



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica
e Microbiologia



Divisione Sanità
Settore Promozione della Salute e
Interventi di Prevenzione Individuale
e Collettiva



Tra infanzia e adolescenza in Piemonte: sane e malsane abitudini



**Indagine sui comportamenti di salute degli 11enni
nella ASL VCO del Piemonte (2008)**

Il gruppo di Ricerca

Università degli Studi di Torino Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia

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

Regione Piemonte

Renata Magliola (*Responsabile piano regionale "Sorveglianza e Prevenzione dell'obesità"*)
Michela Audenino (*Dirigente Settore Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Sanità, Regione Piemonte*)
Marcello Caputo (*Coordinamento piano regionale "Sorveglianza e Prevenzione dell'obesità"*)
Chiara Antoniotti, Paolo Ferrari, Giovanna Paltrinieri, Gianfranco Abelli (*Gruppo regionale sorveglianza nutrizionale*)

Carla Ronci, Piera Arata, Umberto Lucia (*Ufficio scolastico regionale*)

ASL VCO

Dott. Paolo Ferrari, Direttore f.f. S.O.C. IAN, analisi dati, stesura report, diffusione dati
Dott.ssa Daniela Baldassarri, Dirigente Medico S.O.C. IAN, organizzazione logistica e raccolta dati
Dott.ssa Katia Fasolo, Dietista, raccolta e analisi dati, stesura report
Dott.ssa Barbara Spadacini, Dietista, raccolta dati
Ezio Primatesta, Infermiere Professionale, raccolta dati

Responsabilità editoriali

Il Gruppo di Ricerca HBSC è responsabile:

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

I gruppi delle ASL 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 di ricerca.

Indice

Premessa	4
Ringraziamenti	4
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	5
1.1 Introduzione.....	5
1.2 Descrizione del campione.....	5
Bibliografia capitolo 1.....	5
Capitolo 2: Il contesto familiare	6
2.1 Introduzione.....	6
2.2 La struttura familiare.....	6
2.3 La qualità della relazione con i genitori.....	7
2.4 Lo status socio-economico familiare.....	8
2.5 Conclusioni.....	8
Bibliografia capitolo 2.....	8
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	9
3.1 Introduzione.....	9
3.2 Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere (l'indagine sulla scuola).....	9
3.3 Rapporto con i compagni di classe.....	11
3.4 Rapporto con la scuola.....	12
Bibliografia capitolo 3.....	12
Capitolo 4: Sport e tempo libero	13
4.1 Introduzione.....	13
4.2 Attività fisica.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica.....	113
4.3 Comportamenti sedentari.....	14
4.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione.....	14
4.4 Rapporti con i pari.....	15
Bibliografia capitolo 4.....	16
Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	17
5.1 Introduzione.....	17
5.2 Frequenza e regolarità dei pasti.....	17
5.3 Consumo di frutta e verdura.....	18
5.4 Consumo di dolci e bevande gassate.....	18
5.5 Stato nutrizionale.....	18
5.6 Igiene orale.....	19
5.7 Conclusioni.....	19
Bibliografia capitolo 5.....	19
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	20
6.1 Uso di sostanze.....	20
6.1.1 <i>Il fumo</i>	20
6.1.2 <i>L'alcol</i>	21
6.2 Infortuni.....	21
Bibliografia capitolo 6.....	21
Capitolo 7: Salute e benessere	22
7.1 Introduzione.....	22
7.2 Percezione della propria salute.....	22
7.3 Percezione del benessere.....	22
7.4 I sintomi riportati.....	23
7.5 Conclusioni.....	24
Bibliografia capitolo 7.....	24

Premessa

Il rapporto sui comportamenti di salute degli adolescenti in Piemonte costituisce la prosecuzione di un intervento di monitoraggio avviato anni fa con la prima convenzione tra Regione e Dipartimento di Sanità Pubblica, come estensione regionale dell'indagine nazionale HBSC, che ha avuto luogo in Italia nel 2002 e nel 2006. Da allora il progetto, prima limitato ad alcune regioni e province autonome, è stato assunto dal Ministero della Sanità come sistema nazionale per il monitoraggio della salute in questa fascia di età, nell'ambito del programma PASSI.

È inutile sottolineare l'importanza di questo fatto, se pensiamo che è proprio la regione a definire le politiche di intervento nell'età adolescenziale e dunque queste informazioni sono di cruciale importanza per avere il polso della situazione e per verificare i risultati di ciò che viene fatto. Purtroppo l'avvio di un'attività di monitoraggio non garantisce di per sé la sua continuazione, elemento essenziale per verificare nel tempo il mutamento, positivo o negativo, della situazione, ma tutto lascia prevedere che anche per il futuro l'attenzione della nostra amministrazione verso questa fascia di età continui a mantenersi alto. Del resto, il ruolo cruciale che assume questa parte della popolazione per gli sviluppi futuri del nostro territorio è troppo evidente per poter essere sottovalutato.

Ringraziamo caldamente tutti coloro che ci hanno permesso di svolgere l'indagine e vi hanno collaborato: in particolare tutti gli operatori della sanità e della scuola che hanno contribuito allo svolgimento delle attività necessarie, dalla distribuzione dei questionari alla loro compilazione e restituzione, alla misurazione diretta di peso e altezza dei ragazzi coinvolti. Un grazie particolare lo dobbiamo ai ragazzi che hanno compilato i questionari e hanno dunque permesso, con la loro attiva collaborazione, il buon risultato dell'iniziativa.

I risultati che presentiamo per la fascia degli undicenni sono rappresentativi a livello delle ASL così come erano definite al momento del campionamento, cioè prima dell'attuale ristrutturazione ed accorpamento. Si tratta di dati descrittivi da leggere ed interpretare con cautela osservando con attenzione eventuali differenze territoriali, senza sopravvalutarne l'importanza o ricercando improbabili motivazioni.

Ci auguriamo che questo rapporto costituisca un'altra tappa di una storia che presto ci permetterà di raccontare lo sviluppo e le modificazioni dei comportamenti dei nostri adolescenti in un settore così importante della vita economica e sociale dei nostri tempi.

Prof. Franco Cavallo e il Gruppo di ricerca HBSC

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli studenti 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 del territorio dell'ASL VCO che hanno partecipato allo studio.

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

1.1 Introduzione

La ricerca HBSC-PNP raccoglie informazioni sui comportamenti collegati alla salute tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni della Regione Piemonte. La ricerca HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) è un progetto internazionale, patrocinato dall'OMS, con lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente, raccogliendo informazioni 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 sono reperibili all'indirizzo <http://www.hbsc.org>.

La ricerca è condotta sotto la responsabilità scientifica dell'Università di Torino e attuata con la collaborazione tra Regione Piemonte, Ufficio Scolastico Regionale, ragazzi e personale delle scuole coinvolte.

Per ottenere un campione regionale rappresentativo della popolazione nelle fasce di età considerate è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è la classe scolastica, selezionata dalla lista di tutte le scuole, pubbliche e private piemontesi. Le classi sono state stratificate sulla base dell'età e della provincia di appartenenza per assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Piemonte, garantendo rappresentatività a livello anche di ASL (solo per gli undicenni) e generalizzabilità di risultati. La numerosità del campione è calcolata per ottenere una precisione di stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del $\pm 3,5\%$ con I.C. del 95%.

Lo strumento di raccolta informazioni è un questionario multidisciplinare e internazionale, in parte integrato da domande su fumo e alcol inserite dal gruppo nazionale di coordinamento, articolato in sei sezioni:

- 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).

I questionari, compilati dai ragazzi ed anonimi, sono stati somministrati nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, formati sulle procedure da seguire; è stata anche effettuata una raccolta dati relativa all'istituto scolastico per migliorare l'analisi e la comprensione dei dati.

E' stato anche somministrato un questionario ai dirigenti scolastici per indagare alcuni aspetti della scuola (caratteristiche-risorse della scuola, misure di promozione alla salute adottate).

1.2 Descrizione del campione dell'ASL VCO

Tabella 1.1: Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	186 (52%)	172 (48%)	358

Tabella 1.2: Composizione del campione per nascita in Italia ed età

	11 anni % (N)
Nato in Italia	94,1% (334)
Nato all'estero	5,9% (21)
Totale	100% (355)

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.

- 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.
- 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 affrontano in questo periodo di vita, tanti sono legati al mutare delle relazioni sociali; in tale periodo si ha una ridefinizione dei rapporti con i genitori ed un maggiore e qualitativamente diverso investimento nelle relazioni amicali.

La famiglia, insieme al gruppo dei pari, è uno dei principali contesti ove 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).

E' indagata la struttura della famiglia come contesto di vita e la percezione della famiglia da parte dei ragazzi mediante 3 aspetti principali che influenzano salute e benessere: la struttura familiare, la relazione genitori-figli e il livello socio-economico.

2.2 La struttura familiare

In Italia, i cambiamenti e le trasformazioni della famiglia sono meno evidenti e rapidi rispetto agli altri Paesi Occidentali ma sono numerose le aggregazioni familiari diverse da quella tradizionale (genitori sposati con figli naturali) (Lanz, 1999a).

Dal 1965 si è registrato un calo della nuzialità e un aumento delle convivenze non matrimoniali, un calo della fecondità e del numero di figli per nucleo familiare, un aumento dell'instabilità matrimoniale (separazione e divorzi), un aumento dell'età del primo matrimonio e del primo figlio. I livelli di fecondità e nuzialità sono molto bassi, rimane bassa la frequenza delle convivenze non matrimoniali, sono rare le nascite fuori dal matrimonio, sono bassi i tassi di separazione e divorzio (anche se i fenomeni sono in aumento), è lunga la permanenza dei giovani nella famiglia di origine ed elevata è l'età del primo matrimonio (Barbagli, 1990; Carrà e Marta, 1995; Claes et al., 2005; ISTAT, 2000; Saraceno, 1995).

E' diminuita l'ampiezza familiare, sono aumentate le famiglie unipersonali (single); le famiglie allargate con nonni o altri parenti, un tempo risorsa per la famiglia stessa, sono diminuite e ora nascono da necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani, sono aumentate le famiglie monogenitoriali, le famiglie ricostituite, e le convivenze more uxorio (Saraceno, 1995; Istat, 2002; AAVV, 2006).

Oltre alla struttura familiare tradizionale sono indagate per la popolazione adolescenziale

- La famiglia "monoparentale" (figli che vivono con un solo genitore): secondo Scabini (2000), è un termine adeguato solo in caso di genitori vedovi; negli altri casi l'altro genitore ha poco peso. Comunque, la realtà di bambini e giovani è di avere, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, ha un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente svolge le funzioni di entrambi i genitori, e si occupa da solo della sussistenza dell'educazione dei figli.
- La famiglia "ricostituita" (nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio): questa famiglia 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 in passato si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi e non comportavano complicazioni in quanto il nuovo coniuge sostituiva quello deceduto. Le famiglie ricostituite, molto numerose negli Stati Uniti e negli Stati Nord-europei, sono poche in Italia, ma sono destinate ad aumentare, hanno una fragilità dovuta (Barbagli, 1990) alla mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli e regole definite per risolvere i problemi; questo comporta incertezze psicologiche e comportamentali (Bernardini, 1995; Carter, 1988; AAVV, 2006).

Questi cambiamenti, legati a relazioni interpersonali, hanno un forte impatto sulla vita dei giovani.

Si è indagato se un solo genitore o una famiglia ricostituita siano condizioni "a rischio" per il ragazzo; la famiglia monoparentale supporta meno, ma implica più doveri per il giovane, che si responsabilizza

prima; allo stesso modo la famiglia ricostruita può essere angosciante ma anche arricchente sotto l'aspetto affettivo e adattativo (Francescato, 1994; Scabini, 2000); vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite può essere un fattore di rischio; Oliverio Ferraris (1997) sostiene che il rischio è reale solo se unito a isolamento sociale, conflittualità permanente o problemi economici (EURISPES, Telefono Azzurro, 2002; Riccio, 1997).

HBSC indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani con chi vivono, nella prima, e se necessario, nella seconda casa (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro).

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

Tipo di famiglia	%	(N)
Madre e padre, no altri adulti	77,8	(270)
Madre e padre, più uno o due nonni	8,7	(30)
Solo madre (con o senza nonni)	8,9	(31)
Solo padre (con o senza nonni)	1,1	(4)
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,7	(6)
Solo nonni (uno o due)	0,9	(3)
Altra sistemazione senza genitori o nonni	0,9	(3)
Totale	100	(347)

Tabella 2.2: Fratelli e sorelle

	%	(N)
Figli unici	24,3	(54)
1 fratello o sorella	51,4	(114)
2 o più fratelli o sorelle	24,3	(54)
Totale	100	(222)

2.3 La qualità della relazione con i genitori

La qualità delle relazioni dell'adolescente con i genitori, influisce su salute e benessere. Negli ultimi anni la comunicazione genitori-figli è migliorata, si parla di più, si discutono bisogni e desideri, ma i modelli comportamento sono più fragili: l'educazione dei figli è spesso fondata sull'autorealizzazione e non sulla responsabilizzazione (Lanz et al., 1999a; 1999b; Claes et al., 2005).

Relazioni difficili con i genitori sono associate a consumo di sostanze tra i ragazzi (Zambon et al., 2006), a comportamenti antisociali (Ardelt e Day, 2002; Garnefski, 2000; Vieno et al., 2009), a scarsa autostima (Lanz et al., 1999a), a problemi scolastici (Glaskow et al., 1997) a sintomi depressivi (Field et al., 2001); una positiva comunicazione, indice di sostegno genitoriale, favorisce scelte comportamentali che mirano al benessere dei ragazzi (Dallago e Santinello, 2006; Santinello, 2005) ma questo deve essere bilanciato da un controllo sulla vita dei figli per risultare efficace (Baumrind, 1991). Viene chiesto ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa a problemi che li preoccupavano con i propri genitori (madre e padre).

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

	%	(N)
Molto facile	25,4	259
Facile	42,0	428
Difficile	21,0	214
Molto difficile	9,0	91
Non ho questa persona	2,6	27
Totale	100	1019

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

	%	(N)
Molto facile	49,4	166
Facile	35,7	120
Difficile	11,6	39
Molto difficile	2,1	7
Non ho questa persona	1,2	4
Totale	100	336

Tabella 2.4b: Percentuale di ragazzi che dichiarano facilità o grande facilità di parlare con i genitori per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)
con il padre	73,7 (129)	54,5 (91)
con la madre	85,0 (147)	85,3 (139)

2.4 Lo status socio-economico familiare

Una precaria situazione socio-economica della famiglia di origine crea disuguaglianze di salute (Albrecht et al., 2000; Mackenbach et al., 1997; Costa et al., 1998; Zambon et al., 2006), sia direttamente, sia peggiorando le relazioni con i genitori (Geckova, 2003; Due, 2003; Kosteniuk, 2003; Ruiz, 2002).

La definizione dello studio HBSC di status socio-economico comprende (Alder, 1994):

- status economico (reddito): è relativo al livello dei consumi, assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto dai ragazzi). Si valuta il livello di agiatezza attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze...) con la scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare) (Currie, 1997);
- status sociale (educazione): è riferito al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): è riferito all'occupazione dei genitori.

A questi, si aggiunge il benessere economico della propria famiglia percepito dai ragazzi.

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	21,5 (73)
Medio	50,7 (179)
Alto	27,8 (98)
Totale	100 (353)

Tabella 2.6: Livello di educazione dei genitori

	Padre		Madre	
	11 anni %	(N)	11 anni %	(N)
Licenza elementare	2,4	8	2,4	8
Licenza media	16,0	53	12,0	40
Istituto professionale	7,8	26	8,1	27
Maturità	13,0	43	20,2	67
Laurea	10,0	33	10,5	35
Non so	50,8	168	46,7	155
Totale	100	331	100	332

2.5 Conclusioni

Circa il 15% dei ragazzi riferisce difficoltà a discutere con la madre di cose importanti, la percentuale è maggiore per il padre (26,3% per i maschi, 45,5% per le femmine); circa la metà dei ragazzi non conosce la scolarità dei genitori, fatto che non indica un grande livello di comunicazione.

Bibliografia capitolo 2

- AA VV. (2006). *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S.C. (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE.
- Alder N., Boyce T., Chesney M.A. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49:15-24.
- Ardelt M., Day L. (2002). Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22: 310-349.
- Barbagli M. (1990). *Provando e riprovando*, Bologna, Il Mulino.
- Baumrind D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1): 56-95.
- Bernardini I. (1995). *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli.
- Carrà E. e Marta E. (a cura di) (1995). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Carter E. (1988). Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF.
- Claes M., Mirand D., Benoit M., Lanz M., Marta E., Bariaud F., Perchec C. (2005). Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69: 219-223.
- Coley R.L. (2001). Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 56: 743-753.
- Costa G., Cardano M., Demaria M. (1998). *Torino. Storie di salute in una grande città*, Torino. Città di Torino, Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico.
- Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.

- Dekovic M., Meeus W. (1997), Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 20: 163-176.
- Donati P. (a cura di) (2007). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia*. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società. Cinisello Balsamo (MI), Edizioni San Paolo.
- EURISPES, Telefono Azzurro (2002). 3. *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma.
- 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»*, 2000.
- ISTAT (2000). *Le strutture familiari: indagine multiscopo sulle famiglie, 1998*.
- Lanz M., Iafra 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., Iafra 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: Connectedness and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Ricerca*, 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, i ragazzi trascorrono buona parte della giornata nell'ambiente scolastico, che ne influenza l'adattamento e il benessere; l'adolescente può essere supportato nella sua crescita, sostenuto nelle relazioni con coetanei e insegnanti; il coinvolgimento può favorire l'acquisizione di competenze; un contesto accogliente e supportivo stimola l'indipendenza dell'individuo e migliora i processi decisionali (Zimmer-Gembeck e Locke, 2007).

Struttura, composizione e clima della scuola influenzano il benessere dell'adolescente (Santinello et al., 2009) e la partecipazione a diverse attività (Crosnoe e Needham, 2004).

Il senso di appartenenza alla scuola migliora motivazione, atteggiamenti e comportamenti alla base del successo scolastico e del benessere bio-psico-sociale dei ragazzi (Vieno et al., 2005; 2007); il senso di appartenenza alla comunità scolastica migliora il benessere, la motivazione, i comportamenti prosociali, l'impegno, il coinvolgimento e il successo scolastico (Osterman, 2000).

La scuola può rappresentare un contesto di crescita e di promozione del benessere contribuendo (insieme a famiglia e pari) alla promozione di comportamenti salutari (Carter, 2007); la percezione positiva del contesto scolastico sfavorisce la frequentazione di pari devianti e limita gli effetti sfavorevoli di precarie condizioni socio-familiari (Dishion, 1995).

E' indagata la percezione del rapporto dei ragazzi con insegnanti, compagni di classe e scuola "in generale", confrontando le risposte con quelle dei dirigenti scolastici.

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

Per comprendere il benessere ed i comportamenti ad esso associati, vengono indagate le relazioni tra fattori individuali e organizzativi-strutturali che possono rinforzare comportamenti e stili di vita salutari.

Sono state raccolte informazioni organizzative e strutturali della scuola, intesa come plesso, chiedendole ai dirigenti scolastici, per poter accostare queste informazioni a quelle fornite dagli studenti.

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

	Cortile aree esterne	Edificio	Aule e spazi	Palestra	Bagni	Biblioteca libreria	Computer e software	Risorse audiovisive	Attrezzature per disabili	Laboratori specifici
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Adeguate	81,2 (13)	75,0 (12)	81,2 (13)	81,2 (13)	81,2 (13)	62,5 (10)	75,0 (12)	68,8 (11)	68,8 (11)	42,9 (6)
Non adeguata	18,8 (3)	25,0 (4)	18,8 (3)	12,5 (2)	18,8 (3)	37,5 (6)	25,0 (4)	31,2 (5)	31,2 (5)	57,1 (8)
Risorsa non presente	-	-	-	6,2 (1)	-	-	-	-	-	-
Totale	16 (100)	16 (100)	16 (100)	16 (100)		16 (100)	16 (100)	16 (100)	16 (100)	14 (100)

Tabella 3.2: Misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti l'acquisizione di competenze in materia di benessere.

	Alimentazione % (N)	Attività fisica e sport % (N)	Violenza e bullismo % (N)	Abuso di sostanze % (N)
Si abitualmente	50,0 (8)	68,8 (11)	40,0 (6)	33,4 (5)
Si di tanto in tanto	43,8 (7)	31,2 (5)	53,3 (8)	53,3 (8)
No	6,2 (1)	-	6,7 (1)	13,3 (2)
Totale	100 (16)	100 (16)	100 (15)	100 (15)

Tabella 3.3: Presenza di strutture o attività associate alla nutrizione e alla fruibilità di cibo agli studenti, a scuola.

	Mensa scolastica % (N)	Programmi che prevedono la distribuzione ai ragazzi di latte, frutta e yogurt % (N)	Distributori automatici di alimenti % (N)
Si	80,0 (12)	25,0 (4)	33,3 (5)
No	20,0 (3)	75,0 (12)	66,7 (10)
Totale	100 (15)	100 (16)	100 (15)

Le strutture e le misure di promozione della salute delle scuole dell'ASL VCO sono in gran parte adeguate.

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 % (N)	Spuntini di metà mattina % (N)	Merenda pomeridiana % (N)
Si	-	18,8 (3)	-
No	100 (16)	81,2 (13)	100 (16)
Totale	100 (16)	100 (16)	100 (16)

Tabella 3.5: Tipologie di alimenti nei distributori automatici (solo per le scuole per cui sono presenti).

	Bibite zuccherate o gassate % (N)	Succhi di frutta % (N)	Merendine preconfezionate, caramelle, snack % (N)	Yogurt % (N)	Frutta fresca % (N)	Acqua % (N)	Bevande calde % (N)	Altro % (N)
Si	18,8 (3)	18,8 (3)	18,8 (3)	6,2 (1)	6,2 (1)	18,8 (3)	37,5 (6)	12,5 (2)
No	81,2 (13)	81,2 (13)	81,2 (13)	93,8 (15)	93,8 (15)	81,2 (13)	62,5 (10)	87,5 (14)
Totale	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)

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

	Classi % (N)
Tutte	87,5 (14)
Quasi tutte	6,25 (1)
Circa la metà	6,25 (1)
Totale	100 (16)

Può essere notevolmente migliorata la distribuzione di cibi sani ai ragazzi (frutta, yogurt, latte). Oltre 9 classi su 10 svolgono tutte o quasi tutte le ore di attività motoria curricolari.

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 scolastica/ insegnanti % (N)	Altro % (N)
Si	-	-	18,8 (3)	18,8 (3)	18,8 (3)	6,2 (1)
No	100 (16)	100 (16)	81,2 (13)	81,2 (13)	81,2 (13)	93,8 (15)
Totale	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)	100 (16)

Tabella 3.8: Frequenza del coinvolgimento degli studenti ad aspetti dell'organizzazione della scuola.

	Sviluppo politiche e regole % (N)	Organizzazione contesto fisico % (N)	Sviluppo misure di promozione alla salute % (N)	Pianificazione e organizzazione eventi scolastici % (N)	Insegnamento in classe % (N)
Frequentemente	75,0 (12)	35,7 (5)	40,0 (6)	37,5 (6)	40,0 (6)
Raramente	25,0 (4)	42,9 (6)	53,3 (8)	62,5 (10)	60,0 (9)
Mai	-	21,4 (3)	6,7 (1)	-	-
Totale	100 (16)	100 (14)	100 (15)	100 (16)	100 (15)

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 dismessi % (N)	Criminalità % (N)
Problema rilevante	6,2 (1)	- (-)	6,7 (1)	- (-)	6,2 (1)	- (-)	- (-)
Problema moderato/lieve	37,5 (6)	37,5 (6)	53,3 (8)	26,6 (4)	37,5 (6)	20 (3)	31,2 (5)
Problema non presente	56,3 (9)	62,5 (10)	26,7 (4)	66,7 (10)	56,3 (9)	73,3 (11)	68,8 (11)
Non so	-	-	13,3 (2)	6,7 (1)	-	6,7 (1)	-
Totale	100 (16)	100 (16)	100 (15)	100 (15)	100 (16)	100 (15)	100 (16)

Sono ancora poche le iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner; il coinvolgimento dei ragazzi in aspetti organizzativi può migliorare. L'area ove è situata la scuola presenta spesso problemi ma di lieve o moderata entità; rara è la presenza di problemi rilevanti.

3.3 Rapporto con i compagni di classe

I pari nella scuola hanno un ruolo chiave nello sviluppo (Barth, 2004, Goodenow, 1993), influenzando il coinvolgimento degli studenti nelle attività scolastiche (Lubbers, 2006) e la motivazione al raggiungimento di buoni risultati; gli studenti con scarse relazioni con i compagni di classe hanno minor successo scolastico (Buhs, 2006), aumento di assenze (Fredricks, 2004) e maggior rischio di drop out (Jimerson, 2000); avere amici a scuola aumenta il coinvolgimento e la partecipazione (Wentzel e Caldwell, 1997), favorisce comportamenti adeguati e impegno scolastico (Wentzel, 2003).

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i 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".

Tabella 3.10: Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per genere

	Maschio % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Molto d'accordo	28,3 (52)	24,7 (42)	26,6 (94)
D'accordo	47,3 (87)	43,5 (74)	45,5 (161)
Né d'accordo né in disaccordo	16,3 (30)	24,1 (41)	20,1 (71)
Non d'accordo	3,8 (7)	7,7 (13)	5,7 (20)
Per niente d'accordo	4,4 (8)	- (-)	2,3 (8)
Totale	100 (184)	100 (170)	100 (354)

Tabella 3.11 – Percentuale di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "i miei compagni mi accettano per quello che sono", per genere

	Maschio % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
molto d'accordo o d'accordo	81,9 (149)	74,1 (126)	78,1 (275)
altro	18,1 (33)	31,8 (54)	28 (99)
Totale	100 (184)	100 (170)	100 (354)

Meno di 1 ragazzo su 10 pensa che i propri compagni non siano gentili o disponibili; 2 ragazzi su 10 non accettano i propri compagni per quello che sono.

L'HBSC approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza subiscano atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi 2 mesi.

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

Tabella 3.12 - Percentuale di coloro che non hanno mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per genere

	Maschio % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Non ho mai subito atti di bullismo	79,5 (147)	93,0 (159)	86,0 (306)
Ho subito atti di bullismo	20,5 (38)	7,0 (12)	14,0 (50)
Totale	100 (185)	100 (171)	100 (356)

Tabella 3.13: “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”, per genere

	Maschio % (N)	Femmine % (N)	% (N)
Mai	47,8 (88)	79,1 (136)	62,9 (224)
1 volta	27,2 (50)	15,1 (26)	21,4 (76)
2 volte	10,9 (20)	2,9 (5)	7,2 (25)
3 volte	5,4 (10)	0,6 (1)	3,1 (11)
4 o più volte	8,7 (16)	2,3 (4)	5,6 (20)
Totale	100 (184)	100 (172)	100 (356)

Gli atti di bullismo si manifestano soprattutto nei confronti dei maschi (20,5% rispetto a 7% delle femmine); i ragazzi che non hanno problemi ad azzuffarsi sono una percentuale bassissima.

3.5 Rapporto con la scuola

I ragazzi trascorrono molto tempo a scuola, quindi sono importanti le relazioni del ragazzo con i vari attori del contesto (insegnanti e pari) e la scuola in generale: rapporti difficili espongono a problematiche comportamentali (Bennett, 2003) e di rifiuto da parte dei coetanei (Risi, 2003). I ragazzi coinvolti nell'ambito scolastico (Carter, 2007) attuano con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute.

Un clima scolastico basato su valori di democrazia e condivisione di valori favorisce lo sviluppo di responsabilità e stimola la partecipazione ad attività scolastiche (Torney-Purta, 2002). Esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato in classe facilita l'accettazione dell'altro (Vieno, 2005).

Il rapporto dei ragazzi con la scuola è indagato chiedendo cosa pensano della scuola.

Tabella 3.14: “Attualmente cosa pensi della scuola?”, per genere

	Maschio % (N)	Femmine % (N)	% (N)
Mi piace molto	15,1 (28)	17,4 (30)	16,2 (58)
Abbastanza	47,3 (88)	55,2 (95)	51,1 (183)
Non tanto	24,2 (45)	21,5 (37)	22,9 (82)
Non mi piace per nulla	13,4 (25)	5,8 (10)	9,8 (35)
Totale	100 (186)	100 (172)	100 (358)

I ragazzi a cui la scuola piace poco o nulla la scuola sono quasi 1 su 3.

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.
- 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: 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., Sijnders 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 at school. *Sc. Psych. Rev.*, 33(3): 444-458.
- Risi S., Gerhardtstein 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. *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., 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 oriented model. *American Journal Community Psychology*, 39, 177-190.
- Wentzel K.R. (2003). Sociometric status and adjustment in middle school: a longitudinal study. *J Early Adolescence*, 23: 5-28.
- White K. J., Jones K. (2000). Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *Journal of Experimental Child Psychology*, 76: 302 - 326.
- Zettergren P. (2003). School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 73: 207-221.
- Zimmer-Gembeck M.J., Locke E. M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1-16

Capitolo 4: Sport e tempo libero

4.1 Introduzione

In questa sezione sono indagati attività fisica, uso della TV e videogiochi, utilizzo di telefoni cellulari e computer e frequentazione dei coetanei. L'acquisizione di modelli attivi durante l'infanzia e l'adolescenza rendono tali comportamenti abitudinari anche in età adulta.

4.2 Attività fisica

Si intende "qualsiasi movimento del corpo associato a contrazioni muscolari che aumenti il consumo energetico oltre i livelli di riposo": quindi sport, ma anche camminare di buon passo, andare in bicicletta, fare le pulizie, ballare o salire le scale. (EU Working Group "Sport and Health", 2008).

Un incremento dell'attività fisica in età adolescenziale migliora la salute in età adulta e facilita il benessere psicosociale dei ragazzi (Hickman, 2000; Stroebe, 1997); una pratica regolare previene o ritarda lo sviluppo di ipertensione e osteoporosi, aumenta le capacità cardiovascolari, mantiene le funzioni metaboliche, riduce l'incidenza di diabete di tipo 2, permette un corretto sviluppo scheletrico e muscolare, previene obesità e sovrappeso, abbassa lo stress, migliora l'autostima, diminuendo il rischio di depressione (Boreham, 2001; WHO, 2008; Alfermann, 2000), oltre ad essere una risorsa per divertirsi, superare i propri limiti, costruire amicizie, strutturare il carattere e l'autonomia.

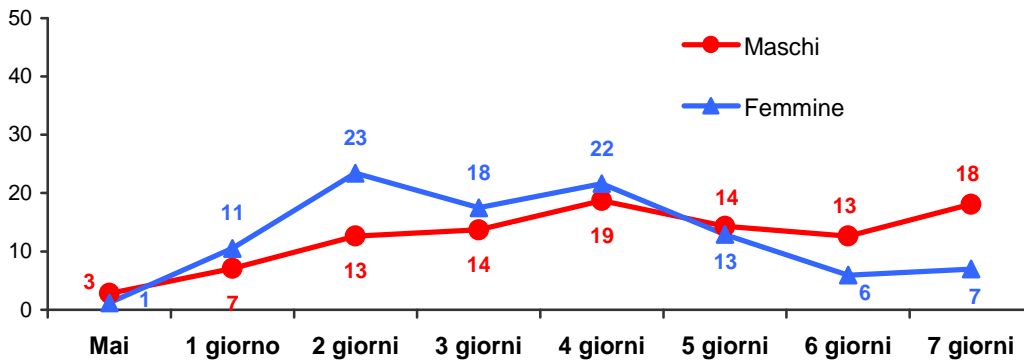
4.2.1 Frequenza dell'attività fisica

Le linee guida internazionali raccomandano ai ragazzi di svolgere attività moderata o intensa ogni giorno per almeno 60 minuti, tale da incrementare respirazione, sudorazione e senso di affaticamento (WHO, 2008; U.S. DHHS, 2008; Corbin, 1998). Sono considerate attività moderate (da 3,5 a 7 Kcal/min) camminare, andare in bicicletta, ballare, fare attività in palestra e in piscina, svolgere lavori domestici; sono considerate attività intense (oltre 7 Kcal/min) corsa, step, karate, judo e la maggior parte degli sport competitivi (CDC, 2009; U.S. DHHS, 2008). Per rilevare l'attività fisica, è stato chiesto ai ragazzi "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?"

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Non faccio mai attività fisica	2,8 (5)	1,2 (2)	7 (2)
1 giorno	7,1 (13)	10,6 (18)	8,8 (31)
2 giorni	12,6 (23)	23,4 (40)	17,9 (63)
3 giorni	13,7 (25)	17,5 (30)	15,6 (55)
4 giorni	18,7 (34)	21,6 (37)	20,1 (71)
5 giorni	14,3 (26)	12,9 (22)	13,6 (48)
6 giorni	12,6 (23)	5,9 (10)	9,4 (33)
7 giorni	18,1 (33)	7,0 (12)	12,8 (45)
Totale	100 (182)	100 (171)	100 (353)

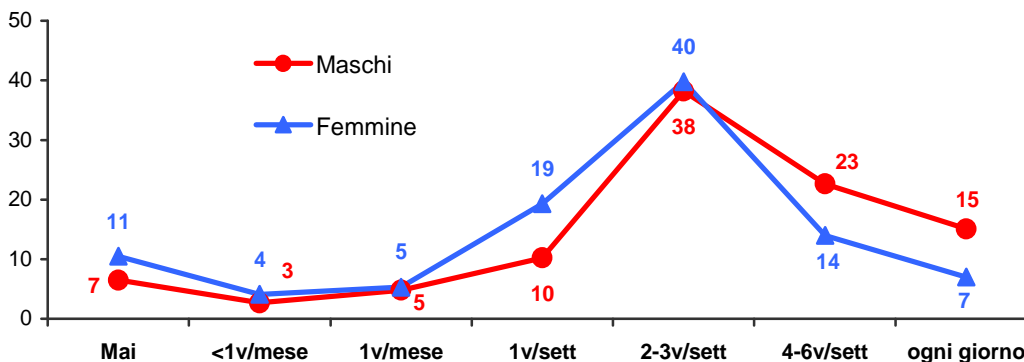
Figura 4.1 – Frequenza dei giorni settimanali con almeno 60 minuti di attività fisica svolta, per genere



La percentuale di ragazzi che svolgono attività fisica almeno 5 giorni la settimana è nettamente superiore nei maschi (45%, rispetto al 25,8% delle femmine).

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare la frequenza di esercizio fisico intenso, da rimanere senza fiato o sudare, per individuare differenze con un'attività fisica moderata.

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



4.3 Comportamenti sedentari

La mancanza di spazi e tempi adeguati e di sicurezza nel frequentare luoghi all'aperto, mostra come i ragazzi siano sempre più confinati in casa davanti a televisione, videogames o computer (Sonneville, 2009); questi svaghi riducono l'attività fisica (MMWR, 2001) causando sovrappeso in questa fascia di età; il loro utilizzo è spesso associato all'assunzione di cibi ipercalorici (Powell, 2007; Utter, 2006).

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 rimanere davanti ad uno schermo per oltre 2 ore al giorno (TV, videogiochi, computer).

Figura 4.3 – Frequenza percentuale del tempo trascorso al computer per consultare internet, chattare o altro per genere

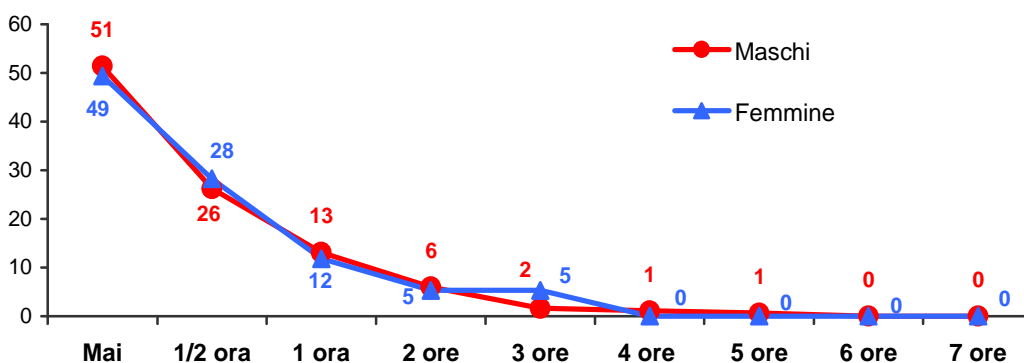


Figura 4.4 – Frequenza percentuale del tempo trascorso a guardare la televisione (videocassette, DVD o altro), per genere

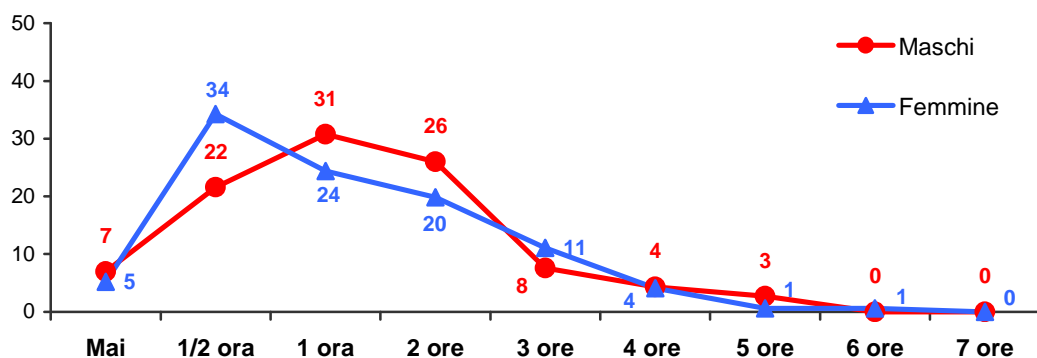
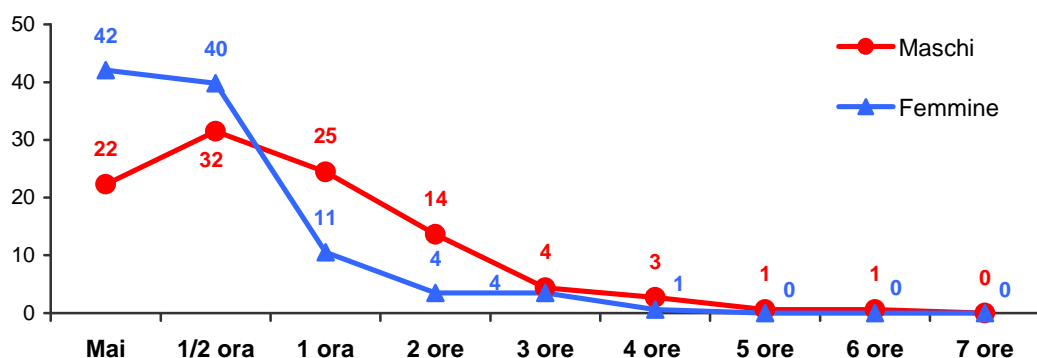


Figura 4.5 – Frequenza percentuale del tempo dedicato a videogiochi (pc, playstation o altro), per genere



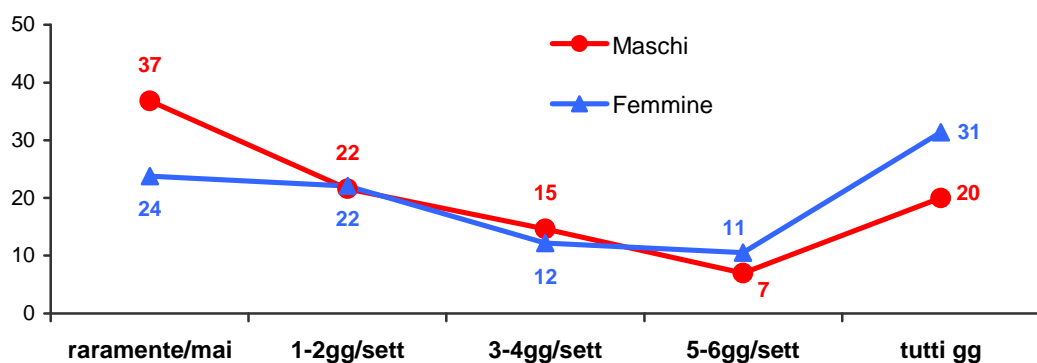
E' bassa ma non trascurabile la percentuale di ragazzi che utilizza per oltre 2 ore al giorno internet (4,3%), videogiochi (6,2%); è più frequente l'utilizzo della televisione oltre 2 ore al giorno (15,4%).

4.4 Rapporti con i pari

Il tempo trascorso dai ragazzi con i coetanei fuori dalla supervisione degli adulti (genitori o insegnanti) sembra sviluppare le abilità sociali (Laible, 2004), rafforzare valori e modelli, strutturare un'identità propria e un orientamento culturale extra-familiare.

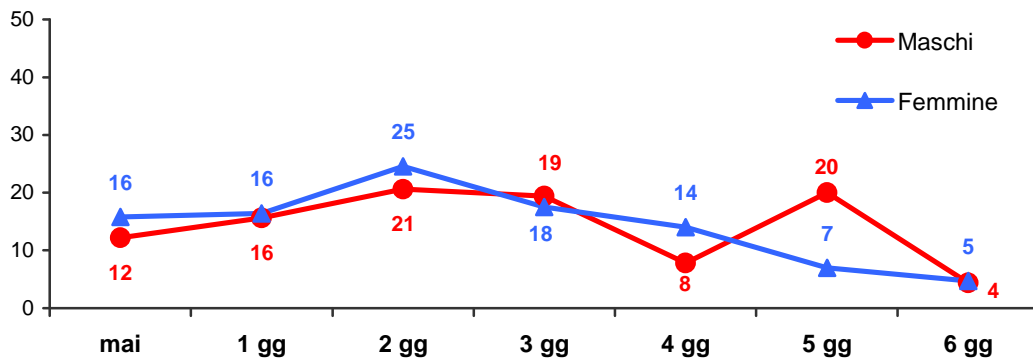
L'utilizzo del telefono cellulare e lo scambio di messaggi sono nuove forme di comunicazione tra pari indagate sia in relazione alla frequenza di utilizzo, che sulla diffusione di questi mezzi tra i ragazzi.

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



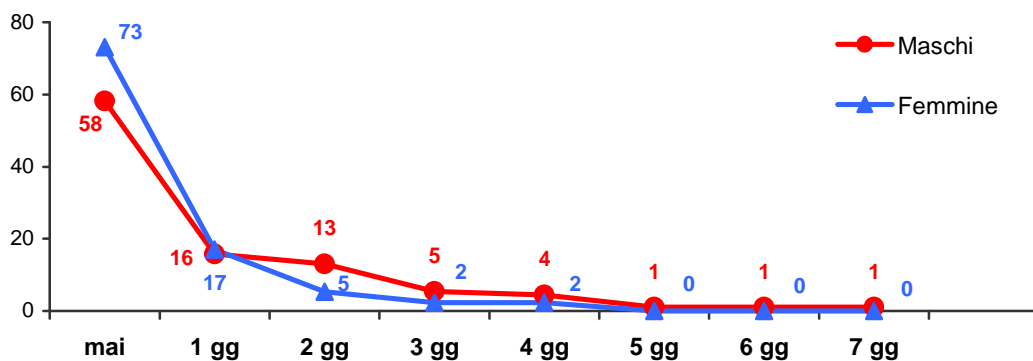
1 ragazzo su 4 (25,5%) comunica tra pari mediante messaggi o contatti internet.

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



Meno di 1 ragazzo su 5 (18,2%) esce con gli amici dopo la scuola per almeno 5 giorni la settimana, più della metà dei ragazzi (52,4%) non esce mai o 1-2 giorni la settimana.

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



Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *Int J Sport Psychology*, 30: 47-65.
- American Academy of Pediatrics (AAP), (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. Corbin C.B., Pangrazzi R.P. (1998). *Physical Activity for Childre*. 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 Survey, 1988-1994. *Arch Ped 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.
- 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., Szczycka G., Chaloupka F.J. (2007) Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med*. 33(4 Suppl):S251-6.
- Schor E.L., Task Force on the Family (2003). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 111:1541-71.
- 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 RP, Macera CA, Ballard-Barbash R. (2001) Be physically active each day. How can we know? *J Nutr*. 131:451S-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.

Capitolo 5: Abitudini alimentari e stato nutrizionale

5.1 Introduzione

I comportamenti alimentari acquisiti in adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti (Dietz, 1997); l'alimentazione è uno dei principali determinanti delle malattie croniche (WHO, 2004) e contribuisce a sviluppare o prevenire tumori, patologie cardiovascolari e diabete (WHO, 2002). L'obesità nei bambini e nei ragazzi aumenta il rischio di malattie cardiovascolari in età adulta (Jolliffe, 2006) in quanto associata a ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2. I modelli alimentari nell'adolescenza sono condizionati dal livello culturale, dal contesto familiare (Benton, 2004; Verzeletti, 2010), dai pari e dalla società (Salvy, 2009).

Nei paesi industrializzati si evidenzia un incremento dell'obesità, in tutte le fasce di età (Wang, 2006; Low, 2009), legata ad aumento della sedentarietà e al consumo di alimenti molto calorici e con basso valore nutrizionale. Lo studio HBSC rileva abitudini alimentari come colazione e consumo di alimenti consigliati (frutta e verdura) e sconsigliati (dolci e bevande zuccherate) (INRAN, 2003; NHMRC, 2003).

Per valutare lo stato ponderale si utilizza l'Indice di Massa Corporea (IMC) (Cole, 2000; 2007) calcolato da peso e altezza riferiti (Currie, 2001); viene riportata anche la prevalenza dei ragazzi sottopeso, attualmente poco indagata (Lazzeri, 2008).

E' anche analizzata l'igiene del cavo orale, in quanto molte patologie del cavo orale sono legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza (Mobley, 2009).

5.2 Frequenza e regolarità dei pasti

La colazione è un pasto molto importante per l'equilibrio fisiologico e psicologico soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza; non effettuarla diminuisce concentrazione e apprendimento, favorendo il consumo di snack e "cibi spazzatura" (junk food) (Hoyland, 2009; Kant, 2008).

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

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	7,7 (14)	10,6 (18)	9,1 (32)
1 giorno	3,3 (6)	4,7 (8)	4,0 (14)
2 giorni	3,3 (6)	3,6 (6)	3,4 (12)
3 giorni	8,7 (16)	4,7 (8)	6,8 (24)
4 giorni	3,3 (6)	1,8 (3)	2,6 (9)
5 giorni	73,7 (135)	74,6 (126)	74,1 (261)
Totale	100 (183)	100 (169)	100 (352)

Il 26% dei ragazzi non fa colazione tutti i giorni, solo il 9% non la fa mai.

5.3 Consumo di frutta e verdura

Frutta, verdura e ortaggi garantiscono l'apporto di tanta acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione (Pearson, 2009; Mainvil, 2009); le linee guida raccomandano il consumo di 5 porzioni giornaliere di frutta e verdura (WHO, 2004, INRAN, 2003; NHMRC, 2003).

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

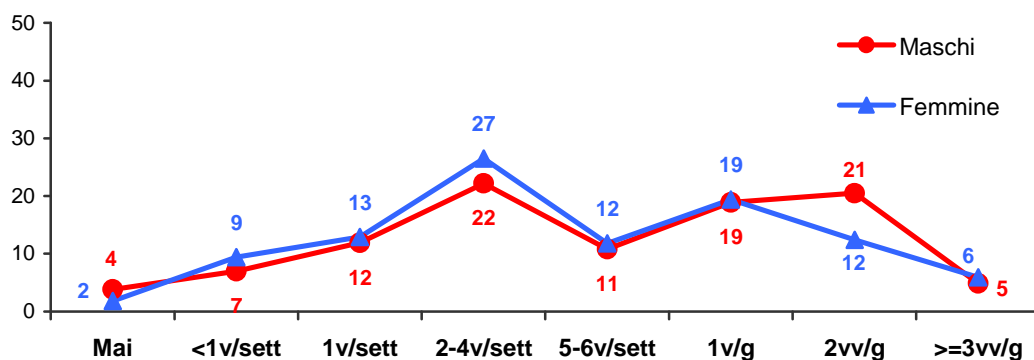
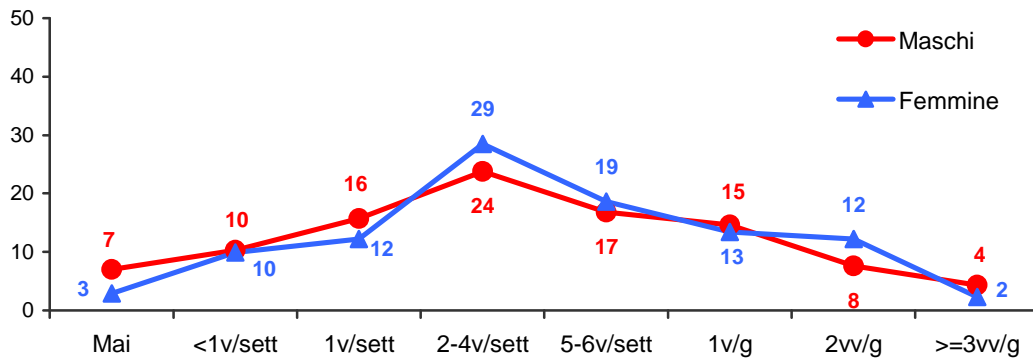


Figura 5.2 – Frequenza percentuale del consumo di verdura, per genere



Il consumo di frutta e verdura da parte dei ragazzi è gravemente insufficiente: il 59% dei ragazzi consuma frutta meno di 1 volta al giorno (73% per quanto riguarda la verdura).

5.4 Consumo di dolci e bevande gassate

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

Figura 5.3 – Frequenza del consumo di dolci, caramelle o cioccolato per genere

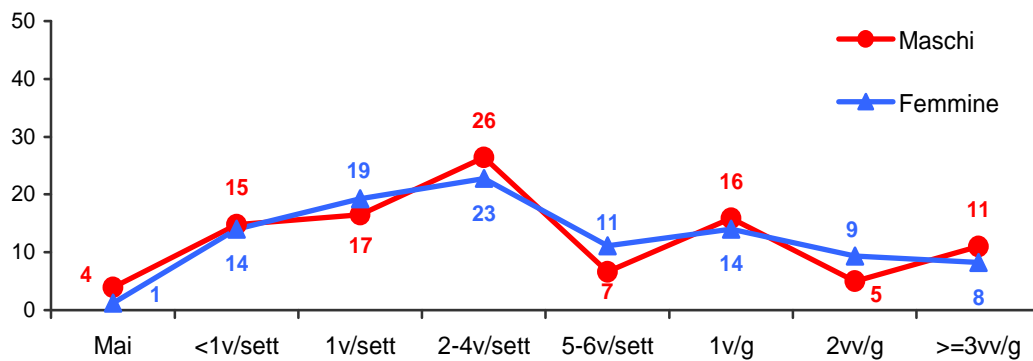
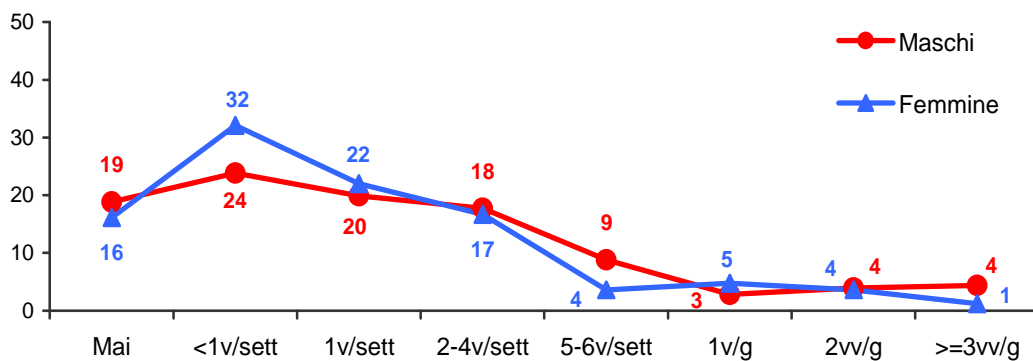


Figura 5.4 – Frequenza percentuale del consumo di bibite zuccherate, per genere



Il 32% dei ragazzi consuma dolci, caramelle o cioccolato almeno 1 volta al giorno; il 10% consuma bevande zuccherate almeno 1 volta al giorno.

5.5 Stato nutrizionale

Peso e altezza consentono di calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC) e valutare la percentuale di ragazzi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi (tavole di Cole, 2000, 2007, per età e sesso).

Tabella 5.2: Valutazione del peso in base al IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Sottopeso	1,2 (1)	0 (0)	0,7 (1)
Normopeso	80,5 (70)	83,8 (57)	81,9 (127)
Sovrappeso	14,9 (13)	13,2 (9)	14,2 (22)
Obeso	3,5 (3)	2,9 (2)	3,2 (5)
Totale	100 (87)	100 (68)	100 (155)

Figura 5.5 - Distribuzione percentuale del campione per classe di IMC e per genere

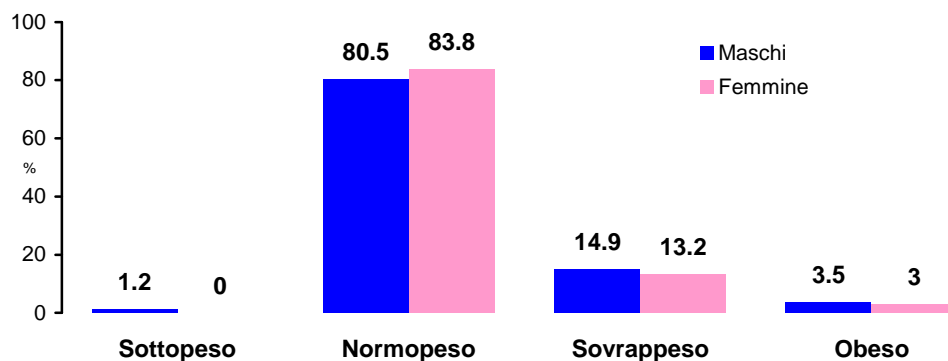


Tabella 5.3: "Pensi che il tuo corpo sia...", per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Troppo magro	2,2 (4)	1,2 (2)	1,7 (6)
Un po' troppo magro	13,4 (25)	8,2 (14)	10,9 (39)
Giusto	58,6 (109)	63,7 (109)	61,1 (218)
Un po' troppo grasso	22,6 (42)	24,6 (42)	23,5 (84)
Troppo grasso	3,2 (6)	2,3 (4)	2,8 (10)
Totale	100 (186)	100 (171)	100 (357)

Tabella 5.4: "In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?" per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
No, il mio peso è quello giusto	48,7 (90)	51,2 (88)	49,9 (178)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	28,1 (52)	29,1 (50)	28,6 (102)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	13,0 (24)	9,3 (16)	11,2 (40)
Sì	10,3 (19)	10,5 (18)	10,4 (37)
Totale	100 (185)	100 (172)	100 (357)

5.6 Igiene orale

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

Tabella 5.5: "Quante volte al giorno ti lavi i denti?", per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Più di una volta al giorno	59,7 (111)	70,4 (121)	64,8 (232)
Una volta al giorno	32,3 (60)	23,8 (41)	28,2 (101)
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	5,9 (11)	4,1 (7)	5,0 (18)
Meno di una volta alla settimana	1,6 (3)	1,2 (2)	1,4 (5)
Mai	0,5 (1)	0,6 (1)	0,6 (2)
Totale	100 (185)	100 (172)	100 (357)

5.7 Conclusioni

Il 17,4% degli undicenni presenta un eccesso ponderale (14,2% sovrappeso, 3,2% obesi); il 26,3% ritiene di essere un po' troppo grasso o troppo grasso. 1 ragazzo su 10 è a dieta o sta facendo qualcosa per dimagrire. Solo 2 ragazzi su 3 (64,8%) si lavano i denti più di 1 volta al giorno.

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.

Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 - 2010

- 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., Smith R. (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. (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. *Am J 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 Italy Region. *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

In questo periodo della vita le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono 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 tabacco e alcol, o illecite quali cannabis o altre sostanze psicoattive. HBSC indaga anche la frequenza di infortuni.

6.1 Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani a fumo e altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale; gli abusi adolescenziali provocano aumento di mortalità per incidenti, patologie tumorali, disordini familiari e sociali, problemi economici non solo individuali (Di Clemente et al., 1996; WHO, 1998). La riduzione del consumo di sostanze è uno degli obiettivi prioritari di promozione della salute dell'OMS nel XXI secolo.

6.1.1 Il fumo

Il consumo di tabacco è responsabile di circa 5 milioni di decessi ogni anno (WHO, 2009) ed è uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche (tumori, patologie polmonari e cardiovascolari). La morte improvvisa del neonato (SIDS-Sudden Infant Death Syndrome), il basso peso alla nascita e alcune comuni allergie dell'infanzia riconoscono nell'esposizione del bambino al fumo materno uno dei principali fattori di rischio (WHO, 1998). Comprendere la diffusione del fenomeno è, quindi, indispensabile per definire politiche volte sia a promuovere la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (Cavallo et al., 2007).

Tabella 6.1: “Attualmente, quanto spesso fumi?”, per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Almeno una volta a settimana	0 (0)	0,6 (1)	0,3 (1)
Meno di una volta a settimana	1,1 (2)	0 (0)	0,6 (2)
Non fumo	98,9 (182)	99,4 (170)	99,1 (352)
Totale	100 (184)	100 (171)	100 (355)

6.1.2 L'alcol

I modelli di consumo adolescenziali spesso si mantengono nell'età adulta; esiste un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Secondo altri autori il consumo giovanile è una fase del percorso adolescenziale, non correlato a problemi in età adulta (Engels, 2000, 2006).

Tabella 6.2 “Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici?”, per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	1,6 (3)	0,6 (1)	1,1 (4)
Ogni settimana	2,7 (5)	1,2 (2)	2,0 (7)
Ogni mese	3,8 (7)	0 (0)	2,0 (7)
Raramente	38,4 (71)	30,8 (53)	34,7 (124)
Mai	53,5 (99)	67,4 (116)	60,2 (215)
Totale	100 (185)	100 (172)	100 (357)

Tabella 6.3 “Quante volte hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”, per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	94,1 (175)	98,3 (169)	96,1 (344)
1 volta	4,3 (8)	1,7 (3)	3,1 (11)
2 o più volte	1,6 (3)	0 (0)	0,8 (3)
Totale	100 (186)	100 (172)	100 (358)

Il consumo di alcol e fumo negli undicenni sono fenomeni poco diffusi, ma ai quali è necessario prestare notevole attenzione; prevenire l'iniziazione al fumo è un importante cardine della prevenzione del XXI secolo.

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; il rischio aumenta nettamente durante l'adolescenza (NCDPC, 2000), ma i fattori causali non sono ben noti (Scheidt, 1998; Pickett, 2005).

Tabella 6.4 “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?”

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	59,0 (108)	63,4 (109)	61,1 (217)
1 volta	24,6 (45)	23,8 (41)	24,2 (86)
2 volte	9,8 (18)	9,3 (16)	9,6 (34)
3 volte	3,3 (6)	1,2 (2)	2,3 (8)
4 o più volte	3,3 (6)	2,3 (4)	2,8 (10)
Totale	100 (183)	100 (172)	100 (355)

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 Office for Europe, Copenhagen.

Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 - 2010

- 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. *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., 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 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*: <http://www.who.int/tobacco/en/>
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. World Health Organization.
- World Bank (1993). *World development Report*. Washington.

Capitolo 7: Salute e benessere

7.1 Introduzione

Valutare la salute dei giovani di 11 anni è difficile, in questa fascia di età il livello di salute è il più elevato di tutta la vita (con tassi di mortalità e morbosità molto bassi, se confrontati con l'età adulta). L'aspetto emotivo (WHO, 1998) influenza la salute psico-fisica del futuro adulto soprattutto per quanto riguarda la depressione (European Commission, 1999). HBSC indaga la percezione dello stato di salute e del benessere psicofisico dei ragazzi, più che la frequenza di malattia; le variabili utilizzate sono prevalentemente di 4 tipi:

- a) percezione del proprio stato di salute
- b) percezione del proprio benessere
- c) presenza e frequenza di alcuni sintomi indicatori di benessere/malessere
- d) consumo di farmaci.

7.2 Percezione della propria salute

La domanda utilizzata è correlata con mortalità e morbosità, chi si sente peggio tende ad avere una ridotta aspettativa di vita (Idler, 1997; Burstroem & Fredlund, 2001).

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

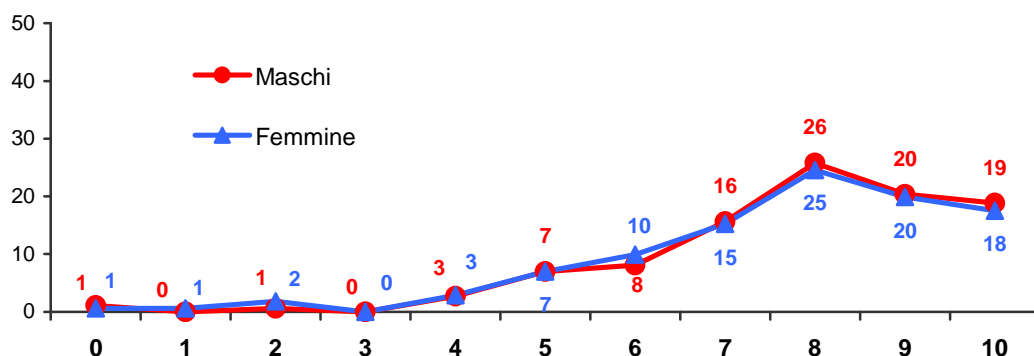
	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Eccellente	36,7 (68)	26,5 (45)	31,9 (113)
Buona	54,4 (100)	65,3 (111)	59,6 (211)
Discreta	8,7 (16)	8,2 (14)	8,5 (30)
Scadente	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totale	100 (184)	100 (170)	100 (354)

Le differenze tra maschi e femmine che, come è emerso da studi precedenti (Cavallo et al., 2006), sono quasi sempre a svantaggio delle ragazze.

7.3 La percezione del benessere

La percezione soggettiva influisce in modo importante (Diener, 1984; Huebner, 1991). Nello studio HBSC (Cavallo et al., 2005 e 2007), è utilizzata una scala che misura il benessere percepito come variabile che si muove tra 0 e 10 (Cantril, 1965).

Figura 7.1 – Percezione del benessere da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile) per genere



7.4 I sintomi riportati

Sono state rivolte domande circa la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti sintomi:

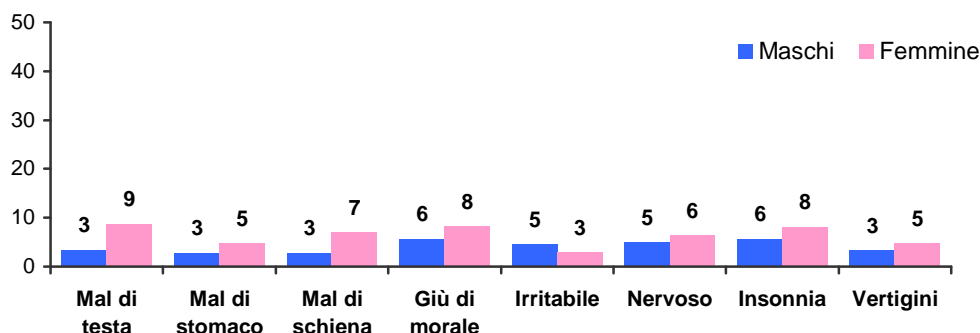
- mal di testa
- mal di stomaco
- mal di schiena
- sentirsi giù di morale
- sentirsi irritabili o di cattivo umore
- sentirsi nervoso
- difficoltà ad addormentarsi
- avere giramenti di testa.

Tali domande si sono rivelate affidabili sia come singoli item (Torsheim, 2001) sia come scala (Haugland, 2001); non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute (Cavallo, 2005, 2007, 2009; Currie, 2008), la quale sembra influenzata dalle risorse per far fronte alla presenza di sintomi.

Tabella 7.2: “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?” per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	21,2 (39)	26,7 (46)	23,9 (85)
Più di 1 volta a settimana	28,3 (52)	32,0 (55)	30,1 (107)
1 volta a settimana	22,8 (42)	20,9 (36)	21,9 (78)
1 volta al mese	22,8 (42)	16,9 (29)	19,9 (71)
Raramente o mai	4,9 (9)	3,5 (6)	4,2 (15)
Totale	100 (184)	100 (172)	100 (356)

Figura 7.2 – Frequenza di sintomi verificatisi “ogni giorno” per genere



I sintomi sono stati suddivisi in 2 categorie: sintomi a prevalente componente somatica (l'aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso).

Tabella 7.3: “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi somatici per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	14,3 (26)	20,4 (35)	17,2 (61)
Più di 1 volta a settimana	21,4 (39)	29,1 (50)	25,1 (89)
1 volta a settimana	18,7 (34)	18,0 (31)	18,4 (65)
1 volta al mese	27,5 (50)	21,5 (37)	24,6 (87)
Raramente o mai	18,1 (33)	11,0 (19)	14,7 (52)
Totale	100 (182)	100 (172)	100 (354)

Tabella 7.4: “Negli ultimi 6 mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici per genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	10,4 (19)	12,8 (22)	11,5 (41)
Più di 1 volta a settimana	21,8 (40)	21,5 (37)	21,7 (77)
1 volta a settimana	24,6 (45)	25,6 (44)	25,1 (89)
1 volta al mese	29,0 (53)	28,5 (49)	28,7 (102)
Raramente o mai	14,2 (26)	11,6 (20)	13,0 (46)
Totale	100 (183)	100 (172)	100 (355)

7.6 Conclusioni

Quasi 3 ragazzi su 4 soffrono di almeno un dei sintomi rilevati 1 o più volte la settimana.

Bibliografia capitolo 7

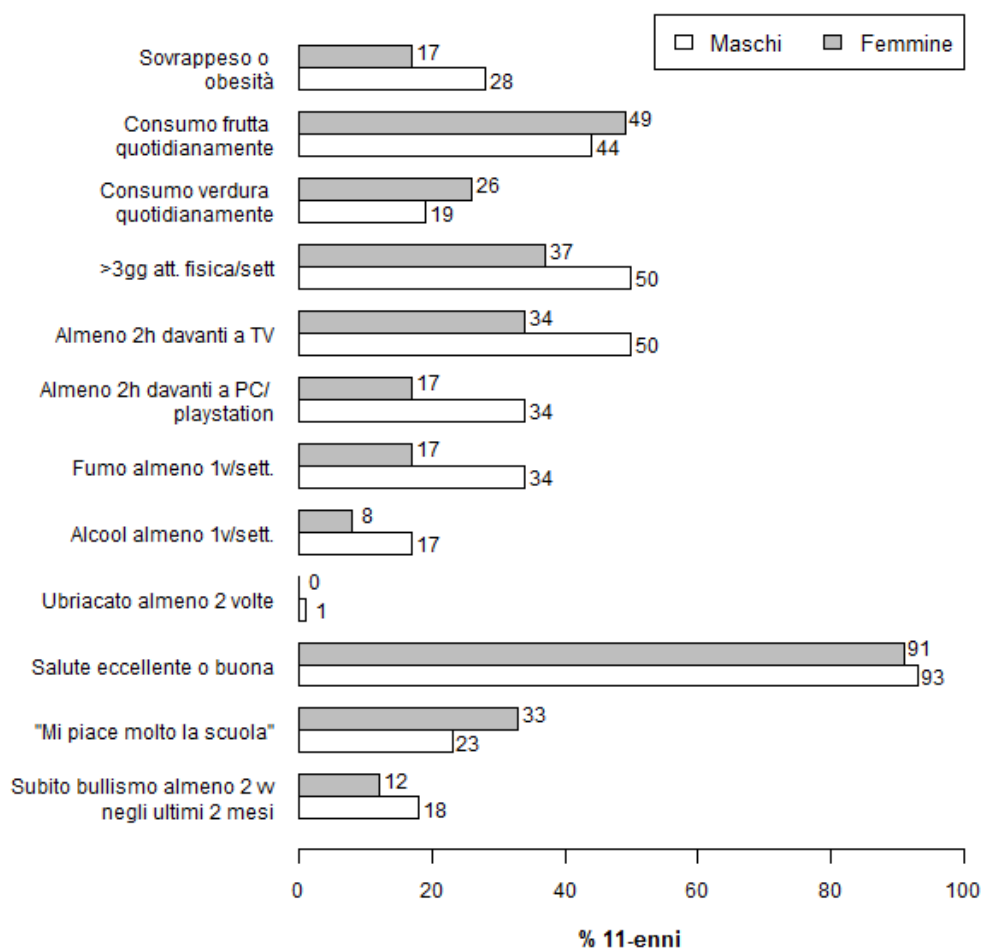
- Burstroem, B., Fredlund, P. (2001). Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Community Health*, 55: 836-840.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Cavallo F., 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., Godeaue 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 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 EL., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of 27 community studies. *J Health Soc. Beh.*, 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*, Geneva, WHO.
- WHO, Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series No. 6.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

Alcuni indicatori riassuntivi

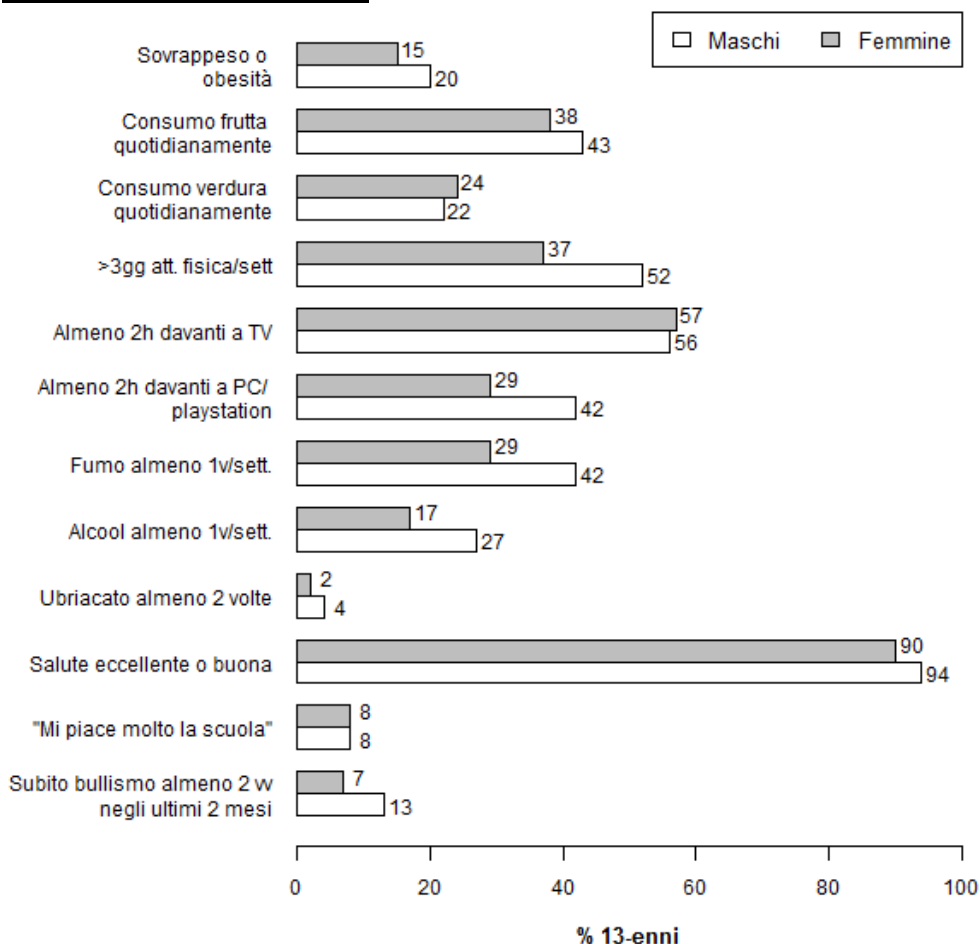
Grafici di sintesi di alcuni indicatori fondamentali, per genere e fascia di età:

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

Undicenni – Dati regionali



Tredicenni – Dati regionali



Quindicenni – Dati regionali

