

A CURA DI:

FRANCO CAVALLO  
PATRIZIA LEMMA  
PAOLA DALMASSO  
ALESSIO VIENO  
GIACOMO LAZZERI  
DANIELA GALEONE



# REPORT NAZIONALE DATI HBSC ITALIA 2014

**hbsc**

HEALTH BEHAVIOUR IN  
SCHOOL-AGED CHILDREN

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
COLLABORATIVE CROSS-NATIONAL STUDY



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO



UNIVERSITÀ  
DI PADOVA



UNIVERSITÀ  
DI SIENA



Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca



Ministero della Salute



## **4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014**

A cura di:  
Franco Cavallo, Patrizia Lemma, Paola Dalmaso, Alessio Vieno,  
Giacomo Lazzeri, Daniela Galeone

#### 4° Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC

A cura di: Franco Cavallo, Patrizia Lemma, Paola Dalmasso, Alessio Vieno, Giacomo Lazzeri, Daniela Galeone  
2016

Nell'anno 2014 è stata condotta nelle regioni italiane un'indagine sugli 11, 13 e 15enni frequentanti le scuole pubbliche e parificate. Le classi su cui svolgere l'indagine sono state la prima e la terza della scuola secondaria di primo grado e la seconda della secondaria di secondo grado. Dall'elenco delle scuole è stato estratto un campione di classi, per ogni fascia di età, tale da selezionare circa 20.000 studenti per fascia. A tutti i ragazzi delle classi campionate è stato somministrato un questionario anonimo per indagare i comportamenti correlati alla salute, il rapporto con la scuola, i genitori e i pari e altre informazioni generali che ne definissero condizione anagrafica e livello sociale. Sono stati raccolti complessivamente circa 65.000 questionari che hanno permesso di descrivere i comportamenti dei ragazzi e la loro percezione della salute e del benessere personale. La disponibilità dei dati a livello regionale è importante anche ai fini della definizione di adeguate politiche di intervento per questa popolazione.

#### 4<sup>th</sup> Italian report from the international study HBSC

Edited by: Franco Cavallo, Patrizia Lemma, Paola Dalmasso, Alessio Vieno, Giacomo Lazzeri, Daniela Galeone  
2016

During the year 2014 a survey has been conducted throughout all Italian Regions on 11, 13 and 15 year-old students attending public schools in Italy. Target classes have been 1st and 3rd grade of junior high school and 2nd grade of high school. Based on the list of classes of all Italian schools, a sample of classes has been extracted for each age group, so as to guarantee around 20.000 subjects for each age class. To all subjects attending the sampled classes an anonymous questionnaire has been administered, to collect information on their health behaviour, their relationship with the school, parents and peers, and general information concerning their cultural and social background. Around 65.000 questionnaires have been collected, which allowed us to describe health behaviours of the children, and their health and well-being perception. These data will allow regional administrations to set out suitable policies for this part of the population.

Un ringraziamento particolare è rivolto agli operatori sanitari e scolastici che hanno partecipato alla realizzazione dell'indagine. Il loro contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati. L'elenco completo, fornito dai referenti regionali, è riportato di seguito.

Si ringraziano inoltre i ragazzi, le famiglie, i dirigenti scolastici e gli insegnanti che hanno preso parte all'indagine, permettendoci di comprendere meglio la situazione relazionale e le abitudini dei ragazzi italiani.

Un sincero grazie, infine, ad Andrea Dotti e Giulia Piraccini, che hanno curato la stesura grafica del Rapporto

Il sistema di sorveglianza è stato realizzato grazie ai finanziamenti del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (Progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", cap. 4393/2013-CCM, e Progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE").

Per informazioni su questo documento scrivere a: [franco.cavallo@unito.it](mailto:franco.cavallo@unito.it)

Stampa: Strampatre s.r.l. - Torino

©*Copyright*: Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche 2016

Via Santena, 5bis, 10126 Torino

ISBN: 9788875901028



## **Gruppo HBSC – Italia 2014**

Il Prof. Franco Cavallo è Responsabile del Coordinamento Nazionale dello Studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), sviluppatosi nell'ambito del progetto.

### **Coordinamento Nazionale dello studio HBSC**

Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche: Franco Cavallo (Principal Investigator), Patrizia Lemma, Paola Dalmasso, Lorena Charrier, Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Giulia Piraccini, Nazario Cappello.

Università degli Studi di Siena - Dipartimento CREPS: Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Mariano Giacchi, Stefania Rossi, Andrea Pammolli.

Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione: Alessio Vieno, Michela Lenzi, Natale Canale, Claudia Marino.

Ministero della Salute  
Daniela Galeone, Lorenzo Spizzichino, Maria Teresa Menzano.

Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca  
Alessandro Vienna.

Regione Piemonte - ASL CN1  
Gianfranco Corgiat Loia, Marcello Caputo, Monica Bonifetto

### **Referenti regionali**

Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli e Claudia Colleluori (Regione Abruzzo), Giuseppina Ammirati, Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni e Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito, Marina La Rocca e Franca Faillace (Regione Calabria), Renato Pizzuti e Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini e Marina Fridel (Regione Emilia Romagna), Claudia Carletti (Regione Friuli Venezia Giulia), Giulia Cairella, Paolo Amadei e Amalia Vitagliano (Regione Lazio), Federica Pascali (Regione Liguria), Corrado Celata, Liliana Coppola, Marco Tosi e Veronica Velasco (Regione Lombardia), Giordano Giostra (Regione Marche), Maria Letizia Ciallella (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Antonio Tommasi, Maria Giovanna Rosa e Giacomo Domenico Stingi (Regione Puglia), Serena Meloni, M. Letizia Senis e Rita Masala (Regione Sardegna), Salvatore Scondotto, Maria Paola Ferro e Achille Cernigliaro (Regione Sicilia), Giacomo Lazzeri e Anna Maria Giannoni (Regione Toscana), Marco Cristofori (Regione Umbria), Anna Maria Covarino e Giovanni D'Alessandro (Regione Autonoma Valle D'Aosta), Federica Michieletto e Erica Bino (Regione Veneto), Maria Grazia Zuccali e Laura Battisti (Provincia Autonoma Trento), Antonio Fanolla e Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano).



# INDICE

Presentazione.....	9
--------------------	---

## PRIMA PARTE

---

### Ambito di sviluppo e metodologia applicata dallo studio HBSC

<b>1. “Il progetto di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) per la popolazione italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali”</b> <i>Daniela Galeone.....</i>	12
<b>2. Lo studio HBSC e la sua metodologia</b> <i>Franco Cavallo, Nazario Cappello, Giulia Piraccini.....</i>	14

---

## PARTE SECONDA

### Risultati dell'indagine HBSC Italia 2014

<b>3. Campione in studio</b> <i>Paola Dalmasso, Paola Berchiolla, Giulia Piraccini e il gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	21
<b>4. Contesto familiare</b> <i>Natale Canale, Alessio Vieno, Massimo Santinello e il Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	24
<b>5. Ambiente scolastico</b> <i>Michela Lenzi, Claudia Marino, Alessio Vieno e il Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	36
<b>6. Attività fisica e tempo libero</b> <i>Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Mariano Vincenzo Giacchi, Alberto Borraccino e il Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	51
<b>7. Abitudini alimentari e stato nutrizionale</b> <i>Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Mariano Vincenzo Giacchi e il Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	60
<b>8. Comportamenti a rischio</b> <i>Lorena Charrier, Paola Berchiolla e il Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	73
<b>9. Salute e benessere</b> <i>Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Paola Berchiolla e il Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	88
<b>10. Confronti 2010-2014</b> <i>Gruppo HBSC Italia 2014.....</i>	99

### Conclusioni

*Daniela Galeone*

## APPENDICE

Operatori





## PRESENTAZIONE

Lo studio HBSC (Heath Behaviour in School Aged Children) avviato nel 1998 da tre paesi Europei (Scozia, Norvegia e Finlandia) si è sviluppato in questi anni fino a coinvolgere nel 2014 44 nazioni, la maggior parte europee, più altre extra-europee (USA, Canada e Israele). L'indagine ha come obiettivo quello di raccogliere informazioni sull'influenza che il contesto socio-economico-culturale ha sui comportamenti, sugli stili di vita e dunque sulla salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Partecipando all'indagine, i giovani intervistati hanno descritto il proprio contesto sociale (relazioni familiari, con i pari e con la scuola), la propria salute fisica e la soddisfazione della propria vita, gli stili di vita (attività fisica, alimentazione) e i comportamenti a rischio (uso di tabacco, alcol, cannabis, comportamenti sessuali, bullismo). La survey in generale, e le singole indagini nazionali, vogliono infatti essere un supporto di informazioni valide e aggiornate sui comportamenti dei ragazzi in modo da orientare nel modo migliore le scelte dei decisori, dei professionisti, degli operatori.

L'Italia partecipa a questo network dal 2001 ed ha condotto nel 2014-2015 la sua quarta indagine nazionale promossa dal Ministero della Salute/CCM, che, coinvolgendo, come già nel 2009-10, tutte le regioni Italiane con un campionamento rappresentativo delle tre fasce di età, rientra tra i sistemi di sorveglianza sviluppati in attuazione del programma nazionale "Guadagnare salute; rendere facili le scelte salutari".

L'indagine ha mobilitato forze cospicue in tutte le regioni, ha messo in comunicazione scuola e sanità, ed ha prodotto anche momenti di aggiornamento e discussione comune sulle procedure fra tutti i partecipanti. È stato quindi un importante momento di aggregazione anche per gli operatori, da quelli Universitari ai responsabili regionali e agli operatori della sanità pubblica e della scuola che hanno reso possibile questo progetto. Scuola, che va considerata come luogo privilegiato per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti, e quindi basato sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment che facilitano le scelte di salute e si traducono in benefici effettivi sulla salute.

I circa 65.000 questionari raccolti testimoniano la portata del lavoro svolto, ma anche la quantità di informazioni utili, soprattutto a livello delle singole regioni, per indirizzare e monitorare gli effetti delle politiche di intervento in questa fascia di età.

Questo rapporto nazionale, che rappresenta peraltro una sintesi dei principali dati raccolti, è la conclusione di un processo che ha visto la produzione di 20 rapporti regionali e fornisce la possibilità di confrontare i principali dati raccolti fra tutte le regioni e fra ogni regione e il dato nazionale.

Un passo successivo di questo processo sarà l'analisi dei dati raccolti in un decennio, facendo riferimento alle quattro indagini nazionali effettuate, in modo da cogliere le principali modifiche che si sono verificate.

Tutto questo anche nel più vasto contesto internazionale dei paesi che hanno condotto la stessa indagine e con i quali sarà possibile confrontarsi attraverso il rapporto sui dati raccolti in tutti i paesi partecipanti allo studio HBSC, disponibile sul nostro sito [www.hbsc.unito.it](http://www.hbsc.unito.it) e CCM network, così come sul sito dell'OMS che ne cura la pubblicazione.

Ci auguriamo che l'approfondimento nella conoscenza dei comportamenti dei nostri giovani possa contribuire a migliorare le prospettive future del loro benessere.

*Franco Cavallo*  
*Principal Investigator per l'Italia dello studio HBSC*



**PARTE PRIMA**  
**Ambito di sviluppo e metodologia**  
**applicata dallo studio HBSC**

## CAPITOLO 1

# “Il progetto di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) per la popolazione italiana in età adolescenziale: fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali”

Daniela Galeone

*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute*

La salute della popolazione è un fattore ormai riconosciuto di sviluppo: la popolazione sana lavora, produce ed ha una minore richiesta di assistenza sanitaria.

La buona salute migliora la qualità della vita, aumenta la capacità di apprendimento, rafforza le famiglie e le comunità. Allo stesso modo, l'azione volta a promuovere l'equità contribuisce in modo significativo alla salute, alla riduzione della povertà, all'inclusione sociale e alla sicurezza.

Per garantire e incrementare il benessere attuale e futuro di una società, strettamente collegato al contesto territoriale e ambientale in cui le persone vivono, sono essenziali politiche e interventi che tengano conto dell'interdipendenza dei diversi settori (sociale, ambientale, economico e sanitario).

Le patologie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, il diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici) sono anche in Italia la principale causa di morte e colpiscono prevalentemente le persone più fragili socio-economicamente che hanno una mortalità e una morbosità maggiori rispetto a chi si trova in una posizione più vantaggiosa.

Tale quadro epidemiologico, caratterizzato dalla crescente prevalenza di malattie cronic-degenerative, e il ruolo assunto nel loro determinismo da numerosi fattori, fra i quali quelli comportamentali o stili di vita, richiedono, prima ancora che si instauri una patologia, di focalizzare l'interesse sulla promozione della salute, anche al fine di ridurre le disuguaglianze e i costi sanitari e sociali.

Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare malattie, alcuni dei quali modificabili e su di essi, pertanto, la prevenzione può intervenire. Tali fattori (scorretta alimentazione, sedentarietà, fumo, abuso di alcol) solo in parte dipendono da scelte e comportamenti individuali. Per promuovere la salute sono necessarie, pertanto, non solo azioni dirette a rinforzare le capacità dei singoli, ma anche azioni mirate a modificare il contesto di vita delle persone. Per cambiare i comportamenti individuali non salutari è necessario, infatti, creare condizioni ambientali atte a favorire uno stile di vita sano, attraverso un approccio “intersettoriale” e trasversale ai fattori di rischio, tenuto anche conto che la maggior parte dei determinanti che condizionano i comportamenti non salutari sono esterni alla capacità di intervento del “sistema salute” (Ministero e SSN).

L'approccio multi-stakeholder definito dal Programma nazionale “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”(DPCM 4 maggio 2007), in accordo con le Regioni e le Province autonome è la strategia più efficace per assicurare a tutta la popolazione un futuro all'insegna di uno sviluppo in salute e più sostenibile, favorendo il mantenimento di un buono stato di salute lungo tutto il corso dell'esistenza, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche” (Health in All Policies). Il programma promuove interventi lungo tutto il corso della vita (“life-course approach”) non solo per assicurare un “buon inizio” ad ogni bambino (prevenzione pre-concezionale, protezione della maternità e delle nuove famiglie, protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno), ma anche per prevenire comportamenti non salutari che si instaurano spesso già durante l'infanzia e l'adolescenza, ridurre il rischio di insorgenza di malattie croniche nell'adulto, per arrivare ad un invecchiamento sano ed attivo.

Il coinvolgimento di tutti i soggetti che hanno capacità di incidere sulla salute stessa, individuando i rischi, ma anche le opportunità per la salute negli ambienti di vita e di lavoro, rappresenta l'elemento centrale per contribuire alla costruzione di una cultura condivisa in cui la “salute” è un obiettivo prioritario riconosciuto dal sistema Paese.

L'alleanza con la “Scuola” è un fattore prioritario: la scuola è, infatti, luogo privilegiato per la

promozione della salute nella popolazione giovanile, svolgendo un ruolo educativo molto importante in grado di favorire lo sviluppo di competenze, oltre che di conoscenze, nonché il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment), in una fase cruciale della vita. La scuola può permettere ai ragazzi di sviluppare autonomia di giudizio relativamente allo stile di vita individuale, rendendoli in grado di affrontare le influenze sociali, ambientali, economiche che condizionano i comportamenti relativi alla salute, di scegliere consapevolmente e sperimentare comportamenti salutari. Il canale scolastico è idoneo a raggiungere anche i molteplici soggetti - docenti, genitori e famiglie, associazioni giovanili – che ruotano intorno alla scuola, coinvolgendoli nelle iniziative di prevenzione di comportamenti non salutari e dannosi.

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 2018 riconosce nella scuola un “setting” importante per la promozione della salute nella popolazione giovanile, in cui i temi relativi ai fattori di rischio comportamentali devono essere trattati secondo un approccio trasversale in grado di favorire lo sviluppo di competenze oltre che di conoscenze, integrato nei percorsi formativi esistenti.

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è un altro punto di forza delle strategie nazionali di prevenzione e promozione della salute, fondamentale non solo per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali è necessario intervenire, attraverso informazioni sull’andamento della malattia o dei fattori di rischio, ma anche per pianificare, monitorare e valutare interventi e politiche volte a ridurre l’effetto dei determinanti sociali sulle disparità di salute.

L’età pre-adolescenziale e adolescenziale rappresenta una fase cruciale per lo sviluppo dell’individuo e costituisce quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute. La collaborazione inter-istituzionale attivata anche attraverso HBSC ha reso possibile disporre di dati aggiornati e confrontabili sui comportamenti e sulle percezioni degli adolescenti, contribuendo a favorire lo sviluppo di interventi di prevenzione e promozione della salute incentrati sugli effettivi bisogni di salute. che hanno coinvolto i diversi professionisti della salute e il settore scolastico in tutto il territorio nazionale.

I risultati della sorveglianza, inoltre, possono essere utilizzati da operatori sanitari, educatori ed insegnanti per informare e sensibilizzare ragazzi e famiglie.

La partecipazione allo studio internazionale, infine, consente di mantenere un network di collaborazione multi-disciplinare di esperti per lo sviluppo di metodologie di intervento per la salute degli adolescenti.

## CAPITOLO 2

# LO STUDIO HBSC E LA SUA METODOLOGIA

Franco Cavallo, Nazario Cappello, Giulia Piraccini  
*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

### 2.1 Introduzione

La ricerca HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa con l'obiettivo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati alla salute tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche alcuni Paesi extra-europei, come USA e Canada.

Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università ed Istituzioni governative, coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)).

Il background teorico dell'HBSC ha le sue radici nella cultura della salute di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è fatta promotrice (1). Il concetto di salute deve infatti essere inteso nel senso più ampio del termine, come risorsa della vita quotidiana, e non solo come assenza di malattia. In questo senso essa comprende, oltre alla dimensione fisica, anche quelle sociali ed emozionali, che possono influenzare la prima, sia nel breve che nel lungo periodo. Un tale ampio concetto di salute sottintende l'adozione di un approccio multidisciplinare per la comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute che tenga conto sia della sua multifattorialità che della interrelazione tra le diverse dimensioni che la compongono (2).

La salute è infatti influenzata da fattori ambientali e comportamentali tra loro fortemente interconnessi (3). Riguardo i primi, la famiglia, la scuola ed il gruppo di pari sono i contesti di vita fondamentali dei ragazzi in età adolescenziale e pre-adolescenziale, ma ciascuno di questi presenta elementi fortemente problematici: il ragazzo si sta staccando dalla famiglia, raggiungendo più libertà da una parte ma essendo meno protetto dall'altra, e non avendo ancora gli strumenti per una piena autonomia. Il gruppo di amici diventa sempre più importante, così come la ricerca di relazioni affettivo-sessuali, ma sempre maggiori diventano i timori di non essere accettato, adeguato a ciò che il contesto sembra richiedere (4).

Relativamente ai fattori comportamentali, molti di questi sono i più diretti responsabili delle patologie prevalenti dei nostri tempi: fumo, alcol, sostanze stupefacenti, attività fisica, abitudini alimentari e del sonno; la misura in cui ciascuno di essi viene adottato è importante nel determinare lo stato di salute presente e quello futuro dei ragazzi (5). L'interesse è soprattutto rivolto ai determinanti di questi comportamenti: abitudini, cultura e possibilità economiche dei genitori, cultura dei ragazzi (comportamenti di "iniziazione"), atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola, sono tutti elementi che influiscono sulla scelta del ragazzo di adottare o meno un determinato comportamento (3).

Il disegno di studio è trasversale, con ripetizioni ogni 4 anni, al fine di simulare uno studio longitudinale.

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

## 2.2 Lo studio nazionale

L'Italia ha aderito allo studio per la prima volta nel 2001-2002 (6) e successivamente nel 2006 (7, 8). Dal 2010 (10), con la partecipazione di tutte le Regioni, l'HBSC è inserito nel sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6 – 17 anni, promosso dal programma “Guadagnare Salute” e sostenuto dal Ministero della Salute/CCM (9).

Anche la raccolta dati del 2014-2015 è stata condotta in tutte le regioni.

Il disegno dello studio è trasversale con ripetizione ogni quattro anni al fine di simulare uno studio longitudinale.

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare campioni rappresentativi della popolazione nelle tre fasce di età considerate (11, 13, 15 anni). Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio di ciascuna regione e fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Le classi sono state stratificate entro ciascuna regione sulla base dell'età (scuole secondarie di I e II grado) con lo scopo di assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, garantendo la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati sia a livello locale che nazionale.

A livello regionale, 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 del  $\pm 3,5\%$  con Intervallo di Confidenza (IC) del 95%, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale. È 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.

### 2.2.1 Gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati

Per la rilevazione delle informazioni, sono utilizzati i due questionari predisposti dal network internazionale HBSC: uno rivolto ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni (obbligatorio) e l'altro indirizzato ai dirigenti scolastici (opzionale).

I questionari contengono un “core” di domande comune a tutti i Paesi partecipanti e una sezione “variabile” in cui ciascun Paese ha inserito delle domande specifiche per il proprio contesto nazionale di riferimento.

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).

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.

Per quanto riguarda la raccolta dati 2014, il questionario elaborato dal gruppo di ricerca multidisciplinare internazionale è stato integrato da alcune domande relative ad alcol e gioco d'azzardo, inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento in quanto specifiche del contesto nazionale.

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 presenta un "core" di domande obbligatorie, che indagano alcune caratteristiche di base della scuola (tipo di scuola, localizzazione, numerosità per genere degli studenti e degli insegnanti, numerosità delle classi, presenza di minoranze etniche, presenza di problematiche nell'area dove è situata la scuola) e una parte "variabile" che può contenere domande specifiche per i diversi contesti nazionali di riferimento. Anche in questo caso nella raccolta dati del 2014, il gruppo di coordinamento italiano HBSC ha deciso di inserire alcune domande specifiche.

I principali aspetti indagati nel questionario del dirigente scolastico sono stati:

- classificazione della scuola (secondaria di primo grado, secondaria di secondo grado e tipologia d'istituto);
- localizzazione della scuola (per aree a diversa densità demografica);
- numerosità per genere degli studenti e percentuale di minoranze etniche tra gli stessi;
- numero complessivo di classi;
- presenza e rilevanza di specifiche problematiche (tensioni basate su differenze razziali, etniche o religiose; spaccio, consumo di droghe o abuso di alcol, ecc.) nell'area dove è situata la scuola;
- misure di promozione della salute e del benessere adottate dalla scuola (con lo scopo di indagare l'approccio utilizzato dalla scuola nell'affrontare e gestire importanti aree associate al benessere degli studenti, quali l'attività fisica, l'alimentazione, la prevenzione di condotte violente e del bullismo e l'abuso di sostanze);
- adeguatezza delle risorse messe in campo dalla scuola per migliorare queste situazioni (per capire quali sono le risorse di cui la scuola dispone e la percezione, da parte del dirigente scolastico, della loro adeguatezza. Le risorse disponibili sono infatti essenziali per gestire iniziative di promozione ed educazione alla salute);
- livello di partecipazione degli studenti (indagare il livello di partecipazione degli studenti nei processi di presa di decisioni a livello scolastico, è ritenuto un aspetto importante poiché può influenzare il benessere percepito, la salute e i comportamenti degli studenti).

Per collegare i questionari dei ragazzi di una determinata scuola a quello compilato dal dirigente scolastico della scuola medesima è stato adottato un codice alfanumerico univoco. In questo modo le informazioni comportamentali ottenute dalle domande rivolte ai ragazzi potevano essere collegate al contesto scolastico di riferimento.

## 2.2.2 Aspetti etici

Poiché l'indagine mira a raccogliere dati riferiti alla popolazione ed evita di rilevare dati identificativi dei singoli individui, le risposte alle domande sono state fornite autonomamente da ragazzi/e nel totale anonimato. Infatti, come da protocollo, il questionario viene compilato contemporaneamente da tutta la classe e una volta concluso viene raccolto e inserito, dall'operatore sanitario, in una busta immediatamente sigillata. Le informazioni demografiche ottenute (genere, anno e mese di nascita, classe di frequenza, nazionalità, nazionalità dei genitori) non permettono, quindi, di risalire in alcun modo alla singola persona.

Il questionario e tutta la metodologia relativa alla survey sono stati approvati dal Comitato Etico dell'Università di Torino.

## 2.2.3 Attività svolte

Nel mese di Gennaio del 2014 sono stati svolti degli incontri con i referenti regionali per condividere il protocollo e gli strumenti dell'indagine e proporre eventuali domande aggiuntive a livello regionale.

Per permettere una migliore condivisione degli strumenti, sono state create delle pagine web riservate, con accesso tramite password, sul sito [www.hbsc.unito.it](http://www.hbsc.unito.it) dal quale i referenti regionali e gli operatori sanitari coinvolti nell'indagine potessero scaricare direttamente i materiali da utilizzare.

Sono stati stampati 70.000 questionari su apposito formato cartaceo adatto alla lettura ottica dei dati;



questi sono stati spediti ai referenti regionali che a loro volta li hanno fatti pervenire ai singoli operatori sanitari.

Una volta effettuato il campionamento per ogni singola regione è stata inviata la lista delle scuole ai singoli referenti; i Dirigenti Scolastici delle scuole campionate sono stati informati dagli Uffici Scolastici Provinciali e dai Referenti di ASL del proprio territorio dell'avvio dell'indagine e del numero di classi selezionate all'interno del proprio istituto. I dirigenti sono stati invitati anche a comunicare il nominativo degli insegnanti delle classi selezionate, che hanno partecipato ad un incontro con gli operatori ASL e i Referenti Aziendali per predisporre la raccolta dei dati.

Nell'incontro preparatorio sono stati illustrati agli insegnanti gli obiettivi, le modalità dell'indagine e i termini della loro collaborazione.

Agli insegnanti è stato consegnato il seguente materiale:

- numero adeguato di copie dell'Informativa per genitori, da far firmare al Dirigente Scolastico e da consegnare poi agli interessati;
- il questionario scolastico, da consegnare al Dirigente scolastico e da ritirare entro il giorno della rilevazione dei dati;
- lettera/guida per gli Insegnanti, con allegata la scheda di classe;
- una scheda di presentazione del progetto.

Qualche giorno prima della raccolta dati, ai genitori è stata consegnata un'informativa con indicazioni sullo studio. Per l'acquisizione del consenso dei genitori è stato applicato il principio del silenzio/assenso e solo coloro che avevano deciso di non far partecipare il proprio figlio all'indagine hanno restituito all'insegnante l'informativa compilata e firmata col diniego alla partecipazione del figlio.

La raccolta dei dati è iniziata a marzo 2014 ed è andata avanti fino alla fine di maggio 2015. Alcune regioni hanno terminato la raccolta dei dati nei primi mesi del successivo anno scolastico (settembre/ottobre).

Il giorno della somministrazione dei questionari l'insegnante ha consegnato all'operatore ASL le informative relative ai/alle ragazzi/e che non partecipavano all'indagine e il questionario del dirigente scolastico compilato. La somministrazione del questionario è stata gestita da un insegnante della classe campionata, in collaborazione con un operatore sanitario. I questionari sono stati compilati in classe dai ragazzi in forma anonima. Contemporaneamente alla somministrazione dei questionari, l'operatore e l'insegnante hanno compilato la scheda di classe riportando le informazioni riguardanti il numero di presenti, di assenti e di quanti avevano compilato il questionario.

Ogni referente regionale si è occupato della raccolta di tutti i questionari della propria regione e della loro spedizione tramite corriere alla ditta specializzata per l'imputazione dei dati.

In seguito alla lettura ottica dei dati rilevati, un file per ogni regione è stato inviato al centro di coordinamento dell'Università di Torino, che ha provveduto alla creazione di un database nazionale e di un database per ogni regione partecipante all'indagine. I database così creati sono stati controllati e ripuliti dai più evidenti errori di rilevazione e i casi da mantenere selezionati in base ad un protocollo di selezione per età codificato a livello internazionale, che manteneva nel file solo i casi con un'età che differiva di non più di sei mesi dall'età target.

Il gruppo di coordinamento nazionale ha inoltre predisposto una bozza standardizzata di report, per tutte le regioni, basata sui risultati più significativi evidenziati negli studi precedenti, che è stata resa disponibile sull'area riservata del sito. Ad ogni referente regionale è stato spedito il proprio database regionale con i risultati delle specifiche analisi per la redazione del report.

## 2.2.4 Analisi dei dati nazionali

Le analisi dei dati tengono conto dell'effetto del piano di campionamento sulla precisione delle stime riportate. In particolare il calcolo delle percentuali sui dati aggregati a livello nazionale tiene conto della stratificazione per Regioni e dei relativi pesi a esse associati.

I dati nazionali presentati in questo rapporto sono stati stimati attraverso una procedura di pesatura del campione. Ad ogni studente è stato assegnato un peso ( $w_i$ ) pari al reciproco della sua probabilità di inclusione nel campione ( $W_i = 1/p_i$ ).

I pesi sono stati aggiustati sulla base della popolazione studentesca eligibile, stimata sulla base della popolazione studentesca e la percentuale di studenti inclusi nel campione dopo la pulizia sulle fasce di età. Inoltre, è stata effettuata una correzione dei pesi campionari in modo da riproporzionare, in ciascuna regione, il numero di studenti del campione a quello della popolazione studentesca eligibile. Le percentuali riportate nelle tabelle del presente rapporto sono le stime pesate secondo la procedura sopra riportata, mentre i numeri assoluti si riferiscono alle frequenze osservate.

## Bibliografia

1. World Health Organisation (WHO). *Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.
2. The Hastings Center Report. Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia* 1997, 45:1-48, World Health Organisation (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneve, WHO.
3. Green LW, Kreuter MW (1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield, Mountain view.
4. King A, Wold B, Smith CT and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.
5. Allison KR, Adlaf EM, Ialomiteanu A, Rehm J. Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Can J Public Health* 1999; 90(2):85-9.
6. HBSC-Italia. *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica; 2004.
7. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.
8. Studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Disponibile all'indirizzo: [www.hbsc.unito.it](http://www.hbsc.unito.it) ultima consultazione 1/07/2012.
9. DPCM 4 maggio 2007 Adozione documento programmatico "Guadagnare Salute". Disponibile all'indirizzo: [www.guadagnaresalute.it](http://www.guadagnaresalute.it) ultima consultazione 1/07/2012.
10. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, (2013), *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

**PARTE SECONDA**  
**Risultati dell'indagine HBSC Italia 2014**



## CAPITOLO 3

### CAMPIONE IN STUDIO

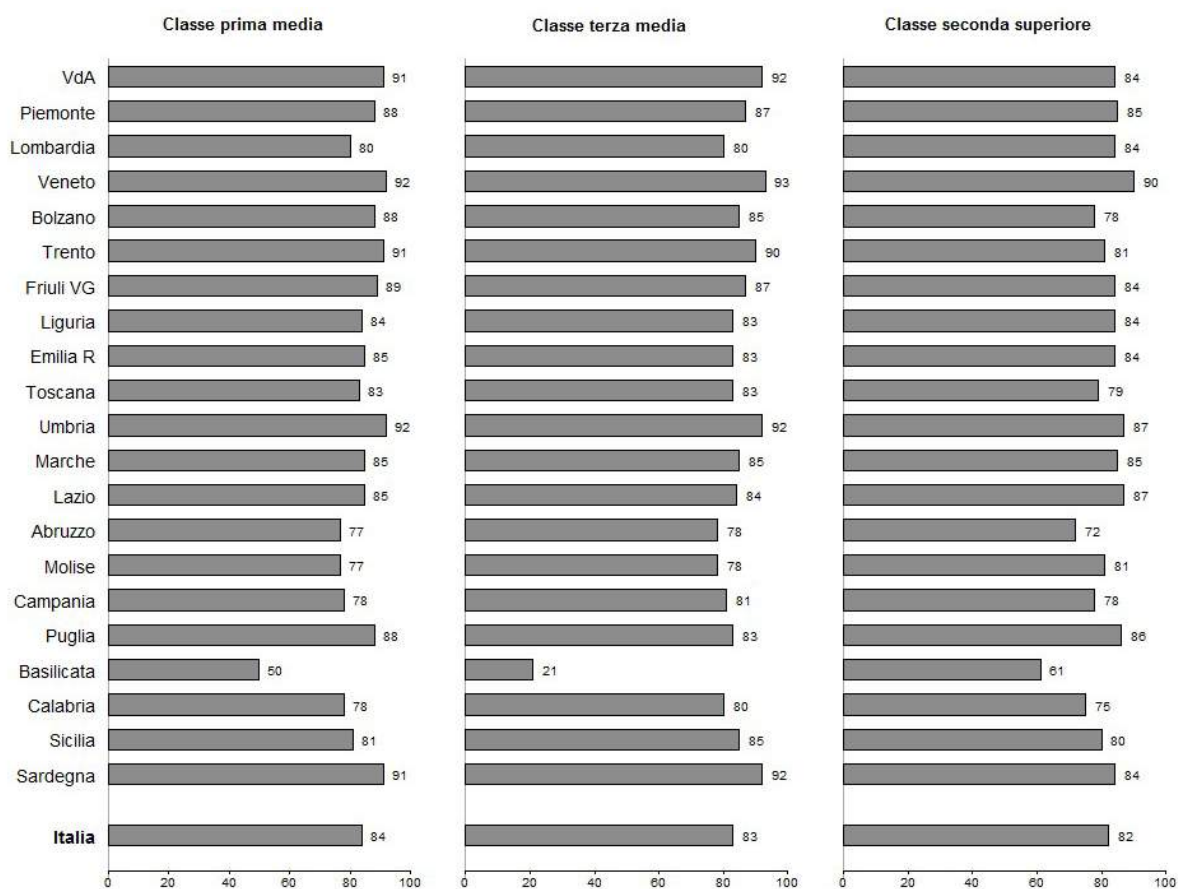
Paola Dalmaso, Paola Berchiolla, Giulia Piraccini e il gruppo HBSC Italia 2014

*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

Complessivamente sono state selezionate 3681 classi, il 66,6% delle quali nelle scuole secondarie di I grado. La rispondenza per classe (Tabella 3.1) è, a livello nazionale, del 90,1%. La rispondenza individuale è riportata in Figura 3.1, dove si evidenzia come, complessivamente, la partecipazione dei ragazzi si attesti intorno all'80% sia nelle scuole secondarie di I che di II livello. Si registrano però differenze regionali anche piuttosto marcate, tra cui la Basilicata, che presenta i livelli di partecipazione più bassi in tutti e tre i gradi di istruzione.

**Tabella 3.1 Rispondenza per classe**

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
<b>Classe prima media</b>	1225	1104	90.1
<b>Classe terza media</b>	1226	1087	88.7
<b>Classe seconda superiore</b>	1230	1124	91.4
<b>Totale</b>	3681	3315	90.1

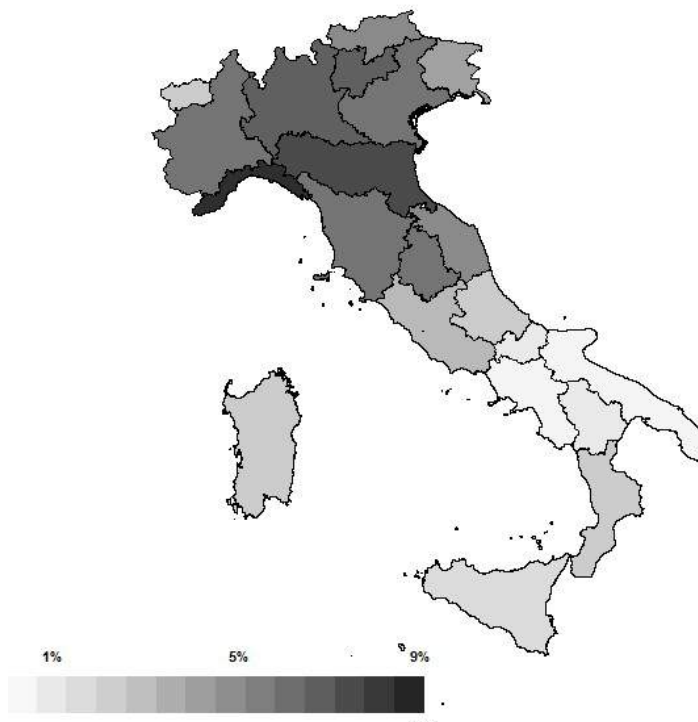


**Figura 3.1 Rispondenza per Regione**

In Tabella 3.2 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 48000 ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, il campione risulta più numeroso negli undicenni (36,4%), decrescendo con l'età (35,2% di tredicenni, 28,3% di quindicenni), mentre si registra un'equidistribuzione tra maschi e femmine, senza apprezzabili differenze per età.

**Tabella 3.2 Composizione del campione, per età e genere**

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	36.9 (9071)	36.0 (8735)	36.4 (17806)
13 anni	34.7 (8122)	35.7 (8260)	35.2 (16382)
15 anni	28.4 (6704)	28.3 (6907)	28.3 (13611)
<b>Totale</b>	<b>100.0</b> (23897)	<b>100.0</b> (23902)	<b>100.0</b> (47799)



**Figura 3.2 Percentuale di nati all'estero - per Regione**

La Tabella 3.3 illustra la composizione del campione secondo la nascita in Italia. Se complessivamente il 4,5% degli intervistati dichiara di non essere nato in Italia, senza apprezzabili differenze né per genere né per età, esaminando la situazione entro ciascuna regione, si può notare come nelle regioni centro-settentrionali, la prevalenza di ragazzi nati all'estero sia più marcata (Figura 3.2).

**Tabella 3.3 Composizione del campione secondo la nascita in Italia o all'estero - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Nato in Italia</b>	95.3 (16873)	95.3 (15495)	95.8 (12898)	95.5 (45266)
<b>Nato all'estero</b>	4.7 (915)	4.7 (870)	4.2 (703)	4.5 (2488)
<b>Totale</b>	100.0 (17788)	100.0 (16365)	100.0 (13601)	100.0 (47754)

**Tabella 3.4 Composizione del campione per nascita in Italia dei genitori ed età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale
<b>Entrambi in Italia</b>	83.7 (14601)	86.4 (13783)	88.0 (11712)	85.9 (40096)
<b>Madre o Padre all'estero</b>	7.7 (1474)	6.7 (1235)	7.2 (1047)	7.2 (3756)
<b>Entrambi all'estero</b>	8.6 (1648)	6.8 (1309)	4.9 (806)	6.9 (3763)
<b>Totale</b>	100.0 (17723)	100.0 (16327)	100.0 (13565)	100.0 (47615)

Relativamente allo stato di nascita dei genitori (Tabella 3.4) il 7% dei ragazzi intervistati dichiara che entrambi i genitori sono nati all'estero, con un evidente decremento all'aumentare dell'età, mentre tale differenza per fascia di età non si registra se solo uno dei due genitori risulta non nato in Italia.

## CAPITOLO 4

# CONTESTO FAMILIARE

Natale Canale, Alessio Vieno, Massimo Santinello e il Gruppo HBSC Italia 2014  
*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova*

### 4.1 Introduzione

Tra i numerosi cambiamenti 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 (1-3).

Lo studio ha indagato tre rilevanti aspetti del sistema familiare, capaci di influenzare nel loro complesso la salute e il benessere degli adolescenti (4-7): *la struttura familiare, la relazione genitori-figli e il livello socio-economico*, consentendo di approfondire il ruolo della famiglia come contesto di vita e la percezione della stessa da parte dei ragazzi

### 4.2 La struttura familiare

Una delle strutture sociali a subire importanti modificazioni, nel corso degli ultimi anni, è stata la famiglia. Queste modifiche costituiscono un fattore d'interesse alla luce della relazione tra struttura familiare, benessere e soddisfazione per la vita di bambini e adolescenti (4, 8).

In Italia, i processi di cambiamento e di trasformazione della famiglia sono meno evidenti e meno rapidi rispetto alla maggior parte degli altri Paesi Occidentali ma, nonostante questo, 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) (2, 9).

In generale, le principali trasformazioni demografiche e familiari (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 al 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.) (9-12).

In termini di cambiamenti nelle singole famiglie possiamo invece annoverare la diminuzione dell'ampiezza familiare, l'aumento delle famiglie unipersonali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti), che se un tempo erano una risorsa per la famiglia stessa, ora nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani, la crescita di "nuove tipologie" familiari: monogenitoriali, famiglie ricostituite, convivenze more uxorio (9, 12, 13).



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 (14), 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 è 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.

- La famiglia “ricostituita”: è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio. Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (15), 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 d’incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (13, 16-17).

La struttura familiare, a fianco di variabili che hanno a che fare con le relazioni interpersonali all’interno della famiglia, ha un forte impatto sulla vita degli individui, ed in particolar modo su quella dei giovani in via di sviluppo (4). Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi un lavoro sempre attuale, considerati i forti cambiamenti 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, dall’altro potenzialmente arricchente dal punto di vista affettivo e adattativo (4, 14).

Diverse ricerche si sono focalizzate sui riscontri negativi che tali nuove tipologie familiari possono 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 e per la soddisfazione di vita, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite possa essere un fattore di rischio (4, 18-22).

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, uno stato di conflittualità permanente o problemi economici (4, 23-24).

Lo studio ha indagato la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

La Tabella 4.1 riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari. I dati evidenziano come in Italia i nuclei familiari maggiormente presenti sono, ad oggi, rappresentati da famiglie di tipo tradizionale (il 68,5% dei ragazzi dichiara di vivere con entrambi i genitori), la seconda tipologia di famiglia più frequentemente presente sul territorio nazionale è rappresentata da nuclei in cui i ragazzi oltre che con i genitori co-abitano anche con uno o più nonni (15,1%). Il 12,6% dei partecipanti vive invece in famiglie monogenitoriali, in cui il genitore maggiormente presente è la madre (11,2%). Infine, solo il 2,4% vive in nuclei familiari ricostruiti.

**Tabella 4.1 Tipologia di famiglia del campione**

	%	N
Madre e padre, no altri adulti	68.5%	30781
Madre e padre, più uno o due nonni	15.1%	7032
Solo madre (con o senza nonni)	11.2%	5238
Solo padre (con o senza nonni)	1.4%	658
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.4%	1157
Solo nonni (uno o due)	0.6%	286
Altra sistemazione senza genitori o nonni	0.9%	423
<b>Totale</b>	<b>100.0%</b>	<b>45575</b>

Relativamente al numero di fratelli e sorelle dei partecipanti, la Tabella 4.2. evidenzia che più della metà dei partecipanti (56,7%) dichiara di avere un fratello o una sorella, il 29,5% ha invece due o più fratelli e sorelle; il 13,8% degli intervistati è invece figlio unico.

**Tabella 4.2 Campione per numero di fratelli e sorelle**

	%	N
Figli unici	13.8%	7038
1 fratello o sorella	56.7%	25839
2 o più fratelli o sorelle	29.5%	12833
<b>Totale</b>	<b>100.0%</b>	<b>45710</b>

### 4.3 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 (25).

È importante considerare le peculiarità che il rapporto genitori-figli ha assunto nella sua evoluzione storica nel comprendere questi meccanismi d'influenza. Come evidenziato dai rapporti sulla famiglia italiana (26), 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 (2, 3, 11).

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, è un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli (25). 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 (27). Dall'altra parte, è stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possa svolgere una funzione protettiva rispetto a scelte comportamentali e al benessere generale dei ragazzi (28, 29) e, in particolare, rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (30), a comportamenti antisociali (18, 31, 32), alla scarsa autostima (2), a problemi scolastici (33) e all'insoddisfazione corporea (25). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo grado di controllo/autorità sulla vita dei figli per essere adattivo (34).

Tabella 4.3 Livello di difficoltà a parlare con i genitori di questioni che preoccupano - per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
	<b>Padre</b>			
<b>Molto facile</b>	38.4 (6291)	24.7 (3743)	18.0 (2088)	27.8 (12122)
<b>Facile</b>	34.4 (6348)	37.7 (6082)	36.6 (5072)	36.2 (17502)
<b>Difficile</b>	17.0 (2988)	22.9 (3820)	26.2 (3680)	21.7 (10488)
<b>Molto difficile</b>	7.5 (1278)	11.4 (1890)	15.1 (2036)	11.1 (5204)
<b>Non ho o non vedo questa persona</b>	2.7 (490)	3.3 (573)	4.1 (565)	3.3 (1628)
<b>Totale</b>	100.0 (17395)	100.0 (16108)	100.0 (13441)	100.0 (46944)
	<b>Madre</b>			
<b>Molto facile</b>	57.2 (9529)	42.6 (6218)	30.4 (3861)	44.4 (19608)
<b>Facile</b>	30.2 (5407)	36.9 (6310)	42.7 (5917)	36.2 (17634)
<b>Difficile</b>	8.3 (1550)	14.1 (2425)	19.0 (2579)	13.4 (6554)
<b>Molto difficile</b>	3.6 (574)	5.7 (914)	6.6 (911)	5.2 (2399)
<b>Non ho o non vedo questa persona</b>	0.7 (152)	0.7 (152)	1.2 (141)	0.9 (445)
<b>Totale</b>	100.0 (17212)	100.0 (16019)	100.0 (13409)	100.0 (46640)

Sebbene tale percezione di sostegno genitoriale tenda a diminuire al crescere dell'età dei ragazzi (25), la famiglia continua a rivestire un ruolo di centrale importanza nelle esperienze dei ragazzi, per cui nonostante la crescente richiesta di autonomia, essi restano collegati al bisogno del sostegno emotivo dei genitori, dimostrando come in quest'età non si assiste ad una rottura tra genitori e figli bensì ad una trasformazione del loro legame (1).

La comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa a problemi che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta a questa domanda erano distribuite su una scala da "molto facile" a "non ho o non vedo questa persona".

Nella Tabella 4.3 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.

All'interno di ogni fascia d'età, è soprattutto la figura materna quella che i ragazzi prediligono per la facilità con cui è possibile parlare di cose che realmente li preoccupano.

Considerando la qualità della comunicazione all'interno della famiglia, si osserva, come la comunicazione con entrambi i genitori tenda a diventare più difficoltosa con l'aumentare dell'età. Infatti, sommando le risposte "Molto facile" e "Facile", si conferma come all'aumentare dell'età tenda a decrescere la facilità di dialogo sia con il padre (72,8% per gli 11enni, 62,4% per i 13enni e 54,6% per i 15enni) sia con la madre (87,4% per gli 11enni, 79,5% per i 13enni e 73,1% per i 15enni). Il livello di difficoltà di comunicazione con il padre è in generale più alto e, coerentemente con quanto riscontrato per la madre, sommando le risposte "Molto difficile" e "Difficile" si rileva con l'età un aumento della difficoltà dei ragazzi a comunicare sia con il padre (24,5% per gli 11enni, 34,3% per i 13enni e 41,3% per i 15enni) che con la madre (11,9% per gli 11enni, 19,8% per i 13enni e 25,6% per i 15enni).

Le Figure 4.1 e 4.2 evidenziano la facilità che i ragazzi delle diverse fasce d'età hanno nel parlare rispettivamente con il padre e con la madre di cose che li preoccupano, considerano inoltre evidenze rispetto al genere e all'area geografica dei partecipanti.

Si osserva come al crescere dell'età diminuisca la facilità con cui i ragazzi parlano, ad entrambi i genitori, di aspetti che realmente li preoccupano. Più nello specifico, la Figura 4.1. evidenzia che i maschi 13enni e 15enni, rispetto alle femmine, hanno una maggiore facilità di parlare con il padre di cose che li preoccupano, mentre al contrario le ragazze hanno una maggiore difficoltà ad aprirsi con la figura paterna.

Per quanto riguarda invece la figura materna (Figura 4.2) sia i maschi sia le femmine considerano la madre come una persona di riferimento con cui poter parlare facilmente di cose che li preoccupano, seppur con una diminuzione della facilità di dialogo legata al crescere dell'età dei ragazzi.

È possibile inoltre osservare una relativa variabilità regionale che permette di evidenziare, in termini descrittivi, alcune differenze per aree geografiche sulla facilità di comunicazione con il padre e con la madre da parte dei ragazzi. Nello specifico, gli studenti 13enni e 15enni del Sud rispetto ai pari del Nord hanno una maggiore facilità di parlare sia con il padre (per esempio, 62% del Veneto vs 86% della Calabria per i 13enni, 47% della Lombardia vs 78% della Calabria per le 15enni) sia con la madre (per esempio 69% del Veneto vs 90% della Basilicata per le 13enni).

#### 4.4 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 sia indirettamente (7, 27, 35-38). Infatti, come dimostrato da numerosi studi, un buon livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (39-42). La letteratura evidenzia, inoltre, come adolescenti che vivono in famiglie con un basso status socio-economico così come in un ambiente sociale povero e svantaggiato (43-45) tendano, generalmente, ad adottare uno stile di vita poco salutare che influenza diversi ambiti di vita dei ragazzi, come l'adattamento scolastico (46), comportamenti di internalizzazione (47) e di esternalizzazione (48, 49). Più nello specifico questi studi evidenziano come un basso status socio-economico familiare possa incidere sulla performance scolastica dei ragazzi, sullo sviluppo di sintomi depressivi e sull'adozione di comportamenti a rischio, come il consumo di sigarette. Infatti, la relazione che intercorre tra le condizioni di svantaggio e di povertà delle famiglie e i diversi risvolti che queste potrebbero avere sull'adattamento psicosociale dei ragazzi, dipendono sia da fattori inerenti dinamiche interne al nucleo familiare (conflitti, esposizione ad eventi stressanti) sia da aspetti legati al contesto di vita (quartiere di residenza svantaggiato).

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una "misura composita che incorpora lo status economico (reddito), lo status sociale (educazione) e lo status professionale (occupazione)" (50), così come definito dai seguenti indicatori:

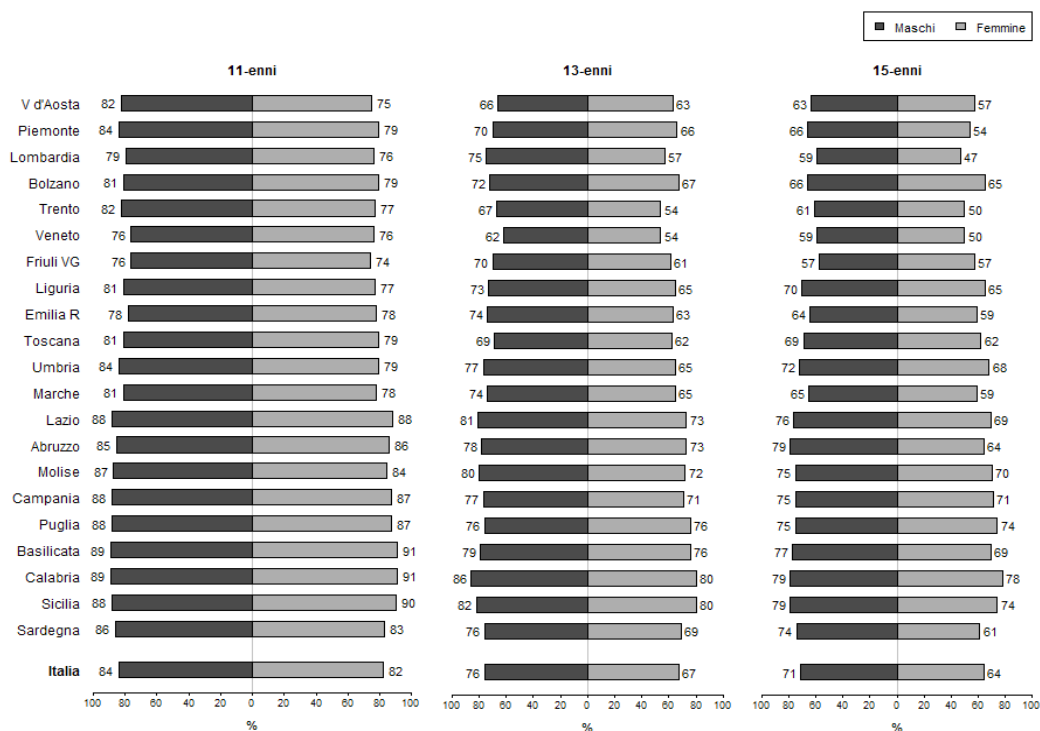
- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze ecc.) con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare) (51);
- 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.

Nelle Figura 4.3 e in Tabella 4.4 si possono osservare i risultati relativi allo status socio-economico della famiglia e al titolo di studio dei genitori.

A livello nazionale la maggior parte dei partecipanti (73,2%) riporta un livello di benessere economico che si colloca a livelli medio-alti. Più nello specifico, i dati evidenziano che la percentuale del livello socio-economico medio (54,4%) è più elevata rispetto a quella del livello alto (18,8%). Il 26,8% dei ragazzi che hanno partecipato allo studio, invece, riporta un basso livello di agiatezza economica (bassa possibilità di consumo).

La Figura 4.3 mostra graficamente la percentuale di partecipanti che riporta un livello socio-economico basso rispetto ad un livello medio/alto sia all'interno del territorio nazionale sia considerando le singole regioni italiane.

In generale sono soprattutto le regioni come la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia in cui si riscontra una maggiore percentuale rispetto a quella nazionale, di famiglie che vivono con un basso status socio-economico; tale risultato è confermato a prescindere dal genere o dall'età dei partecipanti. Sono invece soprattutto le regioni dell'area Centro/Nord quelle in cui si riscontra una percentuale ridotta di basso status socio-economico. In particolare, le regioni con una percentuale maggiore di famiglie con elevato status socio-economico sono Bolzano e il Friuli Venezia Giulia.



**Figura 4.1 Quanto è facile o molto facile parlare con il padre di questioni che preoccupano per età, genere e Regione**

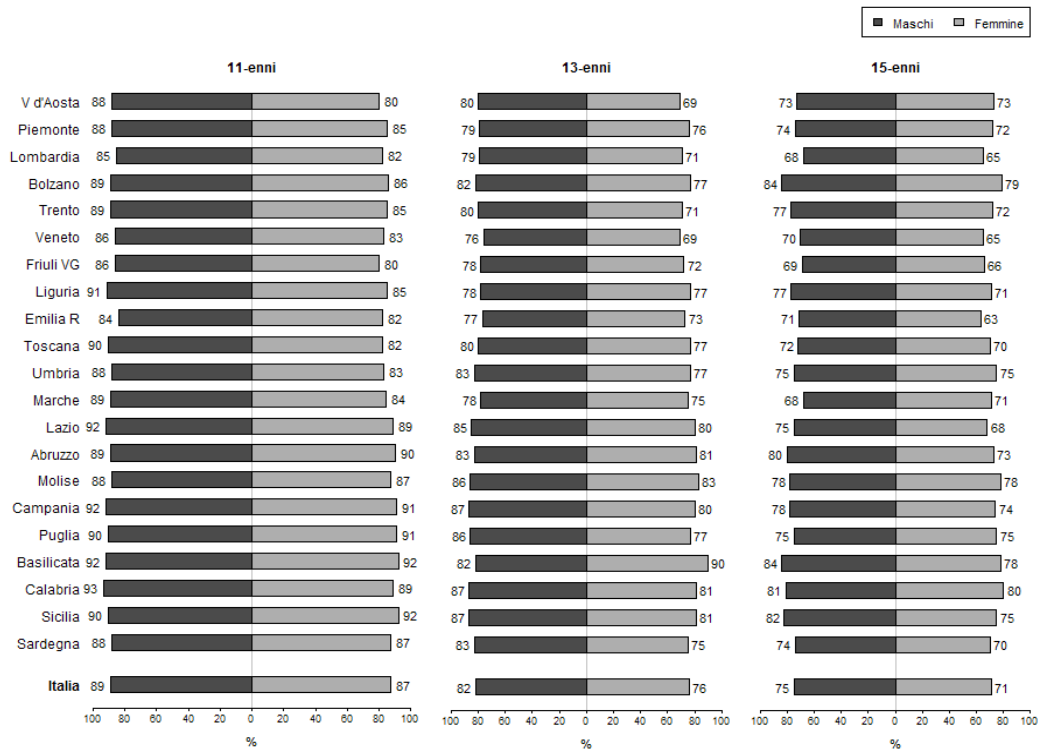


Figura 4.2 Quanto è facile o molto facile parlare con la madre di questioni che preoccupano per età, genere e Regione

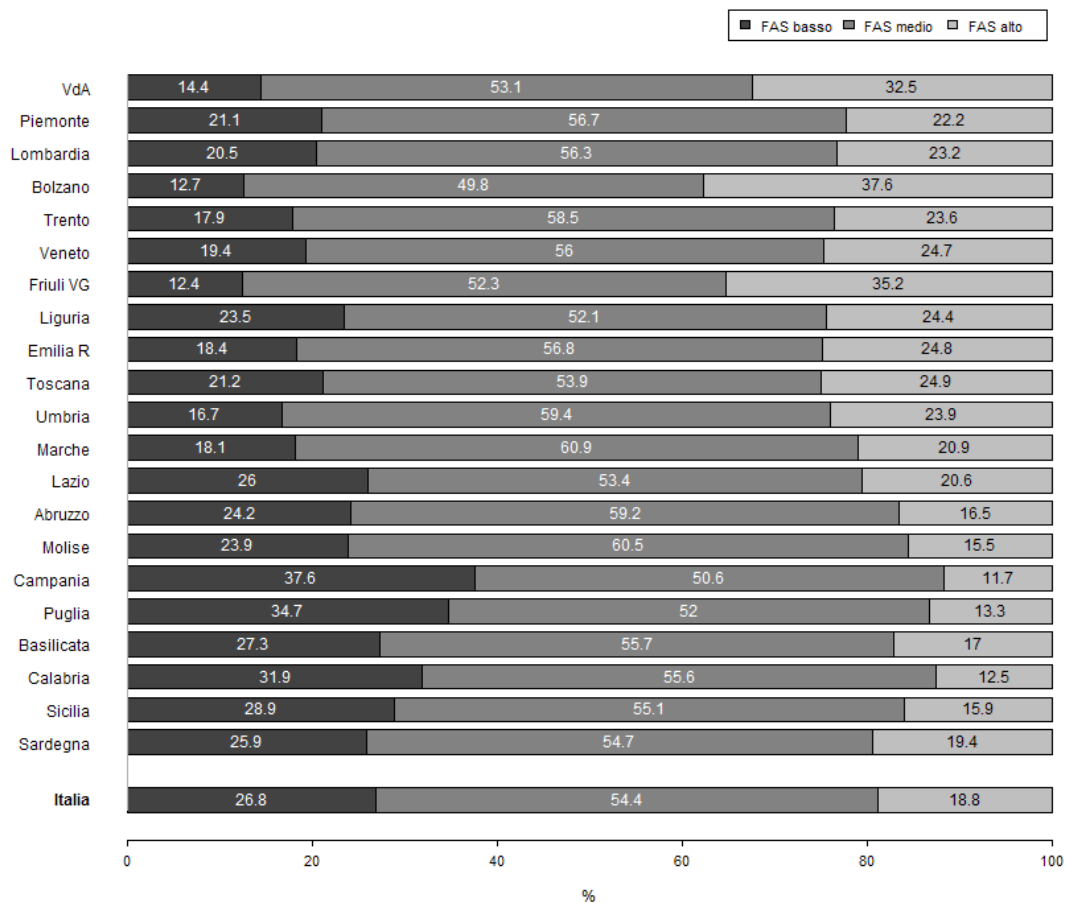


Figura 4.3. Status socio-economico familiare, in percentuale, secondo la Family Affluence Scale - per Regione

Il titolo di studio conseguito dai genitori dei partecipanti è riportato in Tabella 4.4. In generale, a livello nazionale si rileva, a prescindere dall'età dei partecipanti, un livello d'istruzione dei genitori medio-alto (diploma o laurea). Si osserva che circa il 23% del campione possiede un titolo di studio di licenza media, circa il 28% del campione possiede un titolo di studio di maturità, infine, circa il 20% dei genitori possiede la laurea. Una minor percentuale di genitori possiede la licenza elementare o ha frequentato una Scuola professionale. Considerando separatamente le madri e i padri, si evidenzia un livello d'istruzione medio-alto (diploma e laurea) maggiore delle madri (50,9%) rispetto ai padri (42,5%).

**Tabella 4.4 Titolo di studio dei genitori – per età**

	Padre			Madre		
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Licenza elementare	2.1 (272)	2.9 (406)	3.5 (318)	1.7 (200)	2.7 (263)	3.1 (224)
Licenza media	17.4 (2433)	28.2 (4039)	29.0 (3503)	15.1 (1879)	23.1 (3179)	24.4 (2956)
Scuola professionale	6.8 (1256)	10.6 (2073)	10.5 (1769)	6.4 (1184)	9.9 (1816)	10.5 (1577)
Maturità	16.6 (2795)	27.7 (4312)	31.7 (4177)	20.5 (3113)	33.1 (5013)	36.2 (4875)
Laurea	19.0 (3040)	17.1 (2550)	19.6 (2356)	22.2 (3435)	20.0 (3032)	21.1 (2676)
Non lo so	38.0 (6780)	13.4 (2319)	5.7 (881)	34.1 (5528)	11.2 (1890)	4.7 (720)
<b>Totale</b>	<b>100.0 (16576)</b>	<b>100.0 (15699)</b>	<b>100.0 (13004)</b>	<b>100.0 (15339)</b>	<b>100.0 (15193)</b>	<b>100.0 (13028)</b>

## 4.5 Conclusioni

Il contesto familiare è il primo luogo in cui si origina lo sviluppo sociale, emotivo e cognitivo dei ragazzi. Il sistema familiare e, più nello specifico gli aspetti che comprendono la struttura familiare, la qualità delle relazioni, la facilità con cui esse si esplicano e lo status socio-economico, sono delle dimensioni che incidono in modo significativo sul benessere e sul futuro adattamento dei ragazzi, sia esso inteso in termini di comportamenti legati alla salute che in termini di benessere in modo generale.

La struttura familiare italiana è principalmente di tipo tradizionale; infatti il 68,5% dei preadolescenti italiani vive con entrambi i genitori e l'86,2% ha almeno un fratello o una sorella. Si evidenziano inoltre nel territorio italiano strutture familiari atipiche che si configurano col co-abitare con un solo genitore (generalmente la madre) e col vivere in nuclei familiari ricostruiti. L'aggettivo ricostruito indica un ulteriore aspetto che fa riferimento alla struttura familiare, è rappresentato da due adulti che formano una nuova famiglia in cui uno di loro o entrambi portano un figlio avuto da una precedente relazione, questa tipologia si sta sempre più sviluppando in Italia.

Tale progressivo aumento di nuclei familiari ricostruiti e i recenti cambiamenti nella struttura dei nuclei familiari sono stati spesso considerati in letteratura come un ulteriore aspetto che può incidere sul benessere dei ragazzi. Alcune ricerche, infatti, evidenziano come ragazzi che vivono in famiglie non ricostruite riportino minori livelli di sintomi depressivi e di disturbi comportamentali (52).

Al contrario, alcune ricerche dimostrano che ciò che risulta importante e che influisce sull'adattamento dei ragazzi non è tanto il cambiamento della struttura familiare, bensì la qualità della comunicazione che i ragazzi mantengono con i propri genitori (5).



La comunicazione genitori-figli è un importante costrutto interpersonale che riflette la relazione tra i genitori e i propri figli. Considerando la comunicazione come indicatore delle relazioni, i risultati sono in linea con quanto evidenziato dalla letteratura internazionale (53): al crescere dell'età per gli adolescenti italiani, diventa sempre più difficile parlare con i genitori di cose che li preoccupano veramente. Tuttavia i risultati nazionali evidenziano come sia più facile aprirsi e dialogare con la madre piuttosto che con il padre. Tale aspetto, concorda con quanto dimostrato da studi internazionali (54), evidenzia come la figura materna rappresenti per i ragazzi di ambo i sessi la persona con cui è più facile aprirsi e rivolgersi per parlare liberamente. La figura paterna è spesso vista come meno coinvolta nelle relazioni, rispetto alla madre (55) e sono soprattutto le ragazze rispetto ai ragazzi a non sentirsi in grado di parlare liberamente con il padre dei propri problemi.

Un ulteriore aspetto che rientra nel contesto familiare e che alcuni studi hanno evidenziato incidere sull'adattamento e sul benessere dei ragazzi è lo status socio-economico della famiglia di appartenenza. Per quanto riguarda lo status economico, la maggior parte dei ragazzi riporta un livello medio – alto di status socio-economico familiare (54,4% livello medio vs 18,8% livello alto), mentre il 13,3% dei partecipanti riferisce un livello socio-economico basso. Rispetto a quest'ultimo dato, i risultati mostrano come in regioni quali la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia, si registri una percentuale maggiore rispetto a quella nazionale di coloro che riportano uno status socio-economico basso.

Relativamente al livello di istruzione dei genitori italiani, esso si colloca prevalentemente su livelli medio-alti.

Attraverso lo studio della famiglia come contesto di vita e della percezione della stessa da parte dei ragazzi, questo capitolo ha evidenziato alcuni aspetti centrali della vita in famiglia che possono agire sullo sviluppo dei preadolescenti e adolescenti influenzandone adattamento, benessere e adozione di stili di vita salutari. Quanto si ricava dai dati nazionali della nuova rilevazione HBSC porta con sé numerose potenzialità che, proprio per la centralità che il contesto familiare ha nello sviluppo dei ragazzi, potrebbero essere d'aiuto per lo sviluppo di interventi maggiormente efficaci per la promozione del benessere degli adolescenti e delle loro famiglie.

## Bibliografia

1. Cristini F, Santinello M, Dallago L. L'influenza del sostegno sociale dei genitori e degli amici sul benessere in preadolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2007; 3:501-21.
2. Lanz M, Iafrate R, Rosnati R, Scabini E. Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *J Adolesc* 1999; 22:785-94.
3. Alfieri S, Marta E, Lanz M, Pozzi M, Tagliabue S. Famiglia delle regole e famiglia degli affetti: quali conseguenze su benessere e disagio nei figli adolescenti? *Psicologia della salute* 2014; 2:61-78.
4. Bjarnason T, Bendtsen P, Arsaell M, Arnarsson A, Borop I, Iannotti R J, Löfstedt P, Haapasalo I, Niclasen B. Life satisfaction among children in different family structures: A comparative study of 36 western societies. *Child Soc* 2012; 26:51-62.
5. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ* 2010; 110:152-8.
6. Levin KA, Torsheim T, Vollebergh W, Richter M, Davies C A, Schnohr C W, Due P, Currie C. National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: A multilevel study in 35 countries. *Soc Indic Res* 2010; 104:179-94.
7. Richter M, Vereecken C, Boyce W, Maes L, Nic Gabhainn S, Currie C. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health* 2009; 54:1-10.
8. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med* 2003; 56:42-52.



9. Istituto Nazionale di Statistica. *La misurazione delle tipologie familiari nelle indagini di popolazione. Metodi e Norme*. Roma: ISTAT; 2010:46. Disponibile all'indirizzo: [www3.istat.it/dati/catalogo/20100802\\_00/met\\_norme\\_10\\_46\\_misurazione\\_tipologie\\_familiari\\_indagini\\_popolazione.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100802_00/met_norme_10_46_misurazione_tipologie_familiari_indagini_popolazione.pdf); Ultima consultazione 1/07/2012.
10. Carrà E, Marta E. (Ed.). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli; 1995.
11. Claes M, Mirand D, Benoit M, Lanz M, Marta E, Bariaud F, Perchec C. Parenting and culture in adolescence. In M.J. Kane (Ed.). *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; 2005.
12. Saraceno C. Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT* 1995; 1:43-60.
13. AA VV. L'eccezionale quotidiano. *Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Firenze: Istituto degli Innocenti; 2006.
14. Scabini E. Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectedness and Autonomy in the Transition to Adulthood. *Psicologia: Teoria e Ricerca* 2000; 16:23-30.
15. Barbagli M. *Provando e riprovando*. Bologna: Il Mulino; 1990.
16. Bernardini I. *Finché vita non ci separi*. Milano: Rizzoli; 1995.
17. Scalese M, Curzio O, Cutrupi V, Bastiani L, Gori M, Denoth F, Molinaro S. Links between Psychotropic Substance Use and Sensation Seeking in a Prevalence Study: The Role of Some Features of Parenting Style in a Large Sample of Adolescents. *Journal of addiction* 2014; 1-14.
18. Ardelit M, Day L. Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *J Early Adolesc* 2002; 22:310-49.
19. Coley RL, Medeiros BL. Reciprocal longitudinal relations between nonresident father involvement and adolescent delinquency. *Child Dev* 2007; 78:132-47.
20. Griffin KW, Botvin GJ, Epstein JA, Doyle MM, Diaz T. Psychosocial and Behavioral Factors in Early Adolescence as Predictors of Heavy Drinking Among High School Seniors. *J Stud Alcohol* 2000; 61:603-6.
21. Jablonska B, Lindberg L. Risk behaviors, victimization and mental distress among adolescents in different family structures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:656-63.
22. Kelly JB. Children's living arrangements following separation and divorce: insights from empirical and clinical research. *Fam Process* 2007; 46:35-51.
23. EURISPES, Telefono Azzurro. *3° Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma: EURISPES; 2002.
24. Riccio B. *Nuovi volti della famiglia - Tra libertà e responsabilità*. Torino: Claudiana Editrice; 1997.
25. Al Sabbah H, Vereecken CA, Elgar FJ, Nansel T, Aasvee K, Abdeen Z, Ojala K, Ahluwalia N, Maes L. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2009; 9:52-62.
26. Donati P. (Ed.). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società*. Cinisello Balsamo (MI): Edizioni San Paolo; 2007.
27. Zambon A, Lemma P, Borraccino A, Dalmasso P, Cavallo F. Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *Eur J Public Health* 2006; 16:627-32.
28. Vieno A. Cosapensano di sapere e cosa realmente anno i genitori e i comportamenti antisociali dei figli durante la pre-adolescenza. *Età Evolutiva* 2006; 84:24-36.
29. Santinello M, Dallago L, Vieno A. La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In: Cusinato M, Panzeri M. (Ed.). *Le sfide della genitorialità*. Milano: Guerini e Associati; 2005: p.47-62.
30. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence* 2002; 37:121-30.
31. Garnefski N. Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:1175-81.
32. Vieno A, Nation M, Pastore M, Santinello M. Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior.

- DevPsychol*2009; 45:1509-19.
33. Kiuru N, Aunola K, Torppa M, Lerkkanen MK, Poikkeus AM, Niemi, P., Nurmi, JE. The role of parenting-styles and teacherinteractionalstyles in children'sreading and spelling development. *Journal School Psychol* 2012; 50:799-823.
  34. Hoffmann JP, Bahr SJ. Parenting style, religiosity, peer alcohol use, and adolescent heavy drinking. *Journal Studies Alcohol Drugs* 2014; 75:222-7.
  35. Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE; 2000.
  36. Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res* 2012; 106:287-305.
  37. Richter M, Erhart M, Vereecken C, Zambon A, Boyce W, NicGabhainn S. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: A multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med* 2009; 69:396-403.
  38. Costa G, Cardano M, Demaria M. Torino. *Storie di salute in una grande città, Torino*. Città di Torino: Ufficio di Statistica – Osservatorio socio-economico; 1998.
  39. Geckova A, Van Dijk J, Stewart R, Groothoff J, Post D. Influence of social support on health among gender and social-economic groups of adolescents. *Eur J Public Health* 2003; 13:44-50.
  40. Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:692-8.
  41. Kosteniuk J, Dickinson H. Tracing the social gradient in the health of Canadians: primary and secondary determinants. *Soc Sci Med* 2003; 57:263-76.
  42. Ruiz S, Roosa M, Gonzales N. Predictors of self-esteem for Mexican American and European American youths: a re-examinations of the influence of parenting. *J Fam Psychol* 2002; 16:70-80.
  43. Geckova AM, Stewart R, van Dijk JP, Orosova O, Groothoff JW, Post D. Influence of socio-economic status, parents and peers on smoking behaviour of adolescents. *Eur Addict Res* 2005; 11:204-9.
  44. Boyle MH, Lipman EL. Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:378-89.
  45. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull*2000; 126:309-37.
  46. Duncan GJ, Brooks-Gunn J. Family poverty, welfare reform, and child development. *Child Dev* 2000, 71:188-96.
  47. Tracy M, Zimmerman FJ, Galea S, McCauley E, Vander Stoep A. What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? *J Psychiatr Res* 2008; 42:1163-75.
  48. Aekplakorn W, Hogan MC, Tiptaradol S, Wibulpolprasert S, Punyaratabandhu P, Lim SS. Tobacco and hazardous or harmful alcohol use in Thailand: Joint prevalence and associations with socioeconomic factors. *Addict Behav* 2008; 33:503-14.
  49. Poulin CC. School smoking bans: Do they help/do they harm? *Drug Alcohol Rev* 2007; 26:615-24.
  50. Alder N, Boyce T, Chesney MA. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994; 49:15-24.
  51. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res* 1997; 12:385-97.
  52. Capron C, Therond C, Duyme M. Brief report: effect of menarcheal status and family structure on depressive symptoms and emotional/behavioural problems in young adolescent girls. *J Adolesc* 2007; 30:175-9.
  53. Luk JW, Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Parent-child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters? *Addict Behav* 2010; 35:426-31
  54. Rosnati R, Lafrate R, Scabini E. Parent-adolescent communication in foster, inter-country adoptive, and biological Italian families: Gender and generational differences. *Int J Psychol* 2007; 42:36-45.
  55. Williams SK, Kelly FD. Relationships among involvement, attachment, and behavioral problems in adolescence: Examining father's influence. *J Early Adolesc*2005; 25:168-96.



## **CAPITOLO 5**

### **AMBIENTE SCOLASTICO**

Michela Lenzi, Claudia Marino, Alessio Vieno e il Gruppo HBSC Italia 2014  
*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova*

#### **5.1 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 ed è 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 (1).

Il coinvolgimento e il legame con la scuola sta ricevendo sempre maggiore attenzione dalla letteratura internazionale (2). Si evidenzia, infatti, come le caratteristiche di questo contesto (in termini di struttura, composizione e clima) siano in grado di influenzare il benessere dell'adolescente (3), le peculiarità del gruppo dei pari che frequenta e la partecipazione alle diverse attività scolastiche (4).

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 (5, 6). In particolare, si riscontra una connessione con un maggior benessere emozionale, motivazione intrinseca, comportamenti prosociali, impegno, coinvolgimento e successo scolastico (7).

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 (8). Ricerche recenti (9) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico (oltre a quello familiare e dei pari) possa contribuire in modo significativo alla promozione di questi ultimi. In questo senso, la percezione di un contesto scolastico positivo favorisce una minor frequentazione di pari devianti oltre che essere in grado di moderare gli effetti negativi di condizioni socio-familiari sfavorevoli (10).

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 è possibile approfondire la percezione del contesto scolastico, mentre una lettura descrittiva delle risposte date dai dirigenti scolastici ad alcuni item relativi alle caratteristiche della scuola consente di approfondire le caratteristiche (in senso strutturale e organizzativo) del contesto scolastico che i ragazzi sperimentano.

#### **5.2 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 (11). 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 (5).

In questo senso, le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente (4, 12).

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.

È 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.

In Tabella 5.1 è possibile osservare come, in generale, la maggior parte dei dirigenti scolastici che hanno partecipato all'indagine consideri adeguate le risorse strutturali della scuola (cortile, edificio, aule, ecc.); tuttavia una percentuale che varia tra il 29,4% e il 45,9% dei dirigenti scolastici intervistati esprime un giudizio di inadeguatezza rispetto a tali risorse. Nello specifico, le percentuali più elevate di insoddisfazione e giudizio sfavorevole riguardano: tempi di riparazione (45,9%), bagni (39,8%), palestra (34,6%), attrezzatura delle aule specializzate (34,3%). Inoltre, alcuni dirigenti scolastici riportano che il proprio istituto non è dotato di tali caratteristiche strutturali; le percentuali più elevate relative alle risorse non presenti riguardano: palestra (4,3%), classi specializzate (2,7%), cortile (2,6%).

**Tabella 5.1 Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza secondo i dirigenti scolastici**

	La scuola avrebbe bisogno di un restauro	Il cortile è in buone condizioni	La palestra è in buone condizioni	Le classi specializzate sono ben attrezzate	Le riparazioni sono fatte in tempi ragionevoli	I bagni sono in buone condizioni
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Completamente d'accordo e d'accordo</b>	68 (1286)	64.5 (1254)	60.6 (1170)	62.8 (1220)	52.9 (1036)	59.6 (1166)
<b>Completamente in disaccordo e disaccordo</b>	29.4 (555)	32.6 (633)	34.6 (669)	34.3 (665)	45.9 (900)	39.8 (779)
<b>Non saprei</b>	1.0 (18)	0.3 (6)	0.4 (8)	0.3 (5)	0.7 (13)	0.2 (4)
<b>Risorsa non presente</b>	1.7 (32)	2.6 (50)	4.3 (82)	2.7 (52)	0.4 (8)	0.4 (7)
<b>Totale</b>	100.0 (1891)	100.0 (1943)	100.0 (1929)	100.0 (1942)	100.0 (1957)	100.0 (1956)

Per quanto riguarda l'implementazione di azioni di promozione della salute (Tabella 5.2), la quasi totalità delle scuole italiane sembra adottare tali misure.

Nello specifico, la maggior parte degli istituti coinvolti nell'indagine si dedica abitualmente ad attività di promozione dell'esercizio fisico e dello sport (82,0%: 86,8% al Nord, 79,3% al Centro, 76,8% al Sud), di prevenzione della violenza e del bullismo (58,9%: 58,2% al Nord, 58,9% al Centro, 59,6% al Sud), di promozione di una corretta nutrizione e alimentazione (51,9%: 52,6% al Nord, 46,5% al Centro, 53,7% al Sud) e di prevenzione dell'abuso di sostanze (52,4%: 56% al Nord, 47,9% al Centro e 50% al Sud).

Tuttavia, occorre considerare come una notevole parte delle scuole italiane adotti tali misure di promozione della salute soltanto saltuariamente: il 43,0% dei dirigenti intervistati riporta come azioni di prevenzione all'abuso di sostanze vengano implementate "di tanto in tanto" e il 44,6% dei dirigenti intervistati riferisce come anche le attività di promozione di una corretta nutrizione e alimentazione vengano attuate solo "di tanto in tanto".

È possibile, inoltre, notare come alcune scuole italiane, seppur con percentuali esigue (vedi Tabella 5.2), non adottano alcuna misura di prevenzione all'abuso di sostanze (4,6%) o alla violenza e al bullismo (2,4%) né di promozione di corretti stili nutrizionali e alimentari (3,5%).

Infine, l'abitudine ad adottare attività di promozione alla salute sembra caratterizzare principalmente le scuole medie rispetto alle superiori per quanto riguarda gli interventi volti a favorire una corretta nutrizione e alimentazione (57,6% medie e 44,23% superiori), l'esercizio fisico e lo sport (85% medie e 73,83% superiori) e di prevenzione della violenza e del bullismo (65,2% medie e 52,53% superiori).

**Tabella 5.2 Misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e acquisizione di competenze in aree significative per il benessere secondo i dirigenti scolastici**

	Competenze di tipo nutrizionale	Competenze rispetto ad attività fisica e sport	Abilità nel prevenire violenza e bullismo	Competenza nella prevenzione di abuso di sostanze
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Si, abitualmente</b>	51.9 (1023)	82.0 (1616)	58.9 (1157)	52.4 (1012)
<b>Si, di tanto in tanto</b>	44.6 (879)	17.0 (334)	38.7 (761)	43.0 (829)
<b>No</b>	3.5 (70)	1.0 (20)	2.4 (47)	4.6 (89)
<b>Totale</b>	100.0 (1972)	100.0 (1970)	100.0 (1965)	100.0 (1930)

Per quanto riguarda l'organizzazione della scuola, un aspetto rilevante considerato nell'indagine si riferisce alla partecipazione degli studenti ad alcuni aspetti organizzativi all'interno della scuola (Tabella 5.3). La maggior parte dei dirigenti intervistati (81,6%) riporta che gli studenti sono frequentemente coinvolti nello sviluppo di politiche e regole all'interno della scuola. D'altro canto, il coinvolgimento frequente degli studenti è inferiore per attività quali lo sviluppo di misure di promozione della salute, la pianificazione e organizzazione di eventi scolastici e l'insegnamento in classe (con percentuali intorno al 50%); scende inoltre per le attività di organizzazione del contesto fisico della scuola (42,3%). È possibile osservare come ci siano alcune variazioni rispetto alla tipologia di scuola. Il coinvolgimento frequente degli studenti agli aspetti organizzativi della scuola caratterizza soprattutto la scuola superiore per quanto riguarda lo sviluppo di politiche e regole (82,5%), per l'organizzazione del contesto fisico (44,9%), per la pianificazione di eventi scolastici (66,8%) rispetto alla scuola media (80,9%, 39,7%, 53%). Infine, per quanto concerne il coinvolgimento frequente degli studenti rispetto all'insegnamento in classe, sembra essere caratteristica prevalente delle scuole medie (49,7%) rispetto alle superiori (46,1%).

**Tabella 5.3 Frequenza del coinvolgimento degli studenti nella partecipazione ad alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola**

	Sviluppo politiche o regole scolastiche	Organizzazione contesto fisico	Sviluppo misure promozione salute	Pianificazione eventi scolastici	Insegnamento in classe	Sono informati sulle decisioni	Le loro opinioni vengono considerate	Hanno voce in capitolo nelle decisioni
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Quasi sempre e spesso</b>	81.6 (1613)	42.3 (822)	58.1 (1142)	59.8 (1179)	47.9 (937)	96.4 (1912)	83.5 (1654)	82.9 (1636)
<b>Qualche volta</b>	13.9 (274)	37.0 (720)	30.1 (592)	26.8 (528)	32.0 (626)	3.2 (64)	14.4 (286)	14.5 (287)
<b>Raramente</b>	3.3 (65)	15.2 (296)	9.6 (189)	11.0 (217)	16.2 (317)	0.3 (6)	1.9 (38)	2.3 (46)
<b>Mai</b>	1.2 (23)	5.5 (106)	2.1 (42)	2.5 (49)	3.8 (75)	0.1 (1)	0.2 (3)	0.3 (5)
<b>Totale</b>	100.0 (1975)	100.0 (1944)	100.0 (1965)	100.0 (1973)	100.0 (1955)	100.0 (1983)	100.0 (1981)	100.0 (1974)



Inoltre, l'indagine ha permesso di valutare la percezione dei dirigenti scolastici rispetto alla rilevanza di alcune problematiche sul territorio in cui è situato l'istituto scolastico (Tabella 5.4).

È possibile notare come tutte le problematiche menzionate siano percepite prevalentemente come "moderate", "lievi" o "non presenti"; tuttavia alcune di queste sembrano suscitare particolare attenzione. In particolare, buona parte dei dirigenti intervistati considera "problema lieve o moderato" nella zona in cui è situata la scuola: la criminalità (60,1%), lo spaccio e/o il consumo di sostanze (62,7%), le violenze e il vandalismo (44,3%), il traffico eccessivo (55,2%), le immondizie per strada (48,6%). Occorre, inoltre, considerare come alcune di queste problematiche siano percepite come "rilevanti" sul territorio nazionale: tra queste il traffico eccessivo (11,7%: 9,5% Nord, 14,2% Centro, 13,4% Sud Italia), lo spaccio e/o il consumo di sostanze (8,2%: 6,9% Nord, 9,3% Centro, 9,7% Sud Italia).

**Tabella 5.4 Percezione in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola**

	Tensioni etniche	Immondizie, rifiuti, vetri rotti	Spaccio, consumo di droghe o abuso alcol	Violenze, vandalismo di gang	Traffico eccessivo	Abitazioni ed edifici dismessi o abbandonati	Criminalità
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Problema rilevante</b>	1.4 (27)	6.2 (121)	8.2 (160)	3.2 (62)	11.7 (228)	2.5 (48)	4.7 (92)
<b>Problema moderato</b>	8.5 (164)	14.0 (272)	29.4 (571)	12.0 (234)	24.2 (471)	8.0 (155)	18.9 (366)
<b>Problema lieve</b>	27.0 (522)	34.6 (672)	33.3 (646)	32.3 (628)	31.0 (605)	29.6 (577)	41.2 (798)
<b>Problema non presente</b>	61.6 (1192)	44.6 (867)	19.7 (383)	48.0 (934)	32.5 (634)	55.3 (1077)	28.9 (561)
<b>Non so</b>	1.6 (30)	0.6 (12)	9.3 (181)	4.4 (86)	0.6 (12)	4.7 (92)	6.3 (122)
<b>Totale</b>	100.0 (1935)	100.0 (1944)	100.0 (1941)	100.0 (1944)	100.0 (1950)	100.0 (1949)	100.0 (1939)

Relativamente alla valutazione del territorio in cui è situata la scuola, inoltre, è stato chiesto ai dirigenti scolastici di valutare l'adeguatezza del quartiere (Tabella 5.5). Dalla Tabella 5.5 emerge che una consistente percentuale dei rispondenti valuta come adeguate o molto adeguate alcune delle risorse del quartiere: la pulizia (74,9%), la presenza di trasporti pubblici (66,5%) e di luoghi dedicati alle attività sportive (63,7%). Tuttavia, per nulla o poco adeguate sono ritenute caratteristiche importanti in un quartiere, come la presenza di luoghi d'incontro cittadini (52,5%) e per i giovani (63%).

**Tabella 5.5 Valutazione dell'adeguatezza del quartiere in cui opera la scuola**

	Luoghi d'incontro cittadini	Luoghi d'incontro giovani	Luoghi attività sportive	Trasporti pubblici	Pulizia
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
<b>Per nulla adeguato</b>	13.7 (269)	16.8 (329)	9.6 (188)	6.6 (130)	4.2 (71)
<b>Poco adeguato</b>	38.8 (762)	46.2 (907)	26.7 (525)	26.9 (527)	20.9 (355)
<b>Adeguate</b>	43.2 (850)	33.5 (658)	51.8 (1019)	57.6 (1131)	67.2 (1140)
<b>Molto adeguato</b>	4.3 (85)	3.5 (68)	11.9 (234)	8.9 (174)	7.7 (130)
<b>Totale</b>	100.0 (1966)	100.0 (1962)	100.0 (1966)	100.0 (1962)	100.0 (1696)

### 5.3 Rapporto con gli insegnanti

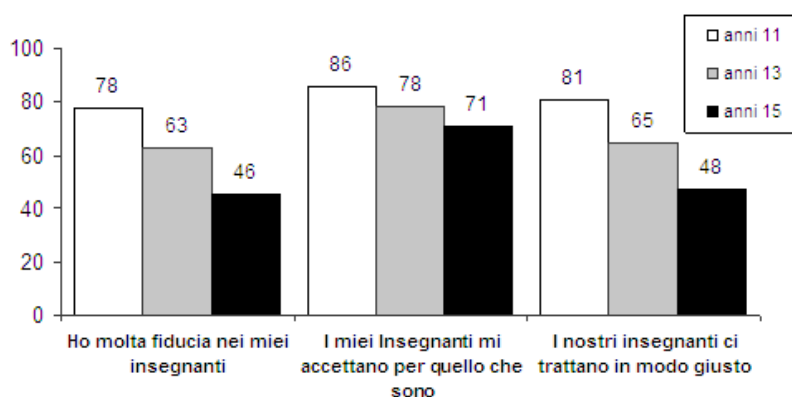
La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata come una delle componenti che maggiormente contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (13, 14). Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata a un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola - che comprende le strategie dirette ad affrontare un determinato problema, compresa la ricerca di sostegno sociale - (15), ed è predittiva della motivazione in classe, così come dell'adattamento comportamentale e scolastico (16). Alcuni studi longitudinali evidenziano (17), 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 (18) e può essere un'importante fonte di sostegno (nell'offrire incoraggiamento e fiducia) nei momenti di crescita e cambiamento.

Alcuni studi (18) 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 (19, 20), ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (21).

Altri studi hanno messo in luce l'influenza esercitata dalla qualità del rapporto con gli insegnanti su esiti di salute per i ragazzi, quali il mal di testa (22). Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro 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", "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono" e "Ho molta fiducia nei miei insegnanti".

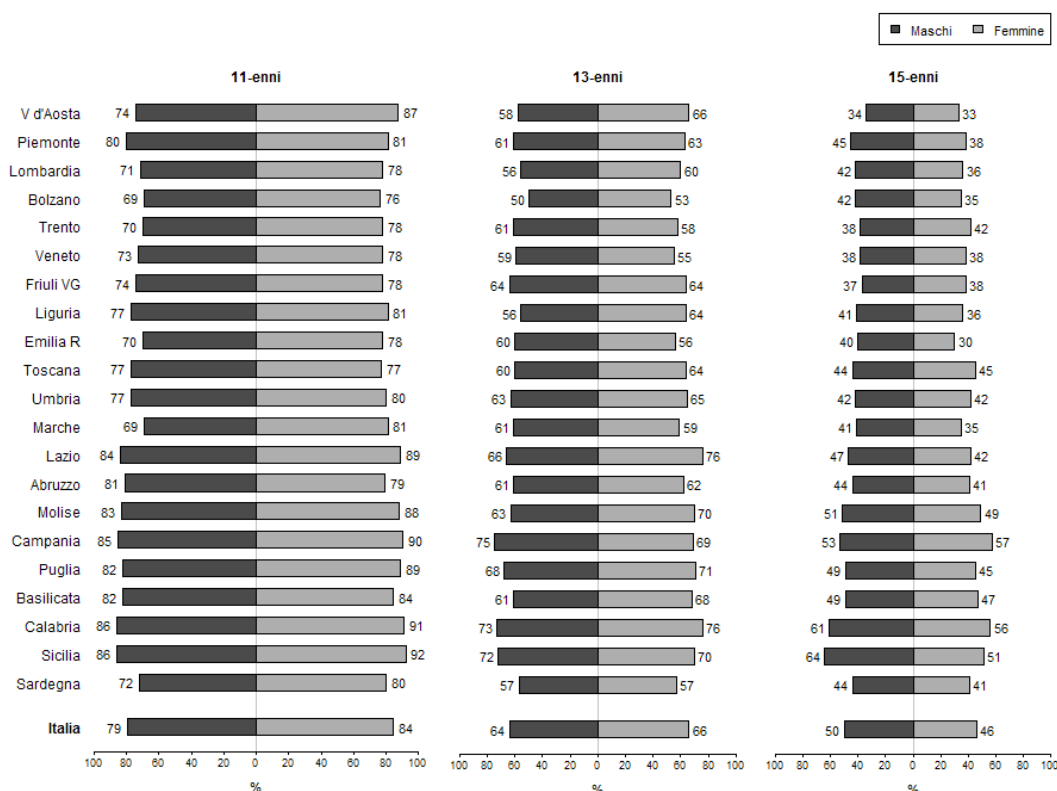
In Figura 5.1 sono riportate le percentuali di ragazzi e ragazze che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le affermazioni che descrivono il loro rapporto con gli insegnanti. La Figura mostra come più della metà degli studenti dichiara di sentirsi trattato in modo giusto dai propri insegnanti; una percentuale superiore di studenti, che raggiunge quasi l'80%, riporta di sentirsi accettato per quello che è dai propri insegnanti. Circa il 60% degli studenti intervistati, infine, dichiara di avere fiducia negli insegnanti. È possibile pensare che ci siano delle differenze nella percezione che ragazzi e ragazze hanno del rapporto con i loro insegnanti rispetto all'età: gli 11enni sembrano valutare in maniera migliore il modo in cui percepiscono il rapporto con i loro insegnanti in classe.



**Figura 5.1 Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti**

In Figura 5.2 sono rappresentate le percentuali di studenti che dichiarano di percepire un trattamento giusto da parte dei propri insegnanti, suddivise per regione di provenienza. La Figura mette in evidenza come, nella maggior parte delle regioni, più della metà degli studenti e delle studentesse ritenga di essere trattato giustamente dai propri insegnanti. Possiamo notare che la percentuale di ragazzi che percepisce un giusto trattamento a scuola sia superiore tra gli 11enni rispetto ai 15enni in tutte le regioni: ad esempio, in Valle d'Aosta, se la percentuale di 11enni che ritiene di essere trattato giustamente dai propri insegnanti arriva circa all'80%, la percentuale relativa ai 15enni si attesta intorno al 30%.





**Figura 5.2 Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere “d’accordo” o “molto d’accordo” sull’essere trattati in modo giusto dagli insegnanti - per età, genere e Regione**

## 5.4 Rapporto con i compagni di classe

Il setting dei pari all’interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell’adolescente (23, 24). Questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti rispetto alle attività scolastiche (25), 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 (26, 27), minor successo scolastico (28), un maggior numero di assenze (29) ed un maggior rischio di drop-out (30).

Al contrario, avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (30), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l’impegno scolastico (31).

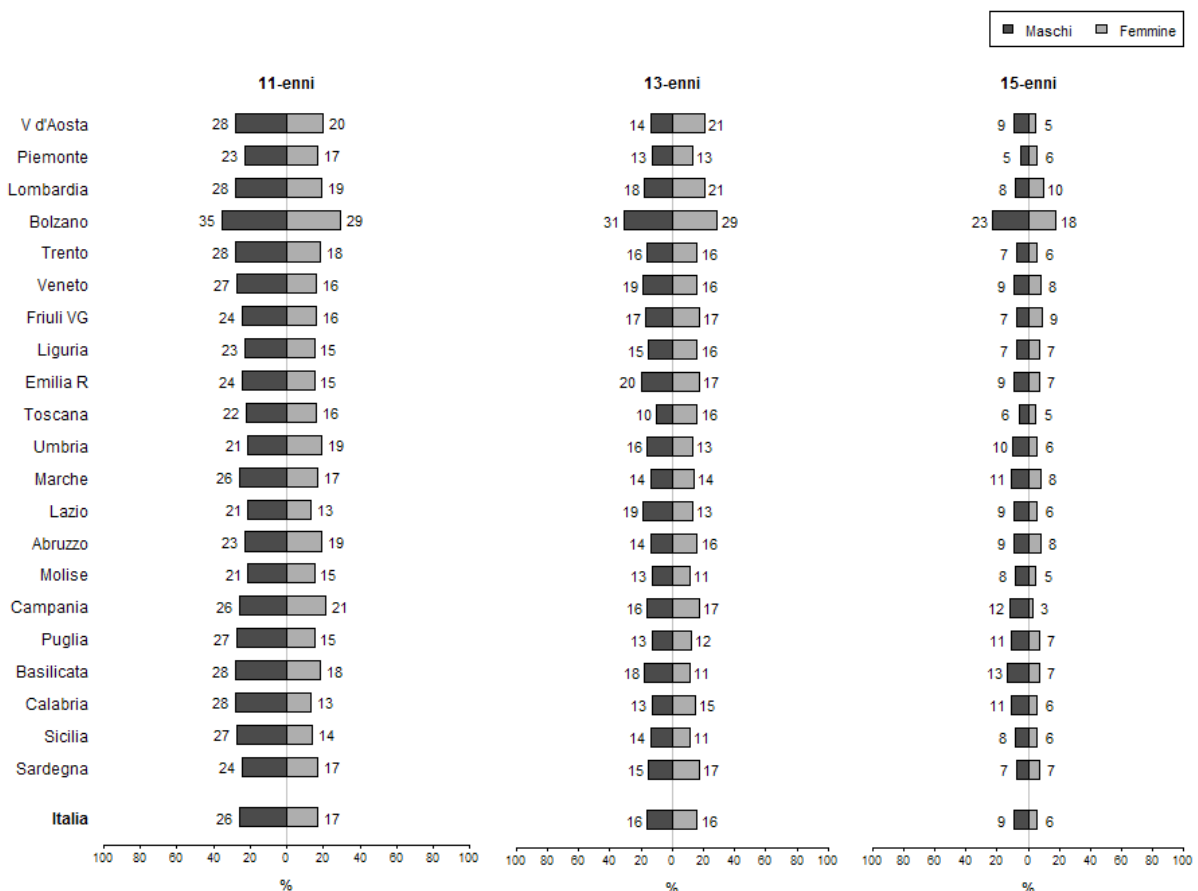
Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe sono stati approfonditi il tema del bullismo, del cyberbullismo e delle relazioni violente. Per quanto riguarda il bullismo, è stato chiesto ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da “mai” a “più di una volta a settimana”.

I risultati, presentati in Tabella 5.6, mettono in evidenza come il fenomeno del bullismo tende a decrescere con l’età: coloro che dichiarano di non essere mai stati vittima di atti di bullismo, infatti, passano dal 78,5% tra gli 11enni, all’83,8% tra i 13enni, per arrivare quasi al 92,2% tra gli studenti di 15 anni. Da notare, in ogni caso, che seppure il fenomeno tenda a ridursi con l’età, una percentuale non trascurabile di studenti riferisce di aver subito atti di bullismo (anche se con frequenze diverse): circa il 21,5% degli 11enni, il 16,3% dei 13enni ed il 7,8% dei 15enni, infatti, dichiara di avere subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi. Il coinvolgimento in atti di bullismo, infine, risulta più diffuso tra i maschi: circa il 17% dei ragazzi, infatti, riporta di aver subito almeno una volta atti di bullismo, contro il 13% delle ragazze.

**Tabella 5.6** Frequenza di atti di bullismo subiti a scuola negli ultimi due mesi - per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	78.5 (13776)	83.8 (13522)	92.2 (12410)	84.3 (39708)
<b>una volta o due</b>	13.8 (2356)	10.6 (1699)	4.6 (740)	10.0 (4795)
<b>due o tre volte al mese</b>	3.1 (571)	2.5 (380)	1.3 (142)	2.4 (1093)
<b>circa una volta alla settimana</b>	1.6 (288)	1.4 (224)	0.7 (91)	1.3 (603)
<b>più volte alla settimana</b>	3.0 (531)	1.8 (310)	1.2 (132)	2.1 (973)
<b>Totale</b>	100.0 (17522)	100.0 (16135)	100.0 (13515)	100.0 (47172)

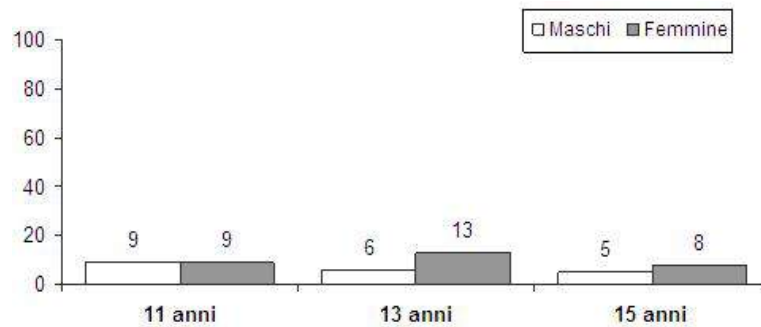
In Figura 5.3 sono rappresentate le percentuali di studenti che riportano di aver subito almeno una volta atti di bullismo negli ultimi due mesi (divisi per genere, età e regione di provenienza). Come si può notare dalle distribuzioni di frequenza, non emergono grandi differenze tra regioni; possiamo però notare come il fenomeno del bullismo appaia particolarmente diffuso nella PA di Bolzano, soprattutto tra i ragazzi. Possiamo inoltre notare come, in tutte le regioni, sia presente un trend discendente per età, con una minore diffusione di atti di bullismo nel passaggio tra gli 11 ed i 13 anni, e tra i 13 ed i 15 anni.



**Figura 5.3** Percentuale di ragazzi che dichiarano di aver subito almeno una volta atti di bullismo negli ultimi 2 mesi - per età, genere e Regione

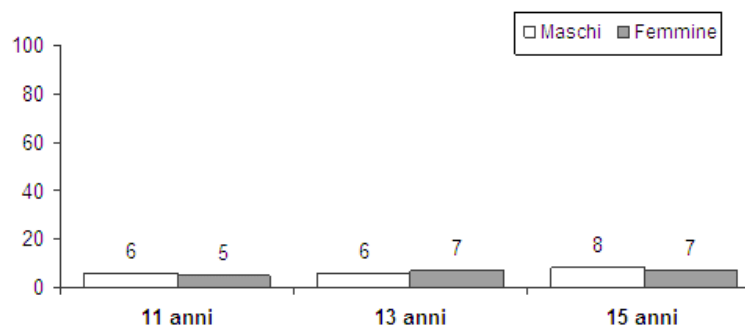
Per approfondire un aspetto attuale relativo al bullismo, quello messo in atto per mezzo delle nuove tecnologie, è stato chiesto agli studenti se avessero subito atti di bullismo attraverso internet o telefono cellulare.

La Figura 5.4 mostra le percentuali di studenti che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso chat, computer, sms o bacheca (divisi per genere ed età) dai propri compagni di classe. Complessivamente, circa il 90% degli studenti dichiara di non aver subito atti di bullismo attraverso questi canali. Nonostante ciò, circa il 10% dei rispondenti ritiene di essere stata una vittima di cyberbullismo. Per quanto riguarda i ragazzi, la Figura 5.4.1 mostra come tale percentuale sembri decrescere nelle tre le fasce d'età; nelle ragazze, invece, la percentuale si abbassa tra le studentesse di 11 e 15 anni, rispetto alle 13enni.



**Figura 5.4 Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso chat, computer, sms o bacheca - per età e genere**

In Figura 5.5 sono rappresentate le percentuali di studenti che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso foto pubblicate online dai propri compagni di classe (divisi per genere ed età). Complessivamente, circa il 7% degli studenti hanno dichiarato di essere stati vittime di cyberbullismo per mezzo delle foto pubblicate online dai compagni. La Figura mostra come, in questo caso, non si possano osservare differenze di genere e di età.



**Figura 5.5 Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo attraverso foto pubblicate online - per età e genere**

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”) negli ultimi 12 mesi. Nella Tabella 5.7 sono riportate le risposte fornite dai ragazzi, suddivise per fascia d'età. La Tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati (circa i due terzi) dichiara di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente. Allo stesso tempo si evidenzia che, in tutte le fasce d'età, circa un terzo degli studenti riporta di aver preso parte ad episodi di violenza almeno una volta negli ultimi dodici mesi (circa il 35% tra gli 11enni e tra i 13enni ed il 27% tra i 15enni). Analogamente a quanto osservato per il bullismo, anche la frequenza degli episodi di violenza sembra diminuire con l'età, con un 3,6% di quindicenni che dichiara di aver preso parte ad episodi di violenza quattro volte o più nell'ultimo anno, contro il 6,6% degli studenti di 11 anni. Infine, anche per quanto riguarda gli episodi di violenza, sono i ragazzi ad essere maggiormente coinvolti dal fenomeno, con quasi la metà di loro (46,1%) che dichiara di aver preso parte almeno ad una colluttazione violenta nell'ultimo anno (rispetto al 18,2% delle ragazze).

**Tabella 5.7 Frequenza litigi non solo verbali negli ultimi 12 mesi - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	65.6 (11749)	65.6 (10951)	73.4 (10163)	67.8 (32863)
<b>Una volta</b>	17.5 (3037)	18.5 (2782)	14.2 (1853)	16.9 (7672)
<b>Due volte</b>	7.2 (1101)	7.7 (1158)	6.2 (722)	7.1 (2981)
<b>Tre volte</b>	3.2 (541)	3.4 (539)	2.6 (308)	3.1 (1388)
<b>Quattro volte o più</b>	6.6 (1141)	4.9 (758)	3.6 (473)	5.1 (2372)
<b>Totale</b>	100.0 (17569)	100.0 (16188)	100.0 (13519)	100.0 (47276)

## 5.5 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 (32) e di rifiuto da parte dei coetanei (33). Inoltre, una recente ricerca (34) 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 e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e di gruppo e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (35).

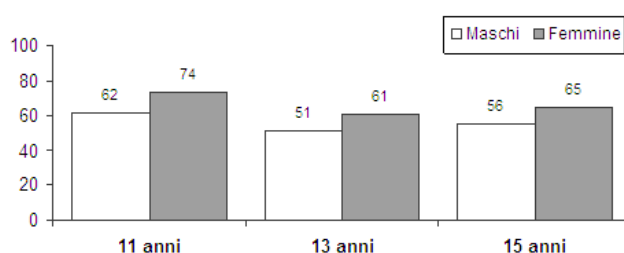
L'opportunità di esprimere il proprio punto di vista e di vederlo valorizzato all'interno del gruppo classe può facilitare negli studenti l'accettazione dell'altro oltre a sviluppare nei ragazzi la percezione del setting scolastico come ambiente supportivo e accettante (8).

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In Tabella 5.8 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola, suddivise per fascia d'età; in Figura 5.6, invece, sono state sintetizzate le percentuali di studenti a cui la scuola piace "molto" o "abbastanza". Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell'età: si passa da un giudizio positivo per il 22% degli 11enni al 9% dei 13enni che dichiarano di apprezzare molto la scuola. Il livello di gradimento sembra rimanere abbastanza stabile nel passaggio dai 13 ai 15 anni tra i ragazzi. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età.

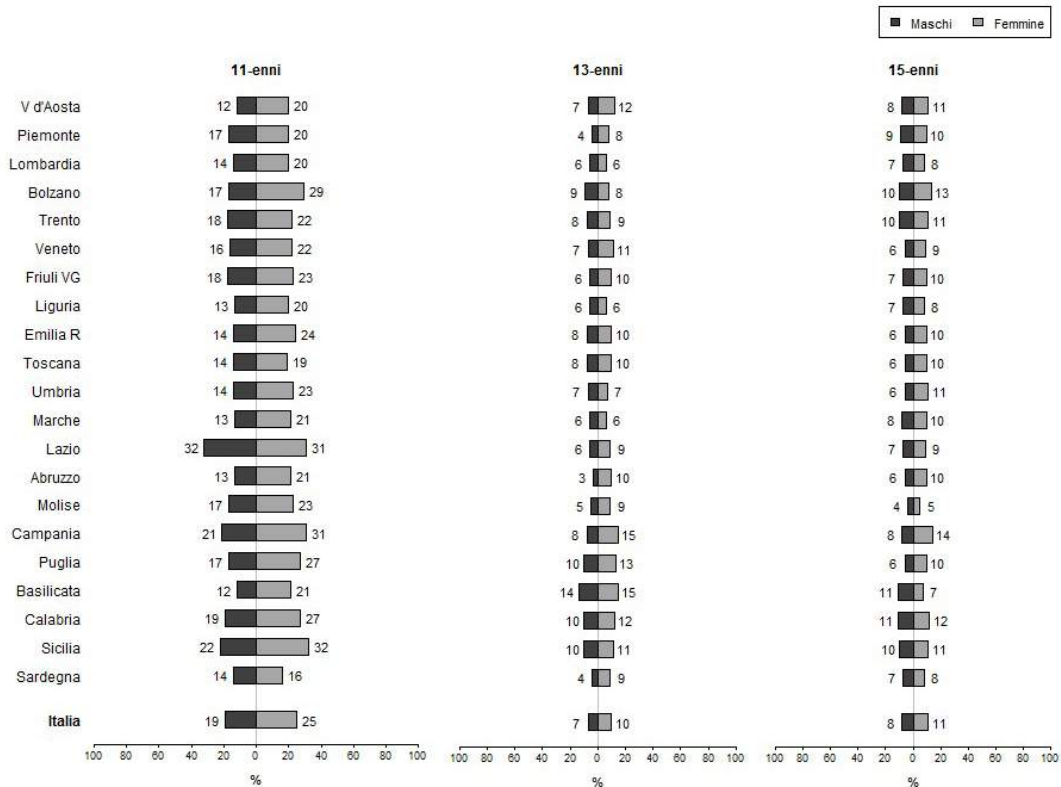
La Figura 5.7 rappresenta le percentuali di studenti che riporta di apprezzare molto la scuola, suddivisi per regione di provenienza, genere e fascia d'età. Il grafico mostra come, soprattutto tra gli 11enni, sia presente un certo grado di variabilità nelle diverse regioni. Nel Lazio e in Sicilia, ad esempio, la percentuale di 11enni che riporta un elevato gradimento per la scuola è sopra la media nazionale. Da notare, inoltre, un gradimento molto elevato per la scuola tra le 11enni campane, calabresi e siciliane. Anche se meno marcate tra gli studenti di 13 e 15 anni, tali differenze regionali vengono in gran parte rispecchiate anche in queste fasce d'età.

**Tabella 5.8 Giudizio dei ragazzi sulla scuola - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mi piace molto</b>	21.8 (3469)	8.6 (1345)	9.1 (1157)	13.6 (5971)
<b>Mi piace abbastanza</b>	45.8 (8217)	47.4 (7492)	51.2 (6847)	47.9 (22556)
<b>Non mi piace tanto</b>	22.7 (4111)	31.2 (5289)	30.5 (4231)	27.9 (13631)
<b>Non mi piace per niente</b>	9.7 (1948)	12.8 (2216)	9.2 (1313)	10.6 (5477)
<b>Totale</b>	100.0 (17745)	100.0 (16342)	100.0 (13548)	100.0 (47635)



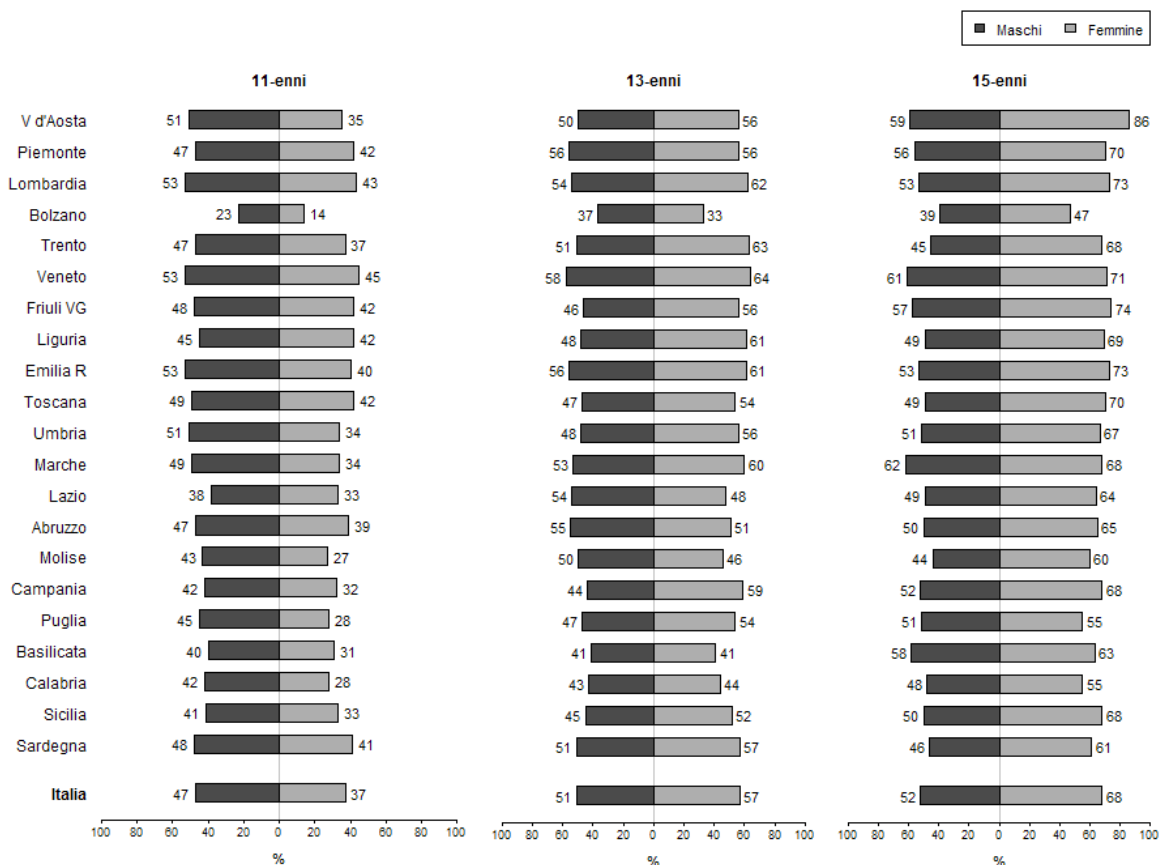
**Figura 5.6 Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola - per età e genere**



**Figura 5.7 Percentuale di ragazzi cui piace “molto” la scuola - per età, genere e Regione**

La Figura 5.8 mostra, infine, la percentuale di studenti che dichiara di sentirsi stressato dalla vita scolastica (“molto” o “abbastanza”). Complessivamente, si può notare come il livello di stress percepito a scuola aumenti all’aumentare dell’età. In particolare, a 11 anni sono i ragazzi a sentire in maniera più forte lo stress associato alla vita scolastica, mentre tra i 15enni una percentuale maggiore di ragazze dichiara di sentirsi stressata dalla scuola.

Anche in questo caso, si possono riscontrare delle differenze regionali. Tra gli 11enni, per esempio, bassi livelli di stress a scuola vengono percepiti nella PA di Bolzano e nel Lazio (un dato coerente con le alte percentuali di gradimento della scuola in queste regioni). Livelli di stress più alti della media nazionale, invece, si riscontrano tra gli 11enni in Lombardia e in Veneto, per entrambi i generi e, marcatamente, tra le ragazze 15enni in Valle d’Aosta.



**Figura 5.8 Percentuale di ragazzi che si sentono “molto” o “abbastanza” stressati dalla scuola per età, genere e Regione**

## 5.6 Conclusioni

In questo capitolo sono stati presi in esame numerosi elementi strutturali e relazionali della scuola, considerato come un luogo centrale per lo sviluppo durante la preadolescenza e l’adolescenza. La scuola rappresenta, da un lato, un luogo fisico, composto da spazi e strutture che possono avere un’influenza sull’esperienza scolastica degli studenti e, dall’altro, rappresenta uno spazio relazionale dove, oltre ai processi di apprendimento, ragazzi e ragazze instaurano relazioni con adulti e compagni, sviluppando competenze sociali che contribuiscono al processo di costruzione dell’identità. Le caratteristiche fisiche e relazionali del contesto scolastico, dunque, possono avere una forte influenza sul benessere psicosociale degli studenti. Comprendere quali aspetti della scuola promuovono o ostacolano il benessere di ragazzi e ragazze è fondamentale per la progettazione di interventi di prevenzione in grado di migliorare l’esperienza scolastica degli studenti.

### **5.6.1 Caratteristiche strutturali e di organizzazione della scuola indagate attraverso i dirigenti scolastici**

L'indagine HBSC sul campione italiano permette di valutare le caratteristiche (in senso strutturale e organizzativo) della realtà scolastica che i ragazzi italiani sperimentano, attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai dirigenti scolastici ad alcune domande relative a: le risorse strutturali, le misure di promozione della salute adottate, il coinvolgimento degli studenti nell'organizzazione della scuola, la presenza di problematiche nell'area dove è situata la scuola e le risorse del quartiere. Tali caratteristiche, riguardanti l'ambito della scuola, in interazione con aspetti più soggettivi quali la percezione che i ragazzi stessi hanno della scuola e delle relazioni al suo interno, possono influenzare l'adattamento psicosociale e la salute dei preadolescenti (5). Rispetto alle caratteristiche strutturali e organizzative della scuola, quanto emerso dalla presente indagine si pone come particolarmente interessante per le sue implicazioni in termini di azioni e politiche adottabili in Italia in tema di promozione della salute tra i ragazzi in età scolare. Il quadro generale della scuola italiana si caratterizza positivamente per la presenza e la percezione di adeguatezza delle risorse strutturali della scuola così come per l'attenzione dedicata alle attività di prevenzione e promozione della salute. Tuttavia, è possibile cogliere alcuni spunti di riflessione.

Rispetto alle attività di prevenzione e promozione del benessere adottate dalla scuola, emerge come, sebbene la maggior parte degli istituti italiani svolga come prassi abituale queste attività (in particolare rispetto ad attività fisica e sport, violenza e bullismo, nutrizione e alimentazione, abuso di sostanze), una minoranza di istituti riporta di implementare queste azioni preventive solo saltuariamente. Occorre, dunque, considerare la possibilità e l'utilità di favorire, anche per questi istituti, l'adozione di prassi di prevenzione e promozione del benessere che siano caratterizzate da un buon dosaggio degli interventi e dalla continuità degli stessi, elementi chiave per rendere efficaci tali azioni (12).

È stato, inoltre, considerato il coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti organizzativi della scuola. La partecipazione degli studenti, in particolare, allo sviluppo di interventi di promozione della salute può influenzare non solo la buona riuscita degli stessi ma anche la partecipazione attiva degli studenti a iniziative rilevanti per il loro benessere. I dati italiani mostrano come, sebbene la maggior parte delle scuole riporti un coinvolgimento frequente degli studenti nello sviluppo di politiche e regole, solo poco più della metà degli istituti riporti una partecipazione attiva degli studenti allo sviluppo di misure di promozione della salute. Tali risultati sostengono la necessità di potenziare e diffondere ampiamente sul territorio nazionale la partecipazione degli studenti anche alle iniziative di promozione della salute per incentivare l'efficacia e il buon esito delle stesse.

Infine, tra le caratteristiche strutturali/contestuali della scuola, sono state considerate la presenza di problematiche nell'area in cui è situato l'edificio scolastico e alcune caratteristiche del quartiere. In particolare, l'indagine mostra quali siano i problemi percepiti come rilevanti dai dirigenti scolastici nell'area circostante la scuola, quali traffico eccessivo, criminalità, spaccio e/o consumo di sostanze. Inoltre, alcuni aspetti relativi al quartiere in cui è situato il plesso scolastico sono stati evidenziati come non adeguati, come la presenza di luoghi di incontro per cittadini e per i giovani. Tali risorse potrebbero facilitare il coinvolgimento e la partecipazione di adulti e ragazzi alla vita di quartiere, sviluppando un positivo senso di appartenenza alla comunità e aumentando la percezione di benessere degli studenti; questi aspetti ambientali dovrebbero dunque essere oggetto di programmi di promozione che mirano ad incrementare il benessere in adolescenza.

### **5.6.2 Caratteristiche sociali del contesto scolastico: relazioni con gli insegnanti, i compagni e la comunità scolastica**

A livello relazionale, molti sono gli aspetti in grado di influenzare lo sviluppo ed il benessere psicosociale in adolescenza. Un buon rapporto con insegnanti e compagni, il senso d'appartenenza alla comunità scolastica e la partecipazione alle attività organizzate dalla scuola hanno un'influenza positiva sui processi d'apprendimento e sul rendimento scolastico (18, 25, 13, 36). Allo stesso tempo, buone relazioni con i compagni e gli insegnanti promuovono lo sviluppo di abilità sociali (26, 15), proteggono dallo sviluppo di comportamenti a rischio (19, 20) e influenzano positivamente anche la salute fisica degli studenti (22).



Al contrario, relazioni conflittuali o carenti con insegnanti e compagni possono rappresentare fattori di rischio per gli studenti, influenzando negativamente non solo l'apprendimento ed il rendimento scolastico, ma anche il loro benessere psicosociale.

Le caratteristiche prese in esame in questo capitolo, dunque, sono in grado di fornire indicazioni fondamentali sul tipo di esperienza che gli studenti italiani vivono nelle loro scuole. Per quanto riguarda i rapporti con gli insegnanti, i risultati hanno messo in evidenza che più della metà degli studenti intervistati fornisce una valutazione positiva dei propri insegnanti, considerando giusto il trattamento fornito agli studenti e più di due terzi degli studenti si sente accettato per come è dai propri insegnanti. È inoltre diffuso un senso di fiducia da parte degli studenti nei confronti dei propri insegnanti.

Se, da una parte, la maggioranza degli studenti valuta positivamente il modo in cui i propri insegnanti gestiscono la classe, i risultati ci dicono anche che quasi un terzo degli studenti, invece, percepisce un trattamento ingiusto, non si sente accettato dagli insegnanti o non ripone la propria fiducia negli insegnanti. Questi aspetti costituiscono importanti fattori di rischio per gli studenti, in grado di influenzare negativamente non solo il loro rendimento scolastico, ma anche il loro benessere psicosociale.

Rispetto alle relazioni con i compagni, i risultati mostrano che nelle scuole italiane non mancano fenomeni come il bullismo tradizionale e quello messo in atto attraverso le nuove tecnologie diffuse tra i ragazzi o la messa in atto di condotte violente. Questi fenomeni, pur non essendo particolarmente diffusi ed essendo caratterizzati da un generale trend discendente al crescere dell'età, possono ripercuotersi in maniera negativa sul modo in cui gli studenti vivono la scuola, ed avere ripercussioni negative sul loro benessere.

Infine, per quanto riguarda il rapporto degli studenti con il "contesto scuola" inteso in senso più ampio, i risultati evidenziano che oltre un terzo degli studenti dichiara di non apprezzare la scuola, ed una percentuale simile (che arriva a circa il 70% in alcune regioni) riporta di vivere la scuola come un'esperienza stressante. Questa tendenza costituisce uno degli aspetti caratterizzati da una maggiore variabilità tra regioni, suggerendo come diverse politiche scolastiche possano plasmare la relazione degli studenti con la scuola, e di conseguenza il loro benessere (32, 34).

Complessivamente, i risultati che descrivono la relazione tra gli studenti italiani e la scuola sono incoraggianti, e mostrano che la maggior parte dei ragazzi ha buone relazioni con compagni ed insegnanti. Molti sono però gli interventi possibili per ridurre i fattori di rischio emersi: la percezione di ricevere un trattamento ingiusto da parte dei propri insegnanti, la presenza di comportamenti violenti, un "distacco" dalla scuola e vissuti di stress collegati all'esperienza scolastica. Interventi mirati alla formazione dei docenti, che insegnino loro metodologie democratiche di gestione della classe e strategie di insegnamento di tipo collaborativo, potrebbero avere un'influenza positiva sull'esperienza scolastica nel suo complesso. Un clima democratico a scuola, infatti, promuove relazioni positive tra compagni e allo stesso tempo alimenta un senso d'attaccamento verso la scuola, con ripercussioni positive per il benessere degli studenti.

## Bibliografia

1. Zimmer-Gembeck MJ, Locke EM. The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *JAdolesc* 2007;30:1-16. Fredericks JA, Blumenfeld PC, Paris AH. School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Rev Educ Res* 2004; 74:59-109.
2. Fredericks JA, Blumenfeld PC, Paris AH. School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *RevEduc Res*2004; 74:59-109.
3. Santinello M, Vieno A, De Vogli R. Primary Headache in Italian Early Adolescents: *The Role of Perceived Teacher Unfairness*. *Headache* 2009; 49:366-74.
4. Crosnoe R, Needham B. Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Dev* 2004; 75:264-79.
5. Vieno A, Perkins DD, Smith TM, Santinello M. Democratic School Climate and Sense of Community in School: A Multilevel Analysis. *Am J Community Psychol* 2005; 36:327-41.
6. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *Am J Community Psychol* 2007; 39:177-90.



7. Osterman KF. Students' need for belonging in the school community. *Rev Educ Res* 2000; 70:323-67.
8. Vieno A. *Creare comunità scolastica*. Milano: Unicopli; 2005.
9. John-Akinola YO, Gabhainn SN. Socio-ecological school environments and children's health and wellbeing outcomes. *Health Education* 2015; 115:420-434.
10. Dishion TJ, French DC, Patterson GR. The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D, Cohen DJ. (Ed.). *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley; 1995. Vol. 2; p. 421-71.
11. Dunn EC, Masyn KE, Yudron M, Jones SM, Subramanian SV. Translating multilevel theory into multilevel research: challenge and opportunities for understanding the social determinants of psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49(6):859-72.
12. Nation M, Crusto C, Wandersmann A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *Am Psychol* 2003; 58, 449-56.
13. Pianta R, Stuhlman M. Teacher-child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychol Rev* 2004; 33(3):444-58.
14. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative, developmentally oriented model. *Am J Commun Psychol* 2007; 39:177-90.
15. Zimmer-Gembeck MJ, Locke EM. The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *J Adolesc* 2007; 30:1-16.
16. Hamre BK, Pianta RC. Early teacher – child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev* 2001; 72:625-38.
17. Skinner CJ. Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Stat Sinica* 1998; 8:1045-58.
18. Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The role of emotion regulation in children's early academic success. *J School Psychol* 2007; 45:3-19.
19. Hughes J, Cavell T, Jackson T. Influence of the teacher–student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol* 1999; 28(2):173-84.
20. Pakarinen E, Aunola K, Kiuru N, Lerkkanen MK, Poikkeus AM, Siekkinen M, Nurmi JE. The cross-lagged associations between classroom interaction and children's achievement behaviors. *Contemporary Educational Psychology* 2014; 39: 248–261.
21. White KJ, Jones K. Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *J Exp Child Psychol* 2000; 76:302-326.
22. Santinello M, Vieno A, De Vogli R. Primary headache in Italian early adolescents: the role of perceived teacher unfairness. *Headache* 2009; 49:366-34.
23. Barth JM, Dunlap ST, Dane H, Lochman JE, Wells KC. Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *J School Psychol* 2004; 42:115-33.
24. Reitz AK, Zimmermann J, Hutteman R, Specht J, Neyer FJ. How Peers Make a Difference: The Role of Peer Groups and Peer Relationships in Personality Development. *Eur. J. Pers* 2014; 28: 279–288.
25. Lubbers MJ, Van Der Werf MPC, Snijders TAB, Creemers BPM, Kuyper H. The impact of peer relations on academic progress in junior high. *J School Psychol* 2006; 44:491-512.
26. Wentzel KR. Sociometric status and adjustment in middle school: a longitudinal study. *J Early Adolesc* 2003; 23:5-28.
27. Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Brit J Educ Psychol* 2003; 73:207-21.
28. Buhs ES, Ladd GW, Herald SL. Peer exclusion and victimization: processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *J Educ Psychol* 2006; 98:1-13.
29. Fredericks JA, Blumenfeld PC, Paris AH. School engagement: potential of the concept, state of the evidence. *Rev Educ Res* 2004; 74:59-109.

30. Jimerson S, Egeland B, Sroufe A, Carlson B. A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *J School Psychol* 2000; 38:525-49.
31. Wentzel KR, Caldwell K. Friendships, peer acceptance, and group membership: relations to academic achievement in middle school. *Child Dev* 1997; 68:1198-209.
32. Bennett K, Brown S, Boyle M, Racine Y, Offord D. Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Soc Sci Med* 2003; 56:2443-8.
33. Risi S, Gerhardstein R, Kistner J. Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *J Clin Child Adolesc* 2003; 32:351-61.
34. Carter M, McGee R, Taylor B, Williams S. Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *J Adolesc* 2007; 30:51-62.
35. Torney-Purta J. Patterns in the civic knowledge, engagement, and attitude of European adolescents: the IEA Civic Education Study. *Eur J Educ* 2002; 37:129-42.
36. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative, developmentally oriented model. *Am J Commun Psychol* 2007; 39:177-90.

## CAPITOLO 6

# ATTIVITÀ FISICA E TEMPO LIBERO

Giacomo Lazzeri (a,b), Rita Simi (a), Mariano Vincenzo Giacchi (a), Alberto Borraccino (c) e il Gruppo HBSC Italia 2014

(a) *Centro Ricerca Educazione Prevenzione e Promozione della Salute (CREPS), Università degli Studi di Siena*

(b) *Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

(c) *Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

### 6.1 Introduzione

Tra i fattori caratterizzanti gli stili di vita l'attività motoria, ricreativa o sportiva, riveste un ruolo prioritario per la salute, per questo motivo l'OMS da anni dedica ampio spazio alle iniziative che promuovono l'attività fisica richiamando così l'attenzione sulla sedentarietà che genera problemi emergenti in sanità pubblica.

Le attività sedentarie sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute umana le cui conseguenze sono gravi per il benessere della persona in ogni momento del proprio ciclo di vita. A maggior ragione rivestono particolare importanza nell'età evolutiva, in quanto l'organismo, l'assetto metabolico e lo stato psico-fisico affrontano una serie di modificazioni funzionali al raggiungimento di un armonico sviluppo, che peraltro è una delle condizioni fondamentali per mantenere un buono stato di salute anche da adulti (1-3).

Per comprendere come i giovani pianificano la loro giornata e gli impegni quotidiani, in questa sezione sono stati analizzati 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 telefoni cellulari e computer.

### 6.2 Attività fisica

Secondo l'OMS i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività familiari di scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa (1).

L'attività motoria, la salute e la qualità della vita risultano strettamente correlate tra loro, tant'è che la riduzione della prestazione motoria è associata all'aumento di prevalenza dell'obesità, come ulteriore fattore di rischio per la salute; a questo proposito, la letteratura scientifica internazionale evidenzia la relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale ed una migliore salute in età adulta (4).

Come suggeriscono alcuni studi (5, 2), l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e l'adolescenza tende a rendere tali comportamenti abitudinari anche in età adulta. Uno stile di vita attivo deve divenire, quindi, pratica costante e quotidiana, sentita e fortemente voluta dall'interessato.

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, rappresenta una tra le risorse più importanti per un sano sviluppo psico-fisico. Attività ricreative e sport sono, di fatto, un'importante risorsa per migliorare sé stessi, per superare i propri limiti, per divertirsi, oltre a svolgere un'importante funzione sociale per costruire nuove amicizie e per crescere in salute. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l'autostima ed accresce le capacità relazionali interpersonali, serve ad acquisire una lunga serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura (6, 7). È infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano dal praticare un'attività motoria regolare si manifestino oltre che in un armonioso sviluppo organico anche nella sfera sociale e nell'autonomia individuale (3).

## 6.2.1 Frequenza dell'attività fisica

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta ai ragazzi viene chiesto di riflettere sull'ultima settimana pensando a quanto tempo sia stato dedicato ad attività fisica moderata o intensa attraverso la seguente domanda: "nell'ultima settimana, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?", risultati in tabella 6.1.

Dalla lettura della Tabella 6.1 si nota come la percentuale di ragazzi che dichiara di non praticare alcuna attività fisica cresca dal 4,2% negli undicenni, al 7,4% nei tredicenni per raggiungere il 12,1% nei più grandi. La maggior parte dei giovani cumula almeno 60 minuti di attività fisica dai due ai cinque giorni la settimana. La frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di un'ora di attività fisica quotidiana (sette giorni alla settimana) è rispettivamente del 13,7% a undici anni, del 9,6% a tredici anni e del 8,3% a quindici anni.

**Tabella 6.1 Frequenza attività fisica svolta dai ragazzi per almeno 60 minuti al giorno nell'ultima settimana, per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	4.2 (745)	7.4 (1012)	12.1 (1349)	7.6 (3106)
<b>1 giorno</b>	6.2 (1112)	9.0 (1317)	10.1 (1486)	8.3 (3915)
<b>2 giorni</b>	21.0 (3242)	18.7 (2870)	18.8 (2433)	19.6 (8545)
<b>3 giorni</b>	18.6 (3249)	19.1 (3190)	20.0 (2712)	19.2 (9151)
<b>4 giorni</b>	17.2 (2997)	16.8 (2867)	14.3 (2102)	16.2 (7966)
<b>5 giorni</b>	11.8 (2231)	12.4 (1991)	10.4 (1455)	11.6 (5677)
<b>6 giorni</b>	7.3 (1388)	7.0 (1312)	6.0 (853)	6.8 (3553)
<b>7 giorni</b>	13.7 (2552)	9.6 (1665)	8.3 (1118)	10.7 (5335)
<b>Totale</b>	100.0 (17516)	100.0 (16224)	100.0 (13508)	100.0 (47248)

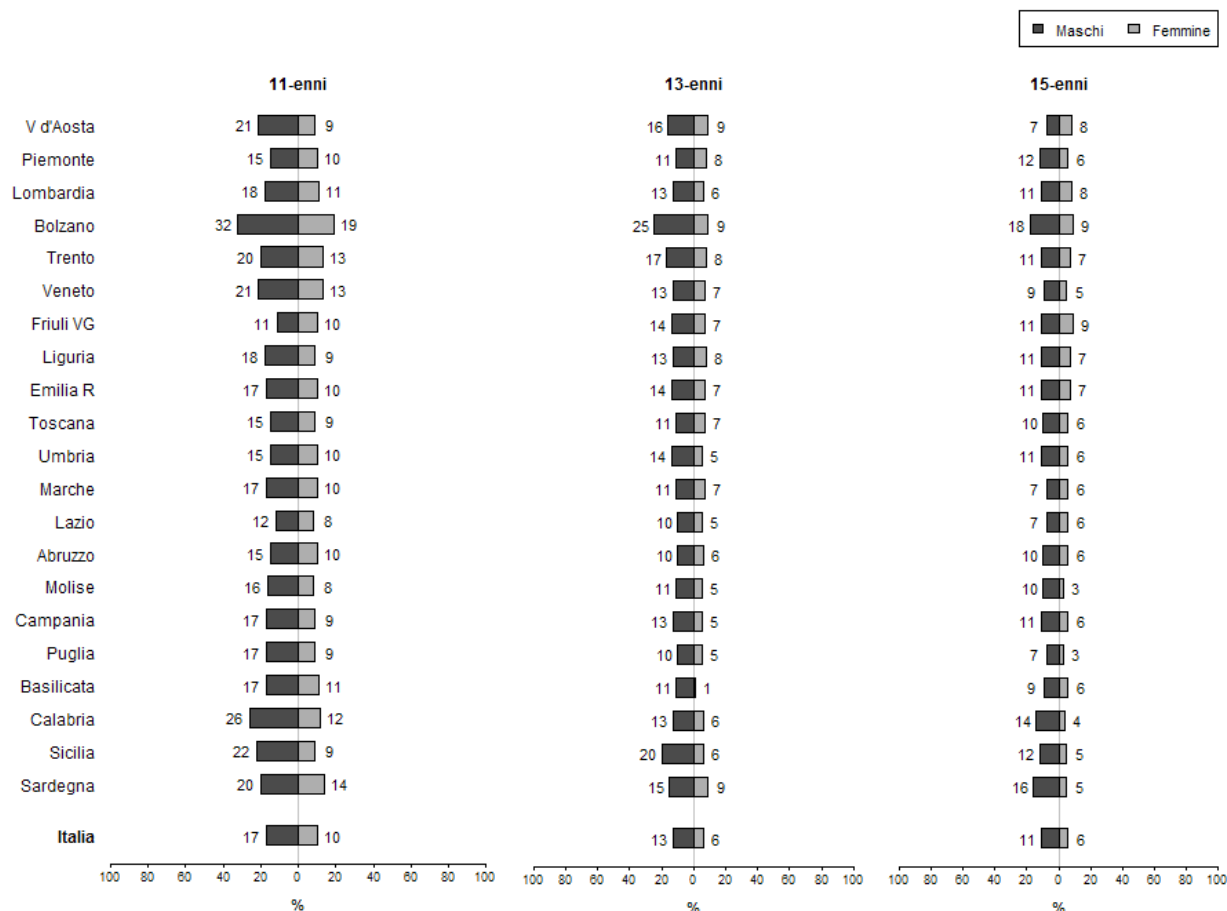
Se mettiamo a confronto le frequenze di quanti praticano attività fisica per almeno un'ora al giorno tutti i giorni della settimana per età e per genere (Figura 6.1) osserviamo che i maschi sono mediamente più attivi delle femmine, in tutte le fasce d'età: il 17% vs il 10% negli undicenni, il 13% vs il 6% a tredici anni e l'11% dei maschi vs il 6% nelle femmine nei più grandi.

Nel confronto tra le diverse regioni italiane si rileva che la quantità di attività fisica dichiarata diminuisce, con regolarità, in entrambi i sessi all'aumentare dell'età, dove a 15 anni di età si raggiungono percentuali di attività fisica complessivamente inferiori al 10% in tutte le regioni italiane tranne in Sardegna e a Bolzano.

## 6.3 Comportamenti sedentari

Negli ultimi anni è progressivamente aumentato l'interesse scientifico e la ricerca su sedentarietà e salute (8). Numerosi studi suggeriscono che la sedentarietà aumenti considerevolmente il rischio di morbilità e mortalità della popolazione, indipendentemente dal livello di attività fisica praticata (9-11). È stato, infatti, notato che vi è spesso poca o nessuna associazione tra comportamenti sedentari e attività fisica (12-14) e che è possibile accumulare grandi quantità di entrambi, attività fisica e comportamenti sedentari, nel corso di una giornata (9, 15, 8).

Presi insieme, questi risultati suggeriscono che troppa sedentarietà e troppo poca attività fisica rappresentano due importanti fattori di rischio, separati e distinti, coinvolti nel determinismo di importanti malattie croniche e metaboliche come malattie cardiovascolari, diabete e cancro, e che rivestono una particolare importanza proprio nell'età dello sviluppo (8).



**Figura 6.1 Percentuale di ragazzi che svolgono attività fisica per almeno un'ora al giorno tutti i giorni - per età, genere e Regione**

La mancanza di spazi e di tempi adeguati, nonché di sicurezza nel frequentare luoghi all'aperto, fa sì che i ragazzi siano sempre più spesso confinati in spazi chiusi coinvolti in attività sedentarie come il guardare la televisione o il giocare ai videogame (16).

Le analisi dei dati di HBSC, coerentemente con i dati presenti in letteratura, non solo hanno dimostrato una debole o assente relazione con la quantità di attività fisica praticata (17, 14), ma hanno anche evidenziato importanti relazioni tra comportamenti sedentari e altri indicatori di salute come l'uso di sostanze, il consumo di alcol e gli episodi di aggressività (18, 19).

Gli effetti negativi legati alla sedentarietà sono cumulativi nel corso dell'infanzia, con particolare rilevanza all'associazione fra aumento di peso in età adulta e utilizzo del televisore durante l'adolescenza (20). Inoltre, è stato dimostrato che interventi mirati alla riduzione dei comportamenti sedentari nei bambini sono in grado di favorire la riduzione del peso (21).

L'indagine sulla pratica di attività fisica viene arricchita da alcune domande sui comportamenti più frequenti, il tempo trascorso davanti alla televisione e al computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e week-end.

### 6.3.1 Frequenza dell'uso di televisione, computer e mezzi di comunicazione

Le linee guida internazionali (22, 23) raccomandano di non superare due ore al giorno in attività *screen based*, dedicate a guardare lo schermo (come TV, videogiochi, computer o internet) attraverso la domanda “quante ore passi nel tuo tempo libero a guardare la televisione, video, DVD o simili?”

In Figura 6.2 viene riportata la percentuale di ragazzi che passano due o più ore a guardare la televisione. A livello nazionale la percentuale di ragazzi che nel tempo libero guarda la TV per un periodo pari o superiore alle 2 ore al giorno, durante i giorni di scuola, aumenta in entrambi i sessi con l'aumentare dell'età passando rispettivamente dal 45% e dal 39% a 11 anni, al 55% e al 52% a 13 anni, per arrivare al 57% e al 52% a 15 anni.

A livello regionale per quanto riguarda gli undicenni i valori più bassi si rilevano in Valle d'Aosta, PA Trento, Campania e Sicilia, mentre per le altre due fasce di età in Valle d'Aosta, PA Bolzano e PA Trento (Figura 6.2).

L'uso del computer e dei video games è stato indagato con una domanda analoga alla precedente e in Figura 6.3 viene riportata la percentuale di chi, durante i giorni di scuola, spende 2 o più ore al giorno al computer oppure a giocare alla playstation o simili.

Dall'analisi dei dati nazionali risulta che la percentuale di maschi che nel tempo libero gioca al computer o alla playstation o simili per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, è maggiore rispetto alla percentuale delle femmine, con valori del 37% vs 28% a 11 anni, del 49% vs 40% a 13 anni e del 47% vs 38% a 15 anni (Figura 6.3).

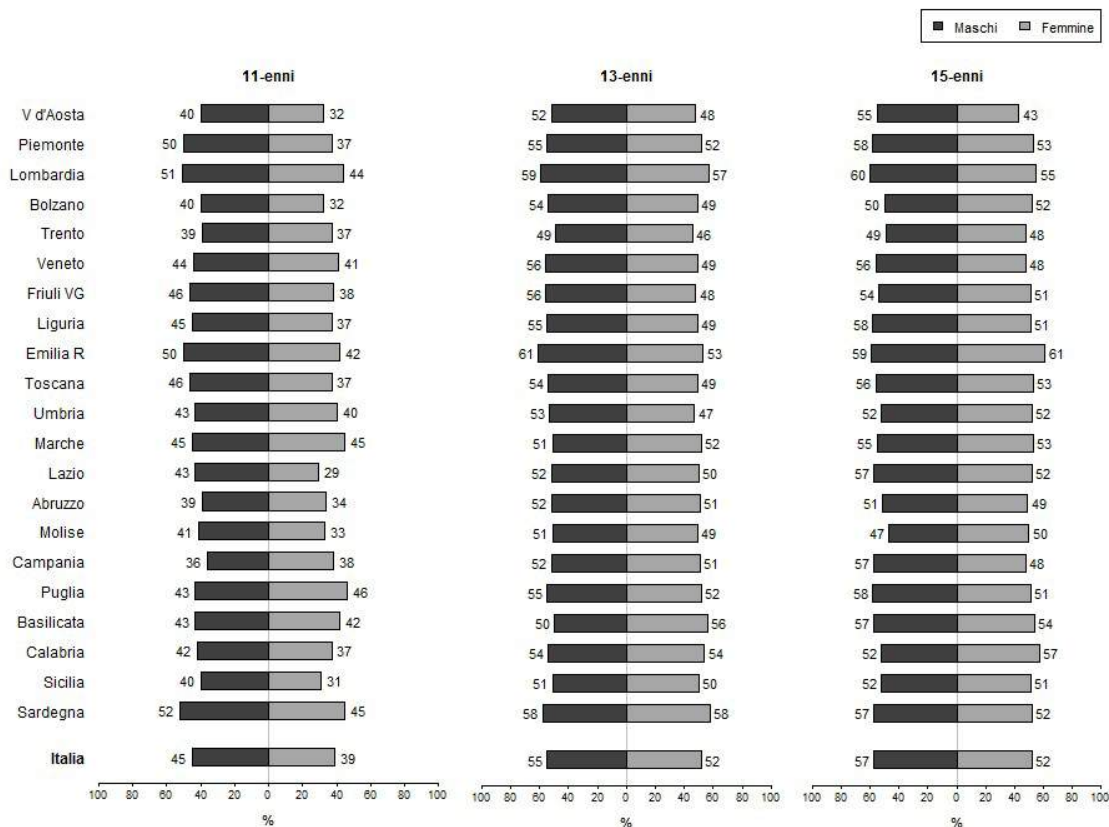
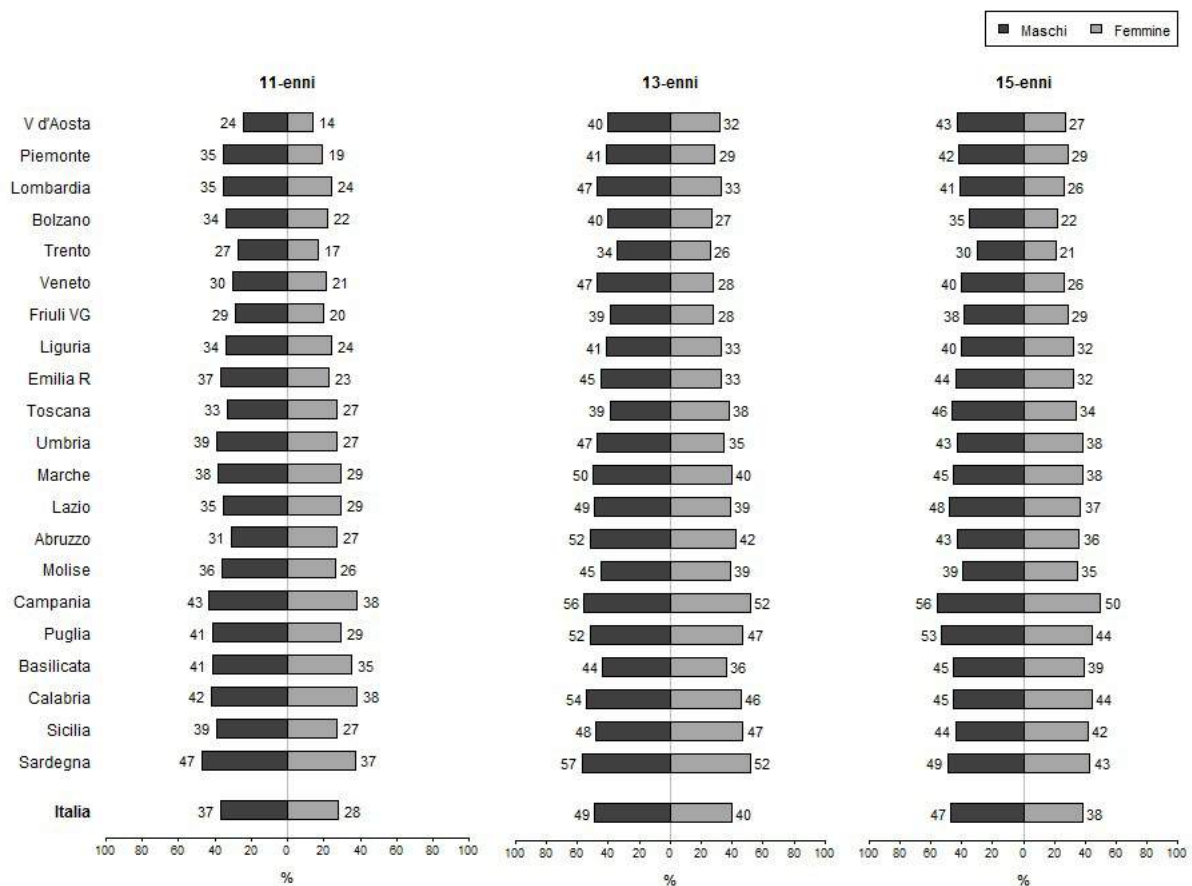


Figura 6.2 Percentuale di ragazzi che guardano la televisione nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola - per età, genere e Regione



Per quanto riguarda il tempo passato davanti al computer per consultare internet, chattare o altro, osserviamo un comportamento grossomodo analogo tra i ragazzi di 13 e di 15 anni di età, dove circa un quinto dichiara di dedicare un'ora di tempo al giorno e all'incirca il 10% più di 7 ore. Negli undicenni si osserva un andamento simile ma con il picco sulla mezz'ora (Figura 6.5). Non si osservano differenze di genere in nessuna delle fasce d'età in analisi (dati non presentati).

A livello nazionale la percentuale di chi utilizza nei giorni scolastici il computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc., per almeno 2 ore al giorno ( $\geq$ ), aumenta con l'aumentare dell'età ed è maggiore per i maschi in qualsiasi fascia d'età. Dal confronto delle relative percentuali per fascia d'età si ottengono i seguenti valori: a 11 anni 37% delle femmine vs 47% dei maschi; a 13 anni 40% delle femmine vs 49% dei maschi; a 15 anni 38% delle femmine vs 47% dei maschi. La Regione Campania e la Sardegna hanno i valori più alti per l'“utilizzo del computer per almeno 2 ore al giorno” in tutte le fasce di età e in entrambi i sessi. I valori percentuali più bassi si rilevano nelle regioni del nord (Figura 6.4).



**Figura 6.3** Percentuale di ragazzi che giocano al computer o alla playstation o simili nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola - per età, genere e Regione

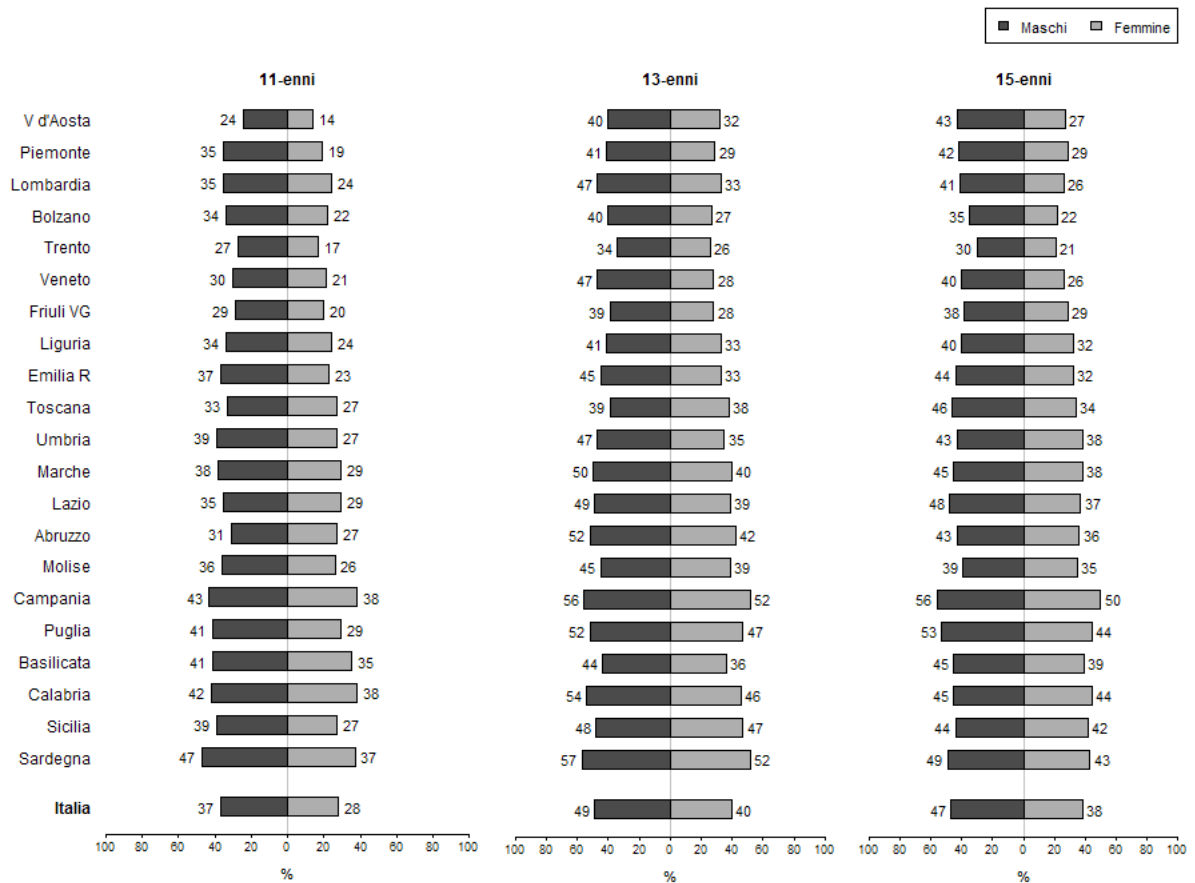


Figura 6.4. Percentuale di ragazzi che utilizzano il computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti, nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola - per età, genere e Regione

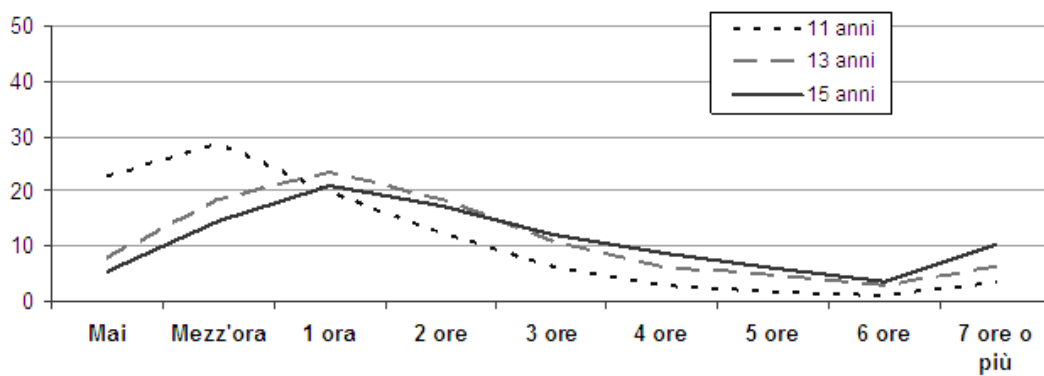


Figura 6.5 Frequenza percentuale del tempo dedicato al computer per consultare internet, chattare o altro - per età



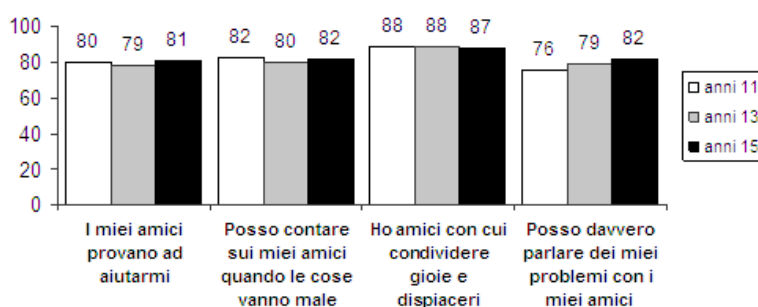
## 6.4 Rapporti con i pari

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 (24). 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 comuni 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. Nella Tabella 6.2 si nota come, per tutte le fasce d'età, messaggi, chat e social network siano tra le forme di comunicazione preferite dai giovani. I dati ci mostrano che a livello nazionale, la capacità di relazionarsi con i coetanei giudicati amici risulta elevata e non evidenzia particolari differenze per fascia di età (Figura 6.6).

**Tabella 6.2 Percentuale di ragazzi che ogni giorno contattano gli amici - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Telefono, FaceTime, Skype	3.3 (399)	1.7 (229)	1.0 (123)	1.9 (751)
SMS, WhatsApp, WeChat	44.0% (5506)	38.3 (5825)	37.8 (5025)	39.8 (16356)
Email	1.6 (164)	0.3 (66)	0.5 (28)	0.7 (258)
Facebook, Gmail, Messenger	14.4 (1506)	18.2 (2437)	20.8 (2567)	17.9 (6510)
Altri Social Network	36.8 (3421)	41.6 (5099)	40.0 (4306)	39.6 (12826)
<b>Totale</b>	100.0 (10996)	100.0 (13656)	100.0 (12049)	100.0 (36701)



**Figura 6.6 Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere “abbastanza d’accordo”, “d’accordo” o “molto d’accordo” con le quattro affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli amici - per età**

## 6.5 Conclusioni

A livello nazionale la percentuale degli adolescenti che raggiungono il valore raccomandato di almeno un'ora di attività fisica al giorno per 7 giorni a settimana è rispettivamente del 13,7% a undici anni, del 9,6% a tredici anni e dell'8,3% a quindici anni. All'aumentare dell'età si evidenzia una leggera diminuzione della pratica di attività fisica, che comunque risulta sempre più diffusa tra i maschi.

Il fatto che circa un adolescente su dieci svolga il minimo di attività fisica consigliato mette in evidenza l'importanza e l'urgenza di sviluppare azioni efficaci per aumentare il tempo dedicato all'attività fisica. Tale considerazione è rafforzata dai risultati dell'indagine che mostrano tuttora percentuali di frequenza elevate di coloro che trascorrono "2 o più ore al giorno" davanti alla TV, limite considerato eccessivo dal protocollo internazionale.

Per l'uso del computer, giochi ed internet si rilevano valori percentuali "oltre le due ore al giorno" inferiori rispetto a quelli della TV. Anche in questo caso le frequenze aumentano all'aumentare dell'età, in particolare nella fascia di età di 15 anni.

I dati evidenziano che a livello nazionale, la capacità di relazionarsi con i coetanei giudicati "amici" risulta elevata e non evidenzia particolari differenze per fascia di età.

## Bibliografia

1. WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health. [www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/)
2. WHO (2011) Global Recommendations on Physical Activity for Health [www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html)
3. EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical Activity Guidelines: [www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/](http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/)
4. Janssen I (2007). Guidelines for physical activity in children and young people. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*, 32:S122–S135.
5. Janssen I, Leblanc A (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40.
6. Boreham C, Riddoch C. The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci.* 2001 Dec; 19(12):915-29.
7. Alfermann D, Stoll O (2000). Effects of physical exercise on self concept and wellbeing. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
8. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N(2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 35(6): 725–740.
9. Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Med. Sci. Sports Exerc.* 41(5): 998–1005.
10. Thorp AA, Owen N, Neuhaus M, Dunstan DW(2011). Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996–2011. *Am. J. Prev. Med.* 41(2): 207–215.
11. Wijndaele K, Brage S, Besson H, Khaw KT, Sharp SJ, Luben R, et al. (2011). Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk Study. *Int. J. Epidemiol.* 40(1): 150–159.
12. Biddle SJ, Gorely T, Marshall SJ, Murdey I, Cameron N (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33.
13. Ekelund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Anderssen SA, Sardinha LB, et al. (2006). TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European Youth Heart Study. *P Lo S Med.* 3(12): e488.
14. Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ, Zambon A, Dalmaso P, Lazzeri G, Giacchi M, Cavallo F (2009).

- Socioeconomic effects on meeting physical activity guideline: comparisons among 32 countries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41:749–756.
15. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 38(3): 105–113.
  16. Sonnevile KR, La Pelle N, Taveras EM, Gillman MW, Prosser LA (2009). Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatrics*, 21:9-81.
  17. Janssen I, Katzmarzyk PT, Boyce WF, Vereecken C, Mulvihill C, Roberts C, Currie C, Pickett W (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and the relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6:123–132.
  18. Kuntsche E, Pickett W, Overpeck M, Craig W, Boyce WF, Gaspar de Matos M (2006a). Television viewing and forms of bullying among adolescents from eight countries. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 908-915.
  19. Kuntsche E, Delgrande JM (2006b). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors. *Results of multilevel analyses. Drug and Alcohol Dependence*, 84(2), 167-174.
  20. Parsons TJ, Manor O, Power C (2008). Television viewing and obesity: a prospective study in the 1958 British birth cohort. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62:1355–63.
  21. De Mattia L, Lemont L, Meurer L (2007). Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obesity Reviews*, 8:69–81.
  22. Committee on Public Education (2001). Children, Adolescents, and Television *Pediatrics*, 107:423-26.
  23. U.K. Government (2010). [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213739/dh\\_128144.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213739/dh_128144.pdf)
  24. Laible DJ, Carlo G, Roesch SC (2004). Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *Journal of Adolescence*. 27:703-16.

## CAPITOLO 7

# ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE

Giacomo Lazzeri (a,b), Rita Simi, Mariano Vincenzo Giacchi e il Gruppo HBSC Italia 2014

(a) *Centro Ricerca Educazione Prevenzione e Promozione della Salute (CREPS), Università degli Studi di Siena,*

(b) *Azienda Ospedaliera Universitaria Senese*

### 7.1 Introduzione

Tra i fattori di rischio che concorrono in misura rilevante al diffondersi di patologie cronic-degenerative (1), l'alimentazione è stata riconosciuta come uno dei principali determinanti con implicazioni dirette sulla salute. Le alterazioni della dieta hanno un forte impatto, sia in positivo sia in negativo, sulla salute nel corso di tutta la vita e possono condizionare non solo lo stato fisico attuale dell'individuo ma anche la probabilità di sviluppare, nel tempo, patologie come cancro, diabete o malattie cardiovascolari (2, 3). Riveste pertanto un ruolo strategico la salvaguardia dello stato di benessere degli individui attraverso la prevenzione delle patologie legate alle scorrette abitudini alimentari e agli inadeguati stili di vita. Sulla base di queste considerazioni l'OMS raccomanda di sostenere il processo di cambiamento finalizzato a contrastare i rischi legati a una scorretta alimentazione (4, 5) e, considerando la stretta relazione tra cibo e salute, favorire l'acquisizione di sani stili di vita.

Risulta quindi fondamentale che tutti i cittadini diventino parte attiva nel processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute, e questo è tanto più vero in età evolutiva, un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di cambiamenti fisici ed emotivi. I modelli di consumo alimentare nell'adolescenza sono notevolmente condizionati dalla dimensione culturale che, a partire dall'influenza del contesto familiare (6, 7), diventa sempre più legata anche a quella del gruppo dei pari e della società (8). Gli atteggiamenti e i comportamenti che vengono adottati in giovane età sono generalmente mantenuti anche da adulti. Per questo motivo, interventi di prevenzione primaria rivolti a questa fascia d'età, che favoriscono l'acquisizione di stili di vita salutari, risultano più efficaci (9). Un giovane con un sano stile di vita avrà maggiori possibilità di divenire un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più probabilità di vivere l'età senile in buona efficienza fisica con ovvi vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario.

Nei paesi industrializzati il rischio di sovrappeso e obesità è un problema particolarmente rilevante. Si è assistito infatti negli ultimi decenni ad un deciso incremento della prevalenza dell'obesità e del sovrappeso in tutte le fasce di età (10, 11), in parte attribuibile a cambiamenti dello stile di vita sempre più sedentario e tendente a favorire il consumo di alimenti ad alto valore energetico e basso valore nutrizionale (5). Negli ultimi anni in alcuni paesi si è iniziato a rilevare una tendenza alla stabilità, se non al decremento, dei tassi di prevalenza sia dell'obesità che del sovrappeso (12-16).

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) (17, 9, 18) assunti durante la giornata. Inoltre per poter valutare lo stato ponderale, lo studio raccoglie dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) (19), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) per stabilire la classe di stato nutrizionale dei ragazzi (20, 21).

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza (22); 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 (23).

## 7.2 Frequenza e regolarità dei pasti

È utile ricordare che la colazione rappresenta un pasto estremamente importante per l'equilibrio fisiologico ma anche psicologico soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, nonché favorisce il consumo disordinato di snack e "cibi spazzatura" (junk food) (24, 25).

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola. Nella Tabella 7.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano. Si osserva che più della metà dei ragazzi italiani consuma la colazione per "cinque giorni a settimana" (63,6% a undici anni, 57,0% a tredici anni e 53,6% a quindici anni); rimane, tuttavia, una quota discreta di giovani che comincia la giornata a digiuno (18,8% degli undicenni, 26,1% dei tredicenni e 30,1% dei quindicenni). Si evidenzia, inoltre, che la frequenza della colazione diminuisce col crescere dell'età.

**Tabella 7.1 Frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	18.8 (2842)	26.1 (3678)	30.1 (3567)	24.6 (10087)
<b>Un giorno</b>	4.0 (627)	3.6 (587)	3.6 (465)	3.8 (1679)
<b>Due giorni</b>	3.8 (602)	4.1 (609)	3.9 (472)	3.9 (1683)
<b>Tre giorni</b>	5.8 (917)	5.2 (837)	5.4 (661)	5.5 (2415)
<b>Quattro giorni</b>	3.9 (709)	3.9 (665)	3.5 (522)	3.8 (1896)
<b>Cinque giorni</b>	63.6 (11792)	57.0 (9822)	53.6 (7810)	58.4 (29424)
<b>Totale</b>	100.0 (17489)	100.0 (16198)	100.0 (13497)	100.0 (47184)

Il 36,4% degli undicenni, il 40,2% dei tredicenni e il 43,0% dei quindicenni dichiara di fare sia la merenda di metà mattina che quella del pomeriggio, mentre il 33,0% degli undicenni, il 31,6% dei tredicenni e il 32,8% dei quindicenni dichiara di fare solo la merenda del pomeriggio, saltando quella del mattino (Tabella 7.2).

**Tabella 7.2 Consumo di merenda nell'arco della giornata - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>No</b>	16.2 (2578)	13.6 (1992)	11.9 (1435)	14.1 (60059)
<b>Solo a metà mattina</b>	14.4 (2608)	14.5 (2433)	12.3 (2010)	13.9 (7051)
<b>Solo a metà pomeriggio</b>	33.0 (5342)	31.6 (4683)	32.8 (3727)	32.4 (13752)
<b>Sia a metà mattina che nel pomeriggio</b>	36.4 (7150)	40.2 (7191)	43.0 (6406)	39.6 (20747)
<b>Totale</b>	100.0 (17678)	100.0 (16299)	100.0 (13578)	100.0 (47555)

### 7.3 Consumo di frutta e verdura

La rilevazione del consumo di frutta e verdura è importante per meglio connotare lo stile alimentare. Frutta, verdura e ortaggi garantiscono l'apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione (26, 27).

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 (17, 28).

Per la risposta "più di una volta al giorno tutti i giorni", le frequenze relative al consumo di frutta risultano basse, con valori del 18,3% a 11 anni, del 15,1% a 13 anni e del 17,1% a 15 anni. Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai, dal 4,9% a 11 anni, 5,3% a 13 anni e 5,2% a 15 anni. Mettendo insieme i bassi consumi di frutta, la frequenza relativa della risposta "non più di una volta alla settimana" corrisponde al 22,9% a undici anni, al 24,2% a tredici anni e al 22,8% a quindici anni (Tabella 7.3).

**Tabella 7.3 Consumo settimanale di frutta - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	4.9 (763)	5.3 (730)	5.2 (571)	5.1 (2064)
<b>Meno di una volta a settimana</b>	6.3 (1010)	7.7 (1076)	7.9 (905)	7.2 (2991)
<b>Una volta a settimana</b>	10.7 (1699)	11.2 (1717)	9.7 (1271)	10.6 (4687)
<b>2-4 giorni a settimana</b>	25.3 (4494)	27.3 (4470)	27.1 (3764)	26.5 (12728)
<b>5- 6 giorni a settimana</b>	12.9 (2381)	12.3 (2321)	13.0 (1969)	12.7 (6671)
<b>Una volta al giorno tutti i giorni</b>	21.6 (3952)	21.1 (3360)	20.1 (2652)	21.0 (9964)
<b>Più di una volta al giorno</b>	18.3 (3434)	15.1 (2680)	17.1 (2470)	16.8 (8584)
<b>Totale</b>	100.0 (17733)	100.0 (16354)	100.0 (13602)	100.0 (47689)

A livello nazionale il consumo di frutta si riduce con l'aumento dell'età passando, rispettivamente per i maschi e per le femmine, dal 38% e dal 42% a 11 anni, al 34% e al 38% a 13 anni, per finire con il 32% e il 42% a 15 anni (Figura 7.1). Questo evidenzia che le femmine ne fanno comunque un consumo maggiore rispetto ai coetanei maschi. Anche nei valori regionali il consumo di frutta è maggiore tra le femmine rispetto ai maschi. Non si apprezzano variazioni importanti nel consumo di frutta quotidiano tra le regioni partecipanti.

Analizzando la risposta "più di una volta al giorno tutti i giorni", le frequenze relative del consumo di verdura risultano basse, con valori di 11,1% a 11 anni, 10,3% a 13 anni e 12,8% a 15 anni. Risultano basse le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne "mai" dal 9,9%, al 7,8%, al 5,6% a 11, 13 e 15 anni rispettivamente. Mettendo insieme i bassi consumi di verdura, la frequenza relativa della risposta "non più di una volta alla settimana" corrisponde al 33,0% a undici anni, al 29,3% a tredici anni e al 24,6% a quindici anni (Tabella 7.4).

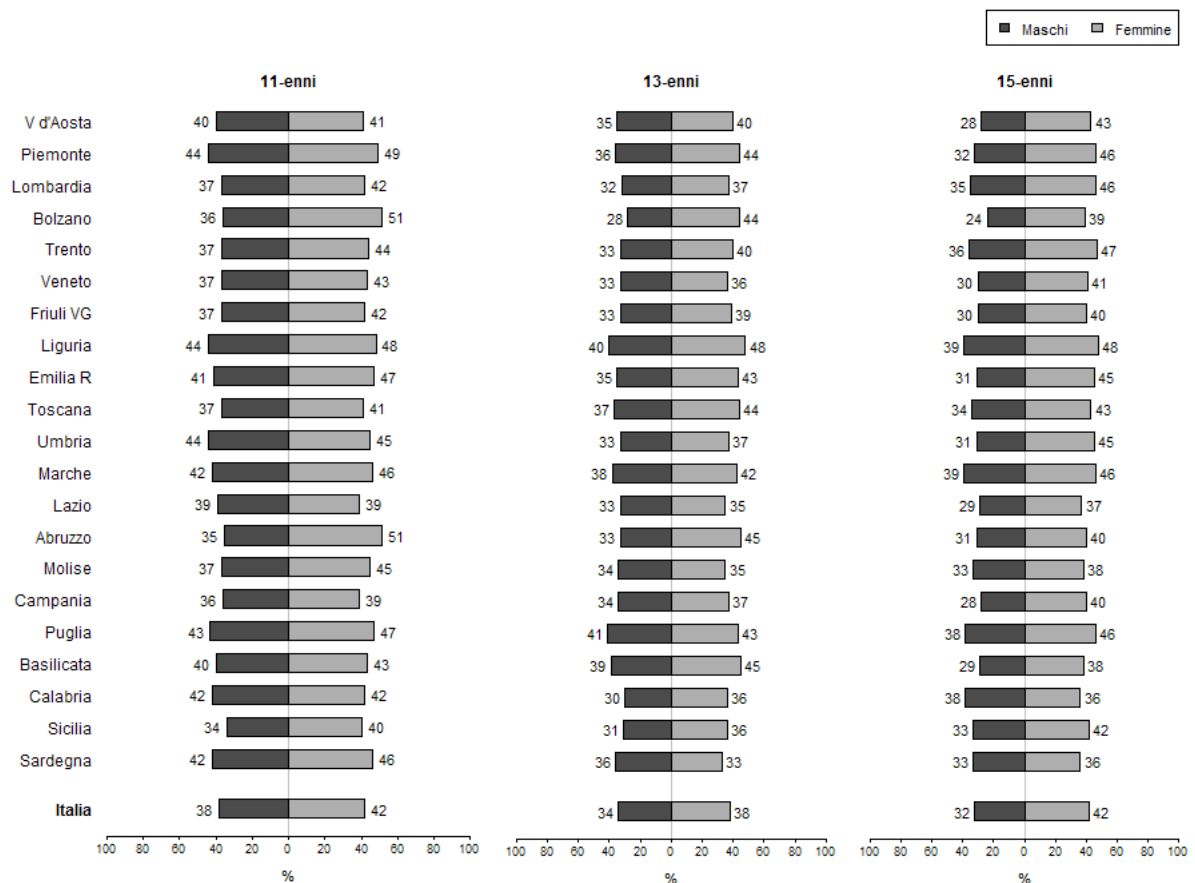


Figura 7.1 Percentuale di consumo di frutta per almeno una volta al giorno per età, genere e Regione

Tabella 7.4 Consumo settimanale di verdura - per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	9.9 (1495)	7.8 (1097)	5.6 (709)	7.9 (3301)
<b>Meno di una volta a settimana</b>	8.8 (1460)	7.9 (1102)	7.0 (795)	8.0 (3357)
<b>Una volta a settimana</b>	14.3 (2244)	13.6 (1991)	12.0 (1487)	13.4 (5722)
<b>2-4 giorni a settimana</b>	27.4 (4522)	30.8 (4531)	31.9 (3899)	29.9 (12952)
<b>5- 6 giorni a settimana</b>	15.4 (2764)	15.9 (2938)	16.8 (2332)	16.0 (8034)
<b>Una volta al giorno tutti i giorni</b>	13.3 (2817)	13.8 (2685)	14.0 (2351)	13.7 (7853)
<b>Più di una volta al giorno</b>	11.0 (2395)	10.3 (1997)	12.8 (2019)	11.2 (6411)
<b>Totale</b>	100.0 (17697)	100.0 (16341)	100.0 (13592)	100.0 (47630)



Il consumo di verdura per “almeno una volta al giorno” evidenzia importanti differenze per genere. Sono infatti nettamente superiori le percentuali di femmine che dichiarano di mangiarla quotidianamente. Questa tendenza si ripete per ogni fascia d’età presa in considerazione.

In Italia, i maschi che ne fanno un uso quotidiano sono il 22% a 11 anni, il 21% a 13 anni e il 20% a 15 anni, mentre per le femmine le percentuali sono le seguenti: il 27% a 11 e 13 anni e il 34% a 15 anni (Figura 7.2). Tra le singole regioni indagate sono evidenti significative differenze nel consumo quotidiano di verdura; infatti, i giovani delle regioni del sud Italia mostrano di gradire molto meno la verdura rispetto ai coetanei del centro e del nord Italia. Se mettiamo a confronto le frequenze percentuali più elevate della PA di Trento con quelle più basse della Puglia notiamo che la frequenza di maschi che mangiano verdura “almeno una volta al giorno” è rispettivamente del 44% vs l’11% a 11 anni, del 41% vs l’8% a 13 anni e del 45% vs il 10% a 15 anni; nelle femmine registriamo il 48% vs il 12% a 11 anni, il 52% vs il 9% a 13 anni e il 62% vs il 16% a 15 anni.

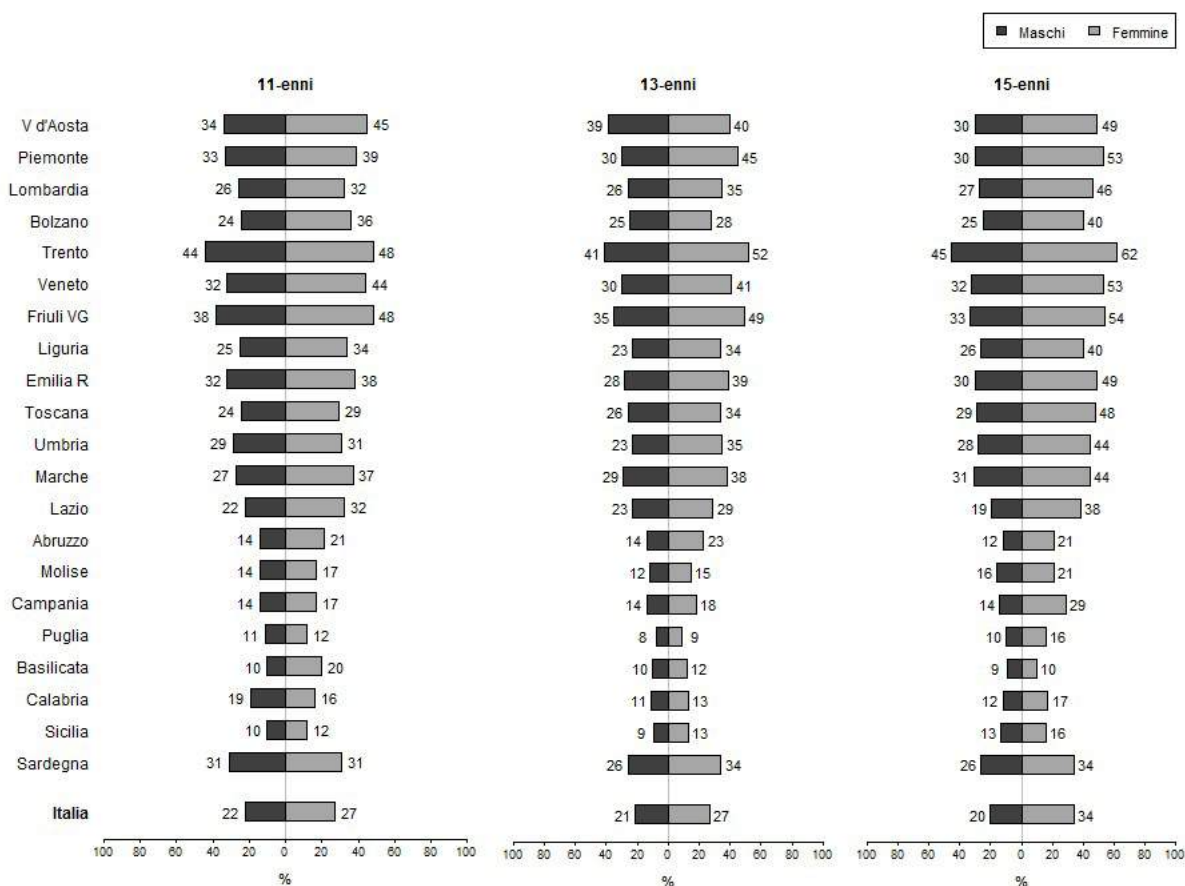


Figura 7.2 Percentuale di consumo di verdura per almeno una volta al giorno per età, genere e Regione

### 7.4 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 (29, 30).

A livello nazionale si riscontra un graduale aumento nel consumo quotidiano di dolci che passa per genere (maschi vs femmine), dal 28%, sia per i maschi che per le femmine, a 11 anni; al 29% e al 32% dei 13 anni per finire al 30% e al 29% dei 15 anni. Nei campioni regionali i valori percentuali, relativi al consumo quotidiano dei dolci, non presentano sostanziali differenze con l’aumentare dell’età e del genere ad eccezione delle femmine abruzzesi nelle quali si evidenzia un aumento con l’età. Da segnalare la PA di Bolzano nella quale i valori percentuali risultano i più bassi a livello nazionale (sempre inferiori al 20%) (Figura 7.3).

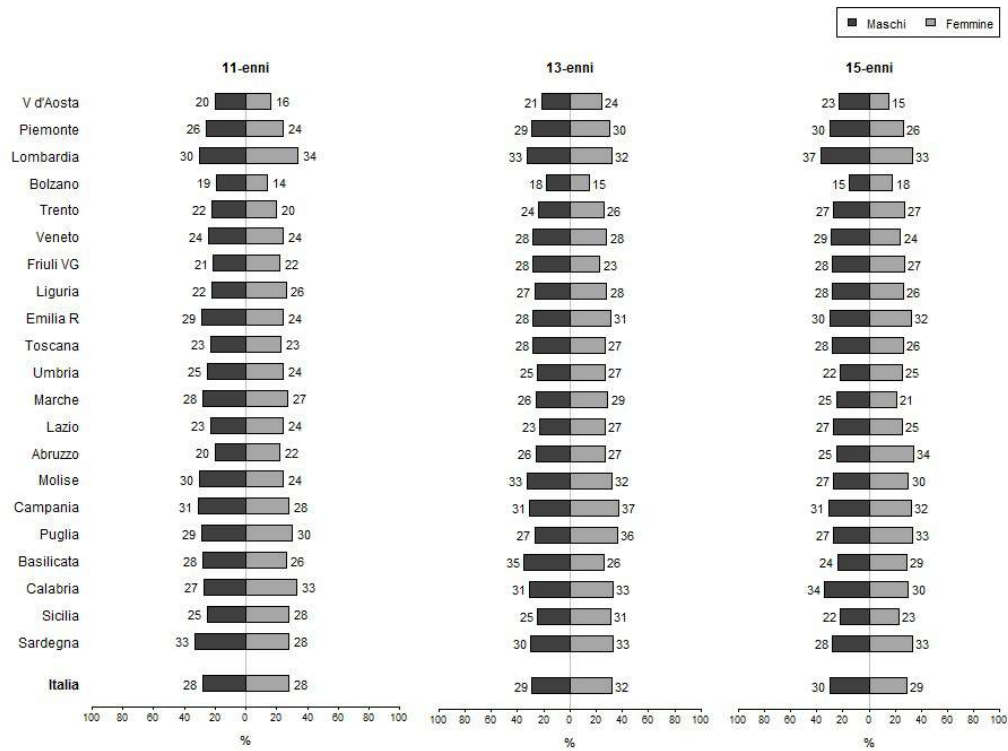


Figura 7.3 Percentuale di consumo di dolci per almeno una volta al giorno per età, genere e Regione

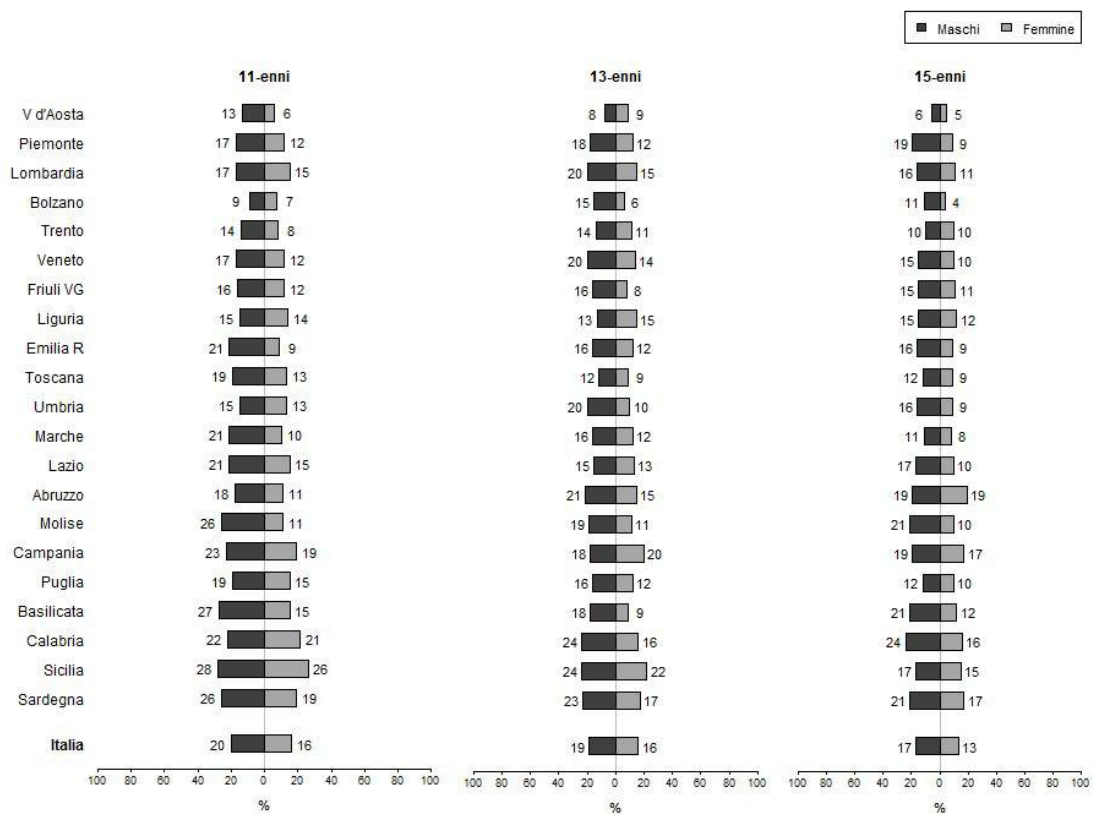


Figura 7.4 Percentuale di consumo di cola o altre bibite con zuccheri per almeno una volta al giorno - per età, genere e Regione

Il frequente consumo di bibite zuccherate in Italia coinvolge una quota di adolescenti non trascurabile. Il consumo quotidiano di bibite zuccherate, in generale, è minore nelle femmine rispetto ai maschi e diminuisce in particolare per questi ultimi con l'aumentare dell'età, passando dal 20% a 11 anni al 19% a 13 anni e successivamente al 17% a 15 anni. Le femmine presentano valori che passano dal 16% a 11 e 13 anni al 13% a 15 anni. In totale controtendenza, sia in Piemonte che in Calabria, la frequenza dei maschi che consumano bevande zuccherate aumenta con l'aumentare dell'età; anche per le femmine si ripete la stessa tendenza in Abruzzo. Da segnalare che i valori percentuali nelle PA di Bolzano e di Trento e nella regione Valle d'Aosta risultano i più bassi a livello nazionale (sempre inferiori al 15%) (Figura 7.4).

## 7.5 Stato nutrizionale

È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC=kg/m<sup>2</sup>) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (Cole, 2000 e 2007) in modo separato per età e sesso.

Osservando la Tabella 7.5 si nota che nelle tre classi di età considerate la maggior parte dei giovani risulta essere normopeso sia tra le femmine (80,3% a undici anni, 83,5% a tredici anni e 84,3% a quindici anni) sia tra i maschi (73,2% a undici anni, 75,1% a tredici anni e 74,6% a quindici anni).

I valori del sovrappeso sono 13,5%, 11,9% e 10,3% nelle femmine e 19,0%, 19,8% e 20,8% nei maschi di 11, 13 e 15 anni rispettivamente. Questi valori diminuiscono nelle femmine con l'aumentare dell'età e restano significativamente maggiori nei maschi.

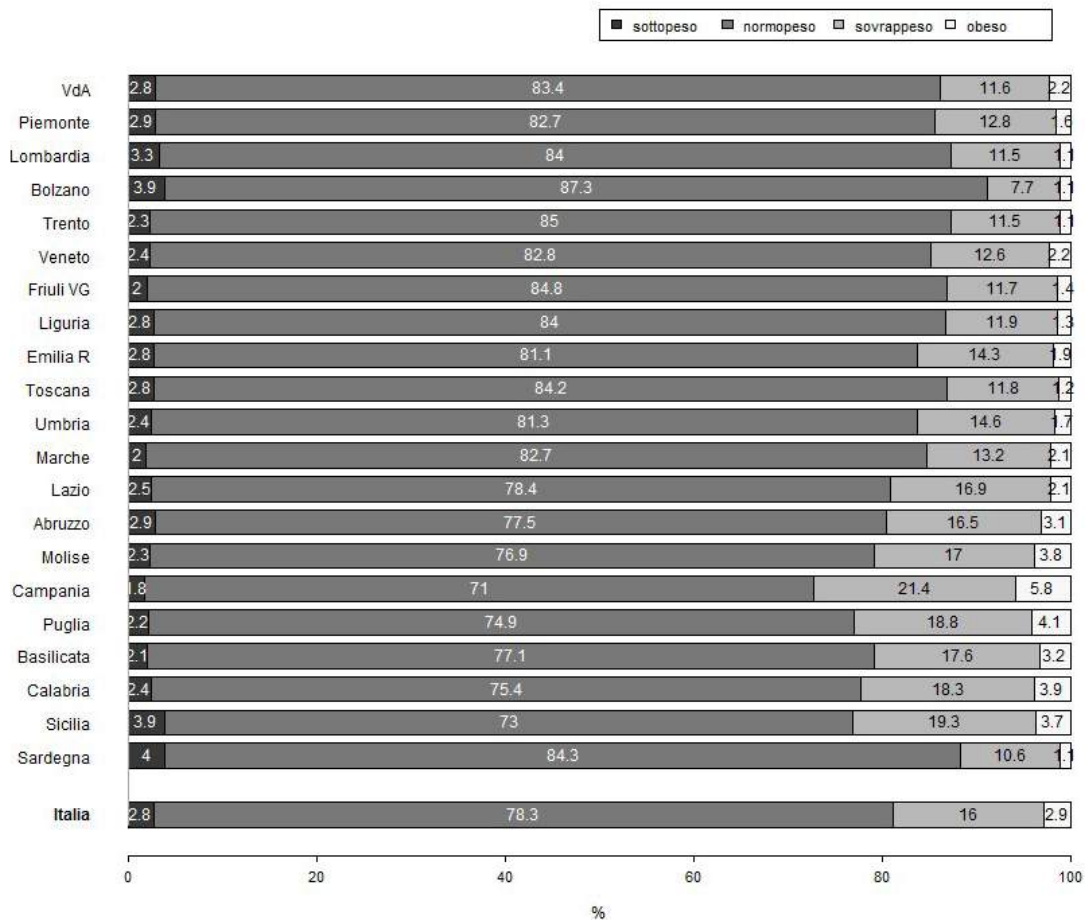
I valori dell'obesità sono 2,2%, 1,3% e 1,3% nelle femmine e 5,1%, 3,3% e 3,7% nei maschi di 11, 13 e 15 anni rispettivamente. Anche in questo caso i valori diminuiscono nelle femmine con l'aumentare dell'età e sono nettamente più alti nei maschi.

Nella fascia sottopeso le femmine presentano frequenze percentuali maggiori rispetto a quelle dei maschi in ogni fascia d'età.

**Tabella 7.5 Indice di Massa Corporea - per età e genere**

	Maschi % (N)			Femmine % (N)		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
<b>Sottopeso</b>	2.7 (195)	1.8 (134)	1.0 (76)	3.9 (296)	3.3 (230)	4.1 (213)
<b>Normopeso</b>	73.2 (5890)	75.1 (5871)	74.6 (5003)	80.3 (5937)	83.5 (6352)	84.3 (5576)
<b>Sovrappeso</b>	19.0 (1375)	19.8 (1273)	20.8 (1153)	13.5 (860)	11.9 (714)	10.3 (562)
<b>Obeso</b>	5.1 (304)	3.3 (208)	3.7 (160)	2.2 (129)	1.3 (78)	1.3 (75)
<b>Totale</b>	100.0 (7764)	100.0 (7486)	100.0 (6392)	100.0 (7222)	100.0 (7374)	100.0 (6426)

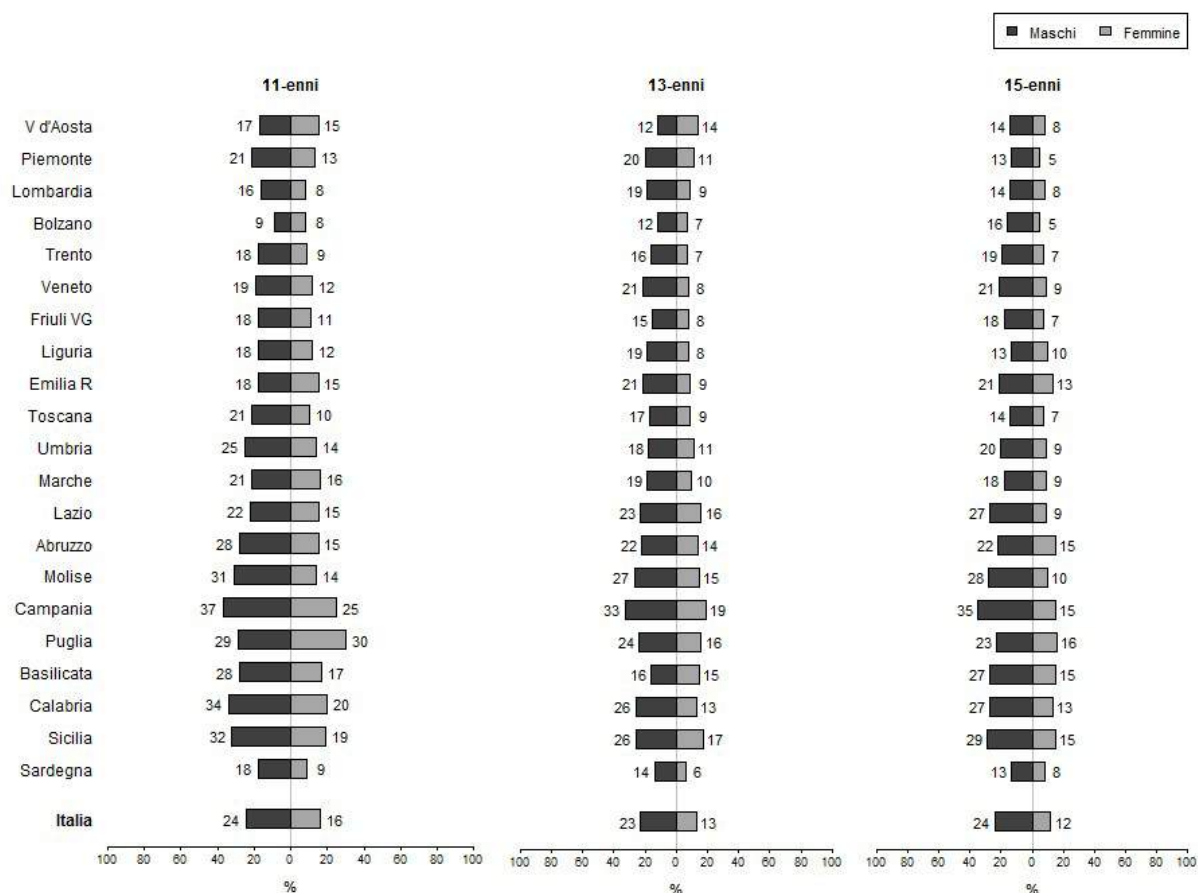
Nella Figura 7.5 sono riportati i dati italiani e regionali, relativi allo stato nutrizionale, cumulativi per le tre fasce di età e per entrambi i sessi. In Italia si rileva che la percentuale degli adolescenti sottopeso è pari al 2,8% mentre quella dei normopeso è del 78,3%; per quanto riguarda i giovani in eccesso ponderale la percentuale dei sovrappeso è del 16%, mentre quella degli obesi è del 2,9%. Rispetto alla precedente rilevazione del 2010 i dati raccolti nel 2014 mostrano una diminuzione della percentuale di ragazzi in sovrappeso/obeso in tutte le fasce di età. Si evidenzia un gradiente Nord-Sud tra le Regioni con prevalenze più alte nelle Regioni del Sud, in particolare i valori percentuali più elevati si riscontrano nella regione Campania con il 5,8% di giovani obesi e il 21,4% in sovrappeso, mentre, per quanto riguarda gli obesi, i valori più bassi pari all'1,1% si riscontrano nella PA di Bolzano, nella regione Lombardia e nella PA di Trento; la PA di Bolzano detiene anche la percentuale più bassa di giovani sovrappeso con valori pari a 7,7%.



**Figura 7.5 Percentuale di sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi per Regione**

A livello nazionale la percentuale di sovrappeso/obesi è maggiore nei maschi rispetto alle femmine, per ogni fascia di età considerata, unica eccezione gli undicenni pugliesi. Questa percentuale tende a diminuire nelle femmine con l'aumentare dell'età passando dal 16% a 11 anni, al 13% a 13 anni e al 12% a 15 anni, mentre è sostanzialmente stabile nei maschi con valori pari al 24% a 11 anni, al 23% a 13 e al 24% a 15 anni.

La Campania è la regione che registra, a 11 anni, il maggior numero di maschi sovrappeso/obesi: sono il 37%; la PA di Bolzano registra i valori minori: solo il 9% i ragazzi in eccesso ponderale. Nelle Regioni: PA di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna, Lazio aumenta con l'età la percentuale di frequenza dei maschi sovrappeso/obesi. In generale, per quanto riguarda le femmine, la percentuale di sovrappeso/obesi non tende ad aumentare con l'età (Figura 7.6).



**Figura 7.6 Percentuale di ragazzi sovrappeso e obesi - per età, genere e Regione**

A livello nazionale per quanto riguarda la percezione del proprio corpo la percentuale di popolazione maschile che si ritiene grassa, diminuisce al crescere dell'età, mentre per la popolazione femminile si osserva una tendenza inversa. Infatti, crescono notevolmente le percentuali delle ragazze che si ritengono "grasse" passando dal 24% a 11 anni, al 37% a 13 anni per arrivare fino al 42% a 15 anni, contro il 20% dei ragazzi della stessa fascia d'età. A livello regionale per quanto riguarda la percezione a sentirsi grassi, da parte dei maschi, si rilevano alcune percentuali in contro tendenza nelle seguenti regioni: Valle d'Aosta, PA Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise e Puglia; in queste regioni sono, infatti, stabili o in aumento con l'aumentare dell'età i valori di coloro che si sentono grassi. Nella PA di Bolzano il 49% delle ragazze di 15 anni, riferiscono di percepire il loro corpo come troppo grasso, mentre il valore effettivo nella categoria sovrappeso/obeso è pari al 5% (Figura 7.7).

La Figura 7.8 mostra una chiara differenza nelle risposte dei due generi: per i maschi le frequenze percentuali di coloro che non adottano alcun comportamento alimentare specifico per modificare il proprio corpo diminuiscono al crescere dell'età, come si evince dai dati nazionali confermati dalla maggioranza dei dati regionali. Per le femmine l'andamento è opposto: con l'età la percentuale di adolescenti che si dichiarano effettivamente impegnate in un regime alimentare dimagrante cresce notevolmente. A livello nazionale si passa dal 18% a 11 anni, al 28% a 13 anni per salire fino al 35% a 15 anni, coerentemente con quanto rilevato nelle singole regioni.

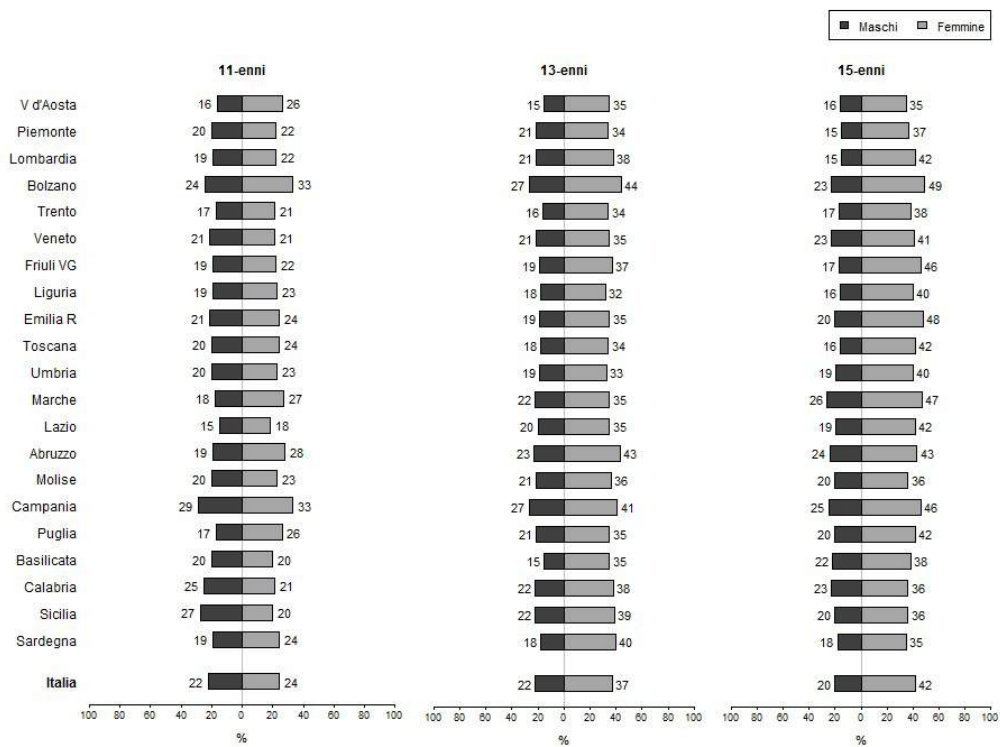


Figura 7.7 Percentuale di ragazzi che si sentono grassi o molto grassi - per età, genere e Regione

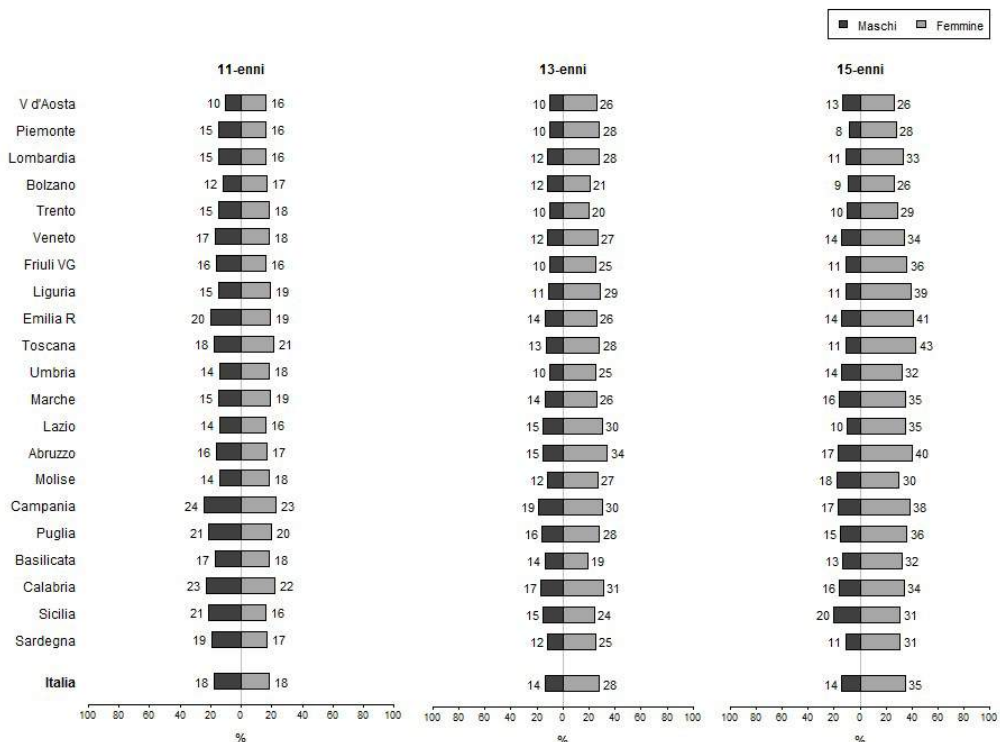


Figura 7.8 Percentuale di ragazzi che dichiarano di essere a dieta - per età, genere e Regione



## 7.6 Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (31), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. Per quanto riguarda l'abitudine di lavarsi i denti risulta che il 96,4% dei ragazzi di undici anni, il 97,2 % di tredici anni e il 97,2% di 15 anni risponde di lavarsi i denti "almeno una volta al giorno". Dalla Tabella 7.6 si evince che i ragazzi tendono ad aumentare questa pratica igienica con l'aumentare dell'età; coloro che si lavano i denti "più di una volta al giorno" passano dal 69,2% a 11 anni, al 73,5% a 13 anni, al 76,7% a 15 anni.

**Tabella 7.6 Frequenza del lavaggio dei denti - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Più di una volta al giorno	69.2 (12270)	73.5 (11790)	76.7 (10260)	72.8 (34320)
Una volta al giorno	27.2 (4793)	23.7 (4059)	20.5 (2970)	24.1 (11822)
Almeno una volta alla settimana, non tutti i giorni	2.7 (507)	2.1 (375)	1.7 (242)	2.2 (1124)
Meno di una volta alla settimana	0.6 (131)	0.4 (79)	0.4 (52)	0.5 (262)
Mai	0.4 (73)	0.3 (57)	0.7 (62)	0.4 (192)
<b>Totale</b>	100.0 (17774)	100.0 (16360)	100.0 (13586)	100.0 (47720)

## 7.7 Conclusioni

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

In sintesi, dall'analisi complessiva dei dati presentati in questo capitolo risulta che: un giovane su quattro propende a saltare la prima colazione; solamente il 17% circa consuma "più volte al giorno" la frutta e l'11% circa la verdura, a fronte di cinque porzioni giornaliere raccomandate; il 20% circa del campione consuma bevande zuccherate e il 30% circa mangia dolci almeno una volta al giorno; quasi il 20% dei ragazzi italiani si trova in uno stato di eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) con una netta predominanza da parte dei maschi; la percezione della propria immagine corporea mette in evidenza che sono soprattutto le ragazze di 15 anni, il 42%, a percepire il loro corpo come "grasso o troppo grasso" quando invece l'IMC non evidenzia un reale eccesso ponderale. Coerentemente con quanto appena detto la percentuale di ragazze impegnate in un regime alimentare dimagrante cresce notevolmente all'aumentare dell'età, passando dal 18% a 11 anni, al 28% a 13 anni per salire fino al 35% a 15 anni, i maschi a dieta in questa fascia d'età sono meno della metà rispetto alle femmine.

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



## Bibliografia

1. Monteiro PO, Victora CG (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obesity Review*, 6:143-54.
2. Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. [www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf](http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf).
3. European Centre for Disease Prevention and Control (2014). Transferability of health promotion and health education approaches between non-communicable and communicable diseases. Stockholm: ECDC. [ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/transferability-of-health-promotion-2014.pdf)
4. WHO (2002). Move for Health. [www.who.int/moveforhealth/en/](http://www.who.int/moveforhealth/en/)
5. WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health. [www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/)
6. Benton D (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 28:858-69.
7. Verzeletti C, Maes L, Santinello M, Baldassari D, Vereecken CA (2010). Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*, 54:394-7.
8. Salvy SJ, Howard M, Read M, Mele E (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
9. NHMRC (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. [www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/n57\\_obesity\\_guidelines\\_140630.pdf](http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_140630.pdf)
10. Wang Y, Lobstein T (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1:11-25.
11. Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M (2009). Review on epidemic of obesity. *Annals of Academy of Medicine Singapore*, 38:57-9.
12. Keane E, Kearney PM, Perry IJ, Kelleher CC, Harrington JM (2014). Trends and prevalence of overweight and obesity in primary school aged children in the Republic of Ireland from 2002-2012: a systematic review. *BMC Public Health*, 14:974. doi: 10.1186/1471-2458-14-974.
13. Orden AB, Bucci PJ, Petrone S (2013). Trends in weight, height, BMI and obesity in 291 schoolchildren from Santa Rosa (Argentina), 1990-2005/07. *Annals of Human Biology*, 40:348-54.
14. Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C, Schou Andersen L, Geisler Andersen L, Rasmussen M, Nybo Andersen AM, Due P, Sorensen TI (2013). Trends in prevalence of 293 overweight and obesity in Danish infants, children and adolescents--are we still on a plateau? *PLoS One*, 8:e69860.
15. Lioret S, Touvier M, Dubuisson C, Dufour A, Calamassi-Tran G, Lafay L, Volatier JL, Maire B (2009). Trends in childhood overweight rates and 247 energy intake in France from 1999-2007: relationships with socioeconomic status. *Obesity* 17:1092-100.
16. Lazzeri G, Giacchi M, Spinelli A, Pammolli A, Dalmasso P, Nardone P, Lamberti A, Cavallo F. Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. *Nutrition Journal* 07/2014; 13(69). DOI:10.1186/1475-2891-13-69
17. Ministero Politiche Agricole e Forestali, INRAN (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2003. Roma. [www.piramidealimentare.it/files\\_allegati/guida.pdf](http://www.piramidealimentare.it/files_allegati/guida.pdf)
18. Ministry of Health of New Zealand. (2012). Food and Nutrition Guidelines for Healthy Adolescents. [www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf](http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-nutrition-guidelines-healthy-children-young-people-background-paper-feb15.pdf)
19. 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*.
20. 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. *British Medical Journal*, 320:1240-3.
21. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA (2007). Body mass index cutoffs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335: 194-7.
22. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE (2009). The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Academic Pediatrics*, 9:410-4.

23. Plutzer K, Spencer AJ (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36:335-46.
24. Hoyland A, Dye L, Lawton CL (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.
25. Kant AK, Andon MB, Angelopoulos TJ, Rippe JM (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.
26. Pearson N., Biddle S.J., Gorely T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutrition*, 12:267-83.
27. Mainvil LA, Lawson R, Horwath CC, McKenzie JE, Reeder AI (2009). Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *American Journal of Health Promotion*, 23:210-7.
28. WHO (2003). Technical Report Series, No. 916. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Geneva, World Health Organization and Food and Agricultural Organization*.
29. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Despres JP, Willett WC, Hu FB (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477-83.
30. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667-75.
31. NHMRC (2003) Long-term efficacy of an oral health promotion program in the prevention of early childhood caries. [www.nhmrc.gov.au/national\\_register\\_public\\_health\\_research/48414](http://www.nhmrc.gov.au/national_register_public_health_research/48414)

## CAPITOLO 8

# COMPORAMENTI A RISCHIO

Lorena Charrier, Paola Berchiolla e il Gruppo HBSC Italia 2014

*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

### 8.1 Introduzione

Il capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse nell'ambito della promozione della salute in 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 (1). Fra questi l'uso di sostanze come tabacco, alcol, cannabis o altre sostanze psicoattive. Nello studio HBSC sono indagati anche alcuni aspetti che riguardano la vita sessuale, quali l'uso o meno di profilattici e altri contraccettivi, e la frequenza di infortuni. Nella rilevazione del 2014 sono stati inoltre inseriti, per i soli quindicenni, quesiti volti ad indagare l'esperienza del gioco d'azzardo, riconosciuto oramai come un'altra importante tematica da affrontare in ambito di sanità pubblica, anche fra i più giovani.

### 8.2 Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani al fumo e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in adolescenza e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici di questa età, 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 (2, 3). 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 (3, 4).

La riduzione del consumo di sostanze è quindi, per l'OMS, fra gli obiettivi prioritari nel XXI secolo in tema di promozione della salute (3).

#### 8.2.1 Il fumo

Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di milioni di decessi ogni anno (2) 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 (3).

Dal momento che l'abitudine si instaura per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (5). Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le ben note conseguenze negative legate al fumo, ne vedono anche e soprattutto gli aspetti positivi: controllo del malumore e del peso, senso di appartenenza al gruppo, sensazione di maturità e indipendenza (6, 7).

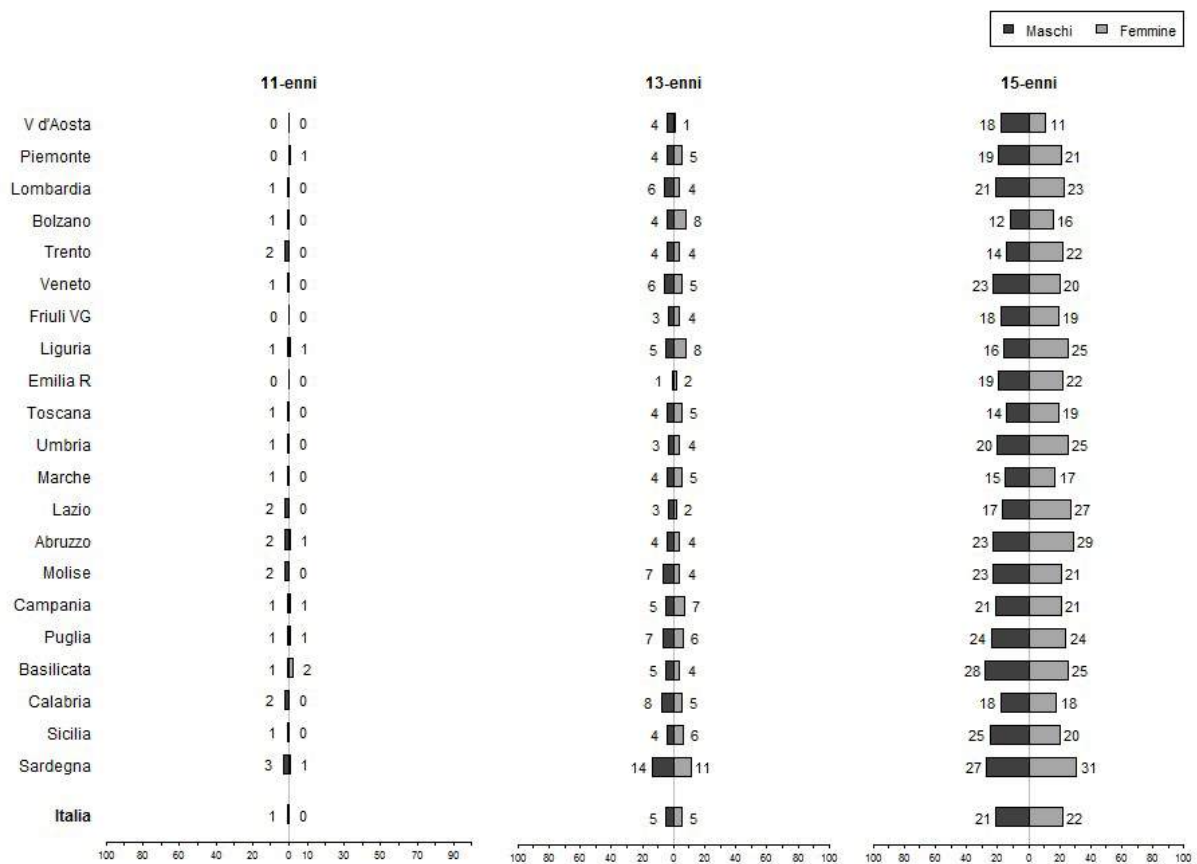
Ai ragazzi coinvolti in HBSC è stato chiesto di indicare se fumano e, nel caso di risposta affermativa, con quale frequenza. La Tabella 8.1 riporta i risultati, dai quali emerge come la maggioranza dei ragazzi, in tutte le fasce di età considerate, dichiara di non fumare.

La quota di non fumatori si riduce però all'aumentare dell'età, soprattutto nel passaggio fra 13 e 15 anni: se infatti quasi il 99% degli undicenni e il 91% dei tredicenni non fuma, a 15 anni la percentuale scende al 71,4%. Contestualmente, aumenta notevolmente la quota di quanti dichiarano di fumare ogni giorno che passa dallo 0,3% a 11 anni, all'1,9% a 13 e al 13,6% a 15 anni.

**Tabella 8.1 Frequenza dell'abitudine al fumo di sigaretta - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	0.3 (57)	1.9 (331)	13.6 (1794)	4.6 (2182)
Almeno una volta a settimana	0.4 (80)	3.0 (483)	7.7 (1015)	3.4 (1578)
Meno di una volta a settimana	0.5 (126)	4.3 (642)	7.4 (1016)	3.8 (1784)
Non fumo	98.8 (17513)	90.8 (14892)	71.4 (9734)	88.2 (42139)
<b>Totale</b>	<b>100.0 (17776)</b>	<b>100.0 (16348)</b>	<b>100.0 (13559)</b>	<b>100.0 (47683)</b>

La Figura 8.1 mostra la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di fumare almeno una volta alla settimana. I dati sono stratificati per regione e messi a confronto con il dato medio nazionale che indica come la prevalenza di ragazzi che fumano con frequenza almeno settimanale (almeno una volta a settimana o ogni giorno) passi da un valore pari o inferiore all'1% a 11 anni, salga al 5% a 13 anni per superare il 20% a 15 anni, senza sostanziali differenze di genere.



**Figura 8.1 Percentuale di ragazzi che fumano ogni giorno o almeno una volta alla settimana per età, genere e Regione**

Per quanto riguarda i dati regionali, già fra i tredicenni emergono alcuni scostamenti importanti dalla media nazionale: l'8% delle ragazze della PA di Bolzano e della Liguria, il 7% dei maschi di Molise e Puglia, il 7% delle femmine della Campania, l'8% dei maschi calabresi e soprattutto il 14% dei maschi e l'11% delle femmine in Sardegna riferiscono di fumare almeno una volta alla settimana; fra i quindicenni emergono dati decisamente superiori alla media nazionale fra i maschi di Basilicata (28%), Sicilia (25%) e Sardegna (27%), e le femmine di Liguria, Umbria e Basilicata (25%), Lazio (27%), Abruzzo (29%) e Sardegna (31%).

Da evidenziare come in oltre la metà delle regioni italiane i dati dei quindicenni, e in diversi casi anche fra i tredicenni, mostrino un'inversione di genere, con le ragazze che più frequentemente dei coetanei maschi riferiscono di fumare almeno una volta alla settimana; questo si verifica anche nelle regioni i cui dati non mostrano scostamenti significativi dalla media nazionale.

## 8.2.2 L'alcol

Il consumo di bevande alcoliche fra gli adolescenti, la cui somministrazione è vietata in Italia ai minori di 16 anni, 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. Esisterebbe infatti, secondo alcuni autori (8, 9), un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta, sebbene altri autori considerino 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 da adulti (10, 11).

Sebbene l'uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti paesi, in altri rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli (12).

Ai ragazzi coinvolti in HBSC è stato chiesto di indicare se consumino alcolici (birra, vino, superalcolici, alcopops, aperitivi o qualsiasi bevanda contenente alcol) e, in caso di risposta affermativa, con quale frequenza. La Tabella 8.2, che riporta i risultati per età, mostra come, anche per l'alcol, la quota di quanti dichiarano di non farne uso diminuisca significativamente con l'età, passando da oltre il 64% negli undicenni a poco più del 41% fra i tredicenni e poco meno del 20% fra i giovani di quindici anni. Ad aumentare con l'età è invece soprattutto la frequenza del consumo settimanale che passa dal 3% a 11 anni al 23% a 15.

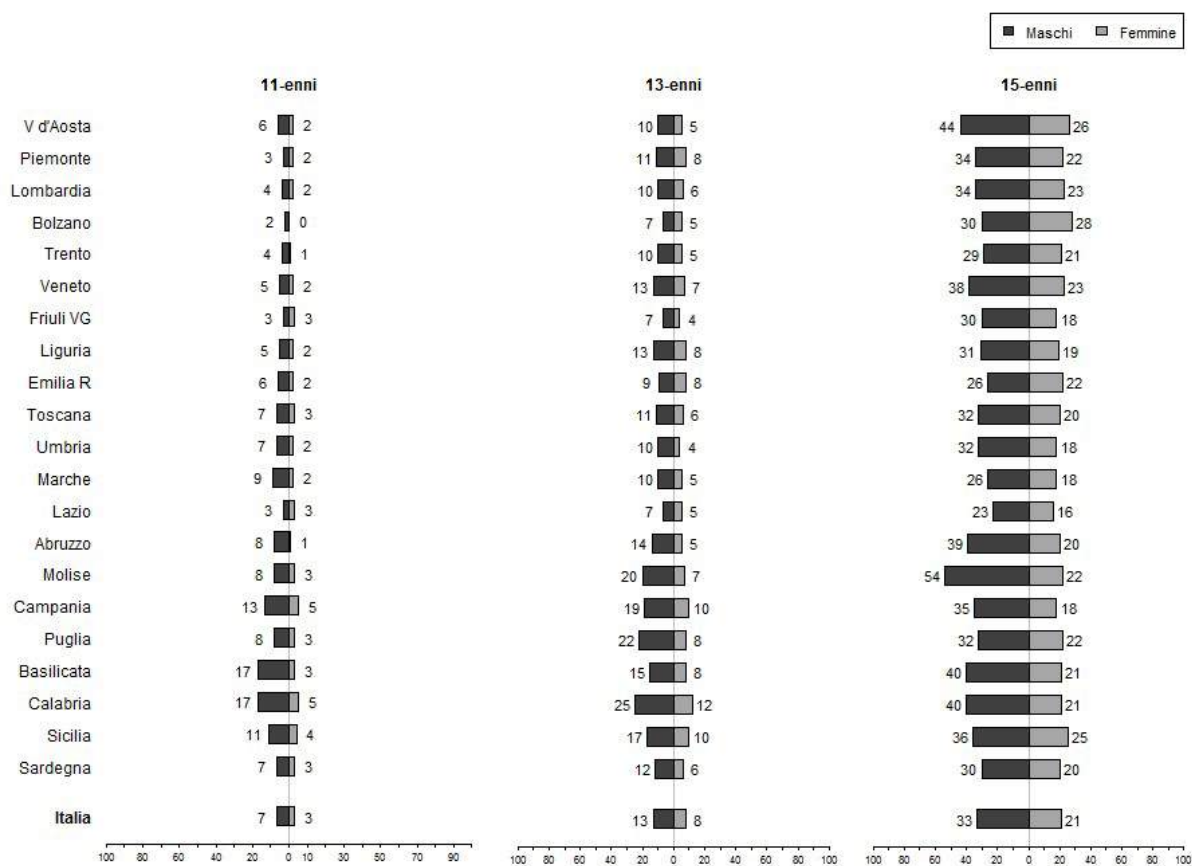
**Tabella 8.2 Frequenza consumo di alcolici - per età**

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
Ogni giorno	2.2 (335)	2.9 (399)	4.4 (533)	3.1 (1267)
Ogni settimana	3.1 (475)	7.6 (1154)	23.0 (3203)	10.3 (4832)
Ogni mese	3.8 (616)	8.7 (1417)	17.0 (2485)	9.3 (4518)
Raramente	26.5 (4426)	39.7 (6098)	35.9 (4692)	33.8 (15216)
Mai	64.4 (11716)	41.2 (7174)	19.7 (2622)	43.5% (21512)
<b>Totale</b>	100.0 (17568)	100.0 (16242)	100.0 (13535)	100.0 (47345)

La Figura 8.2 riporta la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di bere alcolici almeno una volta alla settimana (ogni settimana o ogni giorno). I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale che mostra, come per il fumo, un significativo aumento con l'età, passando, per i maschi, dal 7% a 11 anni, al 13% a 13 anni e al 33% a 15 anni; per le femmine la quota è pari al 3% fra le undicenni, sale all'8% nelle tredicenni e al 21% fra le ragazze di 15 anni.

A differenza dell'abitudine al fumo, il consumo di alcolici presenta prevalenze ancora costantemente superiori fra i maschi di tutte le età rispetto alle coetanee femmine.

Alcune regioni, in particolare del Centro-Sud (Molise, Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia), mostrano, per i maschi di tutte le età prevalenze superiori a quelle nazionali; fra i quindicenni lo stesso accade in Valle d'Aosta per entrambi i generi, in Veneto per i maschi e nella PA di Bolzano per le femmine.

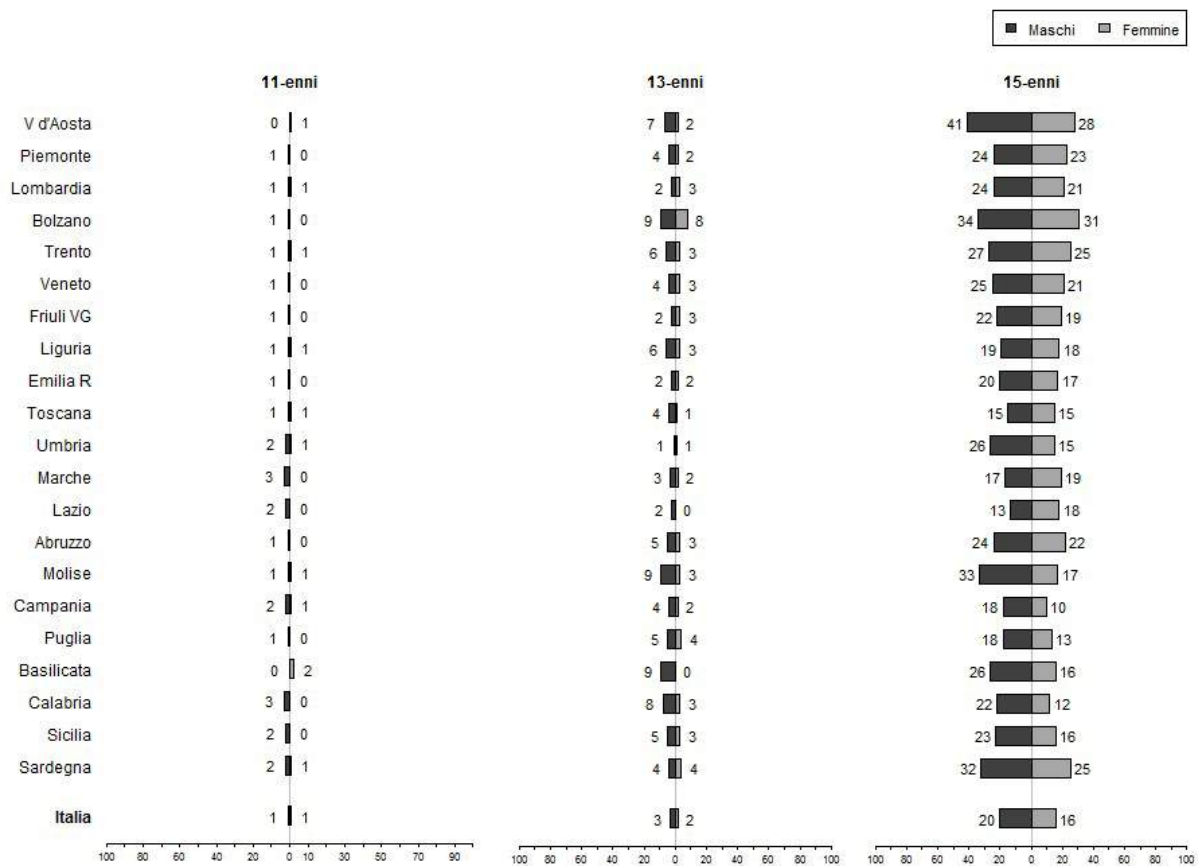


**Figura 8.2 Percentuale di ragazzi che bevono alcolici ogni giorno o almeno una volta alla settimana - per età, genere e Regione**

La Figura 8.3 mostra la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di aver sperimentato l'ubriachezza almeno due volte nella vita. I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale che mostra, anche per questo fenomeno, un evidente aumento contestuale all'età: se infatti a 11 anni è l'1% circa dei ragazzi di entrambi i generi a riferire almeno 2 esperienze di ubriachezza, tali quote risultano almeno raddoppiate per entrambi i generi a 13 anni e raggiungono il 20% fra i ragazzi e il 16% fra le ragazze a 15 anni.

Coerentemente con quanto suggerito dal dato medio italiano, in tutte le fasce di età considerate e, in generale, in tutte le regioni, il fenomeno è più frequente nei maschi rispetto alle coetanee femmine. In alcune regioni (Valle d'Aosta, PA di Bolzano, Molise e Sardegna), inoltre, a 15 anni, le due esperienze di ubriachezza nell'arco della vita sono state vissute da una quota di ragazzi decisamente superiore rispetto alla media nazionale e lo stesso accade per le ragazze di Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Trento e Sardegna. Tale fenomeno è comunque già evidenziabile fra i tredicenni in diverse regioni dove la quota di maschi risulta triplicata rispetto alla media nazionale (PA Bolzano, Molise, Basilicata, Calabria); lo stesso accade per le femmine di 13 anni della PA di Bolzano che vede una prevalenza quattro volte superiore a quella media nazionale.





**Figura 8.3 Percentuale di ragazzi che si sono ubriacati almeno 2 volte nella vita - per età, genere e Regione**

La Figura 8.4 mostra la quota di ragazzi, per il genere ed età, che dichiarano di aver sperimentato almeno una volta il consumo di 5 o più bicchieri di alcolici in un'unica occasione (binge drinking). I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale.

Analogamente a quanto già visto per il consumo di alcolici e l'ubriachezza, anche il fenomeno del binge drinking presenta un aumento al crescere dell'età e, in generale, una maggior prevalenza fra i maschi rispetto alle coetanee femmine, con l'unica eccezione dei quindicenni della PA di Bolzano (48% fra le femmine vs 42% fra i maschi).

Anche per il binge drinking alcune regioni mostrano dati decisamente superiori alla media nazionale: se fra gli undici e tredicenni questo si verifica soprattutto nelle regioni del Centro-Sud, fra i quindicenni spiccano la Valle d'Aosta (64% fra i maschi e 40% fra le femmine), la PA di Bolzano (48% fra le femmine) e il Veneto (49% dei maschi) al Nord, e Abruzzo, Molise e Sardegna fra le altre regioni con prevalenze fra i maschi superiori al 50% e vicine o superiori al 40% fra le femmine.



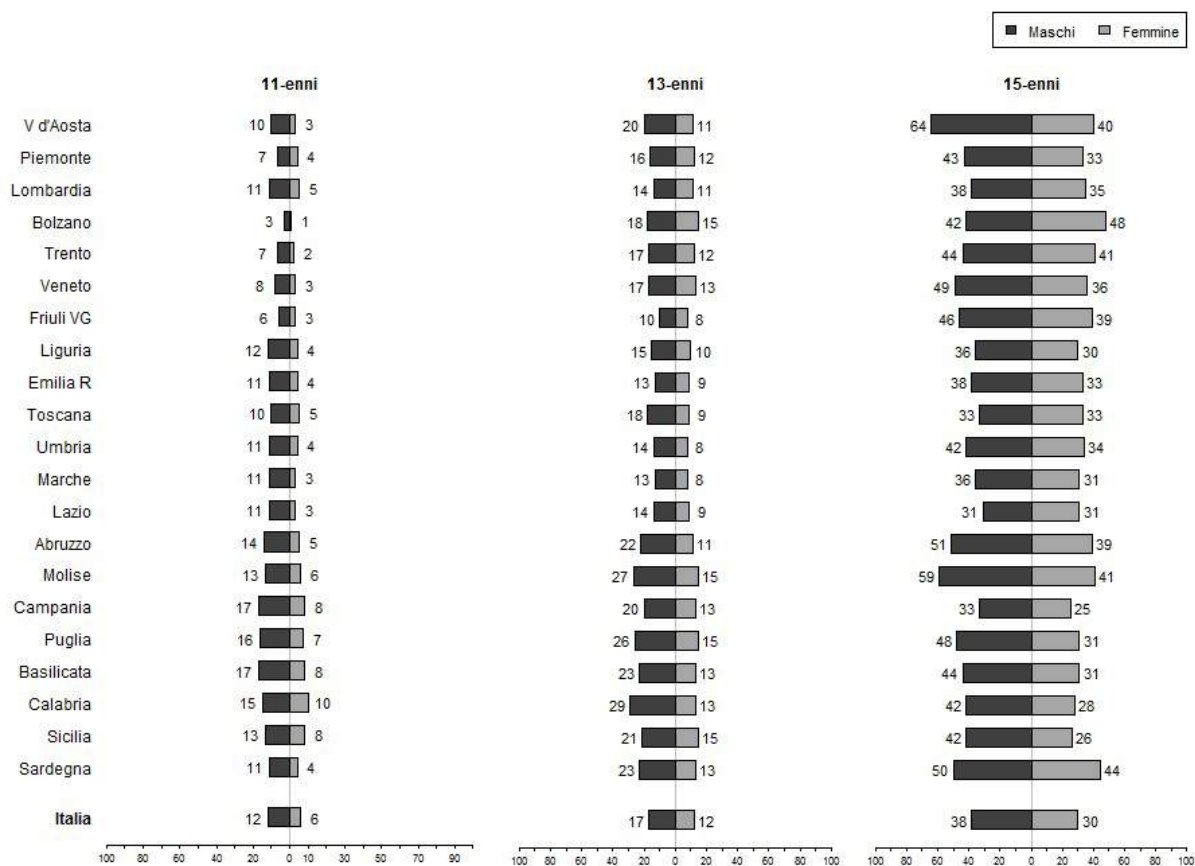


Figura 8.4 Percentuale di ragazzi che hanno consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (binge drinking) - per età, genere e Regione

### 8.2.3 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 (13, 14). Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione (15, 16). Dati tratti dalle principali sorveglianze statunitensi indicano infatti come entro l'età di 17 anni fra il 31 e il 44% dei ragazzi abbia provato la cannabis e il 4-6% la cocaina (17).

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

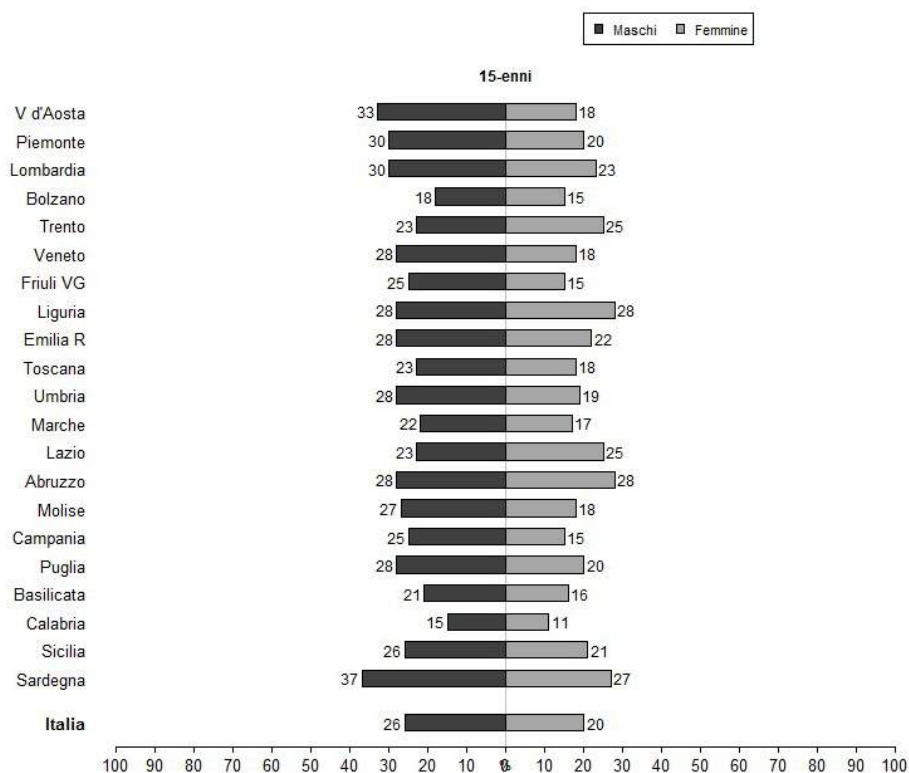
La Tabella 8.3 mostra come la maggior parte dei quindicenni, l'unica fascia di età cui è rivolta la domanda, dichiarati di non aver mai fatto uso di cannabis nella vita, con una percentuale più elevata fra le femmine rispetto ai coetanei maschi (80,1 % vs 73,6%). La differenza di genere si mantiene per quasi tutte le frequenze di consumo, e risulta particolarmente importante per i consumi più frequenti (30 giorni o più nel corso della vita) con un 8,5% nei maschi e 3,9% nelle femmine.

**Tabella 8.3 Frequenza consumo di cannabis nella vita (solo quindicenni) - per genere**

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	73.6 (4924)	80.1 (5505)	76.8 (10429)
<b>1-2 giorni</b>	8.2 (595)	7.6 (529)	7.9 (1124)
<b>3-5 giorni</b>	3.4 (241)	3.1 (207)	3.3 (448)
<b>6-9 giorni</b>	2.6 (171)	2.0 (137)	2.3 (308)
<b>10-19 giorni</b>	2.1 (150)	2.1 (141)	2.1 (291)
<b>20-29 giorni</b>	1.6 (90)	1.2 (76)	1.4 (166)
<b>30 giorni o più</b>	8.5 (502)	3.9 (282)	6.2 (784)
<b>Totale</b>	100.0 (6673)	100.0 (6877)	100.0 (13550)

Stratificando il dato per regione (Figura 8.5) si conferma la differenza di genere, con le uniche eccezioni della PA di Trento e di Liguria, Lazio e Abruzzo in cui la quota di ragazze che dichiara di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita eguaglia o supera quella dei coetanei maschi.

In alcune regioni (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia e Sardegna) il fenomeno risulta nei maschi decisamente superiore alla media nazionale (26%) con punte che raggiungono o superano il 30%, in particolare in Sardegna dove i quindicenni maschi arrivano al 37%. Fra le femmine si segnalano il 28% di Liguria e Abruzzo e il 27% della Sardegna rispetto ad una media nazionale del 20%.

**Figura 8.5 Percentuale di quindicenni che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita - per genere e Regione**

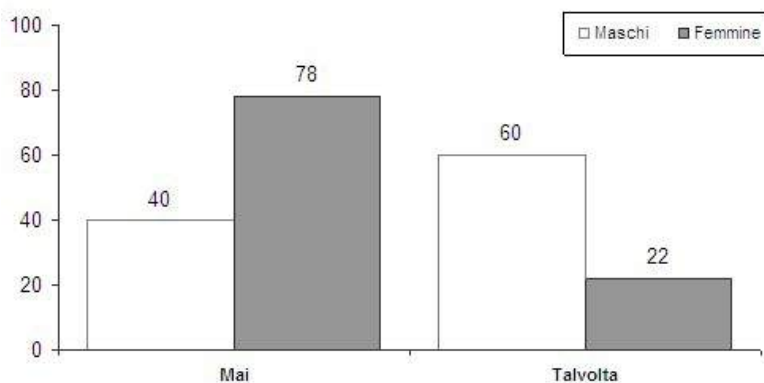
### 8.3 Gioco d'azzardo

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica e un campo emergente di ricerca (18). Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a comportamenti criminali, depressione e persino suicidio (19). D'altra parte il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che i dati riferiscono come fino all'80% dei ragazzi sia stato coinvolto in qualche forma di gambling nel corso della vita, un altro 10-15% sia a rischio e il 4-8% abbia già seri problemi con questo vizio (20).

Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di società, variabili socio-economiche e media nell'influenzare valori, credenze e comportamento rispetto a questo vizio.

Le domande sul gioco d'azzardo, inserite per la prima volta nell'indagine HBSC italiana del 2014, sono volte ad indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita, che a valutare il loro grado di 'coinvolgimento' riuscendo ad individuare la quota di ragazzi 'a rischio' di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano tali problemi.

La figura 8.6 mostra, per genere, la quota di quindicenni che dichiarano di non aver mai provato a giocare d'azzardo e quella dei ragazzi che riferiscono invece di aver avuto esperienze in tal senso, evidenziando una notevole differenza di genere con una percentuale di maschi circa tre volte superiore a quella delle coetanee femmine che dichiara di aver scommesso/giocato denaro nel corso della vita.



**Figura 8.6 Percentuale di quindicenni che hanno provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita - per genere**

La figura 8.7 evidenzia la quota di ragazzi, fra quanti hanno dichiarato almeno una esperienza di gioco nel corso della vita, a rischio di sviluppare problemi con questa forma di abitudine voluttuaria e quanti invece possono essere già definiti 'problematici'. Tali categorizzazioni sono state costruite in base al protocollo di indagine e alle risposte fornite dai ragazzi alla domanda relativa all'aver dovuto o meno mentire a persone importanti sui soldi scommessi/giocati e a quella sull'aver sentito o meno il bisogno di scommettere sempre più denaro. Dai risultati emerge, anche in questo caso, una notevole differenza di genere con un 8% circa dei quindicenni maschi a rischio contro meno dell'1% delle coetanee femmine; poco meno del 2% dei maschi e lo 0,2% delle femmine risulterebbero invece presentare già problemi di gioco.

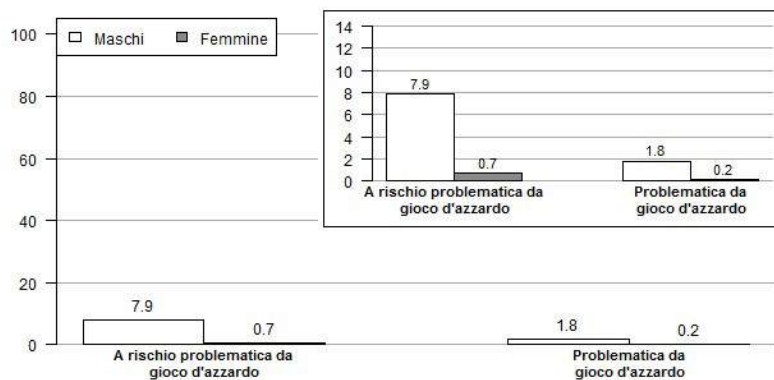


Figura 8.7 Percentuale di quindicenni a rischio o con problemi di gioco - per genere

## 8.4 Abitudini sessuali

La vita sessuale riveste una notevole importanza, non solo per la sua influenza sulla crescita intellettuale e lo sviluppo degli adolescenti (21, 22), ma anche per le conseguenze che essa può avere sulla salute: malattie sessualmente trasmesse e gravidanze indesiderate nelle minori sono, in tutto il mondo, tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico fra gli adolescenti (23, 26). Tali eventi 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 (27).

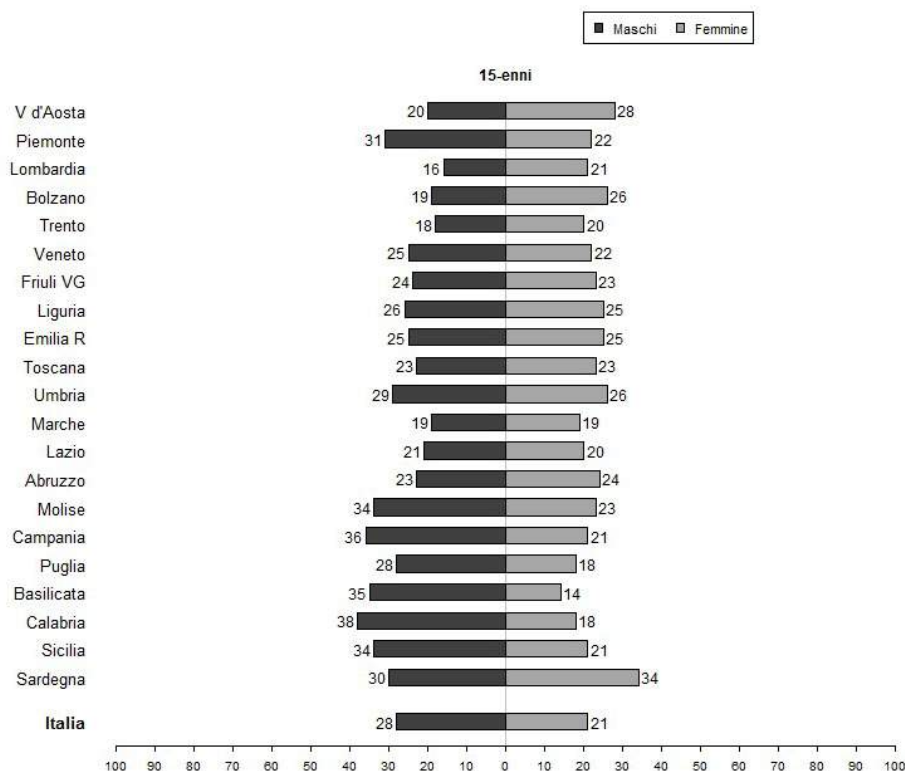
Le domande su questa tematica, rivolte soltanto ai ragazzi di 15 anni, derivano dal Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), studio americano sostenuto dai CDC di Atlanta (28).

La Figura 8.8 mostra come, a livello nazionale, il 28% dei maschi di 15 anni dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo, mentre la percentuale è più bassa tra le femmine (21%). Tale differenza di genere si mantiene in molte regioni, soprattutto del Centro-Sud con l'eccezione della Sardegna (34% femmine, 30% maschi), mentre in altre la quota di ragazze che riferisce di aver avuto un rapporto sessuale completo supera quella dei coetanei maschi (Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano e Trento, Abruzzo) o sostanzialmente la eguaglia (Friuli, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio).

Dati decisamente superiori alla media nazionale si riscontrano in alcune regioni per i maschi: 38% in Calabria, 36% e 35%, rispettivamente in Campania e Basilicata, 34% in Molise e Sicilia, 31% in Piemonte che rappresenta anche la quota più alta fra le regioni del Nord; lo stesso accade per le femmine per le quali il dato più alto è raggiunto in Sardegna con il 34%, seguito dal 28% della Valle d'Aosta, mentre quello più basso è il 14% della Basilicata.

È stato inoltre indagato se e quali metodi abbiano utilizzato i ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi 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 l'utilizzo del profilattico (29). 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 o altri metodi contraccettivi, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

La Tabella 8.4 riporta i metodi contraccettivi che i ragazzi dichiarano di aver utilizzato durante l'ultimo rapporto sessuale. Da questi dati emerge come la maggior parte degli adolescenti di 15 anni che hanno già avuto un rapporto completo riferisca l'utilizzo del preservativo (oltre il 70% dei maschi e il 66,5% delle femmine), seguito dall'interruzione del rapporto, dichiarato da più del 50% delle ragazze e dal 37% dei coetanei maschi. Complessivamente, circa l'11% riferisce l'uso della pillola e poco meno del 12% altri metodi (conteggio dei giorni fertili o altri metodi naturali).



**Figura 8.8 Percentuale di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi per genere e regione**

**Tabella 8.4 Metodo contraccettivo (più di una risposta possibile) utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale completo - per genere (solo quindicenni)\***

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
<b>Preservativo</b>	70.6 (941)	66.5 (1012)	68.6 (1953)
<b>Pillola</b>	11.8 (139)	9.7 (180)	10.8 (319)
<b>Interruzione del rapporto</b>	36.9 (369)	52.4 (634)	44.5 (1003)
<b>Altro metodo</b>	8.9 (112)	14.9 (192)	11.8 (304)

\*più di una risposta possibile

La Figura 8.9 si riferisce al solo utilizzo del preservativo durante l'ultimo rapporto completo e mette a confronto i dati regionali e nazionale, oltre che di genere. La differenza di genere che si evidenzia a livello nazionale (71% maschi e 66% femmine), risulta evidente in diverse regioni che sovente mostrano anche percentuali più elevate rispetto al dato nazionale (raggiungono o superano l'80% i maschi di Valle d'Aosta, PA di Trento, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Molise e Calabria; raggiungono o superano il 70% le femmine di Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano e Trento, Veneto, Umbria); solo Lazio, Basilicata e Sardegna vedono una quota di ragazze superiore a quella dei coetanei maschi dichiarare l'uso del preservativo da parte del partner durante l'ultimo rapporto. Prevalenze decisamente inferiori alla media nazionale in entrambi i generi sono emerse in Piemonte (68% fra i maschi e 58% fra le femmine), Emilia-Romagna (63% in entrambi i generi) e in Campania (66% fra i maschi e 58% fra le femmine).

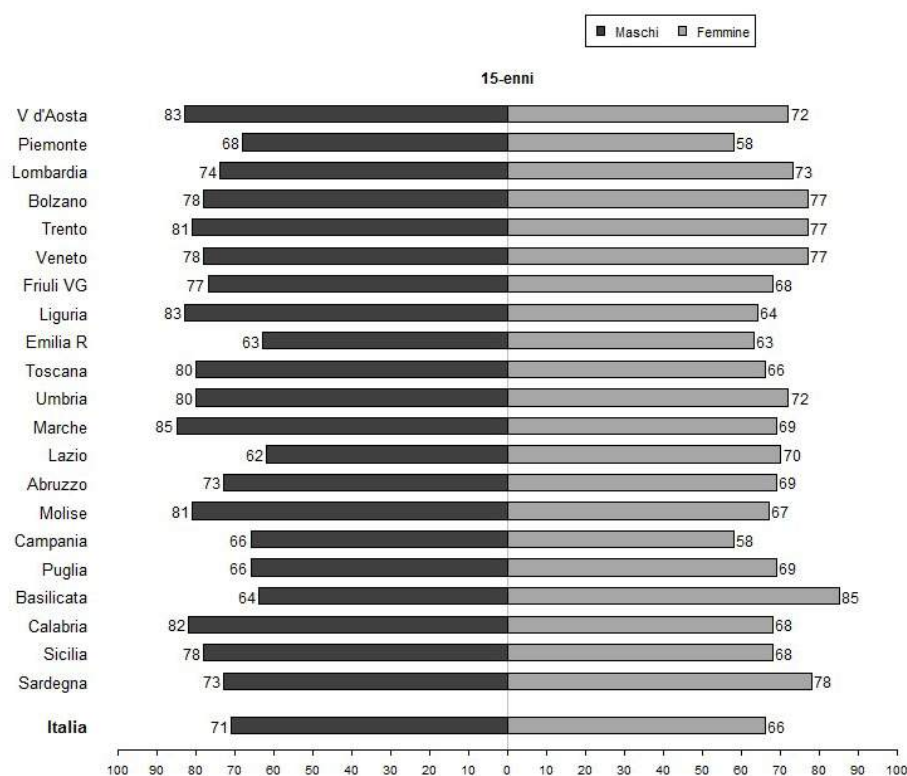


Figura 8.9 Percentuale di quindicenni che dichiarano di aver usato (loro o il partner) un preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale completo - per genere e Regione

## 8.5 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 di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante l'adolescenza (30, 31), ma i fattori causali non sono ancora ben noti (32, 33).

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

Tabella 8.5. Frequenza di infortuni avvenuti negli ultimi 12 mesi per i quali è stato necessario ricorrere alle cure mediche - per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)	Totale % (N)
<b>Mai</b>	60.0 (10563)	57.4 (9279)	63.4 (8314)	60.1 (28156)
<b>Una volta</b>	22.3 (3983)	23.1 (3873)	21.0 (3015)	22.2 (10871)
<b>2 volte</b>	9.4 (1636)	12.2 (1855)	9.3 (1332)	10.3 (4823)
<b>3 volte</b>	3.8 (666)	4.0 (671)	3.3 (482)	3.7 (1819)
<b>4 volte o più</b>	4.5 (763)	3.4% (536)	2.9 (418)	3.6 (1717)
<b>Totale</b>	100.0 (17611)	100.0 (16214)	100.0 (13561)	100.0 (47386)

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare quanti infortuni (con cure mediche) abbiano avuto negli ultimi 12 mesi. Dalla Tabella 8.5 emerge come non vi siano sostanzialmente differenze tra le classi di età considerate, per nessuna delle modalità di risposta.

La quota di ragazzi che dichiarano di avere avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi varia dal 40% fra gli 11enni a circa il 37% dei 15enni.

La Figura 8.10 mostra come la quota di quanti dichiarano di essersi infortunati almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi sia in generale, a livello nazionale e regionale, superiore fra i maschi che fra le femmine, in tutte le fasce di età considerate.

Non si rileva un'importante variabilità regionale, né fra le regioni e il dato medio nazionale che si attesta intorno al 47% fra i maschi di tutte le età e al 33% fra le ragazze, con prevalenze superiori nei tredicenni di entrambi i generi (50% fra i maschi e 36% fra le femmine).

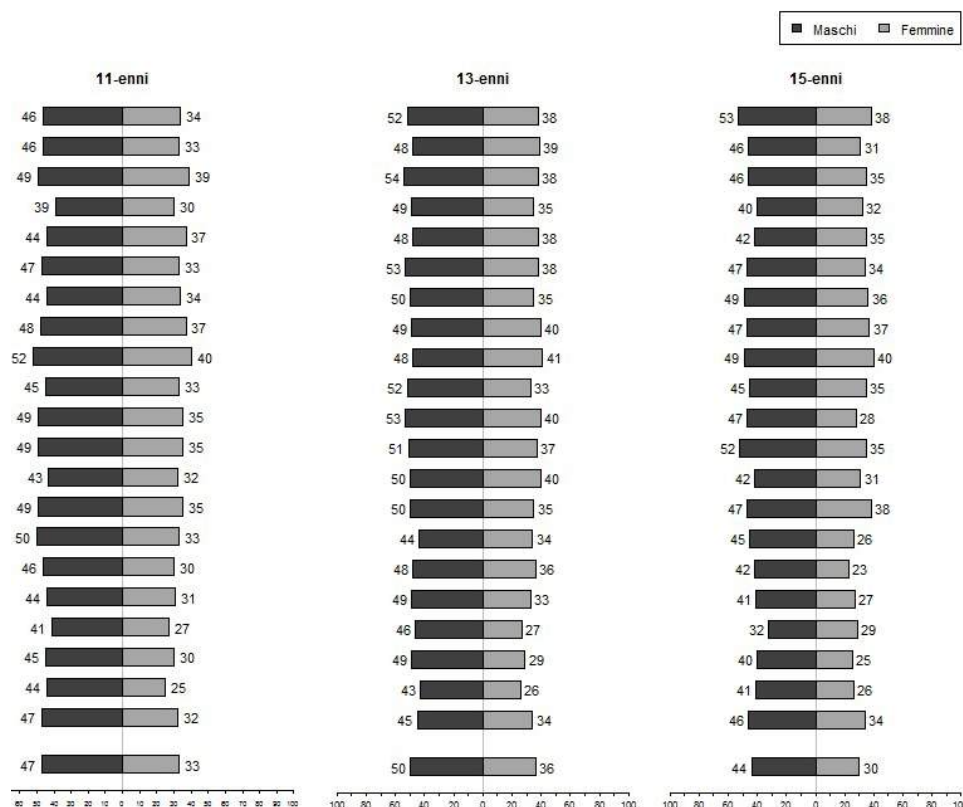


Figura 8.10 Percentuale di ragazzi che si sono infortunati almeno una volta negli ultimi 12 mesi per età, genere e Regione

## 8.6 Conclusioni

I dati sui comportamenti a rischio fra gli adolescenti italiani che emergono dall'ultima indagine HBSC sono sostanzialmente in linea con quelli riportati in letteratura: in generale, infatti, la quota di ragazzi che riferisce comportamenti rischiosi per la propria salute tende ad aumentare al crescere dell'età; tale trend è evidente soprattutto per il consumo di tabacco e di bevande alcoliche, per i quali emerge anche come, all'aumentare dell'età, vi sia un consolidamento di questi comportamenti, inteso sia come consumo abituale (ogni settimana o ogni giorno) che come aumento della frequenza dei fenomeni di abuso (almeno due esperienze di ubriachezza e una di binge drinking nel corso della vita).

In generale, sono i maschi ad essere maggiormente coinvolti in questo tipo di comportamento, anche se per il fumo questo vale ormai solo per la fascia di età più giovane (undicenni), mentre a partire dai 13 anni si osservano frequenze simili fra i due generi o superiori nelle ragazze.



La differenza di genere, con frequenze superiori nei maschi, si mantiene, invece, per tutte le età, rispetto al consumo e all'abuso di bevande alcoliche e all'uso di cannabis fra i quindicenni, sia quando si indaghi il fenomeno come esperienza isolata nel corso della vita (una o due volte) che come utilizzo più frequente.

I dati della quarta indagine nazionale HBSC confermano quelli delle tre rilevazioni precedenti rispetto al fatto che, per questi comportamenti, il passaggio fra 11 e 13 anni e, ancor più, quello fra la scuola secondaria di primo e secondo grado, siano i momenti cruciali in cui i ragazzi vivono le prime esperienze di uso e abuso di sostanze lecite e illecite, ma anche il momento in cui tali esperienze tendono a diventare comportamenti abituali che risulteranno poi difficili da abbandonare negli anni a venire. Sembrerebbero quindi queste le età in cui intervenire con programmi di prevenzione e cessazione efficaci, in grado di aiutare i ragazzi più giovani ad acquisire la giusta percezione nei confronti della propria esistenza, della salute e dei comportamenti ad essa correlati, evitando o procrastinando il più possibile l'iniziazione a comportamenti rischiosi e ancor più il loro consolidamento in abitudini dannose di cui però i ragazzi, durante l'adolescenza, tendono a riconoscere per lo più le conseguenze positive immediate, quali l'accettazione da parte dei pari, la sensazione di libertà, indipendenza e maturità.

I cambiamenti fisici, psicologici e dei rapporti interpersonali che caratterizzano l'adolescenza giocano un ruolo fondamentale, oltre che nei comportamenti sin qui discussi, anche per quel che concerne le prime esperienze sessuali. Dai risultati relativi a questa tematica, emerge come circa un quarto dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi e come, in generale e soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud, siano i maschi a riferire, più delle coetanee femmine, di aver vissuto tale esperienza.

La letteratura mette in evidenza come quanto più precoce sia l'età in cui è vissuta tale esperienza, soprattutto se non accompagnata dall'utilizzo corretto di metodi contraccettivi efficaci, tanto maggiore risulti il rischio di conseguenze dannose per la salute e, in generale, per l'esistenza futura dei ragazzi che non sono però, a quest'età, sufficientemente 'attrezzati' per affrontarle. Di qui la necessità di lavorare, come per gli altri comportamenti a rischio, sulla consapevolezza degli adolescenti nei confronti di un aspetto tanto importante e delicato della loro vita presente e futura, affinché siano in grado di affrontarlo liberi da condizionamenti e pressioni esterne.

Rispetto agli infortuni, quasi la metà dei ragazzi e più del 30% delle ragazze di tutte le età indagate, senza sostanziali differenze fra le regioni o fra queste e il dato medio nazionale, dichiara di aver avuto, nel corso dell'ultimo anno, almeno un infortunio che abbia richiesto il ricorso a cure mediche. L'importanza di indagare tale fenomeno risiede nel fatto che, se si distingue fra infortuni minori (molto frequenti nei bambini e negli adolescenti, ma per lo più senza conseguenze), e infortuni che necessitano di cure, questi ultimi risultano essere fra le principali cause di problemi acuti di salute fra gli adolescenti con conseguenze importanti sia per i ragazzi che per l'intera società. Se si considera poi che il fenomeno è sovente trattato in letteratura come un indicatore dello stile di vita dei ragazzi, spesso associato, e conseguenza di altri comportamenti quali l'uso di tabacco, alcol, sostanze illecite, ubriachezza, risulta evidente come occorra un approccio olistico alla tematica dei comportamenti a rischio in adolescenza, al fine di prevenire efficacemente conseguenze negative, a breve e lungo termine, sulla salute dei ragazzi.

Tutto questo tenendo conto della fase delicata e di cambiamento rappresentata dagli anni dell'adolescenza, di tutti gli 'attori' con cui i ragazzi si confrontano e degli ambienti in cui vivono: la scuola, la famiglia e, dunque, insegnanti e genitori, il gruppo dei pari rappresentato sia dalla rete amicale in genere che, soprattutto in questi anni, dai compagni di scuola.

Particolare attenzione vogliamo porre, infine, ai primi dati disponibili sul gioco d'azzardo, indagato per la prima volta nel nostro Paese nell'indagine del 2014. Anche in questo caso i dati risultano sostanzialmente in linea con la letteratura evidenziando come circa il 60% dei maschi di 15 anni abbia già avuto almeno un'esperienza di scommesse di denaro. E anche i dati italiani mostrano una notevole differenza di genere con prevalenze decisamente superiori nei maschi sia quando si analizzi l'esperienza occasionale (60% maschi e 22% femmine) che, ancor di più, quando si prenda in considerazione un comportamento che comincia a delineare una situazione a rischio (1,8 vs 0,2%). Tali dati indicano dunque come anche nel nostro Paese il gioco d'azzardo debba essere considerato fra i comportamenti da monitorare, anche fra i più giovani, essendo diventata una forma di svago piuttosto diffusa in tutte le fasce di età.

## Bibliografia

1. Erikson EH. *Identity youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
2. WHO. *WHO report on the Global Tobacco Epidemic: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva:WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: [www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/) Ultima consultazione 1/09/2015.
3. WHO. *The World Health Report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva:WHO; 1998.
4. Di Clemente RJ, Hansen WB, Ponton LE (Ed.) *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press; 1996.
5. Cavallo F, Lemma P, Santinello M., Giacchi M. (Ed.), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.
6. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Rodgers K, Cuevas J, Sass J, Riley T. Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 2012; 120(1-3):181-9.
7. Lambert M, Verduykt P., Van den Broucke S. *Summary on the literature on young people, gender and smoking*. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion; 2002
8. De Wit DJ, Adlaf EM, Offord, DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157(5):745-50.
9. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lönnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcoho*. 2001; 36(1): 85-8.
10. Engels RC, Knibbe RA. Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addict Behav* 2000; 25(3): 435-9.
11. Engels RC, Scholte RH, Van Lieshout CF, De Kemp R, Overbeek GJ. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addict Behav* 2006; 31(3): 440-9.
12. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *Public Library of Science Medicine* 2007, 4(4): e151.
13. Currie C, Gabhainn SN, Godeauet E. *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: 2008.
14. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18; (2):CD003020.
15. Welte JW, Barnes GM, Hoffman JH, Dintcheff BA. Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Subst Use Misuse* 1999; 34(19): 1427-49.
16. Beck F, Legleye S, Perretti-Watel P. *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*. Paris : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2000.
17. Swendsen J, Burstein M, Case B, et al. Use and Abuse of Alcohol and Illicit Drugs in US Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(4):390-8.
18. Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health* 2010; 47(3):223-36.
19. Derevensky JL, Gupta R. *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. London: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004.
20. Derevensky J, Gupta R. Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the G.A. 20 Questions. *Journal of Gambling Studies* 2000; 16(2): 227-51.
21. Raphael D. Determinants of health of north-american adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *J Adolesc Health* 1996; 19:6-16.
22. Wellings K. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368:1706-28.
23. World Bank. *World development Report*. Washington; Washington World Bank: 1993.

24. Armour S, Haynie DL. Adolescent sexual debut and later delinquency. *J Youth Adolesc* 2007; 36, 141-52.
25. Carl D. Sneed. *Sexual risk behavior among early initiators of sexual intercourse. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 2009; 21:1395-1400.
26. WHO. *Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: Breaking the chain of transmission*. Geneva: WHO; 2007. Disponibile all'indirizzo: [www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis\\_strategy\[1\]en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy[1]en.pdf) Ultima consultazione 1/09/2015.
27. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L & Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health* 2004; 34(3):200-8.
28. Brener N, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI. Reliability of the youth Risk Behaviour Survey Questionnaire. *Am J Epidemiol* 1995; 141(6):575-80.
29. Measuring The Health Behavior Of Adolescents: Youth Risk Behavior Surveillance system and recent reports on high-risk Adolescents. *Journal of US Public Health Service* 1993; 108(1):1-96.
30. Centers for Disease Control and Prevention. *Injury Prevention & Control: Data & Statistics*. Atlanta: CDC; 2000. Disponibile all'indirizzo: [www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html](http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html) Ultima consultazione 1/09/2015.
31. WHO. *World report on child injury prevention*. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf) Ultima consultazione 1/09/2015.
32. Scheidt PC. Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC* 1998; 142: 612-7.
33. Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen E, Kuntsche E, Mazur J, Harel Y, Boyce WF. Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev* 2005; 59:213-218

## CAPITOLO 9

# SALUTE E BENESSERE

Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Paola Berchiolla e il Gruppo HBSC Italia 2014  
*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

### 9.1 Introduzione

Il programma di ricerca e innovazione della Commissione Europea, che ha preso il nome di Horizon 2020, individua tra le grandi sfide globali da affrontare quelle della “Salute, dei cambiamenti demografici e del benessere” che divengono quindi obiettivi strategici sui quali destinare risorse. Lo stesso documento programmatico sottolinea come, superata una determinata soglia, al crescere del Pil non si osserva un analogo miglioramento degli indicatori oggettivi di malattia, quali l’indice di mortalità e di morbosità, ma neanche di quelli soggettivi tra cui il benessere percepito (1).

La salute degli adolescenti, nei quali l’esperienza di malattia ha la sua più bassa espressione, è rimasta a lungo lontana dall’arena dei dibattiti scientifici ma la transizione epidemiologica, che ha portato in primo piano le patologie cronico-degenerative, ha ricondotto l’attenzione su questa fascia di età. Pre-adolescenza e adolescenza sono infatti il periodo in cui si definiscono gli stili di vita, che si ripercuoteranno poi sui livelli di malattia e di disabilità dell’età adulta, e in cui si costruisce, attraverso l’incontro/scontro con il contesto culturale di vita che fa da riferimento, il proprio modo di stare al mondo e di concepire la salute e il benessere.

Salute e benessere sono costrutti multidimensionali che possono essere descritti utilizzando differenti approcci (2-4). La salute, nella sua più vasta accezione, rappresenta la sintesi tra le risorse individuali e sociali e permette agli individui di funzionare nei normali contesti di vita e di lavoro raggiungendo i propri obiettivi (5). Quando i soggetti si trovano ad affrontare una particolare sfida fisica, psicologica o social e solo se hanno a disposizione, e riescono ad utilizzare, le risorse fisiche, psicologiche e sociali che gli sono necessarie possono sentirsi in una condizione di benessere (6).

A partire da questo quadro di riferimento appare chiaro che valutare i livelli di salute e benessere di una popolazione, seppure rappresenti un compito necessario al fine di definire politiche pubbliche in grado di sostenere cambiamenti positivi e contrastare quelli negativi (7-9), non è certamente facile. A fronte delle ridotte capacità descrittive degli indicatori oggettivi, quali appunto quelli di mortalità e morbosità, lo studio Hbsc descrive la salute e il benessere degli adolescenti attraverso la percezione che loro stessi ne hanno ed interrogandoli sui sintomi di cui soffrono. L’obiettivo è poi quello di ricercare relazioni non solo con i più tradizionali comportamenti a rischio, quali le errate abitudini alimentari o il consumo di fumo e alcolici, ma soprattutto con le caratteristiche dell’ambiente di riferimento.

Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psico-fisico sono di quattro tipi:

1. Percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);
2. Percezione del proprio benessere (valutato su una scala da 0 a 10);
3. 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;
4. Consumo di farmaci (nessun farmaco nell’ultimo mese, un farmaco o più di un farmaco nell’ultimo mese).

## 9.2 Salute percepita

Lo studio HBSC, rivolgendo l'attenzione ad una popolazione con livelli molto bassi di mortalità e morbosità, non utilizza tali oggettivi indicatori che avrebbero ridotte capacità descrittive e decide di utilizzare la percezione del proprio stato di salute quale indicatore dello stato di salute generale (10). Del resto sembra che il modo più affidabile per sapere come stia una persona sia chiederglielo direttamente e semplicemente: numerosi studi dimostrano infatti che, soprattutto tra gli adulti, percepire la propria salute come non buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita (11, 12). Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta perlopiù un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione (13) e mostra una associazione con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la comunicazione con i genitori (14).

Come si vede nella Tabella 9.1 la percentuale di ragazzi italiani che si considerano in buona, o addirittura eccellente salute, è sempre molto alta (con un valore superiore al 90% tranne che nelle ragazze di 13 e 15 anni in cui comunque rimane superiore all'80%). Con l'aumentare dell'età, soprattutto nelle ragazze, a ridursi è la percentuale di coloro che si dichiarano in eccellente salute.

**Tabella 9.1 Distribuzione della percezione del proprio stato di salute - per età e genere**

	Maschi			Femmine		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
<b>Eccellente</b>	41.5 (3739)	43.6 (3522)	37.0 (2471)	36.9 (3211)	26.5 (2187)	19.1 (1315)
<b>Buona</b>	51.3 (4620)	49.4 (3993)	54.2 (3618)	55.5 (4829)	60.9 (5021)	63.1 (4349)
<b>Discreta</b>	6.5 (585)	6.3 (511)	7.9 (527)	7.0 (605)	11.6 (957)	16.1 (1112)
<b>Scadente</b>	0.8 (69)	0.7 (57)	1.0 (65)	0.6 (56)	0.9 (75)	1.7 (114)
<b>Totale</b>	100.0 (9013)	100.0 (8083)	100.0 (6681)	100.0 (8701)	100.0 (8240)	100.0 (6890)

La Figura 9.1 prende appunto in considerazione la sola frazione di ragazzi che dichiara una salute eccellente mostrandone la distribuzione per età e genere in ogni regione. Per quanto riguarda la variabilità del fenomeno nella sua distribuzione regionale sono poche le segnalazioni da fare.

Con l'aumentare dell'età la percentuale di ragazze che dichiarano una salute eccellente si riduce in tutte le regioni ed è in Sicilia, per tutte e tre le fasce di età, che troviamo la maggiore percentuale di ragazze che dichiarano la propria salute come eccellente. Il primato della più bassa percentuale di dichiarazione di eccellente salute, sempre per le ragazze, spetta invece al Molise (sia per gli 11 che per i 15 anni).

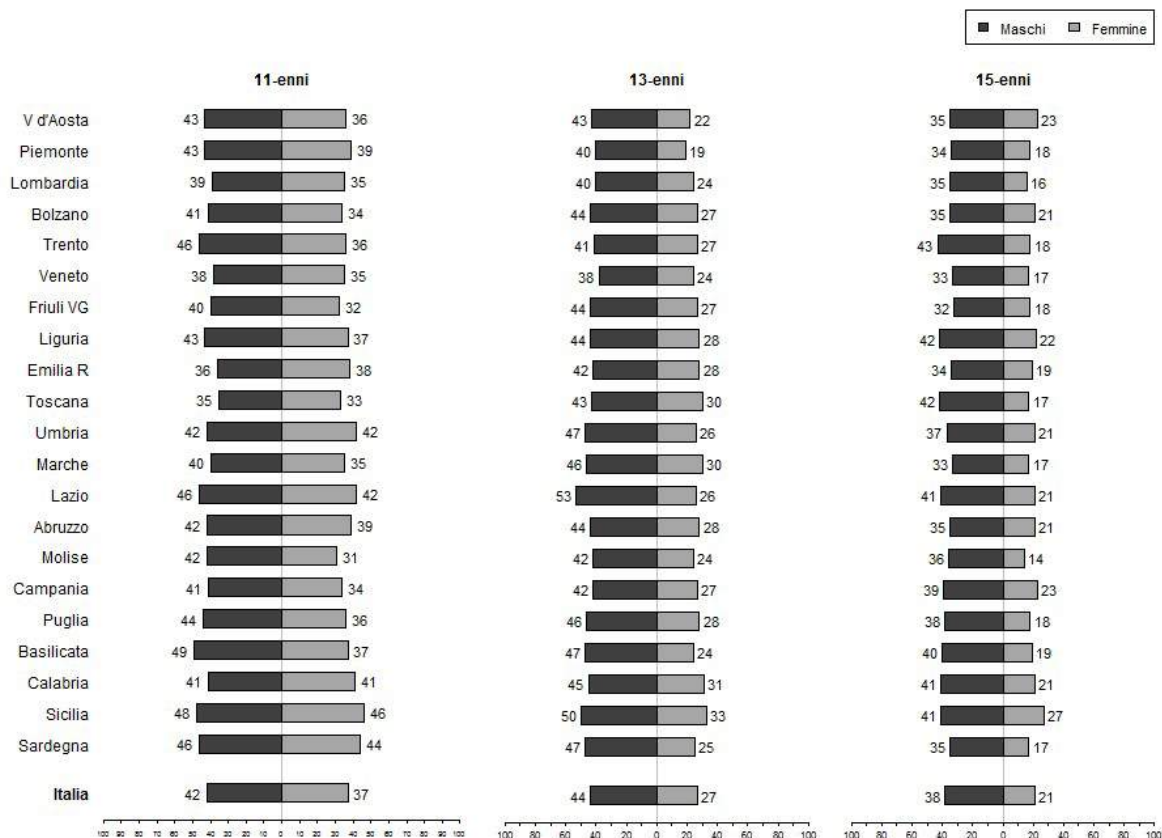


Figura 9.1 Percentuale di coloro che considerano la propria salute eccellente - per età, genere e Regione (salute percepita come eccellente vs tutto il resto)

### 9.3 Benessere percepito

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto (4, 15). Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato infatti associato al non uso di sostanze (16, 17) ed a più alti livelli di attività fisica (18). Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su di una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi (14).

Nella Figura 9.2 viene riportata, per il complesso del campione nazionale, la distribuzione percentuale per fascia di età dei punteggi dichiarati. Oltre l'80% dei ragazzi dichiarano livelli medio-alti di soddisfazione per la propria vita (punteggio 6 o più sulla scala di Cantril) seppure con un andamento decrescente con l'aumentare dell'età.

Per quanto riguarda le differenze di genere (Figura 9.3) si osserva come a 13 e 15 anni, in tutte le regioni, siano i maschi a dichiarare con una maggiore percentuale una più alta soddisfazione per la propria vita. Netta nelle ragazze, sul complesso dei dati nazionali, la caduta di soddisfazione per la propria vita nel passaggio tra gli 11 e i 13 anni che si presenta costantemente in tutte le regioni, seppure con meno evidenza in Liguria, Emilia-Romagna e nella provincia di Bolzano. La stessa figura mostra poi come la distribuzione regionale della dichiarazione di livelli medio-alti di soddisfazione per la propria vita non riveli una particolare variabilità.



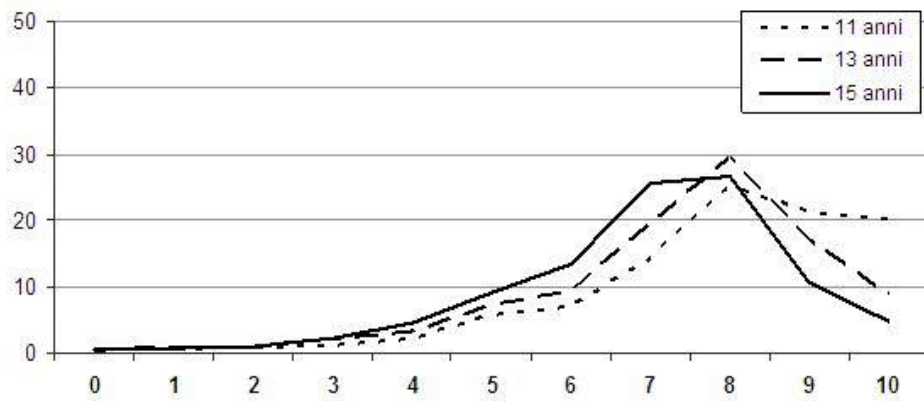


Figura 9.2 Percezione (%) del benessere misurato su scala da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile) - per età

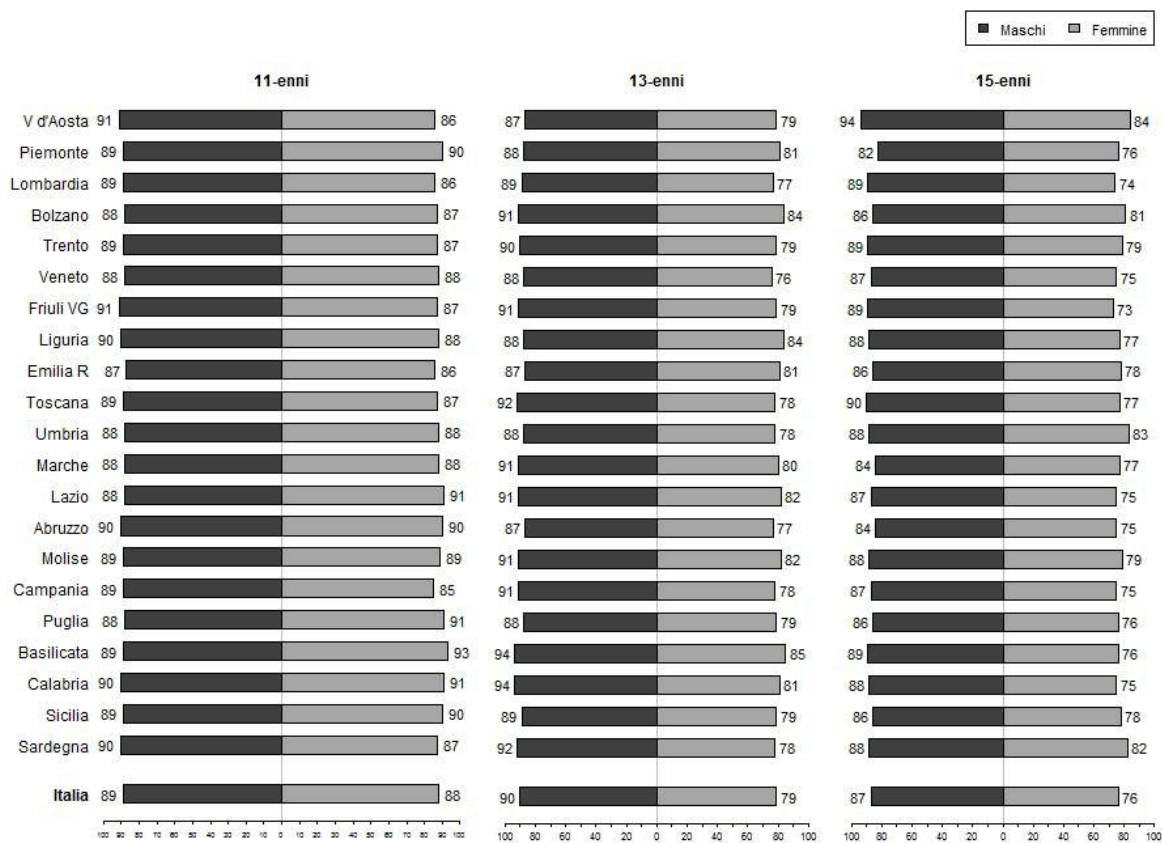


Figura 9.3 Livello medio-alto di soddisfazione per la propria vita (punteggio tra 6 e 10 scala di Cantrill) - per età, genere e Regione

### 9.4 I sintomi riportati

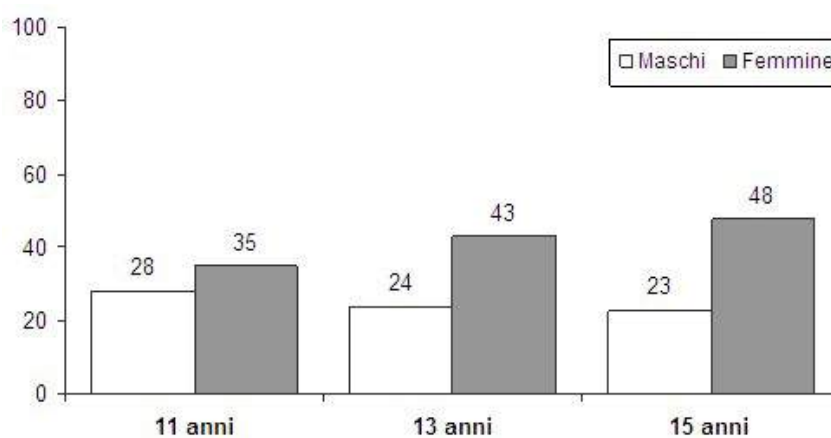
La salute degli adolescenti è spesso studiata non solo attraverso la percezione che loro stessi ne hanno ma anche interrogandoli sui sintomi di cui soffrono, anche in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza soggettiva di sintomi, oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari (20), si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche (21), tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subitico e le cattive relazioni con i pari (11).



Tale quadro, confermato anche dall'uso di più sofisticate tecniche di analisi, sembra suggerire una relazione tra il riportare specifici sintomi di origine psicosomatica e situazioni di stress (16).

Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti otto sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati ed affidabilità nel valutare e riportare i sintomi (22).

La Figura 9.4 mostra come ad 11 anni il 28% dei maschi e il 35% delle femmine dichiarino di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi presenti nella lista. La stessa figura descrive poi come, all'aumentare dell'età, diverso sia l'andamento nei due generi: mentre nei ragazzi a 15 anni tale percentuale si riduce fino al 23%, nelle ragazze sale fino al 48%.

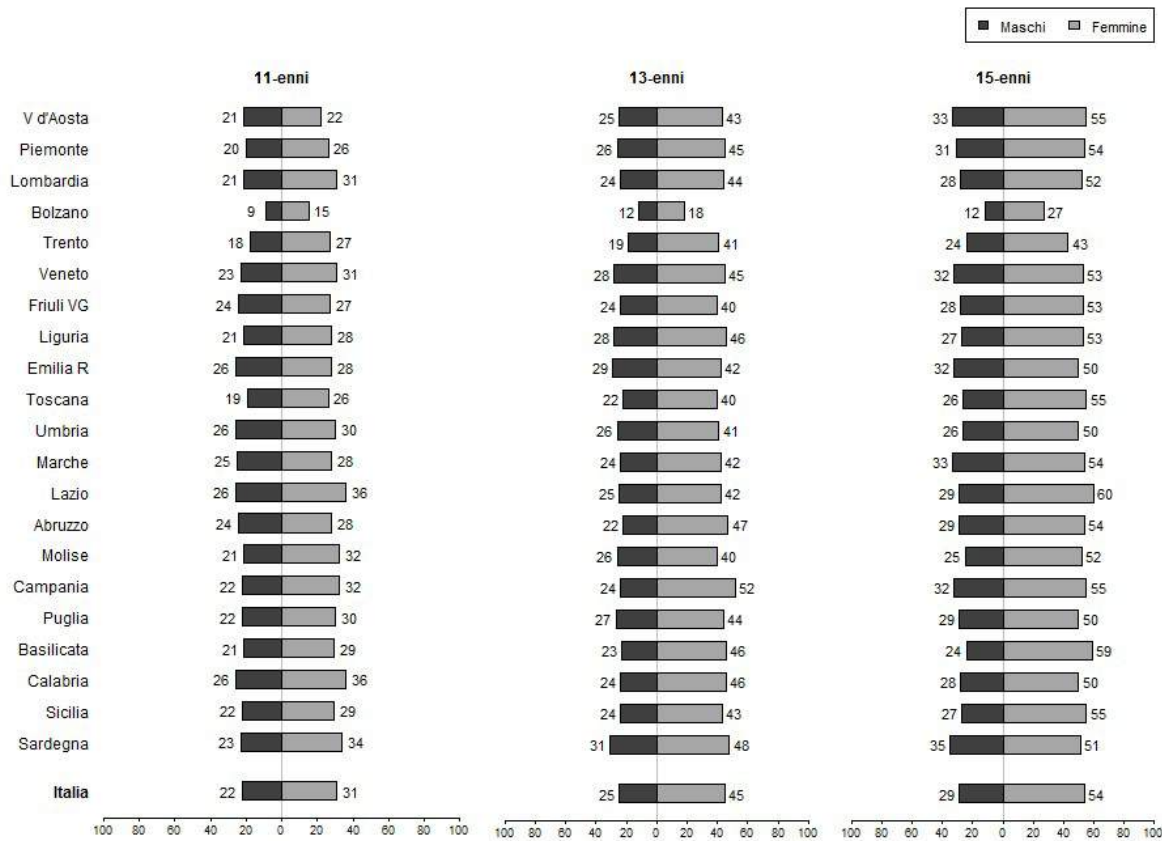


**Figura 9.4 Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno degli otto sintomi presenti nella lista - per età e genere**

A dichiarare di soffrire di 2 o più sintomi, più di una volta a settimana, sono le ragazze: in tutte le regioni e per tutte le fasce di età (Figura 9.5). La PA di Bolzano spicca per i suoi bassi livelli di dichiarazione di sintomi, per entrambi i generi e per tutte le fasce di età, subito seguita da quella di Trento.

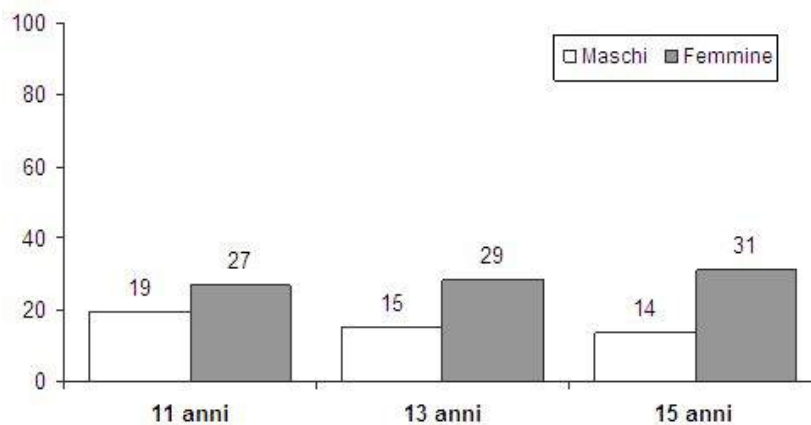
Si è dimostrato come la dichiarazione di un sintomo aumenti, già nell'adolescenza, la probabilità di dichiararne altri suggerendo, attraverso l'analisi fattoriale, la possibilità di descrivere due o più dimensioni sottostanti (23). La lista di sintomi utilizzata nello studio HBSC è stata per la prima volta studiata in questa direzione in quattro Paesi (Norvegia, Finlandia, Scozia e Polonia) mettendo in evidenza due componenti principali: una dei sintomi definiti somatici (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, giramenti di testa) e quella dei sintomi psicologici (sentirsi giù, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi) (24).

Raccogliendo le suggestioni derivanti da quest'ultimo studio la stessa analisi è stata effettuata sui dati dell'indagine condotta in Italia nel 2006 (25): i risultati nazionali mettono in evidenza la presenza dei due raggruppamenti già individuati con la sola differenza, rispetto allo studio internazionale, del sintomo "difficoltà di addormentarsi" che nelle indagini condotte in Italia si associava alla lista dei sintomi definiti come somatici. Del resto una successiva analisi condotta su 35 Paesi partecipanti allo studio internazionale dimostrava come proprio questo fosse l'unico sintomo nella lista a mostrare un differente andamento nei diversi Paesi associandosi ora ai sintomi somatici ora a quelli psicologici (26).



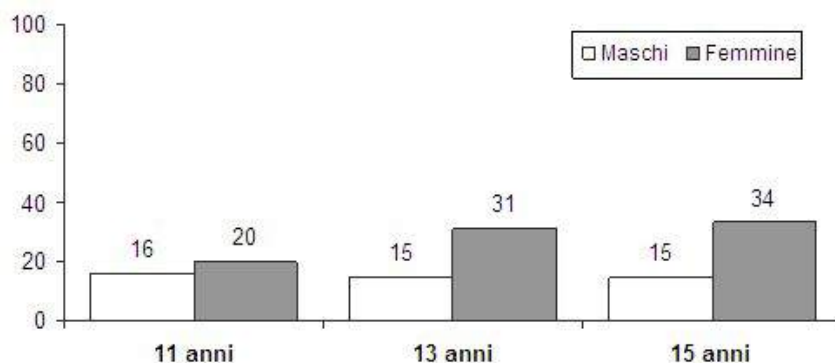
**Figura 9.5** Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire di 2 o più sintomi degli otto presenti nella lista più di 1 volta alla settimana - per età, genere e Regione

Le due successive figure descrivono la distribuzione, per genere e fascia di età, della dichiarazione di almeno un sintomo all'interno di ognuno dei due gruppi di sintomi: quelli somatici (Figura 9.6) e quelli psicologici (Figura 9.7). In tutte le fasce di età risulta maggiore la percentuale di ragazze che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi prima definiti come somatici. Nel passaggio dagli 11 ai 15 anni l'andamento della dichiarazione di questo gruppo di sintomi è decrescente nei ragazzi mentre cresce nelle ragazze.



**Figura 9.6** Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno degli otto sintomi presenti nella lista - per età e genere

Guardando poi alla distribuzione dei sintomi di tipo psicologico (Figura 9.7) si può osservare come siano sempre le ragazze a soffrirne in percentuale maggiore e mentre nei maschi all'aumentare dell'età tale dichiarazione di sintomi rimane praticamente costante nelle ragazze si descrive un chiaro andamento crescente.



**Figura 9.7 Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra quelli definiti psicologici: sentirsi giù di morale, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso - per genere ed età**

## 9.5 Utilizzo di farmaci

Il fenomeno del consumo di farmaci negli adolescenti è ancora poco studiato e se nel 2010, per i soli 15enni, è stato introdotto nello studio HBSC (27) solo nel 2014 lo studio si è ampliato alle tre fasce di età. Nella popolazione osservata in questo studio, con livelli molto alti di dichiarazione di buona salute e bassi livelli di morbosità, la prevalenza di consumo attesa è certamente bassa: è però necessario ricordare che i farmaci assunti in questa fascia di età sono spesso “prodotti di libera distribuzione al banco” la cui assunzione non è quindi mediata dal medico di base ma dal modello familiare di consumo di tali prodotti (28).

Viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese, a farmaci (mai, una volta, più di una volta) per alcuni disturbi (mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro). La sezione 9.4 di questo capitolo descrive come sia maggiore la percentuale di ragazze a dichiarare sintomi e la Tabella 9.2 dimostra come, coerentemente, siano ancora loro che a partire dai 13 anni dichiarano nell'ultimo mese un maggior consumo di farmaci: mentre il 50% dei maschi di 13 anni e il 51% dei 15enni dichiara di non aver assunto farmaci nell'ultimo mese, tali percentuali tra le femmine scendono rispettivamente al 38% nelle 13enni e al 28% nelle 15enni.

**Tabella 9.2. Distribuzione della dichiarazione di consumo di farmaci nell'ultimo mese - per età e genere**

	Maschi % (N)			Femmine % (N)		
	11 anni	13 anni	15 anni	11 anni	13 anni	15 anni
<b>Nessun farmaco</b>	48.7 (4532)	50.2 (4161)	51.0 (3442)	44.1 (4031)	38.3 (3172)	28.1 (1986)
<b>Sì, 1 farmaco</b>	26.9 (2335)	30.0 (2266)	28.1 (1931)	32.6 (2618)	33.5 (2805)	37.7 (2493)
<b>Sì, più di un farmaco</b>	24.4 (2125)	19.9 (1656)	20.8 (1289)	23.3 (2042)	28.2 (2259)	34.2 (2401)
<b>Totale</b>	100.0 (8992)	100.0 (8083)	100.0 (6662)	100.0 (8691)	100.0 (8236)	100.0 (6880)

Per quanto riguarda invece la distribuzione del fenomeno nelle diverse regioni anche in questo caso non si rileva una particolare variabilità regionale seppure si può segnalare un minore consumo dichiarato negli 11enni delle province di Bolzano e Trento e nei 13enni della Basilicata e delle Marche.

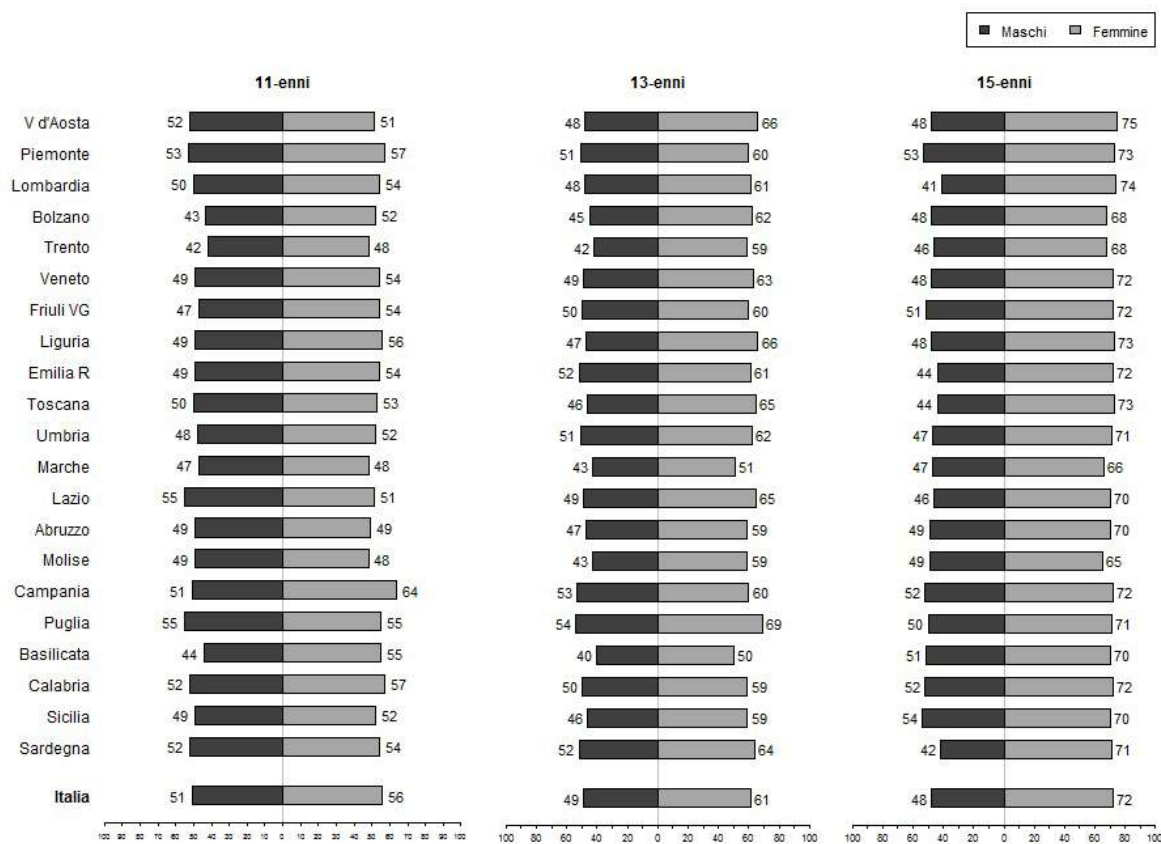


Figura 9.8 Percentuale di coloro che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta farmaci - per genere, età e Regione

## 9.6 Conclusioni

A fronte delle ridotte capacità descrittive degli indicatori oggettivi di malattia, quali appunto quelli di mortalità e morbosità, la salute degli adolescenti è perlopiù studiata attraverso la percezione che loro stessi ne hanno ed interrogandoli sui sintomi di cui soffrono. Lo studio HBSC rappresenta infatti la salute degli adolescenti affiancando variabili che la descrivono in termini positivi, come l'item sulla percezione della propria salute e la scala del benessere, ad altre che riferiscono invece della sofferenza per particolari sintomi e del correlato consumo di farmaci. Per quanto riguarda la dichiarazione dei sintomi esiste accordo nell'esplorarne otto di cui alcuni somatici, quali il mal di testa o il mal di schiena, e altri psicologici, quali il sentirsi nervoso o giù di morale (24), che nel loro complesso rappresentano un'unica lista di sintomi considerati come psicosomatici (26): vale a dire reazioni organiche allo stress psicosociale.

Come stanno gli adolescenti italiani? Difficile dare una risposta univoca a questa domanda. Infatti se da una parte una percentuale molto elevata di adolescenti, sempre superiore all'80%, dichiara di essere in buona o eccellente salute e si situa, come valore di moda, intorno al punteggio 8 nella scala a dieci punti del benessere, molti sono anche quelli che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati e di assumere farmaci almeno una volta al mese. È possibile quindi affermare che non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso.

Del resto l'esperienza soggettiva di sintomi appare diffusa tra gli adolescenti di tutti i Paesi occidentali: un'analisi che ha esplorato la distribuzione dei sintomi psicosomatici in 32 Paesi, a partire dalla base internazionale dati HBSC dell'indagine 2001-2002, descrive come il 33,1% dei maschi e il 52,5%

delle femmine di 15 anni dichiara di soffrire di tre o più sintomi almeno una volta alla settimana (29). Per comprendere il senso che assumono i sintomi nella vita quotidiana degli adolescenti bisogna però andare oltre le informazioni che si possono raccogliere attraverso un sistema di sorveglianza, quale lo studio HBSC, e ricorrere a studi qualitativi che esplorino il punto di vista degli adolescenti sulla loro salute (30). Alcuni studi di questo tipo, condotti nel nord Europa, dimostrano come gli adolescenti assegnino un ruolo centrale alla dimensione della salute mentale non focalizzandosi solo sulla depressione, che pur la letteratura segnala in aumento in questa fascia di età (6), ma soprattutto sullo stress che risulta dalla continua interazione con l'ambiente fisico e sociale di riferimento (26, 27). Gli stessi studi sembrano mettere in luce come le relazioni con i pari e la scuola siano le principali cause di stress in grado di produrre sintomi psicosomatici ai quali gli adolescenti, soprattutto le ragazze, risponderebbero con l'assunzione di farmaci (28).

Quest'ultima osservazione appare in accordo con quanto discusso da Erikson (29) che parla dell'adolescenza come di un periodo di crisi da ricondursi alla perdita delle precedenti certezze acquisite in seno alla famiglia e all'incontro con le richieste del mondo esterno: il gruppo dei pari che diviene sempre più importante, con le difficoltà di essere da questi accettati, e la scuola che aumenta progressivamente le sue richieste. Effetti che sembrano insistere maggiormente sulle ragazze. Alcuni autori hanno sottolineato come l'esperienza della pubertà produca a quest'età maggiori cambiamenti nella vita sia delle ragazze che in quella dei ragazzi (30): sia nel fisico, con le difficoltà di gestire il ruolo legato alla sessualità, che nei conseguenti cambiamenti nella gestione delle relazioni. Altri autori hanno anche sottolineato come nel crescente contrasto con la famiglia, anche in relazione alle maggiori restrizioni a cui spesso le ragazze vengono assoggettate, le richieste della scuola producano nelle ragazze maggiori livelli di stress (31). In questo rapporto descrittivo non è possibile spingersi oltre nella ricerca delle cause del maggiore disagio espresso dalle ragazze: è però importante segnalare come ormai in molte riviste e congressi internazionali le influenze del genere sulla salute comincino ad essere al centro dell'attenzione. Osservare, già nell'età dello sviluppo, uno svantaggio legato al genere femminile conferma la necessità di includere l'attenzione al genere anche nelle politiche rivolte ai giovani e alla loro salute.

Il quadro descritto per la dichiarazione dei sintomi si ripropone per il consumo di farmaci a questi correlati. La letteratura sembra suggerire una relazione tra il riportare sintomi e l'assunzione di farmaci che appare come una diffusa risposta alle situazioni di stress in tutto il mondo occidentale (32): tanto diffusa che comincia ad essere considerata al pari dei comportamenti a rischio con alcuni dei quali, fumo e assunzione di alcolici, si è inoltre dimostrata associata (33). Consumo di farmaci negli adolescenti che, analogamente a quanto accade per lo stile alimentare e il fumo, sembra rispondere prima di tutto alle pratiche familiari per poi risentire, come accade per lo stile di guida e l'assunzione degli alcolici, della norma prevalente tra i pari (28).

In conclusione si può segnalare come cresca in questi anni il dibattito intorno al declino, nelle società più avanzate, del benessere percepito affiancato dalle raccomandazioni per il "trattamento di questo problema", sia di tipo farmacologico che di supporto psicoterapeutico (34). All'interno di questo campo troviamo chi suggerisce di riflettere sul benessere a partire dalla prospettiva della cultura occidentale nella quale le emozioni positive sono evidenza di successo personale mentre quelle negative sono presagio di fallimento e quindi vanno nascoste e trattate (35, 36). Nel prevalere dell'"ideologia della felicità", e della realizzazione personale, per risolvere sentimenti negativi si cerca cioè una rapida soluzione farmacologica (37): ansia e timidezza divengono malattie, per le quali si può individuare il corretto farmaco che fornirà pace e successo sociale, permettendo di ottimizzare le performance lavorative e garantendo la realizzazione delle proprie potenzialità (38, 39).

Il sospetto è che questo approccio inizi a rendersi manifesto già in età precoce. Dinanzi ai mutamenti sociali in corso, ma anche al semplice mutare dell'organizzazione scolastica e di vita, crescono nei nostri adolescenti i livelli di stress con un incremento dei sintomi dichiarati e dell'assunzione di farmaci (14, 21). Farmaci ai quali, sull'onda di un crescente consumismo (36), verrebbe richiesto non tanto di risolvere un sintomo ma di rispondere a bisogni di rassicurazione verso le prestazioni richieste e la possibilità di partecipazione alla vita sociale (37).



## Bibliografia

1. Diener E, Tay L, Oishi S. Rising income and the subjective well-being of nations. *J Pers Soc Psychol.* 2013 Feb; 104(2):267-76.
2. Herzlich C. *Health and illness.* London: Academic Press; 1973.
3. World Health Organization. *Health promotion glossary.* Geneva WHO; 1998.
4. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin.* 1999; 125:276.
5. Bronfenbrenner U. *On Making Human Beings Human,* SAGE Publications Ltd, London; 1981.
6. Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing.* 2012; 2(3), 222-235.
7. Wismar, M., McQueen, D., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. Intersectoral governance for health in all policies. *Eurohealth,* 2012; 18(4), 3-7.
8. Baum, F., Lawless, A., & Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. *Health promotion and the policy process: practical and critical theories,* 188-217.
9. Rashad, H., & Khadr, Z. Measurement of health equity as a driver for impacting policies. *Health Promotion International,* 2014; 29 (suppl 1), i68-i82.
10. Bowling, A. (2014). *Research methods in health.* McGraw-Hill Education (UK).
11. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
12. Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health,* 2001; 55:836-40.
13. Gaspar de Matos M, Barrett P, Dadds M, Shortt A. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *Eur J Psychol Ed* 2003; 18(1):3-14
14. Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. School and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekov Rasmussen V. (Eds) *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. WHO policy series: health policy for children and adolescents.* Issue 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
15. Friedman, H. S., & Kern, M. L. Personality, Well-Being, and Health. *Annual review of psychology,* 2014; 65, 719-742.
16. Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, Dalmaso P, Charrie L., Vieno A., Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health.* 2014. pii: fdu095.
17. Zullig KJ, Valois RF, Scott Huebner E, Oeltmann JE, Wanzer Drane J. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolesc Health* 2001; 29(4):279-88.
18. Thome J, Espelage DL. Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eat Behav* 2004; 5:337-51.
19. Cantril H. *The pattern of human concern.* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.
20. Belmaker E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *Int J Adolesc Med Health* 1985; 1:1-2.
21. Torsheim T, Wold B. School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *J Adolesc Res* 2001; 16 (3):293-303.
22. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *J Adolesc.* 2001; 24(5):611-24.
23. Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas: an epidemiological study. *Acta Paediatr* 1993; 82(5):484-7.
24. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aarø LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001; 11 (3):4-10.
25. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M. (Ed.), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC.* Padova: Cleup; 2007.
26. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, Thomas C. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health* 2008; 18(3):294-9.
27. Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., & Andreozzi, S. (2013). *Studio*

- HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
28. Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Young women's use of medicines: autonomy and positioning in relation to family and peer norms. *Health* 2009; 13:467-85.
  29. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P and the HBSC Positive Health Group. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res* 2006; 15:1577-85.
  30. Ott MA, Rosenberger JG, McBride KR, Woodcox SG. How do adolescents view health? Implications for state health policy. *J Adolesc Health* 2011; 48:398-403.
  31. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *J Child Psych Psychiatry* 2003; 44:399-411.
  32. Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother* 2003; 37:361-6.
  33. Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Is medicine use in adolescence a risk behaviour? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *J Adolesc Health* 2006; 39:362-6.
  34. Carlisle S, Henderson G, Hanlon PW. "Wellbeing": a collateral casualty of modernity? *Soc Sci Med* 2009; 69:1556-60
  35. Schwartz B. Self-determination: the tyranny of freedom. *Am Psychol* 2000; 55:79-88.
  36. Eckersley R. Is modern Western culture a health hazard? *Int J Epidemiol* 2006; 15:252-8.
  37. Williams S, Gabe J, Davis P. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociol Health Illn* 2008; 30:813-24.
  38. Lane C. Shyness. *How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven & London: Yale University Press; 2007.
  39. Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.



## CAPITOLO 10

### CONFRONTI 2010-2014

Gruppo HBSC Italia 2014

#### 10.1 Introduzione

In questo capitolo sono presentati i risultati relativi ad alcuni fra i principali indicatori nazionali, mettendo a confronto i dati delle rilevazioni 2010 e 2014.

Va notato che, per alcuni degli indicatori presentati, non sono disponibili i dati relativi alla Regione Veneto per l'indagine condotta nel 2010: il dato del Veneto non contribuisce pertanto alla stima nazionale 2010 della percentuale di ragazzi nati all'estero, delle ore di attività fisica giornaliera, delle ore passate davanti alla TV, della frequenza con cui sono dichiarati almeno due sintomi più di una volta a settimana e della frequenza di assunzione di farmaci. In tutti questi casi si è provveduto a segnalare in nota la mancanza del dato regionale del Veneto per il 2010.

#### 10.2 Il campione in studio

Rispetto alla rilevazione del 2010 si registra complessivamente un lieve aumento di ragazzi che dichiarano di essere nati all'estero (+0.9%), e si conferma il gradiente Nord-Sud, con la Liguria e la Campania che in entrambe le indagini presentano, rispettivamente, le percentuali più elevate (8.1% nel 2014 vs 7.7% nel 2010 per la Liguria) e più basse (1.8% nel 2014 vs 1.3% nel 2010 per la Campania) di "stranieri".

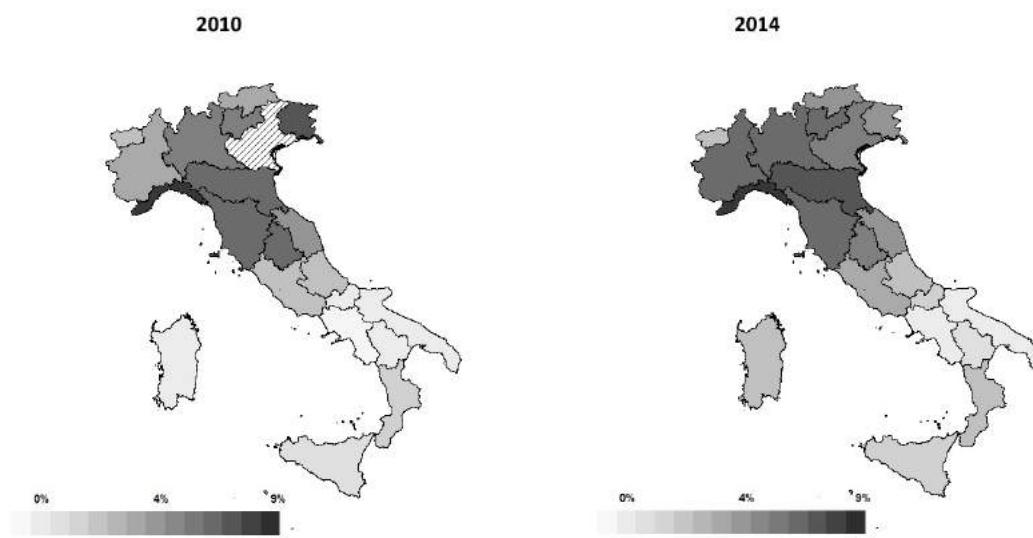
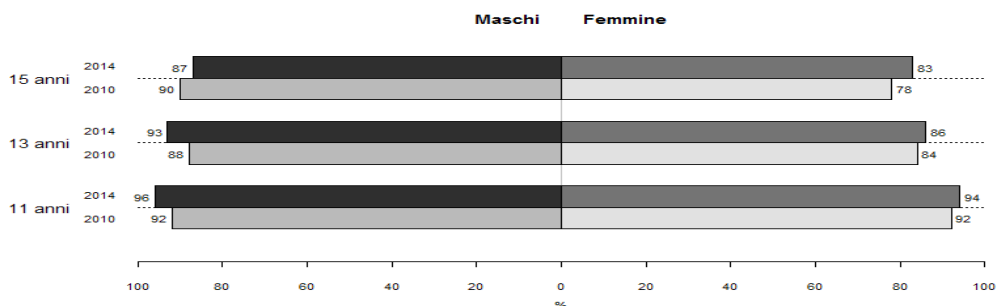


Figura 10.1 Mappa termometrica, percentuale dei ragazzi nati all'estero (%) per Regione e anno di indagine (dato Veneto mancante nel 2010)

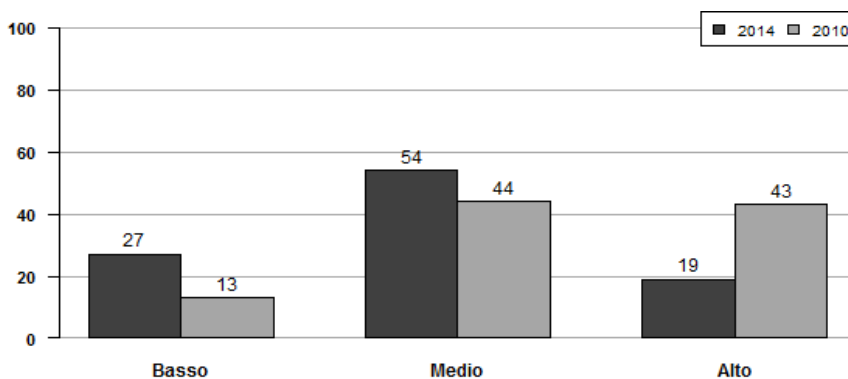
### 10.3 Contesto familiare

Aumenta la percentuale di studenti (maschi e femmine) nelle tre fasce di età che riportano di avere almeno un genitore con cui è facile o molto facile parlare. L'unica eccezione, in questo quadro descrittivo complessivo di crescita della facilità della comunicazione dentro il nucleo familiare, è costituita dagli studenti maschi di 15 anni che riportano complessivamente una leggera riduzione della comunicazione (87%) rispetto al 2010 (90%)



**Figura 10.2 Percentuale di ragazzi che dichiarano di avere almeno un genitore con cui è facile o molto facile parlare - per età, genere e anno di indagine**

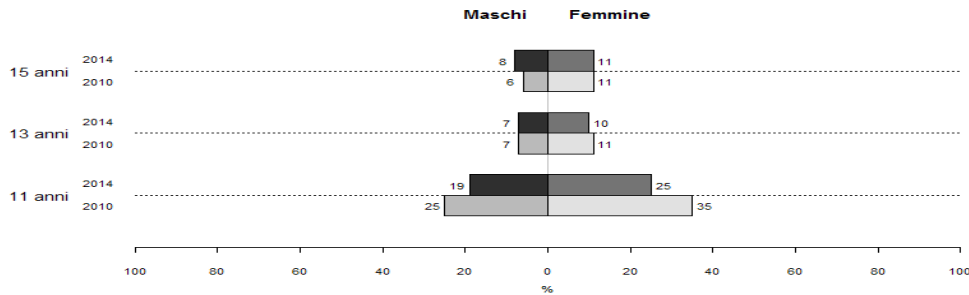
Lo status socio-economico della famiglia percepito dagli studenti è mutato radicalmente nel 2014. Confrontando a livello descrittivo i dati attuali con quelli della precedente rilevazione del 2010, è possibile osservare un netto calo (25%) degli studenti che riportano un livello elevato di agiatezza economica, così come stimato dal FAS (43% nel 2010 vs 19% nel 2014).



**Figura 10.3 Status socio-economico familiare (%) secondo la Family Affluence Scale - per anno di indagine**

### 10.4 L'ambiente scolastico

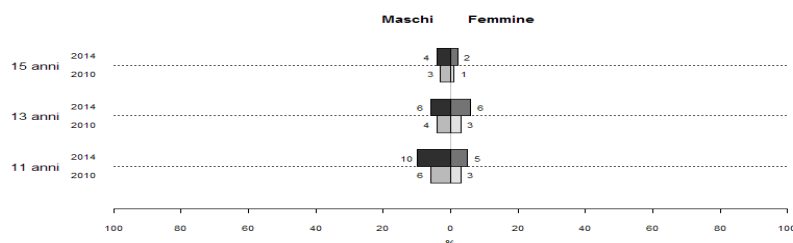
La percentuale di dirigenti che dichiara di adottare abitualmente misure di promozione della salute riguardo l'alimentazione è diminuita nel 2014 (52%) rispetto al 2010 (59%). È aumentata invece l'adozione di misure di prevenzione contro l'abuso di sostanze (dal 49% del 2010 al 52% del 2014).



**Figura 10.4 Percentuale di ragazzi che dichiarano di avere una percezione molto positiva della scuola ("mi piace molto") - per età, genere ed anno di indagine**

La valutazione della scuola da parte degli studenti 11enni risulta meno positiva nel 2014 rispetto al 2010, soprattutto tra le ragazze (25% che dichiarano di apprezzare molto la scuola nel 2014, rispetto al 35% del 2010). I ragazzi 13enni sembrano, invece, avere la stessa percezione nelle due rilevazioni, con le ragazze che sia nel 2010 che nel 2014 riportano un maggior gradimento verso la scuola rispetto ai ragazzi. Anche per i 15enni la valutazione della scuola non subisce grandi variazioni: rimane infatti stabile per le ragazze ed è lievemente più positiva nel 2014 per i ragazzi (dal 6% all'8% di ragazzi che dichiarano di apprezzare molto la scuola).

La percentuale di ragazzi e ragazze che hanno subito atti di bullismo almeno due volte negli ultimi due mesi è aumentata in tutte le fasce d'età nel 2014 rispetto al 2010. L'aumento è particolarmente pronunciato per gli 11enni, sia maschi (dal 6% al 10%) che femmine (dal 3% al 5%). Anche per i 13enni il trend sembra indicare un aumento della diffusione del bullismo, soprattutto tra le ragazze (dal 3% al 6%). Il bullismo ha subito un lieve aumento anche tra i 15enni, tra i quali il fenomeno è meno diffuso rispetto alle altre fasce d'età.

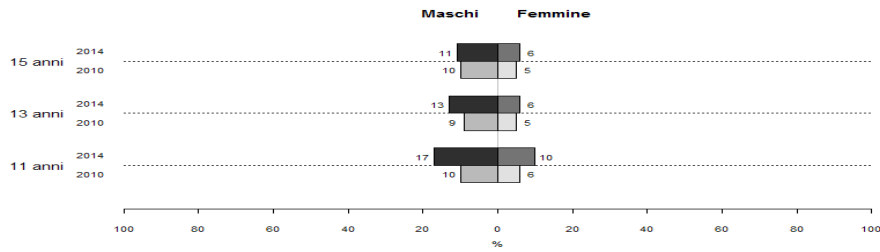


**Figura 10.5 Percentuale di ragazzi che dichiarano di aver subito atti di bullismo almeno 2 volte negli ultimi 2 mesi - per età, genere ed anno di indagine**

## 10.5 Attività fisica e tempo libero

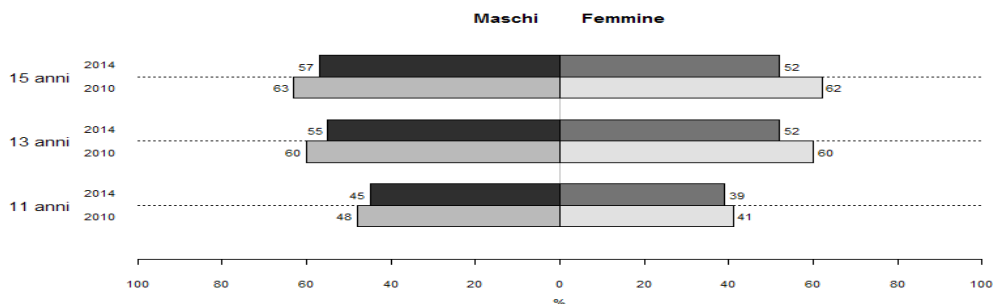
Pur rimanendo sempre al di sotto della media europea, la quantità di attività fisica dichiarata dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni, nel periodo 2010-2014, è complessivamente aumentata. L'incremento maggiore si osserva nella fascia d'età più giovane, dove il numero dei ragazzi che dichiara almeno un'ora di attività fisica tutti i giorni passa, per maschi e femmine, rispettivamente dal 10 al 17% e dal 6 al 10%. Anche nei più grandi, se pur con miglioramenti più esigui, si osserva un leggero incremento del numero di ragazzi che rispettano le linee-guida di attività fisica raccomandate a livello internazionale.

Essendo HBSC una sorveglianza quadriennale, la popolazione di undicenni del 2010 si ritrova rappresentata, se pur con individui differenti, nella popolazione dei 15enni del 2015. È interessante notare che la proporzione di 15enni che nel 2015 dichiara almeno 60 minuti di attività fisica quotidiana è perfettamente sovrapponibile a quella degli 11enni quattro anni prima. È verosimile che la continuità di un comportamento acquisito in giovane età, quale ad esempio uno stile di vita attivo, sia un presupposto importante per il suo mantenimento in età più avanzate.



**Figura 10.6 Percentuale di ragazzi (%) che dichiarano di avere fatto attività fisica per almeno un'ora tutti i giorni - per età, genere e anno di indagine (dato Veneto mancante nel 2010)**

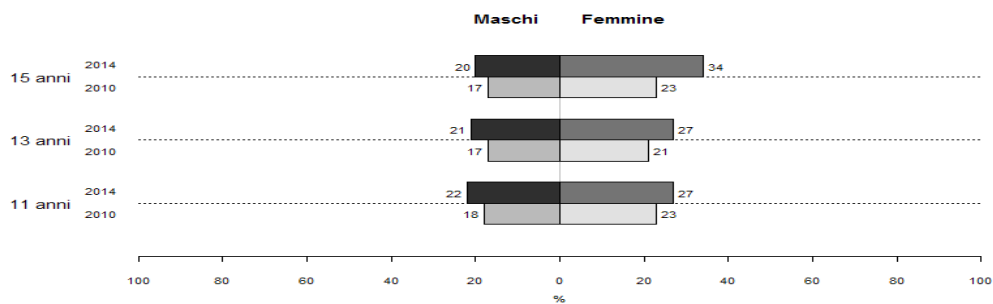
Dal 2010 al 2015 si osserva un'importante riduzione del tempo trascorso a guardare la televisione, sia nei maschi che nelle femmine e in tutte le fasce d'età, con percentuali che scendono di 5, 7 fino a 10 punti percentuali. Le riduzioni più significative si rilevano nelle fasce d'età più alte, 13 e 15 anni di età, per entrambi i sessi, ma con differenze maggiori nelle femmine. Il dato depone a favore dell'evidente riduzione di uno dei comportamenti sedentari più importanti in preadolescenza. Lo stesso dato però non è in grado di spiegare se questa riduzione rappresenti, nel complesso, una riduzione dei comportamenti sedentari. È infatti possibile che i ragazzi abbiano spostato i propri comportamenti da un mezzo di intrattenimento passivo, la televisione, ad altri, quali ad esempio computer, tablet o smartphone, più presenti e più accessibili di quanto non fossero nel 2010, aprendo nuove interessanti aree di ricerca su effetti e possibili rischi per la salute che, oltre agli effetti della sedentarietà, possono essere strettamente legati all'uso, o all'abuso, di nuove tecnologie.



**Figura 10.7 Percentuale di ragazzi che dichiarano di guardare la TV, nel tempo libero, per almeno 2 ore al giorno, durante i giorni di scuola - per età, genere e anno di indagine (dato Veneto mancante nel 2010)**

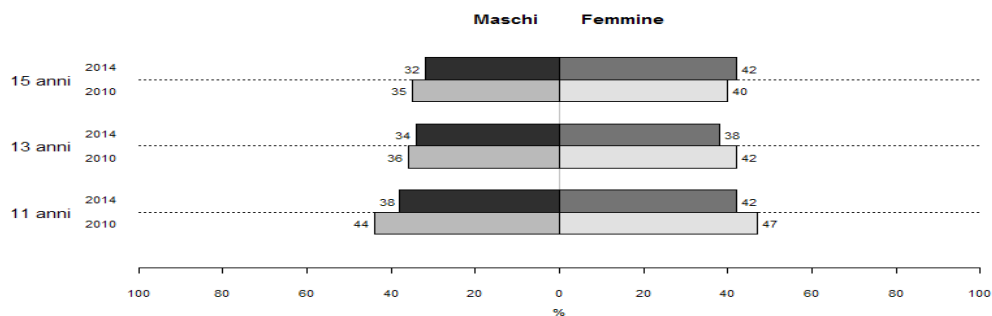
## 10.6 Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Le percentuali di coloro che consumano verdura più volte al giorno tutti i giorni rispetto al 2010 sono aumentate in tutte le fasce di età e per genere. In particolare, il maggior incremento si evidenzia nelle femmine di quindici anni, passando dal 23% al 34%.



**Figura 10.8 Percentuale di ragazzi che dichiarano di consumare verdura quotidianamente - per età, genere e anno di indagine**

Le percentuali di giovani che consumano frutta più volte al giorno tutti i giorni, rispetto al 2010, sono diminuite in tutte le fasce di età e per genere, unica eccezione le femmine di 15 anni dove si riscontra un leggero aumento (40% vs 42%). In particolare, la maggior differenza si evidenzia nella fascia di età di undici anni, passando nei maschi da 44% al 38% e dal 47% al 42% nelle femmine.



**Figura 10.9 Percentuale di ragazzi che dichiarano di consumare frutta quotidianamente - per età, genere e anno di indagine**

Rispetto al 2010 le percentuali di coloro che risultano sovrappeso/obesi sono diminuite in tutte le fasce di età e per genere. In particolare, la differenza maggiore si evidenzia nella fascia di età degli undici anni, passando nei maschi dal 29% al 24% e dal 19% al 16% nelle femmine.

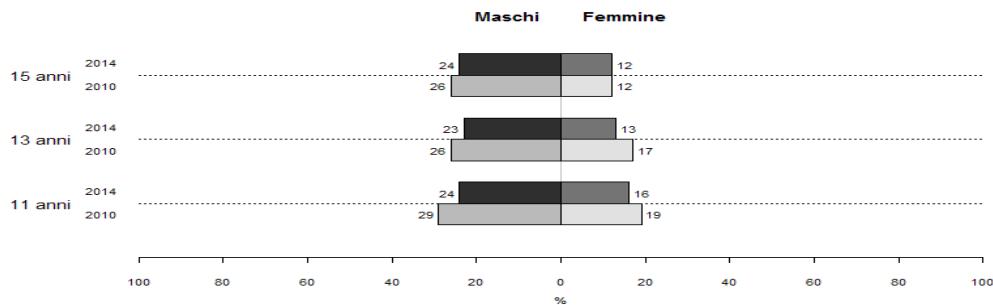


Figura 10.10. Percentuale di ragazzi in sovrappeso od obesi - per età, genere e anno di indagine

## 10.7 Comportamenti a rischio

### 10.7.1 Fumo

Dal confronto dei dati 2010 e 2014, rispetto a quanti dichiarano di fumare almeno una volta alla settimana o ogni giorno, emerge un sensibile aumento in entrambi i generi, soprattutto fra i quindicenni, con i maschi che passano dal 19 al 21% e le femmine dal 19 al 22%. Un aumento di un punto percentuale si registra anche in entrambi i generi fra i tredicenni, mentre le prevalenze restano invariate fra i più giovani. Si conferma l'assenza di differenze di genere, con percentuali superiori nelle femmine nella classe di età più alta.

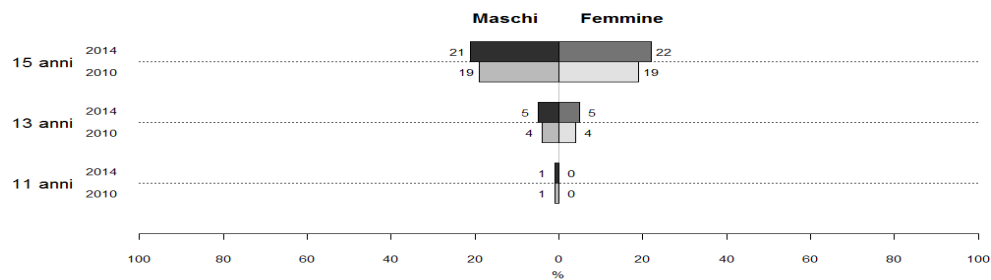
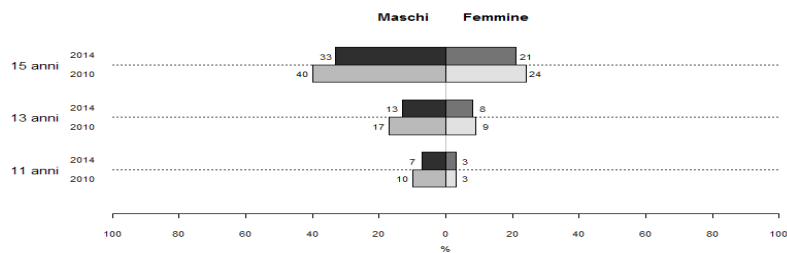


Figura 10.11 Percentuale di ragazzi che fumano ogni giorno o almeno una volta alla settimana - per età, genere e anno di indagine

### 10.7.2 Alcol e ubriachezza

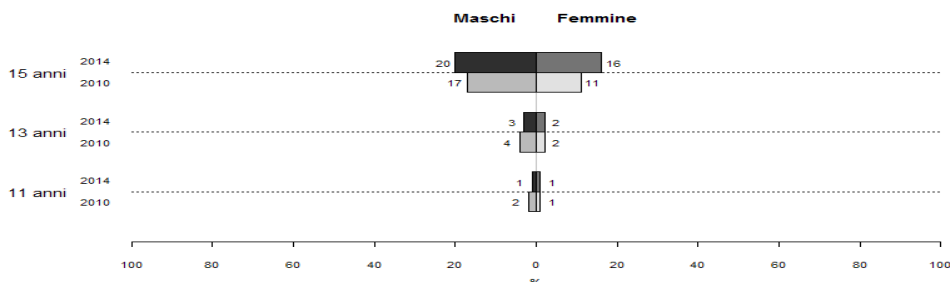
Dal confronto dei dati 2010 e 2014 su quanti dichiarano di bere bevande alcoliche almeno una volta alla settimana o ogni giorno, emerge un sensibile calo in entrambi i generi, ma soprattutto fra i maschi di quindici anni, che passano da una prevalenza del 40% nel 2010 al 33% nel 2014. Tale prevalenza scende di quattro punti percentuali anche fra i maschi di 13 anni (dal 17% nel 2010 al 13% nel 2014) e di tre punti (dal 10 al 7%) fra i ragazzi di 11 anni. Una diminuzione, anche se meno evidente, si registra anche fra le femmine di tredici e quindici anni che passano, rispettivamente, dal 9% all'8% e dal 24 al 21%.



**Figura 10.12 Percentuale di ragazzi che bevono alcolici ogni giorno o almeno una volta alla settimana - per età, genere e anno di indagine**

Parallelamente ad una riduzione netta del consumo frequente (almeno una volta alla settimana o ogni giorno) di bevande alcoliche, i dati del 2014 registrano, d'altro canto, un aumento rispetto al 2010 della quota di quindicenni che dichiarano di essersi ubriacati almeno 2 volte nella vita: i maschi passano infatti dal 17% del 2010 al 20% del 2014 e le femmine dall'11% al 16%.

Il quadro che emerge rispetto al consumo di alcolici, in termini sia di quantità che di modalità, sembra dunque designare un cambiamento del comportamento dei nostri ragazzi, con un progressivo avvicinamento alla cultura del bere tipica dei Paesi del Nord-Europa, caratterizzata da consumi globali minori, accompagnati però da più frequenti episodi di eccesso.

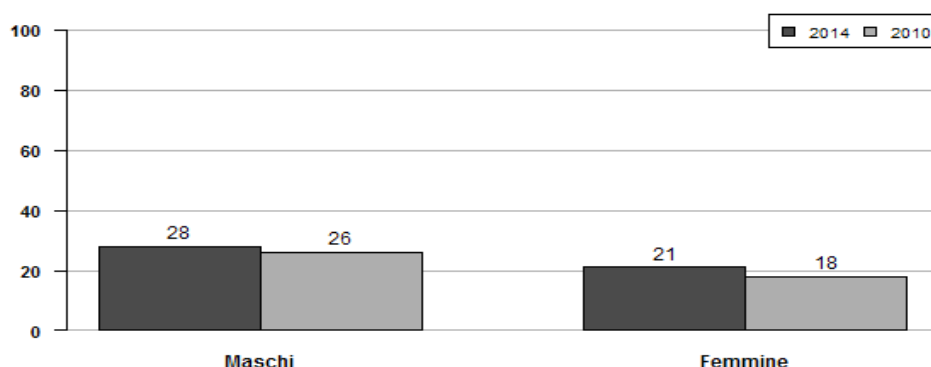


**Figura 10.13 Percentuale di ragazzi che si sono ubriacati almeno 2 volte nella vita - per età, genere e anno di indagine**

### 10.7.3 Rapporti sessuali e uso del preservativo

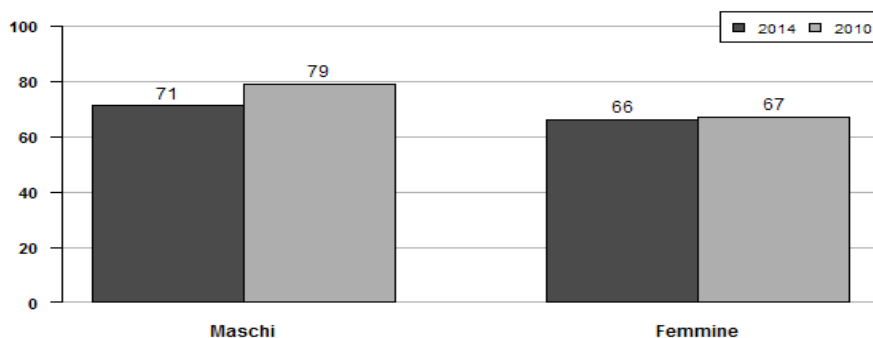
Rispetto a queste tematiche, che hanno visto coinvolti nell'indagine soltanto i ragazzi di quindici anni, emerge, rispetto al 2010, un aumento in entrambi i generi di quanti dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, con i maschi che passano dal 26% al 28% attuale e le femmine dal 18 al 21%.





**Figura 10.14 Percentuale di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi - per genere e anno di indagine**

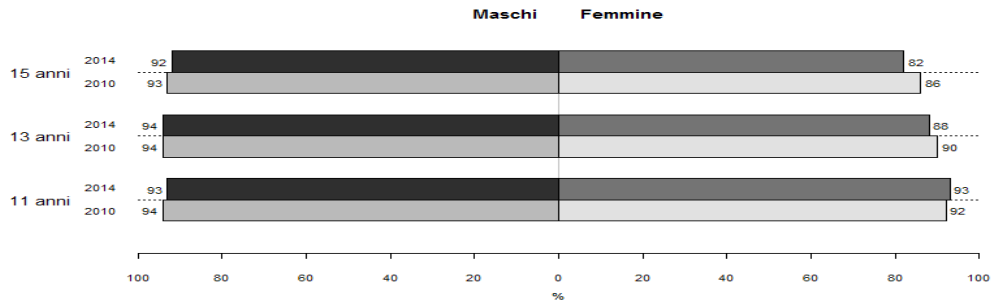
Si registra, parallelamente, un netto calo, fra i maschi, di quanti dichiarano l'uso del preservativo durante l'ultimo rapporto completo; se infatti la quota delle femmine passa dal 67% del 2010 al 66% attuale, quella dei maschi scende dal 79 al 71%. Tale dato risulta particolarmente preoccupante nell'ottica di prevenire sia gravidanze indesiderate che malattie sessualmente trasmesse.



**Figura 10.15 Percentuale di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver utilizzato il preservativo per genere e anno di indagine**

## 10.8 Salute e benessere

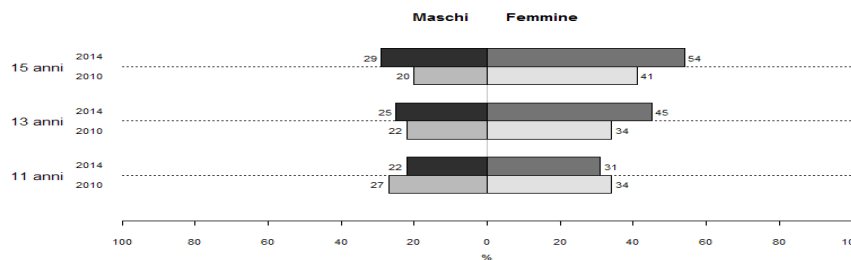
Se pur con percentuali sempre superiori al 90% nei maschi e all' 80% nelle femmine, nel periodo 2010 – 2015 si osserva una leggera riduzione nella proporzione dei ragazzi che si percepisce in buona o ottima salute. La riduzione più evidente, anche se solo di un 4% rispetto al dato del 2010, si osserva nelle ragazze di 15 anni di età. Complessivamente i maschi, soprattutto nelle fasce d'età più alte, tendono a percepirsi più in salute delle coetanee.



**Figura 10.16 Percentuale di ragazzi che dichiarano una salute buona od eccellente - per età, genere e anno di indagine**

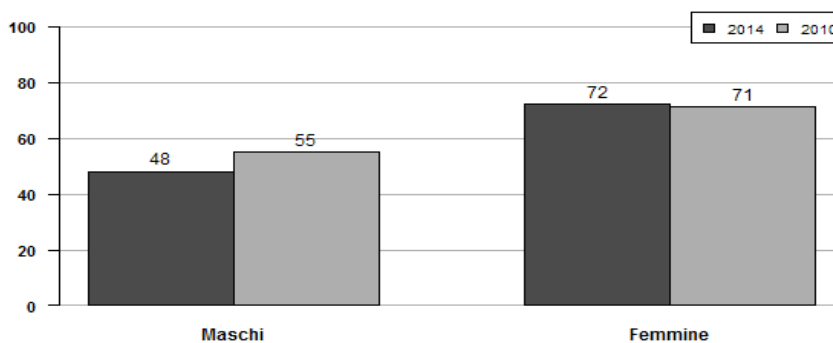
La quantità di ragazzi che dichiara di soffrire di due o più sintomi, tra gli otto indagati, cresce nel confronto tra i dati del 2010 e quelli del 2015 in proporzioni che meriterebbero una maggiore attenzione, soprattutto nelle ragazze e nella fascia d'età più alta, dove il dato supera il 50% della popolazione. Se poco più di un quarto dei maschi lamenta due o più sintomi psicosomatici alla settimana nell'ultimo mese, sono più della metà le ragazze che, nonostante una buona percezione di salute, si veda la figura precedente, riferisce una sintomatologia persistente.

Un dato rassicurante nel confronto tra i due periodi è la riduzione osservata negli undicenni, che passano dal 27% al 22% nei maschi e dal 34% al 31% nelle femmine.



**Figura 10.17 Percentuale di ragazzi che dichiarano di soffrire di 2 o più sintomi più di una volta a settimana - per età, genere e anno di indagine (dato Veneto mancante nel 2010)**

A conferma di quanto emerso nella rilevazione del 2010, si consolida il problema dell'assunzione di farmaci come un fenomeno pervasivo che interessa più della metà dei 15enni maschi e ben il 70% delle ragazze. Il dato conferma quanto già osservato nel 2010, indipendentemente dalla presenza di sintomi specifici, è in aumento la quantità di ragazzi che utilizza farmaci all'interno di quello che sembra rappresentarsi con maggior chiarezza come un nuovo, non meno pericoloso, comportamento a rischio.



**Figura 10.18 Percentuale di ragazzi 15enni che dichiarano di aver preso nell'ultimo mese almeno una volta farmaci - per genere e anno di indagine (dato Veneto mancante nel 2010)**

## CONCLUSIONI

Le sorveglianze di popolazione, quindi, rappresentano uno strumento fondamentale e sostenibile per raccogliere con cadenza regolare e con procedure semplici, affidabili e standardizzate, poche ma essenziali informazioni a sostegno di interventi per la promozione della salute, assicurando un ritorno rapido dei dati elaborati sia a coloro che li hanno forniti sia a quanti sono chiamati a decidere se e quali interventi intraprendere.

Le sorveglianze, fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali è necessario intervenire, consentono inoltre, nell'ottica dell'intersectorialità del programma nazionale Guadagnare Salute, di sperimentare e sviluppare modalità di coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, integrando professionalità, servizi e settori diversi, per sviluppare azioni sinergiche e coordinate. L'auspicio è che lo studio HBSC, accanto al confronto internazionale, si strutturi sempre più come la sorveglianza nazionale su abitudini e comportamenti degli adolescenti, in grado di consentire programmazione partecipata e monitoraggio delle azioni, sia a livello centrale che territoriale.

*Daniela Galeone  
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria  
Ministero della Salute*

## **APPENDICE**

## **ABRUZZO**

**Referente Regionale:** Ercole Ranalli

**Ufficio Scolastico Regionale:** Ivana Carraro

### **Operatori Sanitari**

**ASL (PE):** Antonio Ciglia (referente aziendale), Rossana Cassiani, Maria Evangelista, Marina Calabrese.

**ASL (Chieti-Lanciano-Vasto):** Claudia Colleluori (Referente Aziendale), Ercole Ranalli, Flora Di Tommaso, Lorella Di Biase, Lucia Tano, Maria Rosaria Basti, Ornella Marinelli, Sergio Salvatore.

**ASL (TE):** Luigina Chiodi (referente aziendale), Maria Maddalena Marconi, Francesco Di Gialleonardo, Laura Di Matteo, Sonia Pompili, Tiziana D'Onofrio.

**ASL (Avezzano - Sulmona - L'Aquila):** Maddalena Scipioni (referente aziendale) , Ersilia Equizi, Antonio Mancini, Diana Di Santo, Francesca Gentile, Ida Orsini, Loredana Ercole, Remo Pulsoni.

## **BASILICATA**

**Referenti Regionali:** Giuseppina Ammirati, Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni e Gerardina Sorrentino

**Ufficio Scolastico Regionale:** Antonietta Moscato

### **Operatori Sanitari**

**ASL 1:** Pietro Fundone, Maria Teresa Mastromartino, Giulia Giuratrabocchetti.

**ASL 2:** Giulio Pica, Oriana Trivigno, Alessandra Bilancia, Ascanio Donadio, Maria Grazia Carretta.

**ASL 3:** Carmelo Alberto Dattola, Ermelinda Camardo, Rosanna Falabella, Rossella Vigorito.

**ASL 4:** Dito Cilla, Annamaria Russo.

**ASL 5:** Antonietta Nicucci, Salvatrice Casolaro, Margherita Bonifacio.

## **PA BOLZANO**

**Referente Regionale:** Antonio Fanolla

**Collaboratore del Referente:** Sabine Weiss

**Ufficio Scolastico Regionale:** Sara Tanja Oberhofer, Julia von Spinn, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger.

## **CALABRIA**

**Referente Regionale:** Caterina Azzarito

**Referente Tecnico Regionale:** Marina La Rocca e Franca Faillace

**ASP Catanzaro** Marina La Rocca, Francesco Faragò (referenti aziendali), Vittoria Rocchino, Marina B. Rosato, Mirella Samele, Antonia De Siena, Giuseppe Perri, Alma Battaglia, Claudia Cavalieri, Giuseppe Furgiuole, Raffaella Mucchio, Monica Provenzano, Alessandra Liberato, Daniele Maurizio, Daniela Mamone, Franca Faillace, Rosa Anfosso, Giuseppe Aielli, Giuseppe Bova, Lucrezia Elvira Adele Aquila, Lucia Lo Presti, Virginia Capisciolto, Ida Todaro, Rosa Maria Madonna (operatori)

**ASP Cosenza** Maria Teresa Pagliuso, Francesco Dignitoso, Rosellina Veltri, Pietro Leonardo Perri (referenti aziendali), Armenia Bellusci, Rossella Chimenti, Franco Giuseppe Manzo, Teresa Ferraro, Maria Stella Di Nardo, Anna Cavalcanti, Marylena Donato, Angelo Demetrio Guagliardi, Carmela Sesti, Teresa Scudiero, Giuseppe Curcio, Lucia Caligiuri, Ivana Ines Gino, Desina Raffaele, Francesco Masotti, Nilo Vergadoro, Amalia Lucia Leuci, Francesca Citriniti, Gabriella Vottari (operatori)

**ASP Crotone** Adalgisa Pugliese (referente aziendale) , Matilde Morello, Lucia Anna Iannone, Antonella Cernuzio, Maria Lucia Crugliano (operatori).

**ASP Reggio Calabria** Angela Epifanio, (referente aziendale), Annamaria Lopresti, Bruno Zappavigna, M. Antonietta Suraci, Domenica Calabresi, Carmela Costa, Beatrice Batà , Giuseppe Pitasi, Immacolata Longo, Natascia Viola, Antonio Mazza, Cristina Condemi, Maria Caserta, Carmela Nucera, Romana Barbieri, Gabriella Romeo (operatori).

**ASP Vibo Valentia** Giuseppe Barbieri (referente aziendale), Domenico Dinatolo, Giuseppe Carnovale Giuseppe Paduano, Maria Cristina Sgarrella, Francesco Vecchio, Salvatore Pilioci, Maria Beatrice Grasso, Paolo Facciolo, Massimo Ferrise (operatori).

## CAMPANIA

**Referente Regionale:** Gianfranco Mazzarella e Renato Pizzuti

**Ufficio Scolastico Regionale:** Bruno Galzerano

### Operatori sanitari

**ASL Benevento:** Dott.ssa Elena Fossi (Referente aziendale). Dott.ssa Enrica De Lucia, Inf. Giuseppe Rapuano, Inf. Carmela Orlacchio, Inf. Anatilde Iannace, Inf. Ermelinda Zollo.

**ASL Avellino:** Dott.ssa Elvira Bianco (Referente aziendale). Inf. Prof. Francesco Natale, Ass. amm. Patrizia Branca, Dott.ssa Nunzia Forgione, Dott.ssa Flammia Incoronata.

**ASL Caserta:** Dott. Domenico Protano (Referente aziendale). Sig.ra Maria Rosaria Morrone, Sig. Francesco De Vincenzo, Dott. Salvatore Moretta, Dott.ssa Rita Petricca, Dott.ssa Giovanna Sabba, Dott. Claudio Mingione, Dott.ssa Angelina Tessitore.

**ASL Napoli 1 Centro:** Dott. Andrea Simonetti, Dott.ssa Brunella Adamo (Referenti aziendali). Dott. Ugo Vairo, Dott. Orazio Ancona, Dott. Ciro Giannetti, Dott. Giuseppe Postiglione, Dott.ssa Rosa D'Angola, Inf. ped. Maria Patanella, Inf. Prof. Antonio Rullo.

**ASL Napoli 2 Nord:** Dott. Giancarlo D'Orsi, Dott.ssa Filomena Peluso (Referenti aziendali). Dott.ssa Anna Farro, Dott.ssa Evelina Iorfida, Dott.ssa Maria Rosaria Granata, Inf. Antonella Musella, Dott. Ciro Ciliberti, Dott. Francesco Montanino, Dott. Tammaro Parretta, Dott.ssa Elena Capasso, Dott.ssa Maria Arnone, Dott.ssa Assunta Palumbo, Dott.ssa Ersilia Fabrazzo, Inf. ped. Grazia Camardella, Inf. ped. Teresa Tagliamonte, Inf. ped. Anna Bello.

**ASL Napoli 3 Sud:** Dott. Francesco Giugliano, Dott.ssa Anna Esposito (Referenti aziendali). Dott.ssa Concetta Bruno, Dott.ssa Linda Crocamo, Dott.ssa Chiara Marciano, Dott.ssa Rosa Perone, Dott.ssa Anna Chirico, Dott.ssa Raffaella Serrapica, Ass. sanitaria Filomena Petraccone.

**Asl Salerno:** Dott.ssa Mariagrazia Panico (Referente aziendale). Dott.ssa Annaluisa Caiazzo, Dott. Giuseppe Della Greca, Dott. Antonio D'Alessandro, Dott.ssa Rita De Gaetano, Dott. Giuseppe Langella, Dott. Antonio F. G. Colavolpe, Dott. Pasquale Ragosa, Sig. Giuseppe Celotto, Sig.ra Anna Bianco, Dott.ssa Ida Maria Guida, Inf. Adele D'Anna, Dott.ssa Aldina Mollo, Dott.ssa Anna Maria Nobile, Dott.ssa Anna Maria Trani, Inf. Prof. Michelina Raimondo.

## EMILIA ROMAGNA

**Referenti Regionali:** Paola Angelini, Marina Fridel

### Operatori Sanitari

**AUSL Piacenza:** Lorena Mori. AUSL Parma: Sandra Vattini.

**AUSL Reggio Emilia:** Alessandra Fabbri.

**AUSL Modena:** Alberto Tripodi.

**AUSL Bologna:** Paolo Pandolfi. AUSL Imola: Ivana Stefanelli.

**AUSL Ferrara:** Monica Mascellani.

**AUSL Ravenna:** Gabriella Paganelli.

**AUSL Forli:** Claudia Cortesi.

**AUSL Cesena:** Nicoletta Bertozzi.

**AUSL Rimini:** Michela Morri.

## FRIULI VENEZIA GIULIA

**Referenti Regionali:** Claudia Carletti, Paola Pani, Luca Ronfani e Loris Zanier

**Ufficio Scolastico Regionale:** Claudio Bardini

### Operatori Sanitari

**ASS 1 Triestina:** Roberta Fedele, Marilena Geretto, Tiziana Longo, Emanuela Occoni, Rossana Stacul, Daniela Steinbock, Livio Polchi.

**ASS 2 Isontina:** Maura Nappa, Wally Culot.

**ASS 3 Alto Friuli:** Denise Di Bernardo, Mariarita Forgiarini, Jessica Giordari.

**ASS 4 Medio Friuli:** Simonetta Micossi, Roberta Cambria, Alessandra Cunial, Paola Andrea Iachini, Giorgia Mione, Emanuela Petrillo.

**ASS 5 Bassa Friulana:** Rosella Malaroda, Onelia Battiston.

**ASS 6 Friuli Occidentale:** Silvana Widmann, Federica Alfenore, Giuseppina Carnelos, Patrizia Covre,

Elisa Marcos, Stefania Pilan, Raffaella Pittana, Sandra Polese, Rossana Rincorosi, Fabiola Stuto, Carmen Zampis.

## **LAZIO**

**Referenti Regionali:** Giulia Cairella, Paolo Amadei e Amalia Vitagliano

**Collaboratori dei Referenti:** Graziella Cannella, Anna Corbi, Rachelina Maio e Siria Potenziani

**Ufficio Scolastico Regionale:** Maria Teresa Silani

### **Operatori Sanitari**

**ASL Roma A:** Maria Teresa Pancallo (Referente), Maria Rosamarina Barilaro, Sandra Scarsciotti, Leda Semyonov.

**ASL Roma B:** Giulia Cairella & Luciana Olivieri (Referenti), Massimo Albanesi, Barbara Baccari, Francesca M. Blancato, Sabrina Di Santo, Angela Marchetti, Maria Minazzi, Serena Moscatelli, Maria Pettorino, Luciana Sonni.

**ASL Roma C:** Laura Grasso (Referente), Saba Minnielli, Tamara Saraceni, Giuseppe Vorrasi.

**ASL Roma D:** Maria Novella Giorgi (Referente), Rita Massimino, Giuseppe Puglisi.

**ASL Roma E:** Carlo Spigone (Referente), Valter Giancotta, Bruna Garbuio.

**ASL Roma F:** Augusto Pizzabiocca (Referente), Valeria Covacci, Massimo Vincenzo Magnano San Lio, Giovanni Ronzani, Viviana Vico.

**ASL Roma G:** Marco Pascali (Referente), Giuseppina Del Bove Orlandi, Antonio Di Felice, Anna Maria Longo, Laura Petrone, Vito Ruscio.

**ASL Roma H:** Angela De Carolis (Referente) Mara Montalto.

**ASL Frosinone:** Enrico Straccamore (Referente), Maria Gabriella Calenda, Vincenzo Marchelletta, Maria Pia Mazzetti, Mara Minotti e Sara Spinelli.

**ASL Latina:** Vincenza Galante (Referente), Giuseppe Panico.

**ASL Rieti:** Rosanna Guadagnoli (Referente), Tania Severi.

**ASL Viterbo:** Danilo De Santis (Referente), Maria Elena Cianchi, Francesco Di Cesare, Daniela Migliorati.

## **LIGURIA**

**Referente Regionale:** Federica Pascali

**Ufficio Scolastico Regionale:** Laura Capelli

### **Operatori Sanitari**

**ASL 1 Imperiese:** Alba Rizzo (Referente aziendale), Laura Biemosi, Anna Littardi, Alessio Lanteri.

**ASL 2 Savonese:** Marina Astengo, Nicoletta Conio (Referenti aziendali), Sabrina Astolfi, Clara Padovan, Silvia Compagnone.

**ASL 3 Genovese:** Franca Favareto, Lia Finzi, (Referenti aziendali), Rosamaria Cecconi, Raffaella Castiglia, Patrizia Crisci, Antonia Frascà, Angiolani Marina, Mirella Benabbi, Paola Caproni, Carucci Cinzia, Grazia Cavallero, Felicia Cirigliano, Enrica Colvara, Maria Grazia, Concaro, Giovanna Dato, Francesca Delinardis, Maria Rosaria Di Donato, Daniela Elettore, Patrizia Fabiocchi, Gianluca Ferlito, Antonietta Ghidoni, Pierangela Iori, Levratti Monica, Antonino Longo, Caterina Manca, Agnese Mantero, Claudia Marchese, Luciana Marchiori, Marchisio Marina, Mascali Vanessa, Mazzoni Valentina, Luciana Musti, Alberto Naso, Rosanna Pagano, Francesca Parrotta, Cinzia Piaggio, Gabriella Pittaluga, Silvana Raineri, Silvana Russo, Mohamad Saleh, Isabella Scopsi, Ivana Stenghele, Rinaldo Tomasinelli, Stefania Venuti, Silvia Viviano, Alba Zolezzi.

**ASL 4 Chiavarese:** Antonella Carpi (Referente Aziendale), Stefano Chiesa, Andreina Costa, Cinzia Piaggio, Annalisa Renzoni.

**ASL 5 Spezzino:** Roberta Baldi (Referente aziendale), Antonella Baldassini, Ester Bazzali, Laura Castiglioni, Gisella Fregosi, Stefania Gianardi, Rita Granaiola, Emilia Masseroni, Fabrizio Paoletti Pellegrini, Tiziana Paolini.

## **LOMBARDIA**

**Referenti Regionali:** Corrado Celata, Liliana Coppola e Marco Tosi

**Ufficio Scolastico Regionale:** Bruna Baggio



**Coordinamento Regionale:** Veronica Velasco e Marika Lavatelli, Osservatorio Regionale sulle Dipendenze (OREd) – Éupolis Lombardia

**Referenti ASL:**

**ASL Bergamo:** Luca Biffi.

**ASL Brescia:** Margherita Marella.

**ASL Como:** Walter De Agostini.

**ASL Cremona:** Leone Armando Lisè.

**ASL Lecco:** Carlo Pellegrini.

**ASL Lodi:** Celeste Zaghenò.

**ASL Mantova:** Valter Drusetta.

**ASL Milano:** Corrado Celata.

**ASL Milano 1:** Paola Duregon.

**ASL Milano 2:** Alessandra Meconi.

**ASL Monza e Brianza:** Ornella Perego.

**ASL Pavia:** Elisabetta Mauri.

**ASL Sondrio:** Valentina Salinetti. **ASL Varese:** Manuel Benedusi.

**ASL Vallecasonica-Sebino:** Marina Salada.

**Referenti Uffici Scolastici Territoriali:**

**UST Bergamo:** Antonella Giannellini. **UST Brescia:** Federica Di Cosimo. **UST Como:** Laura Peruzzo.

**UST Cremona:** Tullia Guerrini Rocco. **UST Lecco:** Jessica Sala. **UST Lodi:** Claudia Zoppi. **UST**

**Mantova:** Barbara Artioli. **UST Milano:** Laura Stampini. **UST Monza-Brianza:** Maristella Colombo.

**UST Pavia:** Emanuela Farina. **UST Sondrio:** Daniela Marchesi. **UST Varese:** Linda Casalini

Hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine in qualità di somministratori dei questionari:

**ASL Bergamo:** Rita Arcieri, Roberta Biazzo, Luisa Crietti, Laura Danelli, Barbara Lamera, Emilio

Maino, Claudio Persico, Patrizia Pini, Giuliana Rocca. **ASL Brescia:** Laura Anselmi, Maria Belleri, Silvia

Ciaccio, Michela Creminati, Mirella Ferrandi, Laura Ferrari, Marco Gandolfi, Paola Ghidini, Cristina

Marconi, Morena Ossoli, Giulia Tomasoni. **ASL Como:** Marco Caprioglio, Miriam Della Rossa, Lisa

Impagliazzo, Antonietta Orlando. **ASL Cremona:** Leone Lisè, Parmigiani Pierluigi, Elisabetta Ungari.

**ASL Lecco:** Angela Gandolfi, Manuela Radaelli. **ASL Lodi:** Chiara Codecà, Marialuisa Dallavalle.

**ASL Milano:** Mariella Antichi, Tiziana Antonini, Gloria Atzori, Sandro Brasca, Carla Carini, Danila

Cecile, Franca Angela Colombo, Paola Ghilotti, Dario Gianoli, Elena Giovanetti, Guendalina Locatelli,

Riccardo Valenti, Nadia Vimercati. **ASL Milano 1:** Daniela Cavagnini, Lorena Falabretti, , Katia Salemi.

**ASL Milano 2:** Elena Bertolini, Anna Monga, Simona Piacentini. **ASL Monza e Brianza:** Mariangela

Beretta, Roberto Calloni, Emanuela Colombo, Luisa Contraffatto, Camilla Galbiati, Manuela Galli,

Antonella Grassi, Giorgia Geminiani, Giuseppe Monaco, Giancarlo Perrone, Isella Piera, Dolores

Rizzi. **ASL Mantova:** Laura Bini, Bruno Boccaletti, Simona Covizzi, Rosaria Di Bella. **ASL Pavia:**

Silvia Maggi , Patrizia Maggi, Elisabetta Mauri, Marisa Pini, Martina Suardi, Lorella Vicari. **ASL**

**Sondrio:** Valentina Salinetti. **ASL Varese:** Manuel Benedusi, Chiara Bonizzoni, Cristina Chiroli, Mara

Lambertini, Antonella Manfrin, Chiar Pizzoli, Morena Riggi, Giulietta Zamana. **ASL Vallecasonica-**

**Sebino:** Lorena Castellani.

**MARCHE**

**Referente Regionale:** Giordano Giostra

**Collaboratore del Referente:** Simona De Intronà

**Ufficio Scolastico Regionale:** Antonietta Fracchiolla

**Operatori Sanitari della Rete dei Sian:**

**Area Vasta 1:** Elsa Ravaglia (referente), Marialuisa Lisi, Francesca Viti, Andrea Battisti, Viviana Crisci, Veronica Palmucci, Patrizia Mattei (referente), Jacqueline Van Will, Alessandra Amelio, Alessandra Lisotti.

**Area Vasta 2:** Susy Maria Greganti (referente), Beatrice Sartini, Elena Bartolucci, Arianna, Ciuffolotti, Alice Pedini, Luana Tantucci (referente), Elisabetta D'Addezio, Gabriella Belegni, Giuseppe Sargenti, Renato Zenobi, Fabio Santelli, Paola Costarelli, Maria Gabriella Colao (referente), Luca Belli, Isabella

Romani; Giorgia Vici, Eufemia Ciarallo (referente), Alessandro Gregori, Annalisa Pagliarecci, Marisa Grifi.

**Area Vasta 3:** Stefano Colletta (referente), Valentina Rebella, Maria Cingolani, Paola Mazzanti, Carla Patrizietti, Maria Teresa Leoni (referente), Simona De Introna, Valeria Capri, Valentina Bernacchini, Massimiliano Biondi (referente), Carla Marchetti, Ilaria Peretti, Anna Ghitarrini.

**Area Vasta 4:** Emma Acevedo Duarte (referente), Giuseppe Ciarrocchi

**Area Vasta 5:** Romina Fani (referente), Massimo Mariani, Vincenzo Calvaresi (referente), Benedetta Rosetti, Paola Puliti, Susanna Specca.

## **MOLISE**

**Regione Molise:** Michele Colitti

**Ufficio Scolastico Regionale:** Giuliana Petta

**Azienda Sanitaria Regionale del Molise:** Maria Letizia Ciallella.

**Referenti di Ambito:** Ernesta Musenga, Concetta Di Nucci, Andrea Di Siena

**Operatori Sanitari:** Maria Letizia Ciallella, Ernesta Musenga, Concetta Di Nucci, Teresa Maria Manfredi Selvaggi, Fabiana Martino, Roberto Pizzuto, Giovanna Bozza, Roberto Tullo, Marta Potena, Fabiola D'Aloia, Carolina Giordano, Emilia Di Lucente, Pardo Mancini, Elisa D'Astolfo, Maria Grazia Mastromonaco.

## **PIEMONTE**

**Referente Regionale:** Marcello Caputo

Giafranco Corgiat Loia (Dirigente settore regionale Prevenzione e veterinaria)

Monica Bonifetto, Silvia Cardetti, Paolo Ferrari (collaboratori)

**Ufficio Scolastico Regionale:** Maria Angela Donna e Daniela Pinna (referente), Stefano Suraniti (Dirigente)

**Operatori Sanitari ASL**

**ASLAL:** Simonetta Tocci (referente), Giuseppina Beviglia, Stefania Santolli, Elisa Strona, Elisa Pugno, Rosa Oleandro, Iseppi Regina.

**ASL AT:** Renza Berruti (referente), Cristian Valle, Maria Petralia, Vincenzo Soardo.

**ASL BI:** Michelangelo Valenti (referente), Chiara Torelli, Andrea Rosazza.

**ASL CN1:** Sebastiano Blancato (referente), Pietro Luigi Devalle (referente), Maria Elena Sacchi, Marina Cerrato, Mariangela Barale, Silvia Cardetti, Alessandra Russo, Deborah Taddio, Mario Bonanno, Sergio Miaglia

**ASL CN2:** Mauro Zarri (referente), Pietro Maimone, Marcella Beraudi

**ASL NO:** Flavia Milan (referente ASL NO), Patrizia Grossi, Laura Frizzarin

**ASL TO1-2:** Filippo De Naro Papa (referente), Daniela Agagliati, Larissa Manghisi, Laura Martignone, Emanuela Bauducco, Marina Spanu.

**ASL TO3:** Teresa Denise Spagnoli (referente), Debora: Lo Bartolo, Valeria Ballarino.

**ASL TO4:** Maria Franca Dupont (referente), Giuseppe Barone, Simone Depau, Annamaria Marzullo, Sara Richeda, Manuela Sciancalepore.

**ASL TO5:** Margherita Gulino (referente), Claudio Maggi, Monica Minutolo, Anna Aldrighetti, Ilaria De Luca, Lucia Albano, Alessandra Fornuto, Cinzia Amelio, Stefania Marengo.

**ASL VC:** Gianfranco Abelli (referente), Mirella Ubertalli, Maria Luisa Berti, Luisa Novella.

**ASL VCO:** Sara Rita Licciardello (referente), Giovanni Malfa, Katia Fasolo, Barbara Spadacini, Stefania Masi.

## **PUGLIA**

**Referenti Regionali:** Antonio Tommasi, Maria Giovanna Rosa, Giacomo Domenico Stingi.

**Ufficio Scolastico Regionale:** Anna Cammalleri, Maria Veronica.

**Operatori sanitari**

**ASL BA:** Lorenza Diomeda, Francesco Vino, Ezio D'Aniello, Savino Anelli, Filippa Cannito, Enrico Caputo, Rosa Colamaria, Giuseppina D'Agostino, Giovanna Ferulli, Maria N. Giasi, Giuseppe Miccolis, Matilde Gramegna, Giovanna Mazzotta, Alessandra Nenchia, Raffaella Renzone, Giuliana Tomasicchio,

Loredana Tricarico, Lidia Vulpi, Francesco Coletta.

**ASL BR:** Lucia Cagnazzi, Elisa Di Bello, Liborio Rainò, Rosa Letizia Signorile, Adelaide Sturdà

**ASL BT:** Pasquale Acquafredda, Sara Basile, Marcella Biasco, Simona Fregnan, Pantaleo Magarelli, Giacomo Domenico Stingi

**ASL FG:** Maria C. Buccinotti, Lorenzo De Michele, Siria Di Nella, Antonia Galullo, Antonella Pienabarca, Michele Tangi.

**ASL LE:** Roberto Carlà, Fernanda Mazzeo, Anna Russo, Giuseppa De Giuseppe, Silvana Fusco, Daniela Lezzi, Katia Novelli, Luciana Nuccio, Giuseppa Pacella.

**ASL TA:** Tatiana Battista, M. Gabriella Buccogliero, Pia Busatta, Anna R. Cavallo, Rosita Cipriani, Rosaria Diloisi, Mariangela Evangelio, Augusto Giorgino, Simona Insogna, Donata Leo, Sabrina Liuzzi, Laura Lucarelli, Antonella Matichecchia, Antonio Pesare, M. Domenica Simeone, Rossella Zanframundo.

## **SARDEGNA**

**Referente Regionale:** Serena Meloni, Francesco Macis

**Ufficio Scolastico Regionale:** Maria Rosaria Maiorano

### **Operatori sanitari**

**ASL 1 Sassari:** Antonio Genovesi

**ASL 2 Olbia:** Maria Adelia Aini

**ASL 3 Nuoro:** Rosalba Cicalò

**ASL 4 Lanusei:** Maria Deidda

**ASL 5 Oristano:** Antonio Serra

**ASL 6 Sanluri:** Luisanna Balia

**ASL 7 Carbonia:** Antonella Cicilloni, Annamaria Sau

**ASL 8 Cagliari:** E. Massimo Diana.

## **SICILIA**

**Referenti Regionali:** Salvatore Scondotto

**Coordinatori Regionali:** Achille Cernigliaro e Maria Paola Ferro

**Ufficio Scolastico Regionale:** Maurizio Gentile

### **Operatori Sanitari**

**ASP Agrigento:** Linda Castellana (Referente), Giovanni Alba, Anna Garuana, Giovanni Moncada , Luigi Rinaldi.

**ASP Caltanissetta:** Antonio Bonura e Teresa Alba Baldacchino (Referenti), Nunzio Alecci, Carmelo Campisi, Vincenzo Cascino, Gaetano La Bella, Luigi Lanzafame, Pasqualina Lazzara, Vincenzo Rocco Toscano, Salvatore Valenti, Mario Virone.

**ASP Catania:** Elena Alonzo (Direttore SIAN), Rosanna La Carrubba (Referente), Virginia Cannizzaro, Enzo Marcone, Patrizia Pisana, Maria Enza Raiti, Bruno Trupia.

**ASP Enna:** Rosa Ippolito (Referente), Maria Antonia Merlino.

**ASP Messina:** Giovanni Puglisi (Referente), Francesca Turiano, Gaetano Nicodemo, Maria Accetta, Angela Bruno, Angelo Calcagno, Giovanna Dalmazio Liani, Tullio Franchina Giovanni Galletta, Giovanni Genovese, Giuseppe Ianni, Antonino Ortoleva, Giuseppe Parisi, Antonino Pollicino, Gino Sancetta.

**ASP Palermo:** Francesca Mattina, (Referente), Agata Cangialosi, Giuseppina Coniglio, Ernesto D'Agostino, Angela Di Vita, Mariano Di Gangi, Pietro Failla, Antonino Ferrante, Giuseppina Galbo, Salvatore Giunta Vincenza Imbergamo, Giovanni La Mantia, Antonina Maione, Vincenza Marchica, Domenico Mirabile, Anna Maria Novara, Maria Teresa Spinelli, Angela Sutera, Salvatore Urso.

**ASP Ragusa:** Vincenzo Trapani, (Referente), Piero Annino, Daniela Bocchieri, Mirella Dipasquale, Antonio Fatuzzo, Emanuela Scollo, Maria Terranova, Michele Tidona.

**ASP Siracusa:** Anna Farinella e Corrado Spatola, (Referenti) Carmela Bianca, G.Flavio Brafa, Arianna Camilli, Claudia Cascione, Daniela Giacinti, Alfio Montagna, Leonarda Musumeci, Rosalba Nigro, Giuseppe Nipitella, Giuseppina Patanè , Claudio Romano, Giuseppe Rossitto, Viviana Rossitto.

**ASP Trapani:** Giorgio Saluto (Referente), Ester Vincenza Criscenti , Giuseppe Valenti.

## TOSCANA

**Referenti Regionali:** Giacomo Lazzeri e Anna Maria Giannoni

**Collaboratori dei Referenti:** Mariano Giacchi, Rita Simi, Stefania Rossi e Andrea Pammolli

**Ufficio Scolastico Regionale:** Laura Scoppetta (Direttore Generale)

### Operatori Sanitari

**ASL 1 Massa Carrara:** (Resp. Mauro Vannucci), Maria Giuseppina Galli (referente), Manuela Terreni, Sergio Vivaldi, Patrizia Carignani;

**ASL 2 Lucca:** (Resp. Baldassarre Pluchino), Fausto Bruno Morgantini (referente), Lara Lucchesi, Bianca Maria Mulini;

**ASL 3 Pistoia:** (Resp. Zona Pistoiese Paola Piccioli), (Resp. Zona Valdinievole Monica Tognarelli), Franca Moretti (referente zona Pistoiese), Elena Tomassetto (referente zona Valdinievole);

**ASL 4 Prato:** (Resp. Giuseppe Vannucchi), Riccardo Innocenti (referente), Marco Bracciotti, Domenico Mariani;

**ASL 5 Pisa:** (Resp. Luca Carneglia), Enrico Grandi (referente), Valentina Bacci, Elena Griesi, Scilla Boaretti, Rita Salvadorini;

**ASL 6 Livorno:** (Resp. Claudio Tofanari), Marisa Gangemi (referente), Marinella Frasca, Valleverdina Maria Pieretti, Adele Perna, Vito Conti;

**ASL 7 Siena:** (Resp. Valerio Del Ministro, Alessandra Bagnoli), Katia Moretti (referente), Lucia Tanzini, Gloria Turi, Veronica Meoni, Chiara Cepollaro, Cinzia Massini, Silvia Cappelli, Chiara Cinughi De Pazzi;

**ASL 8 Arezzo:** (Resp. Patrizia Baldaccini), Anna Lisa Filomena (referente), Renzo Paradisi, Nicola Vigiani, Carla Caracoli, Lorella Nocentini, Gabriella Prisco, Catalina Cristofor;

**ASL 9 Grosseto:** (Resp. Maurizio Spagnesi), Davide Romani (referente);

**ASL 10 Firenze:** (resp. Giorgio Garofalo), Barbara Niccoli (referente), Giovanna Mereu, Francesca Bardi, Elena Brandi, Annalisa Matteoli, Daniela Rinaldi, Gigliola Villani;

**ASL 11 Empoli:** (Resp. Maria Giannotti), Francesca Chiaverini (referente), Roberta Carli, Elena Corsinovi;

**ASL 12 Viareggio:** (Resp. Giovanna Camarlinghi), Luigi Franchini (referente).

## PA TRENTO

**Referenti Regionali:** Maria Grazia Zuccali, Laura Battisti

**Ufficio Scolastico Regionale:** Nicoletta Zanetti.

## UMBRIA

**Referenti Regionali:** Donatella Giaimo, Marco Cristofori

**Ufficio Scolastico Regionale:** Rossella Caroli

### Operatori sanitari:

**ASL 1:** Carla Bietta (coordinatore), Daniela Sorbelli (vice-coordinatore), Caterina Magliocchetti, Giuseppe Cistaro, Cinzia Procacci, Ornella Cecchini, Gabriella Vinti, Catia Graziotti, Roberta Mazzoni, Andrea Arcangeli, Paola Bernacchia, Roberta Bura, Cinzia Contini, Gigliola Fiorucci, Antonella Luna, Cinzia Morini, Enrico Subicini, Silvia Beati, Giampaolo Bargelli, Maria Antonietta Ruggeri.

**ASL 2:** Bruno Minni (coordinatore), Ubaldo Bicchielli (vice-coordinatore), Anna Olivieri Pennesi, Letizia Damiani, Pietro Stella, Maria Claudia Paoloni, Anna Rita Petruccioli, Laura Meschini, Violeta Irina Consolini, Luca Cittadoni, Silvia Spitelli, Maria Luisa Palmieri, Raffaella Pieramati, Luisa Pazzaglia, Vincenzo Casaccia, Sonia Bacci, Claudio Cupello, Yazmin Marchetti, Doris Burchi, Lorella Cardarelli, Eleonora Giovannetti, Teresa Altobelli.

## REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

**Referente Regionale:** Mauro Ruffier e Anna Maria Covarino (coordinatore aziendale)

**Ufficio Scolastico Regionale :** Rita Vacher

**Operatori Sanitari:** Aicha Abbassi, Alice Pession, Carla Crescini, Chiara Nossein, Cinzia Morina, Emanuela Brunero, Erika Arlian, Francesco Macri, Giovan Battista De Gattis, Giulia Cheraz, Laura Di Gregorio, Laura Nicoletta, Lucia Pison, Marilena Frediani, Renata Cane, Stefania Peregò.

## **VENETO**

---

**Referente Regionale:** Federica Michieletto

**Coordinatore Regionale:** Silvia Miliani

**Ufficio Scolastico Regionale:** Michela Possamai

**Hanno collaborato alla sorveglianza:** Erica Bino, Stefano Campostrini, Antonella Dal Pra Filippo Da Re, Annarosa Pettenò, Giovanni Rataj.





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TORINO

ISBN: 9788875901028

