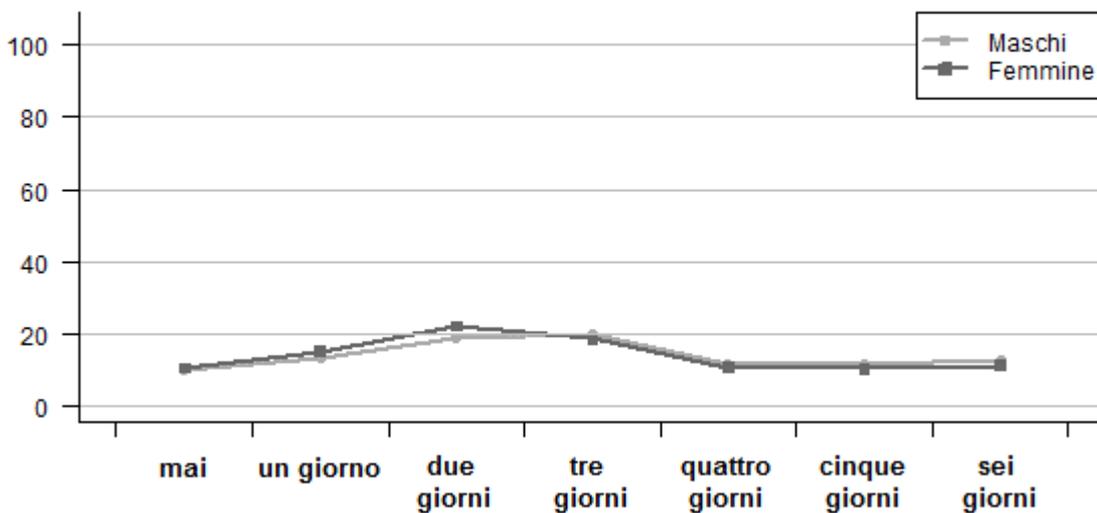


Figura 4.8 – Frequenza percentuale di uscite con gli amici dopo scuola, per genere

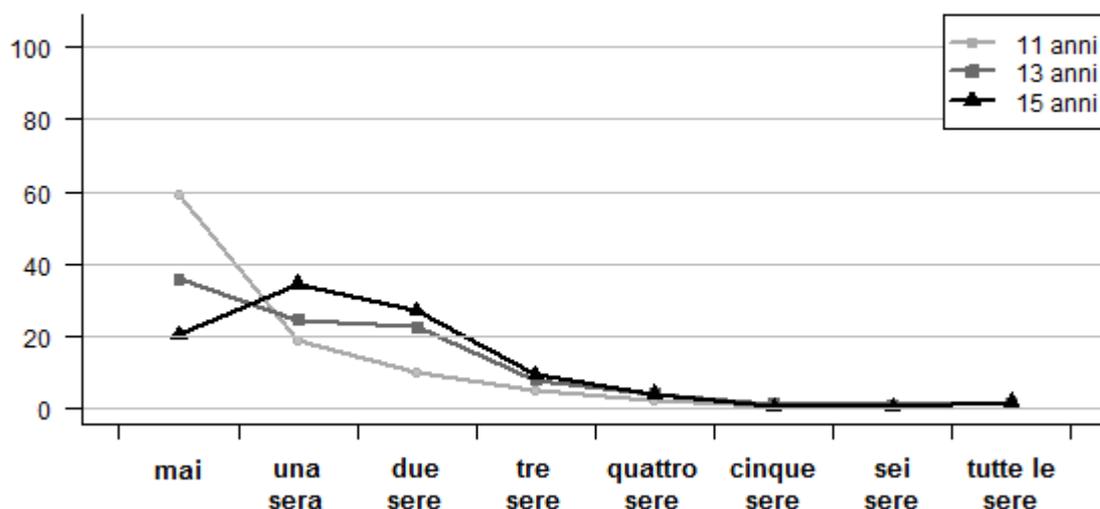


La possibilità di trascorrere il tempo con gli amici è legata anche all'opportunità di uscire di casa nelle ore serali.

La figura 4.9 indica che, nella nostra regione, la proporzione di ragazzi che trascorrono una o più serate con gli amici tende ad essere sempre maggiore all'aumentare dell'età: solo il 20% dei più grandi

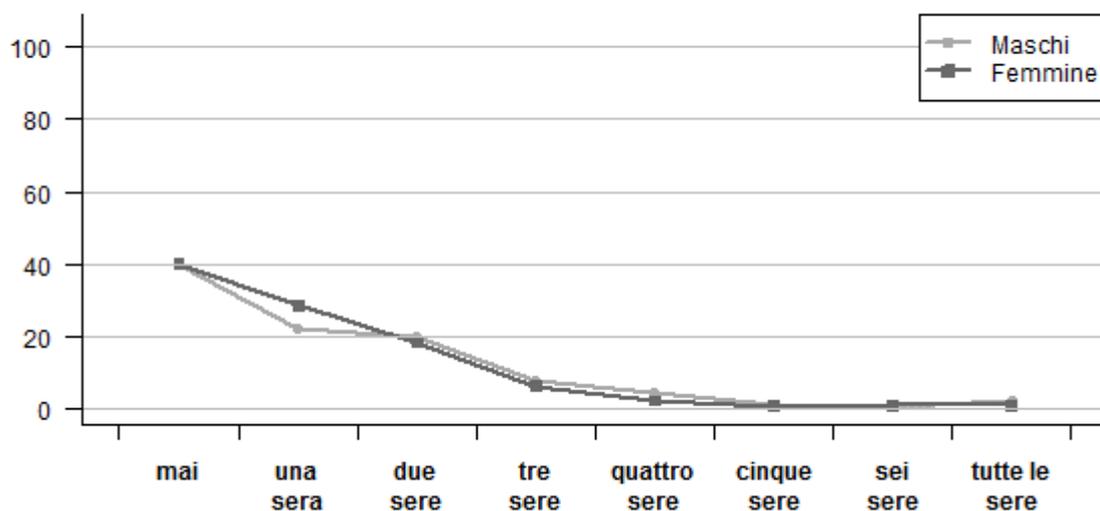
dichiara di non uscire mai alla sera, contro il 35% dei tredicenni ed il 60% degli undicenni. In tutte le fasce di età la maggior parte dei ragazzi non trascorrono più di una o due serate fuori casa.

Figura 4.9 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per età



Per quanto riguarda il confronto tra i due sessi, non si apprezzano importanti differenze (figura 4.10).

Figura 4.10 – Frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, per genere



## **4.5 Conclusioni**

L'indagine ha evidenziato che nella Regione Lazio la quantità dell'attività fisica praticata settimanalmente è inferiore agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali; il fenomeno è più evidente per le femmine, complessivamente più sedentarie rispetto ai coetanei maschi. La pratica di attività fisica tende inoltre a ridursi con l'aumentare dell'età ed a 15 anni, un adolescente su dieci dichiara di non aver svolto nell'ultima settimana alcun tipo di attività fisica. Questi risultati sono ulteriormente confermati dall'Indagine Multiscopo ISTAT 2008 (ISTAT, 2009).

Per quanto riguarda i comportamenti sedentari, circa un adolescente su tre guarda la televisione più di due ore al giorno e l'abitudine ad un uso sempre più frequente della televisione tende ad aumentare con l'età. Il tempo dedicato ai giochi elettronici è maggiore nei maschi e più di un adolescente su dieci trascorre oltre due ore al giorno impegnato in tale attività.

Ulteriori approfondimenti dovrebbero essere mirati alla comprensione dei principali ostacoli nei confronti di una regolare attività fisica, in particolare nelle femmine, ed all'approfondimento delle interferenze dei comportamenti sedentari sul regolare svolgimento dell'attività fisica.

Relativamente all'uso dei nuovi mezzi di comunicazione (telefono cellulare, SMS o e-mail), le ragazze sembrano essere molto più sensibili dei coetanei maschi, ne usano di più e per un tempo maggiore in tutte le fasce d'età, soprattutto quelle più adulte.

Infine, per quanto riguarda il tempo passato fuori casa, è possibile descrivere comportamenti simili nei due sessi, evidenziando, come era logico attendersi, una maggiore tendenza dei più grandi ad uscire con gli amici il pomeriggio o la sera. Ulteriori analisi dovrebbero poter indagare dove si creano le possibilità di incontrarsi, e quando il tempo trascorso con i coetanei aumenta anche la probabilità di praticare una maggiore quantità di attività fisica.

## Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. [http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA\\_Intensity\\_table\\_2\\_1.pdf](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf)
- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Crespo C.J., Smit E., Troiano R.P., Bartlett S.J., Macera C.A., Andersen R.E. (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155(3):360-5
- EU Working Group "Sport and Health" (2008) EU Physical Activity Guidelines: [http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa\\_guidelines\\_4th\\_consolidated\\_draft\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf)
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- ISTAT (2009) Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana. Anno 2008, Roma, ISTAT.
- Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc.* Dec;27(6):703-16.
- MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50:1-14
- Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics.* 118(6):e1627-34.
- Powell L.M., Szczypka G., Chaloupka F.J. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med.* 33(4 Suppl):S251-6.
- Schor E.L., Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111(6 Pt 2):1541-71.
- Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr.* 21;9:81.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Troiano R.P., Macera C.A., Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr.* 131(2S-1):451S-460S.
- UK Government. Directgov. Children and healthy weight. Last update 2010 [http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG\\_066077](http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077)
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIH. (2005) We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook [http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan\\_mats/parent\\_hb\\_en.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf)
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. (2006). Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr.*;9(5):606-12.
- Vieno A., Santinello M., Martini C.M. (2005). Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.

[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)  
WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_benefits/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html)  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html)

---

## **Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale**

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

### **5.1 Introduzione**

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

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

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

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

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

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

### **5.2 Frequenza e regolarità dei pasti**

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

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

Ben più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola (tabella 5.1), ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età, dal 70.39% degli undicenni al 56.50% dei quindicenni. Poco numerosi sono quelli che dichiarano un consumo irregolare, almeno un giorno ma non tutti (circa il 13% a 11 anni e 18% nelle altre fasce di età).

Decisamente alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è invece la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione e in aumento con l'età (15.95% a 11 anni, 23.58% a 13 anni e 25.17% a 15 anni).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	15.95 (174)	23.58 (241)	25.17 (217)
Un giorno	4.03 (44)	2.94 (30)	3.48 (30)
Due giorni	2.75 (30)	3.72 (38)	4.29 (37)
Tre giorni	3.85 (42)	7.14 (73)	5.80 (50)
Quattro giorni	3.02 (33)	4.31 (44)	4.76 (41)
Cinque giorni	70.39 (768)	58.32 (596)	56.50 (487)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1091)	<b>100</b> (1022)	<b>100</b> (862)

Complessivamente frequente è il consumo della merenda (tabella 5.2): l'abitudine a consumarla regolarmente sia a metà mattina che nel pomeriggio è presente in più del 40% dei ragazzi, in particolare tra gli undicenni tale percentuale supera il 50%. Circa il 43% dei ragazzi consuma la merenda solo una volta al giorno, a metà mattina o nel pomeriggio. Il consumo della merenda tende a diminuire all'aumentare dell'età, infatti la percentuale dei non consumatori passa da 5.50% negli undicenni a 8.97% nei tredicenni e 12.92% nei quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	5.50 (60)	8.97 (92)	12.92 (112)
Solo a metà mattina	14.13 (154)	21.05 (216)	22.15 (192)
Solo nel pomeriggio	28.53 (311)	21.35 (219)	21.45 (186)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	51.83 (565)	48.64 (499)	43.48 (377)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1090)	<b>100</b> (1026)	<b>100</b> (867)

### 5.3 Consumo di frutta e verdura

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

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

In tabella 5.3. possiamo vedere che il consumo di frutta non mostra importanti variazioni per età, anche se si nota la tendenza ad una diminuzione per i consumi più elevati (una volta o più di una volta al giorno) nelle fasce di età 13 e 15 anni. Coloro che non ne consumano mai sono meno del 5%, la percentuale di coloro che ne consuma molto poca (una volta a settimana o meno) è però consistente, pari al 17% circa per le tre fasce di età.

La maggior parte degli undicenni si colloca nella fascia di consumo giornaliera (26.26%), mentre i tredicenni ed i quindicenni si collocano prevalentemente nella fascia di consumo 2-4 volte a settimana (23.36% a 13 anni e 25.38% a 15 anni).

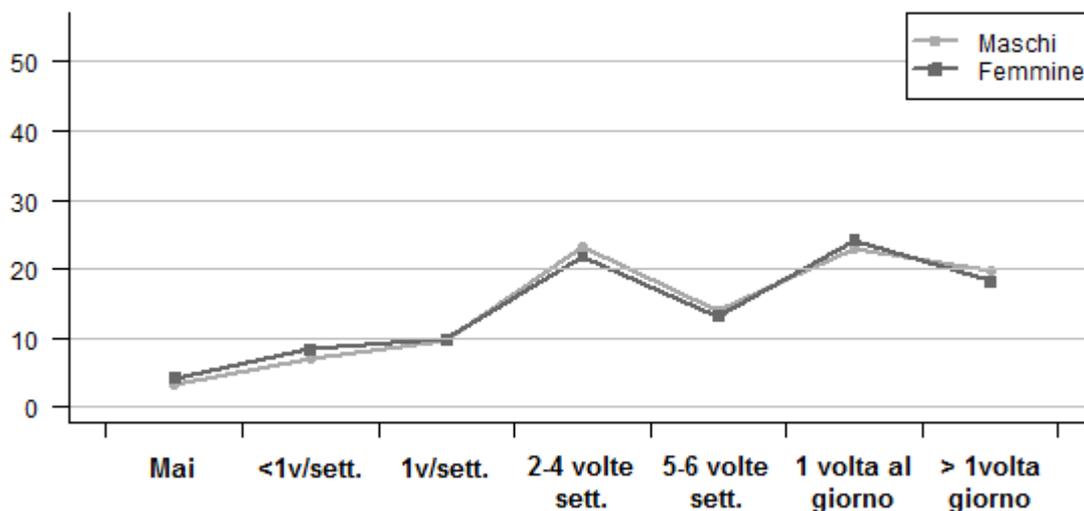
Complessivamente il consumo quotidiano interessa solo il 42% di tutti i ragazzi: circa il 23% mangia frutta una volta al giorno, più bassa (intorno al 19%) è la percentuale di coloro che ne dichiarano il consumo più di una volta al giorno. In entrambi i casi le frequenze più elevate si riscontrano negli undicenni (26.26% una volta al giorno e 20.22% tutti i giorni).

Per quanto riguarda le differenze di genere, le frequenze di consumo sono pressoché sovrapponibili in entrambi i sessi (Figura 5.1)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3.43 (38)	4.40 (45)	3.59 (31)
Meno di una volta a settimana	7.04 (78)	6.94 (71)	9.27 (80)
Una volta a settimana	10.11 (112)	8.99 (92)	10.20 (88)
2-4 volte a settimana	19.58 (217)	23.36 (239)	25.38 (219)
5-6 volte a settimana	13.36 (148)	15.44 (158)	11.59 (100)
Una volta al giorno tutti i giorni	26.26 (291)	22.19 (227)	21.78 (188)
Più di una volta al giorno	20.22 (224)	18.67 (191)	18.19 (157)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1108)	<b>100</b> (1023)	<b>100</b> (863)

**Figura 5.1 – Frequenza percentuale del consumo di frutta, per genere**



Rispetto alla frutta, le percentuali dei ragazzi che non consumano mai verdura sono più elevate e la percentuale dei consumatori abituali (una volta o più di una volta al giorno) è nettamente inferiore (tabella 5.3 e 5.4).

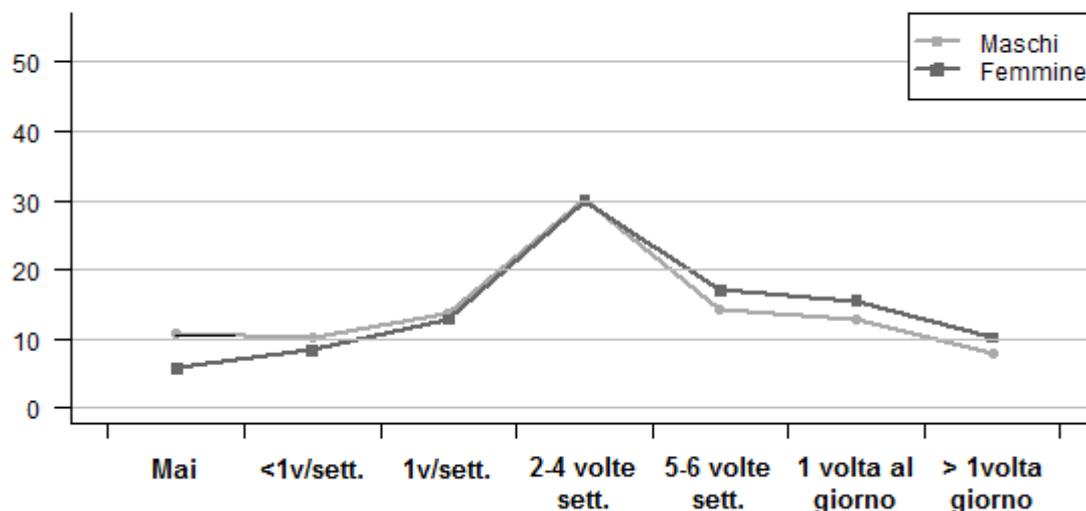
In tabella 5.4. possiamo vedere che la percentuale di coloro che non ne consumano mai, tende a diminuire con l'aumentare dell'età. La maggior parte dei ragazzi si colloca nella fascia di consumo 2-4 volte a settimana (25.02% a 11 anni, 34.41% a 13 anni; 31.48% a 15 anni). Il consumo di verdura non mostra importanti variazioni per età; complessivamente il consumo quotidiano interessa solo il 23% di tutti i ragazzi: solo il 14% dei ragazzi la consuma una volta al giorno e solo il 9% più di una volta al giorno.

Le differenze tra maschi e femmine non sono particolarmente accentuate, anche se le femmine riferiscono un consumo di verdura leggermente più elevato (figura 5.3)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	10.43 (115)	6.86 (70)	7.64 (66)
Meno di una volta a settimana	10.88 (120)	8.04 (82)	9.03 (78)
Una volta a settimana	15.96 (176)	12.16 (124)	11.34 (98)
2-4 volte a settimana	25.02 (276)	34.41 (351)	31.48 (272)
5-6 volte a settimana	15.05 (166)	15.59 (159)	16.55 (143)
Una volta al giorno tutti i giorni	13.69 (151)	14.22 (145)	14.35 (124)
Più di una volta al giorno	8.98 (99)	8.73 (89)	9.61 (83)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1103)	<b>100</b> (1020)	<b>100</b> (864)

**Figura 5.3 – Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere**



#### 5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

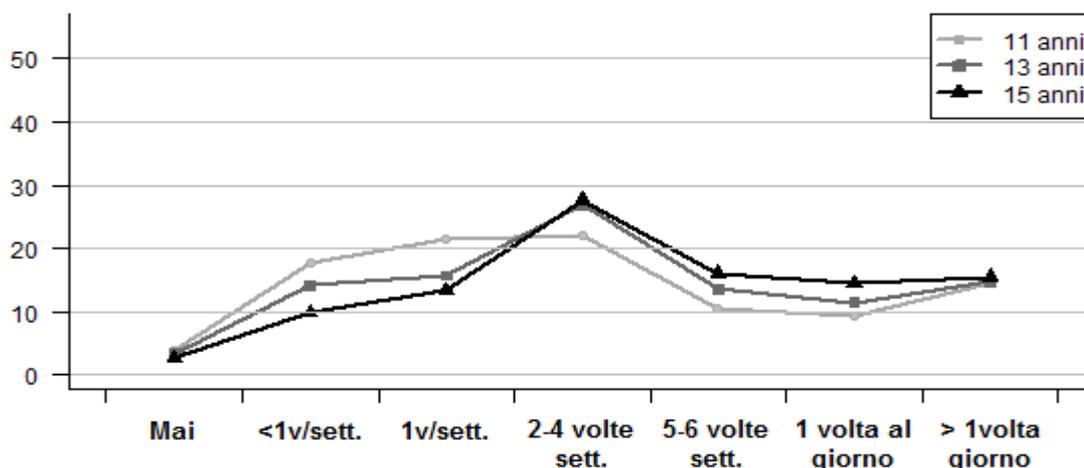
Per quanto riguarda il consumo di dolci, coloro che non ne consumano mai sono meno del 5%. In tutte le fasce di età le maggiori frequenze di consumo riscontrate sono 2-4 volte a settimana (22.17% a 11 anni, 26.92% a 13 anni e 27.73% a 15 anni), pur tuttavia il 26% dei ragazzi dichiara di mangiarne almeno 5-6 giorni la settimana ed il 15% più di una volta al giorno (tabella 5.5).

La tendenza al consumo di dolci aumenta con l'età in quanto, considerando complessivamente le fasce di consumo più elevate (5-6 volte a settimana, una volta e più di una volta al giorno) si passa dal 35% negli undicenni al 40% nei tredicenni ed arriva al 46% nei quindicenni (tabella 5.5 e figura 5.5).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3.98 (44)	3.34 (34)	2.78 (24)
Meno di una volta a settimana	17.65 (195)	14.15 (144)	9.86 (85)
Una volta a settimana	21.45 (237)	15.72 (160)	13.34 (115)
2-4 volte a settimana	22.17 (245)	26.92 (274)	27.73 (239)
5-6 volte a settimana	10.59 (117)	13.65 (139)	16.13 (139)
Una volta al giorno tutti i giorni	9.50 (105)	11.49 (117)	14.62 (126)
Più di una volta al giorno	14.66 (162)	14.73 (150)	15.55 (134)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1105)	<b>100</b> (1018)	<b>100</b> (862)

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età



Nel caso delle bevande zuccherate (tabella 5.6 ), vediamo che il consumo quotidiano o più di una volta al giorno è inferiore rispetto a quello dei dolci e non si differenzia molto per età.

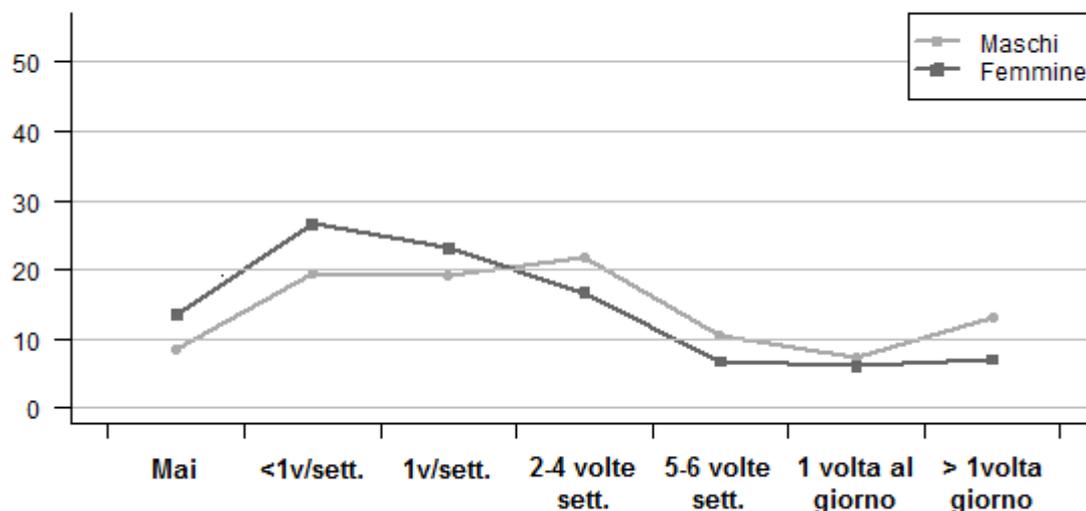
Le maggiori frequenze di consumo riscontrate sono meno di una volta a settimana e una volta a settimana, ad eccezione dei quindicenni, che riferiscono il consumo più elevato nella categoria 2 – 4 volte a settimana (22.33%).

Le differenze tra maschi e femmine non sono particolarmente accentuate, anche se nei maschi si evidenziano frequenze di consumo più elevate (figura 5.6).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	13.28 (146)	11.01 (112)	7.91 (68)
Meno di una volta a settimana	25.30 (278)	21.73 (221)	20.93 (180)
Una volta a settimana	20.84 (229)	21.73 (221)	20.70 (178)
2-4 volte a settimana	15.83 (174)	20.75 (211)	22.33 (192)
5-6 volte a settimana	8.46 (93)	8.26 (84)	9.65 (83)
Una volta al giorno tutti i giorni	6.46 (71)	6.39 (65)	7.67 (66)
Più di una volta al giorno	9.83 (108)	10.13 (103)	10.81 (93)
<b>Totale</b>	100 (1099)	100 (1017)	100 (860)

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



## 5.5 Stato nutrizionale

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

Osservando la tabella 5.7 e la figura 5.7 si nota che nelle tre le classi di età la frequenza di sottopeso è simile e complessivamente inferiore al 3%; la maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso (74.34% a 11 anni, 79.52% a 13 anni e 79.28% a 15 anni).

La frequenza relativa di sovrappeso ed obesità è più elevata negli 11 anni (22.77%), rispetto alle altre fasce di età (17.58% a 13 anni e 18.28% a 15 anni). La percentuale di obesità che è del 4.03% a 11 anni, diminuisce sensibilmente nelle età successive, soprattutto a 15 anni.

In tutte le classi di età, la frequenza di sottopeso è maggiore nelle femmine e, viceversa, il sovrappeso e l'obesità sono più frequenti nei maschi (Figura 5.8, 5.9 e 5.10).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	2.89 (23)	2.91 (24)	2.43 (19)
Normopeso	74.34 (591)	79.52 (656)	79.28 (620)
Sovrappeso	18.74 (149)	15.52 (128)	16.75 (131)
Obeso	4.03 (32)	2.06 (17)	1.53 (12)
<b>Totale</b>	100 (795)	100 (825)	100 (782)

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

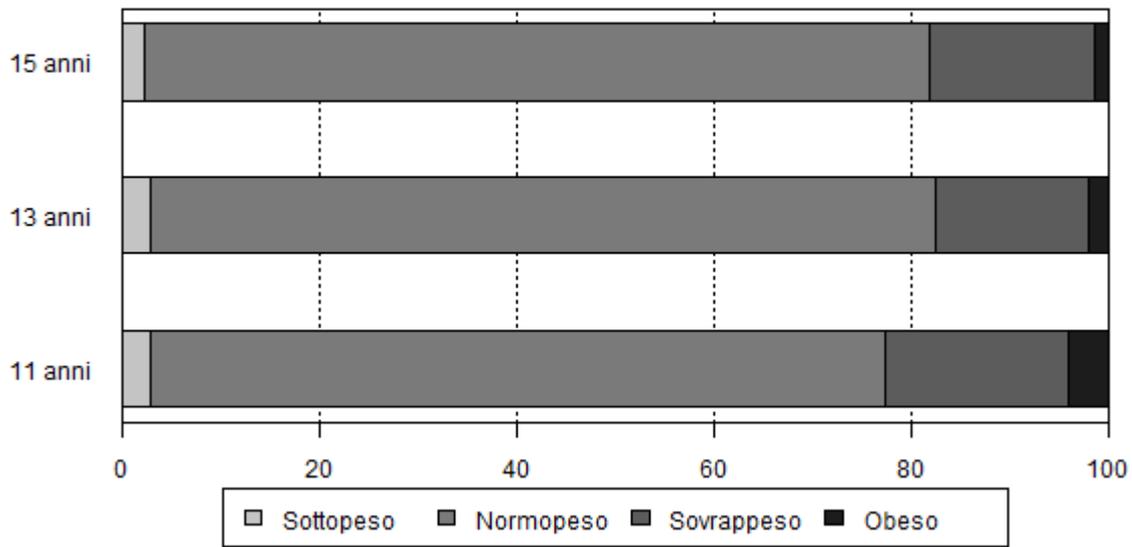


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

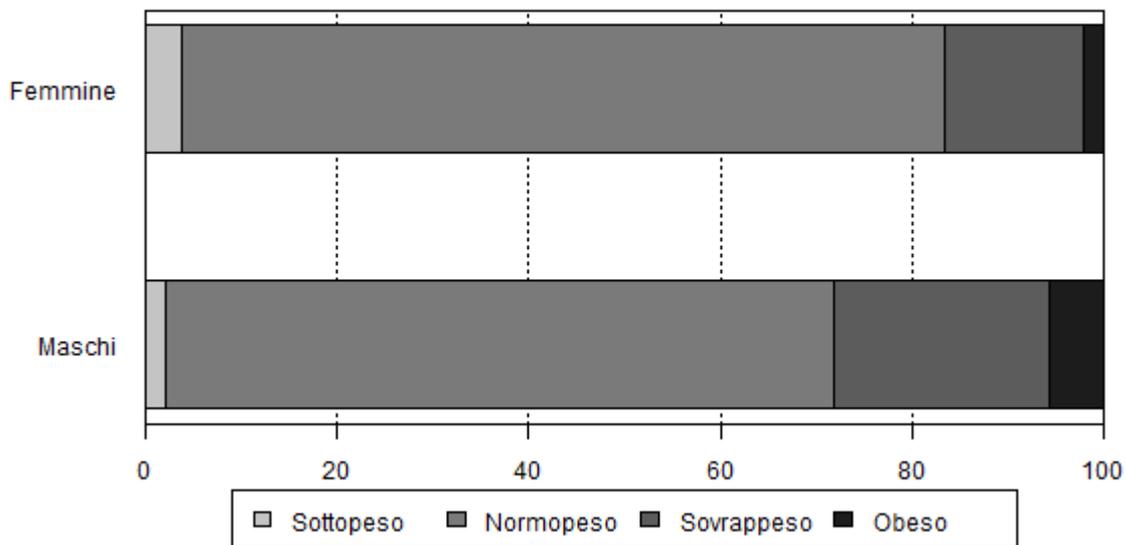


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

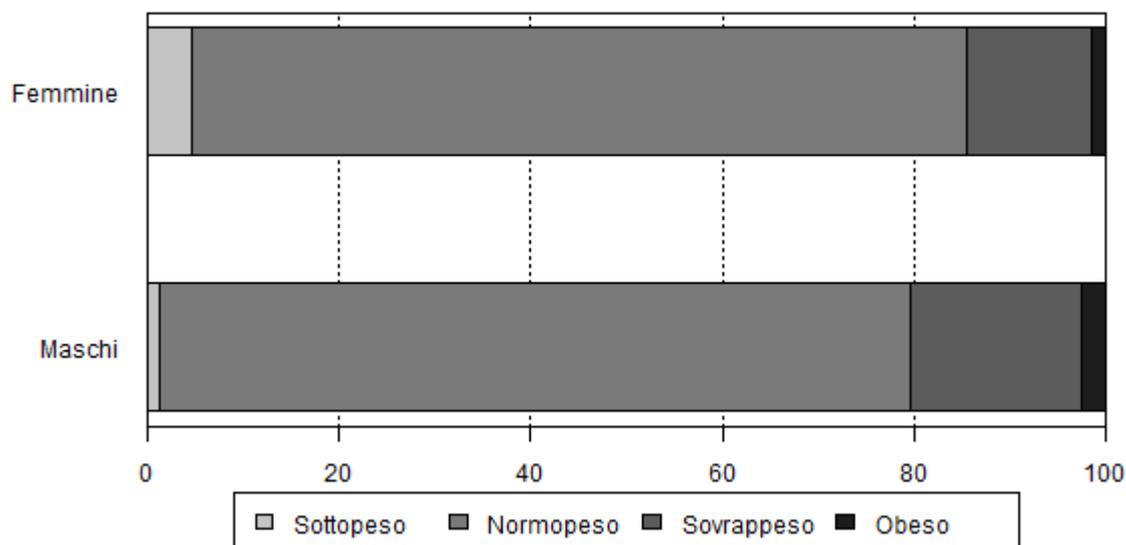
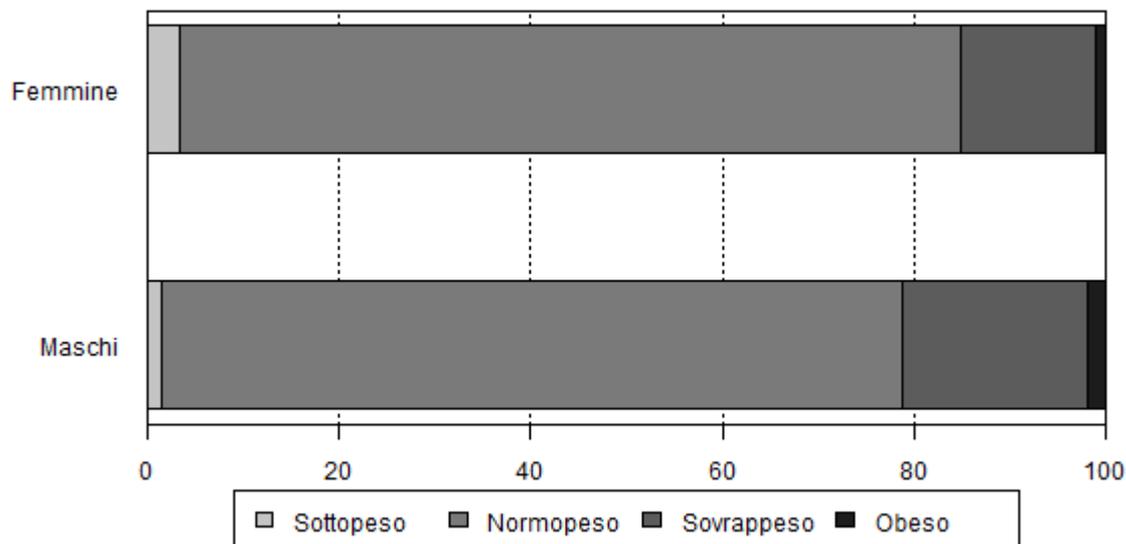


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



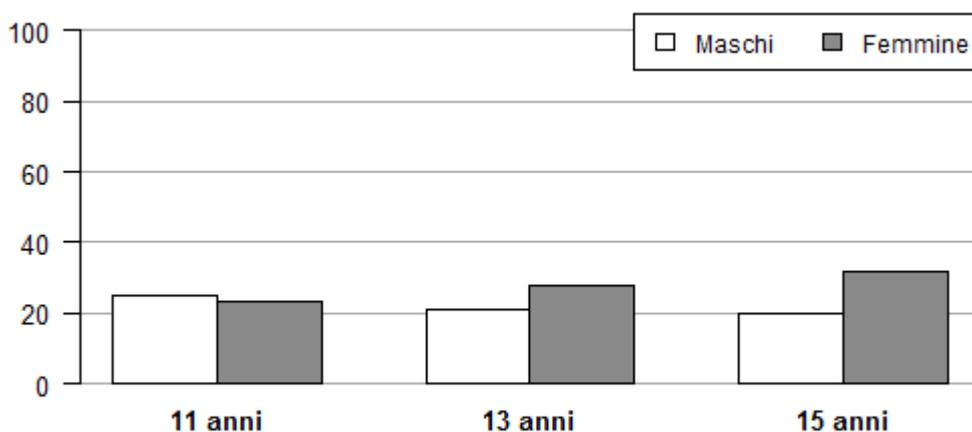
Per quanto riguarda la percezione dell'immagine corporea, la tabella 5.8 evidenzia che la percentuale di coloro che si sentono magri diminuisce con l'età (da 11.71% a 11 anni ad 8.45% a 15).

La maggior parte dei ragazzi si dichiara normopeso (63.86% a 11 anni, 65.49% a 13 anni e 65.97% a 15 anni); pur tuttavia, circa il 25% dei ragazzi si sentono grassi e con l'aumentare dell'età aumenta chiaramente la differenza tra maschi e femmine: a 15 anni i maschi in questa categoria sono circa il 20% mentre le femmine superano il 30% (Figura 5.11).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	11.71 (128)	10.42 (106)	8.45 (73)
Giusto	63.86 (698)	65.49 (666)	65.97 (570)
Grasso	24.43 (267)	24.09 (245)	25.58 (221)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1093)	<b>100</b> (1017)	<b>100</b> (864)

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



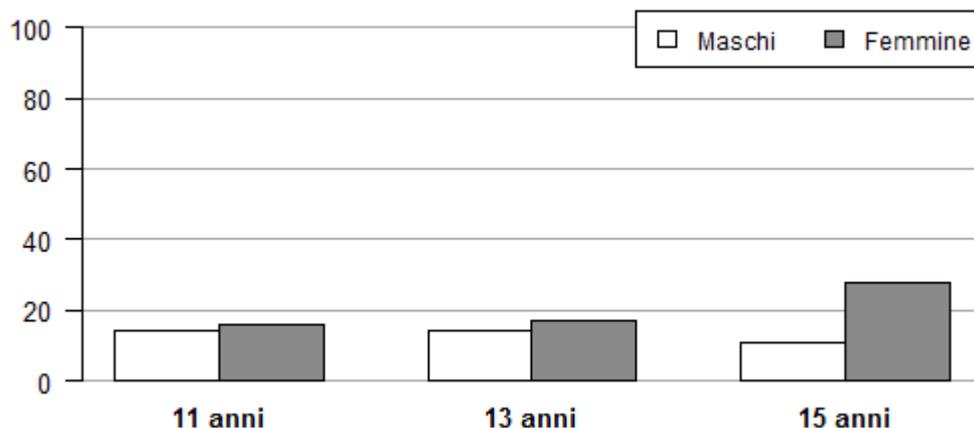
La tendenza ad adottare regimi dietetici restrittivi od altri rimedi per dimagrire, aumenta con l'età: complessivamente il 19.31% dei quindicenni si dichiara a dieta, contro il 15% circa nelle altre fasce d'età (tabella 5.9).

Questo comportamento è più evidente nelle femmine che, soprattutto a 15 anni, superano ampiamente i maschi (figura 5.12).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	50.00 (553)	48.98 (503)	43.01 (372)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	25.14 (278)	26.97 (277)	28.67 (248)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	9.49 (105)	9.06 (93)	9.02 (78)
Sì	15.37 (170)	15.00 (154)	19.31 (167)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1106)	<b>100</b> (1027)	<b>100</b> (865)

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



## 5.6 Igiene orale

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

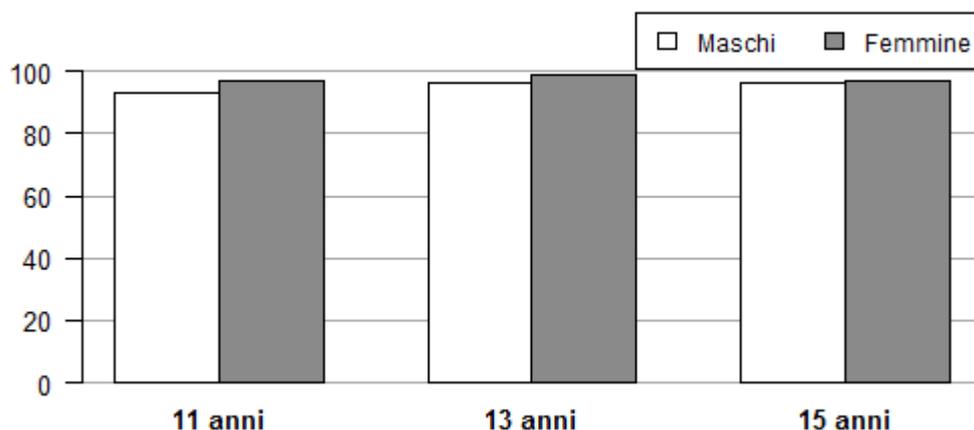
L'abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno è dichiarata dal 96% circa dei ragazzi e tende ad aumentare con l'età: da 94.85% negli undicenni fino a 97.37% nei tredicenni ed a 96.77% nei quindicenni (tabella 5.10).

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 dei denti (figura 5.13).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	68.33 (755)	74.29 (763)	78.41 (679)
Una volta al giorno	26.52 (293)	23.08 (237)	18.36 (159)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3.35 (37)	1.66 (17)	2.08 (18)
Meno di una volta alla settimana	1.09 (12)	0.88 (9)	0.23 (2)
Mai	0.72 (8)	0.10 (1)	0.92 (8)
<b>Totale</b>	100 (1105)	100 (1027)	100 (866)

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



## 5.7 Conclusioni

Nel complesso il quadro che emerge circa le abitudini alimentari dei ragazzi italiani, evidenzia la necessità di sviluppare programmi ed azioni concrete di promozione della salute per orientare i giovani alla modifica di alcuni comportamenti a rischio e all'adozione di stili alimentari sani.

Un primo dato da notare è la frequenza con cui i ragazzi saltano la colazione, in contrasto con le linee guida sia italiane che internazionali sul tema: a 15 anni un adolescente su quattro propende a saltare la prima colazione. Bassa è anche la percentuale di coloro che seguono le linee guida per quello che riguarda i consumi di frutta e verdura: solamente il 19% consuma la frutta ed il 9% la verdura più volte al giorno, a fronte di cinque porzioni giornaliere raccomandate. Tale dato è ulteriormente confermato dall'Indagine Multiscopo ISTAT 2008 da cui emerge che solo il 3.8% degli adolescenti nella fascia di età 11-14 anni ed il 6.7% nella fascia di età 15-17 anni consuma 5 o più porzioni di frutta, verdura ed ortaggi al giorno (ISTAT, 2009).

Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate, resta comunque importante ridurlo, visto che un quarto dei ragazzi dichiara un consumo almeno quotidiano di dolci ed il 15% di bevande zuccherate. Nello specifico delle bevande zuccherate, l'Indagine Multiscopo ISTAT 2008, evidenzia dati consumo giornalieri più elevati: nella fascia di età 11-15 anni, il 9.2% ne assume più di mezzo litro ed il 20.2% uno o due bicchieri al giorno (ISTAT, 2009).

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale calcolato sulla base dei dati di peso ed altezza autoriferiti, complessivamente un adolescente su cinque è sovrappeso o obeso; il fenomeno tende a diminuire con l'età ed interessa prevalentemente i maschi. Viceversa, il sottopeso interessa meno del 3% degli adolescenti esaminati.

Per quanto riguarda la percezione della propria immagine corporea i risultati ottenuti evidenziano una situazione di disagio: complessivamente un adolescente su quattro si considera grasso; nello specifico i tredicenni ed i quindicenni, ed in particolare il genere femminile, tendono a sovrastimare di circa l'8% il valore di IMC calcolato sui dati dichiarati. Ancora più rilevanti sono le percentuali di coloro che dichiarano di essere a dieta o di non esserlo pur dovendo perdere qualche chilo: la somma delle due categorie dà il 40% negli undicenni, il 42% nei tredicenni e il 48% nei quindicenni. Considerando i ragazzi che dichiarano di essere a dieta e stratificando i dati per genere, si nota che la percentuale diminuisce con l'età nei maschi, mentre aumenta considerevolmente nelle femmine.

Infine, per quanto attiene l'igiene orale, il 95% dei ragazzi dichiara di lavarsi i denti almeno una volta al giorno e tale abitudine tende a consolidarsi con l'età, costituendo uno dei dati più rassicuranti dell'intera indagine.

## Bibliografia capitolo 5

- Amed S., Daneman D., Mahmud F.H., Hamilton J. (2010). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 8(3):393-406.
- Benton D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 28(7):858-69.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health,* 67:9-26
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ,* 320:1240-3.
- Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D., Jackson A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ;*335: p. 194-7
- Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- Dietz W.H. (1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr,* 127:S1884-6.
- Flynn J.T. (2010). Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens.*
- Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev.* 22(2):220-43.
- Honkala et al (2000). A cause study in oral health promotion. In: The evidence of Health Promotion Effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. Geneva, 1998.
- ISTAT (2009) Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana. Anno 2008, Roma, ISTAT.
- Jolliffe C.J., Janssen I. (2006). Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vascular Health Risk Management,* 2:171-87.
- Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition,* 5:1396-404.
- Lazzeri G., Rossi S., Pammolli A., Pilato V., Pozzi T., Giacchi M. (2008) Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene,* 49(1):13-21
- Low S., Chin M.C., Deurenberg-Yap M. (2009). Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore.* 38(1):57-9.
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet,* 357:505-508.
- Mainvil L.A., Lawson R, Horwath C.C., McKenzie J.E., Reeder AI. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot.* 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.  
[http://www.inran.it/servizi\\_cittadino/stare\\_bene/guida\\_corretta\\_alimentazione/Linee%20Guida.pdf](http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf)
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.  
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.

- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.
- Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite.* 54(2):394-7.
- Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.*;1(1):11-25.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
-

## Capitolo 6: Comportamenti a rischio

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

### 6.1 Uso di sostanze

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

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

#### 6.1.1 Il fumo

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

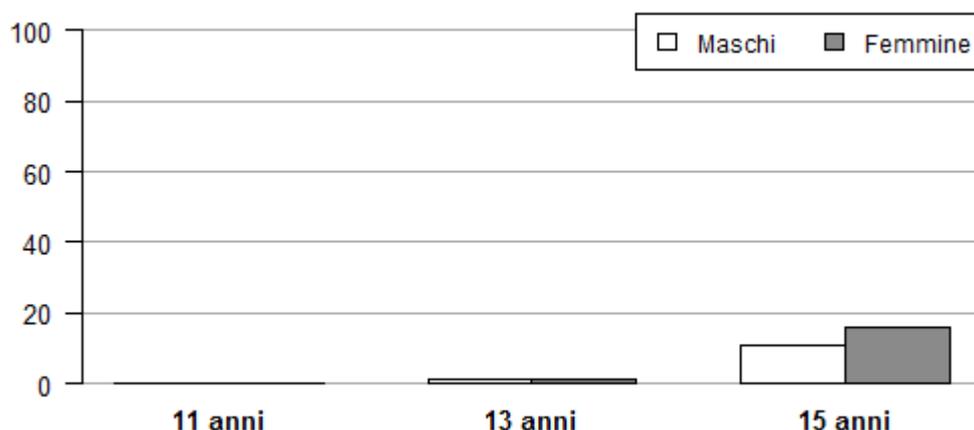
Nell'ambito dell'indagine ai ragazzi è stato chiesto di indicare se fumano e, nel caso di risposta affermativa, con quale frequenza (tutti i giorni, almeno una volta alla settimana o meno). In tabella 6.1 sono riportati i risultati delle risposte relativamente al consumo di tabacco. Come si vede la maggioranza dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non fumare in ciascuna delle fasce d'età considerate, ma la percentuale di non fumatori si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 98.74% degli undicenni all'90.14% dei tredicenni, al 73.44% per i quindicenni. La frequenza di fumatori che dichiara di fumare ogni giorno cresce in modo sostanziale nel passaggio tra gli 11 ed i 15 anni di età passando dallo 0.18% allo 0.98% al 13.51.

**Tabella 6.1: "Attualmente, quanto spesso fumi?"**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.18 (2)	0.98 (10)	13.51 (117)
Almeno una volta a settimana	0.54 (6)	2.93 (30)	6.81 (59)
Meno di una volta a settimana	0.54 (6)	5.96 (61)	6.24 (54)
Non fumo	98.74 (1093)	90.14 (923)	73.44 (636)
<b>Totale</b>	100 (1107)	100 (1024)	100 (866)

La figura 6.1 mostra un dato interessante, ovvero che la consueta differenza di genere nell'abitudine al fumo ha invertito la tendenza: tra i quindicenni, infatti, risulta una prevalenza maggiore di ragazze rispetto ai ragazzi che dichiarano di fumare ogni giorno (figura 6.1).

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



Tra coloro che hanno dichiarato di fumare, il numero di sigarette consumate cresce nettamente nel passaggio tra gli 11 13 e 15 anni di età risultando significativamente maggiore tra i quindicenni. Confrontando le tre fasce di età relativamente ad un consumo elevato, cioè di 6 o più sigarette al giorno, si osserva una prevalenza dell'8.5% tra i quindicenni contro l'1.27% dei tredicenni e lo 0.27 degli undicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98.64 (1088)	90.20 (920)	70.59 (612)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0.73 (8)	5.20 (53)	7.96 (69)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.09 (1)	1.67 (17)	4.27 (37)
1-5 sigarette al giorno	0.27 (3)	1.67 (17)	8.65 (75)
6 o più sigarette al giorno	0.27 (3)	1.27 (13)	8.54 (74)
<b>Totale</b>	100 (1103)	100 (1020)	100 (867)

## 6.1.2 L'alcol

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

Benché in Italia sia vietato vendere alcolici a chi ha meno di 16 anni, il fenomeno di abuso alcolico giovanile è diffuso sia tra i giovani al di sopra che tra quelli al di sotto dell'età legale. I ragazzi iniziano sempre più spesso a bere alcolici già a 11 anni, contro una media europea che si attesta intorno ai 13 anni. Secondo i dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2003-2005 (Scafato, 2009) in Italia sono il 9.5% i ragazzi tra gli 11 ed i 13 anni che consumano alcol ed il 48.5 tra i 14 e 17 anni.

Obiettivo di questo paragrafo è descrivere la frequenza del consumo tra i ragazzi della Regione coinvolti nell'indagine, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Nella tabella 6.3 sono pertanto riportati i risultati relativi alla frequenza del consumo di bevande alcoliche di diversa natura quali birra, vino e superalcolici.

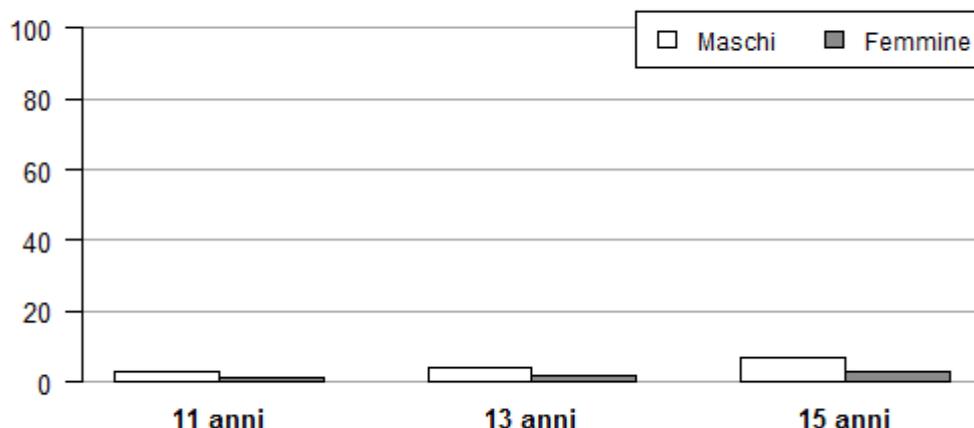
Come per l'abitudine al fumo, anche per il consumo di alcol è risultato che la percentuale di giovani che dichiara di consumare bevande alcoliche quotidianamente aumenta al crescere della fascia di età: dall'1.75% degli undicenni al 3.05% dei tredicenni al 5.24% dei quindicenni. Il consumo settimanale segue una distribuzione simile ma con un incremento maggiore nel passaggio tra una fascia d'età e la successiva: dichiarano di bere almeno una volta la settimana il 3.59% dei ragazzi di 11 anni, il 7.18% dei ragazzi di 13 anni ed il 23.17% dei ragazzi di 15 anni. La percentuale di ragazzi che non consumano bevande alcoliche si riduce passando dal 65.23% degli undicenni al 21.19% dei quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	1.75 (19)	3.05 (31)	5.24 (45)
Ogni settimana	3.59 (39)	7.18 (73)	23.17 (199)
Ogni mese	3.31 (36)	8.85 (90)	12.81 (110)
Raramente	26.13 (284)	40.61 (413)	37.60 (323)
Mai	65.23 (709)	40.31 (410)	21.19 (182)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1087)	<b>100</b> (1017)	<b>100</b> (859)

La distribuzione dei consumi di bevande alcoliche per età e genere osservata in figura 6.2, indica che il fenomeno è diffuso prevalentemente tra i ragazzi, anche se tra le ragazze si osserva un incremento dei consumi all'aumentare dell'età apprezzabile.

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



Il consumo di alcolici appare concentrato nel fine settimana per tutte e tre le fasce di età con un aumento della prevalenza nel passaggio tra gli 11 13 e 15 anni (tabella 6.4). In particolare, in riferimento all'ultima settimana prima dell'indagine, hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche il sabato e la domenica il 7.89 degli undicenni, il 13.72% dei tredicenni ed il 25.29% dei quindicenni. Significativamente minori sono le prevalenze di consumo sia solo il lunedì e venerdì (3.39%; 5.77%; 6.96%). sia in settimana che nel weekend ( 1.47%; 2.98% 6.50%). Un consumo quotidiano è stato riferito nell'1.3% dei casi di cui: 0.83% rappresentato da undicenni, l'1.39 da tredicenni e l'1.86 da quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	86.42 (942)	76.14 (766)	59.40 (512)
Solo Lunedì-Venerdì	3.39 (37)	5.77 (58)	6.96 (60)
Solo Sabato e Domenica	7.89 (86)	13.72 (138)	25.29 (218)
Sia in settimana che nel week-end	1.47 (16)	2.98 (30)	6.50 (56)
Sempre	0.83 (9)	1.39 (14)	1.86 (16)
<b>Totale</b>	100 (1090)	100 (1006)	100 (862)

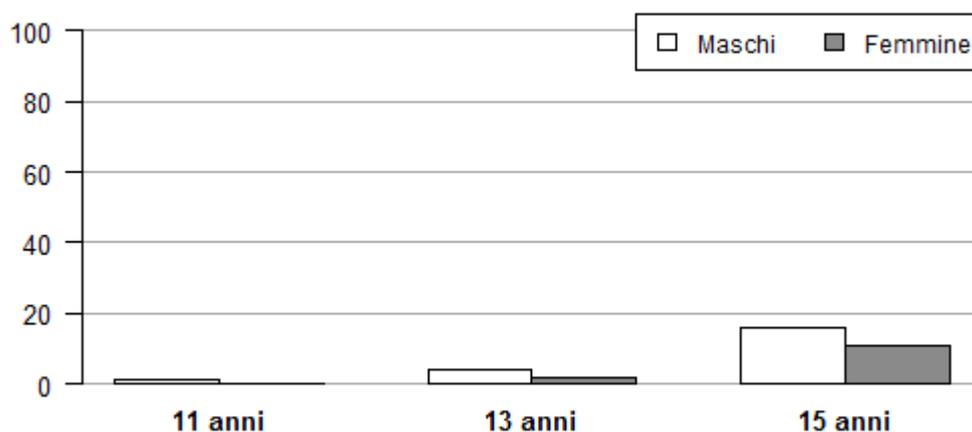
Nella tabella 6.5 sono riportati i risultati relativi alla domanda “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?” per le tre fasce di età in studio. La maggior parte dei ragazzi dichiara di non essersi mai ubriacata, ma tale percentuale si riduce progressivamente al crescere delle età passando dal 95.55% dei ragazzi di 11 anni all'88.68% di quelli di 13 anni, per arrivare al 74.48% di quelli di 15 anni. Inversamente, osservando il dato sul numero di episodi di ubriachezza si osserva un andamento crescente con l'età.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	95.55 (1031)	88.68 (901)	74.48 (645)
Una volta	3.61 (39)	8.17 (83)	11.66 (101)
2-3 volte	0.46 (5)	2.17 (22)	8.89 (77)
4-10 volte	0.19 (2)	0.39 (4)	2.77 (24)
Più di 10 volte	0.19 (2)	0.59 (6)	2.19 (19)
<b>Totale</b>	100 (1079)	100 (1016)	100 (866)

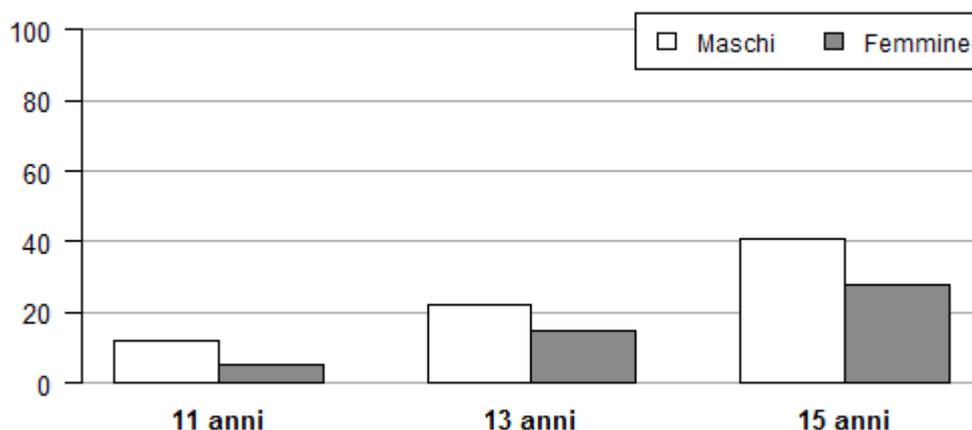
Come si osserva dalla figura 6.3, l'abuso di alcol è un fenomeno legato non solo all'età ma anche al genere: la prevalenza di episodi di ubriachezza sono sempre maggiori nei ragazzi rispetto a quanto dichiarato dalle ragazze.

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



Con l'espressione *binge drinking* si fa riferimento all'abitudine di consumare eccessive quantità, convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione. Questo comportamento è presente prevalentemente nei Paesi del Nord Europa, ma si sta radicando anche tra i giovani in Italia. Esiste inoltre in questa fascia di età, una forte correlazione tra i consumatori di birra e aperitivi alcolici e coloro che hanno praticato almeno una volta il *binge drinker* o il consumo di vino e alcolici fuori pasto (Scafato, 2009). Come si può vedere dalla figura 6.4 tra gli adolescenti del Lazio tale modello di consumo è più elevato tra i maschi per tutte e tre le fasce di età e presente in modo consistente anche tra coloro che hanno 11 anni di età.

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



### 6.1.3 Cannabis

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

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

Nell'ambito dell'indagine limitatamente ai ragazzi di 15 anni (la domanda non è stata rivolta ai più giovani) è stato chiesto se avessero mai fatto uso di cannabis e con che frequenza, nel corso della vita. In tabella 6.6 sono riportati i risultati suddivisi per genere. Circa 3 ragazzi su 4 hanno dichiarato di non averne mai fatto uso con una prevalenza più alta tra le ragazze (80%) rispetto a quella dei ragazzi (76.03%). Tra coloro che hanno dichiarato di averne fatto uso, la maggior parte (8.32%) ha riferito di aver fumato cannabis tra 1-2 volte con percentuali di consumo che si riducono con l'aumentare della frequenza dichiarata di utilizzo. Complessivamente, analogamente a quanto riscontrato nell'analisi sul consumo di alcol esso è sempre maggiore tra i ragazzi rispetto alle ragazze.

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

	<b>Maschi %</b>	<b>Femmine %</b>	<b>Totale %</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Mai	76.22 (343)	80.00 (332)	78.03 (675)
Una o due volte	8.89 (40)	7.71 (32)	8.32 (72)
3-5 volte	3.33 (15)	4.34 (18)	3.82 (33)
6-9 volte	2.22 (10)	1.93 (8)	2.08 (18)
10-19 volte	2.89 (13)	2.17 (9)	2.54 (22)
20-39 volte	4.00 (18)	2.89 (12)	3.47 (30)
>1 una volta al giorno	2.44 (11)	0.96 (4)	1.73 (15)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (450)	<b>100</b> (415)	<b>100</b> (865)

## 6.2 Abitudini sessuali

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

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

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

La tabella 6.7 riporta le frequenze dei ragazzi e delle ragazze che dichiarano di aver avuto un rapporto sessuale completo. Come si vede il 23,45% del campione regionale ha dichiarato di aver già avuto rapporti sessuali completi (26.30% maschi e 20.39 femmine).

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

	<b>Maschi %</b>	<b>Femmine %</b>	<b>Totale %</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Sì	26.30 (116)	20.39 (84)	23.45 (200)
No	73.70 (325)	79.61 (328)	76.55 (653)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (441)	<b>100</b> (412)	<b>100</b> (853)

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

Dalle risposte sull'utilizzo del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale dei ragazzi che avevano dichiarato di averne avuto almeno uno, ha dichiarato di averne fatto uso il 77% con una maggiore prevalenza nei ragazzi (76,4%) rispetto a alle ragazze (73,9%).

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

	<b>Maschi %</b>	<b>Femmine %</b>	<b>Totale %</b>
	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
Sì	85.34 <b>(99)</b>	65.48 <b>(55)</b>	77.00 <b>(154)</b>
No	14.66 (17)	34.52 (29)	23.00 (46)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (116)	<b>100</b> (84)	<b>100</b> (200)

### 6.3 Infortuni

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

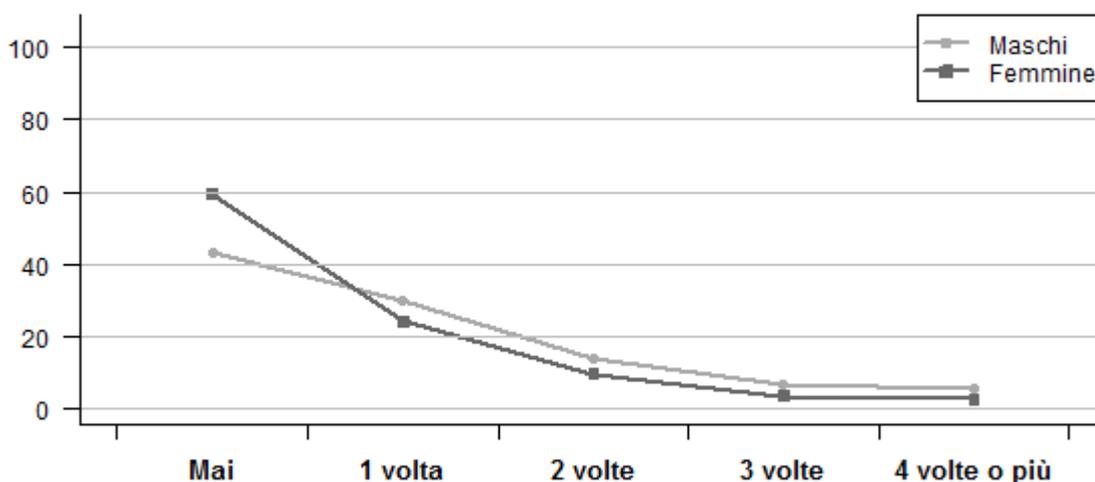
Dall'analisi della frequenza degli infortuni che hanno richiesto (tabella 6.9) l'intervento di un medico o infermiere, il 50% dei ragazzi ha riferito di non aver avuto infortuni che abbiano richiesto cure mediche negli ultimi dodici mesi. Circa il 27% dei ragazzi, con lievissime differenze al variare dell'età, riferisce un infortunio nel corso degli ultimi 12 mesi.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	54.65 (605)	48.14 (491)	49.42 (429)
Una volta	26.29 (291)	26.96 (275)	29.03 (252)
2 volte	9.49 (105)	14.02 (143)	12.79 (111)
3 volte	3.79 (42)	7.06 (72)	5.30 (46)
4 volte o più	5.78 (64)	3.82 (39)	3.46 (30)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1107)	<b>100</b> (1020)	<b>100</b> (868)

La figura 6.5 riporta la distribuzione del fenomeno per genere: le ragazze hanno infortuni meno frequentemente dei coetanei di genere maschile, sia per quanto riguarda l'essersi infortunato che per quanto riguarda il numero di infortuni occorsi.

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



## 6.4 Conclusioni

L'analisi dei comportamenti a rischio nel campione degli adolescenti del Lazio discusso in questo capitolo, evidenzia che analogamente a quanto riportato da numerose ricerche sul tema, nella Regione sussiste la propensione di una significativa quota di preadolescenti e adolescenti a comportamenti che possono essere lesivi della loro sicurezza e della loro salute.

Per i diversi comportamenti a rischio analizzati, è emerso che essi sono maggiormente diffusi tra i ragazzi di quindici anni, età in cui la dimensione di crisi evolutiva corrispondente ad una esigenza di cambiamento puberale che rende molto più critica questa fase rispetto a quella preadolescenziale.

Riguardo all'abitudine al fumo, il quadro descritto per la Regione Lazio è caratterizzato da un incremento dell'abitudine al fumo con l'aumentare dell'età e dall'attenuazione della tradizionale differenza di genere. L'età della prima sigaretta, infatti, spesso coincide con l'età di passaggio dalla scuola media inferiore a quella superiore, momento in molti casi critico in quanto l'adolescente, volendo essere accettato all'interno del nuovo contesto, è più soggetto all'influenza dei coetanei e potrebbe più facilmente essere attratto dai comportamenti degli studenti più grandi, tra i quali facilmente ci sono già ragazzi che fumano.

Come per l'abitudine al fumo, anche per i consumi di bevande alcoliche emerge che la percentuale di ragazzi che dichiarano di consumare alcol aumenta con l'età ma, contrariamente all'abitudine al fumo, esso interessa prevalentemente il genere maschile. Tuttavia, tra i ragazzi di 15 anni l'incremento del consumo è apprezzabile anche tra le ragazze. Il consumo di alcolici appare concentrato nel fine settimana. In tale contesto, a nostro avviso, è importante evidenziare l'aver rilevato che l'abuso alcolico è considerevolmente diffuso tra giovani con un'età al di sotto dell'età legale. Secondo le Linee Guida Nazionali per una Sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN 2003), in linea con le indicazioni della WHO, del Ministero della Salute, dell'ISS e della Società Italiana di Alcolologia, per i ragazzi al di sotto dei 15 anni qualunque livello di consumo alcolico è da considerarsi a rischio. Tra i ragazzi del campione del Lazio hanno dichiarato di essersi ubriacati più di una volta nell'anno il 13.85% dei ragazzi di 15 anni, il 3.15% dei tredicenni e lo 0.84% degli undicenni. La prevalenza di episodi di ubriachezza sono però sempre maggiori nei ragazzi rispetto a quanto dichiarato dalle ragazze. Anche il *binge drinking*, ovvero l'abitudine di consumare eccessive quantità in una sola occasione, appare diffuso in tutte e tre le fasce di età con una maggiore frequenza tra i quindicenni.

Per quanto riguarda l'uso di cannabis, fenomeno indagato per i soli ragazzi di 15 anni, il risultato osservato negli adolescenti del Lazio indica che indipendentemente dal genere, il fenomeno coinvolge il 22% degli adolescenti. L'uso precoce nell'adolescenza di alcol e cannabis può influenzare lo sviluppo neurobiologico del cervello e quindi le funzioni cognitive, comportamentali ed emotive (Gessa, 2003).

Rispetto alle abitudini sessuali i risultati di questo studio dimostrano come una parte rilevante del campione abbia avuto esperienze sessuali (23,34%) e che circa 4 ragazzi su 5 utilizzano il preservativo. Per affrontare argomenti sensibili come questo, un metodo ritenuto efficace è quello della peer education (educazione fra pari). L'educazione fra pari è un metodo facilmente utilizzabile nel contesto scolastico.

Dalla valutazione della frequenza degli infortuni che hanno richiesto cure da parte di personale medico, circa 1 su 5, con lievissime differenze al variare dell'età, ha riferito un infortunio nel corso degli ultimi 12 mesi. La presenza d'infortuni tra i bambini e adolescenti può essere in parte spiegata dalla loro attitudine ad incorrere in rischi ed al loro stile di vita. Come riportato dal Rapporto Europeo del 2008 sulla prevenzione degli infortuni nei bambini, nella regione europea gli infortuni sono la prima causa di disuguaglianze nei tassi di mortalità fra i bambini e adolescenti sia tra paesi che al loro interno, e queste differenze stanno aumentando. Gli incidenti stradali, sportivi e del tempo libero, le violenze interpersonali, e gli incidenti rappresentano le aree più problematiche.

I comportamenti a rischio spesso non si presentano in modo isolato, ma si collegano in vere e proprie sindromi, che comprendono differenti comportamenti (Bonino 1996). E' fondamentale attuare azioni di prevenzione complessive attraverso la realizzazione di interventi di educazione alla salute da avviare già dai primi anni di scuola. Ad esempio uno studio americano che ha indagato l'influenza dell'istruzione scolastica nell'approccio alle sostanze d'abuso ha rilevato che l'informazione ritarda la data d'esordio nei confronti della cannabis e dell'alcol (Mrug, 2010). In tal senso la scuola rappresenta un contesto in cui esperti di educazione alla salute e istituzioni possono incontrare i ragazzi e attraverso un linguaggio semplice ed immediato, dare informazioni e messaggi di educazione per la messa in pratica di stili di vita più sani. Nell'ambito di tali azioni gli adolescenti vanno considerati come partners, come risorse preziose per lo sviluppo di interventi efficaci di prevenzione dei comportamenti a rischio e promozione della salute.

## Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Bonino S. Fraczek A. (1996) Incursioni nel rischio. *Psicologia Contemporanea*, 137, 50-57.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- Gessa G.L. Effetti delle droghe e dell'alcol sul cervello degli adolescenti *Medicina delle ossicodipendenze* 2003,6/7. ([http://www.medicinatossicodipendenze.it/pdf/MDT%206\\_7%20articolo%20Gessa6.pdf](http://www.medicinatossicodipendenze.it/pdf/MDT%206_7%20articolo%20Gessa6.pdf)) ultima consultazione 26/07/10
- INRAN (2003) *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione.
- Mrug S, Gaines J, Su W, Windle M. School-level substance use: effects on early adolescents' alcohol, tobacco, and marijuana use. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010;71(4):488-95.
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. [https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars\\_2000](https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars_2000).
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Scafato E. Ghirini S, Galluzzo L. Farchi G. Gandin C (2009). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto ISTISAN 09/4
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.

WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments.* <http://www.who.int/tobacco/en/>

WHO (2008) *European Report on Child Injury Prevention* Regional Office for Europe, Copenhagen ([http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205\\_2](http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205_2)) ultima consultazione 26/07/10

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

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

---

## **Capitolo 7: Salute e benessere**

### **7.1 Introduzione**

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

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

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

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

### **7.2 Percezione della propria salute**

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

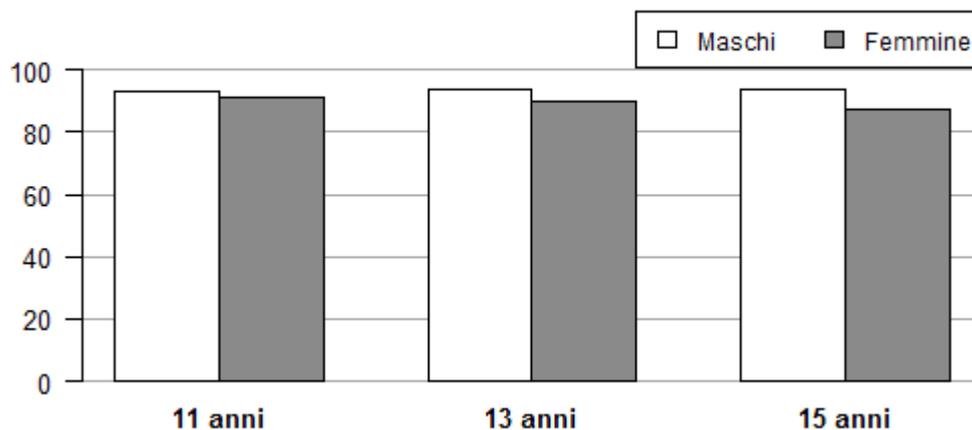
Dai dati in tabella 7.1 si evince che oltre il 90% dei ragazzi valuta il proprio stato di salute da buono ad eccellente. I più giovani sembrano avere una visione più ottimistica rispetto a quella dei quindicenni considerata la diminuzione, all'aumentare dell'età, della percentuale di quanti ritengono la propria salute eccellente; si osserva, infatti, un passaggio da un 39.62% degli undicenni al 30.63 % dei quindicenni.

Un andamento opposto si osserva tra coloro i quali definiscono la propria salute buona (52.67% degli undicenni, 57.25% dei tredicenni, 60.09% dei quindicenni) o scadente. Le percentuali di quanti considerano discreto il proprio stato di salute, similmente alle precedenti, aumentano con l'età, con l'eccezione di un lieve decremento tra i tredicenni. La rappresentazione grafica in figura 7.1 evidenzia come le differenze nel giudizio soggettivo di salute tra maschi e femmine siano quasi sempre a svantaggio delle ragazze, così come emerso da studi precedenti (Cavallo et al. 2006).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	39.62 (437)	34.96 (359)	30.63 (264)
Buona	52.67 (581)	57.25 (588)	60.09 (518)
Discreta	7.43 (82)	7.11 (73)	8.47 (73)
Scadente	0.27 (3)	0.68 (7)	0.81 (7)
<b>Totale</b>	100 (1103)	100 (1027)	100 (862)

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



### 7.3 La percezione del benessere

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

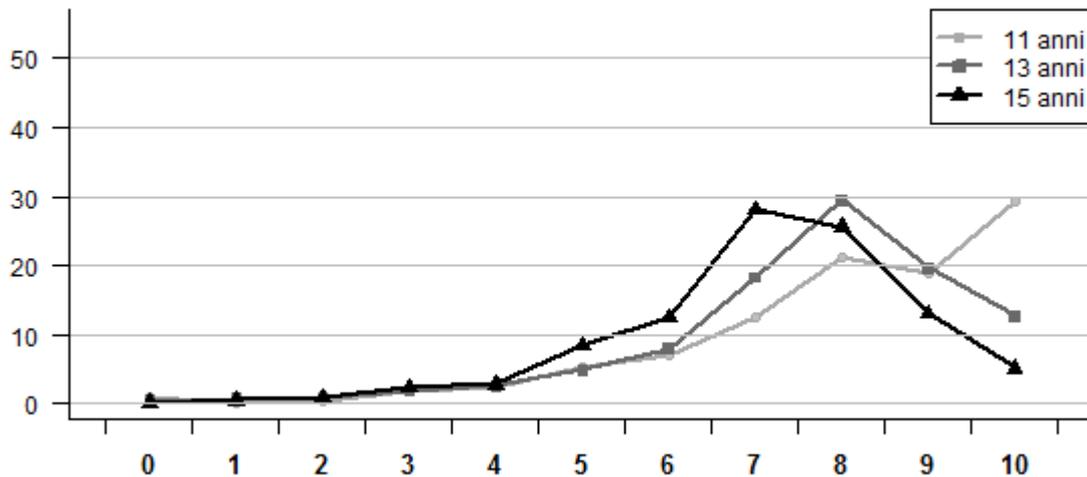
I dati della tabella 7.2 e della corrispondente rappresentazione grafica (figura 7.2) mostrano, anche rispetto alla percezione del proprio benessere, un giudizio più critico dei quindicenni di cui *soltanto* il 5% circa afferma di avere la “*miglior vita possibile*” contro il 29% circa dei più piccoli.

In tutte e tre le fasce d'età è presente una percentuale, se pur molto bassa, di adolescenti che assegnano il valore 0-1 alla propria vita.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	1.00 (11)	0.49 (5)	0.23 (2)
1	0.18 (2)	0.78 (8)	0.58 (5)
2	0.54 (6)	0.97 (10)	0.92 (8)
3	1.72 (19)	1.85 (19)	2.43 (21)
4	2.54 (28)	2.63 (27)	2.89 (25)
5	5.26 (58)	4.97 (51)	8.44 (73)
6	7.16 (79)	7.99 (82)	12.49 (108)
7	12.42 (137)	18.32 (188)	28.09 (243)
8	21.12 (233)	29.53 (303)	25.66 (222)
9	18.86 (208)	19.69 (202)	13.06 (113)
10	29.19 (322)	12.77 (131)	5.20 (45)
<b>Totale</b>	100 (1103)	100 (1026)	100 (865)

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



## 7.4 I sintomi riportati

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

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

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

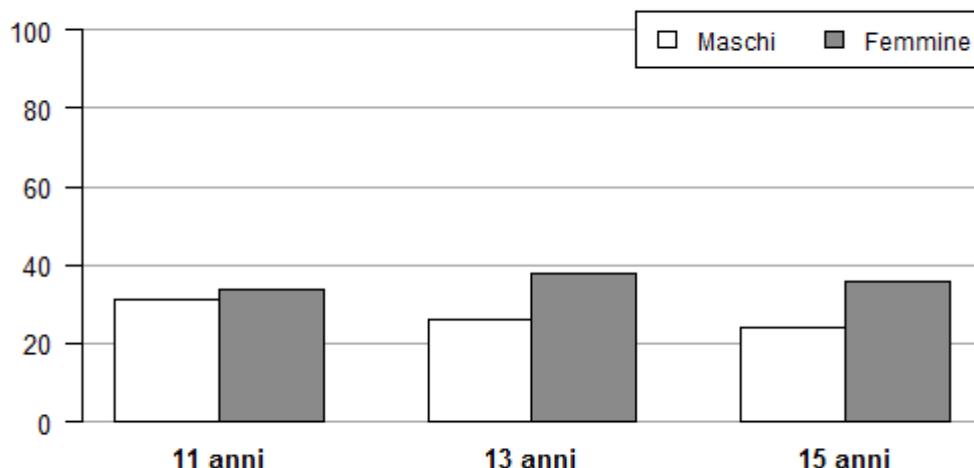
La tabella 7.3 rivela che circa un terzo dei ragazzi riferisce di avere una sintomatologia psico-fisica quotidiana o più volte in una settimana. I soggetti di sesso femminile lamentano un maggior numero di sintomi rispetto a quelli di sesso maschile.

Tali percentuali appaiono decisamente alte rispetto a quelle dei soggetti che hanno dichiarato una percezione della propria salute scadente, quasi che il sintomo fisico-psichico che si manifesta tutti i giorni non sia determinante sulla percezione dello stato di salute. Tutto questo viene ribadito anche dai dati della tabella 7.2 considerando un giudizio negativo un punteggio che va da 0 a 5.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	32.37 (359)	31.48 (322)	30.10 (261)
Più di 1 volta a settimana	30.75 (341)	32.26 (330)	37.72 (327)
1 volta a settimana	18.49 (205)	19.65 (201)	18.69 (162)
1 volta al mese	13.80 (153)	14.08 (144)	11.07 (96)
Raramente o mai	4.60 (51)	2.54 (26)	2.42 (21)
<b>Totale</b>	100 (1109)	100 (1023)	100 (867)

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



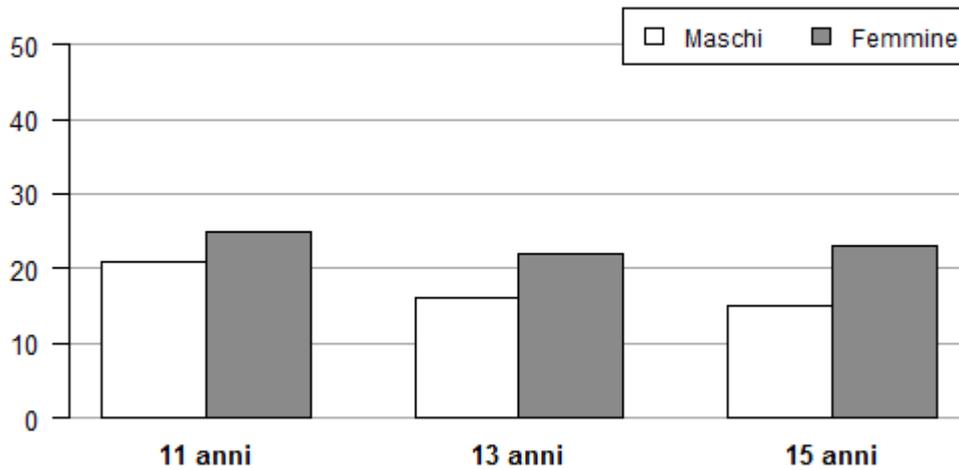
Come consigliato in studi precedenti relativi ai dati HBSC (Haugeland, 2001), i sintomi sono stati suddivisi, in una seconda fase di analisi, in due categorie. Una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l'aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi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

Nelle figure 7.5 e 7.6 si ha la conferma che usualmente una percentuale maggiore di soggetti di sesso femminile dichiara di aver avuto una sintomatologia di natura psichica o fisica, con l'unica eccezione nella prima parte della figura 7.6 in cui le prime due colonne del grafico sono invertite e si può notare che i maschi undicenni che riferiscono una sintomatologia psicologica sono in percentuale maggiore delle femmine.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	22.90 (254)	19.06 (195)	18.69 (162)
Più di 1 volta a settimana	27.05 (300)	26.98 (276)	28.84 (250)
1 volta a settimana	17.31 (192)	19.45 (199)	19.03 (165)
1 volta al mese	18.12 (201)	24.73 (253)	22.38 (194)
Raramente o mai	14.61 (162)	9.78 (100)	11.07 (96)
<b>Totale</b>	100 (1109)	100 (1023)	100 (867)

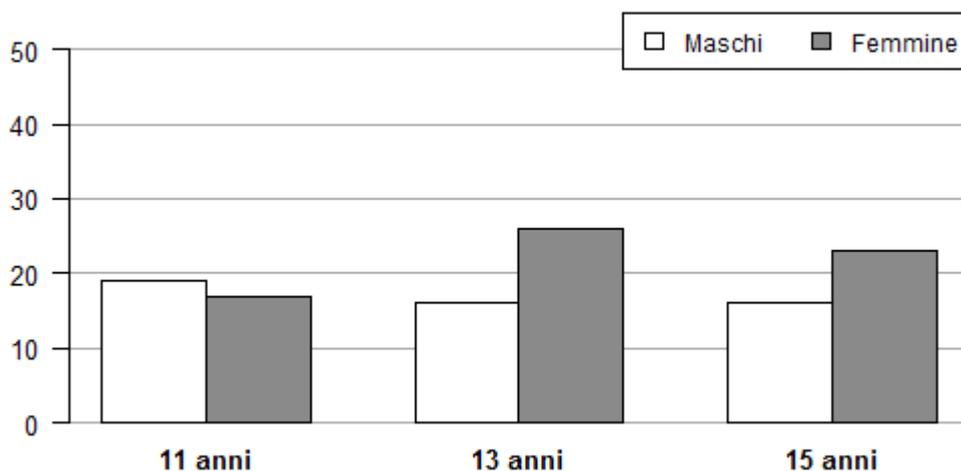
**Figura 7.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini**



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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	18.27 (201)	20.86 (213)	19.38 (168)
Più di 1 volta a settimana	24.64 (271)	28.31 (289)	33.68 (292)
1 volta a settimana	22.55 (248)	24.78 (253)	25.95 (225)
1 volta al mese	20.18 (222)	19.49 (199)	15.69 (136)
Raramente o mai	14.36 (158)	6.56 (67)	5.31 (46)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (1100)	<b>100</b> (1021)	<b>100</b> (867)

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



## 7.5 Utilizzo di farmaci

I dati nella tabella 7.6 e nelle figure 7.7 e 7.8 riguardano soltanto i ragazzi di quindici anni.

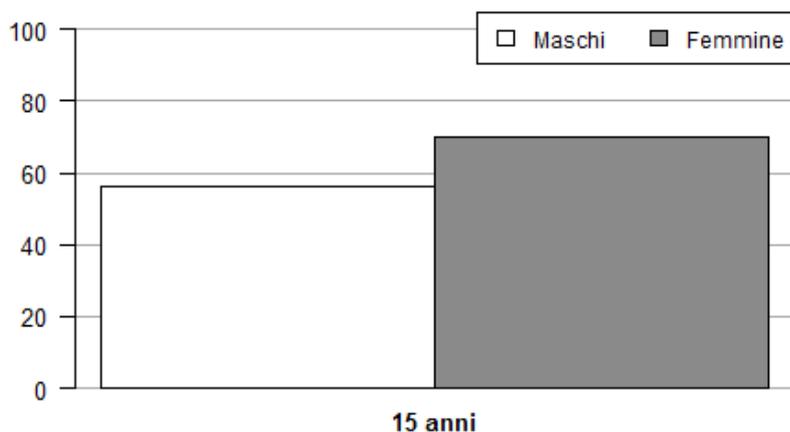
Le risposte alla domanda sull'uso di farmaci rivelano che il 43.71 % dei maschi e il 30.1 % delle femmine dichiara di non aver preso farmaci nell'ultimo mese mentre percentuali maggiori (56.30% dei maschi e 69.9% delle femmine) hanno avuto una sintomatologia tale da richiedere l'uso di uno o più farmaci nell'ultimo mese.

Confrontando questi dati con quelli della tabella 7.4, si può osservare che i quindicenni che hanno dichiarato di presentare un sintomo somatico (66.56%) almeno una volta a settimana è simile alla percentuale di coloro che hanno assunto uno o più farmaci nell'ultimo mese. Il dato conferma che né la sintomatologia né il trattamento farmacologico siano determinanti nel giudizio espresso sulla percezione della propria salute e del benessere.

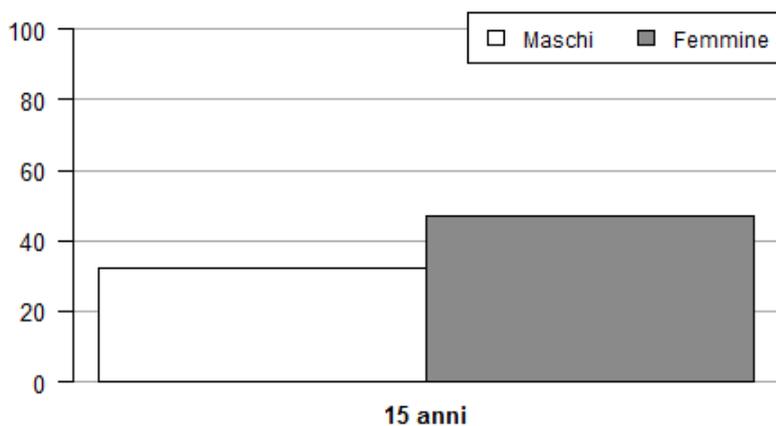
**Tabella 7.6: “Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci?”, per genere**

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	43.71 (191)	30.10 (124)	37.10 (315)
Sì, 1 farmaco	31.81 (139)	39.08 (161)	35.34 (300)
Sì, >1 farmaco	24.49 (107)	30.83 (127)	27.56 (234)
<b>Totale</b>	<b>100</b> (437)	<b>100</b> (412)	<b>100</b> (849)

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



**Figura 7.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta medicine e farmaci per 'mal di testa', per età e genere (DOMANDA PER 15 ANNI)**



## 7.6 Conclusioni

Lo stato di salute della popolazione rispecchia quella nazionale e di altri studi regionali. La percezione dello stato di salute non coincide con la presenza di una sintomatologia fisica-psichica in special modo per le prime due classi di età; la presenza di una sintomatologia fisica-psichica non si associa ad un giudizio negativo sul proprio stato di salute. Nella valutazione del proprio stato di salute esistono altri fattori che influiscono nel dare un giudizio negativo o positivo; la valutazione generale della salute viene influenzata, infatti, anche dalle risorse possedute per fare fronte alle situazioni sintomatiche. Le ragazze lamentano un maggior numero di sintomi rispetto ai coetanei maschi, differenza che tende ad accentuarsi con l'età. Dai dati esposti emerge chiaramente che la disuguaglianza relativa al genere aumenta con l'età (aumenta il rischio di una bassa salute soggettiva nelle ragazze). Le ipotesi che vengono avanzate sono, come abbiamo già accennato, molteplici:

- la differenza attribuibile alla maturazione biologica e all'avvio della pubertà (sembra ad esempio che siano soprattutto le ragazze che hanno avuto un ciclo mestruale precoce a manifestare livelli di salute soggettiva più bassa);

- la maggiore pressione sulle ragazze in aree quali l'immagine corporea e le relazioni sociali ;
- la socializzazione insegna alle ragazze ad essere più attente e sensibili al loro stato fisico e psicologico o emotivo e ad avere una più bassa soglia nell'individuare e riportare sintomi.

Dall'altro lato "i ragazzi non piangono" può essere effettivamente un imperativo culturale che ancora agisce nel contenere la percezione, l'ammissione e la dichiarazione di malessere –fisico o emotivo- da parte dei ragazzi. Dunque le diseguaglianze nella salute riportate possono dipendere anche da una relativa sottostima, da parte dei ragazzi, dei propri problemi di salute. (Report regione Toscana 2005-2006).

## Bibliografia capitolo 7

- Bergamaschi A. Di Marco M. Gentilini F. Monti C. Savelli G.: Stili di vita e percezione del proprio stato di salute: indagine tra studenti della provincia di Ravenna Bollettino sulle dipendenze XXXII n.2/2009
- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., Zambon A., Borraccino A., Raven-Sieberer U., Torsheim T., Lemma P. and the HBSC Positive Health Group (2006), Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research*, 15: 1577-1585.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2005), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Cavallo F., Lemma P. (a cura di) (2009), *Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "sane e malsane" abitudini. II Indagine regionale sui comportamenti di salute tra gli 11 e i 15 anni*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Dalmasso P., Zambon A.: Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: "Sane e malsane" abitudini Edizioni Minerva Medica – Torino 2005: 85-94
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Lazzari G. Casorelli A. Grasso A. Pilato V. Giacchi M.: 2° Rapporto sui dati toscani dello studio HBSC 2005-2006: 111-126.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. Journal of Adolescent Research, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneve, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.
- Zambon A., Dalmasso P., Borraccino A., Lemma P., Cavallo F.: Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2006 :103-112 .

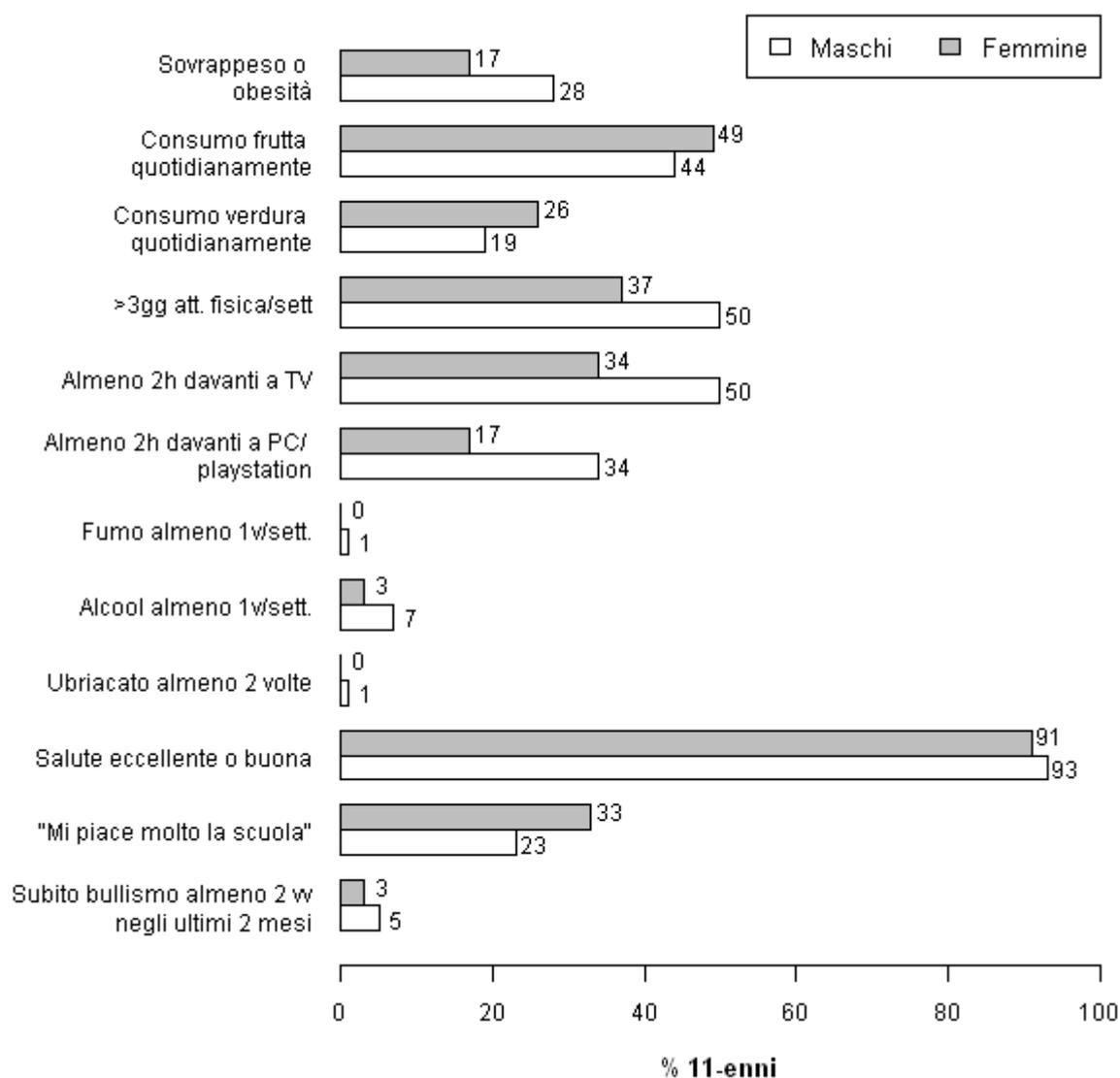


## Alcuni indicatori riassuntivi

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

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

### Undicenni – Lazio



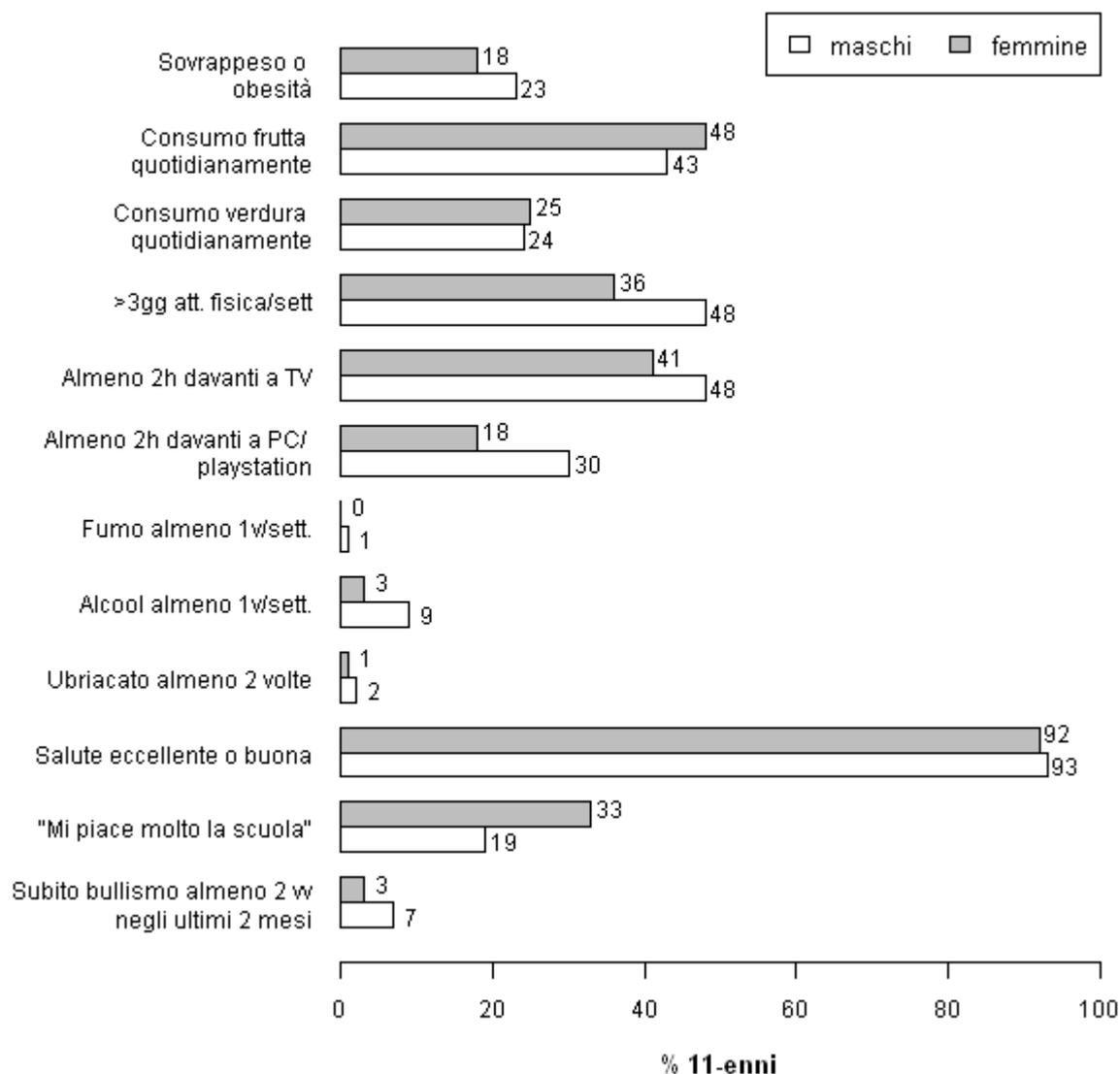
Negli undicenni della Regione Lazio, il sovrappeso e l'obesità interessano più frequentemente i maschi, che, rispetto alla controparte femminile, tendono anche a consumare quotidianamente meno frutta e verdura e ad avere comportamenti più sedentari (i.e. frequenza dell'uso di televisione e computer per almeno due ore al giorno). Complessivamente, gran parte degli undicenni non

consuma le porzioni giornaliere di frutta e verdura raccomandate dalle linee guida per una sana alimentazione. Anche la quantità dell'attività fisica praticata settimanalmente è inferiore agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali; il fenomeno è più evidente per le femmine, che dedicano meno tempo all'attività fisica rispetto ai coetanei maschi.

Relativamente all'abitudine al fumo, pressoché la totalità degli undicenni intervistati ha dichiarato di non fumare, viceversa per quanto riguarda l'assunzione di alcolici, soprattutto i maschi, iniziano già a consumarli fino al 7% almeno una volta a settimana e l'1% degli undicenni maschi ha dichiarato di essersi ubriacato almeno due volte.

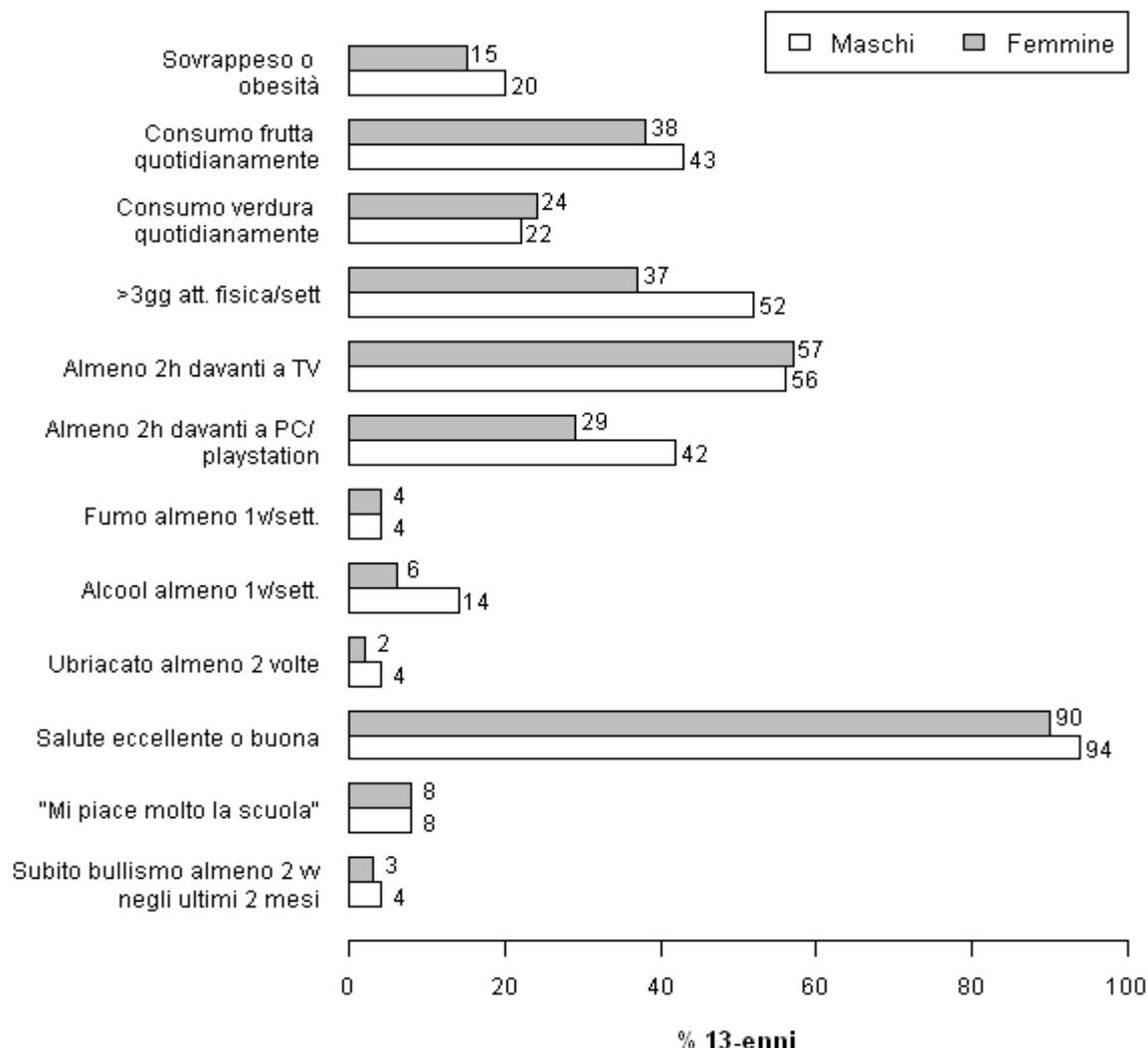
Oltre il 90% degli undicenni valuta il proprio stato di salute da buono ad eccellente. La percentuale di undicenni che dichiara di gradire molto la scuola, è più elevata nel sesso femminile; un ulteriore aspetto da sottolineare è come all'interno delle scuole medie siano diffusi, sebbene in percentuali modeste, atti di bullismo soprattutto tra i maschi.

## Undicenni – Italia



- La prevalenza di sovrappeso ed obesità è sensibilmente più elevata nei maschi e, sempre nei maschi, il consumo quotidiano di verdura è notevolmente inferiore.
- L'attività fisica praticata per più di tre giorni a settimana è lievemente superiore nei maschi, pur tuttavia, negli stessi, anche la frequenza di comportamenti sedentari è più elevata. Nelle femmine, invece, l'abitudine a guardare la televisione per almeno 2 ore è sensibilmente inferiore.
- L'abitudine al consumo di alcool e la frequenza di ubriacature è lievemente inferiore nei maschi.
- Aumenta sensibilmente la frequenza di coloro che dichiarano di gradire molto la scuola nei maschi ed è minore, sempre nei soggetti di sesso maschile, la frequenza degli episodi di bullismo.
- I dati sono sovrapponibili in entrambi i sessi, per quanto riguarda consumo quotidiano di frutta, abitudine al fumo e percezione dello stato di salute ubriacature e nelle femmine per quanto attiene consumo di verdura giornaliero, attività fisica, uso del computer, gradimento della scuole ed atti di bullismo.

## Tredicenni – Lazio



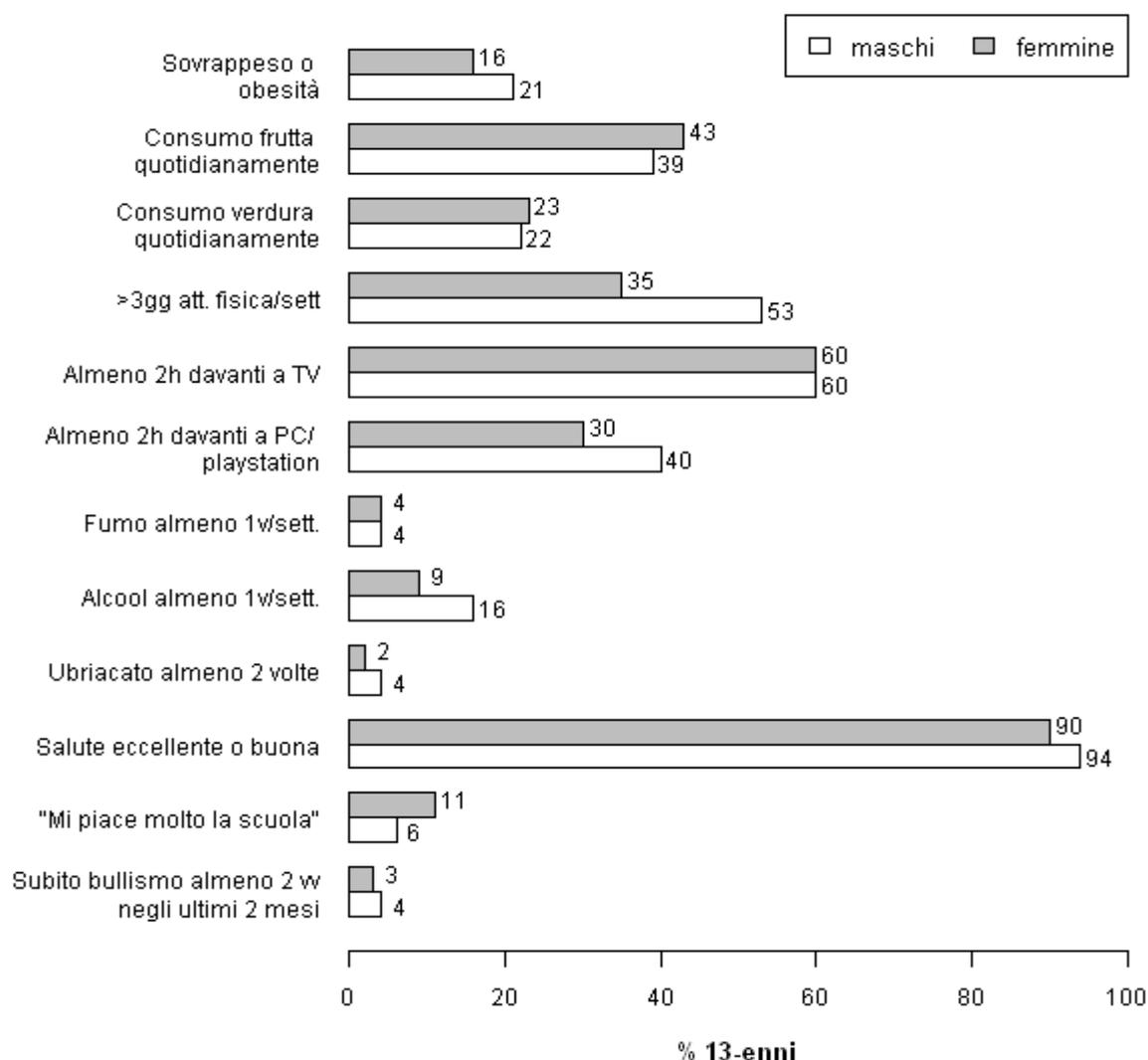
Anche nel caso dei tredicenni, nella Regione Lazio il sovrappeso e l'obesità interessano più frequentemente i maschi; viceversa, il consumo quotidiano di frutta è superiore rispetto alla controparte femminile, mentre quello di verdura è pressoché sovrapponibile in entrambi i sessi. Come già riferito per gli undicenni, emerge anche per i tredicenni una criticità relativa allo scarso consumo giornaliero di frutta e verdura.

Ancor più che negli undicenni, complessivamente elevata è la frequenza di comportamenti sedentari (i.e. frequenza dell'uso di televisione e computer per almeno due ore al giorno), sovrapponibile in entrambi i sessi per quanto riguarda la televisione e sensibilmente più elevata nei maschi, rispetto al genere femminile, per l'utilizzo del computer. Analogamente a quanto già riferito per gli undicenni, la quantità dell'attività fisica praticata settimanalmente è inferiore agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali e sono soprattutto le femmine che praticano meno attività fisica, rispetto ai coetanei maschi.

La percentuale di adolescenti che dichiara di fumare almeno una volta a settimana arriva al 4% nei tredicenni di entrambi i sessi; la frequenza di assunzione di alcolici almeno una volta a settimana raddoppia rispetto agli undicenni, raggiungendo il 6% nelle femmine ed il 14% nei maschi. Lo stesso fenomeno si evidenzia nei tredicenni che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno due volte: 2% nelle femmine e 4% nei maschi, frequenza doppia rispetto agli undicenni.

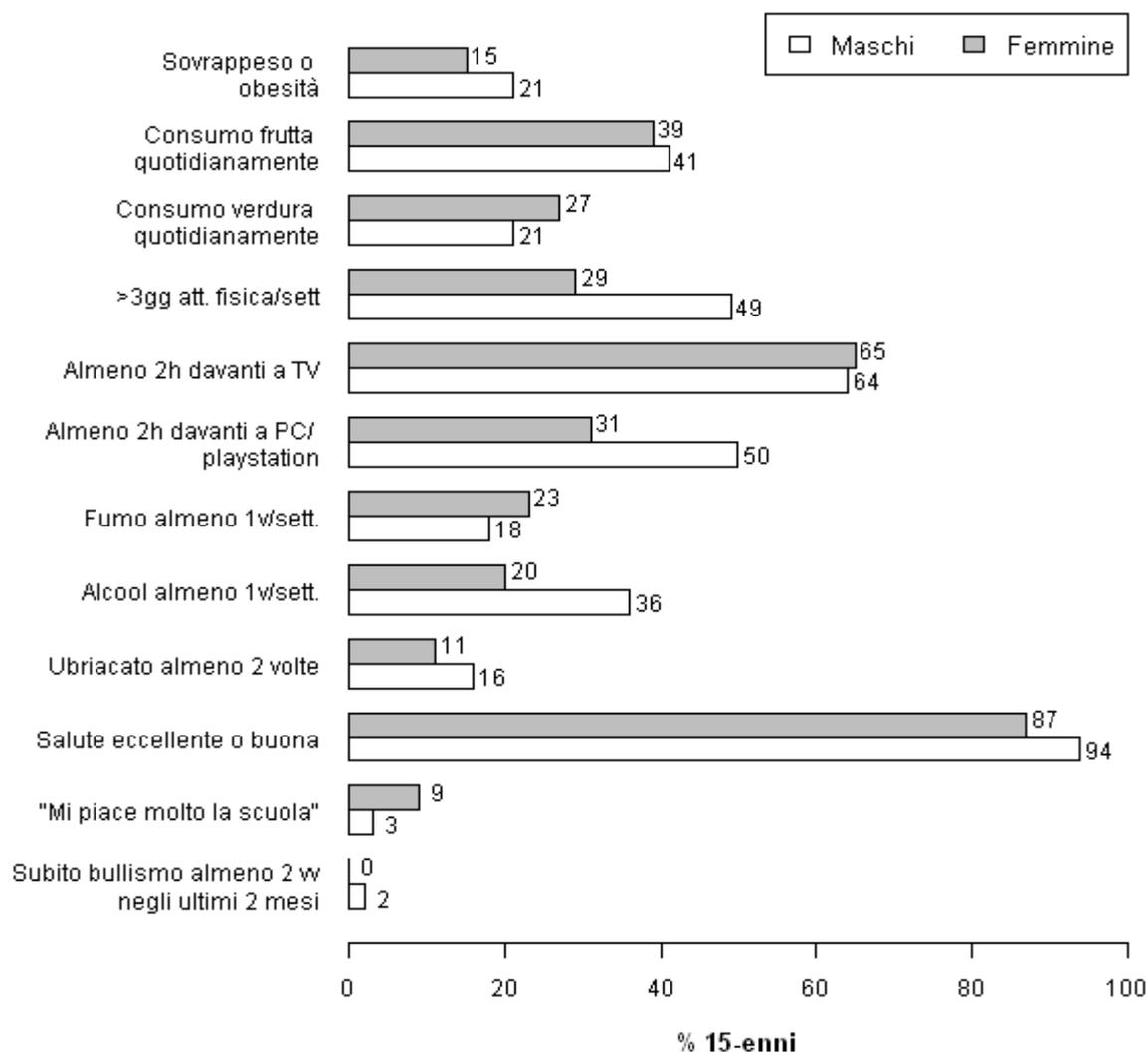
Oltre il 90% dei tredicenni valuta il proprio stato di salute da buono ad eccellente. La percentuale dei tredicenni che dichiara di gradire molto la scuola, scende sensibilmente rispetto agli undicenni ed è sovrapponibile in entrambi i sessi; per quanto riguarda gli atti di bullismo, le frequenze riscontrate sono simili agli undicenni, tendono tuttavia ad attenuarsi le differenze tra i generi.

### Tredicenni – Italia



- Il consumo giornaliero di frutta è sensibilmente inferiore nelle femmine, mentre nei maschi si osserva un comportamento più virtuoso, in quanto la frequenza di consumatori è più elevata.
- L'attività fisica praticata per più di tre giorni a settimana è lievemente superiore nelle femmine; per quanto riguarda i comportamenti sedentari, l'abitudine a guardare la televisione per almeno 2 ore è sensibilmente inferiore, sia nei maschi che nelle femmine, mentre la frequenza di utilizzo del computer è lievemente superiore, soprattutto nei maschi.
- L'abitudine al consumo di alcool è sensibilmente inferiore in entrambi i sessi
- Diminuisce sensibilmente la frequenza di coloro che dichiarano di gradire molto la scuola nelle femmine, mentre un comportamento inverso, nel senso di un lieve aumento, si osserva nella controparte maschile.
- I dati sono sovrapponibili per quanto riguarda sovrappeso ed obesità, consumo quotidiano di verdura, abitudine al fumo, ubriacature, percezione dello stato di salute ed atti di bullismo

## Quindicenni – Lazio



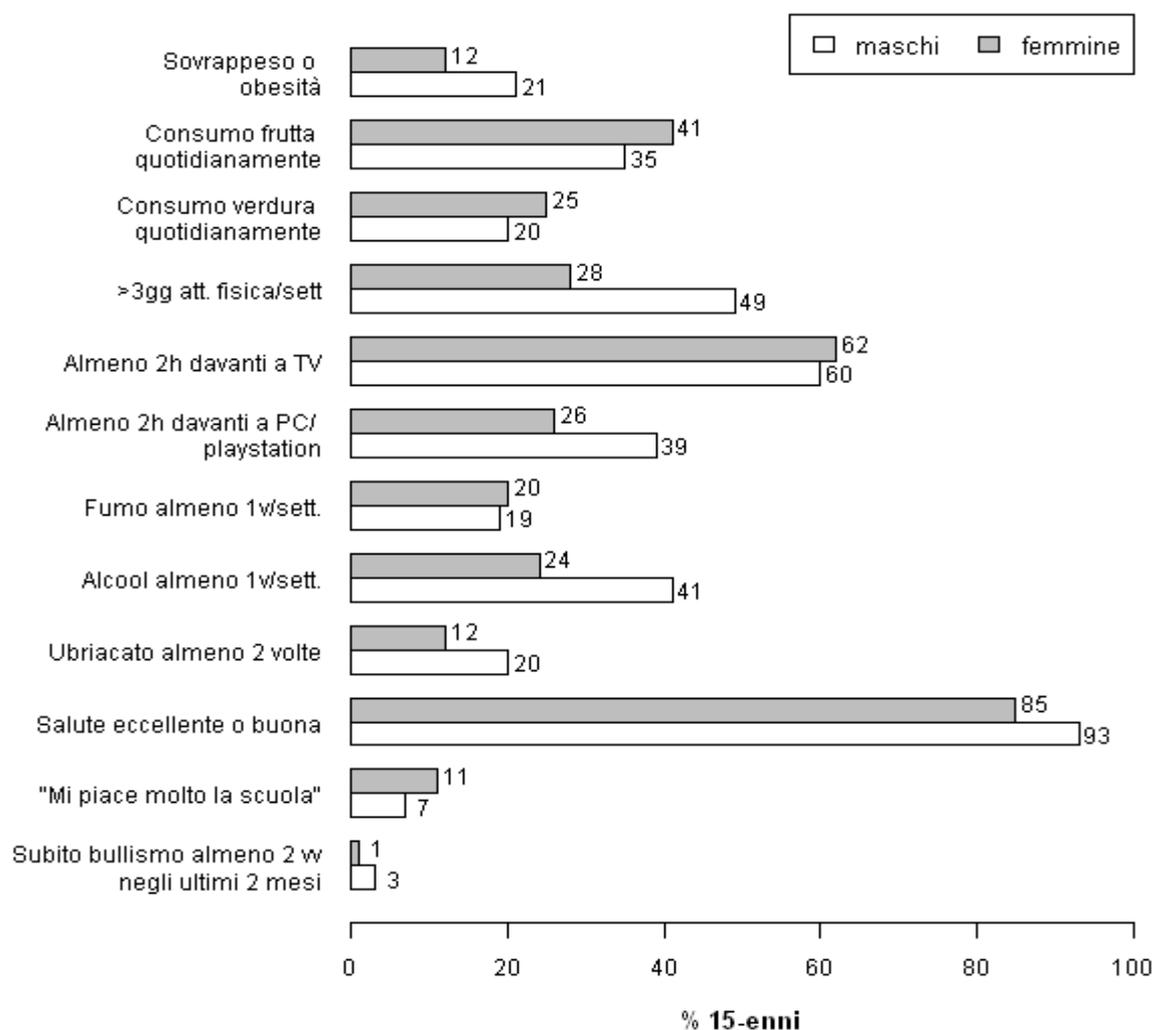
Analogamente a quanto già riferito per le altre fasce di età, nella Regione Lazio, il sovrappeso e l'obesità interessano più frequentemente i quindicenni maschi con valori di prevalenza sostanzialmente sovrapponibili rispetto ai tredicenni. Relativamente al consumo giornaliero di frutta e verdura, si ribadisce la presenza di un consumo non conforme con quanto indicato dalle linee guida per una sana alimentazione in una considerevole percentuale di quindicenni; in questa fascia di età, il consumo quotidiano di frutta è leggermente superiore nei maschi, rispetto alla controparte femminile, viceversa, quello di verdura è più elevato nelle femmine, rispetto al genere maschile.

Rispetto alle altre fasce di età, soprattutto nei quindicenni ancora più frequenti sono i comportamenti sedentari (i.e. frequenza dell'uso di televisione e computer per almeno due ore al giorno), sovrapponibili in entrambi i sessi per quanto riguarda la televisione e sensibilmente più elevati nei maschi, rispetto al genere femminile, per l'utilizzo del computer. Anche nei quindicenni, la quantità dell'attività fisica praticata settimanalmente è inferiore agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali e sono soprattutto le femmine che praticano meno attività fisica, rispetto ai coetanei maschi.

La percentuale di adolescenti che dichiara di fumare almeno una volta a settimana arriva al 23% nei quindicenni di sesso femminile; la frequenza di assunzione di alcolici almeno una volta a settimana triplica rispetto ai tredicenni, raggiungendo il 20% nelle femmine ed il 36% nei maschi. Aumenta nei quindicenni anche la frequenza di coloro che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno due volte: 11% nelle femmine e 16% nei maschi, frequenza almeno quattro volte maggiore rispetto ai tredicenni.

Circa il 90% dei quindicenni, soprattutto maschi, valuta il proprio stato di salute da buono ad eccellente. La percentuale dei quindicenni che dichiara di gradire molto la scuola, diminuisce sensibilmente nei maschi e si evidenzia anche una sostanziale riduzione della frequenza di atti di bullismo.

### Quindicenni – Italia



- La prevalenza di sovrappeso ed obesità è più elevata nelle femmine.
- Il consumo giornaliero di frutta è lievemente inferiore nelle femmine, viceversa, sempre nel sesso femminile, il consumo di verdura è lievemente superiore. Nei maschi si osserva un comportamento più virtuoso, in quanto la frequenza di consumatori di frutta e verdura è più elevata rispetto alla media nazionale.

- Le frequenze dell'uso di televisione e computer per almeno due ore al giorno sono sensibilmente più elevate in entrambi i sessi.
- L'abitudine al fumo è più frequente nelle femmine mentre è lievemente inferiore nei maschi.
- L'abitudine al consumo di alcool è sensibilmente inferiore in entrambi i sessi.
- La frequenza di coloro che dichiarano di essersi ubriacati almeno 2 volte è inferiore, soprattutto nel genere maschile.
- Diminuisce sensibilmente la frequenza di coloro che dichiarano di gradire molto la scuola, soprattutto nei maschi.
- Diminuisce la frequenza di atti di bullismo, che non sono dichiarati nel sesso femminile.
- I dati sono sovrapponibili alla media nazionale per quanto riguarda sovrappeso ed obesità nei maschi ed attività fisica praticata per più di tre giorni a settimana.