



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Servizio per l'Automazione Informatica
e l'Innovazione Tecnologica
UFFICIO DI STATISTICA



World Health Organization
European Office for Investment for Health and
Development
Venice

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

Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MICROBIOLOGIA



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

EDIZIONI MINERVA MEDICA

Primo rapporto nazionale sui dati italiani dello studio internazionale HBSC (Health Behaviours in School-aged Children), survey internazionale 2001-2002.
Informazioni sullo studio al sito <https://www.hbsg.org>

Torino, Ottobre 2003



STILI DI VITA E SALUTE DEI GIOVANI ITALIANI 11-15 anni

Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002

Indirizzo per corrispondenza



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MICROBIOLOGIA

Prof. Franco Cavallo
Via Santena 5, bis
10126 Torino (I)
Tel. +39 011 6706556
Fax. +39 011 6706551



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

Prof. Massimo Santinello
Laboratorio LINK c/o LIRIPAC
Via Belzoni, 80
35121 Padova (I)
Tel. +39 049 8278494
Fax. +39 049 8278451

EDIZIONI MINERVA MEDICA
Torino 2004

Sezione dedicata a codice ISBN e specifiche SIAE

Da inserirsi a cura di Minerva Medica

Indice

Prefazione	6
Presentazione	7
Ringraziamenti	8
Il gruppo di Ricerca	10
Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio	12
1.1. Lo studio HBSC	13
1.2. Descrizione del campione	14
Bibliografia capitolo 1	16
Capitolo 2: Il contesto familiare	17
2.1 La struttura familiare.....	18
2.2 Le relazioni genitori-figli.....	21
2.3 Lo status socio-economico familiare	23
2.4. Conclusioni	26
Bibliografia capitolo 2	27
Capitolo 3: L'ambiente scolastico	29
3.1. Rapporto con gli insegnanti.....	29
3.2. Rapporto con i compagni di classe	34
3.3. Il rapporto con la scuola	38
3.4. Conclusioni	41
Bibliografia capitolo 3	41
Capitolo 4: Sport e tempo libero	43
4.1. Frequenza dell'attività fisica	44
4.2. Frequenza dell'uso di televisione e computer e nuove forme di comunicazione	45
4.3. Rapporti con i pari	48
4.4. Conclusioni	53
Bibliografia capitolo 4	54
Capitolo 5: Abitudini alimentari e immagine corporea	55
5.1. Frequenza e regolarità dei pasti.....	56
5.2. Consumo di frutta e verdura.....	59
5.3. Consumo di dolci e bevande gassate.	62
5.4. Immagine corporea e peso oggettivo	64
5.5. Igiene orale.....	67
5.6. Conclusioni	68
Bibliografia capitolo 5	68
Capitolo 6: Comportamenti a rischio	69
6.1. Uso di sostanze	69
6.1.1. Il fumo.....	70
6.1.2. L'alcol	71
6.1.3. Cannabis	74
6.2. Abitudini sessuali.....	77
6.3. Infortuni e violenza	80
6.4. Conclusioni	83
Bibliografia capitolo 6	83
Capitolo 7: Salute e benessere	85
7.1. Percezione della propria salute	86
7.2. La scala del benessere.....	87
7.3. Sintomi riportati.....	88
7.4. Conclusioni	93
Bibliografia capitolo 7	93

Prefazione

Per potersi sviluppare, un individuo così come una società o un'istituzione, ha bisogno di conoscersi e riconoscersi, nei suoi punti di forza e di debolezza, così da poter intervenire là dove ce n'è più bisogno. E' quindi nostro compito, come rappresentanti di un ente che sta acquistando un'importanza sempre maggiore, promuovere iniziative di questo genere, tese a conoscere le caratteristiche della nostra popolazione, per poterne migliorare il benessere attraverso la formulazione di politiche adeguate.

Questa possibilità ci viene offerta dalla proficua collaborazione con entità geograficamente più comprensive, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, e con autorevoli istituti scientifici, cui è affidato il compito di approfondire e ampliare il corpus di conoscenze in possesso della nostra comunità.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Torino, che coordina lo studio HBSC a livello nazionale, si è già più volte dimostrato un partner prezioso nel raccogliere ed analizzare dati di rilevanza regionale e nazionale, è quindi per noi un onore poterlo supportare nella conduzione di questa ricerca che ha un raggio d'azione anche mondiale. Siamo anche lieti che tale compito venga svolto in collaborazione con un'altra importante istituzione universitaria, nel Dipartimento di Psicologia di Sviluppo e socializzazione dell'Università di Padova.

Con questa pubblicazione poi, vengono resi disponibili dati che riguardano l'intera popolazione nazionale nelle fasce d'età degli undici, tredici e quindici anni, a supporto non solo delle politiche piemontesi, ma anche delle altre Regioni e dell'intero stato italiano, con l'ulteriore vantaggio che tali risultati saranno presto comparabili con quelli provenienti da altri 34 stati europei e nord americani.

In questo modo le risorse regionali sono servite a produrre una conoscenza che è a questo punto "bene pubblico", utilizzabile dagli amministratori come dai singoli professionisti che lavorano nel campo della sanità e in quello dell'educazione.

Sperando che questo testo sia effettivamente fonte di dati utili a molti, auguriamo a tutti una buona lettura.



Presentazione

La percezione che il mondo adolescenziale sia in continuo cambiamento si fa sempre più acuta; ciò evidenzia la necessità di un dialogo continuo con i nostri ragazzi, per comprenderne in modo più approfondito bisogni, emozioni e aspirazioni esistenziali. E' anche sempre più evidente come questo passaggio sia fondamentale per la formazione del futuro adulto, comprese le sue capacità di essere artefice del proprio benessere fisico e psichico. Lo studio HBSC (*Health Behaviours in School aged Children*), di cui vengono presentati in questo documento i primi risultati, vuole rispondere a questa esigenza di conoscenza e di aggiornamento continuo.

Lo studio HBSC raccoglie informazioni sugli stili di vita e la salute degli adolescenti in 36 stati tra Europa e Nord America (compresa Israele), offrendo un'opportunità unica di conoscere questi aspetti della nostra società anche attraverso studi comparati tra diversi paesi. Poter partecipare a questa ricerca, che ha avuto inizio nel 1982, è per il nostro gruppo di ricerca un'occasione importantissima per offrire al pubblico italiano strumenti conoscitivi indispensabile per penetrare più in profondità nel mondo giovanile.

L'alto livello scientifico di tutti i gruppi di ricerca nazionali, e la stretta collaborazione con l'Ufficio Europeo dell'OMS, permette di garantire una notevole affidabilità ed autorevolezza dei dati raccolti. Nostro obiettivo, e speranza, è che la qualità delle informazioni prodotte possa servire ai decisori delle politiche giovanili ai diversi livelli, agli insegnanti e agli educatori, e anche ai genitori e ai ragazzi stessi che, vedendosi riflessi nelle ricerche che li riguardano, possano comprendere meglio se stessi e ciò che li orienta nel prendere le decisioni che riguardano la propria salute.

Val la pena di ricordare ancora che la salute della popolazione è determinata solo in piccola parte dalle strutture sanitarie; ben più importanti sono le politiche per la prevenzione e la promozione del benessere, per le quali la comprensione del mondo sociale e delle scelte dei comportamenti relativi alla salute risulta fondamentale.

E' per noi quindi un doppio privilegio poter fornire questi risultati. Da una parte perché questo ci permette di mettere a frutto la collaborazione delle Università di Torino e di Padova, tra di loro e con gli altri importanti centri di ricerca che partecipano allo studio, inclusa l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Dall'altra perché crediamo che le conoscenze prodotte possano essere strumento utile per lo sviluppo di politiche sociali e sanitarie dirette alla creazione di un ambiente più sano.

Lo studio italiano è stato possibile grazie al supporto fondamentale del MIUR e del suo Ufficio Statistico, che ci hanno accompagnato ed appoggiato in tutte le fasi di sviluppo della ricerca, in particolare quella, estremamente impervia e difficoltosa, della raccolta dei dati.

E' nostro augurio che questo stesso Ministero, ma anche altri politici e amministratori, a livello nazionale, regionale e locale, sappiano far tesoro di queste informazioni e orientino di conseguenza le loro azioni.

Il Responsabile Scientifico
della Ricerca HBSC per l'Italia

Prof. Franco Cavallo


Ringraziamenti

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

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

Si ringraziano tutte le scuole che hanno partecipato allo HBSC Italia 2001-2002, di seguito riportate in ordine alfabetico.

Businco Jerzu di JERZU - A. Ciuffelli di TODI - A. D'angeli di CANTALICE - A. Lombardi di AIROLA - A. M. Mazzei di GIARRE - A. Maiorana di ACIREALE - A. Motti" di REGGIO EMILIA - A. Oriani di FAENZA - A. Volta di PIOMBINO - A. Inveges di SCIACCA - Ada Negri di VILLARICCA - Agnelli Cesenatico di CESENATICO - Albertina Sanvitale di PARMA - Alberto Pio di CARPI - Aldo Moro di FROSINONE - Cancellò Scalo di SAN FELICE A CANCELLO - Alfieri Vittorio di FOGGIA - Almenno S.Salv. "Giovanni - XXIII" di ALMENNO SAN SALVATORE - Amedeo Di Savoia - di POPOLI - Anghiari di ANGHIARI - Archi di REGGIO CALABRIA - Ariano Irpino di ARIANO IRPINO - Ariano Nel Polesine di ARIANO NEL POLESINE - Aycardi Ghiglieri di FINALE LIGURE - B.Do Partigiani" di NOVARA - Balilla Pessano Con Bornago di PESSANO CON BORNAGO - Battisti" di TARANTO - Bellusco di BELLUSCO - Benedetto Croce di FLUMERI - Bertarelli di MILANO - Bisignano "G.Pucciano" di BISIGNANO - Bra E. Guala di BRA - Brienza di BRIENZA - Busto Arsizio di BUSTO ARSIZIO - Camillo Morigia di RAVENNA - Capaci Siciliano Biagio di CAPACI - Carlo Donegani di SONDRIO - Carpaneto di CARPANETO PIACENTINO - Casaleone di CASALEONE - Caserta Sesto di CASERTA - Castelfidardo di CASTELFIDARDO - Castelvecchio Subequo di CASTELVECCHIO SUBEQUO - Castigliano di ASTI - Cecco Angiolieri di SIENA - Cedegolo di CEDEGOLO - Cinque Martiri di GERACE - Gerace di GERACE - Circ. Didattico Sc. Media di CELLAMARE - Circolo Didattico Delebio di DELEBIO - Corigliano Catinella Ist. Compr. di CORIGLIANO CALABRO - Cropalati Ist. Compr. di CROPALATI - Cuneo "Silvio Pellico" di CUNEO - D.Siculo di AGIRA - D.Tinozzi" Alanno di ALANNO - Dante Alighieri di AVELLINO - Dante Alighieri di TRIESTE - Dante Alighieri di ZOPPOLA - Scuola - di BORGORICCO - Scuola di CREMENO - Scuola di PONSO - Scuola di SAN PIETRO IN GU - Scuola Torrenova di TORRENOVA - Don A. Sina Esine di ESINE - Don Toniatti (Ist. Comprensivo) Di Fossalta di PORTOGRUARO - D'ovidio F. di CAMPOBASSO - E. Mattei di EBOLI - Edgardo Mannucci di ANCONA - Enrico Fermi di EMPOLI - Ernesto Cairoli di VARESE - F. Lussana di BERGAMO - F. Severi di GIOIA TAURO - F.De Roberto Zafferana di ZAFFERANA ETNEA - F.Mochi di MONTEVARCHI - F.Selmi di MODENA - F.Torre" di ACQUI TERME - Fabio Besta di ORTE - Faenza di FAENZA - Fluminimaggiore di FLUMINIMAGGIORE - Francesco Stelluti di FABRIANO - Fraz. Passaggio di BETTONA - G. Antinori" Camerino di CAMERINO - G. Antonietti" Iseo di ISEO - G. Ferraris di EMPOLI - G. Galilei Arienzo di ARIENZO - G. Galilei di ANCONA - G. Galilei" Macerata di MACERATA - G. Galli di BERGAMO - G. Lignana Tronzano di TRONZANO VERCELLESE - G. Marconi di PRATO - G. Solimene" Lavello di LAVELLO - G.B.Pininfarina di MONCALIERI - G.Boicardo di NOVI LIGURE - G.Borsi Milano di MILANO - G.Fierimonte di MONTEMILETTO - G.Galilei Lecce di LECCE - G.Manthone' di PESCARA - G.Marconi. di VITTORIA - G.Mazzini Buscate di BUSCATE - G.P.L. Da Palestrina di CAGLIARI - G.Pascoli di AGRIGENTO - G.Rasetti Loreto Aprutino di LORETO APRUTINO - G.Verga di CALTANISSETTA - G.Verrazzano P.S.Stefano di MONTE ARGENTARIO - Gabicce Mare G.Lanfranco" di GABICCE MARE - Galileo Galilei di BITONTO - Gancia Canelli di CANELLI - Gavorrano "G.Pascoli" di GAVORRANO - Genzano

Di Genzano di ROMA - Giambattista Vico di SULMONA - Gian Rinaldo Carli di TRIESTE - Giosue' Carducci di PISA - Giovanni Papini di CERRETO GUIDI - Giovanni - XXIII Allende di SENAGO - Giovanni - Xxiii di CROTONE - Gonzaga "B. Croce" di GONZAGA - Guagnano di GUAGNANO - Guido Parodi" di ACQUI TERME - I. C. Giavera Del Montello di GIAVERA DEL MONTELLO - I.C. Beinasco di BEINASCO - I.C. Perosa Argentina di PEROSA ARGENTINA - I.C. Poirino di POIRINO - I.C. Torino Cena di TORINO - I.C. Villar Perosa di VILLAR PEROSA - I.C. A. Veneziano di MONREALE - I.C. Cd. Sm. Quasimodo di CRISPANO - I.C. Cd. Sm. Costantini di SAN PAOLO BEL SITO - I.C. Marzabotto di MARZABOTTO - I.C. Montelepre di MONTELEPRE - I.C. N.1 Via Cavour di IMOLA - I.C. Ripalimosani "Alighieri" di RIPALIMOSANI - I.C. S.C. Di Magliano "Del Gatto" Di Santa Croce di MAGLIANO - I.C. S.M. M. Polo di CALVIZZANO - I.C. S.M. Virgilio di CAMPOSANO - I.C. Sernaglia Della Battaglia di SERNAGLIA DELLA BATTAGLIA - I.C. Sernaglia Della Battaglia di SERNAGLIA DELLA BATTAGLIA - I.C. Termini Imerese di TERMINI IMERESE - I.P.A.R. "Maggia" di STRESA - I.P.C.T. "F. Cavalotti" Di Citta' di CASTELLO - I.P.F. di ACQUAVIVA DELLE FONTI - I.P.S. Servizi Commerciali E Turistici di COTRONEI - I.S. Ipam Colombo di TORRE DEL GRECO - I.T.C.G. Liceo Scientifico di CHIAVENNA - I.T. Comm. Geometri di SANLURI - I.T.I. "G. Vallauri" Reggio Cal. di REGGIO CALABRIA - Ic "L. Da Vinci" Limatola di LIMATOLA - Ic "O. Fragnito" S. Giorgio M. di SAN GIORGIO LA MOLARA - Ignazio Silone di UGENTO - Ignazio Silone di MONTESILVANO - Iliceo di AVOLA - Iliceo di SIRACUSA - Ippolito Nievo (Ist. Comprensiv) Di San Donà di PIAVE - Irsina di IRSINA - Is. D'arte di TORRE ANNUNZIATA - Is. Mag. C. Levi Di Marano di NAPOLI - Ist. Comp. Inverigo di INVERIGO - Ist. Compr. Vertemate di VERTEMATE CON MINOPRIO - Ist. Comprensivo Bellante di BELLANTE - Ist. Sup. Angelo Di Rocco - di CALTANISSETTA - Ist. Comp. L. Da Vinci di CASTELFRANCO DI SOTTO - Ist. Comp. Rocchetta Tanaro di ROCCHETTA TANARO - Ist. Comp. S. Croce S.A. di SANTA CROCE SULL'ARNO - Ist. Compr. Baronissi di BARONISSI - Ist. Compr. Castelcivita di CASTELCIVITA - Ist. Compr. Omignano di OMIGNANO - Ist. Comprensivo di GALLICANO - Ist. Comprensivo di RICADI - Ist. Comprensivo Valle Stura di MASONE - Ist. Istruz. Sec. Portomaggiore di PORTOMAGGIORE - Ist. Prof. Ind. Art. Castrovillari di CASTROVILLARI - Ist. Tec. Ind. "Monaco" Cosenza di COSENZA - Ist. Tecn. Comm. E X Geom. Diamante di DIAMANTE - Istituto Comprensivo "Da Vinci" di SOMMA LOMBARDO - Istituto Comprensivo di LEFFE - Istituto Comprensivo di SOVERIA MANNELLI - Istituto Istruzione Superiore Itc di BISUSCHIO - Itcg S. Gius. Ves. di SAN GIUSEPPE VESUVIANO - Jacopo Nizzola di TREZZO SULL'ADDA - Jesi Monsano di JESI - L. Bassi" Trapani di TRAPANI - L. Casale di VIGEVANO - L. Da Vinci" di SALERNO - L. Einaudi di MANDURIA - L. Clas. V. Imbriani di POMIGLIANO D'ARCO - L. Da Vinci" di SAPRI - L. Da Vinci di TRAPANI - La Farina di MESSINA - Latronico Agromonte di LATRONICO - Leon Battista Alberti di SAVONA - Leonardo Da Vinci di ISPICA - Leonardo Da Vinci di COLOGNO MONZESE - Leonardo Da Vinci di FIGLINE VALDARNO - Leonardo Da Vinci di RUFINA - Lercara Friddi di LERCARA FRIDDI - Liceo Scientifico "A. Volta" di SPOLETO - Liceo Artistico F. Arcangeli - Ist. Arte di BOLOGNA - Liceo Classico "V. Julia" di ACRI - Liceo Classico "Bruno Vinci" di NICOTERA - Lucignano di LUCIGNANO - M.G. Agnesi di CASATENNOVO - M.L. Patrizi" Recanati di RECANATI - M.L. King di SEDEGLIANO - Madre Teresa Di Calcutta di CASTELTERMINI - Ist. Compr. di MANGONE - Manzoni Di Sannicandro di BARI - Marco Tullio Cicerone di ARPINO - Mariano Buratti di VITERBO - Martin Luther King di FAVARA - Martiri Della Libertà di SESTO SAN GIOVANNI - Marzano Appio di MARZANO APPIO - Mattei di FIORENZUOLA D'ARDA - Matteo Raeli di NOTO - Michelangelo di BARI - Milani N.3 di FONDI - Modugno di MODUGNO - Mongrassano Scalo Ist. Compr. di MONGRASSANO - Montereale "P.D. Maria Turoldo" di MONTEREALE VALCELLINA - Morciano di MORCIANO DI ROMAGNA - Morelli di TORRE DEL GRECO - Mozzanica L. Da Vinci" di MOZZANICA - Barcellona "D'alcontres" di BARCELLONA POZZO - E. Vittorini di MESSINA - N. Sensale di NOCERA INFERIORE - Novoli di NOVOLI - O. Mozzali di TREVIGLIO - Pacuvio Don Bosco di BRINDISI - Pascoli di GATTEO - Passo Corese di FARA IN SABINA - Perfugas di PERFUGAS - Piero

Calamandrei di CRESCENTINO - Piglio di PIGLIO - Pirandello di PORTO EMPEDOCLE - Pitagora" di LAMEZIA TERME - Polo Centro Cadore di PIEVE DI CADORE - Polo Centro Cadore di PIEVE DI CADORE - Pordenone 3^ Scuola Media di PORDENONE - Primo Levi di PARMA - Q.Maiorana di CATANIA - Quasimodo "Melo Da Bari" di BARI - R.Magiotti di MONTEVARCHI - Raffaello Foresi di PORTOFERRAIO - Rettore F. Evola di BALESTRATE - Ricci Muratori di RAVENNA - Rivalta Bormida di RIVALTA BORMIDA - Roncalli di PISTOIA - Ruggero Bonghi di LUCERA - S.Belfanti Castelletto Ticino di CASTELLETTO TICINO - S.M. Cocchi - di TODI - S.M. "V. Pappalardo" di CASTELVETRANO - S.M. De Filippo Vico di ARZANO - S.M. Don Milani di BISUSCHIO - S.M.S. "P.Da Zara" di CARBONERA - S.Paolo D'argon di SAN PAOLO D'ARGON - S.Quasimodo di NUVOLENTO - Sacchetto di ROMA - San Benedetto di ROMA - San Giovanni Bosco di SANTERAMO IN COLLE - Ist.Compr di SAN LORENZO DEL VALLO - San Michele Mondovì di SAN MICHELE MONDOVI' - Santa Teresa Gallura di SANTA TERESA GALLURA - Santo Stefano Belbo di SANTO STEFANO BELBO - Santorso di SANTORSO - Sarno "Baccelli" di SARNO - Sc. Media "Manzoni" di MOTTOLA - Sc.Elementare Statale di GIMIGLIANO - Scuola Media Statale Montemaggi di MONTEMAGGIORE BELSITO - Sms "A.Calini" di BEDIZZOLE - Sogliano Al Rubicone di SOGLIANO AL RUBICONE - Virgilio di SONA - Tarcento di TARCENTO - Teresa Ciceri di COMO - Tito Speri di MILANO - Torricelli di CASANDRINO - Treville F. Nightingale di CASTELFRANCO VENETO - U. Foscolo di CAGLIARI - Ubaldo Ferrari di CASTELVERDE - Scuola Di Via A. Crivelli 24 di ROMA - Scuola Via Di Torrevecchia 793 di ROMA - Scuola Via Don Minzoni di ALGHERO - Scuola Via Lombroso di ROMA - Scuola Via Marinelli di SQUINZANO - Scuola Via Mirabello di BAREGGIO - Scuola Via Sarandì 11 di ROMA - Scuola Via Tiziano di BUCCINASCO - Scuola Via Verga di RHO - Scuola Viale Italia di OLIENA - Scuola Vico Secondo Fontanelle di DELICETO - Scuola di VIESTE - I. Montemezzi di VIGASIO - Vito Accardi di CAMPOBELLO DI MAZARA - Zannotti di SAN SEVERO.

Il gruppo di Ricerca



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E
MICROBIOLOGIA

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



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

Prof. Massimo Santinello
Dott.ssa Lorenza Dallago
Dott.ssa Karin Davoli
Dott.ssa Elena Galbiati
Dott. Alessio Vieno

- Il Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio, è stato curato da Paola Dalmasso, Alberto Borraccino, Alessio Zambon, Patrizia Lemma e Franco Cavallo
- Capitolo 2: Il contesto familiare, è stato curato da Lorenza Dallago, Massimo Santinello, Karin Davoli, Elena Galbiati e Alessio Vieno
- Capitolo 3: L'ambiente scolastico, è stato curato da Elena Galbiati, Karin Davoli, Massimo Santinello, Lorenza Dallago e Alessio Vieno
- Capitolo 4: Sport e tempo libero, è stato curato da Alessio Vieno, Massimo Santinello, Lorenza Dallago, Karin Davoli e Elena Galbiati

- Capitolo 5: Abitudini alimentari e immagine corporea, è stato curato da Paola Dalmaso, Alessio Zambon, Alberto Borraccino, Franco Cavallo e Patrizia Lemma
- Capitolo 6: Comportamenti a rischio, è stato curato da Alberto Borraccino, Paola Dalmaso, Alessio Zambon, Franco Cavallo e Patrizia Lemma
- Capitolo 7: Salute e benessere, è stato curato da Alessio Zambon, Paola Dalmaso, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma e Franco Cavallo

Capitolo 1: La ricerca e il campione in studio

Paola Dalmasso, Alberto Borraccino, Alessio Zambon, Patrizia Lemma, Franco Cavallo

Abstract

The Theoretical background of this study is rooted in the health promotion culture that the WHO European Office is disseminating since many years. Health should be considered in its broader meaning, as a resource for life, involving either a physical and a social and emotional dimension. Due to this, health should be investigated with a multi-disciplinary approach, particularly when the understanding of its determinants is under study.

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

The HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) study is a multicentric study involving, in the 2001-2002 school year, 35 countries, including Italy. The principal aim of the study is to serve as a means for monitoring and increasing the understanding of factors that influence adolescence health. This task is pursued through the collection of health related information among a representative sample of Italian boys and girls aged 11, 13 and 15. Subjects were selected by a cluster sampling procedure. The sampling unit is the classroom stratified on the base of study level (midrange schools and high schools) and the geographical area of living (north-west, north-east, centre, and south with islands).

Health related information has been gathered by a self administered questionnaire, that anonymously investigated age, sex, familiar structure, social class (parents study title and occupation), self-esteem (perceived physical aspect and acceptance), peer and family relationship and health related behaviours, such as free time occupation, diet habits, smoke and alcohol consumption and other risk behaviours.

Il background teorico di questo studio ha le sue radici nella cultura della salute di cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è fatta promotrice (WHO, 1986). Il concetto di salute deve infatti essere inteso nel senso più ampio del termine, come risorsa della vita quotidiana, e non solo come assenza di malattia. In questo senso essa comprende, oltre alla dimensione fisica, anche quelle sociali ed emozionali, che possono influenzare la prima, sia nel breve che nel lungo periodo. Un tale, ampio, concetto di salute sottintende l'adozione di un approccio multidisciplinare per la comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute che renda conto sia della sua multifattorialità che della interrelazione tra le diverse dimensioni che la compongono (Hasting Centre, 1997).

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

Relativamente ai fattori comportamentali, molti di questi sono i più diretti responsabili delle patologie prevalenti dei nostri tempi: fumo, alcol, sostanze stupefacenti, attività fisica, abitudini alimentari e del sonno; la misura in cui ciascuno di essi viene adottato è importante nel determinare lo stato di salute presente e futuro dei ragazzi (Allison, 1999). L'interesse è soprattutto rivolto ai determinanti di questi comportamenti:

abitudini, cultura e possibilità economiche dei genitori, cultura dei ragazzi (comportamenti di "iniziazione"), atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola, sono tutti elementi che influiscono sulla scelta del ragazzo di adottare o meno un determinato comportamento (Smith, 1992).

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

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

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

1.1. Lo studio HBSC

Lo studio *HBSC* (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), cui l'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e, nel corso degli anni, ha visto il coinvolgimento di un sempre maggior numero di Stati, tra cui anche alcuni Paesi extra-europei, come USA e Canada. Quest'ultima survey, relativa all'anno scolastico 2001-2002, coinvolge 35 Paesi, tra cui l'Italia che vi ha partecipato per la prima volta. Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, Università ed Istituzioni governative coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati. Ulteriori informazioni sono reperibili sul sito <http://www.hbsc.org>. Il team italiano è composto da un responsabile nazionale che coordina i gruppi di ricerca locali, costituiti dalla Università degli Studi di Torino (Principal Investigator) e dalla Università degli Studi di Padova, e si è avvalso della collaborazione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

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

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

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale con l'obiettivo di selezionare un campione nazionale rappresentativo della popolazione delle fasce di età considerate. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è

costituita dalla classe scolastica, selezionata secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio nazionale, fornita dal MIUR. Le classi sono state stratificate sia sulla base del grado di istruzione (scuole medie inferiori e superiori), sia secondo l'area geografica di appartenenza (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud ed Isole) con lo scopo di assicurare una copertura geografica nazionale che rispettasse proporzionalmente l'effettiva, differente distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Italia, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati. La numerosità campionaria è stata calcolata in 1536 soggetti per fascia d'età al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa, del $\pm 3\%$ con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto un sovracampionamento del 10% di ciascuna classe di età, proporzionale alla frequenza di soggetti nella fascia di età corretta e alla percentuale attesa di non-rispondenza.

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

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

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

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

1.2. Descrizione del campione

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

Complessivamente sono state selezionate 314 classi, il 63.4% delle quali nelle scuole medie inferiori. La rispondenza per classe (tabella 1.1) è risultata generalmente piuttosto elevata (77.4%), in particolare nei quindicenni (80.0%).

Relativamente alla distribuzione geografica (tabella 1.2), la rispondenza mostra invece una sola relativa omogeneità con un minimo, nel Centro e nelle Isole, del 72% ed un massimo dell'85% nel Nord-Ovest.

In totale i questionari ricevuti sono 5072 (tabella 1.3), la maggior parte dei quali proveniente dal Sud (29.4%) e dal Centro-Nord (24.9%), che rappresentano le aree italiane con la maggiore densità di popolazione delle età considerate.

Una volta registrati i questionari su supporto magnetico, i dati sono stati inviati al centro di coordinamento internazionale di Bergen in Norvegia per il controllo di qualità. Dei 5072 questionari ricevuti ed imputati, 4386 (86.5%) sono risultati internamente coerenti ed in possesso delle informazioni minime richieste per essere inclusi nelle analisi.

I questionari che non hanno superato l'operazione di controllo rappresentano il 13.5% del totale e la loro distribuzione non appare del tutto uniforme sul territorio nazionale (tabella 1.3). In particolare, il Nord-Ovest presenta la minor percentuale di questionari che non hanno superato le operazioni di controllo (9.8%), mentre è nelle Isole che si registra la maggiore frequenza di non-validità (18.7%). Nonostante la diminuita numerosità campionaria conseguente alle operazioni di pulizia, il campione esaminato rimane rappresentativo della popolazione di riferimento.

In tabella 1.4 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di 4386 ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, i maschi risultano essere 2125 (48,4%), con una frequenza maggiore tra gli undicenni e i tredicenni. Il rapporto maschi/femmine si mantiene pressoché costante nelle tre fasce di età, passando dal 51.4% degli undicenni al 48.4% e 44.6% rispettivamente nelle altre due fasce di età.

Tabella 1.1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Classe prima media	93	73	78,5
Classe terza media	106	78	73,6
Classe seconda superiore	115	92	80,0
Totale	314	243	77,4

Tabella 1.2. Rispondenza per area geografica

	Classi campionate	Classi che hanno restituito il questionario	Freq. %
Nord-Ovest	67	57	85,07
Nord-Est	43	34	79,07
Centro	58	42	72,41
Sud	99	76	76,77
Isole	47	34	72,34

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

	Questionari ricevuti		Questionari validi		Questionari non validi	
	N	Freq. %	N	Freq. %	N	Freq. %
Nord-Ovest	1261	24,9	1138	25,95	123	9.8
Nord-Est	759	15,0	643	14,66	116	15.3
Centro	887	17,5	784	17,88	103	11.6
Sud	1491	29,4	1273	29,02	218	14.6
Isole	674	13.3	548	12,49	126	18.7
Totale	5072	100,00	4386	100,00	686	13.5

Tabella 1.4. Composizione del campione per età e genere

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
11 anni	36,99 (786)	32,64 (738)	34,75 (1524)
13 anni	37,22 (791)	37,24 (842)	37,23 (1633)
15 anni	25,79 (548)	30,12 (681)	28,02 (1229)
Totale	100,00 (2125)	100,00 (2261)	100,00 (4386)

Bibliografia capitolo 1

- Allison K.R., Adlaf E.M., Ialomiteanu A., Rehm J. (1999). Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2): 85-89.
- Green L.W., Kreuter M.W. (1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield, Mountain view.
- HBSC (2002). Research Protocol for the 2001-2002 Survey. Available at www.hbsc.org
- King A., Wold B., Smith C.T. and Harel Y. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. WHO, Regional Publications, European series n.69.
- Smith C., Wold B. and Moore L. (1992). Health Behaviour Research with Adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2 (2): 41-44.
- The Hastings Center Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45:1-48
- World Health Organisation (WHO) (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Geneva, WHO.

Capitolo 2: Il contesto familiare

Lorenza Dallago, Massimo Santinello, Karin Davoli, Elena Galbiati, Alessio Vieno

Abstract

Family features, in terms of structural, relational and socio-economic characteristics, are relevant for the individual development and adjustment in early adolescents. These features can also act as well-being promoters.

Considering family structure we found in the Italian sample that a quite high percentage of families (10%) are 'non traditional families' (such as single parent families, reconstructed, stepfamilies): this means that a growing number of young people is not living with his/her natural parents. This is considered by many author a general risk factor for health. Beside this, in Italy there is another problem which is the lack, or diminishing, of siblings: 20% of the sample in Northern and Central Italy is represented by children with no siblings. The percentage decreases in southern Italy (8%). Both findings show a weaker family network available.

Traditional Italian families (numerous and with natural married parents) are increasingly rare: this can influence individual well-being, especially if it is tied with economic and relational problems.

Considering communication with parents, young people in all age groups find it easier to talk with their mother rather than with their father. Although there are no significant differences between boys and girls in communicating with their mother, there is a clear gender difference in talking with fathers.

Girls find it harder than boys to talk with their fathers. The worst and more difficult relation is between father and daughter, especially in 15 years old girls. Perceived difficulty in communicating with parents increases with age in all countries.

It is interesting to notice that in Southern Italy, where traditional Italian families are more frequent, communication with parents is easier.

Family Affluence Scale underlines that in Southern Italy the socio-economic status is worse than in other parts of Italy. The other SES measures give contrasting results: perceived wealth measure, for instance, shows that Southern families are perceived as more wealthy.

La famiglia risulta essere il contesto di sviluppo più significativo, nel quale si apprendono i comportamenti sociali, le norme, gli atteggiamenti. Tale influenza permane per tutto il corso della vita dell'individuo, e, sebbene in adolescenza diminuisca l'espressione diretta di affetto e aumentino i conflitti con i genitori, sembra essere proprio questo il periodo in cui i rapporti familiari divengono più rilevanti (Cowan et al., 1991; Collins et al., 1991): avere difficoltà nel rapporto coi genitori o vivere senza uno di loro aumenta in questa fase della vita la possibilità di sperimentare problemi di depressione, avere minore autostima e intraprendere comportamenti rischiosi per la salute (Resnick et al., 1998).

La famiglia non può essere descritta come un'unità statica e chiusa, ma come un sistema dinamico e complesso che influenza e viene influenzato da fattori esterni (aspetti sociali e culturali del contesto allargato) ed interni (cambiamenti e transizioni evolutive che avvengono tra i suoi membri).

Una di queste transizioni è rappresentata dall'entrata in adolescenza di uno dei suoi membri: i cambiamenti fisici, psicologici e sociali di un solo individuo impongono ai familiari di riadattarsi alle nuove circostanze. Comportamenti ed atteggiamenti positivi dei genitori (affettuosità, aiuto, controllo) devono essere modulati per permettere ai giovani di acquisire indipendenza e fiducia nelle proprie capacità. Nel contempo i genitori devono essere capaci di mantenere un rapporto saldo ed aperto con i propri figli, per permettere loro di confrontarsi e di discutere con gli adulti delle proprie difficoltà.

Data la complessità e rilevanza del tema da affrontare, verranno trattate tre caratteristiche familiari importanti per la salute individuale e del gruppo famiglia: la struttura familiare, le relazioni genitori-figli, il livello socioeconomico.

2.1 La struttura familiare

La struttura familiare è mutata significativamente nell'ultimo secolo, ed in particolare negli ultimi decenni, e questo è dovuto a cambiamenti culturali, economici e sia sociali che caratterizzano la società contemporanea. Gli effetti legati alla riduzione delle nascite hanno diminuito il numero medio di componenti familiari: l'affermazione della famiglia con uno o al massimo due figli, e la progressiva scomparsa della famiglia numerosa portano all'assenza o all'unico legame fraterno, limitando così la socializzazione tra pari età all'interno della famiglia (D'Avino, 1999).

L'aumento di separazioni e divorzi ha fatto sì che accanto alla struttura *tipica* della famiglia, se ne affiancassero altre: le famiglie *monogenitoriali*, le famiglie *ricostituite* e le famiglie *estese*.

Le prime sono costituite da un solo genitore naturale che deve prendersi cura della prole senza il sostegno del partner, le seconde sono invece composte da un genitore naturale ed uno acquisito, le famiglie estese sono di fatto due famiglie, una con madre naturale e l'altra con padre naturale, tra cui il ragazzo si divide.

Tutte queste tipologie possono avere la presenza di nonni, zii, o altri adulti (famiglie *allargate*).

La prospettiva della struttura familiare (Erel et al., 1995; McAdoo, 1997) evidenzia come una famiglia con entrambi i genitori naturali fornisca un contesto più adeguato per la salute degli adolescenti, rispetto ad altre forme familiari, quali ad esempio quella monogenitoriale (Tinsley et al., 2002; Griesbach et al. 2003). In particolare molti studi evidenziano che chi vive con entrambi i genitori naturali sembra avere un miglior rapporto con la scuola (Coley, 1998), una più alta autostima (Granefski et al., 1998; Rodgers et al., 1997), un minor numero di comportamenti problematici e violenti (Hope et al., 1998, Griesbach et al., 2003).

Altri autori non concordano con tale prospettiva, dimostrando come i vantaggi del vivere in una famiglia con entrambi i genitori (Heiss, 1998), possono essere dovuti a difficoltà economiche, maggiormente diffuse in famiglie non tipiche (McLeod et al., 1994) o al funzionamento familiare, facilitato se entrambe le figure genitoriali sono presenti (Logan, 1996).

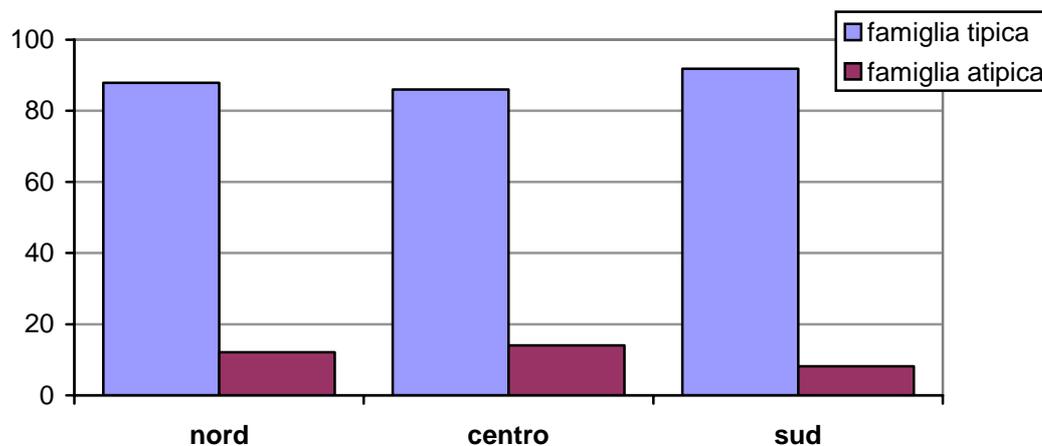
La maggior parte delle famiglie del nostro campione (89,16%) risulta essere *tipica* (Tab. 2.1).

Tabella 2.1 - Tipologie di famiglia suddivise tra allargate e non

	Non allargata % (N)	Allargata % (N)	Totale % (N)
Famiglia tipica	71,72 (3146)	17,44 (765)	89,16 (3911)
Monogenitoriale (mamma)	2,27 (100)	1,02 (44)	3,29 (144)
Monogenitoriale (papà)	0,34 (15)	0,07 (3)	0,41 (18)
Estesa (2 famiglie)	2,87 (126)	1,53 (67)	4,40 (193)
Ricostituite o adottive	1,98 (87)	-	1,98 (87)
Senza genitori naturali	-	0,76 (33)	0,76 (33)
Totale	79,18 (3474)	20,82 (912)	100 (4386)

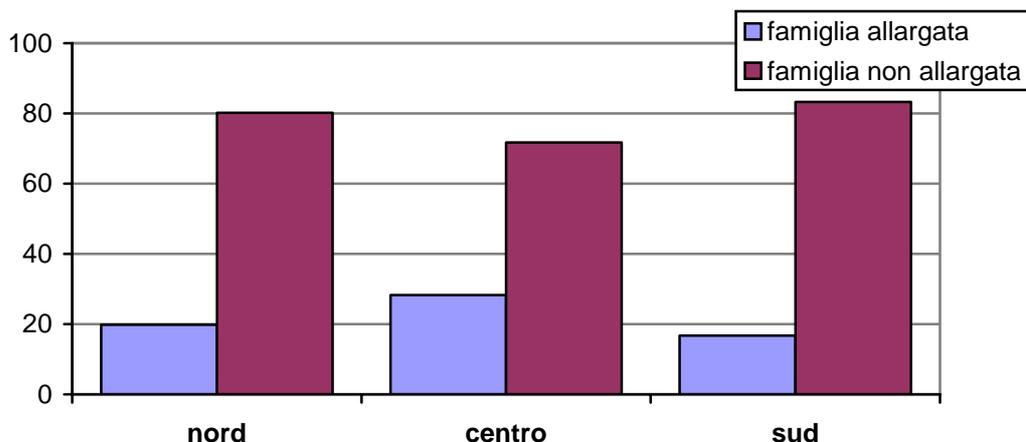
La famiglia tipica si distribuisce in maniera omogenea in Italia, anche se appare maggiormente comune al Sud (Fig. 2.1).

Figura 2.1 - Distribuzione geografica della tipologia di famiglia tipica e atipica



Il 20,82% dei giovani può contare sulla presenza di un altro adulto convivente, prevalentemente un nonno/a, oltre ai genitori. Tali famiglie, cosiddette allargate, sono maggiormente presenti al Centro (Fig. 2.2) e meno diffuse al Sud.

Figura 2.2 - Distribuzione geografica della tipologia di famiglia allargata e non allargata

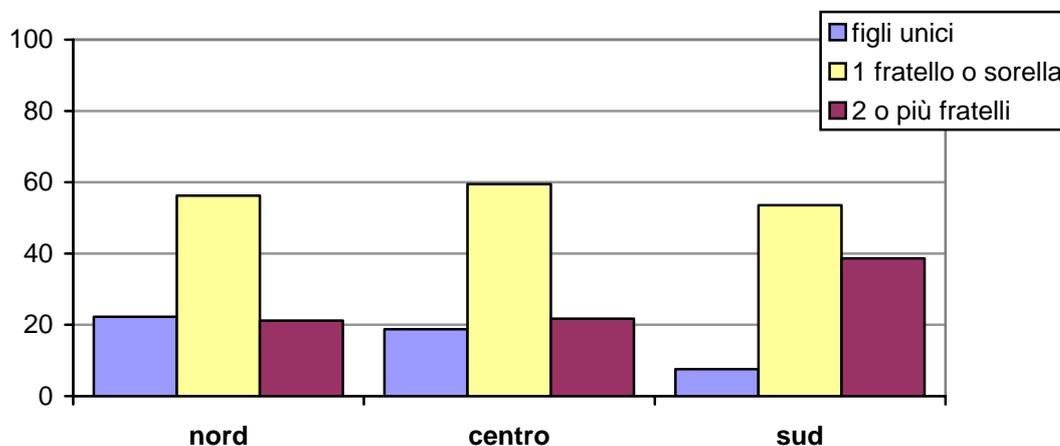


La maggior parte dei ragazzi del campione ha almeno un fratello o sorella. I figli unici si distribuiscono in maniera disomogenea nella nostra penisola (22,4% al Nord, 18,8% al Centro e 7,6% al Sud), indicando come siano più comuni i nuclei familiari molto ristretti in Italia settentrionale. Situazione rovesciata per le famiglie numerose che si situano prevalentemente al Sud (38,8%) (Tab. 2.2 & Fig. 2.3).

Tabella 2.2 - Numero di fratelli e sorelle suddivise per area geografica

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)	Totale % (N)
0 fratelli o sorelle	22,35 (390)	18,85 (147)	7,64 (135)	16,28 (672)
1 fratello o sorella	56,05 (978)	59,48 (464)	53,53 (946)	56,35 (2388)
2 o più fratelli o sorelle	20,60 (373)	21,67 (169)	38,83 (685)	27,37 (1227)
Totale	100 (1741)	100 (780)	100 (1766)	100 (4287)

Figura 2.3 - Percentuali di figli unici, ragazzi con un fratello o sorella, o con due o più fratelli e sorelle suddivise per area geografica



2.2 Le relazioni genitori-figli

Indipendentemente dalla struttura della famiglia, la sua funzione di base rimane sempre la stessa: rispondere ai bisogni fisici e psicologici dei suoi membri. La comunicazione con i genitori aiuta il ragazzo a stabilire il proprio ruolo all'interno della famiglia, lo rende sensibile alle idee ed alle esigenze altrui, aiutandolo a sentirsi contemporaneamente distinto ma connesso agli altri (Jackson et al., 1998). Inoltre la comunicazione all'interno della famiglia costituisce per l'adolescente un ambiente dove apprendere ed esercitare le abilità sociali e un fattore di facilitazione per i contatti con altri contesti rilevanti, ad esempio i pari e la scuola (Lanz et al., 1999).

Numerosi studi condotti sia in Italia (Lanz et al., 1999; Marta, 1997; Cigoli et al., 1995) sia all'estero (Settertobulte, 1999; Baer, 1999; Jackson et al., 1998) hanno dimostrato la presenza di un legame tra relazioni positive tra genitori e figli - definite come presenza di sostegno e di comunicazioni non conflittuali - e buon adattamento psicosociale dei figli (buon livello di autostima ed auto efficacia, buone relazioni con i pari e soddisfazione per le attività scolastiche). Il dialogo aperto e poco conflittuale tra genitori e figli si configura quindi come un importante fattore preventivo del rischio psicosociale.

Il 17,6% del campione considera molto facile parlare con il padre, mentre il 12,0% lo considera molto difficile (Tab. 2.3). Le percentuali variano in base all'età, evidenziando un progressivo scemare della confidenza tra padri e figli/e. Altro fattore rilevante è il sesso: i ragazzi considerano molto facile parlare col padre in percentuale maggiore rispetto alle ragazze (24,1% vs 11,5%) (Fig. 2.4). Lievi differenze emergono anche rispetto all'area geografica di provenienza: al Sud la comunicazione padre-figlio/a risulta più facile sia rispetto al Centro, sia rispetto al Nord, che evidenzia i livelli di più alta difficoltà.

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

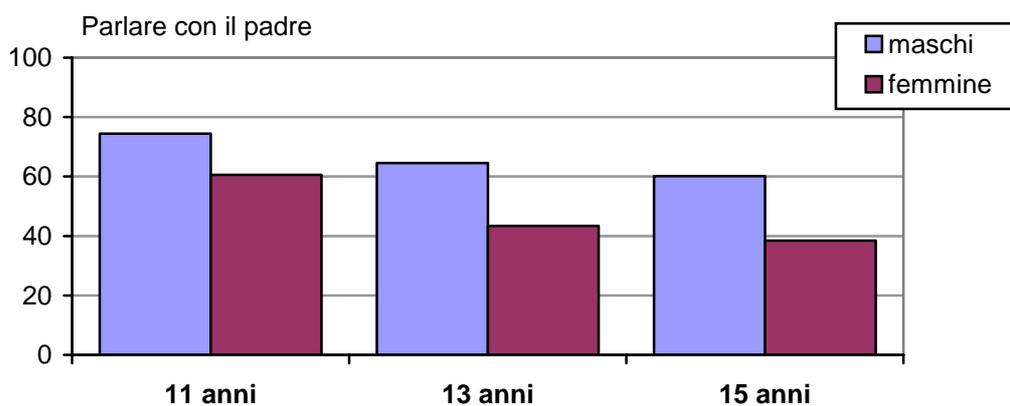
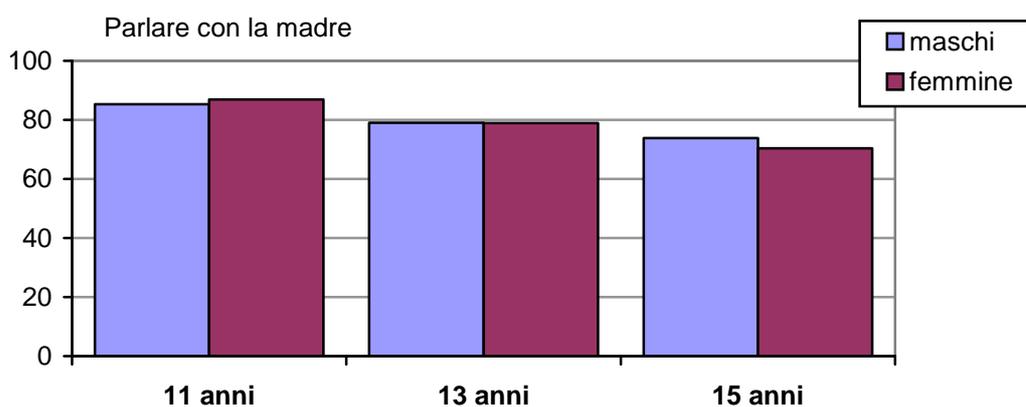
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	25,99 (392)	14,26 (230)	11,76 (143)
Facile	41,71 (629)	39,43 (636)	36,35 (442)
Difficile	21,62 (326)	30,69 (495)	31,41 (382)
Molto difficile	8,36 (126)	12,15 (196)	16,29 (198)
Non ho o non vedo questa persona	2,32 (35)	3,47 (56)	4,19 (51)
Totale	100 (1508)	100 (1613)	100 (1216)

Anche la comunicazione con la madre, sebbene sia considerata migliore rispetto a quella col padre, segue lo stesso pattern legato all'età diventando più complessa col passare del tempo (Tab. 2.4). Non emergono invece differenze rilevanti legate al sesso (Fig. 2.4). Anche in questo caso i ragazzi del Sud appaiono avvantaggiati rispetto ai coetanei provenienti da altre aree geografiche.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Molto facile	50,43 (751)	33,56 (534)	28,30 (341)
Facile	35,66 (531)	45,38 (726)	43,57 (525)
Difficile	9,54 (142)	16,12 (258)	20,33 (245)
Molto difficile	2,96 (44)	3,82 (61)	6,31 (76)
Non ho o non vedo questa persona	1,41 (21)	1,12 (18)	1,49 (18)
Totale	100 (1489)	100 (1600)	100 (1205)

Figura 2.4 – Percentuale di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con i genitori



2.3 Lo status socio-economico familiare

Oltre alla composizione familiare e alla qualità delle relazioni è importante indagare un terzo fattore, che può agire da ostacolo al normale sviluppo individuale e familiare. Lo status socioeconomico, che incorpora status economico (reddito), sociale (educazione) e lavorativo (occupazione), ha effetti sia diretti sia indiretti sulla salute e sul benessere individuale (Adler et al., 1994). Molte ricerche evidenziano come il SES familiare influenzi sia i comportamenti messi in atto (fumo, alcol, sport) sia i vissuti e la salute mentale (depressione, ansia, aggressività, autostima) (Barefoot et al., 1991; Cohen et al., 1993; Harris, 1991). Tali risultati sono chiari tra gli adulti, ma molte ricerche si stanno effettuando anche in età evolutiva. I dati emersi rispetto all'adolescenza risultano contraddittori e di difficile lettura (Goodman, 1999; Halldorsson, 2000; Barrera et al., 2002; West, 1997; MacIntyre et al., 1991): questo è legato soprattutto alle difficoltà di misurazione di un tale costrutto in adolescenza. Consapevoli dell'importanza di comprendere meglio questa tematica, la presente ricerca propone diverse modalità per analizzare lo status socioeconomico, alcune utilizzate convenzionalmente, altre formulate ad hoc per la popolazione di nostro interesse. I quattro indicatori scelti sono:

- occupazione genitoriale: tale modalità di misura tradizionale chiede di identificare il tipo di lavoro svolto dalla madre e dal padre. Tale misura, nonostante risulti essere un quesito di non facile risposta per i ragazzi, permette di comprendere, con un limitato *range* d'errore, la posizione economica della famiglia;
- livello accademico dei genitori: nonostante le stesse difficoltà di risposta dell'indicatore precedente, conoscere il grado di istruzione dei genitori permette di comprendere il livello culturale della famiglia;
- Family Well Off, che possiamo considerare un indicatore degli introiti familiari e del prestigio, cerca di evidenziare la percezione del singolo rispetto al livello socioeconomico della propria famiglia;
- Family Affluence Scale (Currie et al., 1997) permette, attraverso alcune domande oggettive sulla presenza di beni comuni in famiglia (macchina, computer, stanze separate...) di identificare il livello di agiatezza della famiglia, diventando quindi un indicatore di consumi.

In tabella 2.5 presentiamo la prima di queste quattro misure, l'occupazione genitoriale: le prime cinque categorie si riferiscono a occupati, lavoratori che hanno un reddito, le due successive sono relative a chi non risulta occupato, e l'ultima indica i casi inclassificabili.

Rispetto ai non occupati, la prima categoria indica chi è in cerca di lavoro o sta studiando, mentre la seconda chi è impossibilitato a lavorare, perché occupato in casa (casalinga), malato o in pensione. Si può notare come le madri abbiano un impiego meno di rilievo rispetto ai mariti e siano più frequentemente inattive (casalinghe, pensionate): questo è particolarmente vero per la realtà meridionale.

I dati devono però essere letti con cautela, vista la difficoltà riscontrata da molti ragazzi nell'indicare chiaramente il lavoro svolto dai genitori: il numero di risposte mancanti o inclassificabili a causa della vaghezza delle etichette utilizzate dai ragazzi per definire l'occupazione dei genitori, indicano come tale informazione non sia facilmente disponibile ai giovani. Per questo è stata affiancata la misura del FAS, che, chiedendo di indicare la presenza o meno di beni familiari, risulta essere più facilmente comprensibile.

Tabella 2.5 - Occupazione dei due genitori

		NORD		CENTRO		SUD	
		Madre % (N)	Padre % (N)	Madre % (N)	Padre % (N)	Madre % (N)	Padre % (N)
Occupati: lavoro di	alto livello	2,36 (42)	8,42 (150)	2,93 (23)	10,33 (81)	2,19 (40)	9,06 (165)
	livello medio-alto	4,43 (79)	7,30 (130)	6,76 (53)	9,44 (74)	5,77 (105)	6,97 (127)
	livello medio	41,55 (740)	45,98 (819)	34,57 (271)	39,54 (310)	30,03 (547)	61,50 (1120)
	livello medio-basso	12,80 (228)	17,91 (319)	15,43 (121)	22,70 (178)	6,48 (118)	10,43 (190)
	livello medio-alto	8,65 (154)	12,13 (216)	8,67 (68)	9,82 (77)	1,54 (28)	4,12 (75)
Non occupati	Economicam. Attivo (es, in cerca di lavoro)	3,54 (63)	1,63 (29)	4,59 (36)	2,16 (17)	5,49 (100)	2,19 (40)
	Economicam. Inattivo (es, pensionato)	21,15 (375)	3,03 (54)	21,43 (168)	1,91 (15)	36,57 (666)	2,47 (45)
Inclassificabile	Non inserito o non classificabile	5,61 (100)	3,59 (64)	5,61 (44)	4,08 (32)	11,92 (217)	3,24 (59)
Totale		100 -1781	100 (1781)	100 (784)	100 (784)	100 (1821)	100 (1821)

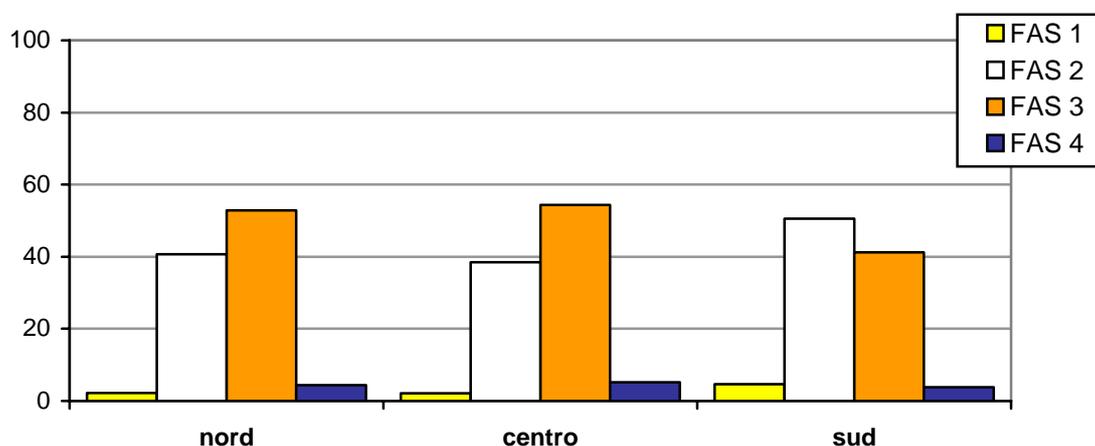
Dalla scala dell'agiatezza familiare (FAS) si possono notare distribuzioni differenti in base all'area geografica (Tab. 2.6): le percentuali maggiori di famiglie con basso benessere economico si trovano al Sud, mentre le famiglie più benestanti si collocano al Nord e soprattutto al Centro.

Tabella 2.6 - Status socio economico derivante dal Family Affluence Scale
(FAS dove 1=basso FAS, e quindi poca ricchezza familiare e 4=alto FAS)

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
FAS 1	2,21 (39)	2,10 (16)	4,59 (82)
FAS 2	40,68 (718)	38,51 (293)	50,48 (901)
FAS 3	52,80 (932)	54,27 (413)	41,18 (735)
FAS 4	4,31 (76)	5,12 (39)	3,75 (67)
Totale	100 (1765)	100 (761)	100 (1785)

La figura 2.5: chiarisce come la maggioranza delle famiglie italiane si posizionino sui livelli intermedi della scala, ma mentre al nord ed al centro prevalgono le categorie superiori, che coincidono con un maggior benessere, per il sud sono più frequenti quelle inferiori.

Figura 2.5 - FAS suddiviso per area geografica (FAS 1: basso; FAS 4: alto)



Rispetto al livello educativo dei genitori appare chiaro come al Sud siano diffusi livelli di istruzione inferiore (elementare e media), mentre al Centro vi siano le percentuali più alte di laureati. Interessante notare l'alto numero di ragazzi che dichiarano di non conoscere il grado d'istruzione dei genitori (Tab. 2.7).

Tabella 2.7 - Livello di educazione dei genitori

	NORD		CENTRO		SUD	
	Madre % (N)	Padre % (N)	Madre % (N)	Padre % (N)	Madre % (N)	Padre % (N)
Elementari	5,52 (93)	7,52 (131)	4,15 (30)	6,55 (49)	10,95 (182)	10,59 (187)
Medie	27,66 (466)	25,90 (451)	28,08 (203)	25,53 (191)	34,20 (568)	39,92 (599)
Istituti professionali	11,93 (201)	12,92 (225)	9,41 (68)	11,63 (87)	7,64 (127)	10,25 (181)
Maturità Superiore	28,78 (485)	23,61 (411)	32,09 (232)	26,60 (199)	27,33 (454)	24,46 (432)
Laurea	8,96 (151)	11,03 (192)	14,66 (106)	14,71 (110)	11,26 (187)	10,87 (192)
Non so	17,15 (289)	19,01 (331)	11,62 (84)	14,97 (112)	8,61 (143)	9,91 (175)
Totale	100 (1781)	100 (1781)	100 (784)	100 (784)	100 (1821)	100 (1821)

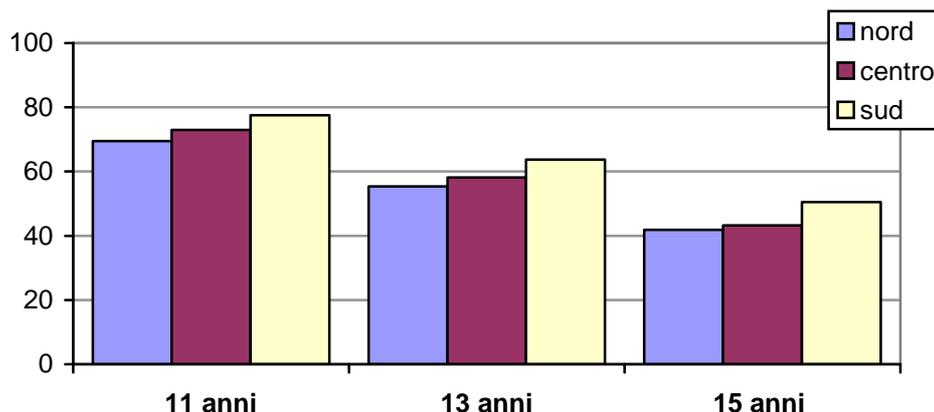
Ma come percepiscono i giovani il loro livello economico? Sono i ragazzi del sud a ritenere ricche le proprie famiglie (Tab. 2.8).

Tabella 2.8 – “Quanto pensi stia bene la tua famiglia, dal punto di vista economico?”

	Nord % (N)	Centro % (N)	Sud % (N)
Molto bene	17,99 (319)	19,89 (154)	24,62 (441)
Bene	38,24 (678)	37,73 (292)	41,09 (736)
Nella media	39,66 (703)	38,24 (296)	30,09 (539)
Non molto bene	3,78 (67)	3,75 (29)	3,74 (67)
Per niente bene	0,33 (6)	0,39 (3)	0,44 (8)
Totale	100 (1773)	100 (774)	100 (1791)

Essendo questo indice una misura percepita, questo risultato può essere letto come strettamente legato al livello di autostima e di benessere generale (e non solo economico) sperimentato dai ragazzi. Questa chiave di lettura viene confermata dal progressivo peggioramento di tale percezione all'aumentare dell'età.

Figura 2.6 – Percentuale di coloro che dichiarano che la propria famiglia sta bene o molto bene da un punto di vista economico



2.4. Conclusioni

Sottolineata la rilevanza delle caratteristiche familiari (strutturali, relazionali ed economiche) per un corretto sviluppo individuale e come fattore protettivo rispetto alla salute, ci è sembrato importante mostrare la situazione emersa da un campione rappresentativo di adolescenti italiani.

Rispetto alla struttura si può notare una percentuale abbastanza elevata (circa il 10%) di famiglie non tipiche in tutto il campione: un numero consistente di giovani non vive con entrambi i genitori naturali. Questo, per molti autori è considerato un fattore di rischio per la salute in generale. Se a tale situazione si affianca la mancanza di sostegno fraterno (il 20% dei giovani al centro e al nord, e l'8% dei giovani del sud sono figli unici) la situazione risulta essere più difficile da affrontare. Interessante notare che mentre al nord ed al centro la situazione è quasi identica, con una prevalenza di famiglie con due figli ed una percentuale paritaria di nuclei molto ristretti o numerosi, al sud la famiglia numerosa è

ancora molto diffusa. In generale i dati dimostrano un progressivo differenziarsi delle famiglie italiane dalla famiglia tradizionale (tipica e numerosa). Questi cambiamenti possono influenzare la vita dei singoli soprattutto se legati a difficoltà economiche e relazionali.

Rispetto alla comunicazione, la madre risulta essere (indipendentemente dal sesso e dall'età), il genitore a cui più facilmente si confidano difficoltà e preoccupazioni. Il padre è un buon confidente per i più piccoli e per i maschi, mentre la sua relazione con le figlie, specialmente se quindicenni, risulta essere difficile. Questi dati indicano l'importanza attribuita ai genitori come fonte di sostegno e di conforto, ma chiariscono l'aumento delle difficoltà all'aumentare dell'età, probabilmente perché i giovani ricercano maggiormente modalità autonome di gestione dei problemi o sostegno al di fuori della famiglia (pari).

Interessante notare come proprio al sud, dove è maggiormente presente la famiglia tradizionale (tipica e numerosa) la comunicazione con i genitori sia percepita come più facile.

Rispetto allo status socio economico è fondamentale sottolineare come misure soggettive e oggettive forniscano informazioni contrastanti: mentre le prime indicano il centro, seguito dal nord come le realtà più agiate, la seconda vede prevalere il sud. Interessante è invece come la scala del FAS riesca a dare un'immagine delle tre aree geografiche più concordi con i dati reali (PIL, reddito medio, costo della vita), evidenziando come al sud la situazione sia differente rispetto alle altre parti d'Italia.

Bibliografia capitolo 2

- Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Choen S., Folkman S. (1994). Socio-economic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49: 15-24
- Baer J. (1999). The effects of family structure and SES on family process in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 22: 341-354
- Barefoot J.C., Peterson B.L., Dahlstrom W.G., Siegler I.C., Anderson N.B., Williams R.B. (1991). Hostility pattern and health implications: correlates of Cook-Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychology*, 10: 18-24
- Barrera M., Perlow H.M., Dumka L.E., Gonzales N.A., Knight G.P., Michaels M.L., Roosa M.W., Tein J.Y. (2002). Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Community Psychology*, 30(2): 135-152
- Cigoli V., Marta E., Regalia C. (1995). Transizioni in età adolescenziale e rischio psicosociale: un'analisi del clima familiare e della comunicazione genitori-figli. In: Carrà E., Marta E. (a cura di). *Relazioni familiari e adolescenza: sfide e risorse nella transizione all'età adulta*. Milano, Franco Angeli
- Cohen S., Tyrrell D.A.J., Smith A.P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 131-140
- Coley R.L. (1998). Children's socialization experiences and functioning in single mother households: the importance of father and other men. *Child Development*, 69: 219-230
- Collins W.A., Russell G. (1991). Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: a developmental analysis. *Developmental Review*, 11: 99-136
- Cowan P.A., Hetherington M. (a cura di) (1991). *Family Transitions*. Hillsdale, New Jersey, LEA
- Currie C.E., Elton R.A., Todd J., Platt S. (1997). Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research*, 12: 385-397
- D'Avino L. (1999). *Varietà e trasformazione delle strutture e relazioni familiari*. Atti del convegno "Le famiglie interrogano le politiche sociali". Bologna, 29-31 Marzo

- Earl O., Barman B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a metanalytic review. *Psychological Bulletin*, 118: 108-132
- Garnefski N., Diekstra R. (1997). Adolescents from one parent, stepparent, and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 20: 201-208
- Goodman E. (1999). The role of socio-economic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 89(10): 1522-1528
- Griesbach D., Amos A., Currie C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 56: 41-52
- Halldorsson M., Kunst A.E., Kohler L., Mackenbach, J.P. (2000). Socio-economic inequalities in the health of children and adolescents – a comparative study of the five Nordic Countries. *European Journal of Public Health*, 10(4): 281-288
- Harris T.O. (1991). Life stress and illness: the question of specificity. *Annals of behavioural medicine*, 13: 211-219
- Hope S, Power C., Rodgers B. (1998), The relationship between parental separation in childhood and problem drinking in adulthood. *Addiction*, 93: 505-514
- Heiss J. (1996). Effects of African American Family Structure on school attitudes and performances. *Social Problems*, 43: 246-265
- Jackson S., Bijstra J., Oostra L., Bosma H. (1998). Adolescents' perception of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21: 305-322
- Lanz M., Iafraite R., Rosnati R., Scabini E. (1999). Parent-child communication and adolescent self-esteem in separated, intercountry adoptive and intact non adoptive families. *Journal of Adolescence*, 22: 785-794
- Logan S. (1996). *The Black family: strength, self help and positive change*. Boulder, CO, Westview Press
- MacIntyre S., West P. (1991). Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Social Science and Medicine*, 32(4): 385-402
- Marta E. (1997). Parent-adolescent interactions and psychosocial risk in adolescents: an analysis of communication, support and gender. *Journal of Adolescence*, 20: 473-487
- McAdoo J.L. (1997). The roles of African American fathers in socialization of their children. In: McAdoo H.P. (a cura di) *Black Families*. Newbury Park, CA: Sage
- McLeod J., Kruttschnitt C., Dornfeld M. (1994). Does parenting explain the effects of structural conditions on children's antisocial behaviour? A comparison of Blacks and Whites. *Social Forces*, 73: 575-604
- Resnick M.D., Harris L.J., Blum R.M. (1998). The impact of caring and connectedness on adolescent health and wellbeing. *Journal of pediatric and child health*, 27: 3-9
- Rodgers B., Power C., Hope S (1997). Parental divorce and adult psychological distress: evidence from a national birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38: 867-872
- Settortobulte W. (2000). Family and peer relations. In: WHO. *Health and health behavior among young people*. WHO Policies Series, 1
- Tinsley B.J., Markey C.N., Eriksen A.J., Ortiz R.V., Kwasman A. (2002). Health promotion for parents. In: Bornstein M.H. (a cura di), *Handbook of parenting. Practical issues in parenting*. New Jersey, LEA
- West P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 44: 833-858

Capitolo 3: L'ambiente scolastico

Elena Galbiati, Karin Davoli, Massimo Santinello, Lorenza Dallago, Alessio Vieno

Abstract

In this chapter we analysed school experience of the children. In general, data show that school environment is considered supporting, characterised by good relations among students and teachers and it is considered a 'nice' place.

The majority of the students report that they are treated fairly by their teachers and that they can count on their extra-help, if they need it. This is true especially for younger students (75% agree with it) and it is lower for high school students (only 50%). We find the same age pattern considering relationship with peers: 63,5% of 11 years old students consider their schoolmates kind and helpful, while this is true for 54% of 13 years old and 47% of 15 years old.

There is a decline in the liking of school with increasing age: 66,3% of the students like school at 11 years, 52% think the same at 15 years of age.

Considering being bullied, we found a different age pattern: there is a decrease in victims number with increasing age (11,9% among 11 years old, 5,4% among 13 years old).

L'esperienza scolastica è in grado di incidere profondamente sullo sviluppo del preadolescente sia nella direzione della sperimentazione di sé, sia in quella di verifica delle proprie abilità cognitive e sociali (Pombeni, 1997). Una fondamentale risorsa a cui i preadolescenti possono attingere durante questa esperienza è il sostegno sociale fornito dagli insegnanti e dai coetanei. Alcune ricerche finalizzate ad esplorare il benessere a scuola hanno sottolineato quanto un clima che sia in grado di strutturare nei preadolescenti la percezione di poter contare sul sostegno degli altri, quando ne fanno richiesta, influenzi positivamente l'adattamento personale, ed in particolare per quanto concerne le dimensioni della competenza scolastica, socio-cognitiva e sociale (Cauce, 1986; Dubow et al., 1989; Dubow et al., 1991; Zappulla et al., 2000).

La scuola può quindi rappresentare un ambiente all'interno del quale lo studente può sperimentare diverse forme di sostegno e dove raggiungere una maggior consapevolezza e fiducia delle proprie capacità cognitive ed emotive. Appare evidente come la percezione dell'ambiente scolastico e il vivere più o meno positivamente questa esperienza possa incidere fortemente sia sui processi motivazionali e di soddisfazione, che, di conseguenza, sul benessere e sulla salute in generale del preadolescente (Coleman, 1979; Bond et al., 1989; Garralda, 1992; Resnick et al. 1993; Hurrelman et al. 1995; Samdal et al., 2000).

In questo capitolo andremo quindi a valutare la percezione dell'ambiente scolastico attraverso la lettura di ciò che gli studenti hanno riportato relativamente a: il loro rapporto con gli insegnanti, con i compagni di classe e con la scuola in generale.

3.1. Rapporto con gli insegnanti

Il preadolescente trovandosi in un periodo della propria vita caratterizzato da incertezza circa la propria identità psicologica, ha bisogno di essere valorizzato e compreso dai propri insegnanti, che costituiscono una categoria di "adulti preminenti" nella vita quotidiana di un preadolescente (Petter, 1996).

La valorizzazione, da parte dell'insegnante, si realizza attraverso i giudizi positivi o le forme di incoraggiamento, ma anche semplicemente attraverso il fatto di accordare

attenzione, fiducia o credito; oppure attraverso certe affermazioni che possono venire vissute come segnali indiretti. Mentre la comprensione può riguardare una situazione di difficoltà, talvolta di affaticamento e saturazione con caduta dell'impegno, o di temporaneo smarrimento dovuto a molteplici problemi di tipo personale che si sono affacciati contemporaneamente, o di momentanea assenza di interesse, di motivazione ad affrontare certi temi.

In questa ricerca per comprendere in che modo i ragazzi percepiscono il rapporto con i propri insegnanti, è stato chiesto loro di indicare, per le seguenti affermazioni: "i nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", "nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista" e "quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo", il grado di accordo (da "sono molto d'accordo" a "non sono per niente d'accordo")

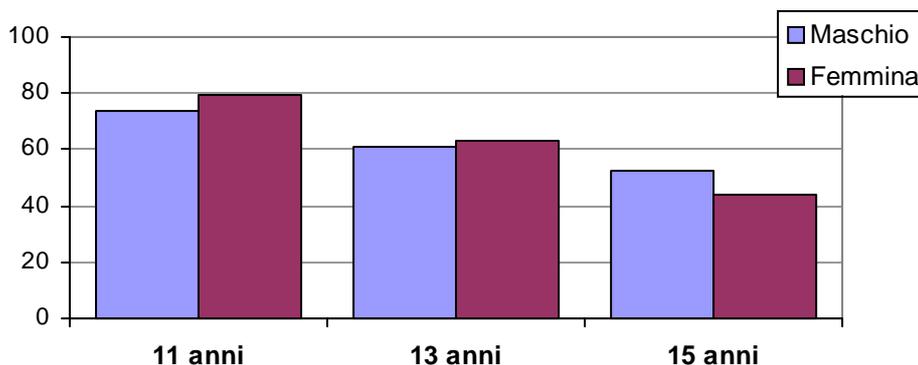
Nella tabella 3.1 presentiamo le risposte ottenute, relative alla prima affermazione, divise in base alle diverse età.

Tabella 3.1. – Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	36,17 (544)	19,55 (318)	9,30 (113)
Sono d'accordo	40,16 (604)	42,78 (696)	38,52 (468)
Né d'accordo né in disaccordo	15,23 (229)	26,55 (432)	30,62 (372)
Non sono d'accordo	5,39 (81)	7,07 (115)	14,07 (171)
Non sono per niente d'accordo	3,06 (46)	4,06 (66)	7,49 (91)
Totale	100,00 (1504)	100,00 (1627)	100,00 (1215)

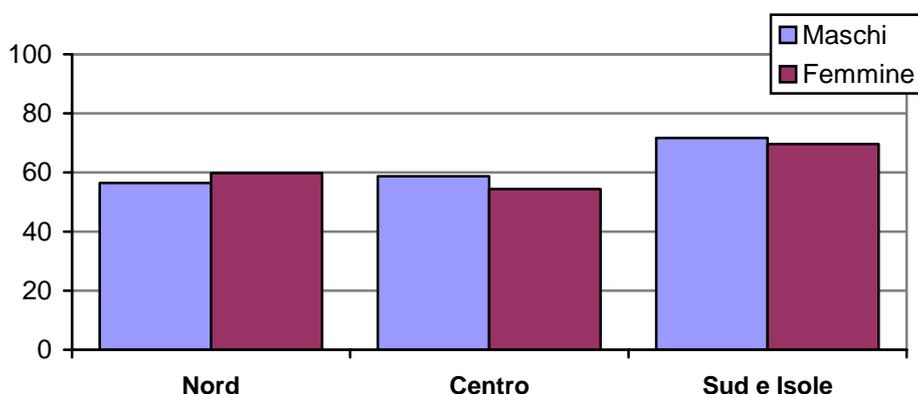
La maggior parte degli studenti considera di essere trattato in "modo giusto" dai propri insegnanti. Osservando le differenze per età e per sesso (figura 3.1), si nota come questa percezione sia vera soprattutto per gli studenti delle scuole medie, ed in particolare per le ragazze. Mentre per quanto riguarda gli studenti delle superiori si può osservare come, oltre a diminuire questa percezione, sono i maschi che riportano un maggior accordo con l'item preso in considerazione.

Figura 3.1. – Percentuale di coloro che dichiarano di essere “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto”, divisi in base all’età e al sesso”



Per quanto concerne le differenze tra le diverse aree geografiche, gli studenti del sud e delle isole riportano, in maggiore misura rispetto agli altri, di sentirsi trattati giustamente (vedi figura 3.2).

Figura 3.2. – Percentuale di coloro che dichiarano di essere “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto”, divisi in base al genere e all’area geografica di appartenenza



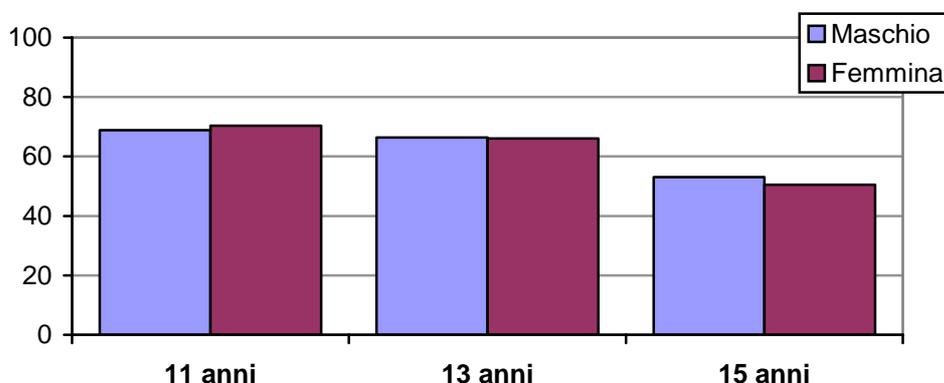
Nella tabella 3.2 si può notare come anche per l’item relativo al sentirsi incoraggiati nell’espressione delle proprie idee, la maggior parte degli studenti si dichiara d’accordo.

Tabella 3.2. – Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “Nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	31,09 (466)	21,52 (349)	12,99 (158)
Sono d'accordo	38,49 (577)	44,70 (725)	38,40 (467)
Né d'accordo né in disaccordo	19,88 (298)	22,19 (360)	27,47 (334)
Non sono d'accordo	6,74 (101)	7,71 (125)	13,49 (164)
Non sono per niente d'accordo	3,80 (57)	3,88 (63)	7,65 (93)
Totale	100,00 (1499)	100,00 (1622)	100,00 (1216)

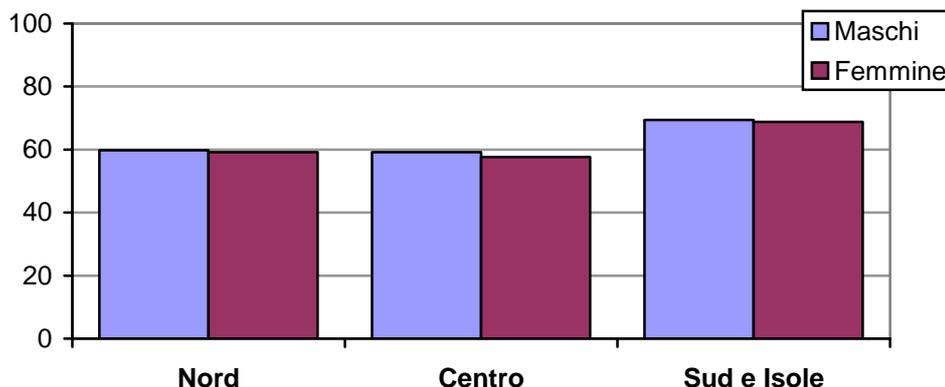
Anche in questo caso si osserva (figura 3.3) come al crescere dell'età il grado d'accordo diminuisce, mentre le differenze tra i sessi, appaiono trascurabili.

Figura 3.3. – Percentuale di coloro che sono “molto d'accordo” o “d'accordo” con l'affermazione “Nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista”, divisi in base all'età e al sesso



Per quanto riguarda le differenze tra le aree geografiche (figura 3.4), si osserva che sono soprattutto gli studenti del sud e delle isole a sentirsi maggiormente incoraggiati, dai propri insegnanti, ad esprimere il proprio punto di vista, e che tra i maschi e le femmine non c'è differenza.

Figura 3.4. – Percentuale di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione “Nella mia classe sono incoraggiato ad esprimere il mio punto di vista”, divisi in base al genere e all’area geografica di appartenenza



Tab. 3.3. – Grado di accordo dichiarato con l’affermazione “Quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo”, relativo agli insegnanti

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	30,85 (464)	19,83 (322)	12,02 (146)
Sono d'accordo	44,68 (672)	48,15 (782)	47,74 (580)
Né d'accordo né in disaccordo	16,56 (249)	22,48 (365)	25,68 (312)
Non sono d'accordo	5,59 (84)	7,14 (116)	10,70 (130)
Non sono per niente d'accordo	2,33 (35)	2,40 (39)	3,87 (47)
Totale	100,00 (1504)	100,00 (1624)	100,00 (1215)

Anche nell’ultimo item, relativo al rapporto con gli insegnanti, si può registrare come più della metà degli studenti riporti di ricevere aiuto quando ne ha bisogno.

Nella figura 3.5, in linea con quanto emerso precedentemente, si osserva come questa percezione diminuisca al crescere dell’età ed, in particolar modo, per le femmine. Infine, nella figura 3.6 si può notare come l’accordo sia ancora maggiore negli studenti, (sia nei maschi, sia nelle femmine) del sud e delle isole.

Figura 3.5. – Percentuale di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione “Quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo”, divisi in base all’età e al sesso

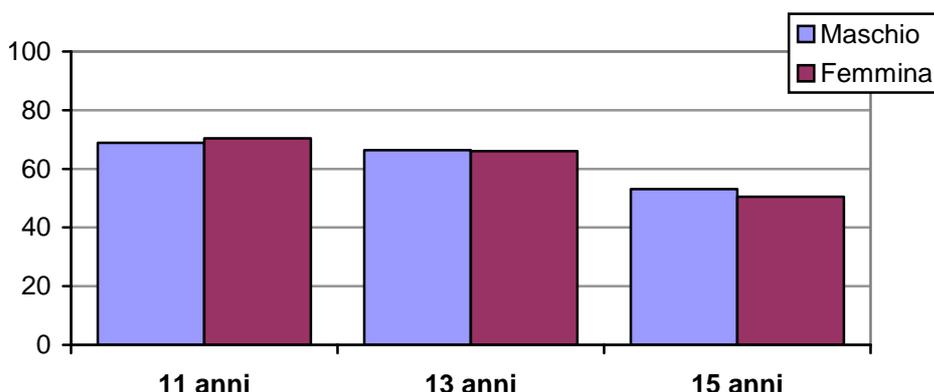
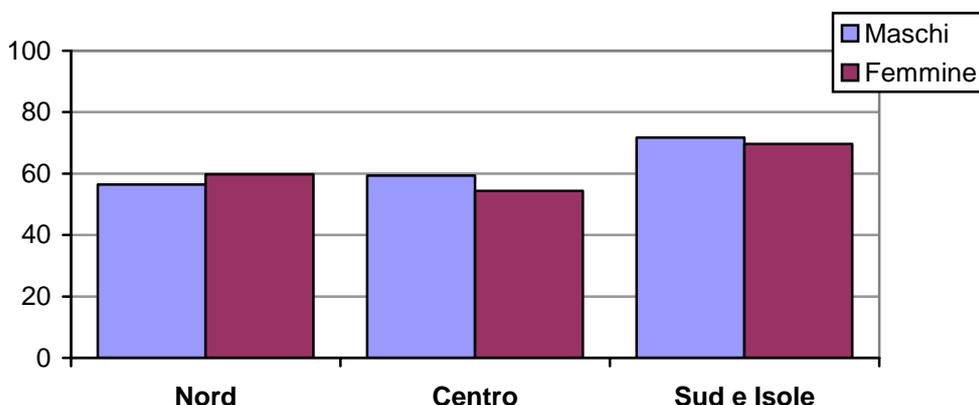


Figura 3.6. – Percentuale di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione “Quando ho bisogno di aiuto supplementare posso riceverlo”, divisi in base al genere e all’area geografica di appartenenza



3.2. Rapporto con i compagni di classe

Buone relazioni e un alto sostegno sociale da parte dei compagni possono accrescere il benessere soggettivo a scuola, ridurre la percezione di stress (Gore et al., 1995; Wetzel, 1998) e influire sulla ricerca di migliori risultati scolastici (DuBois et al., 1992; Wetzel, 1994; Harter, 1996). Altre ricerche confermano tali risultati. In particolare Parker et al. (1993) hanno verificato che, nella seconda infanzia, l’aver un amico intimo ed essere accettato nel proprio gruppo dei pari sono fattori protettivi, positivamente associati all’autostima e alla mancanza di sentimenti di solitudine nelle età successive. Wassrstein et al. (1996), infine, hanno rilevato come la qualità del sostegno fornito dagli amici rappresenti per i preadolescenti un significativo fattore di protezione di fronte allo stress scolastico.

La singolare convergenza di tutti questi risultati fornisce quindi ampie prove sulla funzione adattiva che l’amicizia assolve fin dagli anni della preadolescenza.

Il sostegno dei compagni di classe è stato indagato con i seguenti item: “la maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile” e “i miei compagni mi accettano

per quello che sono". Anche in questo caso, gli studenti potevano mostrarsi da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo" con tali affermazioni. Sempre relativamente al rapporto con i compagni, è stato chiesto "quante volte hai subito atti di bullismo a scuola negli ultimi due mesi", a quest'ultima domanda le risposte all'item si distribuiscono su scala Likert a 5 punti, da "non sono mai stato oggetto di bullismo a scuola nell'ultimo paio di mesi" a "più volte alla settimana".

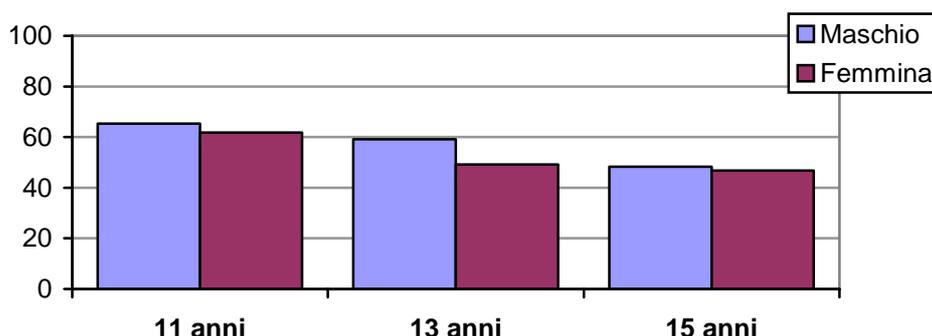
Nella tabella 3.4 presentiamo le risposte relative alla prima affermazione.

Tab. 3.4. – Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	23,52 (354)	15,14 (245)	11,28 (137)
Sono d'accordo	40,07 (603)	38,81 (628)	36,21 (440)
Né d'accordo né in disaccordo	24,12 (363)	28,49 (461)	28,15 (342)
Non sono d'accordo	8,24 (124)	13,41 (217)	19,34 (235)
Non sono per niente d'accordo	4,05 (61)	4,14 (67)	5,02 (61)
Totale	100,00 (1505)	100,00 (1618)	100,00 (1215)

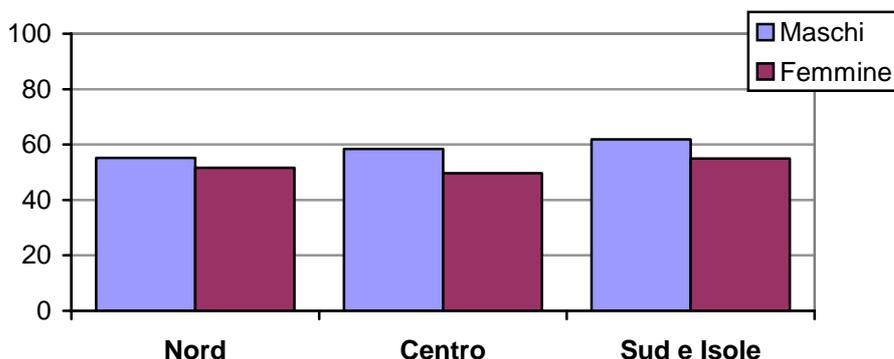
Buona parte del campione riporta di percepire la maggior parte dei propri compagni come gentili e disponibili. Se osserviamo le risposte del campione suddividendole per classi di età (figura 3.7) osserviamo che con il crescere dell'età questa percezione tende a diminuire e che, in particolar modo tra gli studenti delle scuole medie, questa tendenza risulta essere più diffusa tra le ragazze.

Figura 3.7. – Percentuale di coloro che sono "molto d'accordo" e "d'accordo" con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", divisi in base all'età e al sesso



In figura 3.8. vediamo come gli studenti del sud e delle isole percepiscano i propri compagni come gentili e disponibili, in maggior numero rispetto agli studenti del centro e del nord Italia, e di come in tutte le aree geografiche siano soprattutto i maschi a pensare questo dei propri compagni di classe.

Figura 3.8. – Percentuale di coloro che sono “molto d’accordo” e “d’accordo” con l’affermazione “La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, divisi in base all’area geografica di appartenenza



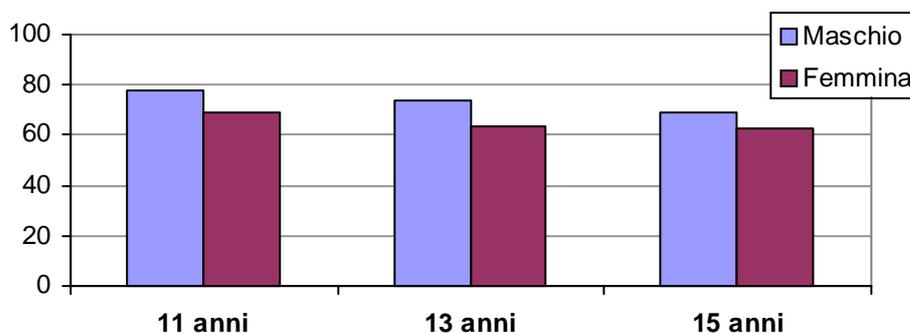
In tabella 3.5. troviamo, invece, le percentuali di risposta relative al sentirsi accettati dai propri compagni.

Tabella 3.5. – Grado di accordo dichiarato con l’affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sono molto d'accordo	34,57 (520)	26,21 (424)	19,80 (241)
Sono d'accordo	38,76 (583)	42,03 (680)	45,77 (557)
Né d'accordo né in disaccordo	16,09 (242)	18,91 (306)	20,54 (250)
Non sono d'accordo	7,65 (115)	8,71 (141)	10,19 (124)
Non sono per niente d'accordo	2,93 (44)	4,14 (67)	3,70 (45)
Totale	100,00 (1504)	100,00 (1618)	100,00 (1217)

Un gran numero di studenti è d'accordo con questa affermazione, ciò vale soprattutto per i ragazzi (vedi figura 3.9) e, anche in questo caso, osserviamo una diminuzione della percentuale di coloro che si sentono accettati, con il crescere dell’età.

Figura 3.9. – Percentuale di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, divisi in base all’età e al sesso



Anche qui (figura 3.10) vediamo si osserva come al sud e nelle isole ci sia un maggior numero di studenti che riporta di sentirsi accettato dai propri compagni. In tutte le aree geografiche si riscontrano maggiori percentuali di maschi, rispetto alle femmine, che si sentono accettati dai propri compagni.

Figura 3.10. – Percentuale di coloro che sono “molto d'accordo” o “d'accordo” con l'affermazione “i miei compagni mi accettano per quello che sono”, divisi in base all'area geografica di appartenenza

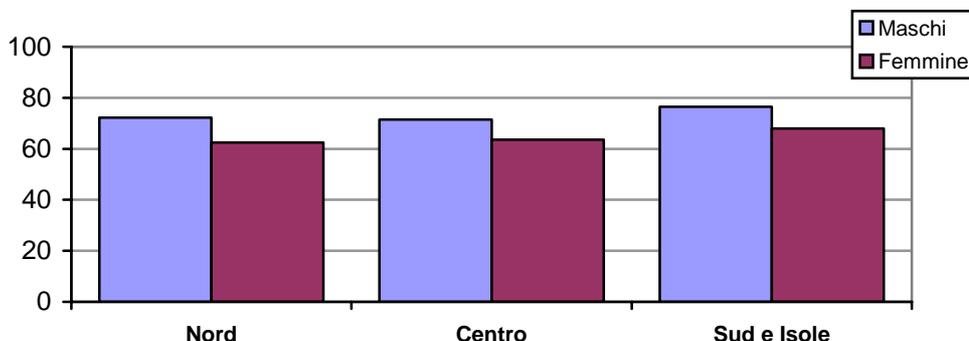
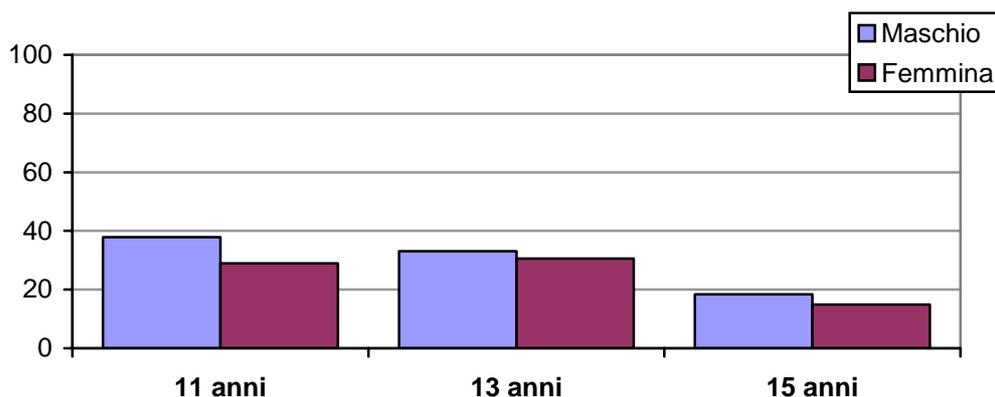


Tabella 3.6. – “Quante volte hai subito atti di bullismo a scuola negli ultimi due mesi?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non sono stato oggetto di bullismo	66,47 (1003)	68,18 (1108)	83,51 (1018)
Una volta o due	21,60 (326)	19,45 (316)	11,07 (135)
2 o 3 volte al mese	3,98 (60)	3,82 (62)	2,05 (25)
Una volta alla settimana circa	2,45 (37)	2,71 (44)	0,98 (12)
Più volte alla settimana	5,50 (83)	5,85 (95)	2,38 (29)
Totale	100,00 (1509)	100,00 (1625)	100,00 (1219)

In tabella 3.6 sono presenti le percentuali relative al “subire atti di bullismo”. Risulta evidente come questo fenomeno sembri diminuire con il crescere dell'età, ovvero, i ragazzi delle superiori presentano una percentuale molto alta di studenti che riporta di non essere mai stata vittima di atti di bullismo. Nella figura 3.11 la differenza tra le classi di età è ancor più evidente, e si nota, inoltre, come questo fenomeno risulti essere maggiormente diffuso nei maschi.

Figura 3.11. – Percentuale di coloro che dichiarano di aver subito, almeno una volta nell'ultimo paio di mesi, atti di bullismo, divisi in base all'età e al sesso



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

3.3. Il rapporto con la scuola

L'impegno scolastico, nella maggior parte dei casi, accompagna il soggetto dall'infanzia alla tarda adolescenza, talvolta occupando una parte importante dell'età giovanile, e richiedendo un investimento emotivo e un dispendio di energie continuato nel tempo (Coleman et al., 1990). La possibilità di vivere serenamente e con soddisfazione questa esperienza risulta di fondamentale importanza per uno sviluppo sano e può incidere positivamente sul benessere e sulla salute in generale degli studenti (Millstein, et al 1993; Samdal et al., 2000).

A conferma di ciò, in diverse ricerche si è osservato che gli studenti non soddisfatti della scuola presentano un maggiore rischio di adottare comportamenti non salutari, lamentando problemi psicosomatici e una ridotta qualità della vita (Kasen et al., 1990; Jessor, 1991; Nutbeam et al., 1991; Nutbeam et al., 1993) e che gli studenti scarsamente adattati all'ambiente ed alle richieste della scuola riportano un maggior numero di lamentele legate alla salute (Garralda, 1996; Hurrelman, et al. 1995).

Il rapporto con la scuola è stato indagato con soli due item, nel primo si è chiesto agli studenti cosa pensano della scuola e le possibilità di risposta andavano da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". Il secondo item riguarda, invece, le richieste della scuola, ovvero il tempo che i ragazzi impiegano per i compiti a casa, al fine di indagare quanto l'impegno scolastico assorba il tempo extrascolastico degli studenti della scuola media e del primo anno delle superiori.

Nella tabella 3.7 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola.

Tabella 3.7. – “Attualmente cosa pensi della scuola?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mi piace molto	20,13 (305)	9,78 (159)	9,22 (112)
Mi piace abbastanza	43,23 (655)	43,38 (705)	42,47 (516)
Non mi piace tanto	25,35 (384)	33,05 (537)	35,64 (433)
Non mi piace per niente	11,29 (171)	13,78 (224)	12,67 (154)
Totale	100,00 (1515)	100,00 (1625)	100,00 (1215)

Nella figura 3.12 possiamo osservare come la scuola piaccia soprattutto alle ragazze e agli studenti delle scuole medie. Mentre, per quanto riguarda la differenza tra aree geografiche (figura 3.13), agli studenti del nord risulta piacere la scuola in misura maggiore (in particolar modo per le ragazze) rispetto ai propri coetanei delle altre zone d'Italia. Si può notare, inoltre, come nel Sud e nelle Isole la differenza tra maschi e femmine tenda a scomparire.

Figura 3.12. – Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, divisi in base all’età e al sesso

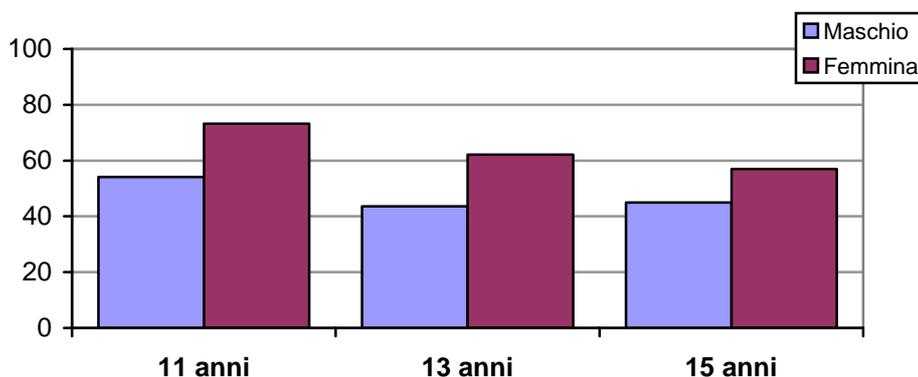
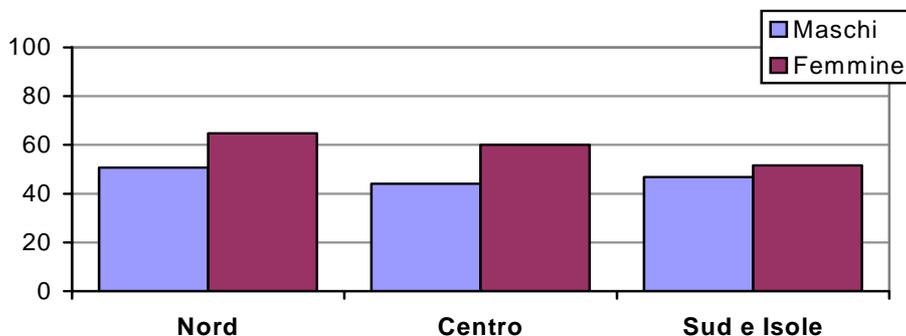


Figura 3.13. – Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, divisi in base all’area geografica di appartenenza

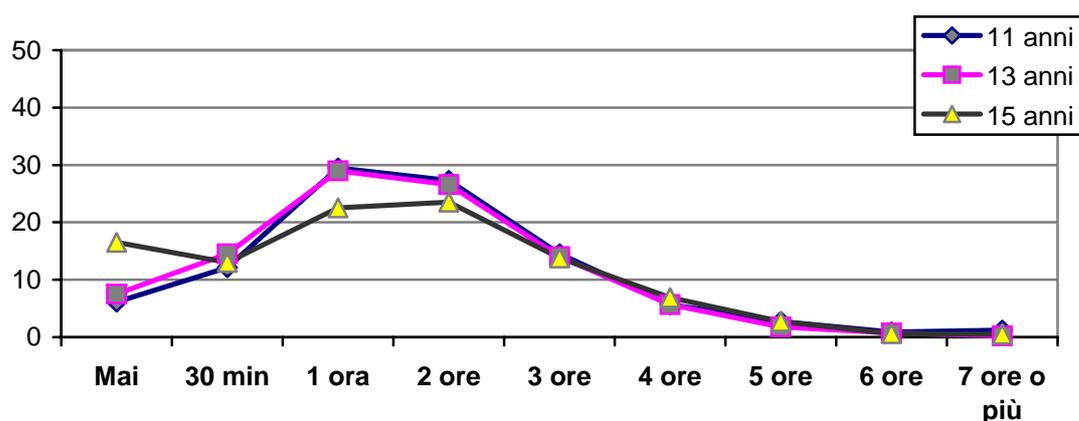


Tab. 3.8. – “Di solito, al di fuori dell’orario scolastico, quante ore al giorno impieghi per fare i compiti, durante la settimana?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	0,93 (14)	1,78 (29)	3,68 (45)
Circa mezz’ora al giorno	7,29 (110)	7,50 (122)	9,89 (121)
Circa un’ora al giorno	22,27 (336)	22,13 (360)	18,81 (230)
Circa 2 ore al giorno	34,46 (520)	33,56 (546)	25,84 (316)
Circa 3 ore al giorno	20,01 (302)	21,94 (357)	21,75 (266)
Circa 4 ore al giorno	9,48 (143)	8,97 (146)	12,43 (266)
Circa 5 ore al giorno	3,84 (58)	2,89 (47)	5,15 (63)
Circa 6 ore al giorno	1,06 (16)	0,92 (15)	1,72 (21)
Circa 7 ore al giorno o più	0,66 (10)	0,31 (5)	0,74 (9)
Totale	100,00 (1509)	100,00 (1627)	100,00 (1223)

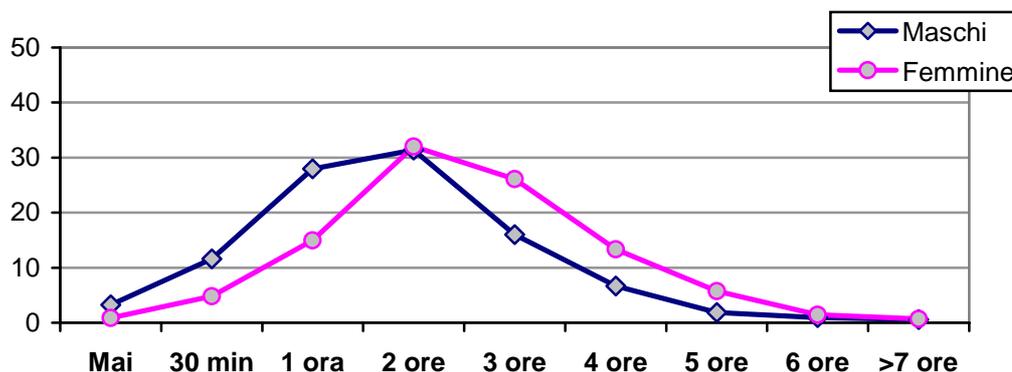
Nella tabella 3.8 si osserva come la maggior parte degli studenti dedichi in media due ore al giorno per fare i compiti a casa. Con il crescere dell’età le ore dedicate allo studio sembrano aumentare, gli studenti delle scuole superiori, presentano infatti percentuali più alte nelle opzioni da “circa 4 ore” a “circa 6 ore” al giorno (figura 3.14)

Figura 3.14. – Frequenze nel numero di ore passate a fare i compiti durante la settimana, divise in base all’età



Relativamente alle differenze tra i sessi, le ragazze riportano di dedicare molte più ore ai compiti per casa, rispetto agli studenti maschi (figura 3.15)

Figura 3.15. – Frequenze nel numero di ore passate a fare i compiti durante la settimana, divise in base al sesso



3.4. Conclusioni

Complessivamente dai dati emerge come un ambiente scolastico percepito come abbastanza supportivo, caratterizzato da buoni rapporti con i pari e con i propri insegnanti, e che si connota come luogo “piacevole”. È soprattutto per i più piccoli che la scuola, e le figure di riferimento che in essa possono incontrare, rappresentano fonte di sostegno e benessere: gli undicenni si sentono trattati equamente e aiutati in caso di necessità dai propri insegnanti, che sembrano anche incoraggiarli ad esprimersi liberamente; ed anche i compagni sono vissuti come gentili e disponibili.

Con il passaggio dai 13 ai 15 anni, invece, la scuola sembra diventare un luogo sempre meno piacevole dove stare ed anche le relazioni che in essa si intrattengono sembrano diventare sempre meno supportive. La diminuzione del piacere nei confronti della scuola può essere letta anche alla luce del dato relativo alle ore di tempo libero dedicate allo studio, dove risulta che con il crescere dell’età, gli studenti dedicano un numero di ore sempre maggiore per i compiti a casa.

È da sottolineare, inoltre, come in generale un miglior rapporto con la scuola si sia potuto riscontrare al sud e nelle isole, rispetto alle altre aree geografiche dell’Italia.

Un ulteriore aspetto che sembra importante sottolineare è come all’interno dei diversi contesti scolastici (scuole medie e scuole superiori) siano diffusi, sebbene in percentuali modeste ma non trascurabili, atti di bullismo. Queste forme di prevaricazione ripetute possono essere fonte, per le vittime, di una progressiva perdita di autostima e sicurezza e per i “bulli” di un ricorso sistematico della violenza quale modalità relazionale prevalente. Incoraggiante è comunque il dato per il quale tale fenomeno sembrerebbe ridursi consistentemente con il passaggio alle scuole superiori, forse con l’acquisizione di competenze relazionali più raffinate e mature.

Bibliografia capitolo 3

Bond L. A., Compas B. (1989). *Primary Prevention and Promotion in the school*. London, Sage.

- Cauce A.M. (1986). Social networks and social competence: Exploring the effects of early adolescent friendships. *American Journal of Community Psychology*, (14): 607-628.
- Coleman J.C. (1979). *The school years: Current issues in the socialization of young people*. London, Methuen.
- Coleman J.C., Hendry L. (1990). *The nature of adolescence*, Londra, Routledge. (tr. it. *L'organizzazione sociale*. Bologna, Il Mulino. 1992).
- DuBois D. L., Felner R. D., Brands S., Adan A. M., Evans E. G. (1992). A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence. *Child Development*, (63): 542-557.
- Dubow E.F., Tisak J. (1989). The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: The role of social support and social problem-solving skills. *Child Development*, (60): 1412-1423.
- Dubow E.F., Tisak J., Causey D., Hrysko A., Reid G. (1991). A two-year longitudinal study of stressful life events, social support, and social problem-solving skills: Contributions to children's behavioral and academic adjustment. *Child Development*, (62): 583-599.
- Garralda M. E. (1992). A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Journal of Psychiatry*, (161): 759-773.
- Garralda M. E. (1996). *Somatisation in children*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (37): 13-33.
- Gore S., Aseltine R. H. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, (23): 301-327.
- Harter S. (1996). Teacher and classmate influences on scholastic motivation, self-esteem, and level of voice in adolescents. In: Juvonen, J. & Wentzel, K. R. (eds.), *Social motivation: Understanding children's school adjustment*. New York: Cambridge University Press, 11-42.
- Hurrelmann K., Leppin A., Nordlohne E. (1995). Promotion health in school: the German example. *Health Promotion International*, (10): 121-131.
- Jessor R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of adolescence health*, (12): 597-605.
- Kasen S., Johnson J. Cohen P. (1990). The impact of school emotional climate on student psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (18): 165-177.
- Millstein S. G., Nightingale E. O., Peterson A. C. (1993). Promoting the healthy development of adolescents. *Journal of the American Medical Association*, (269): 1413-1415.
- Nutbeam D., Aarö L.E. (1991). Smoking and pupil attitudes toward school: The implications for health education with young people. *Health Education Research*, (6): 415-421.
- Nutbeam D., Smith C., Moore L., Bauman A. (1993). Warning! Schools can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatric and Child Health*, (29): 25-30.
- Parker J. G., Asher S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, (29): 611-621.
- Petters G. (1996). *Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza*. Firenze, La Nuova Italia.
- Pombeni M. L. (1997). L'adolescente e la scuola. In: *Psicologia dell'adolescenza*. Palmonari A. (a cura di).
- Resnick M.D., Harris L.J., Blum R.W. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatric and Child Health*, (29): 3-9.
- Samdal O., Nutbeam D., Wold B., Kannas L. (1998). Achieving health and educational goals through schools – a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research*, (13): 383-397.
- Samdal O., Wold B., Torsheim T. (2000). The relationship between the students' perception of school and their reported health and quality of life. *Health and health behaviour among young people*. WHO Policies Series, 1. 2000. [On line] Disponibile: www.who.dk/hbsc.
- Wasserstein S. B., La Greca A. (1996). Can peer support buffer against behavioural consequences of parental discord? *Journal of Clinical Child Psychology*, (25): 177-182.
- Wentzel K. R. (1994). Relations of social goal pursuit to social acceptance, classroom behaviour, and perceived social support. *Journal of Educational Psychology*, (86): 173-182.
- Wentzel K. R. (1998). Social Relationship and Motivation in Middle School: The Role of Parent, Teachers, and Peers. *Journal of Educational Psychology*, (2): 202-209.
- Zappulla C., Inguglia C., Lo Coco A. (2000). Il supporto sociale in età scolare. *Età Evolutiva*, (65): 59-69.

Capitolo 4: Sport e tempo libero

Alessio Vieno, Massimo Santinello, Lorenza Dallago, Karin Davoli, Elena Galbiati

Abstract

We found a decrease of physical activity with increasing age, especially for girls. This is consistent with literature data. This decrease goes along with an increase of sedentary activities, such as watching TV and computer use. This combination of less physical activity and more inactive behaviour is negative for health.

Use of computer is higher for boys, watching TV is higher for girls.

Considering new communication media, such as telephone, SMS and e-mail, girls are more involved than boys. Boys seem to prefer real interaction: they go out more often with friends. This is true especially for boys from Southern Italy: they go out, in the evening and in the afternoon, more often than boys from Northern or Central Italy.

Questa parte della ricerca ha analizzato il modo in cui i preadolescenti italiani organizzano la loro giornata, gli impegni quotidiani e la gestione del tempo libero. Verranno innanzitutto esaminati alcuni comportamenti come la pratica di attività sportive o sedentarie dei ragazzi e l'uso del tempo libero, inteso in maniera tradizionale, ossia di quanto tempo i ragazzi passano in compagnia dei coetanei al di fuori dell'orario scolastico, ed in modo nuovo con l'utilizzo di moderne tecnologie (telefono, e-mail, sms).

Il recente interesse per la frequenza dell'attività fisica in adolescenza è collegato al progressivo aumento dell'obesità in questa fascia d'età (Welk et al., 2000). Nonostante la relazione tra attività fisica costante e salute in età adolescenziale risulti meno documentata che in età adulta, questa abitudine è legata al benessere psicosociale e allo stato di salute fisica futuro (Hickman et al., 2000; Stroebe et al., 1997). Molti studi hanno infatti evidenziato come l'attività fisica sia un fattore determinante per l'aumento dell'autostima, della soddisfazione per il proprio corpo e sia anche un fattore protettivo per la depressione e l'ansia (Fox, 2000; Alfermann et al., 2000). In effetti, queste attività non possono essere solo considerate mezzi per passare il tempo, ma rappresentano dei comportamenti attraverso i quali si costruisce l'identità soggettiva e si gestisce la propria socializzazione: in tal senso, l'attività sportiva, oltre ad essere motivata dal desiderio di migliorare le proprie capacità ed il proprio aspetto, può essere collocata tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi per divertirsi e per sviluppare nuove amicizie.

La televisione ed il computer, al contrario, rappresentano forme di svago passivo ed occupano attualmente la maggior parte del tempo non "scolastico" soprattutto tra gli adolescenti di sesso maschile (Zanon et al., 2000). L'utilizzo eccessivo di tali mezzi si associa spesso all'assunzione di cibi ipercalorici ed alla diminuzione del tempo impiegato nella pratica di attività sportiva. Questa combinazione di fattori risulta determinante nell'insorgenza di problemi di obesità, disturbi coronari e cardiaci, di ipertensione e diabete (Garcia et al., 1998), con ripercussioni che si acquisiscono con il passaggio all'età adulta.

Infine, il tempo che i ragazzi passano con i loro coetanei al di fuori di contesti supervisionati da adulti, siano essi genitori o insegnanti, acquisisce particolare importanza durante la fase adolescenziale. Le interazioni sociali all'interno del gruppo dei pari possono rivelarsi un importante stimolo all'arricchimento delle abilità sociali del ragazzo, di incremento dell'identità personale, oltre che offrire nuove forme di sostegno sociale. Bisogna d'altro canto considerare come questi importanti momenti che i ragazzi riescono a trascorrere con i coetanei, risultano associati all'assunzione di comportamenti a rischio come ad esempio l'uso di sostanze. Il rischio di incorrere in comportamenti rischiosi per la

salute risulta comunque maggiormente legato al contesto all'interno del quale i ragazzi risultano inseriti (Hermann et al., 1998)

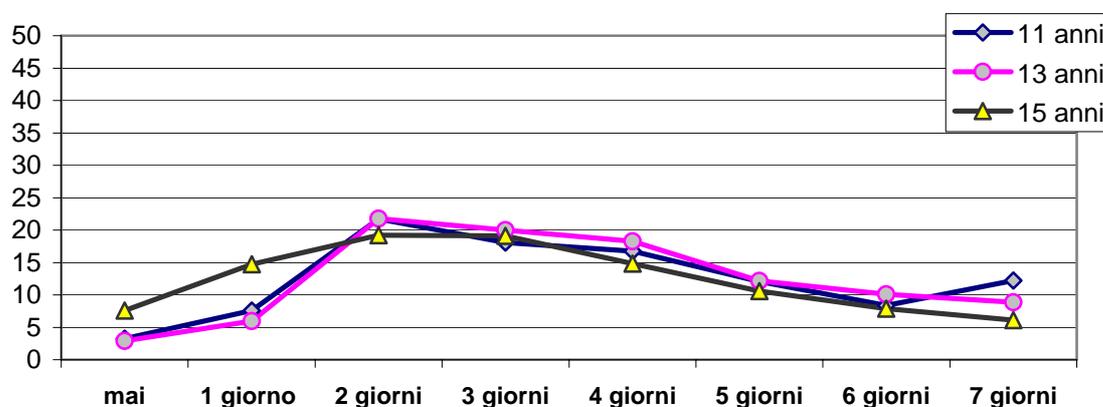
4.1. Frequenza dell'attività fisica

Tabella 4.1. – “In una settimana normale, quanti giorni fai attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non faccio mai attività sportiva	3,25 (49)	2,91 (47)	7,57 (93)
Un giorno	7,57 (114)	5,94 (96)	14,73 (181)
Due giorni	21,71 (327)	21,78 (352)	19,20 (236)
Tre giorni	18,06 (272)	19,99 (323)	19,12 (235)
Quattro giorni	16,73 (252)	18,25 (295)	14,81 (182)
Cinque giorni	12,08 (182)	12,19 (197)	10,58 (130)
Sei giorni	8,37 (126)	10,09 (163)	7,89 (97)
Sette giorni	12,22 (184)	8,85 (143)	6,10 (75)
Totale	100,0 (1508)	100,0 (1623)	100,0 (1224)

Relativamente alla pratica dell'attività sportiva possiamo osservare (tabella 4.1) come soltanto una ridotta percentuale dei ragazzi italiani non svolge questo tipo di attività: il 3.25% dei ragazzi di 11 anni, il 2.91% dei ragazzi di 13 ed il 7.57% dei ragazzi di 15. La maggior parte del campione (circa il 60%) svolge attività fisica tra le due e le quattro volte a settimana.

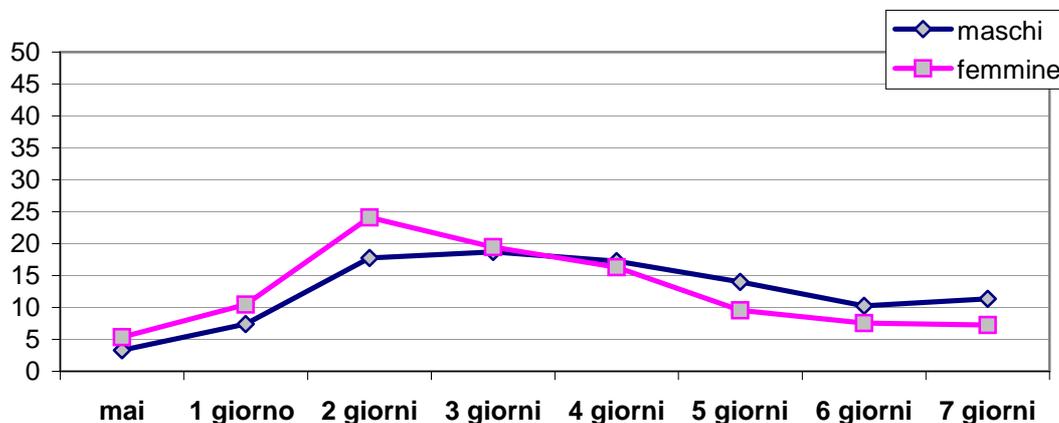
Figura 4.1. – Percentuali di frequenza dell'attività fisica settimanale (almeno 60 minuti al giorno), per età



Osservando poi il trend legato all'età (figura 4.1), in accordo con molti studi condotti su popolazioni di adolescenti (Hickman et al., 2000) si può riscontrare un sostanziale

diminuzione del tempo dedicato a questa attività che si verifica all'aumentare dell'età. Osservando i due estremi del grafico si può notare come a praticare con minor assiduità attività sportiva siano i ragazzi più grandi, mentre, all'estremo opposto, quelli che la praticano di più sono i più piccoli.

Figura 4.2. – Percentuali e frequenza dell'attività fisica settimanale (almeno 60 minuti al giorno), per genere



Un secondo fattore determinante per questo comportamento salutare è risultato il genere di appartenenza (King et al., 1996). Si può riscontrare (figura 4.2) come siano i maschi a contraddistinguersi per un maggior ricorso a quest'attività. Osservando l'andamento della curva si può evincere come all'estremo "negativo" (mai) le percentuali di ragazze superano quelle dei ragazzi; la situazione tende a ribaltarsi con lo spostamento verso l'estremo opposto (7 volte a settimana).

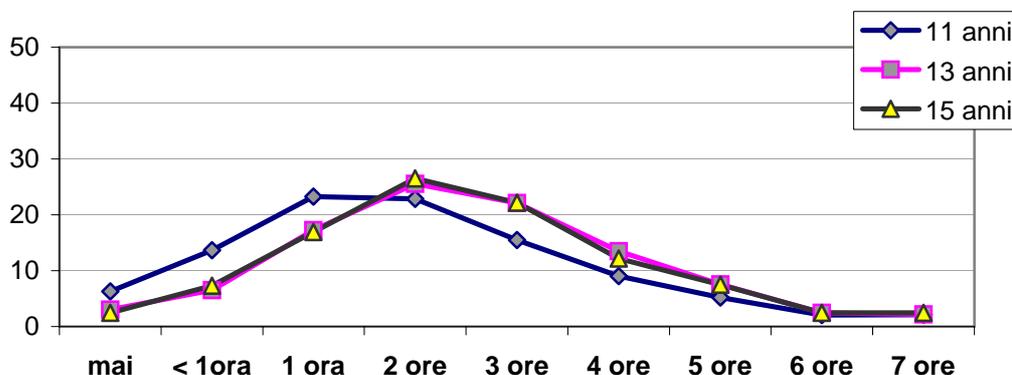
4.2. Frequenza dell'uso di televisione e computer e nuove forme di comunicazione

Tabella 4.2. – "Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno guardi la televisione (videocassette comprese)?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6,28 (95)	3,01 (49)	2,47 (30)
Mezzora al giorno	13,68 (207)	6,50 (106)	7,33 (89)
1 ora al giorno	23,27 (352)	17,24 (281)	16,89 (205)
2 ore al giorno	22,87 (346)	25,52 (416)	26,52 (322)
3 ore al giorno	15,47 (234)	22,09 (360)	22,16 (269)
4 ore al giorno	9,05 (137)	13,50 (220)	12,19 (148)
5 ore al giorno	5,22 (79)	7,55 (123)	7,50 (91)
6 ore al giorno	2,05 (31)	2,45 (40)	2,47 (30)
7 ore al giorno	2,12 (32)	2,15 (35)	2,47 (30)
Totale	100,0 (1413)	100,0 (1630)	100,0 (1214)

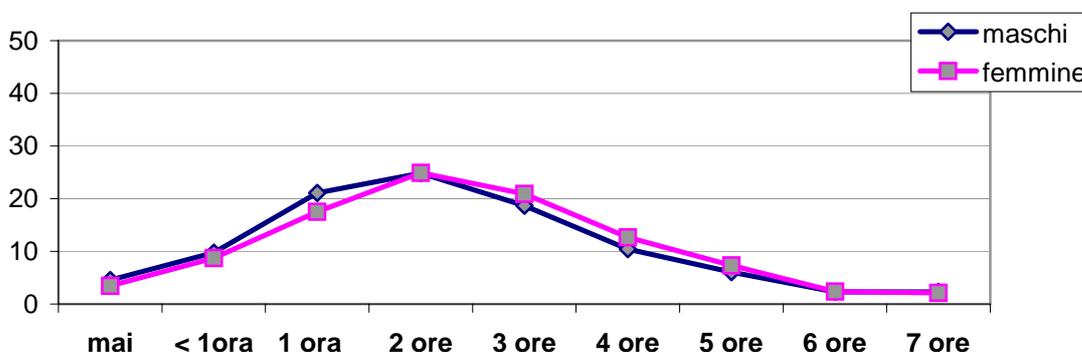
Per quanto riguarda il comportamento passivo maggiormente diffuso, ovvero l'utilizzo del mezzo televisivo, i preadolescenti italiani sembrano non differenziarsi nelle tre fasce d'età considerate (tabella 4.2). Si osserva come siano i ragazzi di undici anni a differenziarsi positivamente: circa il 20% di questi (rispetto al 10% dei tredicenni e dei quindicenni) dichiara di passare meno di un'ora davanti al televisore.

Figura 4.3. – Percentuali di frequenza dell'uso del mezzo televisivo, per età



In figura 4.3 si può notare come gran parte dei preadolescenti italiani passino tra 1 e 4 ore di fronte alla televisione, anche se esiste una discreta percentuale di ragazzi (tra il 10 ed il 15%) che intraprende questo tipo di "inattività" per più di 4 ore al giorno.

Figura 4.4. – Percentuali di frequenza dell'uso del mezzo televisivo, per genere



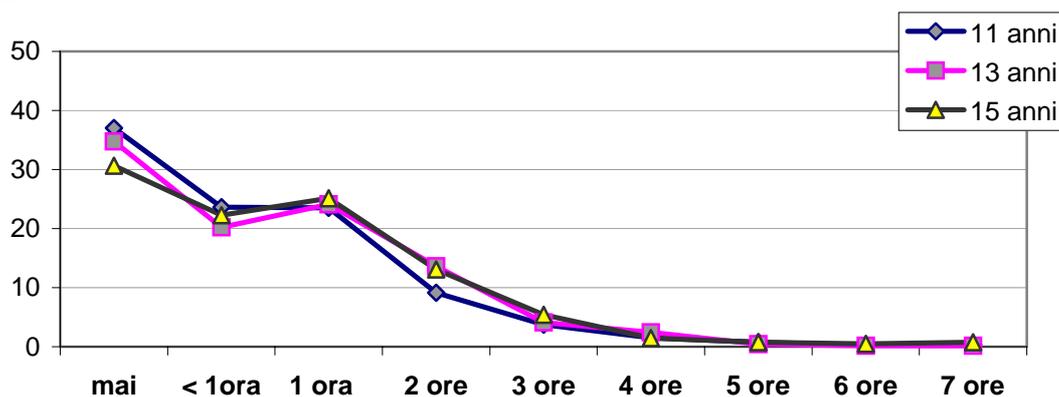
Maschi e femmine, contrariamente a quanto riscontrato da Zanon et al. (2000) non sembrano differenziarsi in maniera decisiva: in ogni caso, osservando la figura 4.4, possiamo osservare come le donne sembrano usufruire del mezzo con più assiduità: in effetti, nella parte relativa al basso utilizzo osserviamo come la percentuale dei maschi sia superiore a quella delle donne; la tendenza sembra ribaltarsi passando all'utilizzo massiccio della tv. Non si sono riscontrate delle differenze tra le aree geografiche.

Tabella 4.3. – “Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer (per giocare, scrivere e ricevere e-mail, chattare o navigare in Internet)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	37,01 (554)	34,74 (559)	30,63 (374)
Mezzora al giorno	23,65 (354)	20,20 (325)	22,28 (272)
1 ora al giorno	23,51 (352)	24,11 (388)	25,14 (307)
2 ore al giorno	9,15 (137)	13,61 (219)	13,10 (160)
3 ore al giorno	3,74 (56)	4,10 (66)	5,41 (66)
4 ore al giorno	1,54 (23)	2,42 (39)	1,47 (18)
5 ore al giorno	0,73 (11)	0,44 (7)	0,74 (9)
6 ore al giorno	0,27 (4)	0,19 (3)	0,49 (6)
7 ore al giorno	0,40 (6)	0,19 (3)	0,74 (9)
Totale	100,0 (1497)	100,0 (1609)	100,0 (1221)

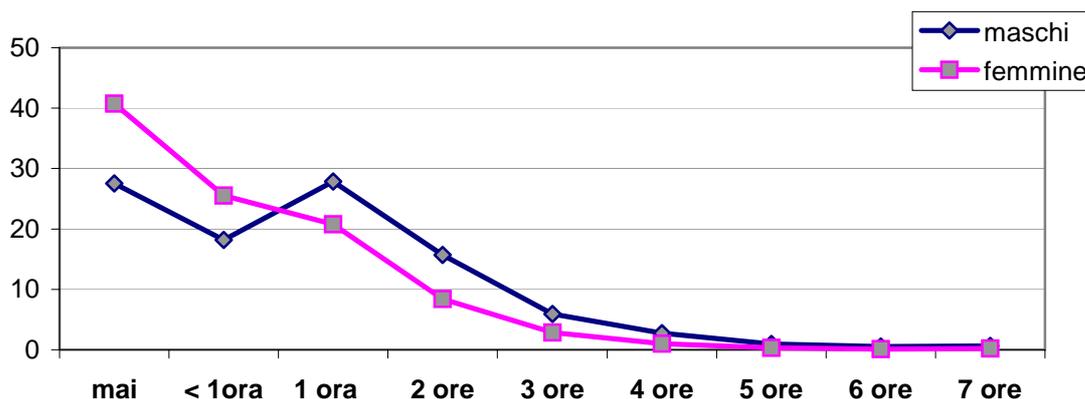
Nonostante il computer sia ormai un mezzo di utilizzo comune ben un ragazzo su tre (tabella 4.3) dichiara di non utilizzarlo. Osservando poi la figura 4.5 possiamo riscontrare un trend per cui si assiste ad un incremento dell'utilizzo con l'aumentare dell'età.

Figura 4.5. – Percentuali di frequenza dell'uso del computer, per età



Una seconda informazione desumibile dalla figura 5, riguarda il tempo impiegato per questo tipo di attività da parte dei ragazzi italiani: gran parte di loro spende in media al giorno tra la mezz'ora e le due ore.

Figura 4.6. Percentuali di frequenza dell'uso del computer, per genere



Le differenze più sostanziali relativamente a questo tipo di attività riguardano il genere di appartenenza (figura 5.6). Sono le ragazze a dichiarare minor dimestichezza con il computer: più del 40% di esse dichiara di non utilizzarlo mai (contro il 27% dei ragazzi). Osservando la figura 6 si può evincere come vi sia una inversione di tendenza con il passaggio ad un utilizzo più massiccio del mezzo.

Ancora una volta non sono state riscontrate particolari differenze dovute alla zona geografica di residenza dei ragazzi.

4.3. Rapporti con i pari

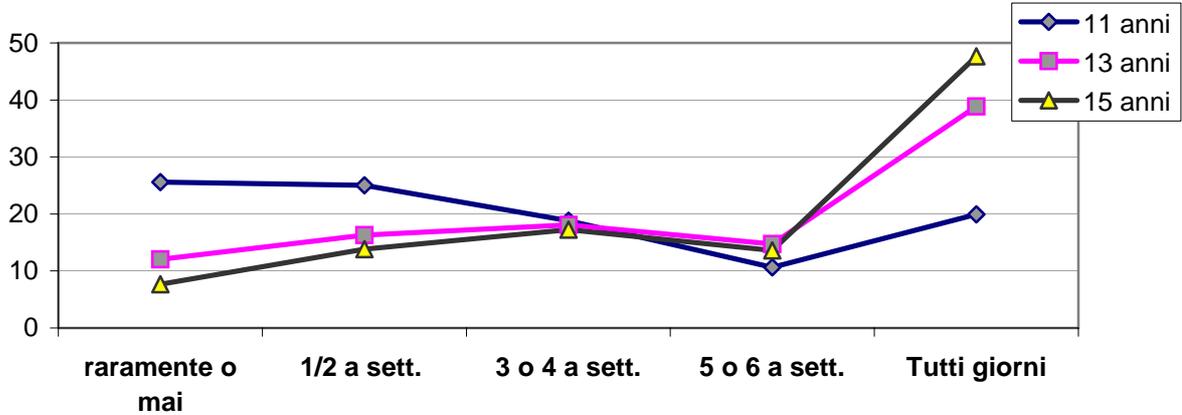
Tra le varie forme di relazione con i pari, un aspetto indagato nella ricerca riguarda l'utilizzo delle nuove forme di comunicazione: telefono, SMS o e-mail. Anche in questo caso possiamo osservare (tabella 4.4) un forte trend legato all'età: la percentuale di soggetti che dichiara di non utilizzare questa forma di comunicazione decresce fortemente passando dal 25 % degli undicenni, al 12% dei tredicenni ed al 7% dei quindicenni.

Tabella 4.4 – “Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o gli mandi messaggi (SMS) o e-mail?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Raramente o mai	25,61 (388)	12,03 (196)	7,69 (94)
Uno o due giorni a settimana	25,02 (379)	16,27 (265)	13,83 (169)
Tre o quattro giorni a settimana	18,81 (285)	18,11 (295)	17,27 (211)
Cinque o sei giorni a settimana	10,63 (161)	14,73 (240)	13,58 (166)
Tutti i giorni	19,93 (302)	38,86 (633)	47,63 (582)
Totale	100,0 (1515)	100,0 (1629)	100,0 (1222)

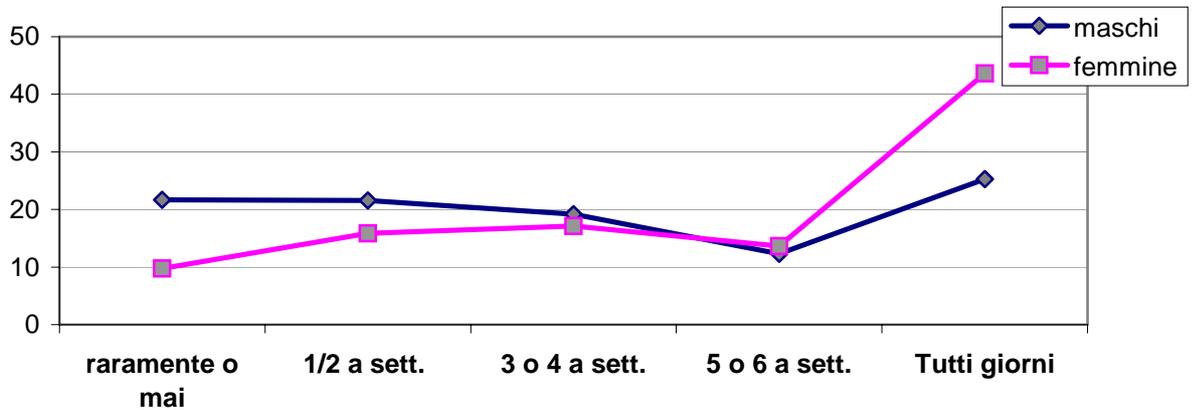
Osservando l'estremo opposto, ovvero quello di un utilizzo importante, si può notare come esista una grande percentuale (almeno tra i quindicenni) che usa questi strumenti almeno una volta al giorno.

Figura 4.7. – Percentuali di frequenza dell'utilizzo di telefono, messaggi SMS o e-mail, per età



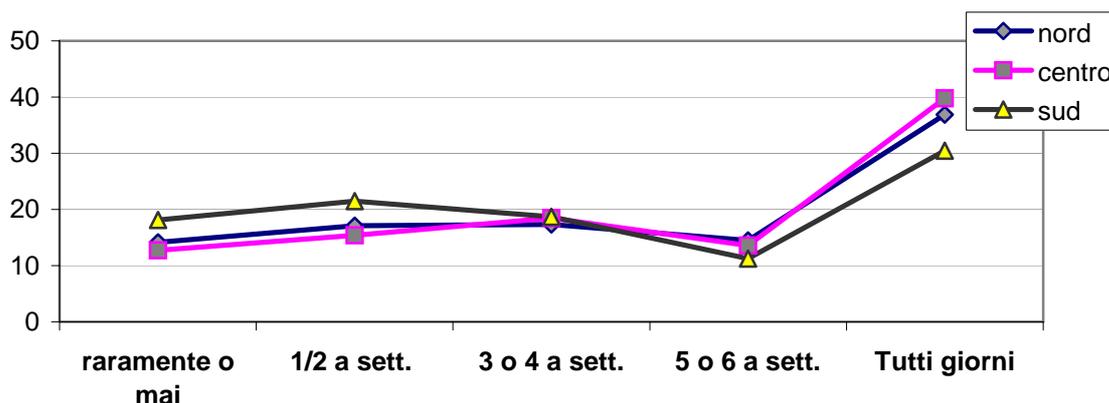
L'osservazione della figura 4.7 offre una visione d'insieme di questo fenomeno: anche in questo caso i dati evidenziano un'inversione di tendenza tra le tre fasce d'età per cui all'aumentare dell'età si assiste ad un aumento nell'utilizzo di questi strumenti.

Figura 4.8. – Percentuali di frequenza dell'utilizzo di telefono, messaggi SMS o e-mail, per genere



Ancora una volta il sesso si rivela un fattore determinante (figura 4.8). Si può notare come siano le ragazze ad utilizzare con maggiore frequenza questa forma di comunicazione. In effetti quasi una ragazza su due (44%), rispetto ad un ragazzo su 4 (25%), comunicano in questo modo almeno una volta al giorno. All'estremo opposto, i ragazzi che non usano mai questa forma di comunicazione sono il 21% contro meno del 10% delle coetanee di sesso femminile.

Figura 4.9. – Percentuali di frequenza dell'utilizzo di telefono, messaggi SMS o e-mail, per zona geografica



Anche la zona di residenza (figura 4.9) sembra in qualche modo incidere su questo tipo di comunicazione: i ragazzi del centro, seguiti da quelli del nord e da quelli del sud, paiono più coinvolti in questo tipo di attività. L'uso più assiduo (tutti i giorni), viene dichiarato dal 40% dei ragazzi del centro e dal 37% dei ragazzi del nord, mentre la percentuale scende al 30% per quel che concerne i ragazzi del sud e delle isole.

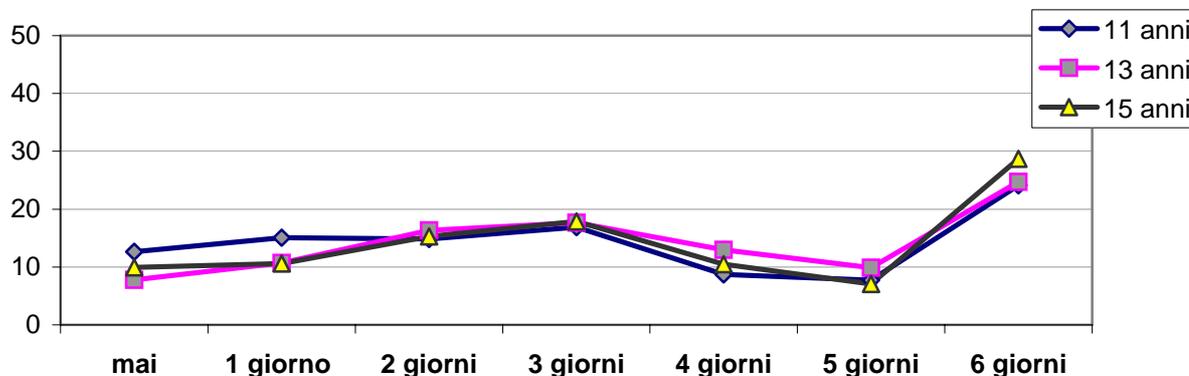
Tabella 4.5. – “Di solito, quanti giorni alla settimana stai con i tuoi amici subito dopo la scuola?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	12,66 (192)	7,77 (126)	9,93 (122)
Un giorno	15,04 (228)	10,73 (174)	10,58 (130)
Due giorni	14,84 (225)	16,34 (265)	15,30 (188)
Tre giorni	16,89 (256)	17,63 (286)	17,90 (220)
Quattro giorni	8,71 (132)	12,95 (210)	10,50 (129)
Cinque giorni	7,72 (117)	9,86 (160)	7,08 (87)
Sei giorni	24,14 (366)	24,72 (401)	28,72 (353)
Totale	100,0 (1508)	100,0 (1623)	100,0 (1224)

Al di fuori del contesto scolastico i ragazzi che dichiarano di non passare dei pomeriggi con gli amici risultano una percentuale abbastanza marginale (tabella 4.5): il campione non sembra differenziarsi molto a seconda dell'età, anche se è possibile notare come siano i più piccoli a raggiungere il più alto punteggio percentuale. I ragazzi delle tre fasce d'età (figura 4.10) sembrano distribuirsi piuttosto uniformemente tra le varie modalità di risposta, anche se si può osservare un picco per quel che concerne la possibilità di uscire per sei giorni la settimana: un ragazzo su tre dichiara di incontrare i suoi amici durante tutti i pomeriggi della settimana.

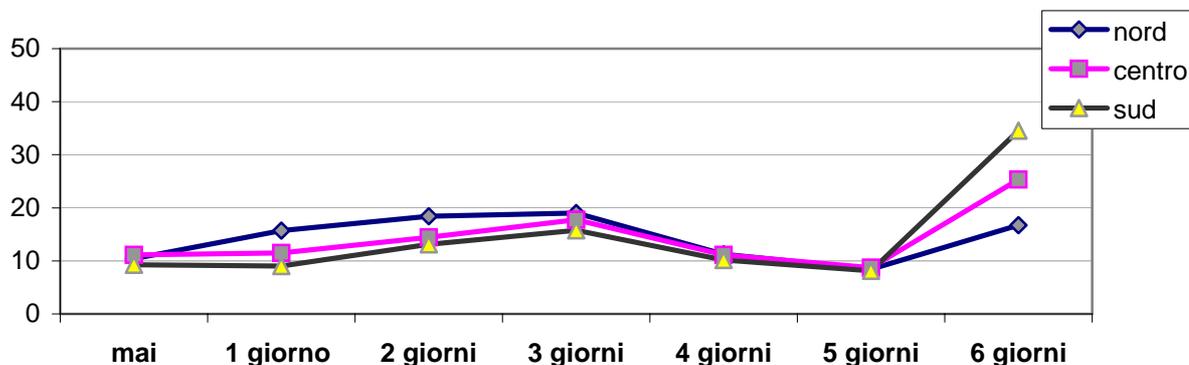
Differenze sono state riscontrate anche per quanto riguarda il genere: sono i maschi a dichiarare di uscire con maggior frequenza.

Figura 4.10. – Percentuali di frequenza dei pomeriggi settimanali con amici, per età



Come era facile attendersi, sono state riscontrate (figura 4.11) notevoli differenze dovute anche alla zona geografica di residenza. I ragazzi del sud dichiarano di uscire più giorni la settimana rispetto a i coetanei del centro e del nord: prendendo in considerazione, ad esempio, coloro che dichiarano di uscire sei giorni a settimana, si assiste ad un progressivo aumento della percentuale partendo dal nord (16%) passando al centro (25%) per finire al sud e isole (35%).

Figura 4.11. - Percentuali di frequenza dei pomeriggi settimanali con amici, per zona geografica



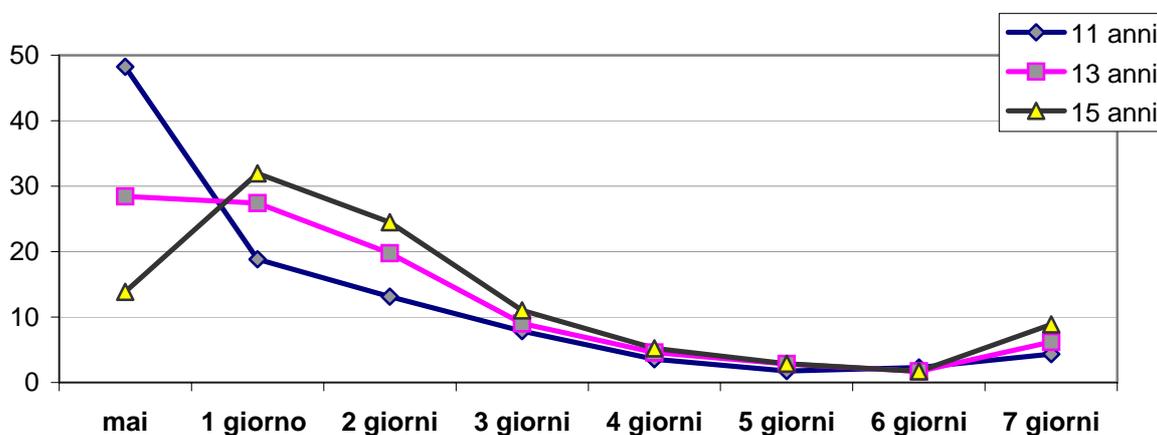
Inoltre, come facilmente prevedibile, i ragazzi più grandi dichiarano di passare più serate con gli amici (tabella 4.6).

Tabella 4.6. – “Di solito, quante sere alla settimana esci con i tuoi amici?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	48,22 (732)	28,44 (463)	13,87 (170)
Un giorno	18,84 (286)	27,40 (446)	31,97 (392)
Due giorni	13,11 (199)	19,78 (322)	24,47 (300)
Tre giorni	7,84 (119)	9,03 (147)	11,01 (135)
Quattro giorni	3,56 (54)	4,61 (75)	5,22 (64)
Cinque giorni	1,78 (27)	2,83 (46)	2,85 (35)
Sei giorni	2,31 (35)	1,72 (28)	1,71 (21)
Sette giorni	4,35 (66)	6,20 (101)	8,89 (109)
Totale	100,0 (1518)	100,0 (1628)	100,0 (1226)

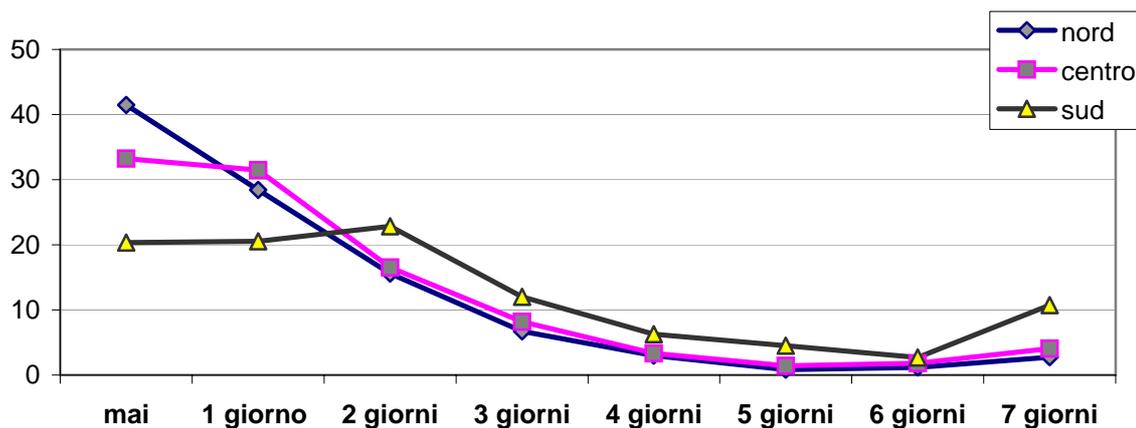
In questo caso si assiste ad una forte differenziazione per fascia d'età: mentre quasi un ragazzo su due degli undicenni e un ragazzo su tre dei tredicenni non esce la sera, meno del 15% dei ragazzi di quindicenni lamenta questo tipo di restrizione (figura 4.12).

Figura 4.12. - Percentuali di frequenza delle uscite serali settimanali, per età



In questo caso, il sesso non sembra essere una caratteristica determinante per questo comportamento. L'8% del campione dichiara di uscire quasi tutte le sere: in questo caso si riscontrano delle differenze di genere, per cui i maschi (11%) sembrano distinguersi rispetto alle femmine (5%)

Figura 4.13. Percentuali di frequenza delle uscite serali, per zona geografica



Confermando quanto riscontrato relativamente alle uscite pomeridiane, i ragazzi del sud dichiarano di uscire maggiormente la sera (figura 4.13): in questo caso le maggiori differenze sono riscontrabili nella parte della bassa frequenza delle uscite. Prendendo, ad esempio, le percentuali di ragazzi che non escono mai la sera si riscontra una progressiva diminuzione delle uscite passando dal nord (41%), al centro (33%) al sud (20%). La tendenza si ribalta osservando l'estremo opposto della figura.

4.4. Conclusioni

In accordo con molte ricerche condotte su adolescenti di diverse nazioni, l'indagine ha evidenziato come vi sia, tra i preadolescenti italiani, all'aumentare dell'età, una progressiva diminuzione della pratica di attività sportive, che comunque risulta sempre più diffusa tra i maschi. Questa diminuzione coincide e con un aumento delle in-attività sedentarie, come la visione del televisore o l'uso del computer: questa tendenza, ampiamente documentata in letteratura, può costituire una combinazione piuttosto negativa per la salute dei ragazzi.

Le attività sedentarie sembrano attirare in maniera dissimile femmine e maschi: in effetti i maschi si differenziano dalle femmine per un maggior utilizzo del computer, mentre le femmine lo fanno rispetto all'utilizzo del televisore. Relativamente all'uso del computer bisogna sottolineare che una gran parte del campione sembra prediligere altre attività.

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

Infine, l'ultima indicazione offerta dai nostri dati riguarda la quantità di tempo passata con gli amici, sia di sera che il pomeriggio, dai ragazzi residenti nelle diverse zone geografiche d'Italia: sono i ragazzi del sud a passare più tempo fuori con gli amici rispetto ai coetanei del centro e del nord.

Bibliografia capitolo 4

- Alfermann D., Stoll O. (2000). Effects of physical exercise on self concept and well being. *International Journal of Sport Psychology*, 30: 47-65.
- Fox K.R. (2000). Self-esteem, self perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31: 228-240.
- Garcia A.W., Pendler N., Antonakos C.L., Ronis D.L. (1998). Changes in physical activities beliefs and behavior of boy and girl across the transition of junior high school. *Journal of Adolescence Health*, 22 (5), 394-402.
- Hermann J., Sambrano S., Springer J.F., Sale E., Turner C. (1998). Alternative correlates to adolescent substance use: a multivariate analysis. Paper presented at the *American Public Health Association Annual Meeting*, Washington, November.
- Hickman M., Roberts C., Matos M. (2000). Exercise and leisure time activities. In Currie C., Hurrelman K., Settertobulte W., Smith R., Todd J. (eds), *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- King A., Wold B., Harel Y., Tudor-Smith C. (1996). *The health of youth. A cross national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. Milano, McGraw Hill.
- Welk G.J., Corbin C.B., Dale, D. (2000). Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71 (2): 59-73.
- Zanon L., Celata C., Rossin R., Vialetto S., Sanclemente A., Usai C., Zeppego P. (1997). I comportamenti a rischio. In Celata C., Cirri M., Zanon L. (a cura di), *Il mondo dell'adolescenza: pensieri, enigmi, provocazioni*. Milano, Franco Angeli.

Capitolo 5: Abitudini alimentari e immagine corporea

Paola Dalmaso, Alessio Zambon, Alberto Borraccino, Franco Cavallo, Patrizia Lemma

Abstract

Eating behaviour in childhood and adolescence is important not only to promote health, growth and intellectual development, but also to influence future health status. Healthy eating during this period can prevent immediate (iron deficiency, anaemia, obesity, eating disorders, dental problems) as well as long-term health problems, such as coronary heart disease, stroke, cancer, hypertension and osteoporosis. It is therefore important to know the eating patterns of young people (what they are eating, where, when) in order to develop appropriate policies and educational programs for correct and balanced eating.

The HBSC study can contribute to the understanding of eating patterns in young people through a detailed description of meal frequency and regularity. Moreover, it evaluates food quality by quantifying fat, fibres and calcium intake. Overall, the Italian sample has a relatively healthy eating behaviour. Young people state that they have regular meal patterns, even if breakfast is often not taken; there is a sufficient consumption of fruit but not vegetables. The intake of sweets and soft drinks has become excessive and is still increasing, also in young children.

The chapter includes a section on body image measured by objective (Body Mass Index) and subjective instruments (self perception of body weight status). On one hand, obesity during childhood and adolescence is becoming a major public health concern due to its increasing prevalence and potential physical consequences, such as cardiovascular disease. On the other, there is an increasing tendency to strict diets, and consequently a risk of anorexia and bulimia. This is due to the dominant conception of body attractiveness that exalts thinness, especially in females. The Italian sample highlights that the majority of young people have an age-appropriate weight ratio, but that there is a remarkable gap between objective situation and self-image. Generally, they feel that their weight is inappropriate, which may be a symptom of psychological ailment that in part is helped by prevalent cultural models. It is unsurprising that the young female population, as they grow older, feel a greater concern about their weight. This is expressed by a feeling of overweight and consequently by the adoption of rigorous diets.

The last section of the chapter concerns oral health. Oral diseases are common in industrial societies and dental caries are the most frequent dental problem. Tooth brushing, a well known prevention method, is a deep rooted habit already present in the younger sample, which appears to consolidate with age.

Le abitudini alimentari durante l'infanzia e l'adolescenza rivestono una notevole importanza non solo per il loro impatto immediato sulla salute, la crescita e lo sviluppo intellettuale (Centers for Disease Control and Prevention, 1997), ma anche per l'influenza sul futuro stato di salute in età adulta (Williams et al., 1995). Corretti comportamenti alimentari in questa fase della vita possono infatti avere ricadute sulla prevenzione di malattie sia a breve (anemia, obesità, deficienze di ferro, disordini alimentari e carie), che a medio-lungo termine (malattie cardio-vascolari, tumori, infarto, ipertensione e osteoporosi) (Centers for Disease Control and Prevention, 1997; Williams et al., 1995; Miles et al., 1997).

E' quindi importante conoscere i modelli alimentari seguiti dai giovani (cosa mangiano, dove, quando) per sviluppare appropriate politiche e programmi di educazione ad una corretta ed equilibrata alimentazione, anche in considerazione della sempre maggiore disponibilità ed appetibilità di cibi pronti e snacks.

Lo studio HBSC contribuisce alla comprensione di tali modelli attraverso la descrizione dettagliata della frequenza e regolarità dei pasti e cercando di valutarne la qualità quantificando l'apporto dei diversi tipi di alimenti (HBSC, 2001).

Il capitolo comprende anche una sezione concernente l'immagine corporea, misurata attraverso strumenti oggettivi (BMI) e soggettivi (percezione del proprio peso).

L'obesità, durante l'infanzia e l'adolescenza sta infatti assumendo un ruolo crescente in Sanità Pubblica dato l'incremento della sua prevalenza ed i potenziali effetti fisici, si pensi all'associazione con lo sviluppo di malattie cardiovascolari, e psicologici, ad esempio la possibile esclusione dal gruppo dei pari e la perdita di autostima che possono provocare (Centers for Disease Control and Prevention, 1997; Smoak et al., 1999; Neumark et al., 1997). Parimenti stanno cambiando, soprattutto tra le ragazze, i modelli di riferimento, soprattutto grazie alla diffusione tramite i mass media di un'immagine del corpo femminile sempre più tendente alla magrezza, da cui il sempre maggior ricorso alle diete ed il conseguente potenziale rischio di anoressia e bulimia di origine nervosa (Garner, 1993). Un rigido regime dietetico, inoltre, può avere conseguenze anche meno importanti ma comunque serie, come lo sviluppo di irritabilità, di problemi di concentrazione e di sonno e ritardi nella crescita (Pesa, 1999).

L'ultima sezione è invece dedicata all'igiene orale. Le malattie del cavo orale sono molto frequenti nelle società industrializzate e, tra queste, è prevalente la carie dentale (Honkala et al., 2000): una corretta igiene orale è dimostrata essere essenziale per la sua prevenzione (Addy et al., 1990).

5.1. Frequenza e regolarità dei pasti

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale di ciascun pasto (colazione, pranzo e cena) durante i giorni di scuola. La specificazione relativa ai giorni di scuola è dovuta al fatto che le abitudini alimentari possono variare tra la settimana scolastica ed il fine settimana, anche in relazione all'età.

In tabella 5.1 e figura 5.1 sono riportati i risultati del campione italiano relativamente alla frequenza con cui i ragazzi fanno colazione. Si osserva che coloro che fanno regolarmente (tutti i giorni di scuola) questo primo pasto sono la maggioranza dei ragazzi, ma che la frequenza diminuisce al crescere dell'età (dal 70% degli undicenni al 56,6% dei quindicenni) e che, contemporaneamente, cresce con l'età la percentuale di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (dal 18,6% degli undicenni al 29,3% dei quindicenni). Scarsamente numerosi (13,4%) e non differenziati secondo l'età coloro che dichiarano una colazione più o meno saltuaria (tra 1 giorno e 5 giorni la settimana scolastica). Interessante notare in figura 5.2 come non sembrano esserci grandi differenze di genere nell'abitudine alla colazione, anche se si nota una maggiore regolarità nei maschi (circa il 70% contro il 60% delle femmine).

Non sembrano invece esserci differenze di età (tabella 5.2, figura 5.3) né di sesso (dati non presentati) relativamente alla frequenza del pranzo: la percentuale complessiva di coloro che dichiarano di pranzare tutti i giorni scolastici è del 90,2%, mentre sono solo l'1,8% quelli che non mangiano mai a pranzo.

Interessanti i dati relativi alla frequenza della cena (tabella 5.3, figura 5.4). Se coloro che cenano regolarmente tutti i giorni di scuola sono quasi il 90% del campione in tutte e tre le classi di età considerate, si osserva un 4% circa di ragazzi che dichiara di non cenare mai, il 47,9% dei quali è undicenne.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non fa mai colazione nei giorni di scuola	18,57 (280)	25,57 (415)	29,25 (358)
Un giorno	1,79 (27)	2,96 (48)	3,43 (42)
Due giorni	1,66 (25)	2,65 (43)	2,86 (35)
Tre giorni	3,32 (50)	3,64 (59)	3,51 (43)
Quattro giorni	2,39 (36)	2,28 (37)	2,04 (25)
Cinque giorni	2,25 (34)	3,20 (52)	2,29 (28)
Tutti i giorni di scuola	70,03 (1056)	59,70 (969)	56,62 (693)
Totale	100,00 (1508)	100,00 (1623)	100,00 (1224)

Figura 5.1 Distribuzione di frequenza (%) di coloro che dichiarano di fare colazione, per età

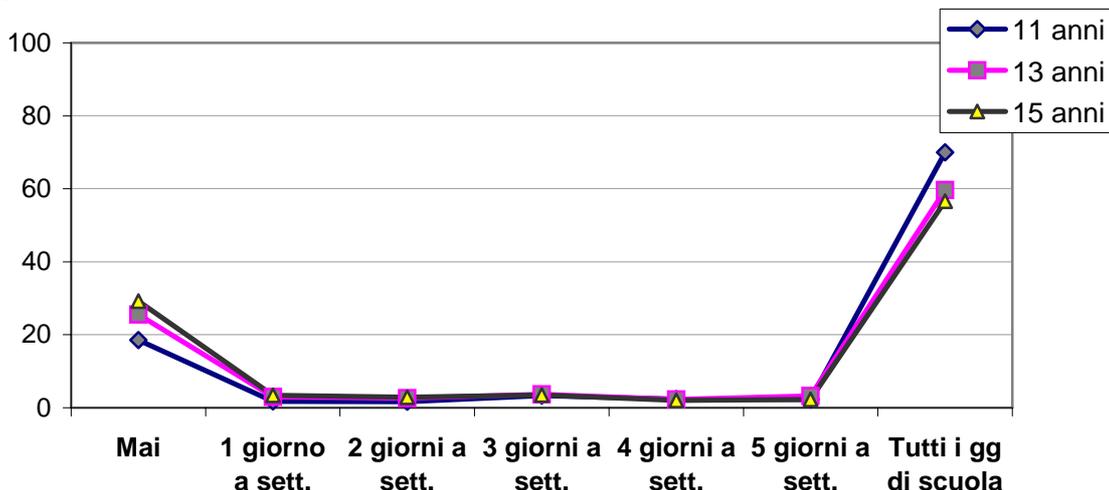


Figura 5.2 – Distribuzione di frequenza(%) di coloro che dichiarano di fare colazione, per genere

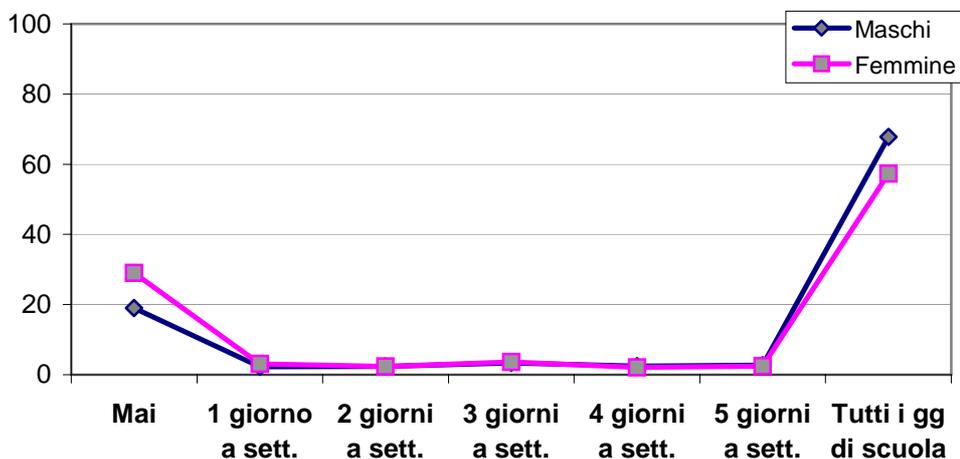


Tabella 5.2 – “Di solito, quante volte fai pranzo (durante i giorni di scuola)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non fa mai pranzo nei giorni di scuola	1,84 (28)	1,78 (29)	1,80 (22)
Un giorno	1,58 (24)	0,55 (9)	0,82 (10)
Due giorni	1,12 (17)	1,35 (22)	0,41 (5)
Tre giorni	2,04 (31)	1,23 (20)	0,65 (8)
Quattro giorni	1,19 (18)	2,03 (33)	2,29 (28)
Cinque giorni	2,24 (34)	2,39 (39)	4,09 (50)
Tutti i giorni di scuola	89,99 (1366)	90,67 (1477)	89,94 (1100)
Totale	100,00 (1518)	100,00 (1629)	100,00 (1223)

Figura 5.3 – Distribuzione di frequenza(%) di coloro che dichiarano di fare pranzo, per età

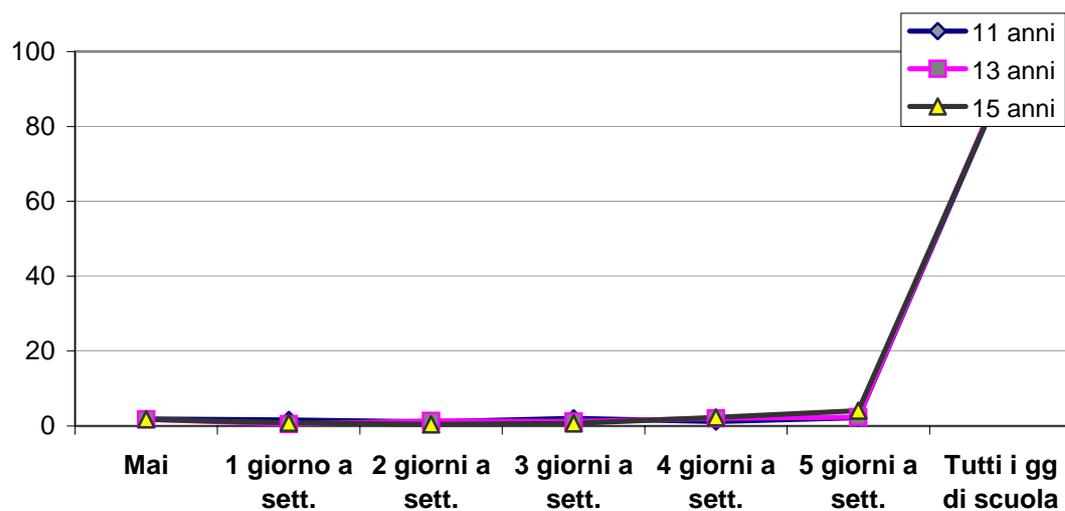
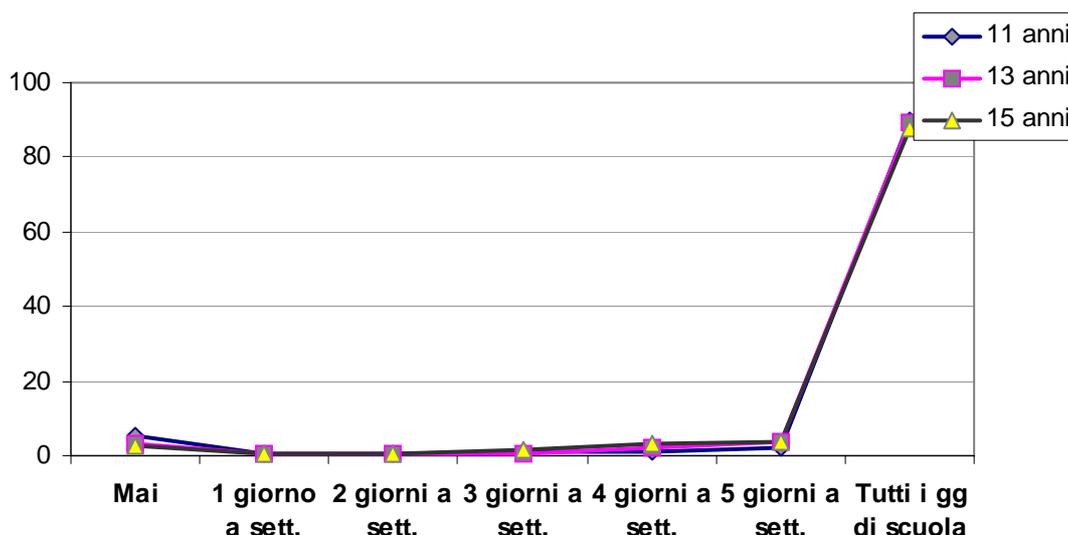


Tabella 5.3 – “Di solito, quante volte fai cena (durante i giorni di scuola)?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Non fa mai cena nei giorni di scuola	5,34 (81)	3,26 (53)	2,85 (35)
Un giorno	0,46 (7)	0,43 (7)	0,33 (4)
Due giorni	0,33 (5)	0,62 (10)	0,73 (9)
Tre giorni	0,86 (13)	0,80 (13)	1,39 (17)
Quattro giorni	1,19 (18)	1,91 (31)	3,02 (37)
Cinque giorni	2,11 (32)	3,57 (58)	3,75 (46)
Tutti i giorni di scuola	89,72 (1361)	89,41 (1452)	87,93 (1078)
Totale	100,00 (1517)	100,00 (1624)	100,00 (1226)

Figura 5.4 – Distribuzione di frequenza(%) di coloro che dichiarano di fare cena, per età



5.2. Consumo di frutta e verdura

Una corretta ed equilibrata alimentazione può essere descritta come l'introito giornaliero di cibi con la giusta proporzione di elementi nutritivi per la crescita ed il mantenimento della salute. Un consumo eccessivo o deficitario di alcuni degli elementi nutrizionali considerati essenziali può invece risultare dannoso per la salute, sia nel presente che nel futuro.

L'apporto di fibre e calcio contenuti ad esempio nella frutta e nella verdura giocano un ruolo importante nella determinazione dello stato di salute: le fibre possono infatti aiutare a ridurre il rischio di tumore, di malattie cardiovascolari e la comparsa di diabete mellito nell'adulto, mentre l'assunzione di calcio durante la fase di sviluppo può influire sulla densità ossea, prevenendo così l'osteoporosi e le fratture in età adulta.

La tabella 5.4 e la figura 5.5 riportano la frequenza del consumo di frutta del campione esaminato. Complessivamente, il 51,2% dei ragazzi dichiara di consumare frutta almeno 5-6 giorni la settimana, e il 16,6% più di una volta al giorno. Le differenze per età sono minime, anche se si può notare come, tra i più frequenti consumatori, siano maggiormente rappresentati i quindicenni.

L'assunzione di verdura risulta invece meno frequente (tabella 5.5, figura 5.6): il 35% dei rispondenti dichiara un consumo almeno 5-6 giorni la settimana, e solo il 9,1% più di una volta al giorno. Ancora una volta sono i quindicenni a presentare abitudini alimentari più corrette, nonostante le differenze non siano marcate, mentre paiono essere le femmine a mangiare più verdura (figura 5.7). La distribuzione per area geografica (figura 5.8) mostra una minore frequenza di consumo nel Sud rispetto al Centro-Nord, dove gli andamenti sono simili.

Tabella 5.4 - "Di solito, quante volte alla settimana mangi frutta?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	6,27 (95)	6,44 (105)	4,99 (60)
Meno di una volta a settimana	7,06 (107)	8,04 (131)	7,07 (85)
Una volta a settimana	10,55 (160)	10,74 (175)	9,73 (117)
2-4 giorni a settimana	24,80 (376)	25,40 (414)	24,69 (297)
5-6 giorni a settimana	12,34 (187)	13,93 (227)	12,88 (155)
Una volta al giorno ogni giorno	22,23 (337)	20,43 (333)	22,19 (267)
Ogni giorno, più di una volta al giorno	16,75 (254)	15,03 (245)	18,45 (222)
Totale	100,00 (1516)	100,00 (1630)	100,00 (1203)

Figura 5.5 –Frequenza percentuale del consumo di frutta, per età

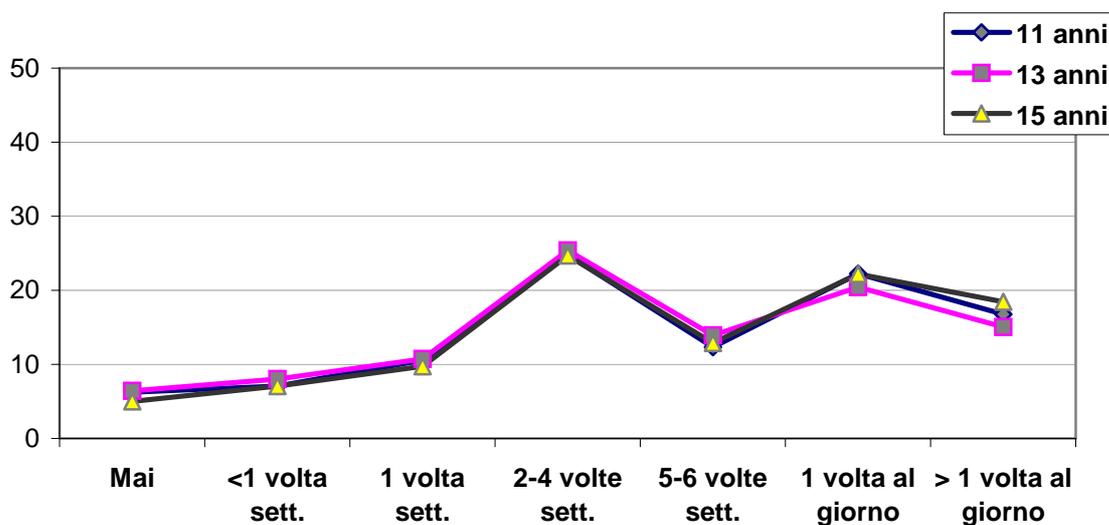


Tabella 5.5 – “Di solito, quante volte alla settimana mangi verdura?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	13,72 (208)	10,56 (172)	8,07 (97)
Meno di una volta a settimana	9,83 (149)	9,94 (162)	6,82 (82)
Una volta a settimana	17,88 (271)	16,39 (267)	12,98 (156)
2-4 giorni a settimana	27,18 (412)	28,36 (462)	32,20 (387)
5-6 giorni a settimana	11,08 (168)	14,24 (232)	14,89 (179)
Una volta al giorno ogni giorno	12,01 (182)	11,72 (191)	14,64 (176)
Ogni giorno, più di una volta al giorno	8,31 (126)	8,78 (143)	10,40 (125)
Totale	100,00 (1516)	100,00 (1629)	100,00 (1202)

Figura 5.6 - Frequenza percentuale del consumo di verdura, per età

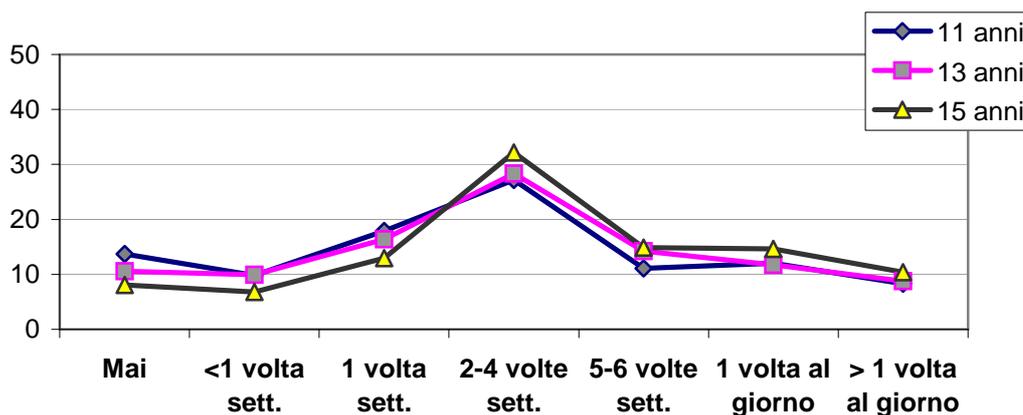
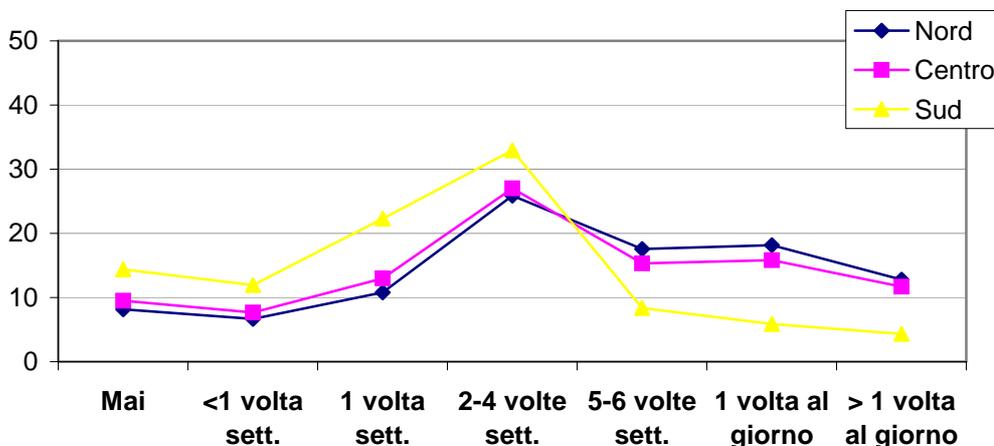


Figura 5.7 - Frequenza percentuale del consumo di verdura, per area geografica



5.3. Consumo di dolci e bevande gassate.

Il consumo di dolci e bevande gassate sono invece stati rilevati quali indicatori dell'assunzione di zucchero e grassi, indicatore di abitudini alimentari scorrette.

Il 52,9% dei rispondenti dichiara di assumere dolci almeno 5-6 giorni la settimana, e ben il 22,6% più di una volta al giorno (tabella 5.6, figura 5.8). Va sottolineato come proprio quest'ultima categoria sia la più rappresentata in tutte e tre le classi di età e come siano i quindicenni coloro che consumano più dolci. Altro elemento rilevante è la mancata differenza nella frequenza di consumo tra i sessi (dati non riportati).

Il frequente consumo di bibite gassate/dolci coinvolge un'elevata proporzione di ragazzi (tabella 5.7, figura 5.9): il 36,9% ne dichiara un'assunzione almeno 5-6 giorni alla settimana, senza apprezzabili differenze per età. Marcatamente diversi paiono invece i consumi stratificando per genere (figura 5.10), con le femmine che bevono meno frequentemente.

Tabella 5.6 - "Di solito, quante volte alla settimana mangi dolci (caramelle o cioccolato)?"

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	4,16 (63)	2,82 (46)	2,41 (29)
Meno di una volta a settimana	10,88 (165)	8,65 (141)	8,31 (100)
Una volta a settimana	14,38 (218)	13,80 (225)	11,72 (141)
2-4 giorni a settimana	19,72 (299)	21,96 (358)	21,78 (262)
5-6 giorni a settimana	13,65 (207)	15,95 (260)	15,13 (182)
Una volta al giorno ogni giorno	15,24 (231)	14,97 (244)	16,04 (193)
Ogni giorno, più di una volta al giorno	21,97 (333)	21,84 (356)	24,61 (296)
Totale	100,00 (1516)	100,00 (1630)	100,00 (1203)

Figura 5.8 - Frequenza percentuale del consumo di dolci, per età

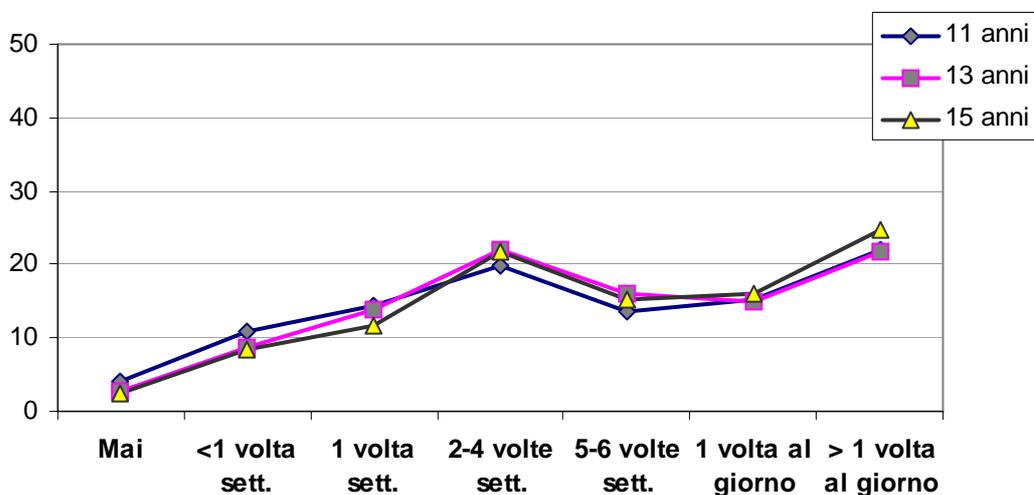


Tabella 5.7 – “Di solito, quante volte alla settimana bevi coca cola o altre bibite con zucchero?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	8,57 (130)	4,97 (81)	7,15 (86)
Meno di una volta a settimana	17,53 (266)	14,98 (244)	16,29 (196)
Una volta a settimana	20,04 (304)	17,62 (287)	16,21 (195)
2-4 giorni a settimana	19,18 (291)	23,39 (381)	23,69 (285)
5-6 giorni a settimana	11,01 (167)	13,44 (219)	12,80 (154)
Una volta al giorno ogni giorno	10,55 (160)	10,74 (175)	9,06 (109)
Ogni giorno, più di una volta al giorno	13,12 (199)	14,86 (242)	14,80 (178)
Totale	100,00 (1517)	100,00 (1629)	100,00 (1203)

Figura 5.9 - Frequenza percentuale del consumo di bibite gassate/dolci, per età

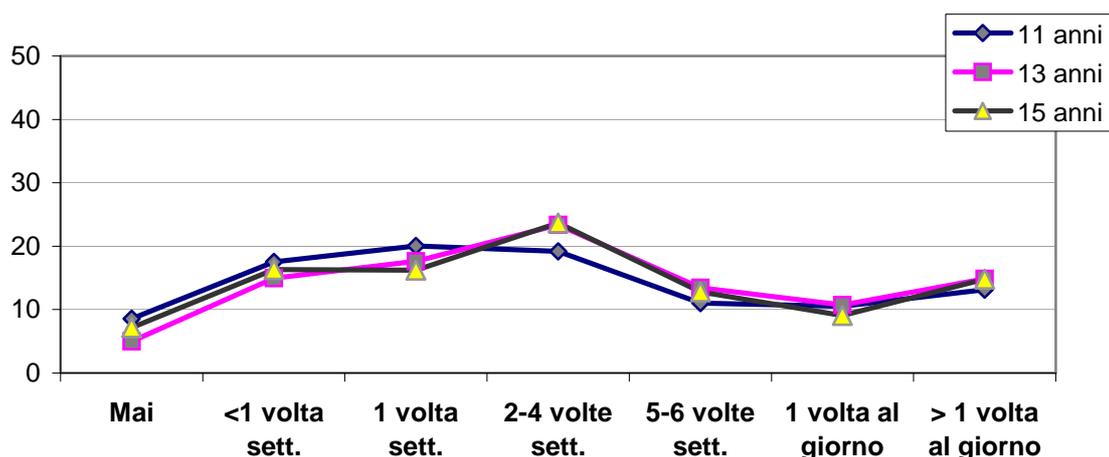
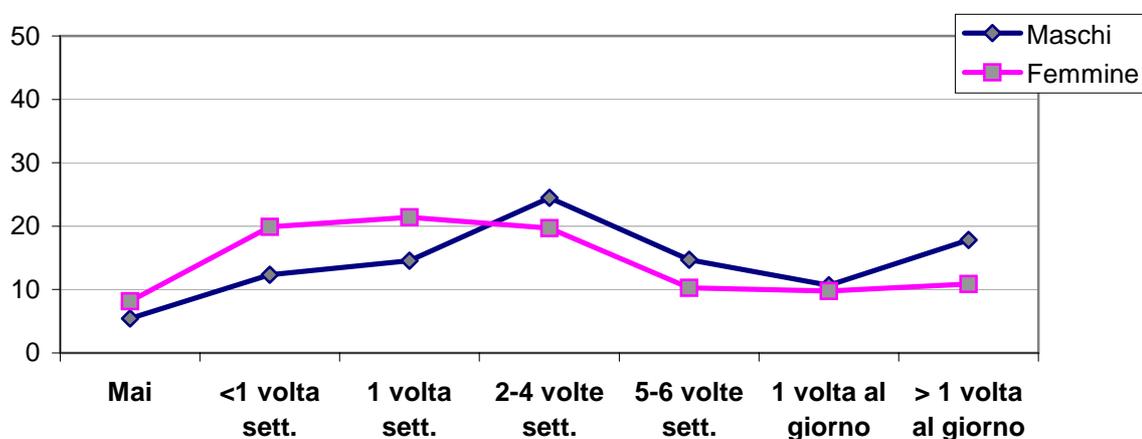


Figura 5.10 - Frequenza percentuale del consumo di bibite gassate/dolci, per sesso



5.4. Immagine corporea e peso oggettivo

La tabella 5.8 e le figure 5.11-5.12 forniscono una valutazione oggettiva del peso riportato secondo l'indice di massa corporea (BMI). In tutte e tre le classi di età considerate la maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso, con però una tendenza alla normalizzazione all'aumentare dell'età stessa. Va sottolineato come solo il 6,1% di tutto il campione risulti essere a rischio di o sottopeso, mentre il 20,9% appartenga alle corrispondenti categorie del sovrappeso. Se non si apprezzano differenze di età in coloro che presentano un BMI inferiore alla norma, queste si osservano invece in quelli con un BMI sopra la norma: in particolare, sono gli undicenni a soffrire di un peso non adeguato, mentre con l'età questo tende a normalizzarsi. Da rilevare anche le differenze per genere: il 65% dei maschi è normopeso, contro l'80% delle femmine, così come sono sempre i maschi a presentare un peso superiore alla norma (15%) rispetto alle femmine (5%).

La distribuzione geografica dell'indice di massa corporea medio (tabella 5.9) non evidenzia invece diversità tra aree geografiche.

Il body mass index (BMI) – Indice di massa corporea

Tabella 5.8 - Valutazione del peso in base all'indice di massa corporea, per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso (<5° %le)	4,17 (58)	3,23 (50)	3,39 (40)
A rischio di sottopeso (tra 5° e 15° %le)	2,30 (32)	2,91 (45)	2,29 (27)
Normopeso	67,86 (944)	73,17 (1132)	78,75 (930)
A rischio di sovrappeso (tra 85° e 95° %le)	16,68 (232)	15,38 (238)	11,94 (141)
Sovrappeso (>95° %le)	9,00 (125)	5,30 (82)	3,64 (43)
Totale	100,00 (1391)	100,00 (1547)	100,00 (1181)

Figura 5.11. - Valutazione del peso in base all'indice di massa corporea, per età

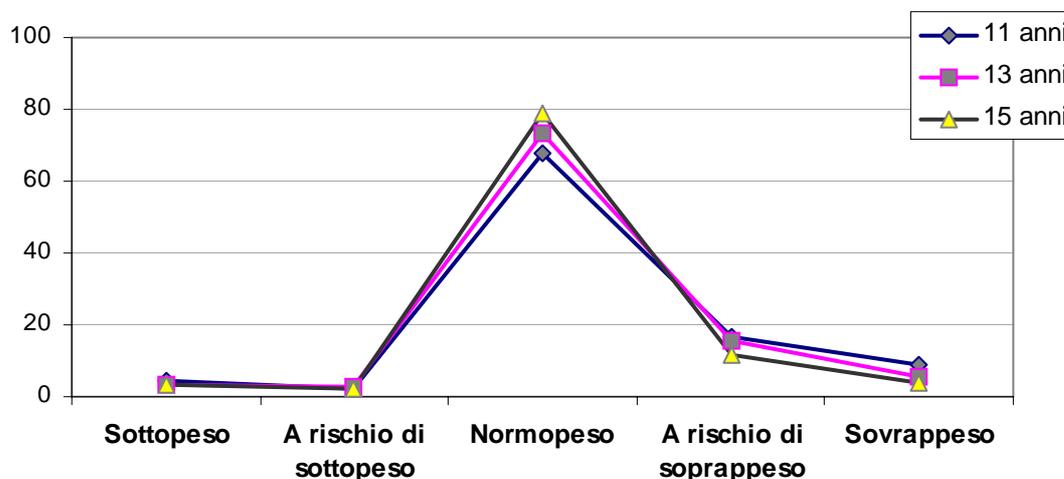


Figura 5.12. - Valutazione del peso in base all'indice di massa corporea, per genere

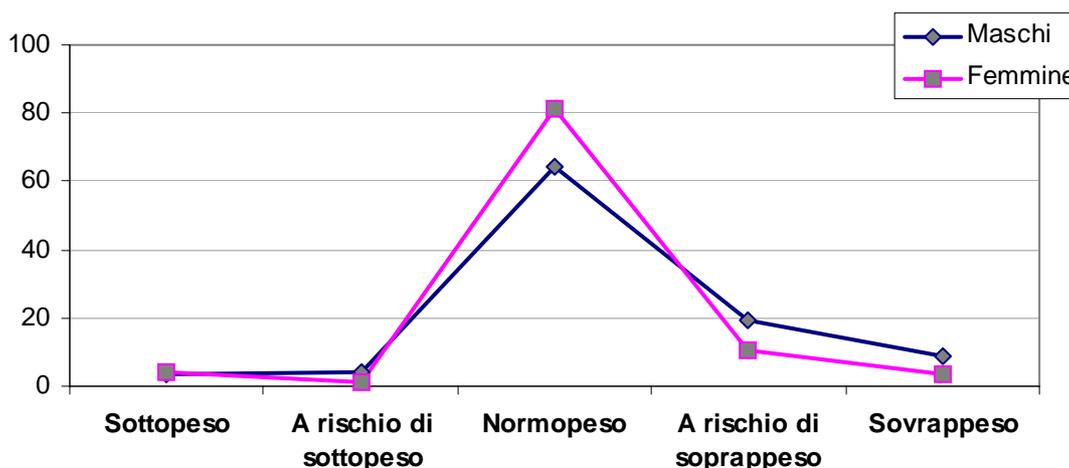


Tabella 5.9. - Indice di massa corporea medio per area geografica

	N	BMI medio	D.S.
Nord	1685	19,52	3,13
Centro	736	19,99	3,20
Sud	1695	20,11	3,37
Totale	4116	19,85	3,25

Le tabelle 5.10, 5.11 e le figure 5.13 e 5.14 descrivono invece la percezione soggettiva che i ragazzi hanno della propria immagine corporea. In particolare, si può notare come coloro che si ritengono della giusta taglia siano sempre la maggioranza, ma la loro frequenza sia inferiore alla corrispondente valutazione oggettiva e come questo divario si accentui al crescere dell'età: per i quindicenni a fronte di una valutazione soggettiva di normopeso del 60,3% si osserva un 78,8% di BMI adeguato. Un'immagine di magrezza è invece riportata soprattutto dagli undicenni, mentre si ritengono grassi soprattutto i quindicenni, e, tra questi le ragazze. Tra coloro che si vivono in uno stato di soprappeso si assiste con il crescere dell'età ad un incremento della componente femminile ed ad una seppur modesta riduzione di quella maschile. Coerentemente, lo stesso andamento per sesso ed età si rileva anche tra coloro che dichiarano di essere a dieta (14,3%).

Tabella 5.10 - "Pensi che il tuo corpo sia:..."

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Magro	15,10 (229)	11,06 (180)	10,73 (131)
Della taglia giusta	60,45 (917)	63,61 (1035)	60,28 (736)
Grasso	24,46 (371)	25,32 (412)	28,99 (354)
Totale	100,00 (1517)	100,00 (1627)	100,00 (1221)

Figura 5.13 - Frequenza percentuale di coloro che si sentono grassi, per età e genere

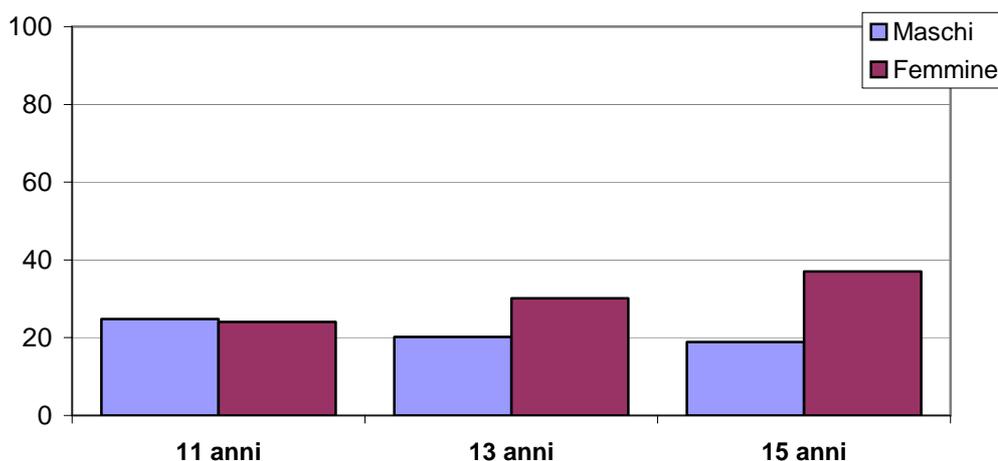
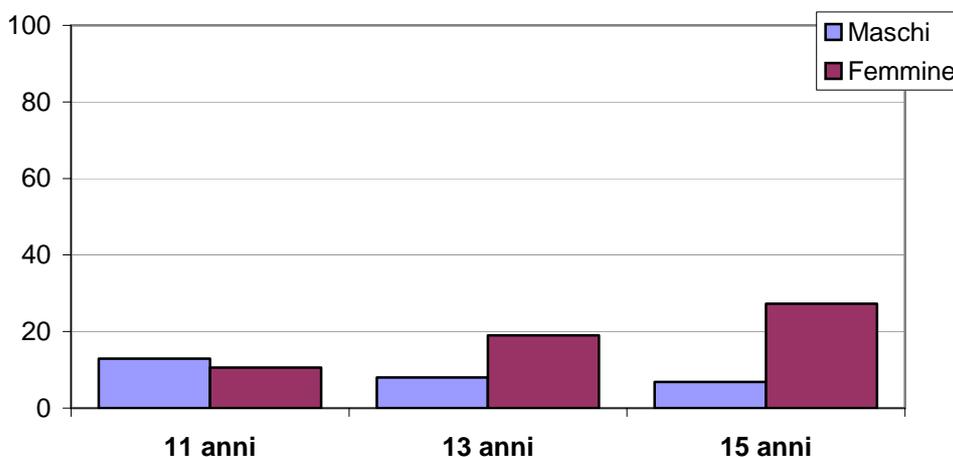


Tabella 5.11 – “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, il mio peso è quello giusto	51,15 (776)	45,45 (740)	39,16 (475)
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23,86 (362)	29,05 (473)	31,66 (384)
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	13,18 (200)	11,79 (192)	10,96 (133)
Sì	11,80 (179)	13,70 (223)	18,22 (221)
Totale	100,00 (1517)	100,00 (1628)	100,00 (1213)

Figura 5.14 – Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di essere a dieta, per età e genere



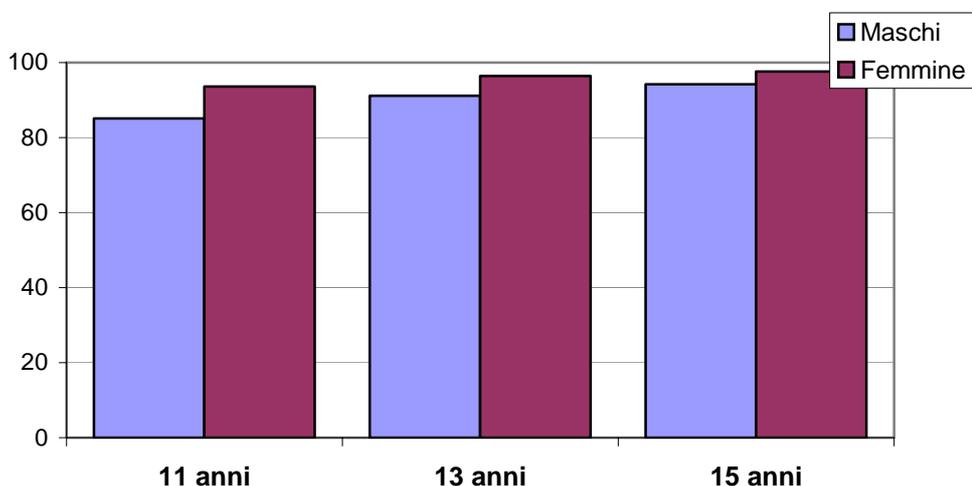
5.5. Igiene orale

L'abitudine a lavarsi i denti almeno una volta al giorno è dichiarata dal 92,9% del campione, con un incremento al crescere dell'età: 89,2% negli undicenni, 93,9% nei tredicenni e 96,1% nei quindicenni (tabella 5.12, figura 5.15). La propensione ad una maggiore igiene orale interessa egualmente maschi e femmine, anche se nel complesso sono proprio le femmine a dichiarare una maggiore frequenza di pulizia.

Tabella 5.12 – “Quante volte ti lavi i denti?”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Più di una volta al giorno	56,70 (863)	65,81 (1074)	71,55 (865)
Una volta al giorno	32,52 (495)	28,06 (458)	24,57 (297)
Almeno una volta a settimana ma non tutti i giorni	7,10 (108)	4,04 (66)	2,56 (31)
Meno di una volta a settimana	2,37 (36)	1,16 (19)	0,58 (7)
Mai	1,31 (20)	0,92 (15)	0,74 (9)
Totale	100,00 (1522)	100,00 (1632)	100,00 (1209)

Figura 5.15 - Frequenza percentuale di coloro che dichiarano di lavarsi i denti almeno una volta al giorno, per età e genere



5.6. Conclusioni

Nel complesso l'immagine che emerge delle abitudini alimentari del campione italiano rappresenta un'adozione di comportamenti relativamente corretti. Se infatti risulta una frequenza dei pasti regolare, con una minore propensione per la prima colazione, e se pare soddisfacente il consumo di frutta dichiarato, relativamente scarsa è l'assunzione di verdure e, soprattutto, eccessivo e crescente il ricorso ai dolci e alle bevande gassate, anche tra i più giovani.

Relativamente all'immagine corporea, invece, va sottolineato sia come la maggior parte del campione abbia un peso adeguato alla propria età, sia il non trascurabile divario emerso tra l'effettivo peso corporeo e la dichiarata immagine di sé. In generale è stata dichiarata un'inadeguatezza che può essere sintomo di un malessere psicologico in parte veicolato dai modelli culturali prevalenti. Al riguardo pertanto non stupisce che siano le ragazze a mostrare con il crescere dell'età una maggiore sensazione di disagio espressa in una tendenza a ritenersi soprappeso, e nella conseguente adozione di un regime dietetico.

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

Bibliografia capitolo 5

- Addy M., Dummer P.M.H., Hunter M.L., Kingdom A., Shaw W.C. (1990). The effect of tooth brushing frequency, tooth brushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dental Health*, 7: 237-247.
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Journal of School Health*, 67:9-26.
- Garner D.M. (1993), Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 341:1631-1635.
- HBSC (2001). *Research Protocol*, www.hbsc.org .
- Honkala et al. (2000). A case study in oral health promotion. In: *The evidence of Health Promotion Effectiveness*. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels-Luxemburg.
- Miles G., Eid S. (1997). The dietary habits of young people. *Nursery Times*, 93:46-48.
- Neumark S.D., Story M. (1997). Recommendations from overweight youth regarding school-based weight control programs. *Journal of School Health*, 67:428-433
- Smoak C.G., Burke G.L., Webber L.S., Harsha D.W., Srinivisan S.R., Berenson G.S. (1999). Relation of obesity to clustering of cardiovascular disease risk factors in children and young adult. *American Journal of Epidemiology*, 125 (3):364-372.
- Pesa J. (1999). Psychosocial factors associated with dieting behaviours among female adolescents. *Journal of School Health*, 69:196-201.
- Williams C.L., Bollella M., Wynder E.L. (1995). A new recommendation for dietary fibre in childhood. *Pediatrics*: 985-988.

Capitolo 6: Comportamenti a rischio

Alberto Borraccino, Paola Dalmaso, Alessio Zambon, Franco Cavallo, Patrizia Lemma

Abstract

This chapter takes into account one of the most delicate themes concerning adolescence: risk behaviours. During this particular age social relationships change consistently and peers become more important. This delicate phase is at risk for adolescence health. Usually Risk behaviours regards the use and the abuse of legal and illegal substances, such as tobacco, marijuana, alcohol or other psycho-active substances. The reduction of substance consumption is a priority among the health promotion strategies around the world. WHO has inserted the reduction of tobacco and alcohol consumption between the health objective for the 21st century. Other risk behaviours concern violent or sexual behaviours.

In our country we observe that the majority of children are smoke free at 11yo (96.5%) but the percentage of smokers increases, independently from gender, with the considered age. At the age of 15, more than 30% are smokers and half of them declare to do it every day.

For what concerns alcohol consumption, we can appreciate that 50% of the interviewed pupils declared to drink alcohol beverages; this percentage increase for 15yo up to 81%. This phenomenon, unlike smoking behaviour, is more diffuse in males than in female adolescents.

Illicit drugs consumption (cannabis in particular), investigated only among older boys and girls, involve the 12% of the sample, with a high majority of males.

Sexual health behaviour showed that 23% of the interviewed declared to have experienced sexual intercourses, but just 70% of them also declared use of prophylactic, with a higher frequency of males than girls.

Injuries among adolescents are frequently related to violent behaviour. Our sample showed that less than 50% of the interviewed declared to have been injured during the last 12 months, without gender differences. Furthermore, our results show that these injuries are seldom related to violent behaviours, because this seems to be more frequent in the youngsters, and in any case the phenomenon involves less than the 30% of the 11yo and 14% of the older.

In conclusion we can say that the picture emerging from our sample can be considered in line with literature findings. The number of smokers is dramatically increasing, especially for the older and alcohol consumption seems to be a normal behaviour even for younger.

Questa sezione del rapporto affronta una tra le tematiche più delicate in ambito di promozione della salute in età adolescenziale: i comportamenti a rischio. Durante il periodo adolescenziale le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, il gruppo dei pari acquisisce sempre più importanza, ed aumenta la probabilità di manifestare comportamenti che possono avere serie ripercussioni sulla salute (Di Clemente et al., 1996). Per comportamenti a rischio si intendono comunemente l'uso e l'abuso di sostanze legali come il tabacco o l'alcol, oppure il consumo di sostanze illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Ma tra i comportamenti a rischio vengono considerati anche i comportamenti violenti e, ancora, quelli che riguardano la sfera sessuale.

6.1. Uso di sostanze

L'uso di sostanze stupefacenti, il consumo di tabacco e l'abuso di alcol sono stati e continuano ad essere un serio problema di Sanità Pubblica.

I fenomeni di abuso sono ampiamente riconosciuti tra i comportamenti a rischio tipici della fascia d'età adolescenziale ed il loro impatto sulla salute è ampiamente documentato. Tra gli effetti sulla salute a breve e a lungo termine, dalla mortalità per incidenti a quella per patologie tumorali, bisogna considerare anche altri problemi correlati con l'utilizzo di sostanze. Tra questi ultimi sono inclusi disordini familiari e sociali e altri

problemi di ordine economico sia individuale che sociale (Di Clemente et al., 1996; WHO, 1998).

La riduzione nel consumo delle sostanze è uno degli obiettivi prioritari nelle strategie preventive della promozione della salute, molte sono infatti le iniziative sviluppate con l'obiettivo di promuovere moderazione nel consumo di alcolici, di ridurre il consumo di tabacco ed il numero di fumatori, tanto che l'OMS ha inserito questi obiettivi tra quelli prioritari per il XXI secolo (WHO, 1998).

6.1.1. Il fumo

Il consumo di tabacco è una delle minacce più grandi per la salute dell'uomo, essendo responsabile di oltre quattro milioni di decessi ogni anno nel mondo (Health 21, 1999). Il fumo di tabacco è inoltre correlato ad alcune delle malattie invalidanti più frequenti di questo secolo, dalle patologie cardio-circolatorie al tumore del polmone, della laringe e dell'esofago. Alcune condizioni infantili patologiche come la SID (Sudden Death Syndrome) o il basso peso alla nascita, così come alcune tra le più comuni allergie sono imputabili al consumo di tabacco durante la gravidanza (WHO, 1998). Nel periodo pre-adolescenziale e per tutta l'adolescenza le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali ed i pari acquisiscono un'importanza sempre maggiore. E' spesso proprio all'interno del gruppo che i giovani vengono iniziati al fumo e all'uso di altre sostanze.

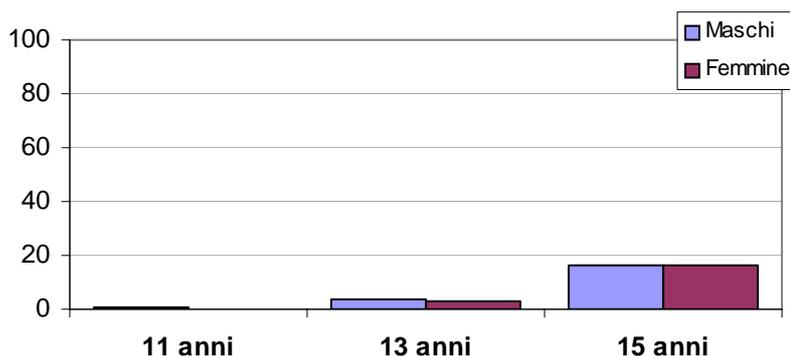
La valutazione dell'estensione del fenomeno è un passo necessario e fondamentale per la definizione di politiche di salute pubblica.

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se fumano e, nel caso di risposta affermativa, con quale frequenza (tutti i giorni, almeno una volta alla settimana o meno). In tabella 6.1 sono riportati i risultati del campione relativamente al consumo di tabacco. Si osserva che la maggioranza dei ragazzi intervistati, in ciascuna delle fasce d'età considerate, dichiara di non fumare, ma la percentuale di non fumatori si riduce all'aumentare dell'età, passando dal 96,6% per gli undicenni all'86% per i tredicenni, al 67,4% per i quindicenni. La frequenza di fumatori che dichiara di fumare ogni giorno cresce in misura evidente nel passaggio tra i 13 ed i 15 anni di età attestandosi, per i più grandi, intorno al 16%. Non sembrano invece esserci differenze di genere (figura 6.1).

Tabella 6.1 – “Attualmente, quanto spesso fumi?”

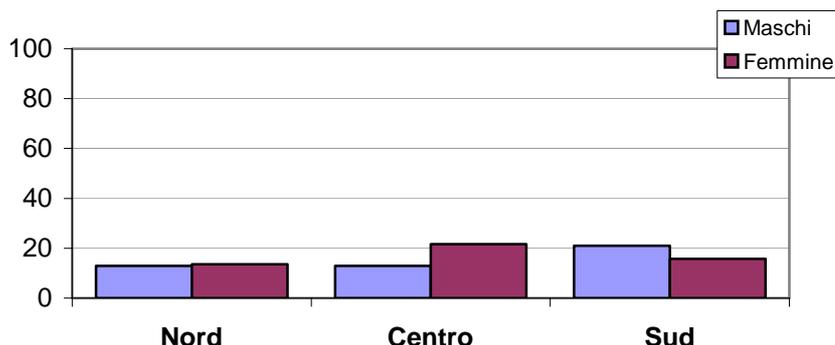
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	0,33 (5)	3,01 (49)	16,07 (197)
Almeno una volta a settimana ma non ogni giorno	1,32 (20)	4,55 (74)	7,42 (91)
Meno di una volta a settimana	1,78 (27)	6,45 (105)	9,14 (112)
Non fumo	96,57 (1463)	86,00 (1400)	67,37 (826)
Totale	100,00 (1515)	100,00 (1628)	100,00 (1226)

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



Nella figura 6.2 viene riportata la distribuzione geografica, limitatamente ai soli quindicenni che dichiarano di fumare quotidianamente. Complessivamente possiamo osservare una maggiore proporzione di fumatori al sud Italia rispetto alle rimanenti aree geografiche. Emergono però interessanti differenze nella distribuzione dei fumatori tra i due sessi, nelle tre aree in studio. Le ragazze del centro Italia fumano complessivamente di più, anche rispetto ai loro coetanei, mentre il fenomeno segue direzioni opposte per le ragazze del sud Italia.

Figura 6.2 – Tra i 15enni, percentuale di coloro che dichiarano di fumare ogni giorno, per area geografica



6.1.2. L'alcol

L'alcol viene consumato, nelle sue forme più diverse, in quasi tutto il mondo. I comportamenti legati alla bevanda variano però nei diversi contesti culturali. Talvolta l'alcol viene consumato a scopi celebrativi, altre volte è parte di un normale regime alimentare. Anche se è stato più volte dimostrato che un consumo moderato di alcol riduce, in alcune categorie di soggetti, il rischio di infarto o ictus cerebrale (Casswell, 1997; Faggiano, 2001), il danno associato all'abuso costituisce un grande problema di salute pubblica (Zureik et al., 1996).

Il consumo di alcol tra gli adolescenti è un fenomeno da non sottovalutare in quanto è in questa età che si stabiliscono quei modelli di consumo che verosimilmente verranno mantenuti in età adulta. Più precisamente sembra esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (De Wit, 2000; Poikolainen, 2001). Bisogna comunque considerare che per molti giovani il consumo di alcol costituisce una fase del percorso culturale dell'adolescente (Engels, 1999), senza per questo diventare un problema in età adulta. In questo caso la frequenza di consumo è solo un indicatore di abitudini alimentari scorrette.

Obiettivo di questo paragrafo è descrivere la frequenza del consumo di alcolici nel campione selezionato indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Nella tabella 6.2 sono riportati i risultati del campione intervistato riguardo alla frequenza del consumo di bevande alcoliche di diversa natura quali superalcolici, birra, vino e alcolici di nuova generazione, a maggior contenuto zuccherino e minore tasso alcolico.

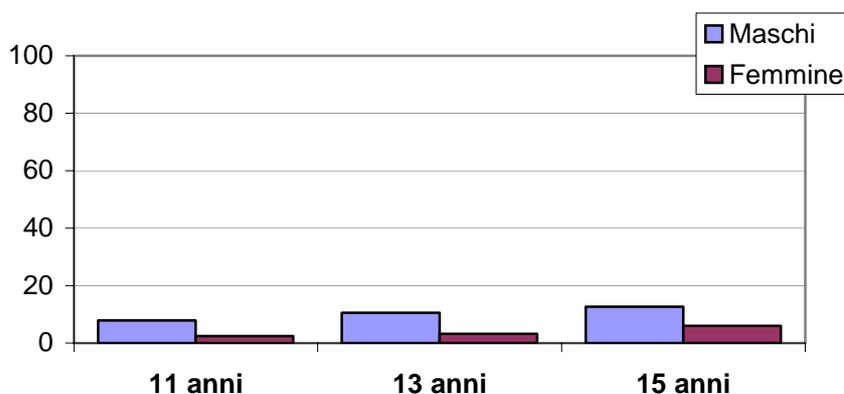
Al crescere delle età la percentuale che dichiara di consumare bevande alcoliche quotidianamente varia dal 5,3 al 9%. Il consumo settimanale segue un'analoga distribuzione ma con un incremento più evidente nel passaggio tra una fascia d'età e la successiva. La percentuale di ragazzi che non consumano bevande alcoliche si riduce dal 46% nei ragazzi undicenni al 19% nei quindicenni.

Tabella 6.2 – “Attualmente, con che frequenza bevi alcolici (birra, vino o liquori)? Pensa anche alle volte in cui ne bevi solo una piccola quantità”

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	5,28 (80)	6,76 (110)	8,97 (110)
Ogni settimana	6,20 (94)	16,29 (265)	28,30 (347)
Ogni mese	4,22 (64)	6,76 (110)	10,03 (123)
Raramente	38,35 (581)	42,10 (685)	33,69 (413)
Mai	45,94 (696)	28,09 (457)	19,00 (233)
Totale	100,00 (1515)	100,00 (1627)	100,00 (1226)

La distribuzione dei consumi di bevande alcoliche per età e sesso, riportata in figura 6.3, indica che il fenomeno interessa prevalentemente il sesso maschile, anche se è apprezzabile un leggero incremento dei consumi all'aumentare delle età anche nel sesso femminile.

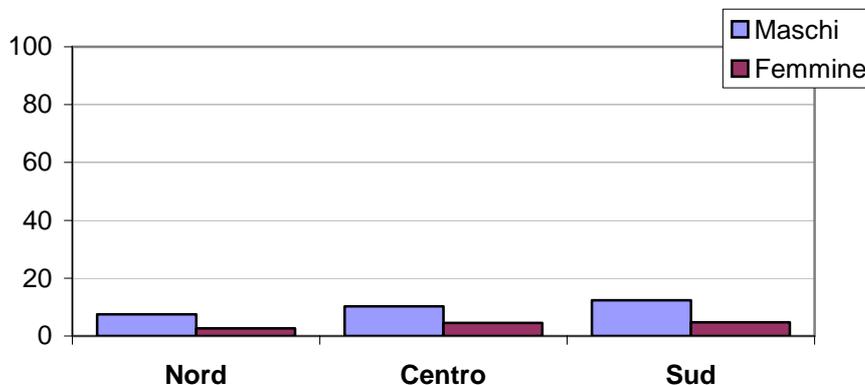
Figura 6.3 – Percentuale di coloro che dichiarano di bere alcolici ogni giorno, per età e genere



Nella figura 6.4 sono riportati i consumi per area geografica e sesso, limitatamente ai ragazzi che dichiarano di consumare quotidianamente bevande alcoliche. Il sud Italia presenta percentuali di consumatori lievemente maggiori rispetto al centro e al nord.

Indipendentemente dall'area geografica considerata il consumo di bevande alcoliche rimane comunque più rilevante nel sesso maschile.

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



Nella tabella 6.3 sono riportati i risultati relativi alla domanda “*quante volte ti sei ubriacato nel corso della tua vita?*” per le tre fasce di età in studio. La maggior parte dei ragazzi dichiara di non essersi mai ubriacata, ma tale percentuale si riduce progressivamente al crescere delle età.

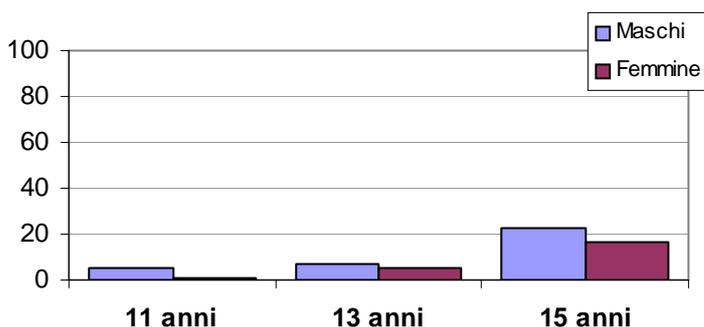
Complessivamente il numero di episodi di ubriachezza riportati mostra un andamento crescente con l'età, come anche osservabile in figura 6.5.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
No, mai	88,73 (1338)	78,47 (1276)	63,64 (779)
Sì, una volta	8,16 (123)	15,25 (248)	16,91 (207)
Sì, 2-3 volte	2,19 (33)	5,10 (83)	12,42 (152)
Sì, 4-10 volte	0,46 (7)	0,37 (6)	3,35 (41)
Sì, più di 10 volte	0,46 (7)	0,80 (13)	3,68 (45)
Totale	100,00 (1508)	100,00 (1626)	100,00 (1224)

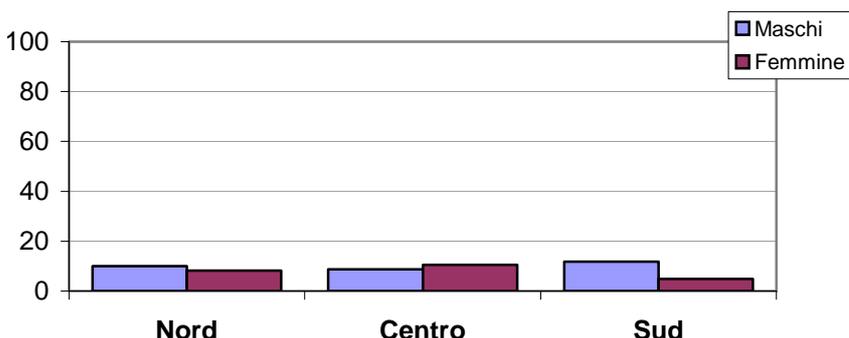
Come già segnalato precedentemente per i consumi, anche l'abuso è un fenomeno legato sia all'età che al sesso, infatti, le percentuali sono sempre maggiori nei maschi e nei più grandi..

Figura 6.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 o più volte nel corso della vita, per età e genere



Analizzando lo stesso fenomeno in relazione al sesso e alla zona di residenza (figura 6.6) si osservano comportamenti sovrapponibili nei maschi al nord, centro e sud Italia. Diversa è la situazione per il sesso femminile dove, come precedentemente osservato per il fumo, al centro Italia si registra una maggiore percentuale di comportamenti a rischio sia rispetto alle coetanee nel resto d'Italia che rispetto ai propri coetanei. Nuovamente il fenomeno segue andamenti opposti al sud Italia.

Figura 6.6 – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 o più volte nel corso della vita, per area geografica e genere



6.1.3. Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis o la sperimentazione di altre sostanze stupefacenti sono tra i comportamenti a rischio più frequenti in età adolescenziale. La diffusione dell'utilizzo di sostanze illecite sembra mostrare un incremento soprattutto per quanto riguarda l'età di inizio. Trend internazionali mostrano infatti come il diffuso incremento nell'utilizzo di sostanze in Europa e nel mondo si accompagni ad una parallela riduzione dell'età di iniziazione (Welte, 1999; Beck, 2000).

Nonostante gli sforzi compiuti in molti paesi europei in attività di prevenzione indirizzate ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante (Pavis, 1998). La riduzione del consumo e della diffusione di sostanze illecite, infatti, è parte degli obiettivi strategici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il nuovo secolo (WHO, 1999). Lo studio del fenomeno e la sua distribuzione in Italia sono tutt'oggi una priorità della Sanità Pubblica al fine di poter indirizzare nuove politiche preventive e di controllo. Questa sezione del paragrafo descrive la diffusione e la frequenza di utilizzo di sostanze illecite nella scuola in Italia.

Ai ragazzi di 15 anni (la domanda non è stata rivolta ai più giovani) è stato chiesto di dichiarare se avevano mai fatto uso di cannabis, e con che frequenza, nel corso della vita. Non vengono presentati i risultati relativi ai consumi occorsi negli ultimi 12 mesi poiché i risultati sono perfettamente sovrapponibili a quelli dichiarati nel corso della vita.

In tabella 6.4 sono riportati i risultati relativamente a tutto il campione dei 15enni suddivisi per sesso. La maggioranza dei ragazzi (78,2%) dichiara di non aver mai fatto uso di cannabis, e tra questi la percentuale più alta è quella delle ragazze (82,4% vs 73,1%).

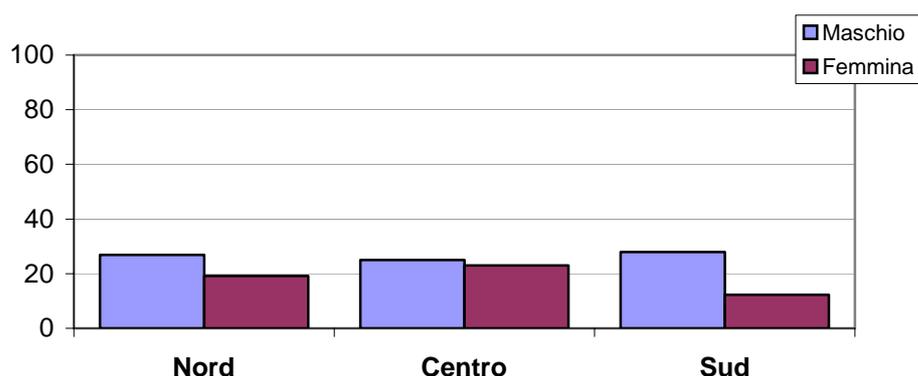
Tra i ragazzi che si dichiarano consumatori la maggior parte, 7.6, 3.3 e 2.2% sul totale, riferisce di aver fumato un numero di volte variabile tra 1 (categoria più rappresentata) e 9 volte nel corso della vita. La percentuale di fumatori, in entrambi i sessi, si riduce all'aumentare della frequenza di utilizzo per invertire, però la tendenza, nella categoria 40 volte o più. Qui il numero di forti consumatori è più o meno sovrapponibile nei due sessi (29 maschi pari al 5,3% e 27 femmine pari a circa il 4%).

Tabella 6.4 - "Quante volte, nel corso della tua vita, hai fatto uso di cannabis?" (solo 15enni)

	Maschi % (N)	Femmine % (N)	Totale % (N)
Mai	73,13 (400)	82,35 (560)	78,24 (960)
Una o due volte	10,42 (57)	5,44 (37)	7,66 (94)
Da 3 a 5 volte	4,39 (24)	2,50 (17)	3,34 (41)
Da 6 a 9 volte	2,93 (16)	1,62 (11)	2,20 (27)
Da 10 a 19 volte	2,56 (14)	2,35 (16)	2,44 (30)
Da 20 a 39 volte	1,28 (7)	1,76 (12)	1,55 (19)
40 volte o più	5,30 (29)	3,97 (27)	4,56 (56)
Totale	100,00 (547)	100,00 (680)	100,00 (1227)

La distribuzione dei consumatori di cannabis per posizione geografica, indipendentemente dalla frequenza, viene riportata in figura 6.7. Come per altri comportamenti a rischio anche l'uso di cannabis interessa prevalentemente il sesso maschile, con una prevalenza maggiore al nord e al sud Italia. Per quanto riguarda il sesso femminile osserviamo nuovamente delle apprezzabili differenze nei comportamenti a rischio. Ancora una volta, come per il fumo, le ragazze del sud fanno un minor uso di cannabis di quelle del centro Italia.

Figura 6.7 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nel corso della vita, solo 15enni per area geografica e genere



Una sezione del questionario è stata dedicata all'analisi del consumo di altre droghe quali ecstasy, anfetamine, oppiacei, cocaina, colle, LSD, "farmaci per tenersi su" ed altre droghe con la possibilità, in questo caso, di indicarne il nome. Anche questa domanda è stata rivolta ai soli 15enni. I risultati sul totale dei ragazzi, raggruppati per numero di utilizzatori e percentuale, sono riportati in tabella 6.5. Le sostanze elencate non erano mutuamente esclusive, ogni ragazzo poteva segnalare una o più sostanze di cui faceva uso, in tabella sono riportati numeri e percentuali riferiti ad ognuna delle droghe elencate.

Le frequenze di utilizzo sono complessivamente molto basse, il numero degli utilizzatori non raggiunge mai le 30 unità, con la sola eccezione dei farmaci per tenersi su (98 unità). Questa categoria comprende farmaci di natura diversa, dai complessi multivitaminici, acquistabili nei supermercati, ai farmaci da banco venduti come coadiuvanti allo studio e non necessariamente sostanze dannose per l'organismo. Il consumo di farmaci coadiuvanti non supera comunque l'8% del campione.

Tabella 6.5 – Numero e percentuale di coloro che dichiarano di aver fatto uso di sostanze illegali nel corso della vita, solo 15enni

Tipo di sostanza	Frequenza – N (%)
Ecstasy	23 (1.9%)
Anfetamine	20 (1.6%)
Opiacei	13 (1.1%)
Farmaci per tenersi su*	98 (8.0%)
Cocaina	32 (2.6%)
Colla o solventi	25 (2.1%)
LSD	23 (1.9%)
Altre droghe	27 (2.7%)

Il dato relativo all'utilizzo di una o più delle sostanze precedentemente elencate, su tutto il campione in studio disaggregato per sesso, è stato riportato in tabella 6.6. Il 95,7% dei 15enni dichiara di non aver mai fatto uso di sostanze stupefacenti. Il risultato è sovrapponibile a quanto emerge in altri studi relativi all'Italia: la percentuale di consumatori di sostanze psicoattive, indipendentemente dal sesso varia tra l'1 ed il 5% nei ragazzi tra i 15 ed 16 anni (OED, 2001).

Tabella 6.6 – Dichiaro di aver fatto uso, nel corso della vita, di una delle seguenti sostanze: ecstasi, anfetamine, oppiacei, cocaina, colla o solventi, LSD; solo 15enni

	Maschio % (N)	Femmina % (N)
Mai	95,38 (516)	95,89 (653)
Almeno una volta	4,62 (25)	4,11 (28)
Totale	100,00 (541)	100,00 (681)

6.2. Abitudini sessuali

La vita sessuale per gli adolescenti riveste una notevole importanza non solo per la loro crescita intellettuale e lo sviluppo di una socialità matura, ma anche per l'influenza che questa può avere sulla salute. La prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, la cui incidenza annuale viene stimata essere intorno ai 333 milioni di casi nel mondo (escludendo l'AIDS), è uno tra gli obiettivi prioritari dell'OMS per il 21 secolo (WHO, 1999). Le malattie infettive però non sono le sole conseguenze di un'attività sessuale non protetta. Gli adolescenti devono considerare anche il rischio di una gravidanza indesiderata. L'OMS stima che entro l'anno 2025 nasceranno 16 milioni di bambini da ragazze in età compresa tra i 15 ed i 19 anni (WHO 1998). Inoltre esistono chiari riferimenti in letteratura intorno alla relazione tra comportamenti legati alla sfera sessuale in età adolescenziale e stato di salute in età adulta (Raphael 1996).

Le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate nelle minori, che rappresentano la seconda causa tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico tra gli adolescenti nel mondo (World Bank, 1993), sono largamente prevenibili attraverso sforzi coordinati tra scuola, famiglia, e strutture sanitarie. Lo sviluppo di interventi educativi di provata efficacia richiede però una comprensione della natura e dell'estensione del fenomeno, così come l'individuazione dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio. L'obiettivo di questa sezione del rapporto è quello di indagare alcuni aspetti della sessualità degli adolescenti. I dati presentati di seguito mettono a fuoco due outcome di salute: le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate. Le domande proposte ai ragazzi, ampiamente testate, derivano dal Youth Risk Behaviour Survey (YRBS), uno studio americano finanziato dalla CDC di Atlanta (Brenner et al., 1995). L'intera sezione sulle abitudini sessuali è presente sui soli questionari dei ragazzi più grandi.

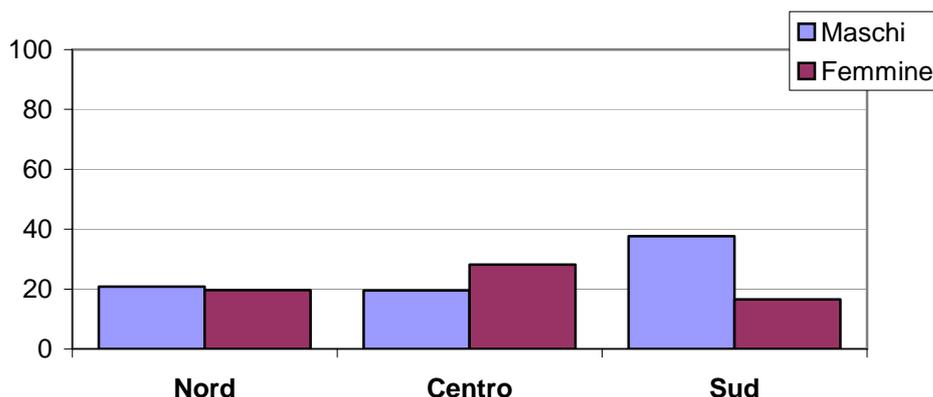
La tabella 6.7 riporta le frequenze dei ragazzi e delle ragazze che dichiarano di aver avuto un rapporto sessuale. Complessivamente il 23,5% del campione nazionale dichiara di aver già avuto rapporti, con una leggera maggioranza per il sesso maschile (27,2% vs 20,5%).

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

	Maschio % (N)	Femmina % (N)	Totale % (N)
Sì	27,16 (148)	20,50 (139)	23,47 (287)
No	72,84 (397)	79,50 (539)	76,53 (936)
Totale	100,00 (545)	100,00 (678)	100,00 (1223)

La distribuzione geografica, riportata suddividendo per genere in figura 6.8, mostra alcune differenze tra nord, centro e sud Italia. La percentuale di maschi che dichiarano maturità sessuale al sud Italia è molto più alta di quanto non sia osservabile al nord e centro Italia (37,7% vs 20%), dove la situazione è più o meno sovrapponibile. Diversa la situazione tra le ragazze, soprattutto al centro Italia dove il 10% in più delle 15enni rispetto al nord e il 12% in più rispetto al sud, dichiara di aver già avuto esperienze sessuali.

Figura 6.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver già avuto rapporti sessuali per area geografica ed età, solo 15enni.



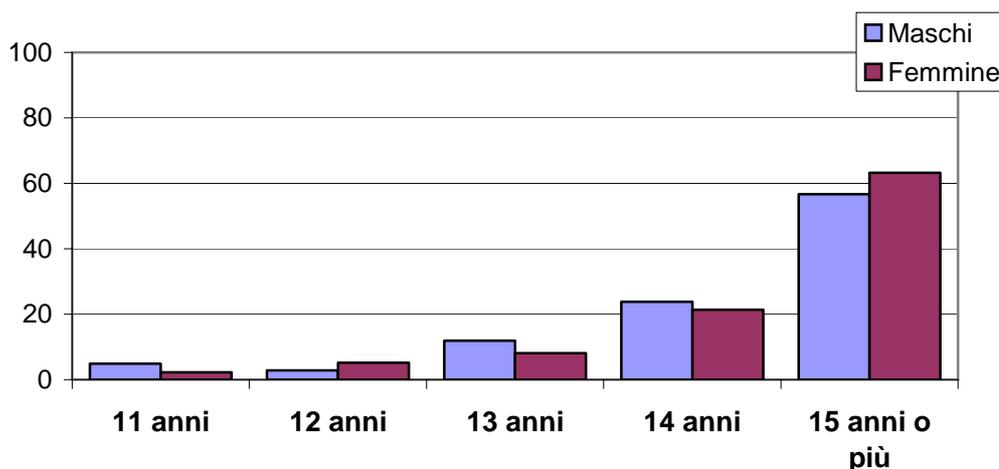
È stato inoltre chiesto di indicare quale età avessero al momento del loro primo rapporto sessuale. Il dato relativo all'età del primo incontro sessuale è molto importante come indicatore del rischio di infezioni sessualmente trasmesse nell'arco della vita, così come dell'aumentato rischio di gravidanze indesiderate (Morris et al. 1993).

Limitando l'analisi a coloro che avevano risposto affermativamente alla domanda precedente, sono stati riportati in tabella 6.8 ed in figura 6.9 il numero e la percentuale delle età al primo rapporto sessuale, suddivise per genere. Complessivamente la maggior parte dei ragazzi (56,6% dei maschi e 63,2% delle ragazze) dichiara di aver avuto il primo rapporto sessuale nel loro 15esimo anno di età e solo il 7,5% del campione tra gli 11 ed i 12 anni di età, con minime differenze tra i due sessi.

Tabella 6.8 – “Quanti anni avevi quando hai avuto il tuo primo rapporto sessuale completo?”, solo quindicenni

	Maschio % (N)	Femmina % (N)	Totale % (N)
11 anni	4,90 (7)	2,21 (3)	3,58 (10)
12 anni	2,80 (4)	5,15 (7)	3,94 (11)
13 anni	11,89 (17)	8,09 (11)	10,04 (28)
14 anni	23,78 (34)	21,32 (29)	22,58 (63)
15 anni o più	56,64 (81)	63,24 (86)	59,86 (167)
Totale	100,00 (143)	100,00 (136)	100,00 (279)

Figura 6.9. Età dichiarata del primo rapporto sessuale, per genere



Le domande che seguono servono ad indagare l'utilizzo del profilattico per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani tendono a riportare una frequenza maggiore di alcuni comportamenti protettivi, come l'uso del profilattico (Morris et al., 1993). Per tale ragione non è stato loro chiesto di indicare quante volte durante la loro vita sessuale hanno usato il profilattico ma solo se nell'ultimo rapporto ne avevano fatto uso (Shew et al., 1997).

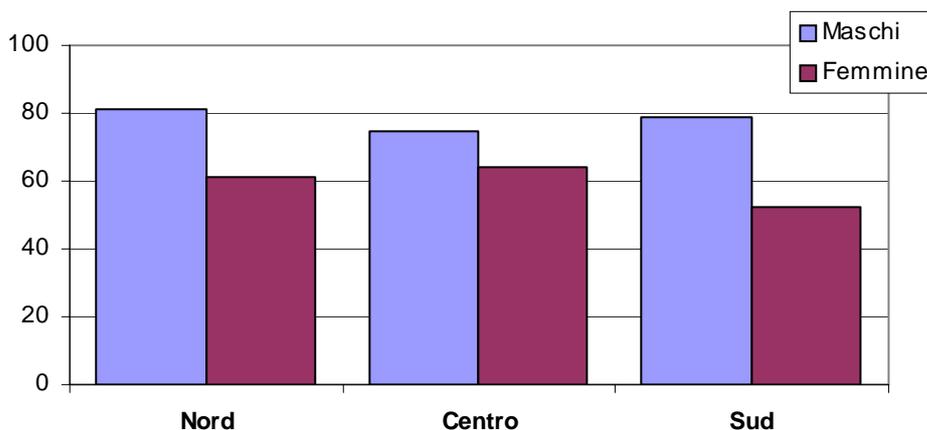
Nella tabella 6.9 sono riportate le risposte relative all'utilizzo del profilattico nell'ultimo rapporto sessuale tra i soli ragazzi che avevano dichiarato di aver avuto almeno un rapporto sessuale: una percentuale superiore al 70%, con un maggior numero di maschi rispetto alle femmine di pari età, dichiara di averne fatto uso.

Tabella 6.9 – “L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?”, solo quindicenni

	Maschio % (N)	Femmina % (N)	Totale % (N)
Sì	81,25 (117)	61,48 (83)	71,68 (200)
No	18,75 (27)	38,52 (52)	28,35 (79)
Totale	100,00 (144)	100,00 (135)	100,00 (279)

Nella figura 6.10 viene proposta la distribuzione del fenomeno per regione di residenza. L'utilizzo del profilattico sembra essere un'abitudine per la maggior parte dei maschi, indipendentemente dalla regione di appartenenza. Solo poco più del 60% delle ragazze sessualmente attive fa uso di protezioni idonee ad evitare conseguenze sulla salute.

Figura 6.10 – Percentuale di coloro che dichiarano di aver usato un profilattico durante l'ultimo rapporto, per area geografica e genere



Il mancato uso del profilattico aumenta il rischio di contrarre infezioni (WHO, 1996) ma non esclude la possibilità di fare uso di altri metodi anticoncezionali per evitare gravidanze indesiderate. La domanda successiva, infatti, chiede ai ragazzi di indicare quali altri mezzi anticoncezionali, alternativi al profilattico, utilizzino più frequentemente. Meno dell'1% del campione dichiara di non fare uso di mezzi anticoncezionali, e per tale ragione i dati non vengono presentati.

Tra i metodi anticoncezionali alternativi, però, una buona parte dei ragazzi riferisce il ricorso al *coitus interruptus*. Purtroppo, per problemi legati alla modalità di risposta, non siamo in grado di riportare la distribuzione reale dell'utilizzo di questo e altri e"particolari" metodi anticoncezionali in quanto molti ragazzi pur indicandone il ricorso non ne riportavano il nome.

6.3. Infortuni e violenza

Con il controllo e la riduzione delle malattie infettive ed i progressi in campo igienistico, gli infortuni sono diventati nel XX secolo una tra le cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad un anno. Il rischio di infortuni, inoltre, tende a crescere considerevolmente intorno al periodo adolescenziale (CDC, 2000). I fattori causali alla base di infortuni non mortali, elementi imprescindibili sui quali dovrebbero poggiare le strategie di intervento, non sono ancora ben conosciuti (Scheidt PC, 1998, 1995). L'obiettivo di questa sezione del paragrafo è quello di indagare la dimensione del fenomeno approfondendo inoltre gli aspetti legati ai comportamenti violenti.

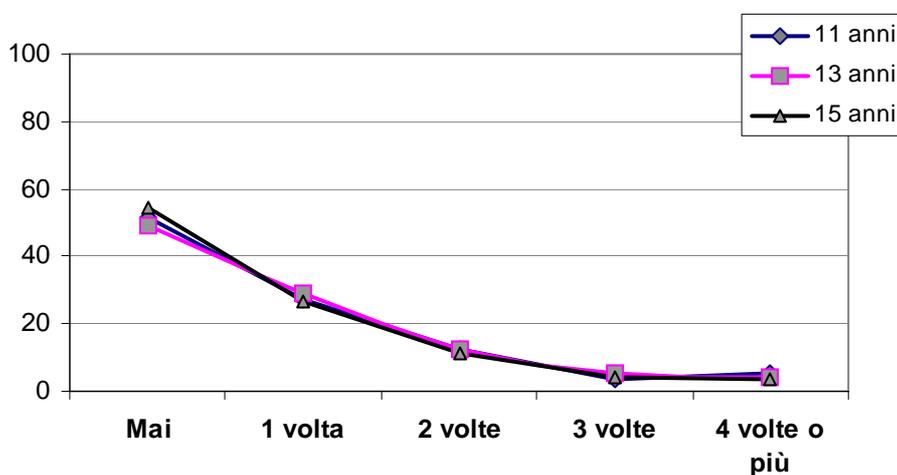
Molti adolescenti possono farsi male o ferirsi durante le normali attività sportive o litigando, spesso tali infortuni richiedono il ricovero presso strutture sanitarie.

La tabella 6.10 e le figure 6.11 e 6.12 forniscono una valutazione della frequenza degli infortuni che hanno richiesto l'intervento di un medico. Una percentuale inferiore al 50% dei ragazzi, indipendentemente dall'età, riferisce di aver subito almeno un infortunio negli ultimi dodici mesi. Anche in questo caso non si evidenziano differenze tra le diverse fasce d'età.

Tabella 6.10 – “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un infermiere/a?”

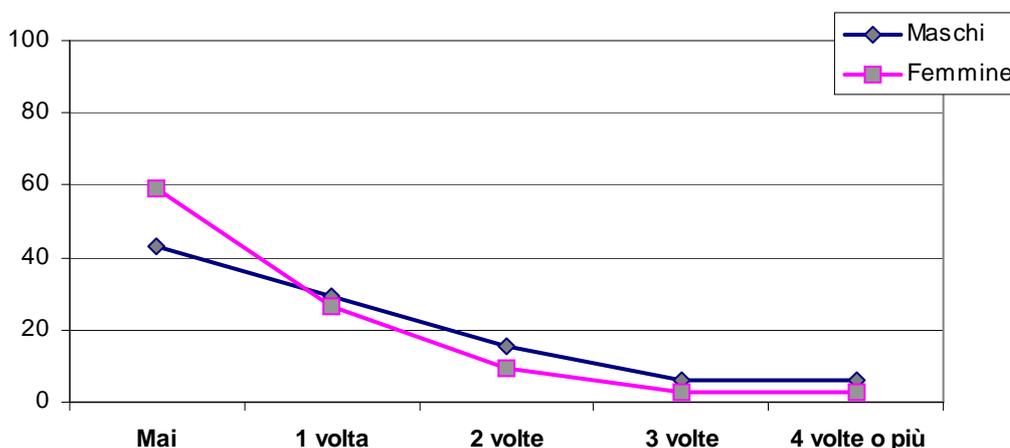
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	51,46 (776)	49,07 (795)	54,30 (663)
1 volta	27,39 (413)	29,20 (473)	26,37 (322)
2 volte	12,40 (187)	12,72 (206)	11,38 (139)
3 volte	3,71 (56)	5,06 (82)	4,42 (54)
4 volte o più	5,04 (76)	3,95 (64)	3,52 (43)
Totale	100,00 (1508)	100,00 (1620)	100,00 (1221)

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



Complessivamente le femmine sono vittime di infortuni meno frequentemente dei coetanei di sesso maschile, sia per quanto riguarda l'essersi infortunato (43% contro 59%) e sia per quanto riguarda il numero di infortuni occorsi.

Figura 6.12 – Percentuale di coloro che dichiarano di essere stati infortunati negli ultimi 12 mesi, per genere



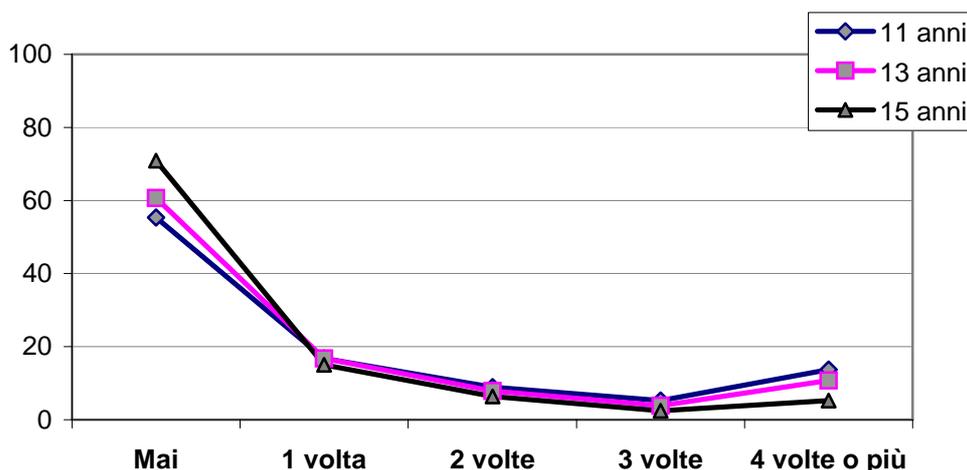
Tra i comportamenti violenti, le zuffe sono sicuramente le manifestazioni di violenza più frequenti. Spesso tali comportamenti possono anticipare l'utilizzo di sostanze stupefacenti o altri comportamenti problematici (CDC, 1992).

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se, negli ultimi 12 mesi, si erano azzuffati con qualcuno e quante volte questo era accaduto. La tabella 6.11 e la figura 6.13 offrono una valutazione degli episodi violenti, suddivisa per fascia d'età. I risultati indicano che i comportamenti violenti sono molto più frequenti nelle giovani età. Inoltre la probabilità di incorrere in due o più zuffe è sempre maggiore nelle fasce d'età più giovani, 27,9% negli undicenni, 22,6% nei ragazzi di 13 anni e 14,1% per i più grandi.

Tabella 6.11 – “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”

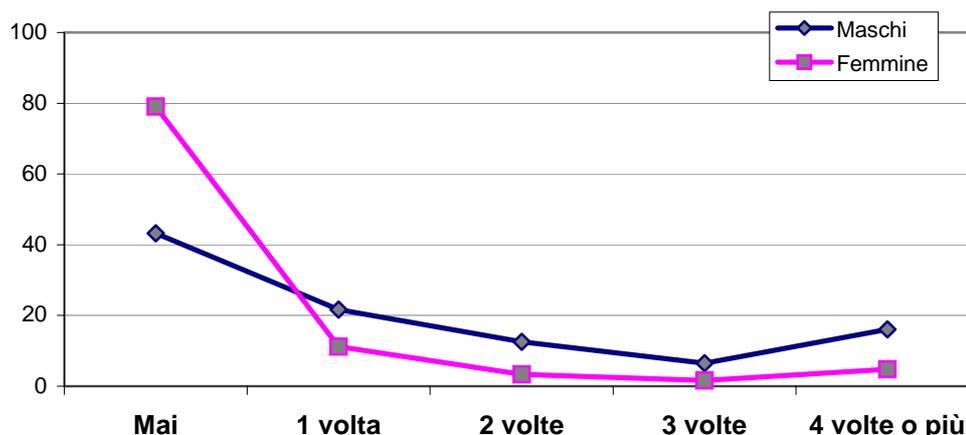
	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	55,32 (837)	60,69 (985)	70,88 (864)
1 volta	16,79 (254)	16,76 (272)	15,01 (183)
2 volte	8,92 (135)	7,89 (128)	6,40 (78)
3 volte	5,29 (80)	3,88 (63)	2,46 (30)
4 volte o più	13,68 (207)	10,78 (175)	5,25 (64)
Totale	100,00 (1513)	100,00 (1623)	100,00 (1219)

Figura 6.13 – Percentuale di coloro che dichiarano di essersi azzuffati con qualcuno negli ultimi 12 mesi, per età



Le forme di violenza interpersonale, come riportato in figura 6.14, sembrano essere prerogativa del sesso maschile. La percentuale dei maschi che dichiara di essersi azzuffato negli ultimi 12 mesi è circa tre volte superiore a quella delle ragazze, così come il numero delle zuffe occorse è sempre largamente maggiore nei maschi che nelle femmine.

Figura 6.14 – Percentuale di coloro che dichiarano di essersi azzuffati con qualcuno negli ultimi 12 mesi, per genere



6.4. Conclusioni

Sono stati osservati comportamenti a rischio per la salute in più ambiti, tra cui l'uso di tabacco e di sostanze psicoattive, i comportamenti sessuali e quelli violenti. L'immagine che emerge dal nostro campione è complessivamente in linea con quanto emerge dalla letteratura internazionale. Il numero di fumatori tende a crescere insieme con l'età dei ragazzi e l'abitudine al fumo, diversamente da quanto accade per le altre droghe, tende a consolidarsi rapidamente.

Sono apprezzabili alcune differenze geografiche nella distribuzione dei comportamenti a rischio soprattutto per quanto riguarda le ragazze. Al centro Italia si osserva un maggior consumo di bevande alcoliche, tabacco e droghe leggere, soprattutto in confronto alle ragazze del sud Italia.

È apprezzabile una situazione alquanto differente quando si descrivono i comportamenti sessuali. In questo caso l'immagine che emerge è quella di un adolescente che si avvicina al sesso in maniera piuttosto indifesa, privo delle conoscenze utili a proteggersi dalle più ovvie conseguenze per la sua salute.

Per quanto riguarda i comportamenti violenti va sottolineato come il fenomeno segua un andamento opposto a quello degli altri comportamenti a rischio. Qui la frequenza di episodi violenti si riduce all'aumentare delle età ed inoltre interessa il sesso femminile solo in misura marginale.

Bibliografia capitolo 6

- Beck F. Legleye S. Perretti-Watel P. (2000). Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD, [Observation of late adolescence psychoactive substance use in the ESCAPAD 2000 survey], OFTD, 2000.
- Brener N.D. Collins J.L. Kann L. Warren C.W. Williams B.I. (1995). Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 141(6):575-80.
- Casswell S. (1997). Population Level policies on alcohol: are they still appropriate given that alcohol is good for the heart?. *Addiction*, 92, S1: s81-s90.

- CDC (1992). Physical fighting among high school students-United States, 1990. *Morbidity Mortality Weekly Report*, 41(6):91-94.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC),(2000). WISQARST: Web-based injury statistics query and reporting system. <https://www.cdc.gov/ncipc/wisqarst>.
- De Wit H. Uhlenhuth E.H. Pierrri J. Johanson C.E. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157:745-750
- Di Clemente R.J. Hansen W.B. Ponton L.E. (1996). Handbook of adolescent health risk behaviour. New York: Plenum Press.
- Engels R.C. Knibbe R.A. Drop M.J. (1999). Visiting public drinking places: an explorative study into the functions of pub-going for late adolescents. *Substance Use and Misuse*; 34(9):1261-80.
- Morris L. Warren C.W. Aral WISQARST, S.O. (1993). Measuring adolescent sexual behaviours and related health outcomes. *Public Health Reports*, 108 (1), 31-36
- Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (2001), Faggiano F. Ruschena M. a cura di. Relazione annuale 2001
- Pavis C. Cunningham-Burley S. Amos A. (1998) Health related behavioural change in context: young people in transition. *Social Science and Medicine*. 47 (10): 1407-18
- Poikolainen K. Tuulio-Henriksson A. Aalto-Setälä T. Marttunen M. Lonnqvist J. (2001) Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 36 (1): 85-88.
- Raphael D. (1996). Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 19: 6-16.
- Scheidt P.C. et workshop participants (1998). Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *American Journal of Diseases of Children*; 142:612-617.
- Scheidt P.C. Harel Y. Trumble A.C. Jones D.H. Overpeck M.D. Bijur P.E. (1995). The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health*;85(7):932-8
- Shew M.L.. Remafedi G.J. Bearinger L.H. Faulkner P.L. Taylor B.A.(1997). The validity self-reported condom use among adolescents. *Sexually transmitted diseases*; 24: 503-510.
- Welte J.W. Barnes G.M. Hoffman J.H. Dintcheff B.A. (1999). Trends in adolescent alcohol and other substance use: relationships to trends in peer, parent, and school influences. *Substance Use and Misuse*;34(10):1427-49.
- World Bank. (1993). World development Report. Washington 1993.
- World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe (1999). Health 21:the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6.
- World Health Organization WHO (1996). Who Initiative on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases (STDs) – Fact sheet.
- World Health Organization WHO (1998). The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all.
- Zureik M. Ducimetière P. (1996). High alcohol related premature mortality in France: concordant estimates from a prospective cohort study and national mortality statistics. *Alcohol clinical Experience Research.*, 20.3: 428-433.

Capitolo 7: Salute e benessere

Alessio Zambon, Paola Dalmaso, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma, Franco Cavallo

Abstract

The concept of health has expanded, in the second half of the 20th century, beyond the simple absence of disease, and encompasses a broader notion of well being, where health becomes a resource for everyday life. In this part of the HBSC study we attempt to account for the health of young people intended in this broader sense, keeping in mind that, at this age, mental health is one of the most important issues and that adolescence is a fundamental period in which the health of adult people is shaped.

Self rated health – Young people who feel in good or excellent shape are about 90% in most group by gender and age, only 15 years old girls score a bit lower than 80%.

Self rated well being – Analyses let emerge a decrease, in older groups, of the self rated well being: 15 year old boys and girls have higher frequencies up to about score 8 of the Cantril scale, and lower frequencies above that point; an opposite pattern is shown by 11 year old pupils, while the 13 year old ones stay in the middle.

Reported symptoms – Symptoms were divided, through principal components analysis, into two groups: more somatic and more psychological symptoms. People reporting somatic symptoms every day vary between about 28% (11 y.o. girls) and about 13% (15 y.o. males). Frequency decreases by age and is higher for girls at all ages; boys in the South complain for more symptoms than those in the central and northern part of the country. Psychological symptoms decrease with age, but only for boys, while for girls frequencies seem to stay constant.

Conclusion – The sharpest contrast we can note is that a good self rated health co-exists with high symptoms complaining. Different hypotheses can be done in order to explain this phenomenon, one of them being that the two groups of items measure two different dimensions; another hypothesis could be that vitality of puberty is much more important, in its being positive, than the existing symptoms, and that attention is paid to them only when required by specific question.

Il concetto di salute che ha dominato l'età moderna, fino almeno a buona parte del secolo che si è appena concluso, è stato quello di "assenza di disturbi": quella che oggi viene definita come "salute negativa" (Beaglehole et al., 1997). Nella riflessione teorica, ma ancora troppo raramente nella pratica medica, si può dire che questa concezione di salute sia oramai al tramonto, altre definizioni si sono succedute e sono state criticate, almeno in ambito istituzionale, a partire dal secondo dopoguerra in poi. Tutte le nuove definizioni ipotizzate tendono a ripristinare una concezione più olistica e positiva della salute, che la avvicina al concetto più generale di benessere. La prima e più nota di queste definizioni è quella data dall'OMS già nel 1948: "la salute è uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale, e non solo l'assenza di malattia e infermità". Tale definizione è stata criticata per la sua vaghezza operativa, e per la staticità che la caratterizza, che non tiene in considerazione il fatto che la vita è un processo dinamico e la salute una condizione di equilibrio. Nel 1981 Antonovsky propone di definire la salute come un processo che si muove tra benessere (ease) e malattia (dis-ease), altre definizioni ancora (Herzlich, 1973; WHO, 1998; Hastings Center, 1997) si avvicinano a considerare la salute fondamentalmente come una risorsa per la vita, come capitale che permette agli individui e alle società di raggiungere i propri obiettivi, essendo ciascun individuo caratterizzato dai propri processi di "salutogenesi" (Antonovsky, 1996).

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

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

7.1. Percezione della propria salute

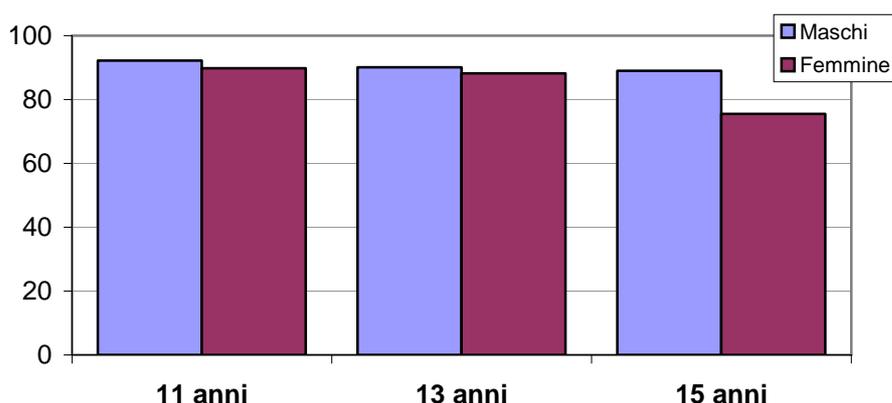
Tutte le versioni precedenti dello studio HBSC hanno esplorato la salute percepita attraverso l'item incluso anche in questa edizione del questionario, la cui validità è stata confermata nel corso di altre vaste ricerche epidemiologiche (Idler et al., 1997). In tabella 7.1. vengono riportati i risultati ottenuti sul campione italiano.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Eccellente	36,90 (559)	31,57 (513)	23,52 (286)
Buona	54,13 (820)	57,54 (935)	57,98 (705)
Discreta	8,05 (122)	9,85 (160)	16,12 (196)
Scadente	0,92 (14)	1,05 (17)	2,38 (29)
Totale	100,00 (1515)	100,00 (1625)	100,00 (1216)

Come si può vedere anche dalla figura 7.1. la percentuale di coloro che si considerano in buona, o addirittura eccellente salute, è molto alta, scendendo al di sotto dell'80% solo nel caso delle quindicenni, ma mantenendosi intorno al 90% nel resto della popolazione presa in esame.

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



7.2. La scala del benessere

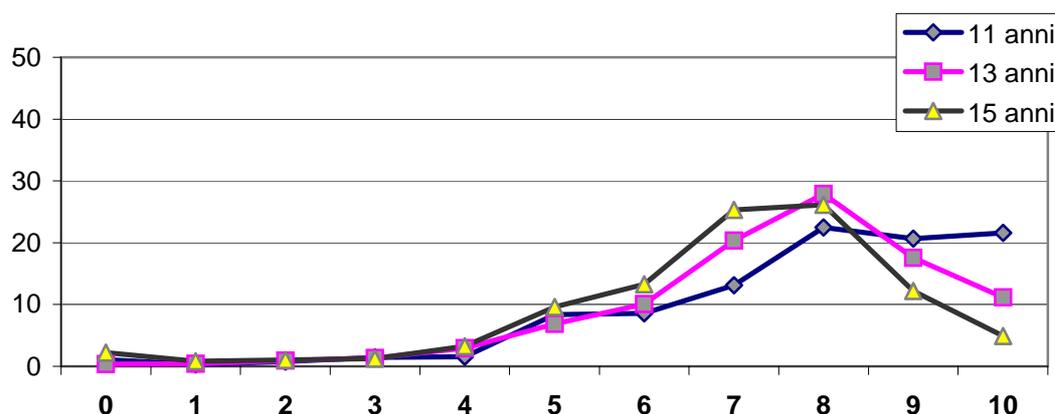
Il benessere, come riportato da diversi autori (Diener, 1984; Huebner, 1991, etc.), risulta essere un concetto sfaccettato in modo complesso. In HBSC si è cercata una misura cognitiva che potesse riassumere questi diversi aspetti e ci si è rivolti ad una scala, che misura il benessere percepito come variabile che si muove tra 0 e 10, che è il risultato di numerose ricerche condotte sia in ambito psicologico che sociologico (Cantril, 1965). Tale scala si è rivelata efficace nel misurare il benessere percepito in una popolazione adulta ed in questo studio vi sono state apportate piccole modifiche linguistiche per renderla più comprensibile agli adolescenti. Questa versione, già utilizzata in alcuni paesi campione, si è rivelata ben comprensibile ed i risultati ottenuti in questo studio vengono riportati nella tabella 7.2.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
0	1,06 (16)	0,37 (6)	2,20 (27)
1	0,33 (5)	0,43 (7)	0,81 (10)
2	0,80 (12)	0,93 (15)	1,06 (13)
3	1,46 (22)	1,37 (22)	1,22 (15)
4	1,53 (23)	2,92 (47)	3,26 (40)
5	8,38 (126)	6,89 (111)	9,61 (118)
6	8,58 (129)	10,06 (162)	13,27 (163)
7	13,10 (197)	20,37 (328)	25,33 (311)
8	22,47 (338)	27,89 (449)	26,14 (321)
9	20,68 (311)	17,58 (283)	12,21 (150)
10	21,61 (325)	11,18 (180)	4,89 (60)
Totale	100,00 (1504)	100,00 (1610)	100,00 (1228)

Come si può evidenziare anche nella figura 7.2., il valore centrale si pone tra il 7 e l'8, molto vicino quindi al punteggio massimo che indica una percezione di stare vivendo “la migliore vita possibile”. Valori più bassi sono più frequenti tra i tredicenni, e ancora di più tra i quindicenni, la situazione è opposta per i valori più alti di otto. Anche le risposte a questo item riflettono dunque la situazione che è stata rilevata nella percezione della salute e in quella dell'autostima, con una diminuzione dei valori con il procedere nell'adolescenza. Anche qui i punteggi dei soggetti di sesso femminile si situano su valori leggermente inferiori a quelli dei soggetti di sesso maschile (grafico non riportato).

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



7.3. Sintomi riportati

Si è chiesto ai ragazzi quanto frequentemente soffrano di uno dei seguenti sintomi:

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

Tali domande si sono rivelate, in precedenti versioni internazionali di HBSC, utili ed affidabili sia come singoli item (Torsheim et al., in press) che come scala (Haugland et al., 2001). Nella Tabella 7.3. viene riportata la distribuzione, nelle tre fasce di età prese in considerazione, della frequenza di sofferenza di almeno uno dei sintomi esplorati.

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	35,96 (547)	31,07 (507)	30,69 (376)
Più di 1 volta a settimana	28,53 (434)	32,97 (538)	37,55 (460)
1 volta a settimana	18,08 (275)	22,24 (363)	18,53 (227)
1 volta al mese	14,73 (224)	11,95 (195)	11,27 (138)
Raramente o mai	2,70 (41)	1,78 (29)	1,96 (24)
Totale	100,00 (1521)	100,00 (1632)	100,00 (1225)

La Tabella 7.3. mostra come il numero di coloro che dichiara di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati supera un terzo del campione di undicenni, tendendo a scendere nelle classi d'età successive. Tale diminuzione non viene però confermata nel gruppo di coloro che dichiarano di soffrire di uno dei sintomi più di una volta a settimana: il 64,49% tra gli undicenni, il 64,04% tra i tredicenni e il 68,24% tra i quindicenni dichiara infatti di soffrire di uno dei sintomi indicati tutti i giorni o comunque più volte nella settimana. Si tratta evidentemente di valori molto elevati. I soggetti di sesso femminile lamentano un maggior numero di sintomi rispetto a quelli di sesso maschile (Figura 7.3.). La suddivisione per area geografica non mostra variazioni sostanziali, tranne per i maschi del sud, che lamentano più sintomi rispetto ai coetanei del centro e del nord (Figura 7.4.).

Figura 7.3 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini, per età e genere

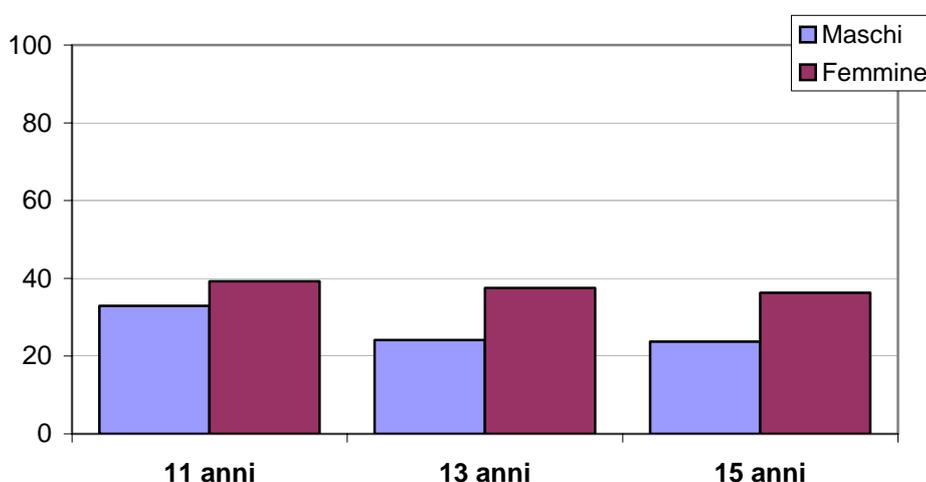
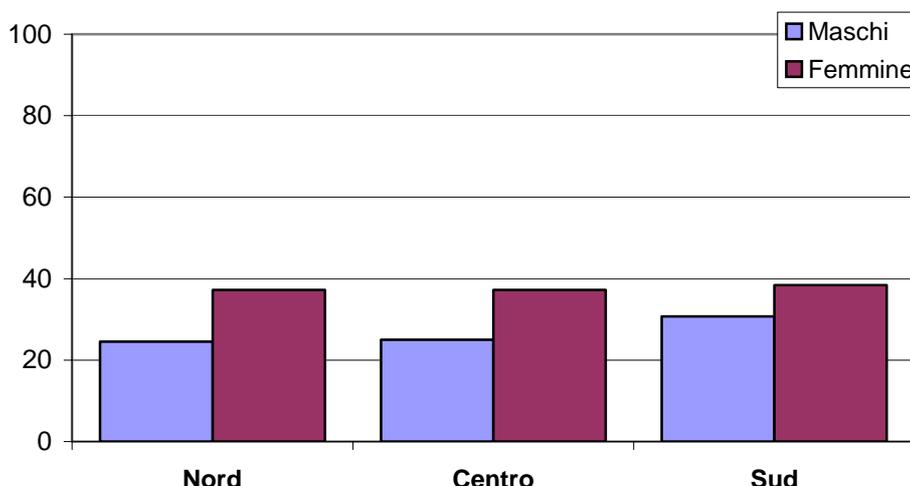


Figura 7.4 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini, per area geografica e genere



Raggruppamento dei sintomi per la dimensione somatica e per quella psicologica

Raccogliendo le suggestioni derivanti da studi precedenti (Haugeland et al., 2001), che suggeriscono che la scala utilizzata tenga conto di due dimensioni, una psicologica ed una somatica, è stata condotta un'analisi in componenti principali, con l'obiettivo di raggruppare i sintomi che fossero in grado di riprodurre una buona quota di varianza spiegata. Due sono risultate essere le componenti principali più importanti (autovalore maggiore di 1), che congiuntamente spiegano il 51,30% della varianza totale. Anche la nostra analisi mostra dunque due raggruppamenti principali, che tendono effettivamente ad identificarsi, pur non con totale chiarezza, come insieme dei sintomi somatici e insieme dei sintomi psicologici: i primi comprendono l'averne mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini; i secondi il sentirsi giù, irritabile e nervoso.

Nelle Tabelle 7.4. e 7.5. sono stati riportati, separatamente per le due tipologie di sintomi che sono state identificate, le percentuali di coloro che dichiarano di soffrirne. La dichiarazione di sofferenza di sintomi somatici presenta una diminuzione con l'aumentare dell'età con i soggetti di sesso femminile che, per tutte le fasce di età, mantengono più elevate percentuali (fig. 7.5). Se si prende invece in considerazione la dichiarazione di sofferenza per sintomi definiti come di ordine psicologico la diminuzione con l'aumentare dell'età si ritrova solo tra i maschi (fig. 7.7). Osservando l'andamento nelle diverse aree del paese si può notare come i maschi del sud lamentano in maggior misura sintomi somatici, andamento molto meno evidente per i sintomi psicologici (fig. 7.6 e 7.8).

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

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	25,21 (383)	18,14 (296)	18,12 (222)
Più di 1 volta a settimana	22,38 (340)	24,14 (394)	29,39 (360)
1 volta a settimana	18,43 (280)	22,30 (364)	20,49 (251)
1 volta al mese	20,80 (316)	25,80 (421)	23,92 (293)
Raramente o mai	13,17 (200)	9,62 (157)	8,08 (99)
Totale	100,00 (1519)	100,00 (1632)	100,00 (1225)

Figura 7.5 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sintomi somatici, per età e genere

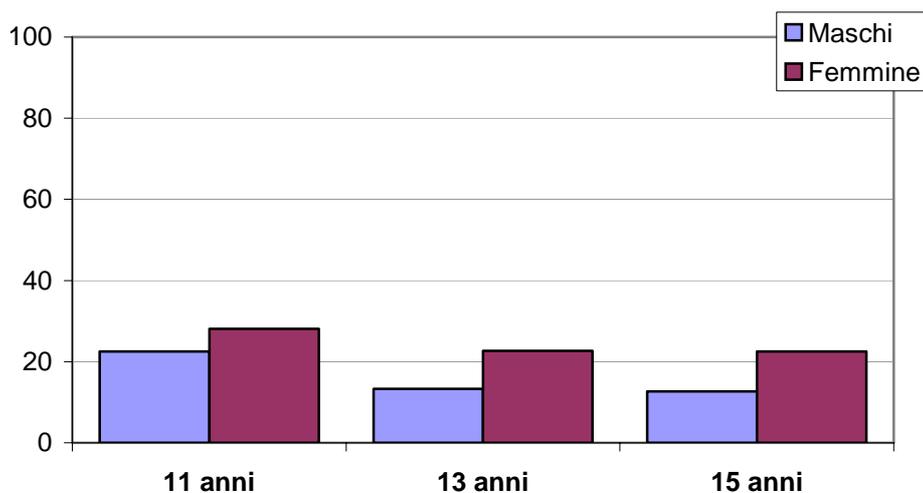


Figura 7.6 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sintomi somatici, per area geografica e genere

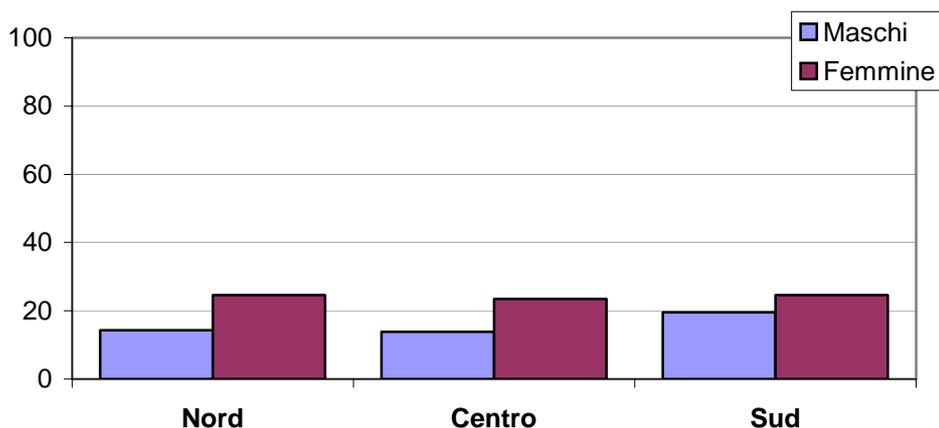


Tabella 7.5 – “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...?” almeno uno dei sintomi psicologici

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	22,13 (336)	20,86 (340)	21,16 (259)
Più di 1 volta a settimana	25,96 (394)	30,86 (503)	35,46 (434)
1 volta a settimana	20,36 (309)	24,72 (403)	22,22 (272)
1 volta al mese	21,54 (327)	17,91 (292)	16,58 (203)
Raramente o mai	10,01 (152)	5,64 (92)	4,58 (56)
Totale	100,00 (1518)	100,00 (1630)	100,00 (1224)

Figura 7.7 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sintomi psicologici, per età e genere

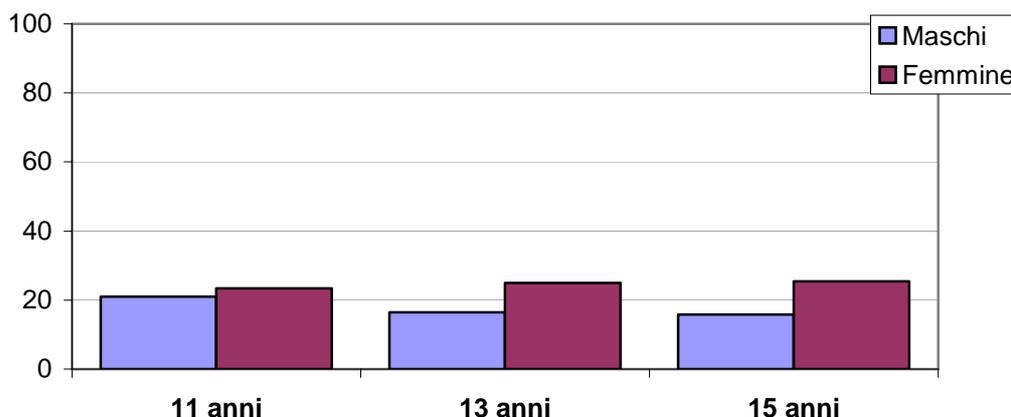
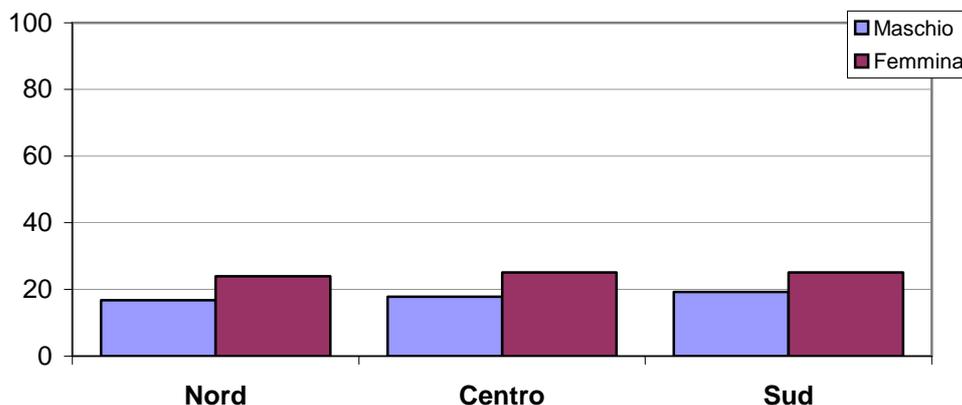


Figura 7.8 – Percentuale di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sintomi psicologici, per area geografica e genere



I risultati ottenuti con questa scala di sofferenza di sintomi, a differenza di quanto era stato osservato per gli indicatori di benessere percepito, non presentano un peggioramento legato all'aumentare dell'età. E' possibile pensare che gli indicatori legati ai sintomi siano, soprattutto per quanto riguarda quelli somatici, maggiormente indipendenti da fattori psicologici, o che comunque rappresentino due costrutti diversi. Anche questo strumento di rilevazione, come già gli altri item, ci rimanda l'immagine del sesso femminile come di una popolazione che, maggiormente di quella maschile, dichiara peggiori livelli di salute.

7.4. Conclusioni

Ciò che più salta all'occhio, scorrendo questo paragrafo, è il contrasto tra variabili che misurano salute positiva, come l'item sulla percezione della propria salute e la scala del benessere, e quelle che valutano la sofferenza per particolari sintomi. Mentre moltissimi ragazzi dichiarano di essere in buona o ottima salute, e si situano intorno al punteggio 8 della scala a dieci punti del benessere, anche molti sono quelli che dichiarano di soffrire di sintomi specifici almeno una volta a settimana, o addirittura una volta al giorno. Le ipotesi che si possono fare per spiegare tale contrasto sono molte, si può pensare che le variabili misurino in realtà costrutti diversi, e che solo uno di questi abbia a che fare con ciò che comunemente intendiamo come salute. Oppure si può pensare che la vitalità che irrompe in questo periodo della vita faccia passare in secondo piano, nella percezione di sé, sintomi specifici, che vengono identificati solo in seguito a domanda specifica. Ma si tratta appunto di ipotesi che, con i dati e le analisi finora svolte non è possibile sottoporre a verifica, verifica che sarà oggetto di successive fasi della ricerca. Certo è che, con dati così contrastanti, è difficile dare una risposta univoca ad una domanda come "Ma in definitiva, gli adolescenti italiani si sentono bene o male?". Se si adotta un'ottica salutogenica, di salute come equilibrio tra il benessere e il disagio, si sarebbe più portati a dire che i ragazzi si sentono bene, in quanto i sintomi riportati influenzano poco la percezione della salute, e che quindi, nell'equilibrio individuale, le risorse di benessere controbilanciano in larga misura le fonti di disagio. Ma una risposta definitiva si attende da ulteriori analisi.

Bibliografia capitolo 7

- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.
- Beaglehole R., Bonita R., Kjellstrom T. (1997). *Epidemiologia di base*. Casalnoceto (AL), Folini per WHO.
- Bracken B.A. (2003). *T.M.A.*, Trento, Erickson.
- Cantril H. (1965). *The pattern of human concern*. Rutgers University Press.
- Diener E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- European Commission (1999), *The evidence of Health Promotion Effectiveness*, Report of the EC by IUHPE. Brussels, EC rif. ECSC-EC-EAEC.
- Hastings Report (1997). Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia*, 45: 1-48.
- Haugeland et al. (2001). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European journal of public health*, 11 (3): 4-10.
- Herzlich C. (1973). *Health and illness*. London, Academic Press.
- Huebner E.S. (1991). Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12: 231-240.
- Idler E.L., Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Torsheim T., Wold B. (in press), School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of adolescent research*.
- WHO (1998). *Health promotion glossary*, Geneve, WHO.
- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4): 413-26.

