

Stili di vita e salute dei giovani in età scolare



Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 -2010 **REGIONE MARCHE**

Informazioni sull'editore ISBN...

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).

IL GRUPPO DI RICERCA

Coordinamento Nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino

Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

Prof. Franco Cavallo (*Principal Investigator*)

Prof.ssa Patrizia Lemma

Dott. Alberto Borraccino

Dott.ssa Paola Dalmasso

Dott. Alessio Zambon

Dott.ssa Lorena Charrier

Dott.ssa Sabina Colombini

Dott.ssa Paola Berchialla

Università degli Studi di Siena

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

Prof. Mariano Giacchi

Dott. Giacomo Lazzeri

Dott.ssa Valentina Pilato

Dott.ssa Stefania Rossi

Dott. Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Prof. Massimo Santinello

Dott. Alessio Vieno

Dott.ssa Francesca Chieco

Dott.ssa Michela Lenzi

Coordinamento Scientifico del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni"

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

Dott.ssa Angela Spinelli (*Responsabile Scientifico*)

Dott. Giovanni Baglio

Dott.ssa Anna Lamberti

Dott.ssa Paola Nardone

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Dott.ssa Daniela Galeone

Dott.ssa Maria Teresa Menzano

Dott. Lorenzo Spizzichino

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

Dott.ssa Maria Teresa Silani (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

Dott.ssa Silvana Teti (*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*)

REGIONE Marche

Elisabetta Benedetti Coordinatore del Tavolo Regionale di Guadagnare Salute

Giordano Giostra Referente Regionale HBSC

Rosanna Catozzo Referente Scolastico Regionale

Beatrice Sartini Formatore Regionale HBSC

Simona De Introna Formatore Regionale HBSC

Eufemia Ciarallo collaboratore al Referente Regionale

Fabio Filippetti, Massimiliano Biondi per il commento a “La ricerca e il campione in studio”

Clizia Puglie, Marco Nocchi per il commento “Il Contesto Familiare”

Rosanna Catozzo, Rosanna Passatempo, Rosanna Rossini per il commento “Ambiente scolastico”

Stefano Berti, Daniel Fiacchini, Massimiliano Biondi, Luca Belli, Romina Fani per il commento “Sport e tempo libero”

Giordano Giostra, Simona De Introna, Beatrice Sartini, Eufemia Ciarallo per il commento “Abitudini alimentari”

Stefano Berti per il commento a “Fumo”

Mario De Rosa per il commento ad “Alcol”

Gianni Giuli per il commento a “Cannabis”

Maria Grazia Mercatili per il commento ad “Abitudini Sessuali” e per “Infortuni”

Maria Grazia Mercatili, Clizia Puglie, Gianni Giuli per il commento a “Salute e benessere”

ASUR MARCHE

ZT 1 – Elsa Ravaglia, Manuela Morganti, Maria Luisa Lisi, Mariasole Giamprini

ZT 2 – Patrizia Mattei, Van Will Jaqueline, Giada Pazzaglia, Marco Pompili

ZT 3 – Alessandro Gregori, Angelo Veschi, Barbara Rastelletti

ZT 4 – Maria Grazia Tavoletti, Beatrice Sartini, Elena Bartolucci

ZT 5 – Luana Tantucci, Gabriella Belegni, Renato Zenobi, Paola Costarelli

ZT 6 – Gabriella Colao, Luca Belli, Isabella Romani

ZT 7 – Rosella Sbarbati, Eufemia Ciarallo, Marisa Grifi, Paolo Galeazzi

ZT 8 – Stefano Colletta, Francesca Magnaterra, Carla Patrizietti, Valentina Rebella

ZT 9 – Marcello Baiocco, Maria Teresa Leoni, Lucia Marinelli, Simona De Introna

ZT 10 – Massimiliano Biondi, Carla Marchetti, Sonia Manasse

ZT 11 – Fausto Mannucci, Maria Teresa Lanciotti, Emma Acevedo Duarte

ZT 12 – Luigi Persiani, Romina Fani, Massimo Mariani

ZT 13 – Vincenzo Calvaresi, Paola Puliti, Benedetta Rosetti, Susanna Specca

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.

Indice

Presentazione	7
Premessa	8
Ringraziamenti	9
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	13
1.1 Introduzione.....	13
1.2 Descrizione del campione.....	14
Bibliografia capitolo 1.....	15
Capitolo 2: Il contesto familiare	16
2.1 Introduzione.....	16
2.2 La struttura familiare.....	16
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	18
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	20
2.5 Conclusioni.....	22
Bibliografia capitolo 2.....	22
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	24
3.1 Introduzione.....	24
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola)	24
3.3 Rapporto con gli insegnanti.....	28
3.4 Rapporto con i compagni di classe.....	30
3.5 Rapporto con la scuola.....	35
3.6 Conclusioni.....	36
Bibliografia capitolo 3.....	36
Capitolo 4: Sport e tempo libero	38
4.1 Introduzione.....	38
4.2 Attività fisica.....	38
4.2.1 <i>Frequenza dell'attività fisica</i>	39
4.3 Comportamenti sedentari	41
4.3.1 <i>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione</i>	41
4.4 Rapporti con i pari.....	46
4.5 Conclusioni.....	49
Bibliografia capitolo 4.....	50
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	52
5.1 Introduzione.....	52
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	52
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	53
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	56
5.5 Stato nutrizionale.....	58
5.6 Igiene orale.....	62
5.7 Conclusioni.....	63
Bibliografia capitolo 5.....	64
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	66
6.1 Uso di sostanze.....	66
6.1.1 <i>Il fumo</i>	68
6.1.2 <i>L'alcol</i>	68

6.1.3 Cannabis	71
6.2 Abitudini sessuali	72
6.3 Infortuni.....	74
6.4 Conclusioni	75
Bibliografia capitolo 6.....	76
Capitolo 7: Salute e benessere	78
7.1 Introduzione	78
7.2 Percezione della propria salute	78
7.3 La percezione del benessere.....	79
7.4 I sintomi riportati	81
7.5 Utilizzo di farmaci.....	85
7.6 Conclusioni	86
Bibliografia capitolo 7.....	87
Alcuni indicatori riassuntivi	88

Presentazione

Avere a disposizione dati ed elementi aggiornati che ci consentano di comprendere quale sia lo status dei fattori che concorrono variamente a determinare le condizioni di salute e di benessere dei giovani marchigiani, è il fattore determinante per la conoscenza degli indicatori di massima sull'evolversi della nostra società e in particolare dei giovani della nostra regione.

Le informazioni raccolte sono fondamentali per far sì che lo stesso Sistema Sanitario Regionale possa orientare, in modo sempre più attento e mirato interventi di politica sanitaria azioni di Educazione e Promozione della Salute che abbiano quale obiettivo principale lo sviluppo di competenze e abilità che permettano ai ragazzi di affrontare in modo efficace le esigenze della vita quotidiana, rapportandosi con fiducia a se stessi, agli altri e alla comunità" e per favorire una maturazione armonica.

L'indagine HBSC rientra quindi tra gli interventi condivisi e realizzati in collaborazione con l'Istituzione Scolastica, nell'ambito di una ormai consolidata alleanza tra il mondo della Scuola e della Salute e formalizzato con lo schema di protocollo approvato con DGR 1483/10.

Pertanto la Regione Marche ha aderito con vivo interesse ed entusiasmo all'indagine internazionale HBSC 2010, e che si è potuta realizzare grazie alla collaborazione degli operatori dei Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle Marche e con il contributo tecnico dei professionisti delle diverse discipline inerenti le tematiche indagate che hanno elaborato le valutazioni e le corrette interpretazioni dei dati emersi che si vanno a presentare.

Un ringraziamento particolare va inoltre sia al referente regionale per il programma Guadagnare Salute, dott.ssa Elisabetta Benedetti per aver riunito i Tecnici e gli Esperti delle singole materie trattate e al dr. Giordano Giostra per aver svolto il ruolo di Referente Regionale Sanitario.

Si ringrazia infine la prof.ssa Rosanna Catozzo, referente per l'educazione alla salute presso l'Ufficio Scolastico Regionale poiché soltanto l'alleanza tra il mondo della Scuola e quello della Salute ha consentito lo svolgersi e lo svilupparsi di tutta l'indagine.

Aprile 29/04/2011

*Assessore alla Salute
Almerino Mezzolani*

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

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

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

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

DENOMINAZIONE	Comune
ANCONA NORD "A. VOLTA"	ANCONA
SASSOFERRATO "BARTOLO DA SASS."	SASSOFERRATO
SERRA SAN QUIRICO "GASPARI"	SERRA SAN QUIRICO
ANCONA "PASCOLI"	ANCONA
CAMERANO "PELLICO"	CAMERANO
PINOCCHIO MONTESICURO	ANCONA
ANCONA "MICHELANGELO"	ANCONA
M.MARCIANO "FALCINELLI"-MARINA	MONTEMARCIANO
FALCONARA "FERRARIS"	FALCONARA MARITTIMA
"GENTILE DA FABRIANO"	FABRIANO
JESI "FEDERICO II"	JESI
LORETO " L. LOTTO "	LORETO
SENIGALLIA "MARCHETTI"	SENIGALLIA
RIPE	RIPE
STAFFOLO	STAFFOLO
JESI "CARLO LORENZINI"	JESI
OSIMO "CAIO GIULIO CESARE"	OSIMO
OSIMO "GIACOMO LEOPARDI"	OSIMO
FABRIANO "POLO"	FABRIANO
SENIGALLIA "A.BELARDI"	SENIGALLIA
MONTE SAN VITO "ALIGHIERI"	MONTE SAN VITO
SPINETOLI "GIOVANNI XXIII"	SPINETOLI
MONTALTO M."SACCONI"(I.S.C.)	MONTALTO DELLE MARCHE
VENAROTTA	VENAROTTA
MALTIGNANO	MALTIGNANO
GROTTAMMARE "LEOPARDI G."	GROTTAMMARE
CAMPOFILONE/DANTE ALIGHIERI	CAMPOFILONE
P.TO S.GIORGIO "NARDI"	PORTO SAN GIORGIO
MONTEGRANARO	MONTEGRANARO
MONTEGIORGIO "CESTONI"	MONTEGIORGIO
CENTOBUCHI "ALLEGRETTI"	MONTEPRANDONE
ASCOLI P. SC.M."LUCIANI"	ASCOLI PICENO
FERMO SC.M."FRACASSETTI/BETTI"	FERMO
S.M.S."CAPPELLA/CURZI"	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
SMS"SACCONI/MANZONI"	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
P.S.ELPIDIO SC.M."GALILEI/MARC"	PORTO SANT'ELPIDIO
"M.D'AZEGLIO"	ASCOLI PICENO
"M.D'AZEGLIO"	ASCOLI PICENO
SMS "A.BACCI"	SANT'ELPIDIO A MARE

S.Media DON BOSCO
 GIACOMO LEOPARDI
 G.BOCCATI
 ENRICO MESTICA
 RAFFAELLO SANZIO (P.TO POTENZA)
 G.LUCATELLI
 VIA SETIFICIO
 LUIGI CANALE
 G.CINGOLANI
 PADRE MATTEO RICCI
 "M.L. PATRIZI" RECANATI
 LUIGI PIRANDELLO
 LUIGI PIRANDELLO
 "L.CARNEVALI"
 MONTEFELCINO "A.BUCCI"
 NOVAFELTRIA "A. BATTELLI"
 FERMIGNANO "DONATO BRAMANTE"
 PESARO "A. OLIVIERI"
 CARTOCETO "MARCO POLO"
 SCUOLA MEDIA "D.ALIGHIERI"
 PESARO "A. MANZONI"
 PESARO "GALILEO GALILEI"
 FANO "G. PADALINO"
 CONSORZIATA "GIACOMO LEOPARDI"
 MAROTTA "FAA' DI BRUNO"
 CAGLI "F. MICHELINI TOCCI"
 FANO"GANDIGLIO"
 TAVULLIA - PIAN DEL BRUSCOLO
 TAVULLIA "GIOVANNI PASCOLI"
 "DON MAURO COSTANTINI"

MACERATA
 SARNANO
 CAMERINO
 CINGOLI
 POTENZA PICENA
 TOLENTINO
 URBISAGLIA
 MORROVALLE
 MONTECASSIANO
 MONTECOSARO
 RECANATI
 CIVITANOVA MARCHE
 CIVITANOVA MARCHE
 SANT'ANGELO IN VADO
 MONTEFELCINO
 NOVAFELTRIA
 FERMIGNANO
 PESARO
 CARTOCETO
 PESARO
 PESARO
 PESARO
 PESARO
 FANO
 ORCIANO DI PESARO
 FANO
 CAGLI
 FANO
 TAVULLIA
 TAVULLIA
 SERRA SAN QUIRICO

Tipo.Istituto	DENOMINAZIONE	Comune
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	DONATELLO SERRANI	FALCONARA MARITTIMA
ISTITUTO TECNICO PER ATTIVITA' SOCIALI	ANGELINI	ANCONA
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	I.P.S.I.A. FABRIANO	FABRIANO
IST PROF PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE	ALBERGHIERO	LORETO
IST TEC COMMERCIALE E PER GEOMETRI	F. CORRIDONI	OSIMO
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	CASTELFIDARDO "ANTONIO MEUCCI"	CASTELFIDARDO
LICEO CLASSICO	CARLO RINALDINI	ANCONA
LICEO CLASSICO	FRANCESCO STELLUTI	FABRIANO
LICEO CLASSICO	VITTORIO EMANUELE II	JESI
LICEO SCIENTIFICO	E. MEDI	SENIGALLIA
LICEO SCIENTIFICO	LUIGI DI SAVOIA	ANCONA
LICEO SCIENTIFICO	G. GALILEI	ANCONA
LICEO SCIENTIFICO	LS LEONARDO DA VINCI	JESI
IST PROF PER I SERVIZI	"F.PODESTI"	ANCONA

COMMERCIALI E TURISTICI IST PROF PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE	A. PANZINI	SENIGALLIA
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	"BETTINO PADOVANO"	SENIGALLIA
IST TEC COMMERCIALE E PER GEOMETRI	CORINALDESI	SENIGALLIA
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	G. BENINCASA	ANCONA
IST TEC COMMERCIALE E PER GEOMETRI	A.MOREA	FABRIANO
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	V.VOLTERRA	ANCONA
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	V.VOLTERRA	ANCONA
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	SEN. ARISTIDE MERLONI	FABRIANO
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	I.T.C. MONTEGIORGIO	MONTEGIORGIO PORTO
LICEO SCIENTIFICO	LICEO SCIENTIFICO P.S.ELPIDIO LICEO CLASSICO	SANT'ELPIDIO SAN BENEDETTO DEL TRONTO
LICEO CLASSICO IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	"LEOPARDI" S.BENEDETTO TR.	
ISTITUTO TECNICO PER GEOMETRI	I.P.S.I.A."SACCONI" ASCOLI PICENO	ASCOLI PICENO
ISTITUTO TECNICO AGRARIO	I.T.G. "P.FAZZINI" GROTTAMMARE	GROTTAMMARE
LICEO CLASSICO	IST.TEC.AGRARIO "ULPIANI" ASCOLI PICENO	ASCOLI PICENO
LICEO CLASSICO	LIC. CL. "A.CARO" FERMO	FERMO
LICEO SCIENTIFICO	LIC. CL. "F.STABILI" ASCOLI PICENO LS LICEO SCIENTIFICO STAT. "A.ORSINI"	ASCOLI PICENO
LICEO SCIENTIFICO	LS B.ROSETTI	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
LICEO SCIENTIFICO	LIC.SC. "T.C.ONESTI" FERMO	FERMO
LICEO SCIENTIFICO	LIC.SC. "T.C.ONESTI" FERMO	FERMO
IST PROF PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE	I.P.S.S.A.R. "F. BUSCEMI" S.BENEDETTO TR	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	I.P.S.I.A. SAN BENEDETTO TR.	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	I.P.S.I.A. SAN BENEDETTO TR.	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
IST TEC COMMERCIALE E PER GEOMETRI	I.T.C.G."UMBERTO I" ASCOLI PICENO	ASCOLI PICENO
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	I.T.C."CAPRIOTTI" S.BENEDETTO TR.	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
IST TEC COMMERCIALE E PER GEOMETRI	I.T.C.G.T. "CARDUCCI/GALILEI" FERMO	FERMO
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	I.T.I. "G. E M. MONTANI" FERMO	FERMO
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	I.T.I."E.FERMI" ASCOLI PICENO	ASCOLI PICENO
LICEO CLASSICO	"GIULIO CESARE DA VARANO"	CAMERINO
LICEO SCIENTIFICO	"LEONARDO DA VINCI"	CIVITANOVA
LICEO SCIENTIFICO	LEONARDO DA VINCI	MARCHE
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE	ENRICO MATTEI	TOLENTINO
ISTITUTO TECNICO PER GEOMETRI	"BRAMANTE"	RECANATI
LICEO CLASSICO	GIACOMO LEOPARDI	MACERATA
LICEO CLASSICO	"GIACOMO LEOPARDI" RECANATI	CINGOLI RECANATI

LICEO CLASSICO	"GIACOMO LEOPARDI" RECANATI	RECANATI
LICEO SCIENTIFICO	"G. GALILEI" MACERATA	MACERATA
IST PROF PER I SERVIZI COMMERCIALI E TURISTICI	"V. BONIFAZI"	RECANATI
IST PROF PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE	"G. VARNELLI" CINGOLI	CINGOLI
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	"E. ROSA" "CANTALAMESSA"	SAN GINESIO MACERATA
ISTITUTO D'ARTE ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	"A. GENTILI" MACERATA	MACERATA
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	G. ANTINORI	MATELICA
ISTITUTO TECNICO PER ATTIVITA' SOCIALI	"MATTEO RICCI" SASSOCORVARO POLO L. SCIEN. "MONTEFELTRO"	MACERATA SASSOCORVARO
LICEO SCIENTIFICO IST PROF PER I SERVIZI ALBERGHIERI E RISTORAZIONE	PESARO POLO N.1 I.P.SER. ALBERG. "S. MARTA" I.P.I.A. "VOLTA" S. LORENZO IN CAMPO	PESARO SAN LORENZO IN CAMPO
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	FOSSOMBRONE POLO I.T.C. "L. DONATI"	FOSSOMBRONE
ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	NOVAFELTRIA POLO I.P.I.A. "G. BENELLI"	NOVAFELTRIA
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	FANO POLO SCOLASTICO 1 "GUIDO NOLFI" "CECCHI"	FANO PESARO
LICEO CLASSICO ISTITUTO TECNICO AGRARIO	LC RAFFAELLO	URBINO
LICEO CLASSICO LICEO CLASSICO	PESARO "MAMIANI" L. CLASSICO FANO POLO SCOL.2 SEDE STAC. DI PERGOLA	PESARO PERGOLA
LICEO SCIENTIFICO LICEO SCIENTIFICO LICEO SCIENTIFICO	PESARO "G. MARCONI" L. SCIENTIFICO LS "LAURANA" POLO S.1	PESARO URBINO
IST PROF INDUSTRIA E ARTIGIANATO	PESARO IPSIA "BENELLI"	PESARO
ISTITUTO D'ARTE ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE	URBINO IST. ARTE	URBINO
ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE ISTITUTO TECNICO PER GEOMETRI	FANO ITC "BATTISTI" URBINO ITIS "E. MATTEI"	FANO URBINO
IPSIA	ITG G. GENGA IPSIA "VOLTA"	PESARO FANO

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 piemontese, 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 nelle Marche, 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

In questa sezione sono presentate le principali caratteristiche del campione regionale esaminato. Complessivamente, sono state selezionate 212 classi. La rispondenza (numero di classi che hanno restituito il questionario sul totale delle classi campionate) è risultata elevata (97%) ed ha raggiunto il 100% per le classi secondarie superiori (Tabella 1.1). In Tabella 1.2 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 3467 ragazzi analizzato nel presente rapporto. I maschi risultano essere 1810 (52%), con un rapporto maschi/femmine che si mantiene pressoché costante con l'età anche nelle altre due fasce di età considerate .

Il 95% dei ragazzi risulta nato in Italia (Tabella 1.3) con apprezzabili differenze per età: i nati all'estero risultano infatti più frequenti tra i tredicenni (7%) rispetto agli undicenni (4%) ed ai quindicenni (5%).

Tabella 1.1: Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale rispondenza	di
Classe prima media	66	63	95.45	
Classe terza media	71	67	94.37	
Classe seconda superiore	75	75	100	
Totale	212	205	96.7	

Tabella 1.2: Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	33.31 (603)	33.19 (550)	33.26 (1153)
13 anni	33.26 (602)	33.55 (556)	33.40 (1158)
15 anni	33.43 (605)	33.25 (551)	33.34 (1156)
Totale	100 (1810)	100 (1657)	100 (3467)

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Nato in Italia	95.73 (1098)	93.24 (1076)	94.87 (1091)
Nato all'estero	4.27 (49)	6.76 (78)	5.13 (59)
Totale	100 (1147)	100 (1154)	100 (1150)

La distribuzione per sesso e classi di età del campione selezionato risulta sovrapponibile a quella della popolazione di riferimento dell'anagrafe regionale, indice di una buona rappresentatività del campione selezionato

Bibliografia capitolo 1

- HBSC (2001). *Research Protocol for the 2001-2002 Survey*. Available at www.hbsc.org.
- HBSC-Italia (2004). *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.

Lecture di approfondimento

- Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.
- Green L.W., Kreuter M.W.(1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield: Mountain view.
- King A., Wold B., Smith C.T. 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 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.

La tabella 2.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari

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

Tipo di famiglia	% (N)
Madre e padre, no altri adulti	64.19 (2146)
Madre e padre, più uno o due nonni	19.47 (651)
Solo madre (con o senza nonni)	10.17 (340)
Solo padre (con o senza nonni)	1.97 (66)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.63 (88)
Solo nonni (uno o due)	0.51 (17)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	1.05 (35)
Totale	100 (3343)

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	% (N)
Figli unici	23.02 (588)
1 fratello o sorella	51.02 (1303)
2 o più fratelli o sorelle	25.96 (663)
Totale	100 (2554)

Nella Regione Marche persiste la tipologia familiare tradizionale (84%) ovvero che vede la presenza dei genitori naturali e, in due famiglie su dieci circa vi è anche quella dei nonni (19%).

I nuclei monoparentali, che rappresentano il 12% del campione, sono formati prevalentemente dal figlio e la madre (10%). Il 77% degli intervistati ha uno o più fratelli e sorelle.

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	26.38 (297)	14.07 (161)	10.80 (124)
Facile	44.94 (506)	38.81 (444)	38.59 (443)
Difficile	19.80 (223)	31.38 (359)	33.62 (386)
Molto difficile	6.57 (74)	12.85 (147)	13.68 (157)
Non ho questa persona	2.31 (26)	2.88 (33)	3.31 (38)
Totale	100 (1126)	100 (1144)	100 (1148)

La facilità nel comunicare con la figura paterna decresce con l'età, infatti la più alta percentuale si ritrova negli undicenni (71%), il 53% nei tredicenni ed il 49% nei quindicenni. Da notare che il 47% dei quindicenni ed il 44% dei tredicenni trova difficile o molto difficile mettersi in rapporto in maniera significativa con questa figura genitoriale.

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	49.64 (556)	32.24 (365)	25.11 (286)
Facile	37.77 (423)	44.08 (499)	44.95 (512)
Difficile	8.93 (100)	16.52 (187)	22.04 (251)
Molto difficile	1.96 (22)	5.65 (64)	6.41 (73)
Non ho questa persona	1.70 (19)	1.50 (17)	1.49 (17)
Totale	100 (1120)	100 (1132)	100 (1139)

Il dialogo con la figura materna segue il trend di quello con il padre, anche con questa figura genitoriale la facilità di comunicazione decresce con l'età (87% degli undicenni, vs. 70% dei quindicenni). Risulta più facile comunque comunicare con la figura materna piuttosto che paterna, infatti verso la madre trova facile o molto facile colloquiare, rispettivamente l'87% degli undicenni, il 76% dei tredicenni ed il 70% dei quindicenni, mentre con il padre, rispetto alle stesse fasce d'età trova facile o molto facile colloquiare il 71%, 53%, 49%.

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

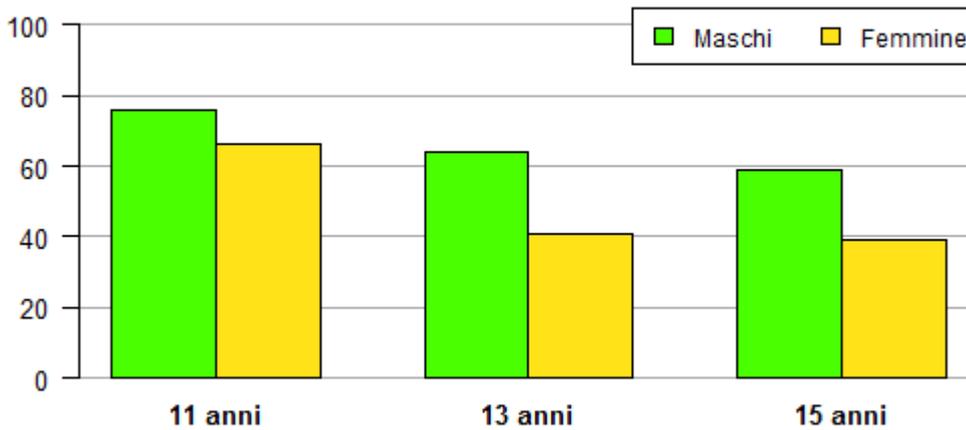
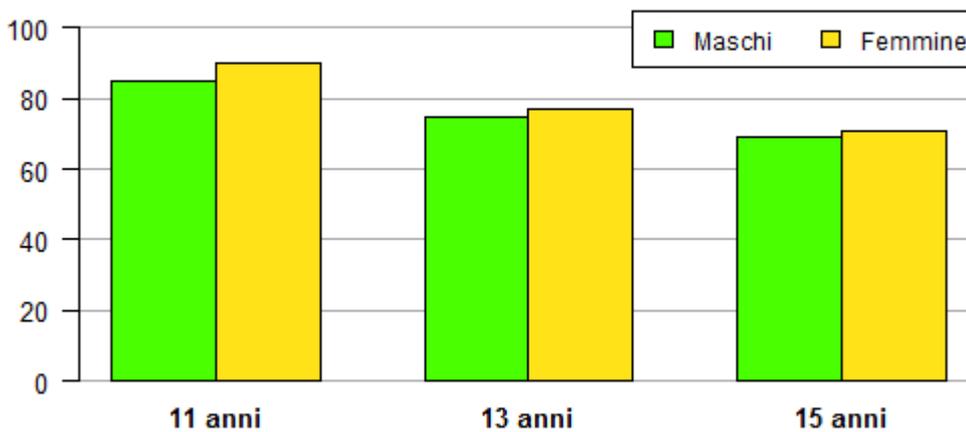


Figura 2.2 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre (per genere ed età)



2.4 Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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	10.84 (370)
Medio	44.34 (1513)
Alto	44.81 (1529)
Totale	100 (3412)

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	3.82 (25)	4.98 (43)	3.91 (40)	2.62 (18)	1.69 (15)	2.32 (24)
Licenza media	28.75 (188)	27.35 (236)	27.05 (277)	23.55 (162)	26.21 (232)	25.60 (265)
Istituto professionale	12.23 (80)	13.79 (119)	14.36 (147)	11.34 (78)	11.30 (100)	11.11 (115)
Maturità	29.05 (190)	33.95 (293)	34.67 (355)	33.58 (231)	38.98 (345)	39.81 (412)
Laurea	26.15 (171)	19.93 (172)	20.02 (205)	28.92 (199)	21.81 (193)	21.16 (219)
Totale	100 (654)	100 (863)	100 (1024)	100 (688)	100 (885)	100 (1035)

Il quadro complessivo è quello di uno status socio-economico medio/alto con un buon livello di educazione dei genitori (diploma o laurea) con una percentuale superiore delle madri che infatti nelle diverse classi di età è pari a: il 62%, degli undicenni, il 61% dei tredicenni e il 61 dei quindicenni,, mentre per i padri il livello di educazione medio-superiore è, rispetto alle stesse fasce d'età, il 55%, 54%, 55% .

2.5 Conclusioni

Il contesto familiare dei ragazzi marchigiani dagli undici ai tredici anni appare sufficientemente positivo. Prevale ancora la tipologia della famiglia tradizionale (genitori con due o più figli e in due casi su dieci vi è anche la presenza dei nonni).

Il livello socio-economico delle famiglie risulta medio/alto ed è caratterizzato da un buon livello di educazione dei genitori.

La comunicazione tra genitori e figli in generale è presente, maggiore con la figura materna rispetto a quella paterna. La comunicazione decresce con l'aumentare dell'età dei ragazzi il che coincide con l'entrata nel mondo adolescenziale. Tale dato può essere letto come una tendenza congruente con le caratteristiche del periodo evolutivo dei ragazzi intervistati tuttavia, viste le percentuali abbastanza elevate è importante evidenziare che, soprattutto verso la figura paterna, il 47% dei quindicenni e il 44% dei tredicenni mostrano serie difficoltà a colloquiare con tale figura.

Questo dato rende probabilmente necessario uno sviluppo di politiche di ascolto e di supporto alle famiglie che tengano in conto tali informazioni.

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., Perche C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). *3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, EURISPES.
- Field T., Diego M., Sanders C. (2002). Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37: 121-130.
- Francescato D. (1994). *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondadori.

- Garnefski N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1175–1181.
- Glaskow K.L., Dornbusch S.M., Troyer L., Steinberg L., Ritter P.L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 68: 507-529.
- Griffin K.W., Botvin G.J., Epstein J.A., Doyle M.M., Diaz T. (2000). Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4):603-606.
- ISTAT (2002). *Cultura socialità e tempo libero. Indagine annuale multiscopo sulle famiglie «Aspetti della vita quotidiana». Anno 2000*. Roma, ISTAT.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie. Anno 1998*, Roma, ISTAT.
- Lanz M., Iafrate R., Rosnati R., Scabini E. (1999 a). Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794.
- Lanz M., Iafrate R., Marta E., Rosnati R. (1999 b). Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychological Reports*, 84: 459-466.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A.E., 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 disabili	Laboratori perspecifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguito	69.40 (93)	81.95 (109)	72.73 (96)	64.93 (87)	61.94 (83)	90.30 (121)	85.82 (115)	63.64 (84)	72.31 (94)
Non adeguato	26.12 (35)	18.05 (24)	27.27 (36)	29.85 (40)	35.07 (47)	9.70 (13)	14.18 (19)	30.30 (40)	25.38 (33)
Risorsa non presente	4.48 (6)	0.00 (0)	0.00 (0)	5.22 (7)	2.99 (4)	0.00 (0)	0.00 (0)	6.06 (8)	2.31 (3)
Totale	100 (134)	100 (133)	100 (132)	100 (134)	100 (134)	100 (134)	100 (134)	100 (132)	100 (130)

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	48.12 (64)	80.45 (107)	45.04 (59)	37.21 (48)
Sì di tanto in tanto	49.62 (66)	18.05 (24)	50.38 (66)	58.91 (76)
No	2.26 (3)	1.50 (2)	4.58 (6)	3.88 (5)
Totale	100 (133)	100 (133)	100 (131)	100 (129)

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

	Mensa scolastica %	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt	Distributori automatici di alimenti
	(N)	(N)	(N)
Sì	29.01 (38)	24.14 (28)	72.22 (91)
No	70.99 (93)	75.86 (88)	27.78 (35)
Totale	100 (131)	100 (116)	100 (126)

Nel complesso le risorse strutturali possono essere considerate buone anche se il dato più negativo (30%) riguarda la presenza di barriere architettoniche per i disabili.

Da evidenziare, inoltre che più di un terzo delle Scuole ha palestre non adeguate (30%) o assenti (5%), anche se né l'attività motoria curriculare, né la promozione dell'attività fisica e dello sport sembrano risentirne.

Da notare l'alta percentuale di scuole che impostano stabilmente azioni per favorire lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere.

Le mense scolastiche e i programmi di distribuzione di alimenti salutarissimi sono minoritari, il che richiede una di concentrare una più specifica azione da intraprendere in questo senso nell'ambito delle attività già in essere di promozione alla salute sul versante nutrizione e della corretta alimentazione.

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

	Prima colazione %	Spuntini di mattina %	di metàMerenda pomeridiana %
	(N)	(N)	(N)
Sì	17.86 (5)	96.43 (27)	14.29 (4)
No	82.14 (23)	3.57 (1)	85.71 (24)
Totale	100 (28)	100 (28)	100 (28)

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

	Bibite zuccherate o gassate % (N)	Succhi di frutta % (N)	Merendine caramelle, snack % (N)	preconfezionate, Yogurt % (N)	Frutta fresca % (N)	Acqua % (N)	Bevande calde % (N)	Altro % (N)
Sì	73.63 (67)	85.71 (78)	75.82 (69)	30.77 (28)	24.18 (22)	94.51 (86)	86.81 (79)	15.38 (14)
No	26.37 (24)	14.29 (13)	24.18 (22)	69.23 (63)	75.82 (69)	5.49 (5)	13.19 (12)	84.62 (77)
Totale	100 (91)	100 (91)	100 (91)	100 (91)	100 (91)	100 (91)	100 (91)	100 (91)

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

	Classi % (N)
Tutte	94.78 (127)
Quasi tutte	5.22 (7)
Circa la metà	0.00 (0)
Poche	0.00 (0)
Totale	100 (134)

I distributori automatici risultano essere ancora quelli tradizionali (bibite , merendine...) anche se significativa , però, è la presenza in essi di yogurt e frutta fresca.

Molto buono il dato (95%) che riguarda l'effettuazione delle 2 ore di attività motoria.

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

	Comune % (N)	Associazione agricoltori/ allevatori % (N)	Istituzioni provinciali % (N)	Associazioni (volontariato, onlus,...) % (N)	Direzione scuola/ insegnanti % (N)	Altro % (N)
Si	11.19 (15)	5.22 (7)	11.19 (15)	15.67 (21)	19.40 (26)	35.07 (47)
No	88.81 (119)	94.78 (127)	88.81 (119)	84.33 (113)	80.60 (108)	64.93 (87)
Totale	100 (134)	100 (134)	100 (134)	100 (134)	100 (134)	100 (134)

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

	Sviluppo politiche regole % (N)	Organizzazione contesto fisico % (N)	eSviluppo misure promozione salute % (N)	diPianificazione allaorganizzazione scolastici % (N)	elInsegnamento in eventiclasse % (N)
Frequentemente	87.97 (117)	36.51 (46)	52.27 (69)	51.52 (68)	44.70 (59)
Raramente	12.03 (16)	48.41 (61)	45.45 (60)	44.70 (59)	50.00 (66)
Mai	0.00 (0)	15.08 (19)	2.27 (3)	3.79 (5)	5.30 (7)
Totale	100 (133)	100 (126)	100 (132)	100 (132)	100 (132)

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

	Tensioni razziali/etniche % (N)	Immondizie per strada % (N)	Spaccio/consumo di sostanze % (N)	Violenze/ vandalismo % (N)	Traffico eccessivo % (N)	Edifici odismessi % (N)	Criminalità % (N)
Problema rilevante	1.54 (2)	0.76 (1)	8.46 (11)	0.75 (1)	11.36 (15)	1.55 (2)	0.77 (1)
Problema moderato/lieve	39.23 (51)	34.85 (46)	63.08 (82)	45.86 (61)	62.88 (83)	28.68 (37)	62.31 (81)
Problema non presente	56.92 (74)	64.39 (85)	19.23 (25)	47.37 (63)	25.76 (34)	64.34 (83)	30.77 (40)
Non so	2.31 (3)	0.00 (0)	9.23 (12)	6.02 (8)	0.00 (0)	5.43 (7)	6.15 (8)
Totale	100 (130)	100 (132)	100 (130)	100 (133)	100 (132)	100 (129)	100 (130)

Il problema maggiormente segnalato (74%) è il traffico eccessivo nell'area della scuola; questo dato dà ragione degli sforzi da mettere in atto per sviluppare una cultura del trasporto più attenta sia alla riduzione dell'inquinamento atmosferico, sia all'incremento del benessere fisico, attraverso una più costante attività motoria.

Molto interessante e da tenere in considerazione il dato riguardante lo spaccio e il consumo di sostanze che viene percepito come problema (rilevante o moderato) dal 72% degli intervistati. Attenzione immediata ed alla sua evoluzione nel tempo deve essere rivolta alla percezione della questione immigrazione : oltre il 40% ritiene essere un problema la presenza di stranieri. Eppure la scuola è un luogo dove si pratica quotidianamente l'integrazione.

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 15 enni) 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 tabella 3.10 sono riportate le risposte relative alla prima affermazione.

Il dato più rilevante e negativo è quel 34% di ragazzi che non esprime un'opinione al riguardo, ciò significando che non viene percepita una relazione significativa in classe.

I maschi quindicenni sembrano avere con gli insegnanti un grado di accordo migliore rispetto alle coetanee (50% vs 46%)

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

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	10.45 (63)	9.09 (50)	9.80 (113)
D'accordo	39.14 (236)	36.73 (202)	37.99 (438)
Né d'accordo né in disaccordo	31.18 (188)	35.82 (197)	33.39 (385)
Non d'accordo	12.27 (74)	14.36 (79)	13.27 (153)
Per niente d'accordo	6.97 (42)	4.00 (22)	5.55 (64)
Totale	100 (603)	100 (550)	100 (1153)

Tabella 3.11: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista”, per genere solo quindicenni

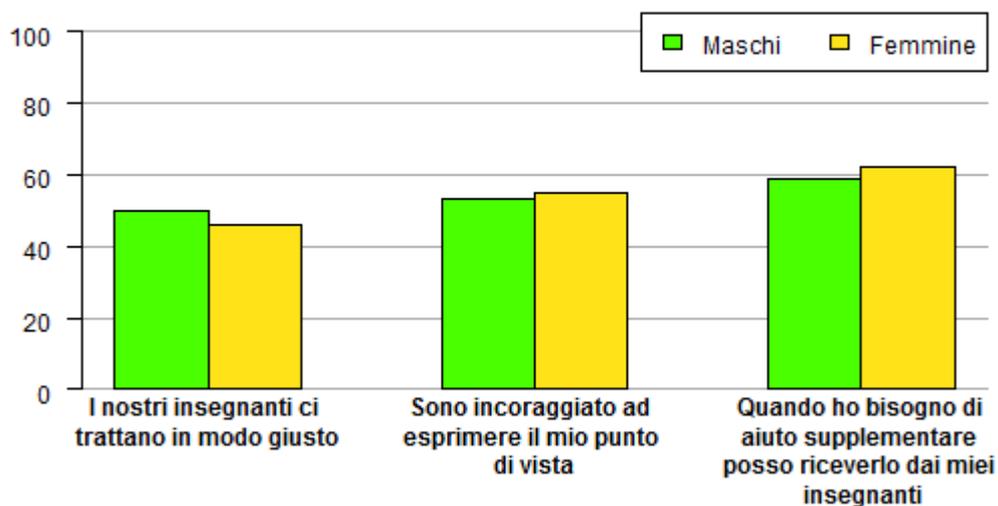
	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	14.45 (87)	12.00 (66)	13.28 (153)
D'accordo	38.37 (231)	42.91 (236)	40.54 (467)
Né d'accordo né in disaccordo	29.40 (177)	31.64 (174)	30.47 (351)
Non d'accordo	10.63 (64)	9.27 (51)	9.98 (115)
Per niente d'accordo	7.14 (43)	4.18 (23)	5.73 (66)
Totale	100 (602)	100 (550)	100 (1152)

Tabella 3.12: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti”, per genere solo quindicenni

	Maschi %	Femmine %	Totale %
	(N)	(N)	(N)
Molto d'accordo	12.65 (76)	11.09 (61)	11.90 (137)
D'accordo	45.92 (276)	50.55 (278)	48.13 (554)
Né d'accordo né in disaccordo	25.46 (153)	28.18 (155)	26.76 (308)
Non d'accordo	9.98 (60)	8.18 (45)	9.12 (105)
Per niente d'accordo	5.99 (36)	2.00 (11)	4.08 (47)
Totale	100 (601)	100 (550)	100 (1151)

In caso di bisogno (tab. 3.12) le ragazze percepiscono maggiormente la disponibilità del corpo insegnante (62% vs 59%).

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



Nel complesso dai dati emerge un buon clima di classe nella percezione degli alunni, anche se la percentuale di studenti che non esprime di fatto un giudizio, positivo o negativo che sia, si attesta intorno al 30%. Si evidenzia comunque una relazione visibile tra la più alta percentuale di risposte positive e l'espressione di una idea personale rispetto alla relazione con i docenti della classe.

3.4 Rapporto con i compagni di classe

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

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

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

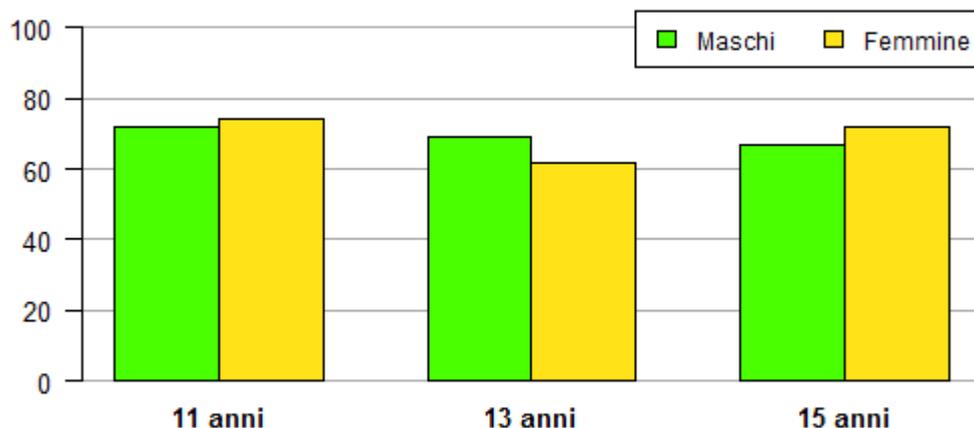
Nelle tabelle 3.13 e 3.14 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	31.94 (366)	20.80 (240)	22.34 (258)
D'accordo	41.10 (471)	44.63 (515)	46.84 (541)
Né d'accordo né in disaccordo	19.55 (224)	23.14 (267)	19.57 (226)
Non d'accordo	5.41 (62)	8.49 (98)	8.40 (97)
Per niente d'accordo	2.01 (23)	2.95 (34)	2.86 (33)
Totale	100 (1146)	100 (1154)	100 (1155)

La maggior parte dei ragazzi in tutte le età considerate percepisce i propri compagni come gentili e disponibili (73%, 65% e 69% rispettivamente per gli 11, i 13 ed i quindicenni), anche se al crescere dell'età si riduce la percezione della disponibilità dei coetanei in particolare per i tredicenni.

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

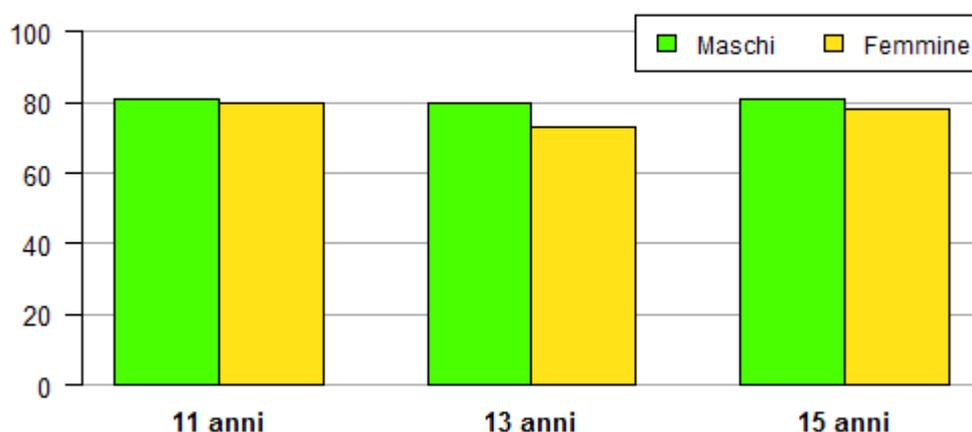


Quando si analizzano le risposte per classi di età suddivise per genere (figura 3.2) si osserva che per i ragazzi questa percezione tende a diminuire con il crescere dell'età, in entrambe i sessi, con un leggero guadagno per le ragazze di 15 anni. Le studentesse delle scuole medie infatti riportano un minor grado di accordo con tale affermazione, anche se la percentuale rimane comunque superiore al 60%.

Tabella 3.14: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto d'accordo	43.52 (497)	34.55 (399)	29.54 (340)
D'accordo	36.69 (419)	41.99 (485)	49.78 (573)
Né d'accordo né in disaccordo	12.52 (143)	14.55 (168)	14.25 (164)
Non d'accordo	4.12 (47)	5.54 (64)	4.00 (46)
Per niente d'accordo	3.15 (36)	3.38 (39)	2.43 (28)
Totale	100 (1142)	100 (1155)	100 (1151)

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



Anche suddividendo le risposte per genere (figura 3.3) la situazione osservata non cambia: quasi l'80% degli intervistati si sente accettato dai compagni, anche se le ragazze di 13 e di 15 anni, rispetto ai coetanei maschi, riferiscono un minore accordo con l'affermazione indagata

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".

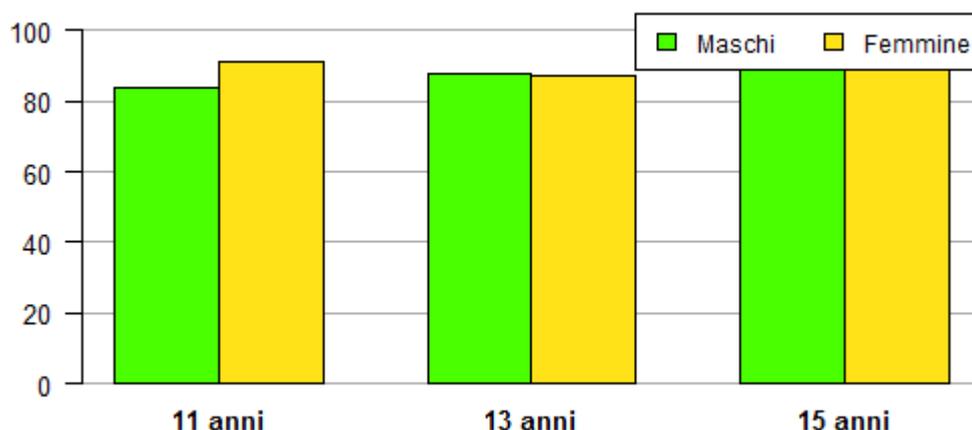
Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno") negli ultimi 12 mesi. Nelle tabelle 3.15 e 3.16 sono state riportate le risposte fornite dai ragazzi, per età.

Tabella 3.15: Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	87.55 (999)	87.60 (1010)	92.81 (1071)
1-2 volte negli ultimi due mesi	9.29 (106)	9.19 (106)	5.37 (62)
2-3 volte nell'ultimo mese	1.31 (15)	1.82 (21)	0.52 (6)
1v/sett	0.88 (10)	0.61 (7)	0.26 (3)
>1volta/sett	0.96 (11)	0.78 (9)	1.04 (12)
Totale	100 (1141)	100 (1153)	100 (1154)

La percentuale di chi dichiara di essere stato vittima di uno o più atti di "bullismo" nel corso degli ultimi due mesi è sempre inferiore al 20% e si riduce con l'aumentare dell'età dei ragazzi.

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



Nella figura 3.4 si evidenziano le differenze tra i due sessi e si nota come il fenomeno del “bullismo”, quando presente, risulti essere ugualmente diffuso nei ragazzi, con una prevalenza dei maschi nella fascia d'età di 11 anni.

Tabella 3.16: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	70.16 (804)	63.90 (738)	70.65 (816)
Una volta	15.18 (174)	19.13 (221)	16.02 (185)
2 volte	5.41 (62)	7.27 (84)	5.89 (68)
3 volte	2.18 (25)	3.98 (46)	2.51 (29)
4 volte o più	7.07 (81)	5.71 (66)	4.94 (57)
Totale	100 (1146)	100 (1155)	100 (1155)

Più del 70% del campione, nelle fasce d'età 11 e 15 anni (scende al 63% nei tredicenni), dichiara di non essere stato coinvolto in episodi violenti nell'ultimo anno; i più giovani sembrano essere coinvolti in piccole risse più di frequente (tre o più volte): 9% negli undicenni e tredicenni e 7% nei quindicenni.

3.5 Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta certamente uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" in senso più ampio e complessivo.

I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). Inoltre, una recente ricerca (Carter, 2007) evidenzia come i ragazzi che riportano un elevato legame e coinvolgimento con la scuola attuino con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute, dimostrando dunque come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio.

Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori 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).

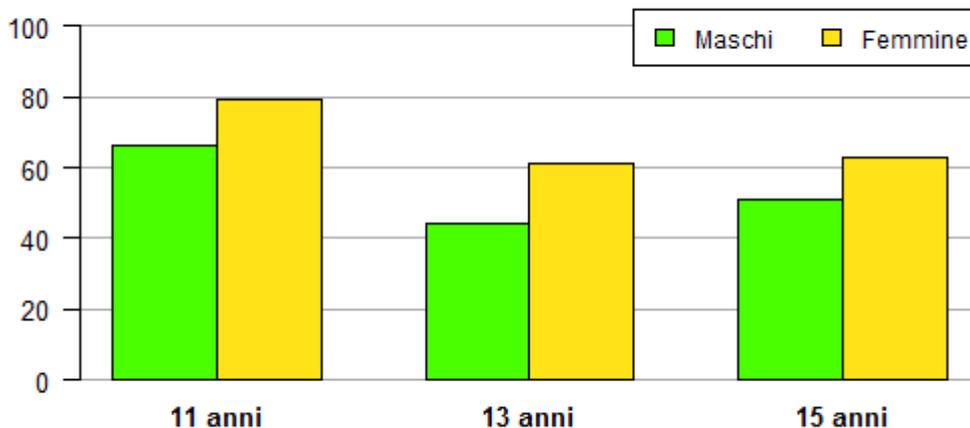
In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità dei risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente".

In tabella 3.17 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

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

	11 anni %	13 anni %	15 anni %
	(N)	(N)	(N)
Mi piace molto	20.45 (235)	7.28 (84)	9.11 (105)
Abbastanza	51.26 (589)	44.54 (514)	47.96 (553)
Non tanto	20.02 (230)	32.50 (375)	32.35 (373)
Non mi piace per nulla	8.27 (95)	15.68 (181)	10.58 (122)
Totale	100 (1149)	100 (1154)	100 (1153)

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



3.6 Conclusioni

Complessivamente si può notare che di fronte alla percezione di un ambiente scolastico sostenente, caratterizzato da buoni rapporti con i pari e con i propri insegnanti, è possibile rilevare un maggior piacere ed un maggior impegno nelle attività scolastiche anche al di fuori delle ore dedicate alla scuola. Soprattutto per i più giovani la scuola è percepita come luogo “piacevole” e le figure di riferimento che in essa si possono incontrare rappresentano fonte di sostegno e benessere: gli undicenni si sentono trattati equamente e aiutati in caso di necessità dai propri insegnanti, che sembrano anche incoraggiarli ad esprimersi liberamente; anche i compagni sono vissuti come gentili e disponibili.

Con il passaggio dai 13 ai 15 anni, invece, la scuola sembra diventare un luogo sempre meno piacevole, almeno per una minoranza degli adolescenti ed anche le relazioni che in essa si intrattengono sembrano diventare più difficili.

Un ulteriore aspetto da sottolineare è come all’interno dei diversi contesti scolastici (scuole medie e scuole superiori) siano diffusi atti di bullismo, sebbene in percentuali modeste.

Queste forme di prevaricazione ripetute possono essere fonte, per le vittime, di una progressiva perdita di autostima e del benessere scolastico.

Incoraggiante è comunque il dato secondo cui tale fenomeno sembrerebbe ridursi consistentemente con il passaggio alle scuole superiori. Il motivo di questa riduzione potrebbe dipendere dall’acquisizione di competenze relazionali più raffinate e mature.

Un’ultima considerazione è la divergenza che si osserva tra ragazze e ragazzi nel grado di accettazione da parte delle figure di riferimento ed il piacere di stare a scuola o trovare sostegno in caso di difficoltà da parte degli insegnanti. Questa differenza potrebbe essere un’altra indicazione di quanto siano delicati per i ragazzi, in questa fase dello sviluppo, i rapporti interpersonali soprattutto con il mondo degli adulti.

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: Attività Fisica 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 abitudinari anche in età adulta.

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

4.2 Attività fisica

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

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

Numerosi studi hanno rilevato che praticare regolarmente una sufficiente attività motoria produce notevoli benefici psico-fisici, tra i più importanti: riduce i rischi cardiovascolari, previene o ritarda lo sviluppo dell'ipertensione e dell'osteoporosi, aumenta le capacità cardio-vascolari, mantiene le funzioni metaboliche, abbassando il rischio di incidenza di sviluppo del diabete di tipo 2, permette un corretto sviluppo scheletrico e muscolare, contribuisce al bilancio energetico prevenendo obesità e sovrappeso ed inoltre abbassa i livelli di stress, migliora l'autostima e la soddisfazione di sé, diminuendo il rischio di depressione (Boreham et al., 2001; WHO, 2008; Alfermann et al., 2000). 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, 2010; 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".

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	5.88 (67)	5.66 (65)	9.03 (104)
un giorno	8.78 (100)	8.70 (100)	14.93 (172)
due giorni	22.21 (253)	19.15 (220)	17.53 (202)
tre giorni	22.91 (261)	18.89 (217)	19.62 (226)
quattro giorni	17.21 (196)	19.84 (228)	17.01 (196)
cinque giorni	10.89 (124)	13.05 (150)	10.33 (119)
sei giorni	5.18 (59)	8.01 (92)	6.94 (80)
sette giorni	6.94 (79)	6.70 (77)	4.60 (53)
Totale	100 (1139)	100 (1149)	100 (1152)

La pratica di una regolare attività fisica non sembra essere un'abitudine molto diffusa tra gli adolescenti: dalla tabella 4.1 si deduce, infatti, che circa il 60% dei ragazzi limita la propria attività fisica (moderata o vigorosa) a tre o meno giorni alla settimana mentre una bassa percentuale di ragazzi dedica almeno 60 minuti al giorno all'attività fisica così come raccomandato dalle Linee Guida internazionali.

Le distribuzioni percentuali dei tempi dedicati all'attività fisica in relazione all'età mostrano una sostanziale sovrapposizione fatta eccezione per il valore percentuale dei quindicenni che non praticano mai attività fisica, pari al 9% del totale, superiore di oltre 3 punti percentuale rispetto ai valori relativi agli undicenni e ai tredicenni. Si riscontra dunque una diminuzione del tempo dedicato a questa attività con l'aumentare dell'età.

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

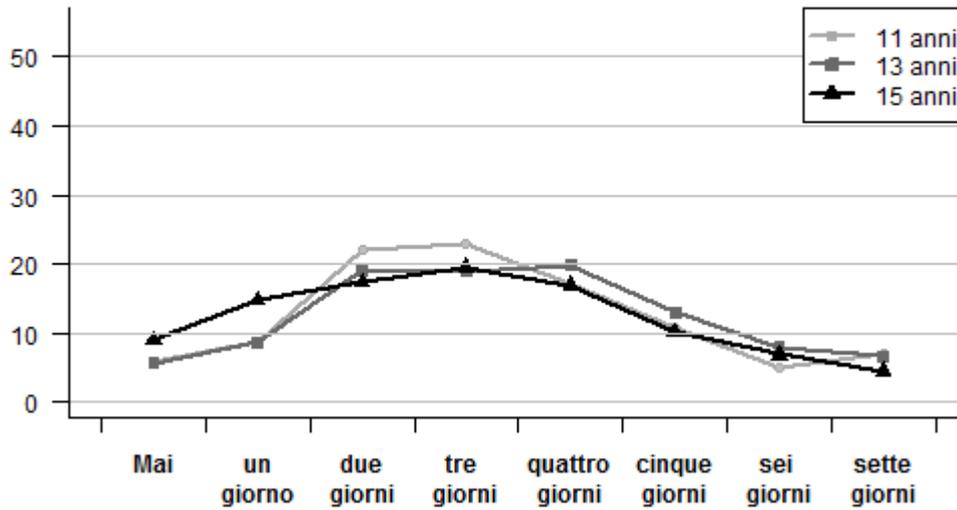
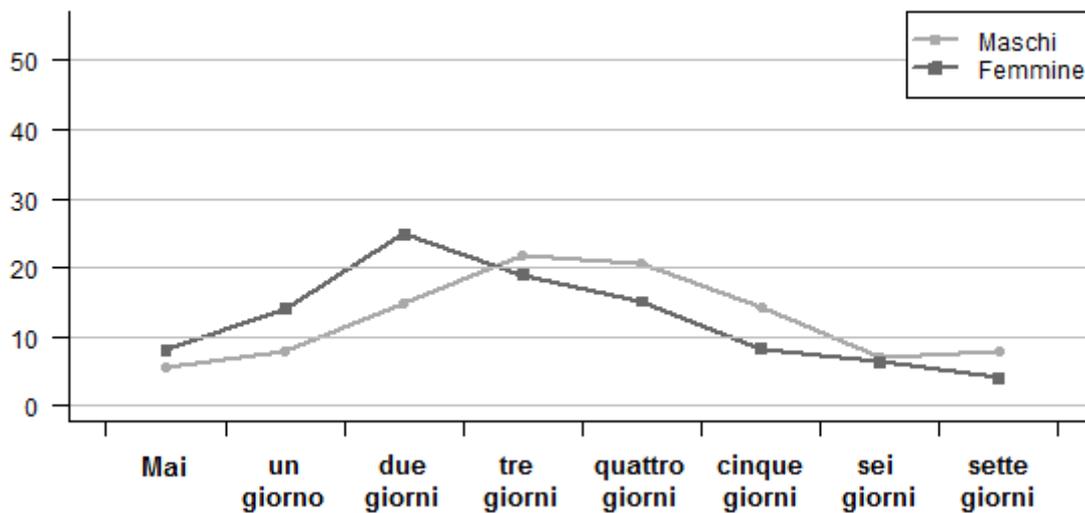
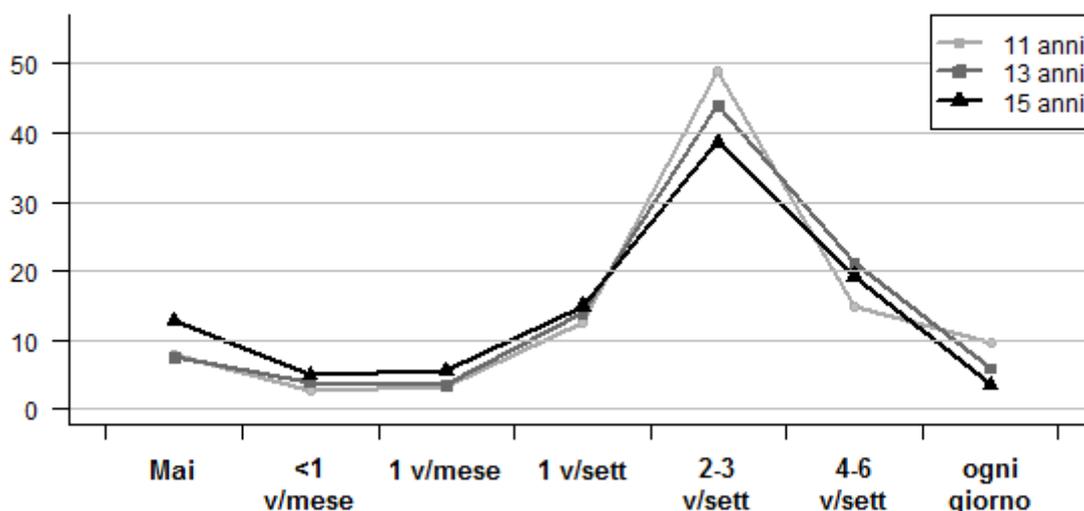


Figura 4.2 – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere



Un secondo fattore determinante per questo comportamento salutare risulta essere il genere di appartenenza. L'indagine mette in evidenza (figura 4.2) come siano i maschi a contraddistinguersi per maggiori livelli di attività fisica. Osservando l'andamento della curva si può evincere come all'estremo "negativo" (non faccio mai attività fisica) le percentuali relative alle ragazze superino quelle dei ragazzi; la situazione tende a invertirsi con lo spostamento verso l'estremo opposto (7 giorni a settimana).

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



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, 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. Anche in questo caso (Figura 4.3) la distribuzione delle percentuali relativa ai quindicenni si discosta, agli estremi, rispetto alle altre distribuzioni (11 e 13 anni). La percentuale dei quindicenni che non effettua mai esercizio fisico intenso è maggiore rispetto a quella degli undicenni e dei tredicenni e, viceversa, è minore la percentuale dei quindicenni, rispetto agli altri, che effettua attività fisica intensa ogni giorno.

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 di computer e televisione è una forma di svago passiva che riduce l'esigenza e l'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

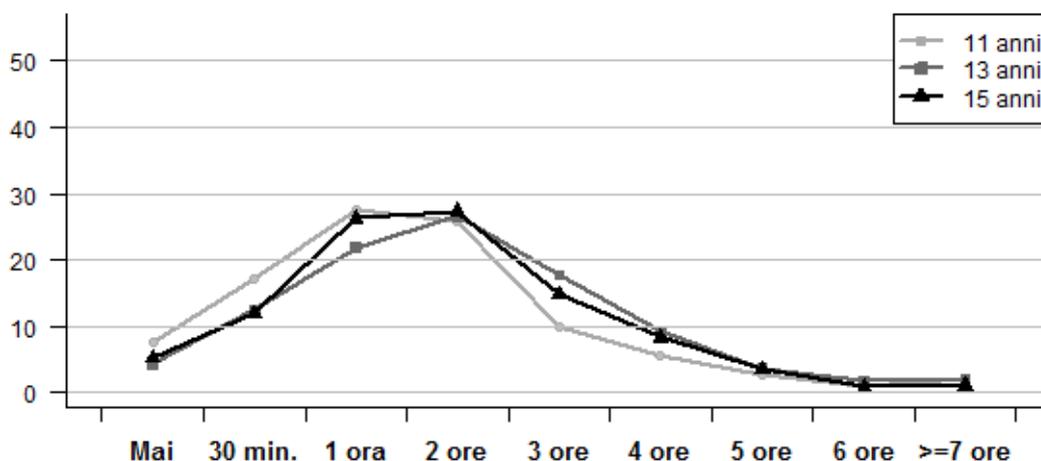
Le linee guida internazionali (AAP, 2001; U.S. DHHS, 2005; U.K. Government, 2010) raccomandano di non superare due ore al giorno di fronte ad uno schermo (TV, videogiochi, computer, internet). Le ore trascorse a guardare la televisione, soprattutto in questa fase dello sviluppo, sono oggetto delle attenzioni di pediatri e nutrizionisti, poiché sono considerate come uno dei fattori responsabili dell'incremento del sovrappeso in questa fascia di 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	7.70 (88)	4.34 (50)	5.36 (62)
Mezz'ora	17.24 (197)	12.49 (144)	12.02 (139)
1 ora	27.56 (315)	21.94 (253)	26.30 (304)
2 ore	25.90 (296)	26.63 (307)	27.42 (317)
3 ore	9.97 (114)	17.78 (205)	14.88 (172)
4 ore	5.69 (65)	9.37 (108)	8.39 (97)
5 ore	2.80 (32)	3.64 (42)	3.63 (42)
6 ore	1.05 (12)	1.82 (21)	0.87 (10)
>= 7 ore	2.10 (24)	1.99 (23)	1.12 (13)
Totale	100 (1143)	100 (1153)	100 (1156)

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 sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Deve comunque essere tenuto in considerazione che il 22 % degli undicenni, il 35 % dei tredicenni e il 29 % dei quindicenni supera le due ore al giorno di fronte alla TV. Un indicatore, dunque, i cui valori sembrano aumentare con l'aumento dell'età.

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



Le curve che illustrano la distribuzione di frequenza del tempo trascorso a guardare la TV per fascia di età, evidenziano in effetti andamenti pressoché sovrapponibili. Si rileva un leggero decremento della curva dei più piccoli con l'aumentare delle ore trascorse davanti alla TV.

In tabella 4.3 ed in figura 4.5 sono riportate le percentuali di frequenza delle ore dedicate ai videogiochi, in una settimana normale.

Tabella 4.3: “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer,console per videogiochi o simili?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	19.63 (225)	18.18 (210)	30.22 (349)
Mezz'ora	27.49 (315)	18.27 (211)	16.45 (190)
1 ora	29.06 (333)	27.88 (322)	20.95 (242)
2 ore	12.30 (141)	19.31 (223)	14.89 (172)
3 ore	5.24 (60)	8.57 (99)	9.18 (106)
4 ore	2.97 (34)	3.38 (39)	4.16 (48)
5 ore	1.22 (14)	2.16 (25)	1.90 (22)
6 ore	0.61 (7)	0.87 (10)	1.04 (12)
>= 7 ore	1.48 (17)	1.39 (16)	1.21 (14)
Totale	100 (1146)	100 (1155)	100 (1155)

La maggior parte dei ragazzi (circa il 76% degli undicenni, il 64% dei tredicenni, il 68% dei più grandi) non impegna più di un'ora della propria giornata a giocare ai videogames.

Nella figura sottostante (figura 4.5) vengono riportati in forma grafica i risultati illustrati nella tabella 4.3: è possibile notare che il picco di frequenza per gli undicenni (29%) e tredicenni (28%) del tempo dedicato dagli adolescenti ai videogiochi corrisponde ad un'ora al giorno e come il comportamento dei ragazzi di 13 anni sia più simile a quello degli undicenni che non a quello dei più grandi.

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

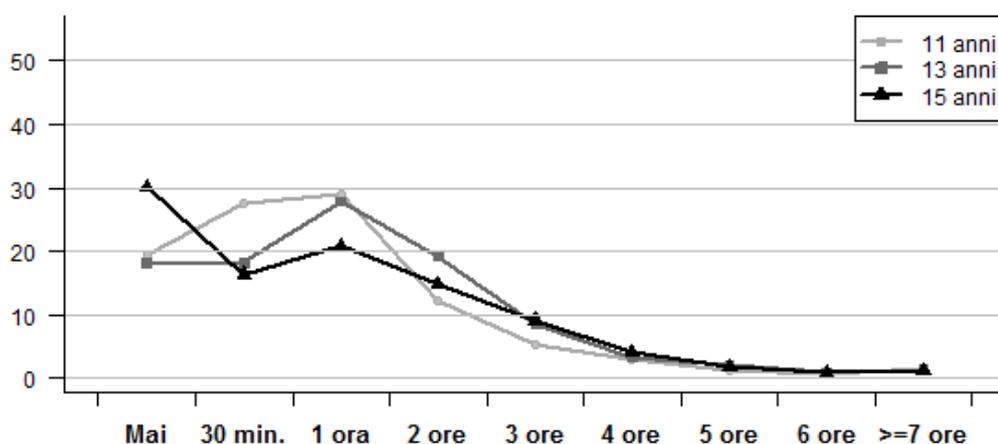
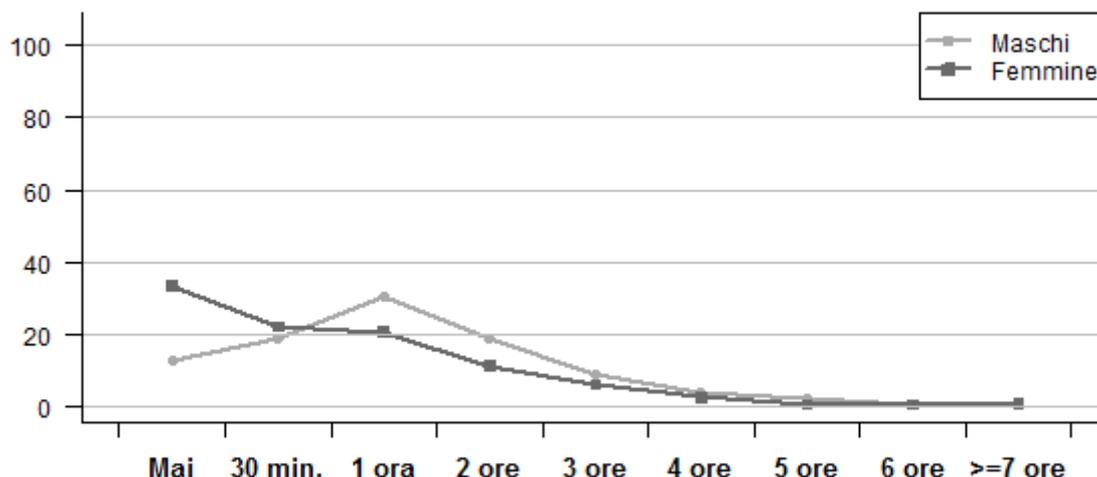


Figura 4.6 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (computer, console per videogiochi o altro), per genere



Per quel che riguarda le differenze di genere (figura 4.6) si osserva, rispetto al tempo dedicato ai videogiochi, una spiccata preferenza dei ragazzi rispetto alle coetanee.

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	31.41 (360)	13.17 (152)	8.83 (102)
Mezz'ora	23.65 (271)	17.50 (202)	14.72 (170)
1 ora	20.07 (230)	24.26 (280)	23.98 (277)
2 ore	11.78 (135)	21.14 (244)	20.43 (236)
3 ore	7.94 (91)	11.87 (137)	16.45 (190)
4 ore	2.53 (29)	5.81 (67)	8.14 (94)
5 ore	1.05 (12)	2.25 (26)	4.16 (48)
6 ore	0.44 (5)	2.08 (24)	1.65 (19)
>= 7 ore	1.13 (13)	1.91 (22)	1.65 (19)
Totale	100 (1146)	100 (1154)	100 (1155)

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. Emerge tuttavia che, nonostante le sensazioni su un utilizzo sempre più frequente del computer, il 31% dei ragazzi di 11 anni, il 13% dei tredicenni e circa il 9% dei più grandi dichiarati di non usare il computer. Più della metà (75% degli undicenni e 55% dei tredicenni) utilizza in modo congruo il PC per un tempo complessivo inferiore a due ore. La tendenza si inverte invece nei ragazzi più grandi, in cui si rileva che più della metà (52%) utilizza il PC per un tempo pari o superiore

alle due ore giornaliere. Analizzando il dato per genere, (Figura 4.7) si evince che i maschi rispetto alle femmine superano con minore frequenza la soglia delle 2 ore di tempo davanti al PC.

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

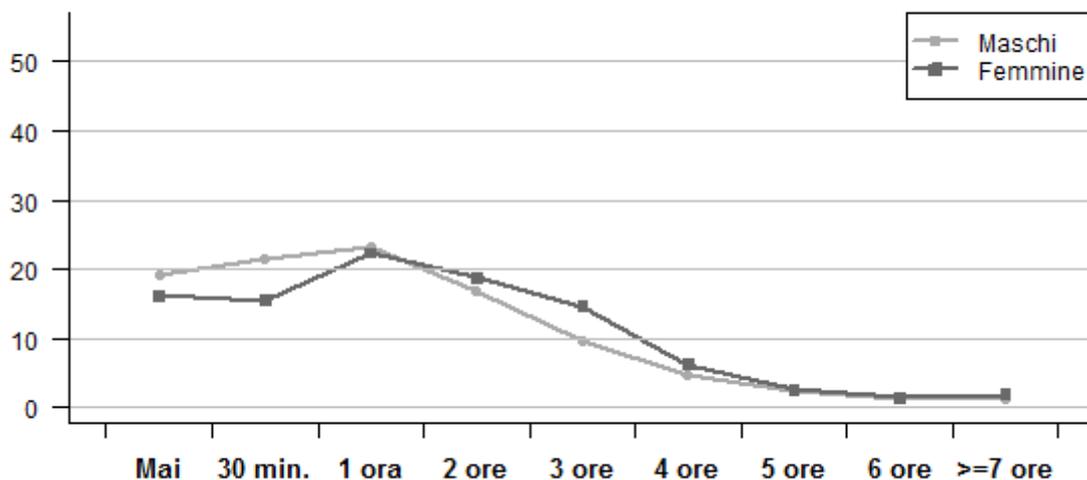
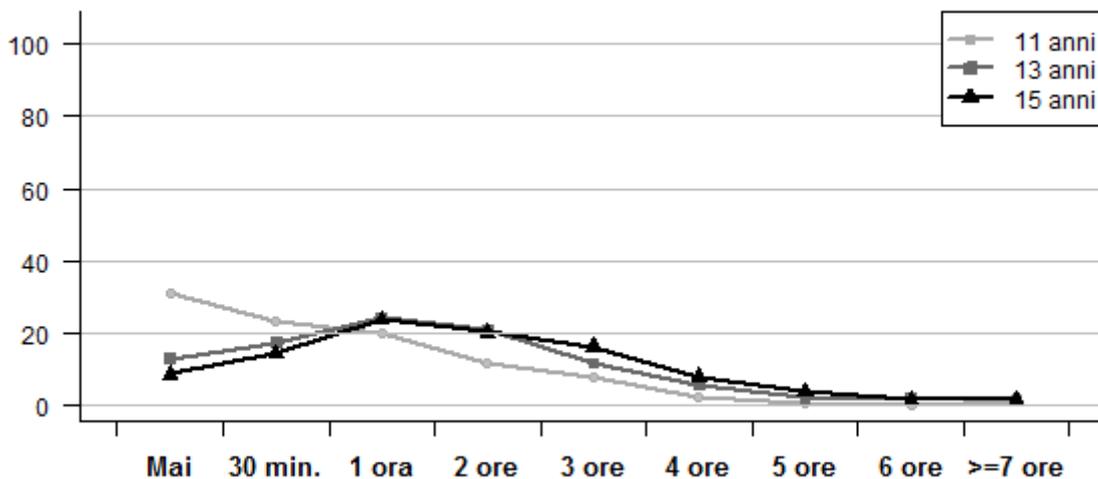


Figura 4.8 – Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro, per età



4.4 Rapporti con i pari

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

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

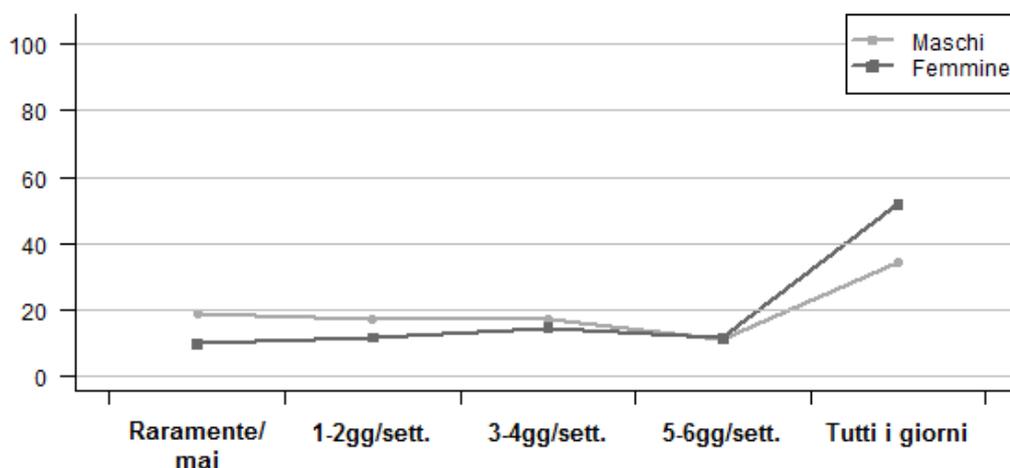
Dalla valutazione dei dati relativa ai contatti con gli amici tramite sms o internet si notano delle chiare tendenze ai due estremi delle distribuzioni percentuali

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	27.90 (320)	10.23 (118)	6.41 (74)
1-2gg/sett.	21.01 (241)	13.08 (151)	10.39 (120)
3-4gg/sett.	16.56 (190)	15.42 (178)	16.10 (186)
5-6gg/sett	9.59 (110)	13.95 (161)	11.17 (129)
Tutti i giorni	24.93 (286)	47.31 (546)	55.93 (646)
Totale	100 (1147)	100 (1154)	100 (1155)

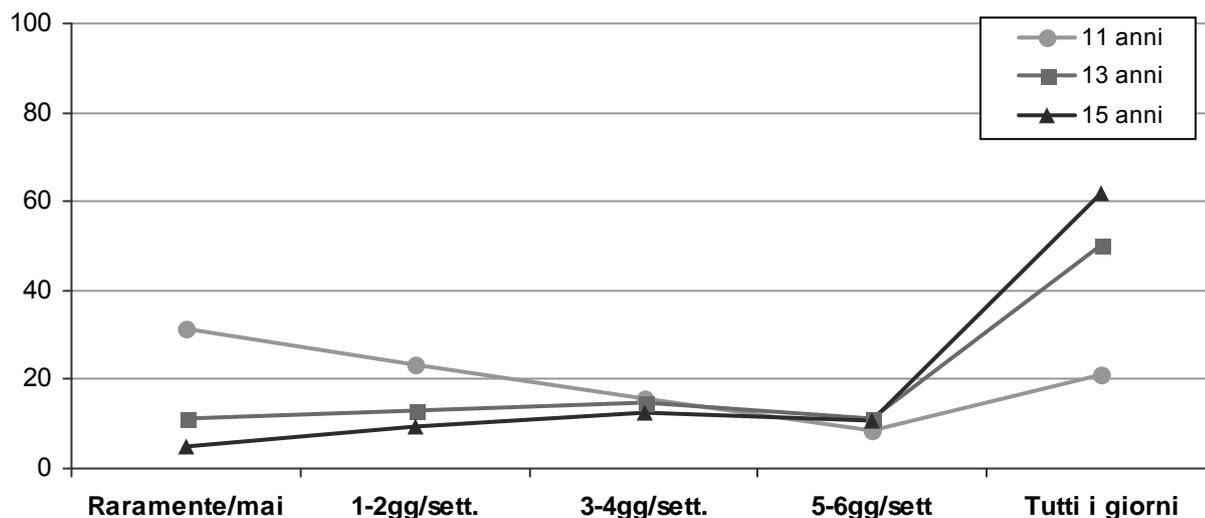
In particolare la percentuale che descrive la scarsa comunicazione (Raramente/mai) si riduce nettamente con l'avanzare dell'età (28% negli undicenni vs 6% nei quindicenni) mentre la percentuale di chi ha contatti quotidiani con i propri amici sale notevolmente (25% negli undicenni vs 56% nei quindicenni).

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



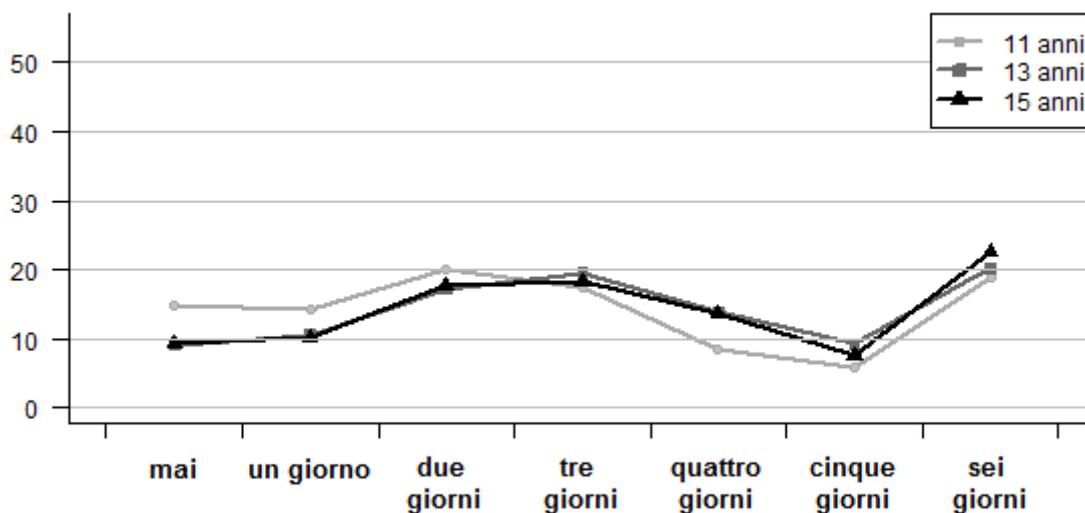
Questa tipologia di contatti sembra essere influenzata dal genere. Osservando l'andamento della curva in figura 4.9 si può evincere come all'estremo "negativo" (Raramente/mai) le percentuali relative alle ragazze siano inferiori rispetto a quelle dei ragazzi; la situazione si inverte con lo spostamento verso l'estremo opposto (tutti i giorni).

Figura 4.10 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via internet, per età



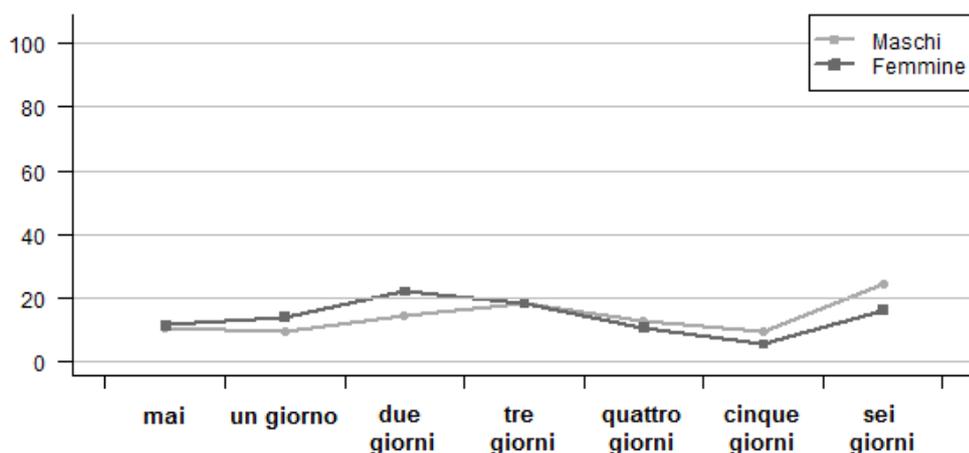
Lo stesso andamento può essere apprezzato considerando le curve relative alle fasce d'età degli intervistati (figura 4.10). In questo caso con l'aumentare degli anni aumenta la frequenza del tempo dedicato ai contatti con gli amici.

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



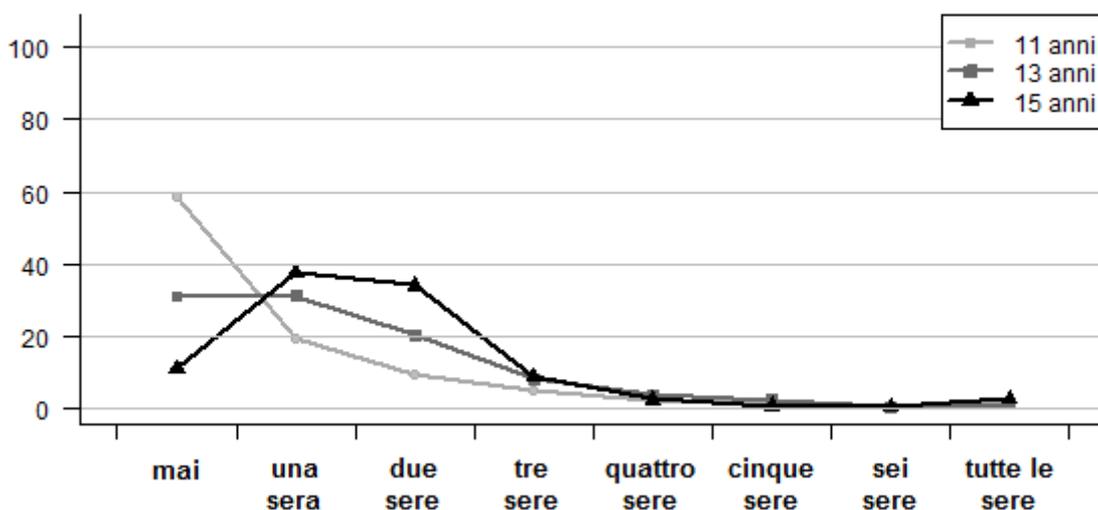
Al di fuori del contesto scolastico i ragazzi che dichiarano di non passare dei pomeriggi con gli amici risultano in una percentuale abbastanza marginale (figura 4.11): il campione non sembra differenziarsi molto a seconda dell'età e tutti i ragazzi sembrano distribuirsi piuttosto uniformemente tra le varie modalità di risposta. Si può osservare un picco per quel che concerne la possibilità di uscire per sei giorni la settimana: un ragazzo su cinque in ciascuna fascia di età dichiara di incontrare i suoi amici nel doposcuola di tutti i pomeriggi della settimana.

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



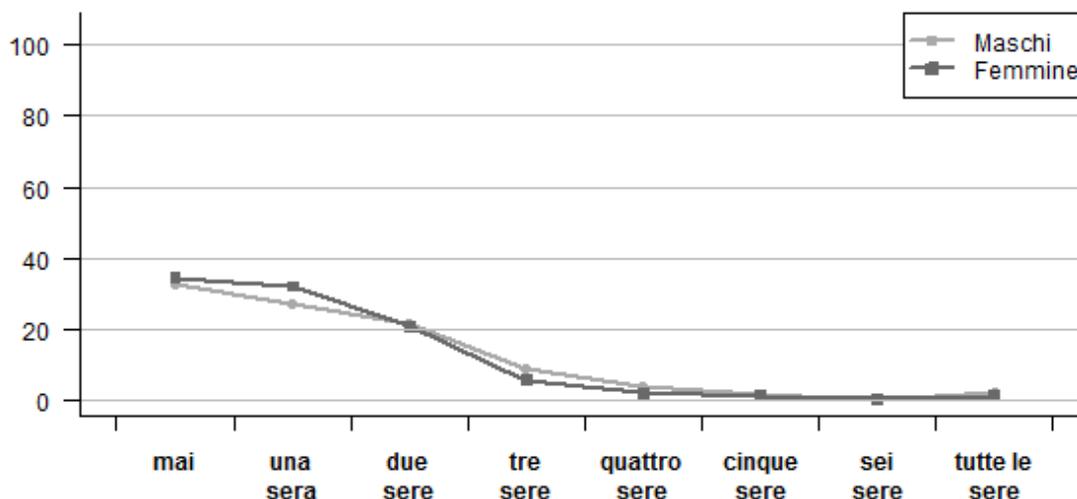
Alcune differenze, sebbene non particolarmente marcate, sono state riscontrate in relazione al genere: sono i maschi a dichiarare di uscire con maggior frequenza.

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



In riferimento alle uscite serali si assiste ad una forte differenziazione per fascia d'età: oltre un ragazzo su due degli undicenni, un ragazzo su tre dei tredicenni e meno di un ragazzo su sei dei quindicenni non esce la sera (figura 4.13). Sono proprio i quindicenni ad essere i più attivi nelle uscite serali (una-due sere a settimana).

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



In questo caso, il sesso non sembra essere una caratteristica determinante per questo comportamento (Figura 4.14).

4.5 Conclusioni

In accordo con molte ricerche, condotte in altre nazioni, l'indagine ha evidenziato come vi sia, tra i preadolescenti marchigiani, all'aumentare dell'età una progressiva diminuzione della pratica dell'attività fisica, sia in termini di quantità sia in termini di intensità. Una bassa percentuale di ragazzi (inferiore al 7% per tutte le età) risulta praticare livelli di attività fisica adeguati rispetto alle raccomandazioni internazionali. A questo generale quadro di riduzione con l'età dei livelli di attività fisica, si affianca l'aumento delle attività sedentarie, come la visione della televisione o l'utilizzo del computer: questa tendenza, ampiamente documentata in letteratura, può costituire una combinazione piuttosto negativa per la salute dei ragazzi.

Relativamente all'uso dei nuovi mezzi di comunicazione (telefono cellulare, SMS o e-mail) le ragazze sembrano essere più sensibili a questa pratica dei coetanei maschi. Dai dati si può desumere come lo strumento di comunicazione preferito dalle ragazze sia il telefonino. I ragazzi sembrano preferire modi più tradizionali di interazione con gli amici: infatti sono proprio loro, rispetto alle ragazze, a passare più pomeriggi con i coetanei.

Aumentare i livelli di attività fisica nei ragazzi e ridurre le attività sedentarie sono stati obiettivi guida per la stesura del programma regionale di promozione dell'attività motoria "Gente in Gamba 5-64 anni", inserito nella cornice del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. In quest'ottica la Regione Marche e tutte le Zone Territoriali ASUR saranno impegnate in un programma ambizioso, finalizzato a costruire e rafforzare nel tempo una rete di operatori che includa sanitari, rappresentanti scolastici e delle amministrazioni locali e ogni altro portatore di interesse identificato. Questa rete avrà il mandato di promuovere e attivare azioni finalizzate a facilitare l'adozione di stili di vita più dinamici, che spostino, a lungo termine, i dati sempre più allarmanti relativi ai livelli di obesità e sovrappeso nella popolazione giovanile.

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 107: 423-426.
- Boreham C., Riddoch C. (2001). The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* Dec;19(12):915-29.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2009) General Physical Activities Defined by Level of Intensity. http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf
- Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Children: A Statement of Guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education.
- Crespo C.J., Smit E., Troiano R.P., Bartlett S.J., Macera C.A., Andersen R.E. (2001) Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155(3):360-5.
- EU Working Group "Sport and Health" (2008) EU Physical Activity Guidelines: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health: *The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call to Action (2010)*.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Laible D.J., Carlo G., Roesch S.C. (2004) Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc.* Dec;27(6):703-16.
- MMWR Recomm Rep (2001). Increasing Physical Activity. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. 26; 50:1-14
- Nelson M.C., Neumark-Stzainer D., Hannan P.J., Sirard J.R., Story M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics.* 118(6):e1627-34.
- Powell L.M., Szczyepka G., Chaloupka F.J. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med.* 33(4 Suppl):S251-6.
- Regione Marche. DGR 1856 del 23/12/2010, Progetto Gente in Gamba 5-64 anni; pp.64-65 (2010)
- Schor E.L., Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111(6 Pt 2):1541-71.
- Sonneville K.R., La Pelle N., Taveras E.M., Gillman M.W., Prosser L.A. (2009) Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr.* 21;9:81.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Troiano R.P., Macera C.A., Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr.* 131(2S-1):451S-460S.
- UK Government. Directgov. Children and healthy weight. Last update 2010 http://www.direct.gov.uk/en/Parents/Yourchildshealthandsafety/YourChildsHealth/DG_066077
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>.
- U.S. Department of Health and Human Services. NIH. (2005) We Can! Families Finding the Balance: A Parent Handbook http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/wecan_mats/parent_hb_en.pdf
- Utter J, Scragg R, Schaaf D. (2006). Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr.*;9(5):606-12.
- Vieno A., Santinello M., Martini C.M. (2005). Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14, 100-107.
- WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
- WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health.

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
WHO: Benefits of Physical Activity (last update 2008).
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/index.html
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html
WHO: Global recommendations on Physical activity for Health (2010).
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

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 morbilità nell'età dello sviluppo, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari in età adulta (Jolliffe, 2006). Sulla base di queste considerazioni l'OMS raccomanda l'implementazione di politiche e strategie atte a contrastare i rischi legati a una dieta scorretta (WHO, 2002; 2004).

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

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	11.05 (125)	19.27 (222)	23.43 (269)
Un giorno	3.98 (45)	3.04 (35)	4.27 (49)
Due giorni	3.01 (34)	3.56 (41)	3.66 (42)
Tre giorni	3.89 (44)	6.60 (76)	5.40 (62)
Quattro giorni	4.51 (51)	4.25 (49)	4.36 (50)
Cinque giorni	73.56 (832)	63.28 (729)	58.89 (676)
Totale	100 (1131)	100 (1152)	100 (1148)

La tabella 5.1 evidenzia che la frequenza della colazione diminuisce al crescere dell'età e, contemporaneamente, aumenta con l'età la percentuale di coloro che dichiarano di non farla mai (dall'11% negli undicenni, al 19% nei tredicenni e fino al 23% nei quindicenni).

Scarsamente numerosi e non differenziati secondo l'età coloro che dichiarano di fare saltuariamente la colazione (tra un giorno e quattro giorni la settimana scolastica).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No	3.41 (39)	6.22 (72)	8.04 (93)
Solo a metà mattina	9.26 (106)	16.67 (193)	21.11 (244)
Solo nel pomeriggio	24.37 (279)	17.96 (208)	17.73 (205)
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	62.97 (721)	59.15 (685)	53.11 (614)
Totale	100 (1145)	100 (1158)	100 (1156)

Dalla tabella 5.2. emerge che la frequenza della merenda in genere decresce con l'aumentare dell'età. In particolare con l'aumentare dell'età si assiste alla tendenza dell'incremento della frequenza della merenda metà mattina, mentre cala la frequenza dello spuntino pomeridiano.

In conclusione nelle Marche i ragazzi di 11, 13 e 15 anni, con l'aumentare della loro età, riducono la frequenza di quelli che attuano la colazione ed entrambi gli spuntini (di metà mattina e di metà pomeriggio).

5.3 Consumo di frutta e verdura

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

A tale riguardo 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).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	3.85 (44)	3.46 (40)	3.64 (42)
Meno di una volta a settimana	6.56 (75)	6.66 (77)	5.37 (62)
Una volta a settimana	8.83 (101)	9.17 (106)	10.23 (118)
2-4 volte a settimana	20.28 (232)	24.48 (283)	24.78 (286)
5-6 volte a settimana	13.55 (155)	13.84 (160)	13.95 (161)
Una volta al giorno tutti i giorni	27.01 (309)	23.79 (275)	22.01 (254)
Più di una volta al giorno	19.93 (228)	18.60 (215)	20.02 (231)
Totale	100 (1144)	100 (1156)	100 (1154)

In tabella 5.3. possiamo vedere che non esistono particolari differenze comportamentali relativamente al consumo di frutta durante la settimana nelle tre fasce di età verificate. Comunque soltanto 1 ragazzo su 5 consuma frutta più di una volta al giorno e pertanto le azioni di promozione della salute in tal senso dovranno essere ulteriormente incentivate.

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

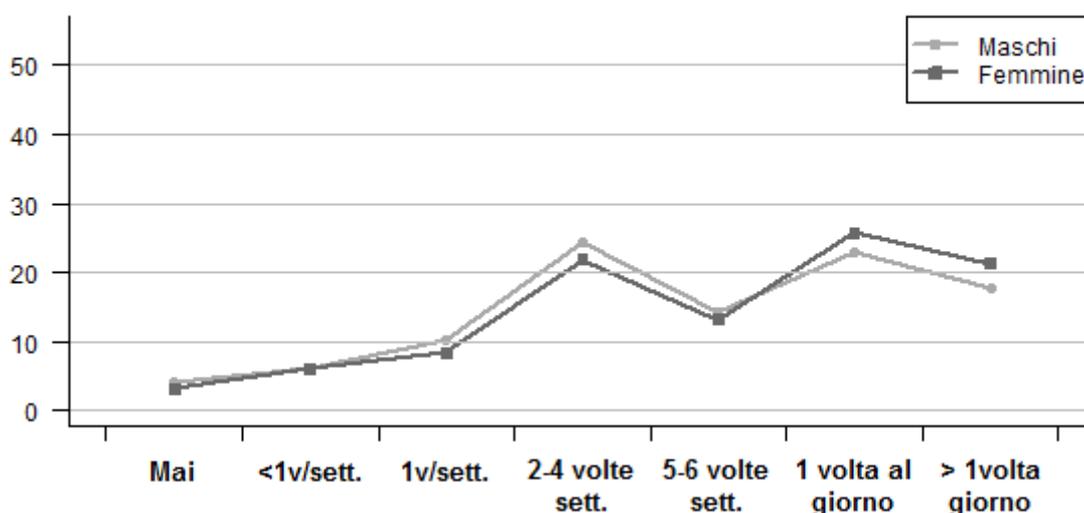


Figura 5.2 - Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età

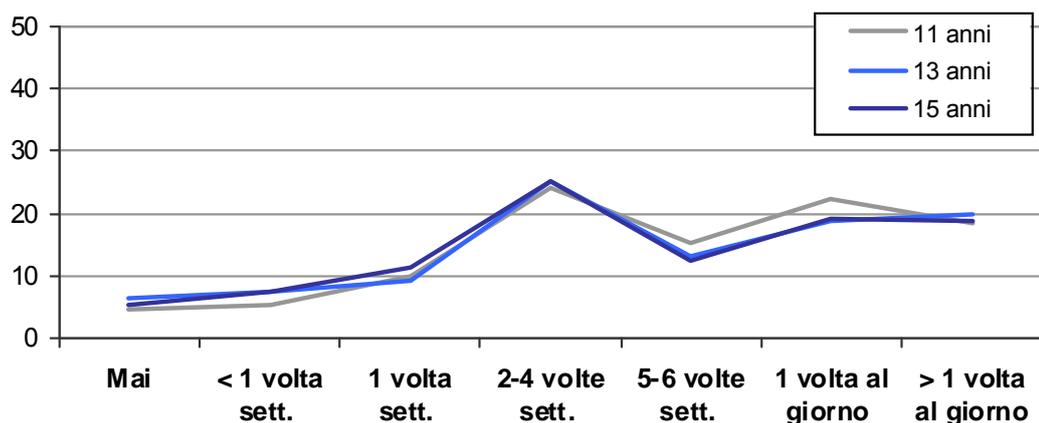


Tabella 5.4: “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	9.21 (105)	7.45 (86)	6.78 (78)
Meno di una volta a settimana	9.91 (113)	8.15 (94)	5.39 (62)
Una volta a settimana	14.21 (162)	13.26 (153)	10.26 (118)
2-4 volte a settimana	26.58 (303)	27.12 (313)	30.26 (348)
5-6 volte a settimana	15.61 (178)	17.42 (201)	16.00 (184)
Una volta al giorno tutti i giorni	13.95 (159)	16.55 (191)	17.13 (197)
Più di una volta al giorno	10.53 (120)	10.05 (116)	14.17 (163)
Totale	100 (1140)	100 (1154)	100 (1150)

L'analisi della tabella 5.4 depone per un consumo di verdura avente maggiore frequenza nei quindicenni.

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

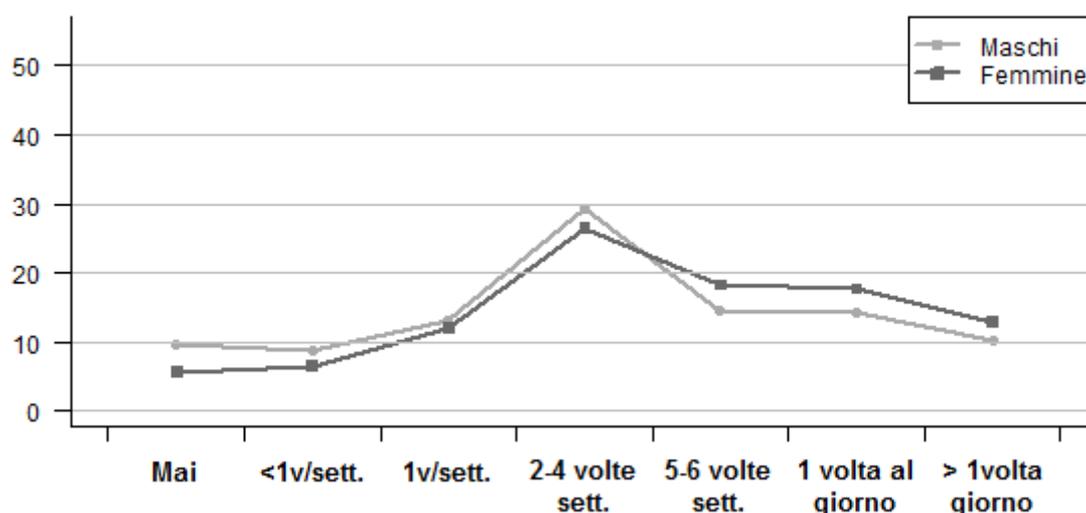
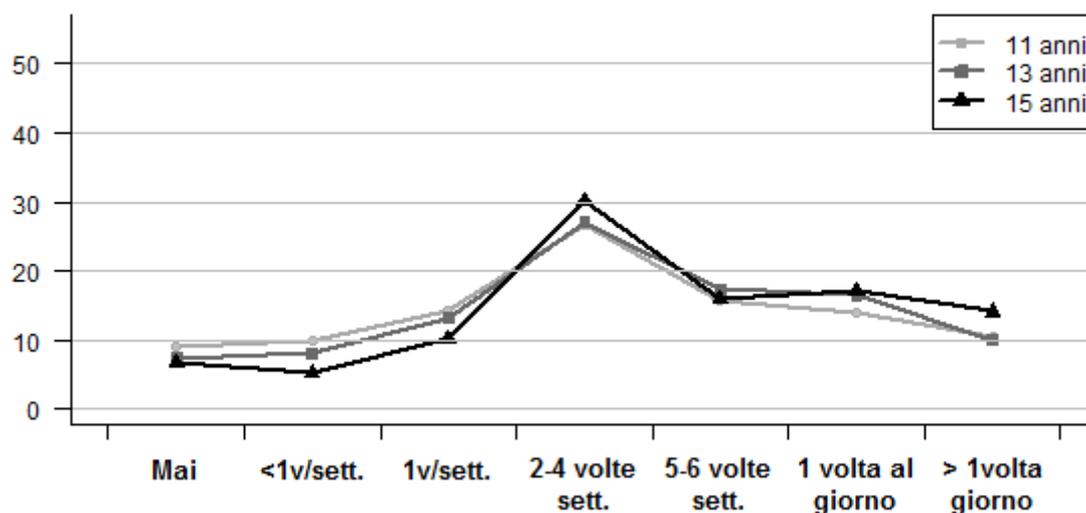


Figura 5.4 - Frequenza percentuale del consumo di verdura; per età



5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

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	4.53 (52)	1.91 (22)	2.88 (33)
Meno di una volta a settimana	14.19 (163)	11.10 (128)	10.11 (116)
Una volta a settimana	18.62 (214)	17.61 (203)	14.56 (167)
2-4 volte a settimana	24.72 (284)	25.93 (299)	29.12 (334)
5-6 volte a settimana	13.05 (150)	15.18 (175)	14.47 (166)
Una volta al giorno tutti i giorni	11.49 (132)	12.49 (144)	14.39 (165)
Più di una volta al giorno	13.40 (154)	15.78 (182)	14.47 (166)
Totale	100 (1149)	100 (1153)	100 (1147)

La frequenza di consumo di dolci, caramelle o cioccolato risulta essere meno presente nei ragazzi undicenni per incrementarsi nelle altre due classi di età. Infatti ben il 43 % dei tredicenni e dei quindicenni ed il 38 % degli undicenni dichiara l'assunzione di questi alimenti per almeno 5-6 giorni la settimana. La frequenza di consumo più elevata (più di una volta al giorno) è così distribuita: 13,% ad undici anni, 16 % a tredici anni e 14 % a quindicenni anni.

Figura 5.5 – Frequenza del consumo di dolci, per età

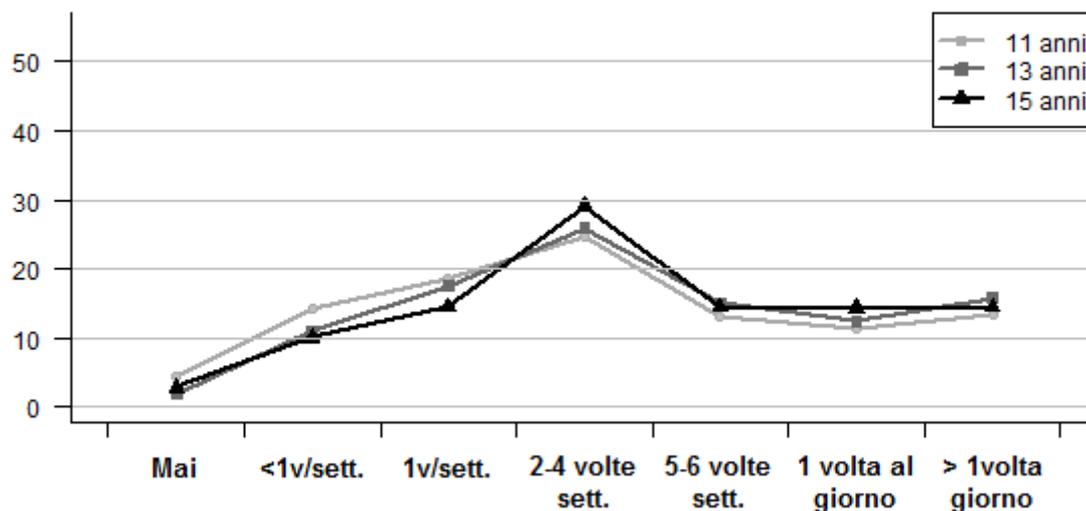
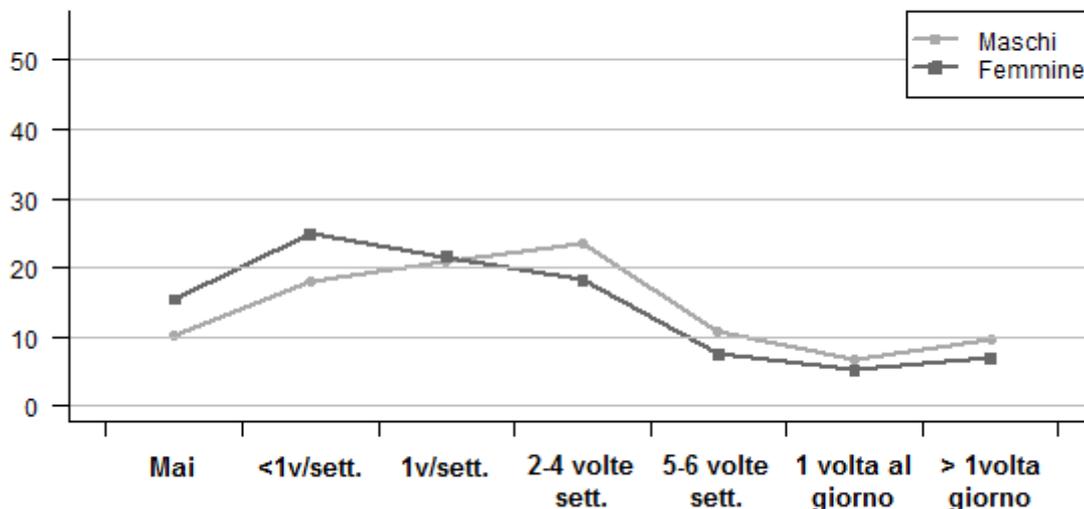


Tabella 5.6: “Di solito quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	14.90 (169)	12.71 (146)	10.37 (119)
Meno di una volta a settimana	25.66 (291)	18.45 (212)	20.05 (230)
Una volta a settimana	21.60 (245)	20.80 (239)	21.36 (245)
2-4 volte a settimana	17.20 (195)	21.67 (249)	24.32 (279)
5-6 volte a settimana	7.32 (83)	10.70 (123)	9.68 (111)
Una volta al giorno tutti i giorni	5.29 (60)	6.44 (74)	6.28 (72)
Più di una volta al giorno	8.02 (91)	9.23 (106)	7.93 (91)
Totale	100 (1134)	100 (1149)	100 (1147)

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.

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	2.24 (19)	1.06 (10)	1.71 (18)
Normopeso	76.24 (648)	82.40 (777)	81.40 (858)
Sovrappeso	16.82 (143)	13.68 (129)	14.52 (153)
Obeso	4.71 (40)	2.86 (27)	2.37 (25)
Totale	100 (850)	100 (943)	100 (1054)

L'andamento dell'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) riscontra un valore più che considerevole e nel contempo preoccupante interessando oltre il 21% degli undicenni .La tendenza ,poi, è quella di ridursi a tredici anni (16%) per poi stabilizzarsi nei quindicenni (17%)

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

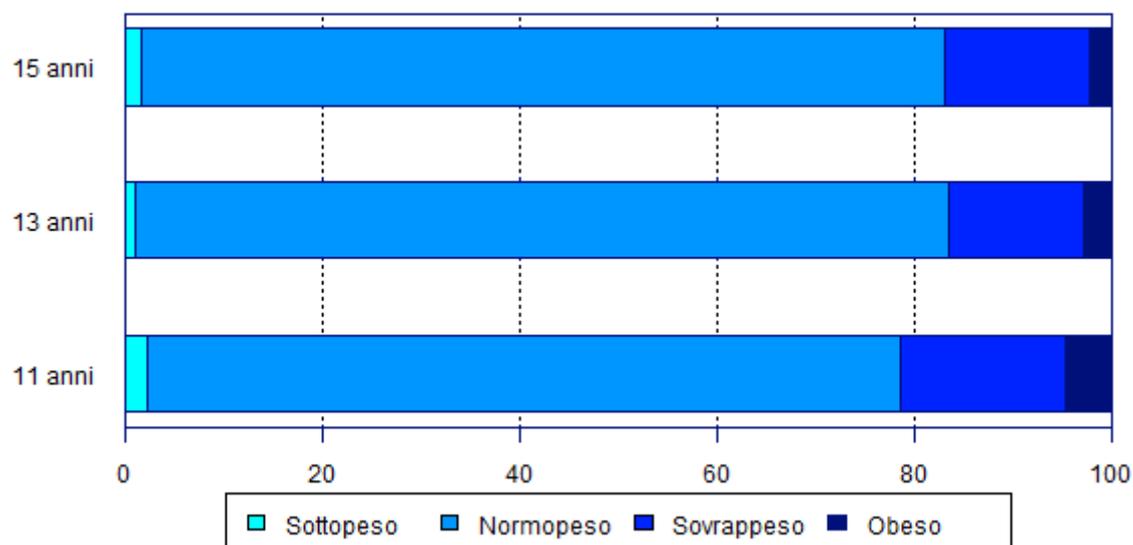


Figura 5.8 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 11 anni)

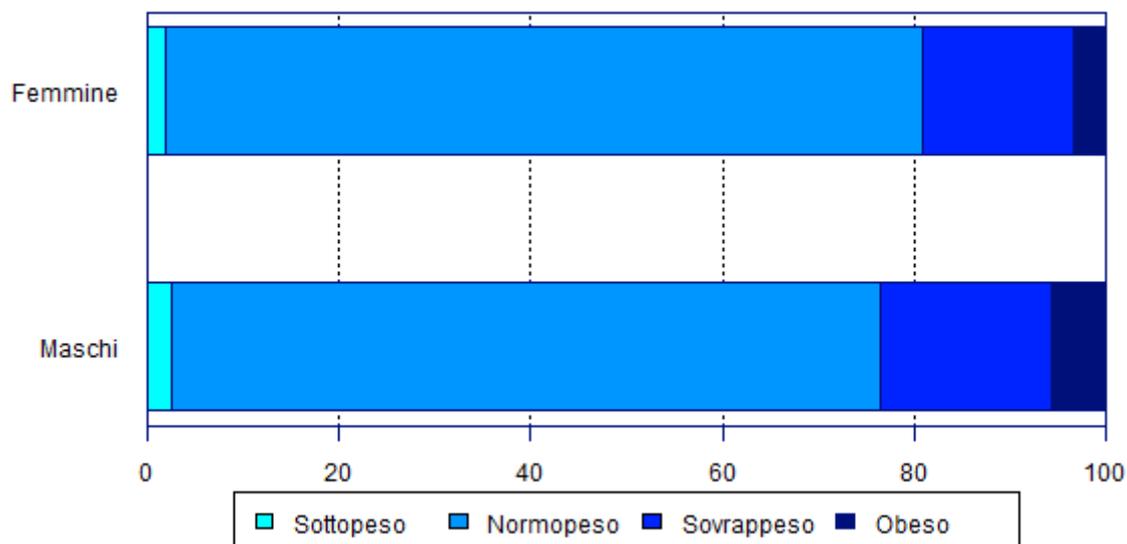


Figura 5.9 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 13 anni)

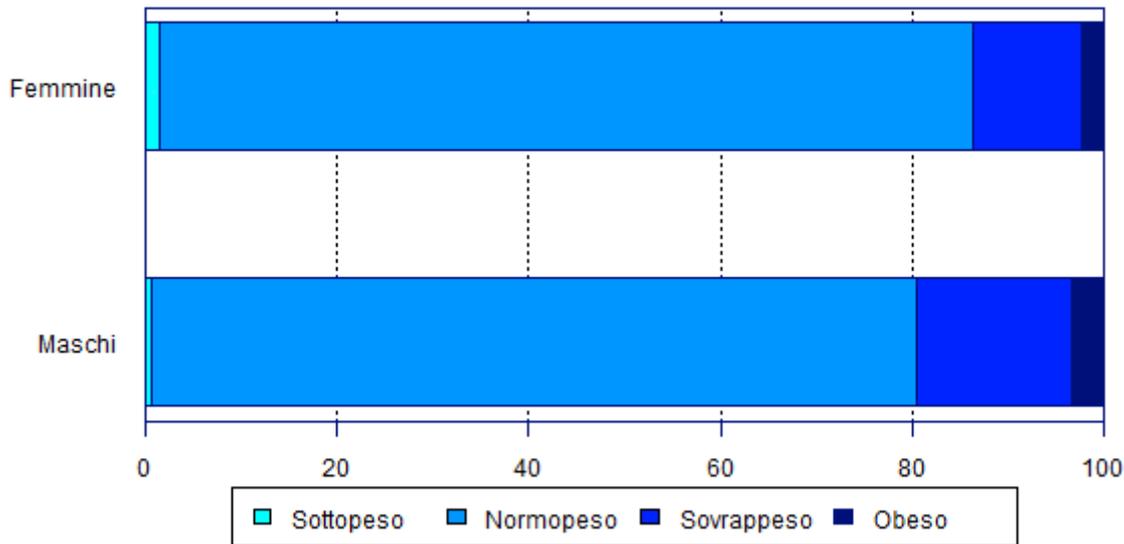
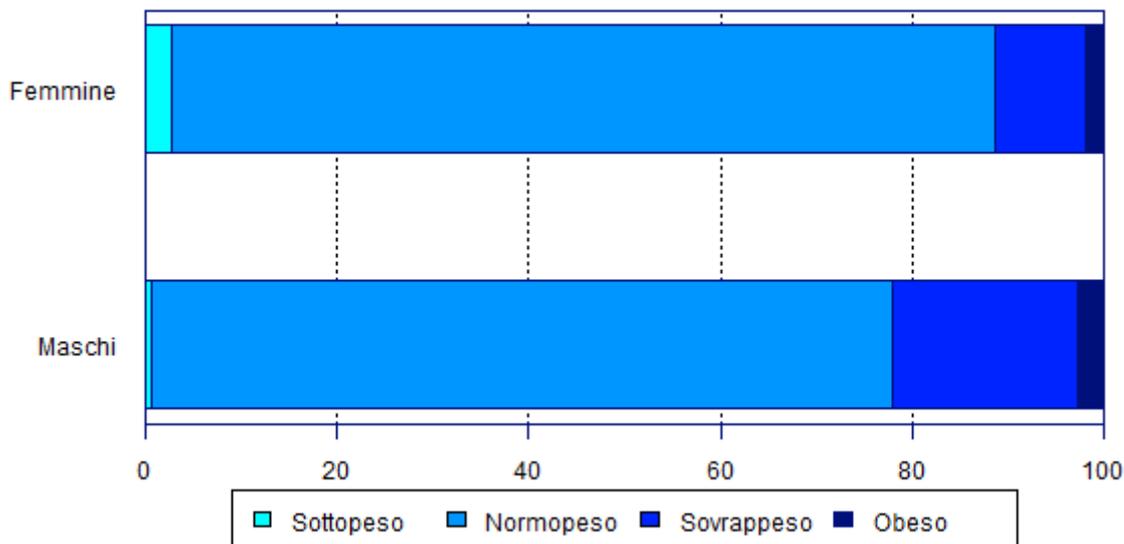


Figura 5.10 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere (solo 15 anni)



Evidenti differenze di genere emergono dalla lettura delle figure 5.8, 5.9 e 5.10. La valutazione posta per genere indica come nelle tre classi di età considerate sia il sesso maschile ad apportare il maggiore contributo all'eccesso di peso riscontrato (sia in termini di sovrappeso che in quelli di obesità) con uno scarto tra i due sessi che risulta essere in progressivo incremento col crescere dell'età. Il raffronto col dato nazionale vede la popolazione marchigiana oggetto di indagine sostanzialmente in linea con lo stesso.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	10.94 (125)	10.54 (121)	8.43 (97)
Giusto	65.00 (743)	64.90 (745)	60.47 (696)
Grasso	24.06 (275)	24.56 (282)	31.10 (358)
Totale	100 (1143)	100 (1148)	100 (1151)

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

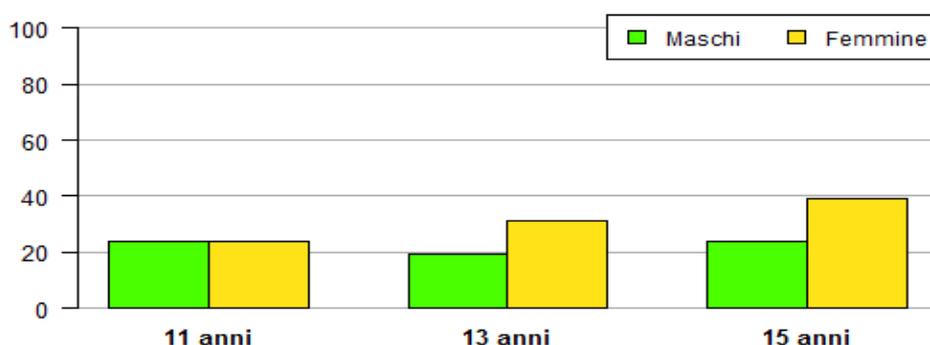


Tabella 5.9: “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?” per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	53.40 (612)	49.48 (572)	44.19 (510)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	24.17 (277)	25.61 (296)	31.54 (364)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10.38 (119)	10.12 (117)	8.67 (100)
Sì	12.04 (138)	14.79 (171)	15.60 (180)
Totale	100 (1146)	100 (1156)	100 (1154)

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



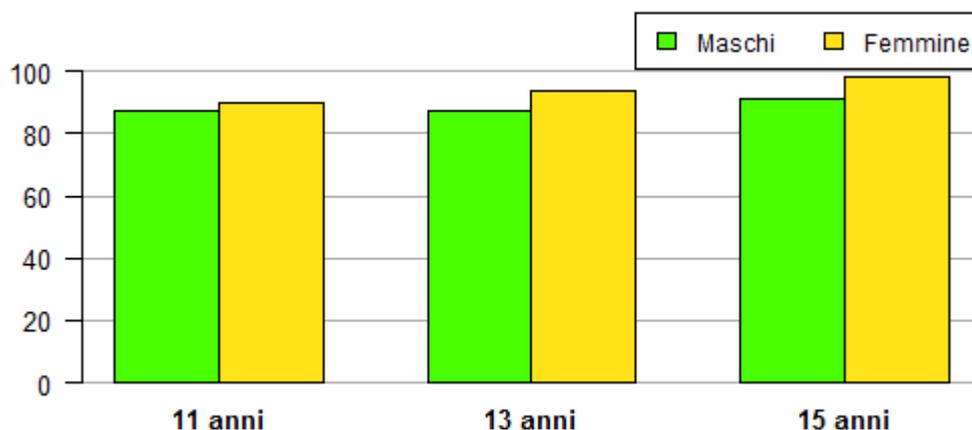
5.6 Igiene orale

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

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	58.99 (676)	61.23 (709)	62.08 (717)
Una volta al giorno	29.76 (341)	29.10 (337)	31.86 (368)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	7.94 (91)	7.17 (83)	3.90 (45)
Meno di una volta alla settimana	1.83 (21)	1.64 (19)	1.47 (17)
Mai	1.48 (17)	0.86 (10)	0.69 (8)
Totale	100 (1146)	100 (1158)	100 (1155)

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 lo spaccato che compare intorno alle abitudini alimentari dei ragazzi marchigiani evidenzia senza dubbio la necessità di mantenere ed anzi di ulteriormente sviluppare programmi ed azioni **concrete e costanti nel tempo** di promozione della salute orientate alla correzione di diversi comportamenti a rischio ed alla adozione di stili di vita più salutari.

In estrema sintesi infatti risulta che:

*un ragazzo su tre in media propende per saltare la prima colazione;

* quattro giovani su dieci circa non consumano la merenda di metà mattina e di metà pomeriggio;

*soltanto il 20% circa consuma la frutta e poco più del 10% la verdura, “più volte al giorno” a fronte di cinque porzioni giornaliere raccomandate;

*circa il 14% del campione consuma bevande zuccherate e circa il 27% mangia dolci almeno una volta al giorno.

In questo contesto risulta uno stato nutrizionale per cui circa il 18% di tutti i giovani campionati si trova in condizioni di eccesso di peso (sovrappeso + obesità) con costante predominanza del genere maschile. Interessante è considerare anche la percezione del proprio stato corporeo se parametrata con l'IMC riscontrato dall'indagine che evidenzia un riconoscimento soggettivo di stato “grasso” in media di più di un ragazzo su quattro (con picco del 31% ai quindici anni) con prevalenza nel genere femminile nelle tredicenni e, ancor più, nelle quindicenni dove sfiora il valore del 40%; se poi si considerano coloro che ritengono il loro peso “non giusto”, si rileva in questa condizione il 35% degli undicenni e dei tredicenni ed il 39% dei quindicenni. Questo dato appare suggestivo se raffrontato con il riscontro di considerevoli valori percentuali sia in coloro che “sono a dieta” (12%, 15% e 16% rispettivamente negli undicenni, tredicenni e quindicenni) che con i picchi di “non soddisfazione soggettiva del proprio stato ponderale” (rispettivamente del 47%, 51% e del 56% in undicenni, tredicenni e quindicenni) scaturito dalla sommatoria di chi “è a dieta” con chi “dovrebbe perdere qualche chilo” e con “chi dovrebbe mettere su qualche chilo” ...valori questi che devono fare molto molto riflettere.

Infine l'abitudine di lavarsi i denti risulta ben radicata nei giovani (più del 90%circa pratica questa pulizia almeno una volta al giorno) ed in crescita con l'età anche se il riscontro di almeno 1 giovane su dieci che non si lava i denti almeno una volta al giorno dà da pensare.

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.
- 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 Al. (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot.* 23(3):210-7.
- Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma.
http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
- Ministry of Health of New Zealand. (1998) Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. A Background Paper.
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf)
- Mobley C., Marshall T.A., Milgrom P., Coldwell S.E. (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 9(6):410-4.
- NHMRC (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents.
[http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf)
- Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr.* 12(2):267-83.
- Roh E.J., Lim J.W., Ko K.O., Cheon E.J. (2007). A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci.* 22(2):192-7.
- Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr.* 90(2):282-7. Epub 2009 Jun 17.

Verzeletti C., Maes L., Santinello M., Baldassari D., Vereecken C.A. (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*. 54(2):394-7.

Wang Y., Lobstein T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.*;1(1):11-25.

WHO (2002). Move for Health. <http://www.who.int/moveforhealth/en/>

WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

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 sia, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007).

E' dimostrato che il fumo di tabacco è un comportamento che si instaura precocemente ed è generalmente preceduto da un periodo di sperimentazione (Studio EU-Dap 2004-2006), inoltre gli adolescenti che iniziano a fare uso in giovane età hanno una maggiore probabilità a sviluppare dipendenza (Tyas, 1998). In questa fase sono numerosi i fattori che possono far propendere verso l'acquisizione di un'abitudine che spesso appare consolidata già prima del completamento della Scuola Secondaria di I Grado (HBSC, Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare, 2006). Tali fattori spaziano dalle abitudini e dagli stili educativi familiari al condizionamento svolto dal gruppo dei pari (Ravenna, 1993, Bonino, 1998, Borca et al., 2001), dalla funzione trasgressiva della sigaretta in età adolescenziale (Bonino, 2003), al bisogno di autonomia, emancipazione, sfida (*ibidem*), dalla costruzione di un'immagine di sé "adulta" e/o alla moda (*ibidem*), al tentativo di alleviare gli stati di disagio e di regolare le emozioni (Ravenna, 1993).

Infine, nonostante siano ben noti anche tra i ragazzi i pericoli associati al fumo, molti sottostimano il rischio, focalizzando l'attenzione sui presunti vantaggi immediati (Malagoli Togliatti, 2004), come la socializzazione, la ritualità e l'accettazione nel gruppo.

Ai ragazzi partecipanti all'indagine è stato chiesto se e quanto spesso fumano per identificare gruppi di fumatori occasionali o quotidiani e quindi mettere in evidenza comportamenti ancora in fase di sperimentazione e quelli invece già acquisiti in relazione all'età.

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0.09 (1)	1.21 (14)	11.97 (138)
Almeno una volta a settimana	0.26 (3)	1.47 (17)	6.68 (77)
Meno di una volta a settimana	0.87 (10)	3.89 (45)	6.50 (75)
Non fumo	98.78 (1135)	93.43 (1080)	74.85 (863)
Totale	100 (1149)	100 (1156)	100 (1153)

La tabella 6.1 mostra che la maggioranza dei ragazzi intervistati in tutte le fasce di età dichiara di non fumare (dal 99% degli 11 anni al 75% dei 15enni), tuttavia all'età di 15 anni il numero di fumatori abituali si attesta già al 12%, con un picco di incremento percentuale 10 volte superiore rispetto ai 13enni. Va aggiunto, inoltre, a tale dato il comportamento a rischio degli sperimentatori (Almeno una volta e Meno di una volta a settimana) che, alla stessa età, raggiunge il 13%, portando la quota complessiva di sperimentazione del fumo di sigaretta a 15 anni alla soglia del 25%.

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



Come indica la Figura 6.1 non si osservano differenze significative tra i sessi in coloro che dichiarano di fumare ogni giorno nelle tre fasce d'età considerate.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	99.13 (1136)	91.52 (1057)	73.02 (839)
Meno di 1 sigaretta a settimana	0.70 (8)	4.94 (57)	8.44 (97)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.00 (0)	1.30 (15)	3.48 (40)
1-5 sigarette al giorno	0.09 (1)	1.47 (17)	7.66 (88)
6 o più sigarette al giorno	0.09 (1)	0.78 (9)	7.40 (85)
Totale	100 (1146)	100 (1155)	100 (1149)

Anche rispetto ai fumatori occasionali, le percentuali maggiori sono relative ai 15enni, ma si osserva già una fascia di “sperimentatori” pari quasi al 5% di coloro che a 13 anni dichiarano di fumare meno di una sigaretta a settimana.

Tra i ragazzi di 15 anni, inoltre il numero di sigarette fumate giornalmente risulta superiore alle 6 al giorno nel 7% degli intervistati, mentre l'8 % dichiara che il numero delle sigarette da loro fumate va da 1 a 5 al giorno. La % di fumatori abituali risulterebbe quindi maggiore di quanto dichiarato in tabella 6.1 evidenziando come il comportamento possa ancora considerarsi molto instabile e in divenire.

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).
60,8% dei 13-15 anni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	2.03 (23)	3.57 (41)	5.81 (67)
Ogni settimana	3.61 (41)	6.28 (72)	22.12 (255)
Ogni mese	3.26 (37)	7.06 (81)	14.92 (172)
Raramente	26.17 (297)	39.06 (448)	35.65 (411)
Mai	64.93 (737)	44.03 (505)	21.51 (248)
Totale	100 (1135)	100 (1147)	100 (1153)

Relativamente al consumo di bevande alcoliche nei giovani marchigiani, si rileva un *consumo regolare* (secondo lo studio nazionale DOXA-Osservatorio Permanente Giovani e Alcol del 2010 si considera “regolare” il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica una volta la settimana) nel 6% dei ragazzi di 11 anni, nel 10% dei ragazzi di 13 anni e nel 28% dei ragazzi di 15 anni. Il raffronto col dato nazionale, se suddiviso per genere, non evidenzia significative differenze ad eccezione dei 15enni marchigiani che dichiarano di avere bevuto almeno una volta la settimana nel 19% nelle femmine (contro il 24% del dato nazionale) ed nel 36% dei maschi (contro un dato nazionale del 41%), dunque con riscontri un po' meno preoccupanti in senso assoluto. .

Rispetto al consumo occasionale di alcol (ovvero considerando il consumo di una bevanda al mese) il dato si fissa sul 3% dei giovani di 11 anni, nel 7% degli alunni di 13 anni e nel 15% dei ragazzi di 15 anni. Inoltre risulta che “beve raramente” il 26% dei giovani di 11 anni, il 39% di 13 anni ed il 35% di

15 anni. Se consideriamo per consumatori reali i giovani che bevono ogni giorno/ ogni settimana ne risultano tali il 9% tra i giovani di 11 anni, il 17% nei giovani di 13 anni ed il 43% dei i giovani di 15 anni. Questo significa che secondo i criteri dettati dall'OMS e dall'Istituto Superiore di Sanità queste singole percentuali corrispondono a bevitori a rischio in quanto per tali criteri sotto ai 15 anni il giovane il consumo alcolico deve essere pari a zero. Infatti i risultati della ricerca scientifica ribaditi nella settima Relazione al Parlamento del 2010 sugli interventi in materia di alcol da parte del Ministero della Salute rilevano un rischio 4 volte maggiore di sviluppare un'alcoldipendenza in età adulta in chi inizia a bere prima dei 15 anni. Inoltre secondo l'Istituto Superiore di Sanità circa 1 caso su 5 di intossicazione alcolica acuta che afferrisce al Pronto Soccorso riguarda ragazzi di età minore di 14 anni.

Infine il riscontro dei non consumatori evidenzia il 65% dei giovani di 11 anni, il 44, % dei giovani di 13 anni ed il 22% dei giovani di 15 anni.

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

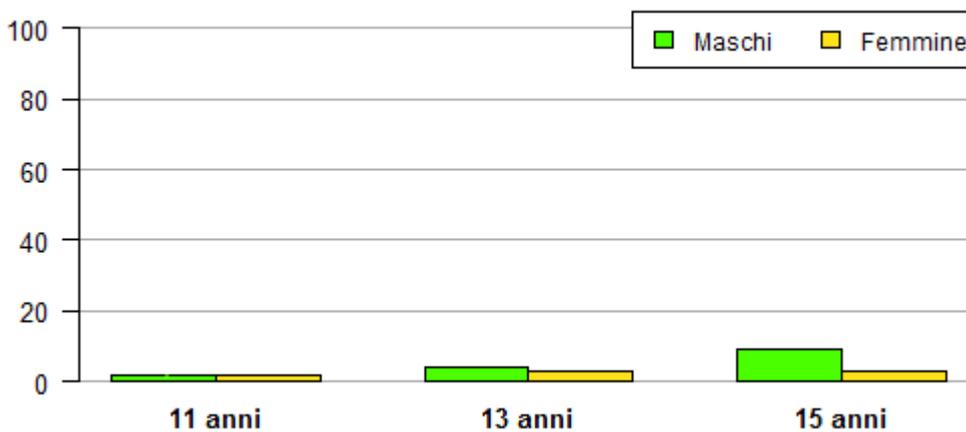
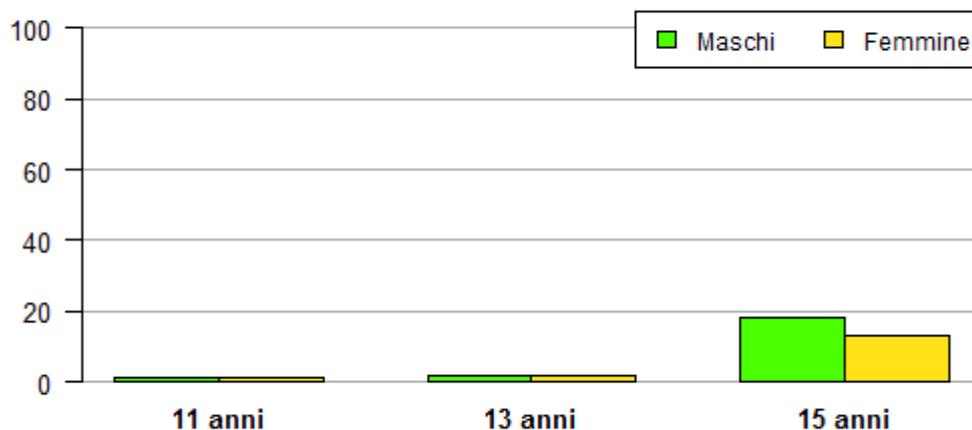


Tabella 6.4– “Nell’ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	87.10 (986)	76.01 (868)	56.97 (650)
Solo Lunedì-Venerdì	4.24 (48)	5.08 (58)	5.43 (62)
Solo Sabato e Domenica	6.80 (77)	14.80 (169)	30.76 (351)
Sia in settimana che nel week-end	0.88 (10)	3.06 (35)	5.26 (60)
Sempre	0.97 (11)	1.05 (12)	1.58 (18)
Totale	100 (1132)	100 (1142)	100 (1141)

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

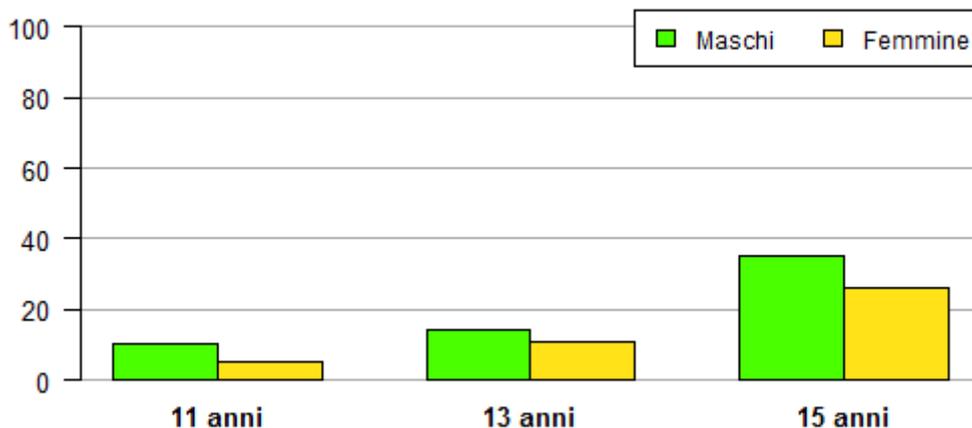


L'indagine inoltre rileva che i giovani marchigiani “che si sono ubriacati davvero” presenta un trend crescente secondo l'età e con interessamento differenziato soprattutto nella fascia dei quindicenni dove prevale in modo rilevante il genere maschile. Il raffronto dei dati regionali con quelli nazionali relativamente a “chi si ubriacato almeno due volte” non rileva differenze significative nelle tre fasce di età considerate.

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	95.56 (1075)	90.36 (1041)	72.10 (832)
Una volta	3.56 (40)	7.29 (84)	12.65 (146)
2-3 volte	0.80 (9)	1.48 (17)	10.05 (116)
4-10 volte	0.00 (0)	0.43 (5)	3.12 (36)
Più di 10 volte	0.09 (1)	0.43 (5)	2.08 (24)
Totale	100 (1125)	100 (1152)	100 (1154)

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

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



Rispetto ai giorni della settimana in cui i giovani bevono bevande alcoliche si evidenzia che il 7% dei giovani di 11 anni ha bevuto il Sabato e la Domenica e il 4% solo Lunedì e Venerdì; il 31% dei giovani di 15 anni ha bevuto nell'ultima settimana solo il Sabato e Domenica e che il 5% dei giovani dei giovani di 15 anni ha bevuto oltre che nel weekend anche in settimana. Inoltre il 15% dei giovani di 13 anni ha bevuto solo il sabato e domenica e il 3% nel weekend e anche in settimana.

Si evidenzia dai dati la tendenza ormai conosciuta di un consumo alcolico concentrato nel fine settimana evidentemente nei momenti ricreazionali. Tale tendenza considera la bevanda alcolica non in un'accezione alimentare ma come "sostanza" di cui si utilizza gli intrinseci effetti psicoattivi da consumare per facilitare i rapporti interpersonali e relazionali con gli altri in contesti gruppal e di divertimento.

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.

I dati raccolti nella tabella 6.6, riferiti al campione "solo quindicenni", mostrano che la maggioranza degli intervistati e precisamente l'85% dichiara di non aver mai fatto uso di cannabis.

E' interessante notare che tra chi ha fatto uso di cannabis la percentuale più consistente, cioè il 7% degli intervistati, dichiara di averne fatto uso una o 2 volte.

Il restante 8% dei ragazzi è distribuito in modo pressoché omogeneo tra le altre modalità da "3-5 volte" a ">1 al giorno".

Da notare inoltre che le differenze tra maschi e femmine non sono rilevanti in nessuna delle modalità di risposta descritte.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	82.62 (499)	87.27 (480)	84.84 (979)
Una o due volte	7.78 (47)	6.91 (38)	7.37 (85)
3-5 volte	1.82 (11)	1.64 (9)	1.73 (20)
6-9 volte	1.66 (10)	2.00 (11)	1.82 (21)
10-19 volte	1.66 (10)	0.55 (3)	1.13 (13)
20-39 volte	2.48 (15)	0.73 (4)	1.65 (19)
>1 una volta al giorno	1.99 (12)	0.91 (5)	1.47 (17)
Totale	100 (604)	100 (550)	100 (1154)

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).

Nei questionari HBSC le domande di approfondimento sul tema della sessualità hanno indagato le abitudini sessuali dei ragazzi, e in tal senso, l’eventuale utilizzo del preservativo. Nello specifico è stato chiesto loro se abbiano mai avuto rapporti sessuali completi. A livello regionale, a tale domanda, la frequenza di coloro che dichiarano di avere già avuto un rapporto sessuale completo è del 17.% , contro l’83% che afferma di non averne ancora avuti. E’ interessante notare come sia maggiore la frequenza delle risposte affermative a tale domanda nelle ragazze (18%) rispetto ai ragazzi (16%).

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	15.89 (95)	18.25 (100)	17.02 (195)
No	84.11 (503)	81.75 (448)	82.98 (951)
Totale	100 (598)	100 (548)	100 (1146)

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.

In tabella 6.8 sono riportati i risultati emersi da tale indagine. Complessivamente, sul campione esaminato il 78% dichiara di aver fatto uso del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale, con una frequenza lievemente maggiore nelle ragazze (79%), rispetto ai ragazzi (77%). Il 22% dichiara di non aver fatto uso del profilattico, per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali nell'ultimo rapporto sessuale con una percentuale di poco maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sì	76.92 (70)	78.79 (78)	77.89 (148)
No	23.08 (21)	21.21 (21)	22.11 (42)
Totale	100 (91)	100 (99)	100 (190)

Conclusione:

I dati emersi dall'indagine sulle abitudini sessuali dei ragazzi di 15 anni, a livello regionale, sono sostanzialmente in linea con quelli emersi a livello nazionale. Nella nostra Regione su un campione di 1146 ragazzi di 15 anni, 145 hanno avuto un rapporto sessuale completo (17%), a livello nazionale però la percentuale maggiore è rappresentata dai ragazzi (26 % dato nazionale 2010) rispetto alle ragazze (18% dato nazionale 2010). Rispetto a questo, nella nostra Regione, si registra una lieve controtendenza, in quanto la frequenza di coloro che dichiarano di aver già avuto un rapporto sessuale completo è maggiore nelle ragazze (18.% dato regionale) rispetto ai ragazzi (16% dato regionale), che tra l'altro risulta minore rispetto alla media nazionale (26% dato nazionale).

Per quanto riguarda l'uso del preservativo tra coloro che hanno già avuto rapporti il 79% dei maschi (79% dato nazionale 2010) e il 77% (67% dato nazionale 2010) delle femmine dichiarano di averlo utilizzato.

6.3 Infortuni

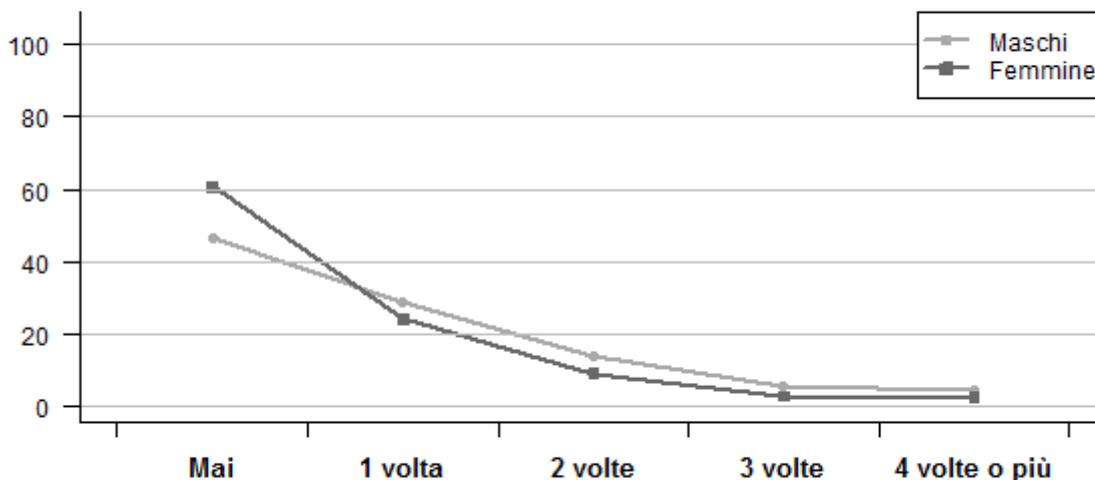
Gli infortuni sono diventati nel XX secolo una delle cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito della prevenzione e del controllo della gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante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

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

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	55.15 (626)	52.43 (604)	52.13 (600)
Una volta	26.87 (305)	27.08 (312)	26.76 (308)
2 volte	10.13 (115)	12.41 (143)	12.77 (147)
3 volte	3.26 (37)	4.51 (52)	5.13 (59)
4 volte o più	4.58 (52)	3.56 (41)	3.21 (37)
Totale	100 (1135)	100 (1152)	100 (1151)

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



La tabella 6.9 e la figura 6.5 forniscono una valutazione concernente la frequenza degli infortuni che hanno richiesto cure da parte di personale sanitario, medico o infermieristico, nel corso degli ultimi dodici mesi. La tabella 6.9 indica che il 47% dei ragazzi, indipendentemente dall'età, ha subito uno o più infortuni nell'ultimo anno. Nella figura 6.5, che riporta le differenze di genere, è possibile osservare come tale fenomeno sia molto più frequente nel sesso maschile.

6.4 Conclusioni

La rilevazione HBSC colloca già a 13 anni il momento del primo contatto con il mondo delle sostanze voluttuarie, un mondo che si prospetta spesso attraente e coinvolgente tanto da portare già a 15 anni livelli di sperimentazione vicini a quelli di età più adulte.

La precoce iniziazione all'uso di sostanze legali e illegali comporta, anche nella Regione Marche, la necessità di intervenire in età pre-adolescenziale per migliorare il benessere e la salute dei giovanissimi attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali e sociali per la vita (*life skills*). Tali abilità sono universalmente riconosciute come fondamentali per gestire l'emotività, le relazioni interpersonali, la pressione dei pari e le problematiche giovanili, prevenendo e ritardando comportamenti a rischio come la sperimentazione e l'uso continuativo delle sostanze psicoattive.

In particolare lo studio EU-Dap (*EUropean Drug addiction prevention trial*), realizzato a livello Europeo e in Italia negli anni 2004-2006, ha dimostrato la validità e l'efficacia del programma *UNPLUGGED* fondato sullo sviluppo delle *life skills* ed attivato in età scolare compresa tra i 12 e i 14 anni per la prevenzione del fumo di tabacco, dell'uso di sostanze e dell'abuso di alcol.

Tale programma, basato sul modello dell'influenza sociale, sarà implementato per l'anno scolastico 2011-2012 in tutta la Regione Marche con l'obiettivo di:

- favorire lo sviluppo e il consolidamento delle competenze interpersonali;
- sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali;
- correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive;
- migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.

Dall'analisi dei comportamenti sessuali si delinea l'immagine di un adolescente che si avvicina sempre più precocemente ad una vita sessuale completa. Le **abitudini sessuali** degli adolescenti non lasciano quindi intravedere un quadro rassicurante, non per il **nesso** in età precoce in sé, quanto per le conseguenze dei comportamenti sessuali messi in atto. Le infezioni sessualmente trasmesse costituiscono in tale contesto uno dei problemi prioritari, connotato forse dalle carenze educative e ad un significativo calo della percezione del rischio di infezione. Emerge quindi l'esigenza di un'educazione sessuale rivolta agli adolescenti, con il significativo coinvolgimento delle famiglie e delle scuole, formando così una rete di spazi formali ed informali, volta al sostegno, alla condivisione ma soprattutto alla promozione di sani stili di vita.

Dal dato della ricerca si rileva infine, come problematicità che il consumo di bevande alcoliche inizia in età precoce; già ad 11 anni il 9% presenta un consumo reale e considerando che col crescere dell'età, la percentuale dei consumatori incrementa: il 17% dei 13enni e addirittura il 43% dei 15enni.

Questa tendenza evidenzia un'appetizione significativa verso l'alcol (sostanza psicoattiva) in età precoce, in persone che presentano quindi ancora un sistema nervoso in fase di sviluppo, per cui l'OMS e l'ISS sconsigliano il consumo dell'alcol proprio per questo motivo considerandolo a rischio per la salute.

L'assunzione di alcol con i suoi effetti neurologici e psicoattivi su un sistema nervoso e quindi su una psiche ancora in via di strutturazione, può infatti da un lato favorire il manifestarsi di comportamenti problematici (a scuola, in famiglia, a livello inter-personale) ma anche strutturare uno stile di vita in cui la sostanza psicoattiva risulta avere comunque un ruolo soprattutto se associata ad episodi di ebbrezza alcolica che "imprantano" significativamente l'esperienza soggettiva del giovane.

Perciò questa eventualità non è auspicabile neanche occasionalmente perché può indurre disregolazioni emotivo-affettive che sviluppino in comportamenti di Abuso in persone così giovani.

Bibliografia capitolo 6

- A.A.V.V. (2004). *Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveill. System And Recent Reports On High-risk Adolescents*. DIANE Publishing, pp 96.
- Beck F., Legleye S., Perretti-Watel P. (2000). *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESPAD 2000 survey], OFTD.
- Brener N., Collins J.L., Kann L., Warren C.W., Williams B.I. (1995). Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141 (6): 575-580.
- Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E. (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- De Wit D.J., Adlaf E.M., Offord, D.R., Ogborne A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745-750.
- Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (Eds.) (1996). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Engels R.C., Knibbe R.A. (2000). Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addictive Behaviors*, 25(3): 435-439.
- Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Versino E., Zambon A., Borraccino A., Lemma P. (2005), "School-based prevention for illicit drugs' use (Cochrane Review)". *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Issue 2
- National Center for Disease Control and Prevention (2000). Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisquars.2000>.
- Pickett W., Molcho M., Simpson K., Janssen E., Kuntsche E., Mazur J., Harel Y., Boyce WF. (2005). Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Injury Prevention*, 59:213-218.
- Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36(1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19:6-16.
- Scheidt P.C. (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC*, 142: 612-617.
- Wellings K. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 368:1706-1728.
- WHO (2009). *WHO report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. <http://www.who.int/tobacco/en/>
- Welte J.W. et al. (1999). Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Substance use and misuse*, 34(19): 1427-1449.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.

Bonino S. Cattelino E. (1998) I comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale in adolescenza, *Regione Piemonte*

Bonino S., Cattelino E., Ciairano S. (2003) Adolescenti e rischio *Ed. Giunti, Firenze*

Borca G., Ciairano S., Bonino S. (2001) I comportamenti a rischio in adolescenza. Prospettive teoriche e ricerche. In *Orlandini D., Nardelli R., Potente R. (a cura di) Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti, Mirani-Ve: Graph Photo*

HBSC (2006) Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC

Malagoli Togliatti M. (2004). Comportamenti a rischio e rapporti familiari. *In: Nizzoli U., Colli C. Giovani che rischiano la vita. (pp. 65-77). MC Graw Hill , Milano*

Ravenna M. (1993) Adolescenti e droga. *Il Mulino, Bologna*

Tyas SL. (1998) Psychosocial factors related to adolescent smoking. A critical review of the literature *Tob. Control 7:409-420*

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 psicofisico del ragazzo sono prevalentemente di quattro tipi:

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

I risultati ottenuti a livello regionale, come riportato in tabella 7.1, mettono in luce che la percezione della propria salute nei ragazzi tra 11 e 15 anni, è generalmente riferita come buona ed eccellente mantenendosi al di sopra dell'80% in tutti i gruppi.

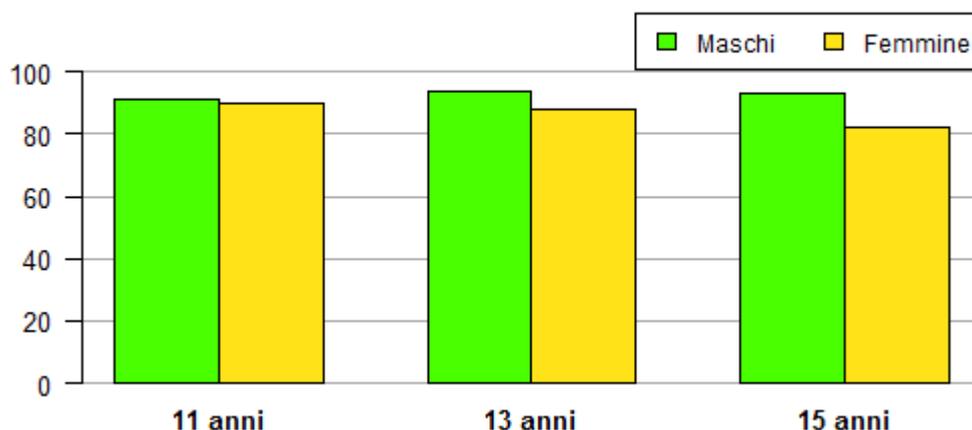
E' interessante notare come tale percezione positiva della propria salute decresce con l'aumentare dell'età. Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni infatti, la percentuale di chi reputa la propria salute eccellente diminuisce in modo evidente.

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

	(8)	(8)	(15)
Totale	100anni % (N)44	100anni % (N)54	100anni % (N)53
Eccellente	36.98 (423)	35.18 (406)	29.75 (343)
Buona	53.50 (612)	56.24 (649)	57.76 (666)
Discreta	8.83 (101)	7.89 (91)	11.19 (129)
Scadente	0.70	0.69	1.30

La tabella 7.1 rileva le percezioni dei ragazzi di 11, 13, 15 anni circa il loro stato di salute. In tutte e tre le età rispettivamente il 90%, il 91% e l'87% percepiscono la propria salute da eccellente a buona. Dei restanti soggetti la percentuale maggiore reputa il proprio stato di salute come discreta 9% (11 anni), 8% (13 anni), 11.% (15 anni) e solo una piccola percentuale come scadente . Da una valutazione complessiva dei dati si evince una tendenza molto debole verso una concezione meno positiva della propria salute al crescere dell'età.

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



Nella figura 7.1 si osservano anche le differenze tra maschi e femmine che, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006), sono quasi sempre a svantaggio delle ragazze.

Nell'approfondimento delle differenze di genere rispetto alla percezione del proprio stato di salute, emerge che pur mantenendo valori di percezione alti in entrambi i sessi, si può osservare una lieve differenza a favore dei ragazzi già a partire dagli 11 anni di età. Tale differenza aumenta in maniera evidente con l'aumentare dell'età. A 15 anni infatti, come messo in luce dal grafico (figura 7.1) la percezione del proprio stato di salute risulta essere significativamente migliore per i ragazzi rispetto alle ragazze.

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 rivela efficace sia negli adulti, che nei ragazzi.

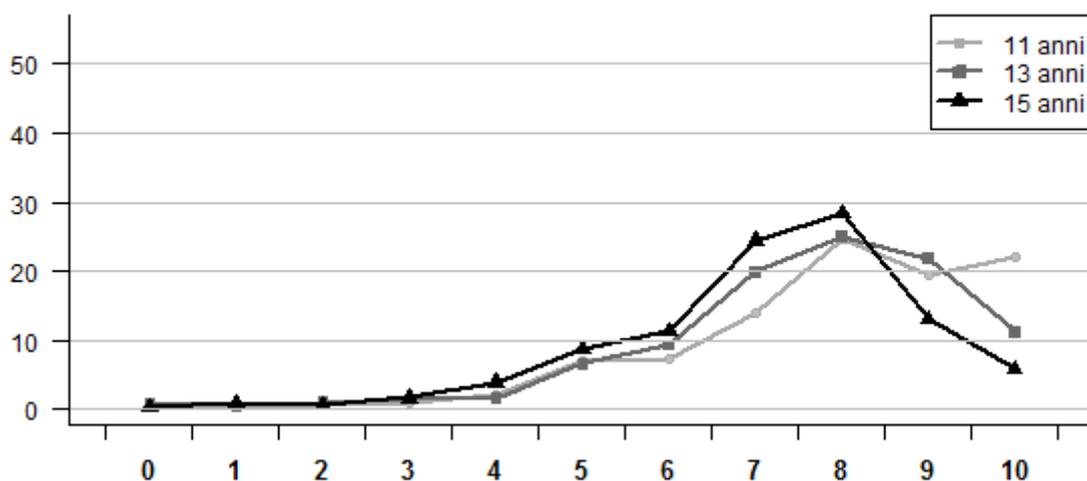
I dati sotto riportati mostrano la distribuzione dei soggetti intervistati su una scala da 0 a 10 della percezione del proprio benessere e l'andamento delle tre età rappresentate.

Le percentuali di soggetti per ogni votazione da 0 a 8 sono tra le tre età pressoché omogenee, la differenza si osserva nella contro tendenza nei valori più alti della scala tra quindicenni e tredicenni da una parte e undicenni dall'altra: questo sta a significare che tra coloro che giudicano eccellente e molto buono il loro stato di benessere (punteggi 8, 9 e 10) gli undicenni sono più di 4 volte maggiori dei tredicenni e dei quindicenni.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	0.87 (10)	0.87 (10)	0.43 (5)
1	0.52 (6)	0.61 (7)	1.04 (12)
2	0.61 (7)	1.13 (13)	0.61 (7)
3	1.05 (12)	1.56 (18)	1.74 (20)
4	2.19 (25)	1.65 (19)	4.00 (46)
5	7.17 (82)	6.67 (77)	8.70 (100)
6	7.26 (83)	9.36 (108)	11.48 (132)
7	13.90 (159)	19.93 (230)	24.52 (282)
8	24.74 (283)	25.04 (289)	28.52 (328)
9	19.58 (224)	21.84 (252)	13.04 (150)
10	22.12 (253)	11.35 (131)	5.91 (68)
Totale	100 (1144)	100 (1154)	100 (1150)

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.

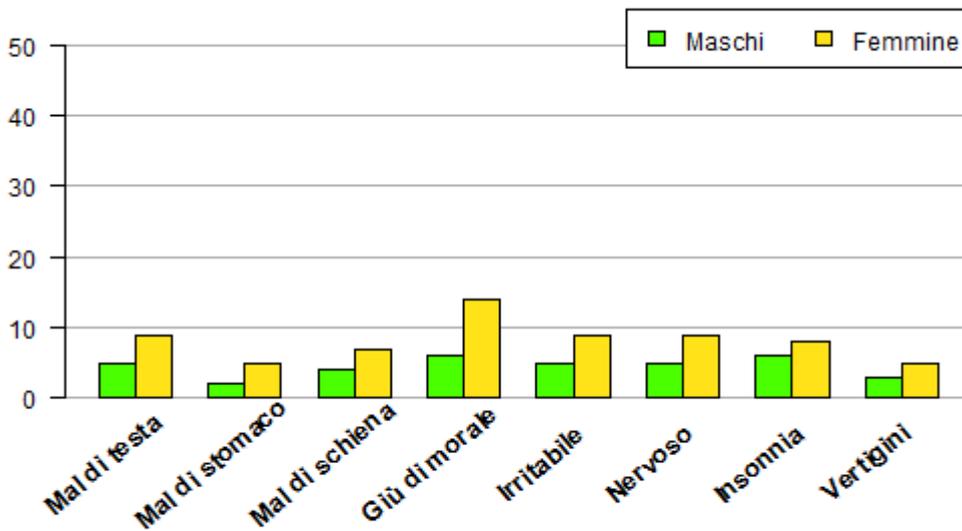
Rispetto alla percezione del proprio benessere, che tutto sommato è risultata positiva, la tabella 7.3 descrive una situazione di malessere tra i ragazzi, in tutte e tre le età.

La tabella rappresenta la frequenza con la quale si presentano almeno uno dei sintomi riportati; si osserva come ben l'81% di undicenni, l'84% di tredicenni e l'87% di quindicenni, presentano i sintomi elencati da "ogni giorno", "più di una volta a settimana" a "una volta a settimana".

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	29.07 (334)	26.90 (311)	28.81 (333)
Più di 1 volta a settimana	32.20 (370)	36.59 (423)	36.94 (427)
1 volta a settimana	19.76 (227)	20.16 (233)	20.93 (242)
1 volta al mese	13.75 (158)	14.10 (163)	11.42 (132)
Raramente o mai	5.22 (60)	2.25 (26)	1.90 (22)
Totale	100 (1149)	100 (1156)	100 (1156)

Figura 7.3 – Frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere



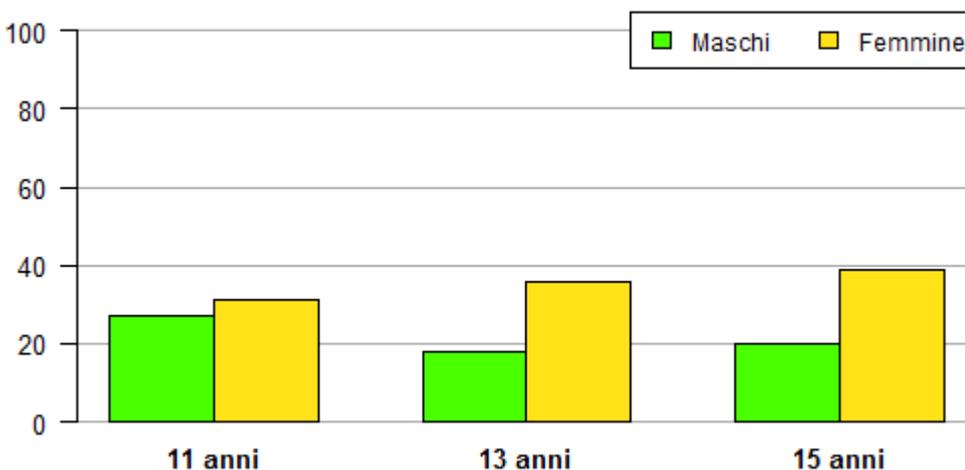
Nella figura 7.3 viene riportata la frequenza di ogni sintomo ogni giorno per genere.

In ogni tipologia di sintomo (avuto ogni giorno) la componente femminile risulta essere sempre maggiore rispetto a quella maschile. In modo particolare la differenza aumenta nei sintomi psicologici come il sentirsi giù di morale, l'irritabilità, il nervosismo, sintomatologia probabilmente legata alla comparsa del ciclo mestruale e alla relativa irregolarità che contraddistingue i primi anni della comparsa del menarca.

La figura 7.4 riporta il grafico che rappresenta i dati aggregati di quanti avvertono almeno un sintomo ogni giorno per età, e dal quale si osservano le seguenti tendenze:

1. i maschi undicenni presentano sintomi più spesso rispetto ai maschi tredicenni e quindicenni;
2. le femmine all'opposto risultano soffrire di sintomi sempre più spesso al crescere dell'età;
3. di conseguenza, la differenza tra maschi e femmine tende ad essere più marcata al crescere dell'età;

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).

Tenendo distinti i sintomi rilevati in precedenza in due categorie: sintomi somatici e sintomi psicologici, la tabella 7.4 riporta le percentuali di quanti negli ultimi 6 mesi avvertono ogni giorno, più di una volta a settimana, 1 volta a settimana, 1 volta al mese, raramente o mai sintomi somatici in tutte e tre le età. In merito a questa distribuzione di frequenza si osserva che il 66% (11 anni), il 64% (13 anni) e il 65% (15 anni) hanno sintomi somatici "ogni giorno", "più di una volta a settimana", e "1 volta a settimana".

Per quanto riguarda le differenze di genere la figura 7.5 conferma le tre tendenze già osservate nella figura 7.4.

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	21.67 (249)	16.44 (190)	17.65 (204)
Più di 1 volta a settimana	25.33 (291)	26.64 (308)	25.61 (296)
1 volta a settimana	19.58 (225)	20.59 (238)	22.23 (257)
1 volta al mese	19.15 (220)	24.91 (288)	24.57 (284)
Raramente o mai	14.27 (164)	11.42 (132)	9.95 (115)
Totale	100 (1149)	100 (1156)	100 (1156)

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

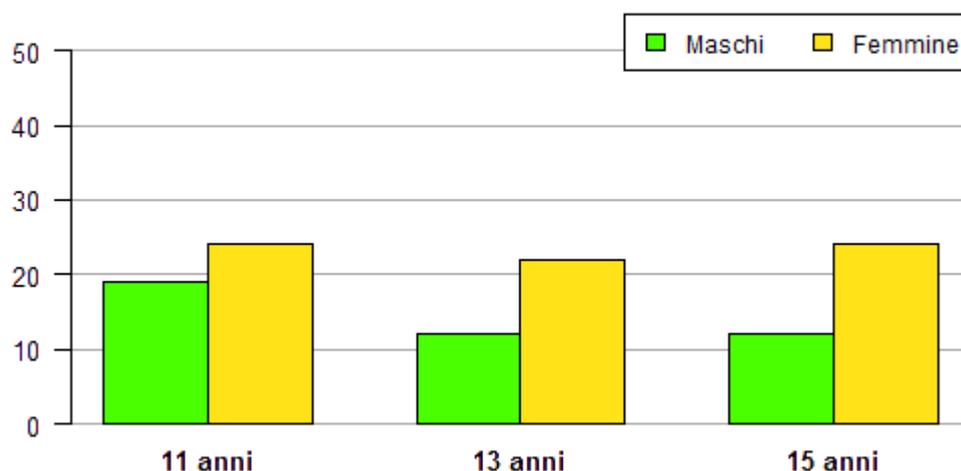


Tabella 7.5: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	16.08 (184)	17.06 (197)	18.34 (212)
Più di 1 volta a settimana	25.79 (295)	31.77 (367)	34.86 (403)
1 volta a settimana	24.13 (276)	23.64 (273)	25.17 (291)
1 volta al mese	21.15 (242)	20.87 (241)	16.78 (194)
Raramente o mai	12.85 (147)	6.67 (77)	4.84 (56)
Totale	100 (1144)	100 (1155)	100 (1156)

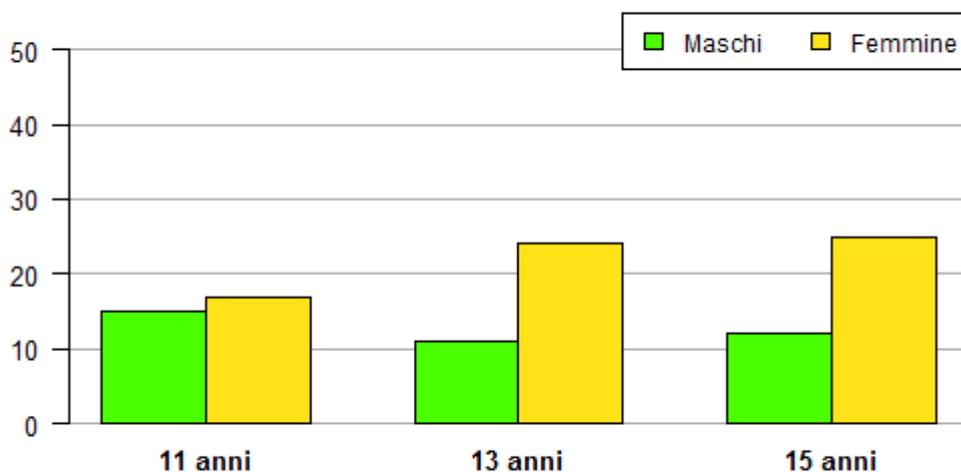
La tabella 7.5 riporta le percentuali di quanti negli ultimi 6 mesi avvertono ogni giorno, più di una volta a settimana, 1 volta a settimana, 1 volta al mese, raramente o mai sintomi psicologici, rilevate in tutte e tre le età.

Anche in questo caso il 66% (11 anni), il 72% (13 anni), e il 76% (15 anni) dei ragazzi presentano sintomi psicologici ogni giorno, più di 1 volta a settimana, 1 volta a settimana. Questa osservazione si discosta molto dalle loro percezioni circa il loro stato di salute e benessere.

La figura 7.6 descrive le differenze di genere nella presenza dei sintomi psicologici nelle tre età, le tendenze che emergono sono le medesime di quelle rilevate nel caso dei sintomi somatici:

1. i maschi undicenni presentano sintomi più spesso rispetto ai maschi tredicenni e quindicenni;
2. le femmine all'opposto risultano soffrire di sintomi psicologici sempre più spesso al crescere dell'età;
3. di conseguenza, la differenza tra maschi e femmine tende ad essere più marcata al crescere dell'età;

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



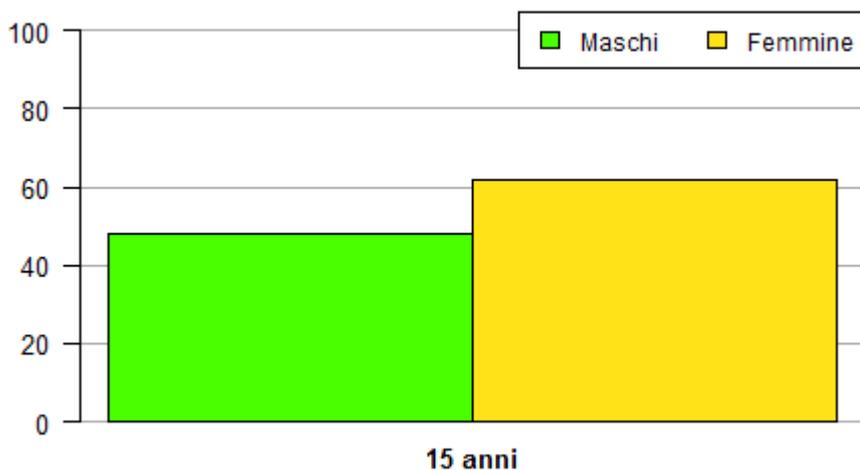
7.5 Utilizzo di farmaci

Il 55% degli intervistati ha assunto uno o più farmaci nell'ultimo mese con un maggiore utilizzo da parte delle femmine (62% vs. 48% dei maschi)

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

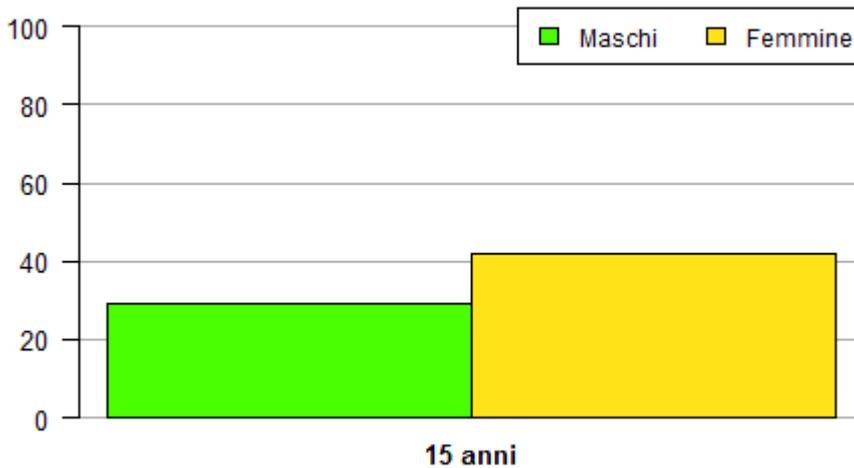
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Nessun farmaco	51.85 (308)	37.92 (204)	45.23 (512)
Sì, 1 farmaco	25.25 (150)	33.09 (178)	28.98 (328)
Sì, >1 farmaco	22.90 (136)	29.00 (156)	25.80 (292)
Totale	100 (594)	100 (538)	100 (1132)

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



La figura 7.7 rappresenta il grafico che descrive la differenza di genere nella frequenza dell’assunzione dei farmaci (nell’ultimo mese almeno 1 farmaco). Come era logico aspettarsi, tra coloro che hanno assunto almeno un farmaco nell’ultimo mese prevale la componente femminile.

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



La figura 7.8 osserva quanti tra maschi e femmine hanno assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese per lo specifico sintomo del mal di testa e ovviamente tendenza in linea con l'assunzione di farmaci in generale, in quanto le femmine rappresentano l'11% circa in più dei maschi.

7.6 Conclusioni

Dai risultati dell'analisi condotta emerge che i giovani marchigiani tra gli undici e quindici anni hanno una buona percezione della propria salute e del proprio benessere, tale dato è scientificamente collegato ad una buona aspettativa di vita. Una alta percentuale del campione, tuttavia, presenta frequentemente dei sintomi di malessere psicofisico e le femmine affermano di soffrire maggiormente rispetto ai maschi: la sofferenza è per lo più psicologica e aumenta tendenzialmente con l'età.

Il dato in generale sulla percezione della propria salute e del proprio benessere segue il trend nazionale, dove, seppure con alte percentuali di buona percezione della salute le femmine sono quelle che lamentano maggiormente una non buona percezione della propria salute rispetto ai maschi, e rispetto alla media nazionale, il numero delle ragazze marchigiane è più elevato (12% delle tredicenni marchigiane vs. il 10% del campione nazionale e il 18% delle quindicenni vs il 15% del dato nazionale). Da notare inoltre che, sempre riguardo alla percezione della propria salute mentre per i tredici e i quindicenni marchigiani maschi non vi è alcuno scostamento rispetto alla media nazionale, per gli undicenni invece emerge un quadro leggermente più critico (non hanno una buona o eccellente visione della propria salute il 7% degli undicenni del campione nazionale vs. il 9% del campione marchigiano).

Rispetto alla tipologia di sintomi (psicologici o somatici) non esistono differenze nel confronto maschi / femmine in quanto si presentano in entrambi i casi le medesime tendenze:

- i maschi undicenni presentano sintomi sia psicologici che somatici più spesso, rispetto ai maschi tredicenni e quindicenni;
- le femmine all'opposto risultano soffrire di sintomi psicologici e somatici sempre più spesso, al crescere dell'età;

Le differenze si riflettono anche nella frequenza di assunzione dei farmaci in quanto l'11% in più delle femmine rispetto alla percentuale maschile dichiarano di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese, contro una percentuale femminile più bassa di 14 punti rispetto a quella maschile nella risposta "nessun farmaco nell'ultimo mese". Si presume che queste differenze possano essere legate al fatto che le femmine avvertono più sintomi e più spesso rispetto ai maschi, fig. 7.3.

In generale è possibile riscontrare che al crescere dell'età, le differenze tra maschi e femmine rispetto allo stato di salute si fanno sempre più marcate.

Questa tendenza è il frutto da un lato di percentuali femminili più alte di quelle maschili rispetto ad una valutazione poco positiva o negativa del proprio stato di salute in tutte e tre le età, dall'altro è frutto anche del fatto che i maschi di 11 anni avvertono più sintomi e più spesso, rispetto ai maschi di 13 e 15 anni.

Bibliografia capitolo 7

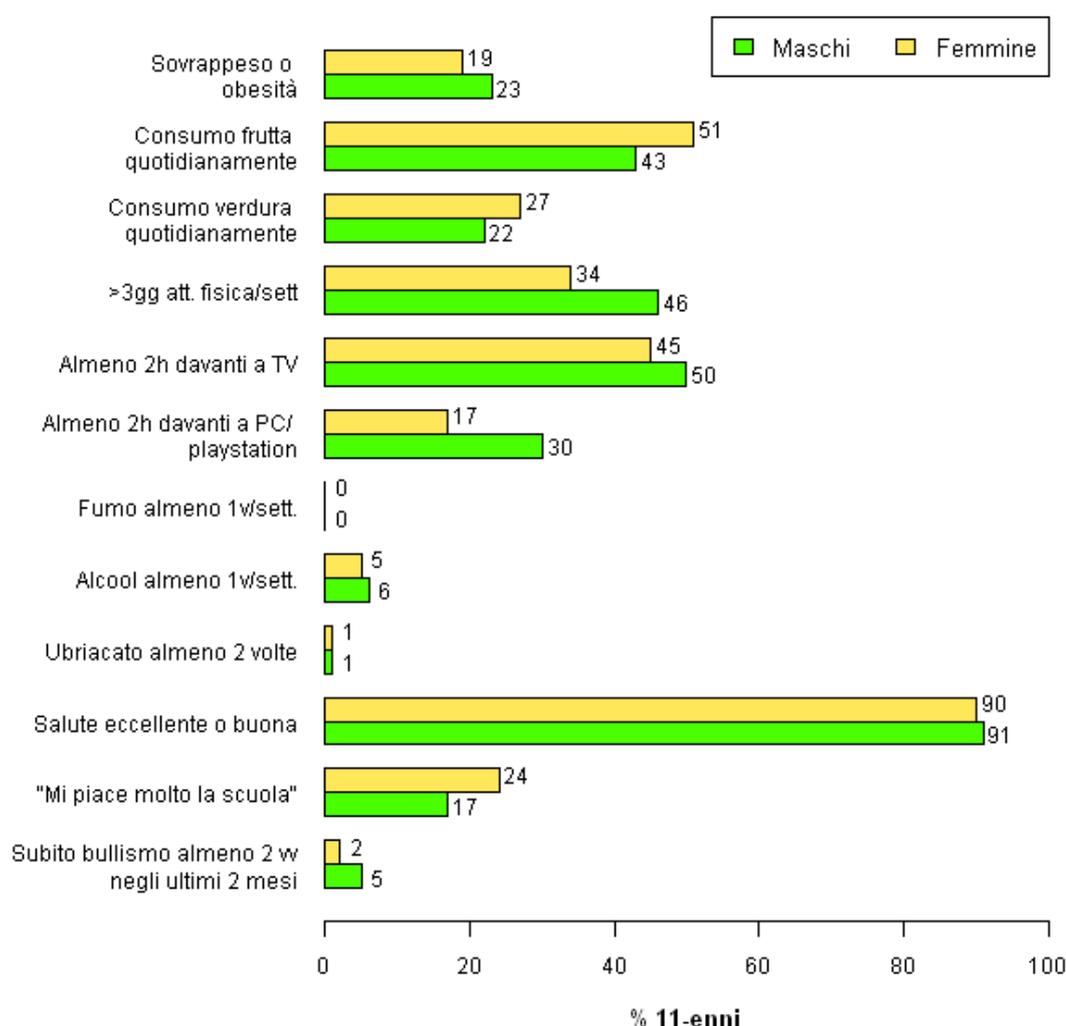
- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., 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.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland S., Wold B., Stevenson J., Aarø LE, Woynarowska B. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Hetland J., Torsheim T., Aarø LE. (2002), Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30: 3, 223-230.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (2001), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3): 293-303.
- WHO (1948) - Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948 (<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>).
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneve, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Aeries No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

Alcuni indicatori riassuntivi

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

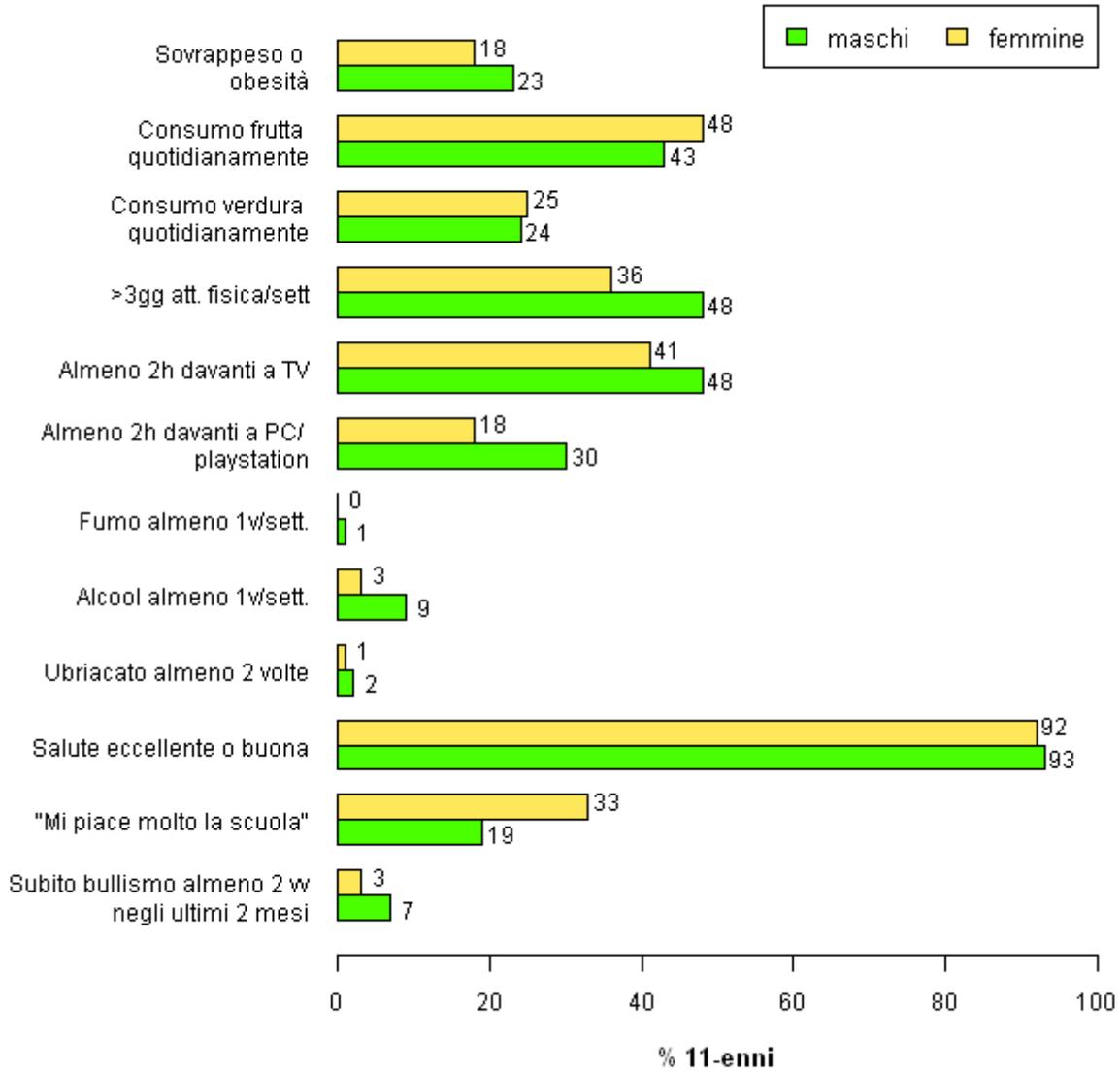
- Indice di Massa Corporea;
- Consumo di frutta e verdura;
- Attività fisica;
- Sedentarietà;
- Benessere;
- Fumo e Alcol;
- La scuola;
- Bullismo.

Undicenni – Dati regionali

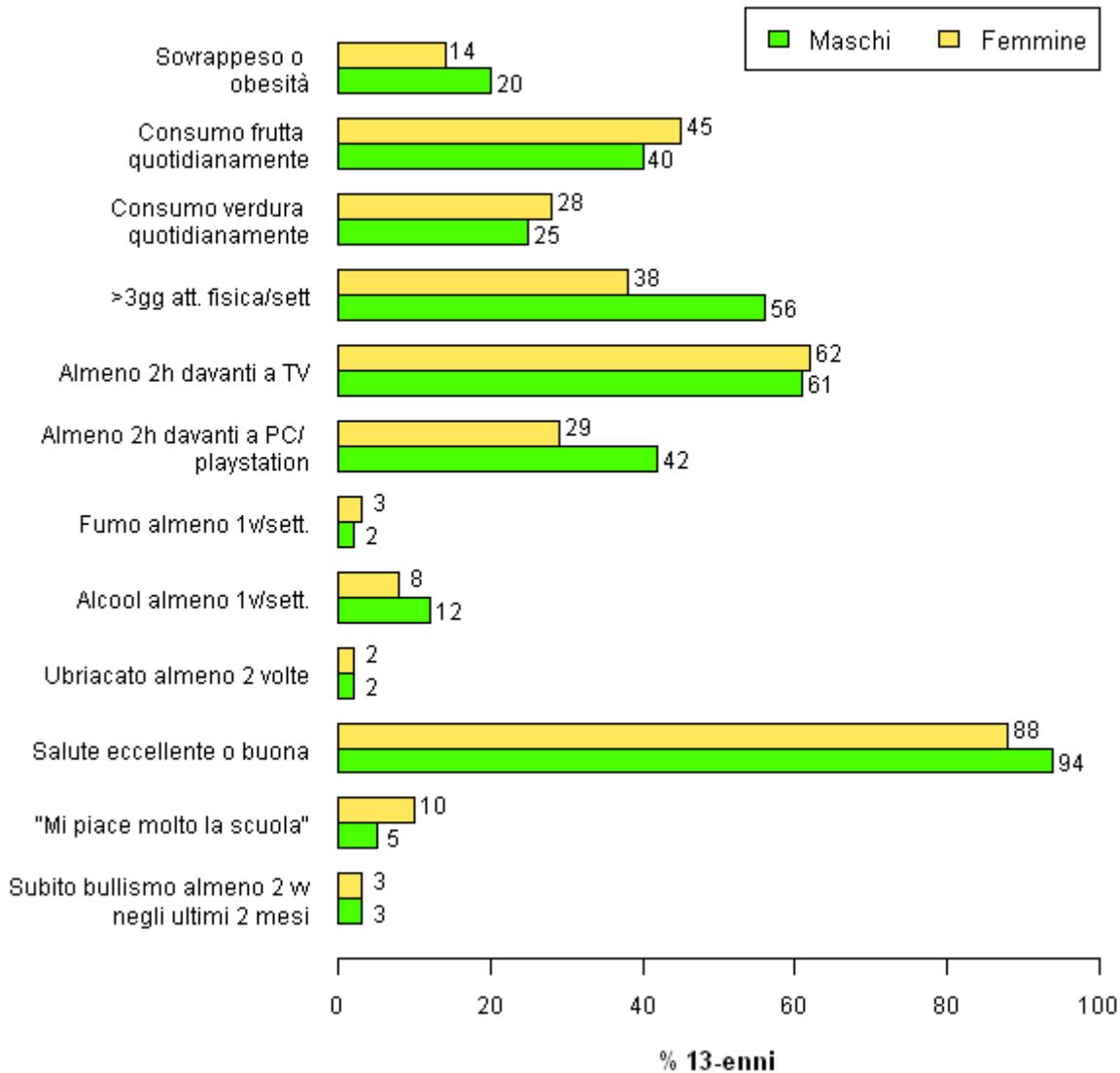


Il raffronto tra i dati Regionali e quelli Nazionali emersi dall'indagine HBSC 2010 negli undicenni colloca la nostra Regione sostanzialmente al linea con il dato nazionale. Volendo comunque cercare differenze i ragazzi marchigiani rispetto ai coetanei italiani consumano un po' più di frutta e verdura, attuano un po' meno attività fisica e ritengono meno gradevole stare a scuola: tutti indicatori che coinvolgono soprattutto il genere femminile.

Undicenni – Dati nazionali

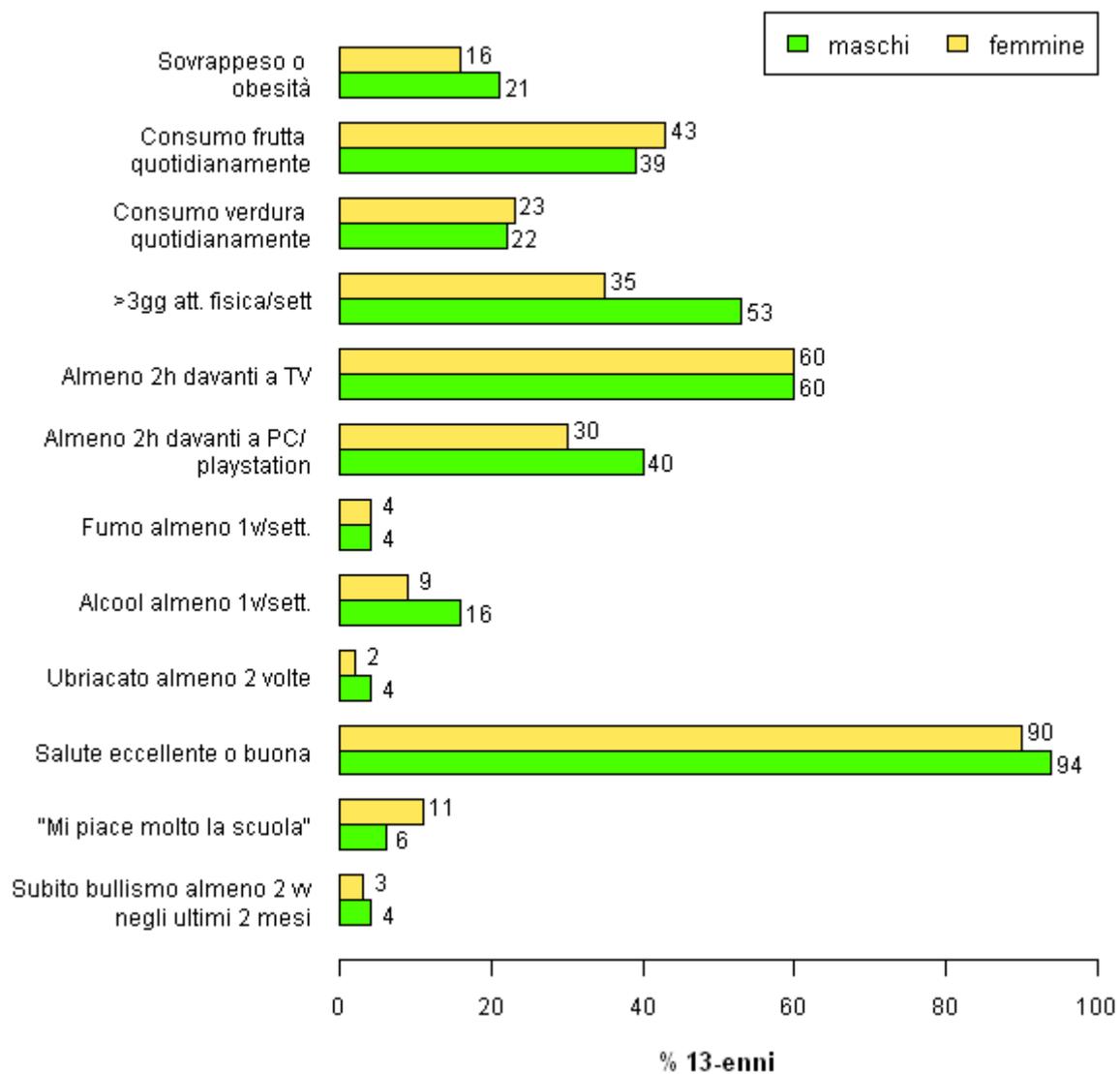


Tredicenni – Dati regionali

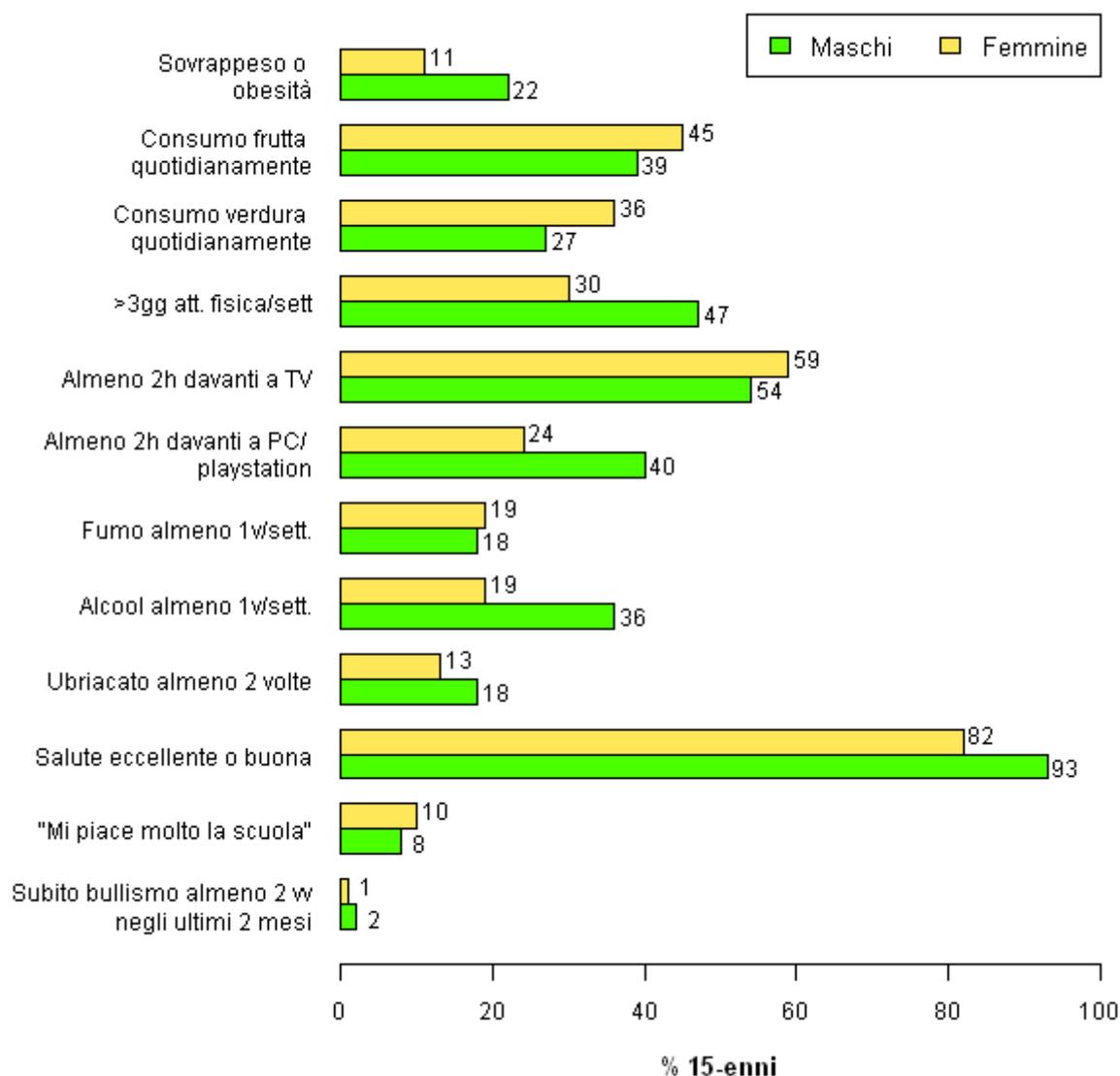


Il raffronto tra i dati Regionali e quelli Nazionali emersi dall'indagine HBSC 2010 nei tredicenni colloca la nostra Regione sostanzialmente al linea con il dato nazionale. Volendo comunque cercare differenze i ragazzi marchigiani rispetto ai coetanei italiani hanno un IMC più contenuto soprattutto nelle ragazze. Inoltre in ambo i generi consumano più verdura e svolgono più attività fisica. Infine ricorrono meno all'alcol consumando "almeno una volta alla settimana" particolarmente nel genere maschile.

Tredicenni – Dati nazionali



Quindicenni – Dati regionali



Il raffronto tra i dati Regionali e quelli Nazionali emersi dall'indagine HBSC 2010 nei quindicenni colloca la nostra Regione sostanzialmente al linea con il dato nazionale. Volendo comunque cercare differenze i ragazzi marchigiani rispetto ai coetanei italiani consumano un po' più di frutta e verdura sostano un po' meno davanti al televisore e ricorrono meno al consumo di alcool (considerato come consumo di "almeno una volta alla settimana"): quanto sopra in ambo i generi.

Quindicenni – Dati nazionali

