



Rapporti ISTISAN

13/5



Studio HBSC-Italia
(Health Behaviour in School-aged Children):
rapporto sui dati 2010



ISSN 1123-3117

A cura di
F. Cavallo, M. Giacchi, A. Vieno,
D. Galeone, A. Tomba, A. Lamberti,
P. Nardone e S. Andreozzi

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Studio HBSC-Italia
(Health Behaviour in School-aged Children):
rapporto sui dati 2010**

A cura di

Franco Cavallo (a), Mariano Giacchi (b), Alessio Vieno (c),
Daniela Galeone (d), Anna Tomba (a), Anna Lamberti (e),
Paola Nardone (e) e Silvia Andreozzi (e)

*(a) Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche,
Università degli studi di Torino, Torino*

*(b) Centro Interdipartimentale Ricerche Educazione e Promozione della Salute,
Università degli Studi di Siena, Siena*

*(c) Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli studi di Padova, Padova*

(d) Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Ministero della Salute, Roma

*(e) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

13/5

Istituto Superiore di Sanità

Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010.

A cura di Franco Cavallo, Mariano Giacchi, Alessio Vieno, Daniela Galeone, Anna Tomba, Anna Lamberti, Paola Nardone e Silvia Andreozzi
2013, vi, 128 p. Rapporti ISTISAN 13/5

Nel 2010 è stata condotta nelle Regioni italiane un'indagine sugli 11, 13 e 15-enni frequentanti le scuole pubbliche e parificate nell'ambito dello studio internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le classi su cui svolgere l'indagine sono state prima e terza media della scuola secondaria inferiore e seconda della secondaria superiore. A tutti i soggetti delle classi campionate è stato somministrato un questionario anonimo per indagare i comportamenti correlati alla salute, il rapporto con la scuola, i genitori e i pari e informazioni generali che ne definissero condizione anagrafica e livello sociale. Tra i risultati più significativi rilevati dai circa 75000 questionari raccolti si segnala l'elevata percentuale di ragazzi sovrappeso in alcune regioni del Sud Italia, una frequente sensazione di insoddisfazione rispetto al rapporto con la scuola al crescere dell'età e una forte differenza di genere, a sfavore delle ragazze, nella dichiarazione del benessere percepito e dei sintomi dichiarati.

Parole chiave: Comportamenti di salute, Adolescenti, Obesità; Attività fisica

Istituto Superiore di Sanità

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study in Italy: report 2010.

Edited by Franco Cavallo, Mariano Giacchi, Alessio Vieno, Daniela Galeone, Anna Tomba, Anna Lamberti, Paola Nardone and Silvia Andreozzi
2013, vi, 128 p. Rapporti ISTISAN 13/5

During the year 2010 a survey has been conducted throughout all Italian Regions on 11, 13 and 15 year-old attending public schools, in the framework of the international HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) study, sponsored by the World Health Organization. Target classes have been 1st and 3rd grade of junior high school and 2nd grade of high school. To all subjects attending the sampled classes an anonymous questionnaire has been administered, to collect information on their health behaviour, their relationship with the school, parents and peers, and general information concerning their cultural and social background. Amongst the most relevant results emerging from the around 75000 questionnaires administered it can be pointed out the high percentage of overweight children found in some Southern Italian regions, a more frequent feeling of dissatisfaction with school in older students and a strong gender gap, in disfavour of girls, in perceived well-being and symptoms declared.

Key words: Health behaviours, Adolescents, Obesity, Physical activity

Si ringraziano Paolo D'Argenio, Donato Greco, Stefania Salmaso, Nancy Binkin, Alberto Perra e il gruppo tecnico di OKkio alla SALUTE per il contributo apportato in fase di avvio dello studio HBSC-Italia 2010.

Un ringraziamento particolare è rivolto agli operatori sanitari che hanno partecipato alla realizzazione dell'indagine e il cui contributo è stato determinante per la buona riuscita della raccolta dei dati.

Si ringraziano i ragazzi, le famiglie, i dirigenti scolastici e gli insegnanti che hanno preso parte all'indagine, permettendoci di comprendere meglio la situazione relazionale e le abitudini dei ragazzi italiani, in vista dell'avvio di iniziative di promozione alla salute.

Un sincero ringraziamento alla società Civicamente che ha curato la grafica degli strumenti e il logo dello studio.

Lo studio è stato realizzato grazie ai finanziamenti del Ministero della Salute/Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (Progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", cap. 4393/2005-CCM, e Progetto "Sovrappeso e obesità nei bambini: il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE").

Per informazioni su questo documento scrivere a: angela.spinelli@iss.it; franco.cavallo@unito.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/5).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



Gruppo HBSC-Italia 2010

(studio “Health Behaviour in School-aged Children” nell’ambito del progetto ministeriale
“Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”)

Coordinamento nazionale dello studio HBSC

Università degli Studi di Torino

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

Prof. Franco Cavallo (*Responsabile del Coordinamento e Principal Investigator per l’Italia di HBSC*)

Patrizia Lemma, Paola Dalmasso, Lorena Charrier, Paola Berchiarella, Alberto Borraccino,
Alessio Zambon, Anna Tomba, Sabina Colombini

Università degli Studi di Siena

Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica-CREPS

Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri, Valentina Pilato, Stefania Rossi, Andrea Pammolli

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione LIRIPAC

Massimo Santinello, Alessio Vieno, Francesca Chieco, Michela Lenzi.

Coordinamento scientifico del progetto

“Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni”

Istituto Superiore di Sanità

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Reparto Salute della donna e dell’età evolutiva*

Angela Spinelli (*Responsabile scientifico*)

Giovanni Baglio, Anna Lamberti, Paola Nardone

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Lorenzo Spizzichino, Maria Teresa Menzano, Maria Teresa Scotti

Coordinamento Nazionale Uffici Scolastici Regionali

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

Referenti regionali dello studio HBSC-Italia 2010

Antonio Ciglia, Manuela Di Giacomo, Silvia Spinosa (Regione Abruzzo); Giuseppina Ammirati, Gabriella Cauzillo, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata); Antonio Fanolla (Bolzano, Provincia Autonoma); Caterina Azzarito, Marina La Rocca (Regione Calabria); Gianfranco Mazzarella, Renato Pizzuti (Regione Campania); Paola Angelini, Emanuela Di Martino, Marina Fridel (Regione Emilia Romagna); Alessandro Bavcar (Regione Friuli-Venezia Giulia); Giulia Cairella, Esmeralda Castronuovo (Regione Lazio); Federica Pascali (Regione Liguria); Corrado Celata, Marco Tosi, Marina Bonfanti, Liliana Coppola, Veronica Velasco (Regione Lombardia); Giordano Giostra (Regione Marche); Maria Letizia Ciallella (Regione Molise); Marcello Caputo (Regione Piemonte); Elisabetta Viesti, Maria Giovanna Rosa, Savino Anelli (Regione Puglia); Serena Meloni, Maria Letizia Senis, Rita Masala (Regione Sardegna); Achille Cernigliaro, Simonetta Rizzo (Regione Sicilia); Mariano Giacchi, Anna Maria Giannoni (Regione Toscana); Marco Cristofori (Regione Umbria); Anna Maria Covarino, Giovanni D’Alessandro (Regione Autonoma Valle d’Aosta); Silvano Piffer (Trento, Provincia Autonoma).

INDICE

Presentazione	v
---------------------	---

PRIMA PARTE

Ambito di sviluppo e metodologia applicata dallo studio HBSC-Italia 2010

1. Progetto “Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni” nell’ambito del programma “Guadagnare salute” <i>Angela Spinelli, Daniela Galeone, Anna Lamberti, Maria Teresa Menzano, Paola Nardone, Lorenzo Spizzichino, Giovanni Baglio, Marta Buoncristiano, Marina Pediconi, Maria Teresa Silani, e il Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	3
2. Dallo studio HBSC internazionale alla metodologia dell’HBSC-Italia 2010 <i>Franco Cavallo, Patrizia Lemma, Paola Dalmasso, Paola Berchialla, Giacomo Lazzeri</i>	6

PARTE SECONDA

Risultati dell’HBSC-Italia 2010 e di un intervento di comunicazione rivolto ai ragazzi

3. Campione in studio <i>Paola Dalmasso, Paola Berchialla</i>	15
4. Contesto familiare <i>Chiara Verzeletti, Maria Concetta Barbato, Massimo Santinello e il Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	17
5. Ambiente scolastico <i>Michela Lenzi, Francesca Chieco, Alessio Vieno e il Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	29
6. Attività fisica e tempo libero <i>Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Mariano Vincenzo Giacchi e il Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	47
7. Abitudini alimentari e stato nutrizionale <i>Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Mariano Vincenzo Giacchi e il Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	58
8. Comportamenti a rischio <i>Lorena Charrier, Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	72
9. Salute e benessere <i>Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Franco Cavallo, Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	86
10. Comunicazione in HBSC-Italia: un intervento sul campo <i>Chiara Cattaneo, Barbara De Mei, Ilaria Giovannelli, Elisa Quarchioni, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma, Franco Cavallo</i>	98

Conclusioni e prospettive future

<i>Franco Cavallo, Angela Spinelli, Daniela Galeone, Mariano Giacchi, Massimo Santinello, Barbara De Mei, Gruppo HBSC-Italia 2010</i>	117
---	-----

APPENDICE

Operatori sanitari	119
--------------------------	-----

PRESENTAZIONE

Lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) – attivo dal 1982 in Inghilterra, Norvegia e Finlandia – si è sviluppato in questi anni fino a coinvolgere nel 2010 43 nazioni, la maggior parte europee, più altre extra-europee (USA, Canada e Israele). L'indagine ha come obiettivo quello di raccogliere informazioni sull'influenza che il contesto socio-economico-culturale ha sui comportamenti, sugli stili di vita e dunque sulla salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Partecipando all'indagine, i giovani intervistati hanno descritto il proprio contesto sociale (relazioni familiari, con i pari e con la scuola), la propria salute fisica e la soddisfazione della propria vita, gli stili di vita (attività fisica, alimentazione) e i comportamenti a rischio (uso di tabacco, alcol, cannabis, comportamenti sessuali, bullismo). L'indagine in generale, e le singole nazionali, vogliono, infatti, essere un supporto di informazioni valide e aggiornate sui comportamenti dei ragazzi in modo da orientare nel modo migliore le scelte dei decisori, dei professionisti, degli operatori.

L'Italia partecipa a questo network dal 2001 e ha condotto nel 2009-2010 la sua terza indagine nazionale. La grande novità di questa edizione è che l'HBSC è entrato a far parte del sistema di sorveglianza "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute – Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), sotto la responsabilità tecnica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), e come tale ha coinvolto tutte le Regioni italiane, con un campionamento rappresentativo delle tre fasce di età (studio HBSC-Italia 2010). L'indagine ha mobilitato forze cospicue in tutte le Regioni, ha messo in comunicazione scuola e sanità, ed ha prodotto anche momenti di aggiornamento e discussione comune sulle procedure fra tutti i partecipanti all'indagine. È stato quindi un importante momento di aggregazione anche per gli operatori, da quelli Universitari a quelli dell'ISS, ai responsabili regionali e agli operatori della sanità pubblica e scolastici che hanno reso possibile questo progetto.

I circa 75000 questionari raccolti rappresentano in maniera concreta la portata di questo lavoro, ma anche la quantità di informazioni che potranno essere utilizzate, soprattutto a livello delle singole Regioni, per indirizzare le politiche di intervento in questa fascia di età.

Il seguente rapporto presenta una sintesi dei principali dati raccolti a livello nazionale consentendo anche un confronto tra le regioni ed è la conclusione temporanea di un processo che ha visto la produzione di 20 rapporti regionali.

Un passo successivo di questo processo ci porterà ad analizzare questi dati in termini di sviluppo nel corso del decennio, facendo riferimento alle tre indagini nazionali sin qui effettuate, in modo da cogliere le principali modificazioni che si sono verificate. Tutto questo anche nel più vasto contesto internazionale dei Paesi che hanno condotto la stessa indagine e con i quali sarà possibile confrontarsi; il rapporto sui dati internazionali è stato infatti pubblicato all'inizio del mese di maggio 2012 ed è disponibile sul sito (www.hbsc.unito.it), così come sul sito dell'ISS e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ne ha curato la pubblicazione.

La prima parte del rapporto illustra lo studio HBSC-Italia 2010 con particolare riferimento all'ambito di sviluppo e alla metodologia applicata. La seconda parte descrive i principali risultati relativi agli argomenti indagati di maggiore interesse e alla valutazione di efficacia di un intervento di comunicazione per promuovere stili di vita salutari tra i giovani. Inoltre nei capitoli 6, 7 e 8 sono stati inseriti dei riquadri di approfondimento che riportano dati di confronto tra HBSC-Italia 2010 e HBSC internazionale riguardo a specifici aspetti inseriti nel programma intergovernativo "Guadagnare salute": attività fisica, abitudini alimentari e stato ponderale, fumo e alcol.

Ci auguriamo che lo sforzo cospicuo che ha reso possibile questa pubblicazione possa condurre ad ulteriori approfondimenti nella conoscenza dei comportamenti dei nostri giovani e contribuire a migliorare le prospettive future del loro benessere.

Franco Cavallo
Principal Investigator per l'Italia dello studio HBSC

PRIMA PARTE
Ambito di sviluppo e metodologia
applicata dallo studio HBSC-Italia 2010

1. PROGETTO “SISTEMA DI INDAGINI SUI RISCHI COMPORIMENTALI IN ETÀ 6-17 ANNI” NELL’AMBITO DEL PROGRAMMA “GUADAGNARE SALUTE”

Angela Spinelli (a), Daniela Galeone (b), Anna Lamberti (a), Maria Teresa Menzano (b), Paola Nardone (a), Lorenzo Spizzichino (b), Giovanni Baglio (a), Marta Buoncristiano (a), Marina Pediconi (a), Maria Teresa Silani (c), e il Gruppo HBSC-Italia 2010

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Ufficio II del Dipartimento della Sanità Pubblica e dell’Innovazione, Ministero della Salute, Roma*

(c) *Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca, Roma*

Secondo i dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie cronicodegenerative (malattie cardio-cerebrovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici) rappresentano un allarme mondiale: hanno un elevato tasso di mortalità (causano 86% dei decessi), sono altamente invalidanti e costituiscono un problema economico per i singoli individui, le famiglie e la società (1, 2).

Si tratta di malattie che hanno in comune alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica) accomunati dall’essere legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili, ma condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora (1-4).

In Italia il Ministero della Salute e le Regioni sono da tempo impegnate nell’azione di contrasto alle malattie cronicodegenerative. Nel 2007, infatti, con DPCM del 4 maggio, seguendo le indicazioni dell’OMS, è stato approvato il programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, una strategia globale nata per contrastare i quattro principali fattori di rischio e prevenire le malattie croniche non trasmissibili (5). “Guadagnare salute” si caratterizza per l’approccio trasversale e la definizione di strategie intersettoriali finalizzate alla promozione della salute dei cittadini. Il programma mira ad agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l’insorgenza delle malattie croniche grazie a alleanze tra enti e istituzioni diverse tra cui il mondo della scuola, dell’agricoltura, dei trasporti, dell’urbanizzazione e dello sport nel rispetto dei principi della “Salute in tutte le politiche” (*Health in all policies*) promossi dall’OMS e dall’Unione Europea (6).

Per favorire la creazione di reti funzionali sia a livello centrale che locale, è stata istituita, inoltre, presso il Ministero della Salute, leader del Programma, la “Piattaforma nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo” composta da rappresentanti delle Amministrazioni centrali, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei farmacisti, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali, degli Istituti di ricerca come l’Istituto Superiore di Sanità (ISS), degli Enti di promozione dell’attività sportiva. La piattaforma è una sede d’incontro fra le istituzioni, le associazioni e gli organismi interessati, dove concertare e proporre interventi intersettoriali; essa rappresenta quindi un elemento importante per il conseguimento degli obiettivi stabiliti nel programma “Guadagnare salute”.

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e in via di proroga, prevede diverse linee di intervento da attuarsi a livello regionale, nell'ottica di un approccio integrato al contrasto dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche. Per poter intervenire in modo mirato è necessario però disporre di dati accurati e confrontabili tra le diverse realtà regionali e territoriali che forniscano il quadro della situazione evidenziando le maggiori e più urgenti criticità e l'evoluzione nel tempo dei fattori studiati.

In attuazione di "Guadagnare salute", nel 2007 il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS. Il progetto ha visto il coinvolgimento di diversi enti e istituzioni, tra cui il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), le Regioni e Province Autonome, le Università di Torino, Siena e Padova e la conduzione di due differenti filoni di attività.

L'obiettivo principale del progetto è stato definire e mettere a regime un sistema di indagini sui giovani (6-17 anni) per acquisire dati in modo sistematico sui loro diversi stili di vita e comportamenti in relazione ai principali fattori di rischio, principalmente per le malattie cronicodegenerative: alimentazione, attività fisica, fumo e alcol. Tale sistema permette di disporre di informazioni accurate sull'evoluzione dei fenomeni indagati, con un dettaglio regionale, cogliendo le linee di tendenza o i cambiamenti di situazioni, atteggiamenti, comportamenti spesso particolarmente veloci nel mondo infantile e adolescenziale. Contribuisce, inoltre, ad orientare le strategie di promozione della salute e a valutare gli interventi intrapresi.

Il progetto ha visto la realizzazione di un sistema di sorveglianza sullo stato ponderale e i comportamenti a rischio nei bambini della scuola primaria, denominato OKkio alla SALUTE (7, 8), e lo svolgimento della terza raccolta dello studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children* – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare).

Lo studio HBSC è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa che, attraverso questionari autocompilati raccoglie nei ragazzi informazioni inerenti le abitudini alimentari, il fumo, l'assunzione di alcol, l'attività fisica e altri comportamenti considerati a rischio per la salute (9).

Nel nostro Paese l'HBSC è stato coordinato fino al 2007 dalle Università di Torino, di Siena e di Padova e ha avuto una rappresentatività campionaria nazionale. La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni selezionati all'interno delle scuole statali e paritarie di tutte le Regioni italiane. L'inserimento di HBSC nel progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" ha consentito di raggiungere, nella raccolta dati del 2010, una rappresentatività sia nazionale che regionale, elemento essenziale per una confrontabilità geografica e la possibilità di definire politiche di intervento locali adeguate. Le informazioni sono state raccolte a livello di ciascuna delle 19 Regioni italiane e delle 2 Province Autonome con procedure standardizzate. Punto di forza è stato il coinvolgimento nello studio delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). A differenza delle precedenti indagini nelle quali i questionari sono stati spediti direttamente alle scuole, in questo caso gli operatori sanitari delle ASL hanno partecipato attivamente alle rilevazioni recandosi nelle classi, garantendo l'uniformità delle procedure di raccolta dati e stimolando la partecipazione della scuola e dei ragazzi sull'intero territorio nazionale. Per distinguerla dalle precedenti, la raccolta dati relativa all'anno 2010 è stata denominata HBSC-Italia 2010.

L'alleanza con la scuola, elemento centrale del programma "Guadagnare salute", è stata fondamentale per OKkio alla salute e per lo studio HBSC-Italia 2010, consentendo di

sperimentare un innovativo approccio intersettoriale e multi-competente, anche al fine di avviare interventi di promozione di stili di vita salutari che coinvolgano i ragazzi e le famiglie.

I dati raccolti attraverso lo studio HBSC-Italia 2010 fanno riflettere su quanto sia sempre più importante, in sanità pubblica, occuparsi dei comportamenti e della salute dei giovani che rappresentano il nostro futuro, gli adulti di domani. È, dunque, necessario garantire l'accesso all'istruzione, ridurre i potenziali fattori di rischio, migliorare l'ambiente di vita dei ragazzi e delle loro famiglie, ridurre le disparità sociali. Solo con un approccio integrato, con politiche di prevenzione applicate su ampia scala, sarà possibile contrastare il consumo di tabacco, il sovrappeso, l'inattività fisica, l'abuso di alcol e di sostanze tra gli adolescenti (10-13).

Bibliografia

1. World Health Organization. *Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report*. Geneva: WHO; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf; ultima consultazione 6/11/2012.
2. World Health Organization. *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: WHO Regional Office; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf; ultima consultazione 6/11/2012.
3. Krassas GE, Tzotzas T. Do obese children become obese adults: childhood predictors of adult disease. *Pediatr Endocrinol Rev* 2004;1:455-9.
4. World Health Organization. *Gaining health. The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/77510/RC56_edoc08.pdf; ultima consultazione 6/11/2012.
5. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007.
6. WHO Regional Office for Europe. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen: World Health Organization; 2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf; ultima consultazione 6/11/2012.
7. Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/24).
8. Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. (Ed.). *Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14).
9. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.
10. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379:1630-40.
11. Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379:1641-52.
12. Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, Greenberg MT, Irwin CE Jr, Ross DA, Shek DT. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet* 2012;379:1653-64.
13. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa AO, Mokdad A, Ferguson J. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012;379:1665-75.

2. DALLO STUDIO HBSC INTERNAZIONALE ALLA METODOLOGIA DELL'HBSC-ITALIA 2010

Franco Cavallo (a), Patrizia Lemma (a), Paola Dalmaso (a), Paola Berchiolla (a), Giacomo Lazzeri (b)
(a) *Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino*
(b) *Centro interdipartimentale Ricerche Educazione e Promozione della Salute, Università degli Studi di Siena, Siena*

2.1. Introduzione

Lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*: comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è un progetto internazionale, patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati alla salute nella popolazione tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

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

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

Relativamente ai fattori comportamentali, molti di questi sono i più diretti responsabili delle patologie prevalenti dei nostri tempi: fumo, alcol, sostanze stupefacenti, attività fisica, abitudini alimentari e del sonno; la misura in cui ciascuno di essi viene adottato è importante nel determinare lo stato di salute presente e quello futuro dei ragazzi (5). L'interesse è soprattutto rivolto ai determinanti di questi comportamenti: abitudini, cultura e possibilità economiche dei genitori, cultura dei ragazzi (comportamenti di "iniziazione"), atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola, sono tutti elementi che influiscono sulla scelta del ragazzo di adottare o meno un determinato comportamento (6).

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

2.2. Lo studio

HBSC, cui l'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa. Attivo dal 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia 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. L'Italia ha partecipato a livello nazionale per la prima volta nel 2001-2002 (6) e successivamente nel 2006 (7).

Lo studio si caratterizza come un network di ricercatori, università e istituzioni governative coordinate da un comitato di gestione costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati. Ulteriori informazioni sono reperibili dai seguenti siti www.hbsc.org e www.hbsc.unito.it.

La raccolta dati italiana del 2009-2010 (HBSC-Italia 2010) è stata condotta in tutte le Regioni ed è inserita nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni" coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e promosso all'interno del programma "Guadagnare salute", dal Ministero della Salute-Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) (8).

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

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

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

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

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

Il questionario comprende sei sezioni riguardanti:

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

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

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

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

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

2.2.1. Strumenti utilizzati per la raccolta dei dati

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

I questionari contengono un *core* di domande comune a tutti i Paesi partecipanti e una sezione "variabile" in cui ciascun Paese ha inserito delle domande specifiche per il proprio contesto nazionale di riferimento. Per quanto riguarda l'Italia, nella raccolta dati del 2010, il gruppo di coordinamento nazionale ha deciso di inserire alcune domande non presenti nel questionario internazionale, che hanno riguardato alcuni approfondimenti sul fumo e sull'alcol.

Anche il questionario indirizzato al dirigente scolastico presenta un *core* di domande obbligatorie, per i Paesi che scelgono di adottare la sezione relativa al contesto scolastico, che indaga alcune caratteristiche di base della scuola (tipo di scuola, localizzazione, numerosità per genere degli studenti e degli insegnanti, numerosità delle classi, presenza di minoranze etniche, presenza di problematiche nell'area dove è situata la scuola) e una parte "variabile" che può contenere domande specifiche per i diversi contesti nazionali di riferimento. Anche in questo caso nella raccolta dati del 2010, il gruppo di coordinamento HBSC-Italia 2010 ha deciso di inserire alcune domande specifiche.

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

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

- livello di partecipazione degli studenti (indagare il livello di partecipazione degli studenti nei processi di presa di decisioni a livello scolastico, è ritenuto un aspetto importante poiché può influenzare il benessere percepito, la salute e i comportamenti degli studenti).

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

2.2.2. Aspetti etici

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

Il questionario e tutta la metodologia relativa all'indagine sono stati approvati dal Comitato Etico dell'ISS.

2.2.3. Attività svolte

A partire dai primi mesi del 2009 sono stati svolti degli incontri con i referenti regionali per condividere il protocollo e gli strumenti dell'indagine e proporre eventuali domande aggiuntive a livello regionale. Al fine di addestrare gli operatori sanitari all'uso degli strumenti per la raccolta delle informazioni e standardizzare le procedure d'indagine, è stata prevista un'attività di formazione a cascata, con momenti formativi organizzati a livello centrale, presso l'ISS, per i referenti sanitari regionali e/o altre figure sanitarie specificamente incaricate, e successive iniziative di formazione a livello locale (regionale e aziendale) per gli operatori direttamente coinvolti nell'indagine, ad opera del personale precedentemente addestrato.

A maggio 2009 ha avuto inizio l'attività formativa: 43 operatori regionali hanno partecipato alle giornate di corso ECM (Educazione Continua in Medicina) per formatori in cui sono state fornite tutte le indicazioni relative al protocollo e alla metodologia dell'indagine. Gli operatori così formati hanno poi organizzato a loro volta dei corsi per gli operatori delle Aziende Sanitarie della loro Regione, per fornire tutte le informazioni per lo svolgimento delle attività in maniera uniforme a livello locale: in questa maniera sono stati formati 656 operatori sanitari complessivamente.

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

Sono stati stampati 80.000 questionari su apposito formato cartaceo adatto alla lettura ottica dei dati; questi sono stati spediti ai referenti regionali che a loro volta li hanno fatti pervenire ai singoli operatori sanitari.

La raccolta dei dati è iniziata a fine novembre 2009 ed è andata avanti fino alla fine di maggio 2010.

Una volta effettuato il campionamento per ogni singola Regione è stata inviata la lista delle scuole ai singoli referenti; i dirigenti scolastici delle scuole campionate sono stati informati

dagli Uffici Scolastici Provinciali e dai referenti di ASL del proprio territorio dell'avvio dell'indagine e del numero di classi selezionate all'interno del proprio istituto. I dirigenti sono stati invitati anche a comunicare il nominativo degli insegnanti delle classi selezionate, che hanno partecipato ad un incontro con gli operatori ASL e i referenti aziendali per predisporre la raccolta dei dati.

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

Agli insegnanti è stato consegnato il seguente materiale:

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

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

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

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

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

Il gruppo di coordinamento nazionale ha inoltre predisposto una bozza standardizzata di report, per tutte le Regioni, basata sui risultati più significativi evidenziati negli studi precedenti, che è stata resa disponibile sull'area riservata del sito. Ad ogni referente regionale è stato spedito il proprio database regionale con i risultati delle specifiche analisi per la redazione del report. Dopo la stesura dei report regionali è stata attivata una fase di costruzione di strumenti di comunicazione dei dati e di supporto didattico (due *open mind* e quattro *focus paper*).

Bibliografia

1. World Health Organisation (WHO). *Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.
2. The Hastings Center Report. Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Politeia* 1997;45:1-48.

3. Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mountain view, California: Mayfield Mayfield Publishing Company, 1991
4. King A, Wold B, Smith CT, Harel Y. *The health of youth. A cross-national survey*. Copenhagen: WHO, Regional Publications; 1996. (European series n.69).
5. Allison KR, Adlaf EM, Ialomiteanu A, Rehm J. Predictors of health risk behaviours among young adults: analysis of the National Population health Survey. *Can J Public Health* 1999;90(2):85-9.
6. HBSC-Italia. *Stili di vita e salute dei giovani italiani, 11-15 anni*. Torino: Minerva Medica; 2004.
7. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.
8. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007.

PARTE SECONDA
Risultati dell'HBSC-Italia 2010 e di un intervento
di comunicazione rivolto ai ragazzi

3. CAMPIONE IN STUDIO

Paola Dalmasso, Paola Berchiolla

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

Complessivamente sono state selezionate 3723 classi, il 65,2% delle quali nelle scuole secondarie di I grado. La rispondenza per classe (Tabella 3.1) è, a livello nazionale, del 95,8%, senza evidenti differenze tra i tre gradi di istruzione indagati. A livello regionale (Figura 3.1) i livelli più bassi di partecipazione si registrano per le scuole di I grado in Campania e Basilicata, con l'89%, mentre nei quindicenni si registrano nella Provincia Autonoma di Trento (81%) e nel Molise (84%). Si evidenzia tuttavia che nella maggior parte delle Regioni, la partecipazione non è mai scesa sotto il 90%.

Tabella 3.1. Rispondenza all'indagine per classe (HBSC-Italia 2010)

Classe	Classi campionate	N. di classi che hanno restituito il questionario	Percentuale di rispondenza
Prima media	1176	1130	96,1
Terza media	1252	1201	95,9
Seconda superiore	1295	1234	95,3
Totale	3723	3565	95,8

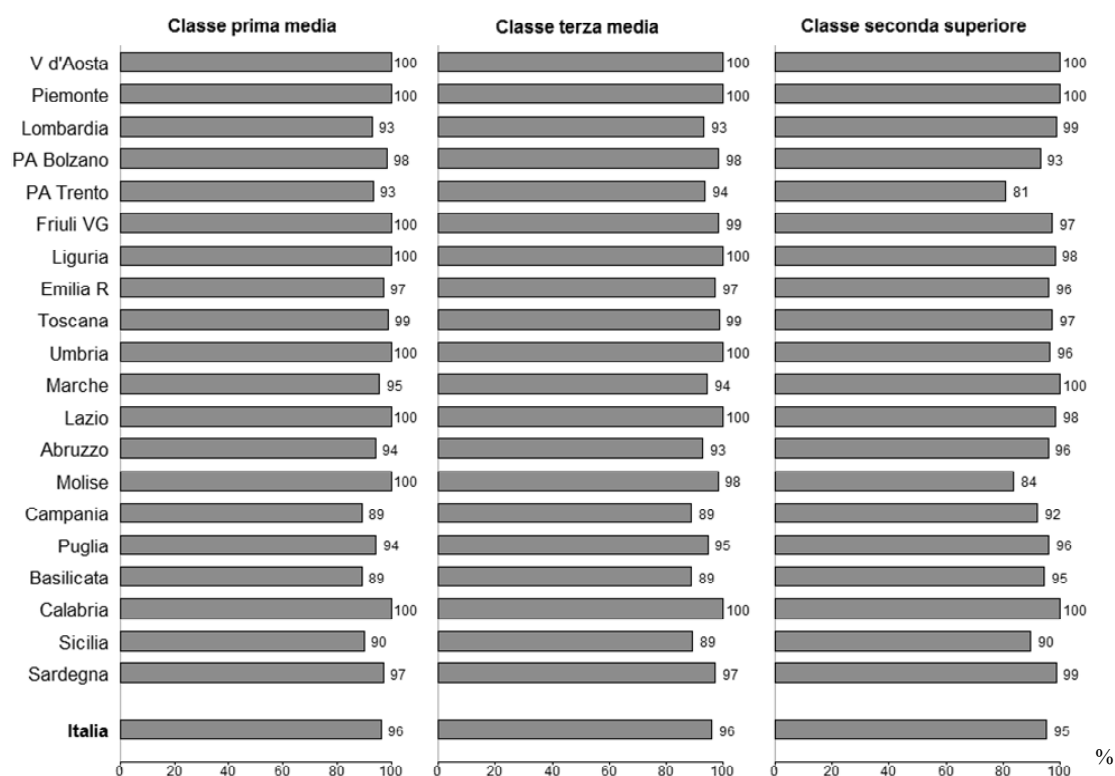


Figura 3.1 Rispondenza all'indagine per classe e per Regione (HBSC-Italia 2010)

In Tabella 3.2 è riportata la distribuzione per età e genere del campione di circa 59000 ragazzi analizzato nel presente rapporto. Complessivamente, i maschi risultano essere il 49,7%, con una frequenza maggiore tra gli undicenni. Il rapporto maschi/femmine decresce con l'aumentare dell'età, passando dal 51,1% degli undicenni al 49,6% e 48,2% rispettivamente nelle altre due fasce di età.

Tabella 3.2. Composizione del campione – per età e genere (HBSC-Italia 2010)

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
11 anni	10600	36,2	10128	34,2	20728	35,2
13 anni	10244	35,0	10417	35,2	20661	35,1
15 anni	8459	28,9	9080	30,6	17539	29,8
Totale	29303	100	29625	100	58928	100

La Tabella 3.3 illustra la composizione del campione secondo la nascita in Italia. Se complessivamente il 3,6% degli intervistati dichiara di non essere nato in Italia, senza apprezzabili differenze né per genere né per età, esaminando la situazione entro ciascuna Regione, si può notare come nelle Regioni centro-settentrionali, la prevalenza di ragazzi nati all'estero sia più marcata (Figura 3.2).

Tabella 3.3. Composizione del campione secondo la nascita in Italia o all'estero – per età (HBSC-Italia 2010)

Paese di nascita	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Nato in Italia	19487	95,6	19535	96,5	16799	97,1
Nato all'estero	1018	4,4	945	3,5	625	2,8
Totale	20505	100	20480	100	17424	100

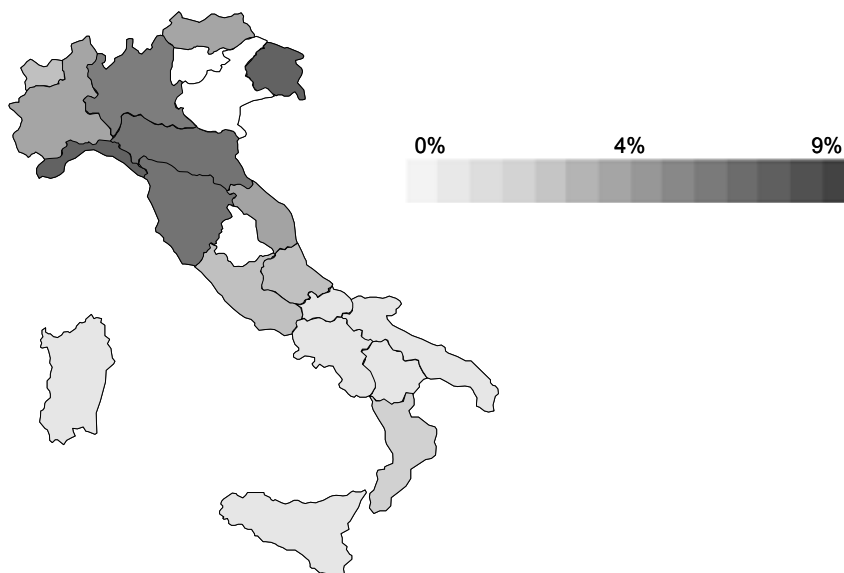


Figura 3.2. Nati all'estero (%) per Regione (HBSC-Italia 2010)

4. CONTESTO FAMILIARE

Chiara Verzeletti, Maria Concetta Barbato, Massimo Santinello e il Gruppo HBSC-Italia 2010
*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli Studi di Padova, Padova*

4.1. Introduzione

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

Certamente la famiglia, in maniera interconnessa al gruppo dei pari, rappresenta uno dei principali contesti all'interno dei quali i ragazzi imparano a rinegoziare il loro ruolo sociale, a bilanciare le richieste interne e le aspettative esterne, a conciliare differenti sistemi di valori e di regole (1-3).

Questo capitolo si pone come obiettivo quello di approfondire il ruolo della struttura della famiglia come contesto di vita e della percezione della stessa da parte dei ragazzi. A tal fine il presente studio ha indagato tre rilevanti aspetti del sistema familiare, capaci di influenzare nel loro complesso la salute e il benessere degli adolescenti (4-7): la struttura familiare, la relazione genitori-figli e il livello socio-economico.

4.2. Struttura familiare

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

In Italia, i processi di cambiamento e di trasformazione della famiglia risultano meno evidenti e meno rapidi rispetto alla maggior parte degli altri Paesi Occidentali ma, nonostante questo, il parlare di “famiglie” e “strutture familiari non tradizionali” sta diventando una necessità legata alla sempre maggior presenza di diverse aggregazioni familiari che si distinguono da quella tradizionale (composta da genitori sposati, con figli naturali) (2, 9).

In generale, le principali trasformazioni demografiche e familiari (a partire dal 1965) riguardano il calo della nuzialità e l'aumento delle convivenze non matrimoniali, il calo della fecondità e del conseguente numero di figli per nucleo familiare, l'aumento dell'instabilità matrimoniale (separazione e divorzi), lo spostamento dell'età nelle principali tappe della vita adulta (aumento età al primo matrimonio, o al primo figlio). Considerando la “specificità” italiana nel contesto europeo, è importante sottolineare i livelli straordinariamente bassi di fecondità e nuzialità, la persistenza di modelli di tipo tradizionale nei modi di formare la famiglia (bassa frequenza delle convivenze non matrimoniali, ancora rare le nascite fuori dal matrimonio, anche se entrambi i fenomeni sono in aumento), la solidità e durata della storia familiare (tassi bassi di separazione e divorzio rispetto alle altre nazioni, nonostante l'aumento

costante di entrambi gli elementi), il più lento passaggio dei giovani all'età adulta (lunga permanenza dei giovani nella famiglia di origine, età elevata al primo matrimonio, ecc.) (9-12).

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

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

– *Famiglia "monoparentale"*

(famiglie in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore)

Secondo Scabini (14), l'espressione usata per indicare questo tipo di famiglia sarebbe adeguata solo per i casi di genitori vedovi; negli altri casi, successivi a un'unione matrimoniale o no, l'altro genitore esiste, ma viene virtualmente cancellato. Nonostante questa specificazione, la realtà dei bambini e dei giovani è di avere, in concreto, un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve svolgere le funzioni di entrambe le figure parentali, e spesso pensare da solo alla sussistenza della famiglia e all'educazione dei figli.

– *Famiglia "ricostituita"*

(nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio)

Si tratta quindi di un tipo di famiglia che strutturalmente può essere più o meno complesso, e che raggiunge la massima complessità quando entrambi i coniugi hanno alle spalle precedenti matrimoni con figli, e mettono al mondo altri figli nati dalla nuova unione. Le seconde nozze non sono, ovviamente, una novità. In passato esse si verificavano solo dopo la morte di uno dei coniugi, e non comportavano particolari complicazioni in quanto il nuovo coniuge veniva a sostituire quello deceduto. Il fenomeno delle famiglie ricostituite, molto alto negli Stati Uniti e notevole negli Stati Nord-europei, è assai più contenuto in Italia, ma gli studiosi osservano che esso è destinato a crescere. Le famiglie ricostituite appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Secondo Barbagli (15) la causa principale di questa fragilità sarebbe la mancata "istituzionalizzazione" di tale modello familiare: non esistono ruoli ben definiti, regole collaudate, soluzioni già sperimentate per risolvere gli inediti problemi che queste unioni comportano. Tutto ciò comporta una serie di incertezze, non puramente psicologiche, ma anche comportamentali (13, 16, 17).

La struttura familiare, a fianco di variabili che hanno a che fare con le relazioni interpersonali all'interno della famiglia, hanno un forte impatto sulla vita degli individui, e in particolar modo su quella dei giovani in via di sviluppo (4). Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi un lavoro sempre attuale, considerati i forti cambiamenti a cui è sottoposta.

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

ricostruita può essere vista da un lato come potenzialmente confusiva, dall'altro potenzialmente arricchente dal punto di vista affettivo e adattativo (4, 14).

Diverse ricerche si sono focalizzate sui riscontri negativi che tali nuove tipologie familiari possono avere sullo sviluppo dei figli. Molte di queste hanno individuato come il vivere in una famiglia tradizionale possa essere considerato un fattore protettivo per la salute e per la soddisfazione di vita, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite possa essere un fattore di rischio (4, 18-22).

Nonostante queste evidenze scientifiche diversi autori hanno messo in discussione tale relazione. Oliverio Ferraris (1997), ad esempio, sostiene che lo svantaggio diventa reale soltanto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, oppure uno stato di conflittualità permanente o dei problemi economici (4, 23, 24).

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono, nella prima, e se necessario, nella seconda casa (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

La Tabella 4.1. riporta le percentuali di soggetti suddivisi nelle diverse tipologie familiari. I dati evidenziano come in Italia i nuclei familiari maggiormente presenti sono, ad oggi, rappresentati da famiglie di tipo tradizionale (il 70,3% dei ragazzi dichiara di vivere con entrambi i genitori), la seconda tipologia di famiglia più frequentemente presente sul territorio nazionale è rappresentata da nuclei in cui i ragazzi oltre che con i genitori co-abitano anche con uno o più nonni (14,0%). L'11,6% dei partecipanti vive invece in famiglie monogenitoriali, in cui il genitore maggiormente presente è la madre (10%). Infine, solo il 2,3% vive in nuclei familiari ricostruiti.

Tabella 4.1. Tipologia di famiglia del campione (HBSC-Italia 2010)

Tipologia famiglia	n.	%
Madre e padre, no altri adulti	35403	70,3
Madre e padre, più uno o due nonni	7487	14,0
Solo madre (con o senza nonni)	5315	10,3
Solo padre (con o senza nonni)	715	1,3
Famiglia ricostruita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1373	2,3
Solo nonni (uno o due)	296	0,7
Altra sistemazione senza genitori o nonni	549	1,0
Totale	51138	100

Relativamente al numero di fratelli e sorelle dei partecipanti, la Tabella 4.2 evidenzia che circa la metà dei partecipanti (49,3%) dichiara di avere un fratello o una sorella, il 33,4% ha invece due o più fratelli e sorelle; il 17,3% degli intervistati è invece figlio unico.

Tabella 4.2. Campione per numero di fratelli e sorelle (HBSC-Italia 2010)

Numero di fratelli e sorelle	n.	%
Nessuno	7706	17,3
1 fratello o sorella	19757	49,3
2 o più fratelli o sorelle	12560	33,4
Totale	40023	100

4.3. Qualità della relazione con i genitori

La natura e la qualità delle relazioni che i ragazzi instaurano con i genitori, durante l'adolescenza, influiscono sugli aspetti collegati alla salute e benessere (25).

È importante considerare le peculiarità che il rapporto genitori-figli ha assunto nella sua evoluzione storica nel comprendere questi meccanismi di influenza. Come evidenziato dai rapporti sulla famiglia italiana (26), i cambiamenti strutturali non possono da soli giustificare certi aspetti delle trasformazioni della famiglia, che sono invece da ricondursi soprattutto a un mutato quadro di riferimenti valoriali e psicologici di portata sociale.

Negli ultimi anni il rapporto genitori-figli si è affinato soprattutto dal punto di vista della comunicazione (si parla molto di più, si comunicano i propri bisogni, si esprimono le motivazioni, i desideri e s'incoraggiano i figli a farlo offrendo loro il modello di come "ci si parla"). Ma si è sempre meno capaci di fornire anche modelli normativi di comportamento: ossia c'è stato, in reazione ai precedenti tipi di educazione autoritaria, un vero e proprio "ribaltamento del modello normativo in un modello comunicazionale". Così l'educazione dei figli viene a impostarsi essenzialmente sull'asse di un'etica dell'autorealizzazione, a spese di un'etica della responsabilizzazione (2, 3, 11).

La comunicazione familiare, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere un aspetto fondamentale per il benessere dei singoli (25). Da una parte è stato infatti dimostrato come la qualità della relazione con i genitori sia associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti; ad esempio, relazioni difficoltose con i genitori sono associate a maggiore probabilità di adozione di comportamenti di consumo di sostanze tra i ragazzi (27). Dall'altra parte, è stato dimostrato come una positiva comunicazione, indice di sostegno fornito dai genitori, possa svolgere una funzione protettiva rispetto a scelte comportamentali e al benessere generale dei ragazzi (28, 29) e, in particolare, rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (30), a comportamenti antisociali (18, 31, 32), alla scarsa autostima (2), a problemi scolastici (33) e all'insoddisfazione corporea (25). Tale aspetto dovrebbe però essere controbilanciato da un certo controllo/autorità sulla vita dei figli per risultare adattivo (34). Sebbene tale percezione di sostegno genitoriale tenda a diminuire al crescere dell'età dei ragazzi (25), la famiglia continua a rivestire un ruolo di centrale importanza nelle esperienze dei ragazzi, per cui nonostante la crescente richiesta di autonomia, essi restano collegati al bisogno del sostegno emotivo dei genitori, dimostrando come in quest'età non si assiste ad una rottura tra genitori e figli bensì ad una trasformazione del loro legame (1).

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

Nella Tabella 4.3 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare con il padre e con la madre di questioni che li preoccupano. All'interno di ogni fascia d'età, è soprattutto la figura materna quella che i ragazzi prediligono per la facilità con cui è possibile parlare di cose che realmente li preoccupano.

Considerando la qualità della comunicazione all'interno della famiglia, si osserva, in linea con la letteratura internazionale (25), come la comunicazione con entrambi i genitori tenda a diventare più difficoltosa con l'aumentare dell'età. Infatti, aggregando le risposte "molto facile" e "facile", si conferma come all'aumentare dell'età tenda a decrescere la facilità di dialogo sia con il padre (71,8% per gli 11-enni, 56,2% per i 13-enni e 47,7% per i 15-enni) sia con la madre (87,9% per gli 11-enni, 79,5% per i 13-enni e 72,5% per i 15-enni). Coerentemente con quanto riportato, accorpando le risposte "molto difficile" e "difficile" si rileva con l'età un aumento della difficoltà dei ragazzi a comunicare sia con il padre (25,8% per gli 11-enni, 40,4% per i 13-enni e 48,6% per i 15-enni) che con la madre (10,7% per gli 11-enni, 19,3% per i 13-enni e 26,4% per i 15-enni).

Tabella 4.3. Livello di difficoltà a parlare con i genitori di questioni che preoccupano – per età (HBSC-Italia 2010)

Livello di difficoltà	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Padre						
Molto facile	6092	31,0	3207	17,1	1776	10,6
Facile	8112	40,8	8079	39,1	6268	37,1
Difficile	3932	18,8	5760	28,3	5728	32,3
Molto difficile	1469	7,0	2544	12,1	2943	16,3
Non ho questa persona	514	2,4	720	3,4	646	3,7
Totale	20119	100	20310	100	17361	100
Madre						
Molto facile	10482	53,9	7281	38,1	4439	26,8
Facile	6901	34,0	8565	41,5	7943	45,7
Difficile	1788	8,2	3139	14,8	3594	20,1
Molto difficile	538	2,5	942	4,5	1081	6,3
Non ho questa persona	266	1,3	258	1,2	219	1,0
Totale	19975	100	20185	100	17276	100

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

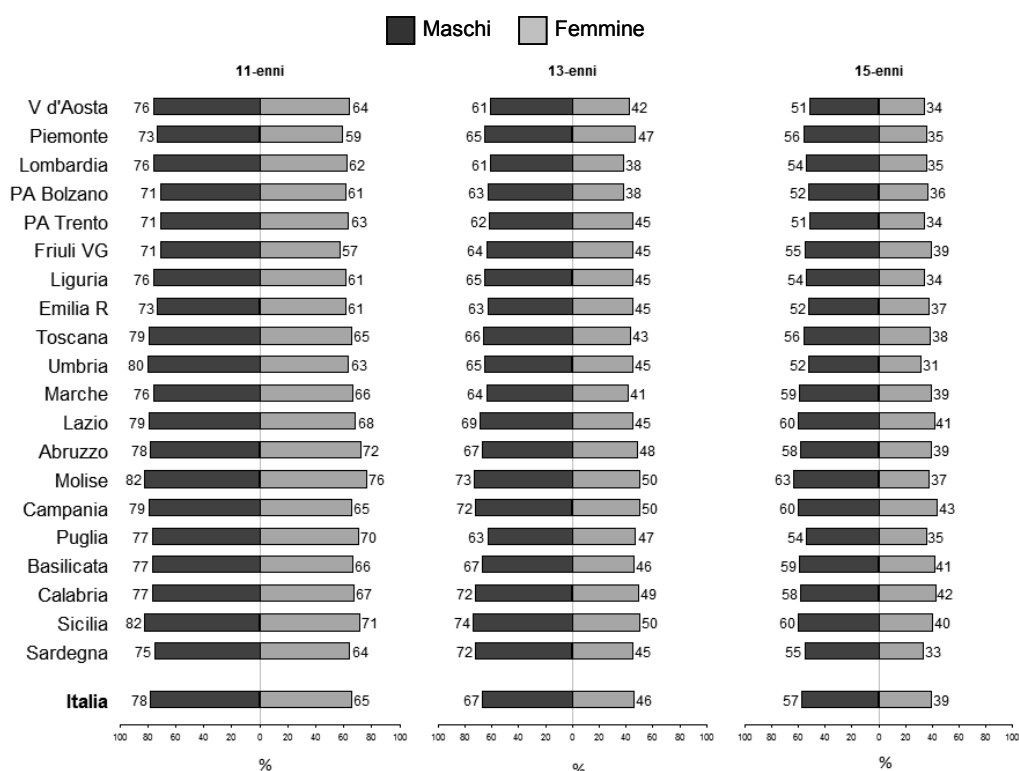


Figura 4.1. Livello di difficoltà (%) a parlare con il padre di questioni che preoccupano – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

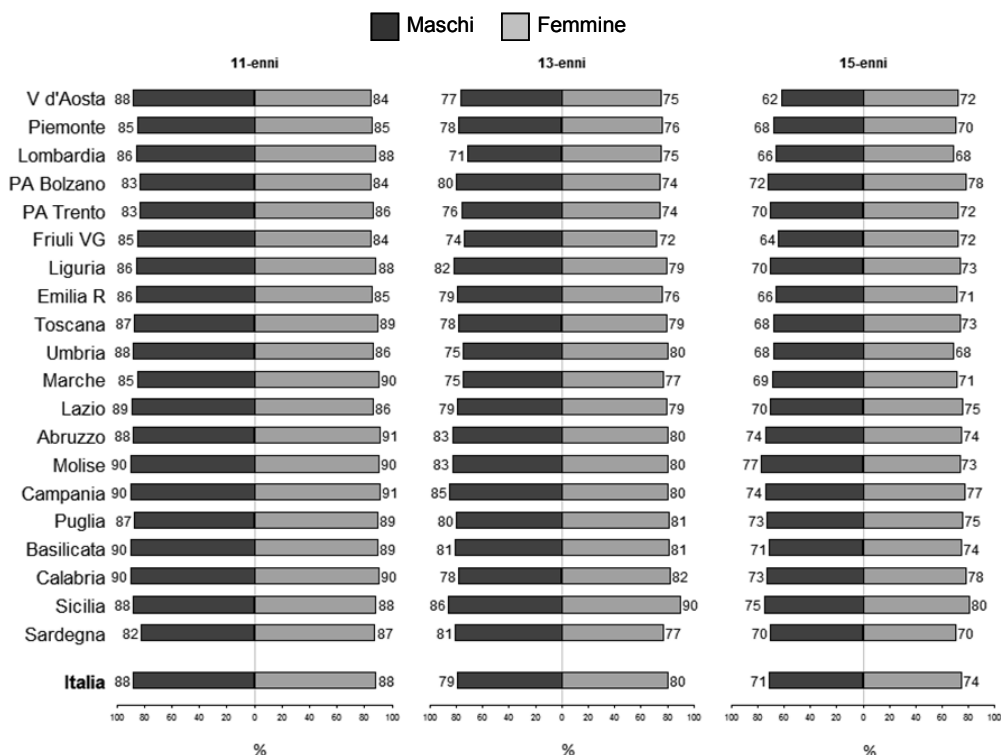


Figura 4.2. Livello di difficoltà (%) a parlare con la madre di questioni che preoccupano – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

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

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

Non si rileva una variabilità regionale che permetta di evidenziare chiari pattern per aree geografiche relativamente alla facilità di comunicazione con il padre e con la madre da parte dei ragazzi.

4.4. Status socio-economico familiare

La posizione socio-economica della famiglia di origine è un'altra dimensione fondamentale della vita familiare in grado, oltre a quella relazionale, di influenzare fortemente la salute dei ragazzi: questo avviene sia direttamente, attraverso il fenomeno delle disuguaglianze sociali di salute sia indirettamente (7, 27, 35-38). Infatti, come dimostrato da numerosi studi, un buon livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (39-42). La letteratura evidenzia, inoltre, come adolescenti che vivono in famiglie con un basso status

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

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

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

A questi indicatori, si aggiunge un quarto elemento di valutazione relativo alla percezione che i ragazzi hanno dello stato di benessere della propria famiglia; ai ragazzi viene infatti chiesto di indicare quanto pensino stia bene la propria famiglia dal punto di vista economico (dati non presentanti all'interno del presente lavoro).

Nelle Figura 4.3 e in Tabella 4.6 si possono osservare i risultati relativi allo status socio-economico della famiglia e al titolo di studio dei genitori.

A livello nazionale la maggior parte dei partecipanti (l'86,8% circa) riporta un livello di benessere economico che si colloca a livelli medio-alti. Più nello specifico, i dati evidenziano che la percentuale del livello socio-economico medio (43,9%) è più elevata rispetto a quella del livello alto (42,9%). Il 13,3% dei ragazzi che hanno partecipato allo studio, invece, riporta un basso livello di agiatezza economica (bassa possibilità di consumo).

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

In generale sono soprattutto le Regioni come la Puglia, la Campania, la Calabria, il Piemonte, la Sicilia e la Sardegna in cui si riscontra una maggiore percentuale rispetto a quella nazionale, di famiglie che vivono con un basso status socio-economico; tale risultato viene confermato a prescindere dal genere o dall'età dei partecipanti. Sono invece soprattutto le Regioni dell'area Centro-Nord quelle in cui si riscontra una percentuale ridotta di basso status socio-economico. In particolare, le Regioni con una percentuale maggiore di famiglie con elevato status socio-economico sono l'Umbria e la Valle d'Aosta.

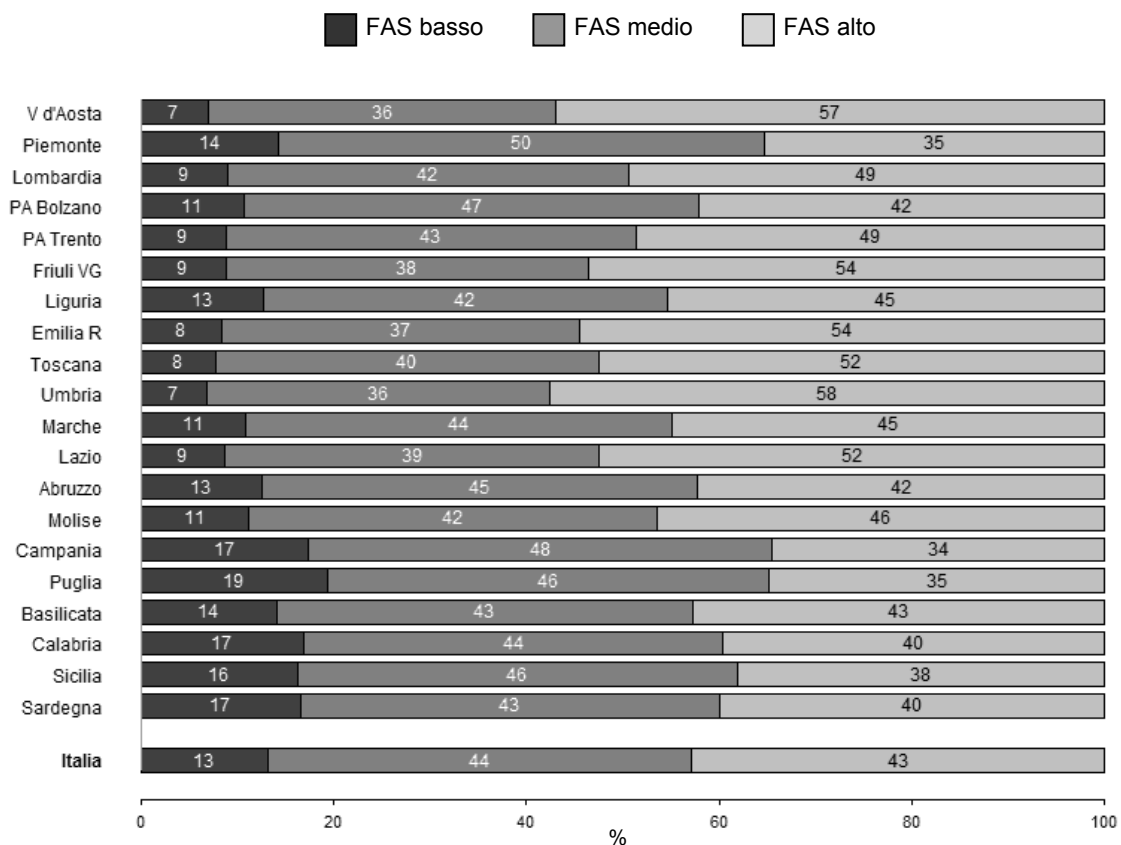


Figura 4.3. Status socio-economico familiare (%) secondo il FAS per Regione (HBSC-Italia 2010)

Il titolo di studio conseguito dai genitori dei partecipanti è riportato in Tabella 4.4.

Tabella 4.4. Titolo di studio dei genitori – per età (HBSC-Italia 2010)

Titolo di studio	Padre						Madre					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Licenza elementare	418	4,7	559	5,2	618	4,9	402	5,1	465	4,8	458	4,2
Licenza media	3178	31,8	4127	34,3	4115	29,2	2723	26,2	3812	30,2	3822	27,6
Diploma professionale	1517	11,2	2217	12,5	2121	12,4	1346	11,1	1775	10,6	1655	9,2
Diploma di maturità	3307	26,9	4621	29,2	4813	34,1	3931	31,1	5718	36,1	5835	40,0
Laurea	3067	25,4	2879	18,7	2655	19,4	3397	26,4	3167	18,3	2760	18,9
Totale	11487	100	14403	100	14322	100	11799	100	14937	100	14530	100

In generale, a livello nazionale si rileva, a prescindere dall'età dei partecipanti, un livello di istruzione dei genitori medio-alto (diploma o laurea). Si osserva che circa il 30% del campione possiede un titolo di studio di licenza media, circa il 30% del campione possiede un titolo di studio di maturità, infine, circa il 20% dei genitori possiede la laurea. Una minor percentuale di genitori possiede la licenza elementare o ha frequentato un istituto professionale. Considerando separatamente le madri e i padri si evidenzia nei genitori una percentuale simile relativamente al livello di istruzione più alto, la laurea (il 21,2% delle madri *vs* il 21,2% dei padri).

4.5. Conclusioni

L'obiettivo del presente capitolo è stato quello di descrivere alcuni aspetti del contesto familiare facendo riferimento a caratteristiche di tipo strutturale (tipologia di famiglia e livello socio-economico) e di tipo relazionali (la comunicazione con i propri genitori).

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

La struttura familiare italiana è principalmente di tipo tradizionale; infatti il 70,3% dei preadolescenti italiani vive con entrambi i genitori ed ha almeno un fratello o una sorella. Si evidenziano inoltre nel territorio italiano strutture familiari atipiche che si configurano col coabitare con un solo genitore (generalmente la madre) e col vivere in nuclei familiari ricostruiti. L'aggettivo ricostruito indica un ulteriore aspetto che fa riferimento alla struttura familiare, è rappresentato da due adulti che formano una nuova famiglia in cui uno di loro o entrambi portano un figlio avuto da una precedente relazione, questa tipologia si sta sempre più sviluppando in Italia. Tale progressivo aumento di nuclei familiari ricostruiti e i recenti cambiamenti nella struttura dei nuclei familiari è stato spesso considerato in letteratura come un ulteriore aspetto che può incidere sul benessere dei ragazzi. Alcune ricerche, infatti, evidenziano come ragazzi che vivono in famiglie non ricostruite riportino minori livelli di sintomi depressivi e di disturbi comportamentali (52). Al contrario, alcune ricerche dimostrano che ciò che risulta importante e che influisce sull'adattamento dei ragazzi non è tanto il cambiamento della struttura familiare, bensì la qualità della comunicazione che i ragazzi mantengono con i propri genitori (5).

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

Un ulteriore aspetto che rientra nel contesto familiare e che alcuni studi hanno evidenziato incidere sull'adattamento e sul benessere dei ragazzi è lo status socio-economico della famiglia di appartenenza. Per quanto riguarda lo status economico, la maggior parte dei ragazzi riporta livello medio-alti di status socio-economico familiare (43,9% livello medio *vs* 42,9% livello

alto), mentre il 13,3% dei partecipanti riferisce un livello socio-economico basso. Rispetto a questo ultimo dato, i risultati mostrano come in Regioni quali la Puglia, la Campania, la Calabria, la Sicilia, la Sardegna e la Basilicata, si registri una percentuale maggiore rispetto a quella nazionale di coloro che riportano uno status socio-economico basso. Relativamente al livello di istruzione dei genitori italiani, esso si colloca su livelli medio-alti.

Attraverso lo studio della famiglia come contesto di vita e della percezione della stessa da parte dei ragazzi, questo capitolo ha evidenziato alcuni aspetti centrali della vita in famiglia che possono agire sullo sviluppo dei preadolescenti e adolescenti influenzandone adattamento, benessere e adozione di stili di vita salutari. Quanto si ricava dai dati HBSC-Italia 2010 porta con sé numerose potenzialità che, proprio per la centralità che il contesto familiare ha nello sviluppo dei ragazzi, potrebbero essere d'aiuto per lo sviluppo di interventi maggiormente efficaci per la promozione del benessere degli adolescenti e delle loro famiglie.

Bibliografia

1. Cristini F, Santinello M, Dallago L. L'influenza del sostegno sociale dei genitori e degli amici sul benessere in preadolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2007;3:501-21.
2. Lanz M, Iafrate R, Rosnati R, Scabini E. Parent-child communication and adolescents' self-esteem in separated, inter-country adoptive and intact-non-adoptive families. *J Adolesc* 1999;22:785-94.
3. Lanz M, Iafrate R, Marta E, Rosnati R. Significant others: Italian adolescents' ranking compared to their parents. *Psychol Rep* 1999;84:459-66.
4. Bjarnason T, Bendtsen P, Arsaell M, Arnarsson A, Borop I, Iannotti R J, Löfstedt P, Haapasalo I, Niclasen B. Life satisfaction among children in different family structures: A comparative study of 36 western societies. *Children & Society* 2012;26:51-62.
5. Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education* 2010;110:152-8.
6. Levin K A, Torsheim T, Vollebergh W, Richter M, Davies C A, Schnohr C W, Due P, Currie C. National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: A multilevel study in 35 countries. *Soc Indic Res* 2010;104:179-94.
7. Richter M, Vereecken C, Boyce W, Maes L, Nic Gabhainn S, Currie C. Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries. *Int J Public Health* 2009;54:1-10.
8. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med* 2003;56:42-52.
9. Istituto Nazionale di Statistica. *La misurazione delle tipologie familiari nelle indagini di popolazione. Metodi e Norme*. Roma: ISTAT; 2010. (Metodi e Norme 46). Disponibile all'indirizzo: http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100802_00/met_norme_10_46_misurazione_tipologie_familiari_indagini_popolazione.pdf; ultima consultazione 1/07/2012.
10. Carrà E, Marta E. (Ed.). *Relazioni familiari e adolescenza*. Milano: Franco Angeli;1995.
11. Claes M, Mirand D, Benoit M, Lanz M, Marta E, Bariaud F, Perchee C. Parenting and culture in adolescence In Kane MJ (Ed.). *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; 2005.
12. Saraceno C. Un familismo ambivalente: le politiche della famiglia in Italia dal dopoguerra ad oggi. *GIFT* 1995;1:43-60.
13. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Osservatorio nazionale per l'infanzia, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. *L'eccezionale quotidiano. Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Firenze: Istituto degli Innocenti; 2006.

14. Scabini E. Parent-child relationship in Italian families: connecteness and autonomy in the transition to adulthood. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2000;16:23-30.
15. Barbagli M. *Provando e riprovando*. Bologna: Il Mulino; 1990.
16. Bernardini I. *Finché vita non ci separi*. Milano: Rizzoli; 1995.
17. Carter E. Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma. In: Andolfi M, Angelo C, Saccu C (Ed.). *La coppia in crisi*. Roma: ITF; 1998: p. 389-96.
18. Ardelt M, Day L. Parents, siblings, and peers: close social relationships and adolescent deviance. *J Early Adolesc* 2002;22:310-49.
19. Coley RL, Medeiros BL. Reciprocal longitudinal relations between nonresident father involvement and adolescent delinquency. *Child Dev* 2007;78:132-47.
20. Griffin KW, Botvin GJ, Epstein JA, Doyle MM, Diaz T. Psychosocial and behavioral factors in early adolescence as predictors of heavy drinking among high school seniors. *J Stud Alcohol* 2000;61:603-6.
21. Jablonska B, Lindberg L. Risk behaviors, victimization and mental distress among adolescents in different family structures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:656-63.
22. Kelly JB. Children's living arrangements following separation and divorce: insights from empirical and clinical research. *Family Process* 2007;46:35-51.
23. EURISPES, Telefono Azzurro. 3° *Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma: EURISPES: 2002.
24. Riccio B. *Nuovi volti della famiglia - Tra libertà e responsabilità*. Torino: Claudiana Editrice; 1997.
25. Al Sabbah H, Vereecken CA, Elgar FJ, Nansel T, Aasvee K, Abdeen Z, Ojala K, Ahluwalia N, Maes L. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2009;9:52-62.
26. Donati P (Ed.). *Decimo rapporto sulla famiglia in Italia. Riconoscere la famiglia: quale valore aggiunto per la persona e la società*. Cinisello Balsamo (MI): Edizioni San Paolo; 2007.
27. Zambon A, Lemma P, Borraccino A, Dalmaso P, Cavallo F. Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *Eur J Public Health* 2006;16:627-32.
28. Dallago L, Santinello M. Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2006;2:241-61.
29. Santinello M, Dallago L, Vieno A. La difficoltà di comunicare con i genitori in preadolescenza: Analisi del fenomeno e di alcune esperienze per la sua prevenzione. In: Cusinato M, Panzeri M (Ed.). *Le sfide della genitorialità*. Milano: Guerini e Associati; 2005. p. 47-62.
30. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence* 2002;37:121-30.
31. Garnefski N. Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1175-81.
32. Vieno A, Nation M, Pastore M, Santinello M. Parenting and antisocial behavior: a model of the relations between adolescent self-disclosure, parental closeness, parental control, and adolescent antisocial behavior. *Dev Psychol* 2009;45:1509-19.
33. Glaskow KL., Dornbusch SM, Troyer L, Steinberg L, Ritter PL. Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school. *Child Dev* 1997;68:507-29.
34. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc* 1991;11:56-95.
35. Albrecht G, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC. *The handbook of social studies in health and medicine*. London: SAGE; 2000.

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

5. AMBIENTE SCOLASTICO

Michela Lenzi, Francesca Chieco, Alessio Vieno e il Gruppo HBSC-Italia 2010

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

5.1. Introduzione

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

Il contesto scolastico può agire infatti supportando l'adolescente nel suo percorso di crescita, rappresentando una fonte significativa di sostegno sociale (soprattutto rispetto alle relazioni che si instaurano con coetanei e insegnanti) e favorendo l'acquisizione di competenza, autonomia e coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali (1).

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

Inoltre, il senso di appartenenza alla scuola si associa a importanti elementi motivazionali, di atteggiamento e comportamentali che sono alla base non solo del successo scolastico ma anche, in senso più ampio, del benessere bio-psico-sociale dei ragazzi (5, 6). In particolare, si riscontra una connessione con un maggior benessere emozionale, motivazione intrinseca, comportamenti prosociali, impegno, coinvolgimento e successo scolastico (7).

La scuola può dunque rappresentare un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in relazione a comportamenti legati alla salute (8). Ricerche recenti (9) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico (oltre a quello familiare e dei pari) possa contribuire in modo significativo alla promozione di questi ultimi. In questo senso, la percezione di un contesto scolastico positivo favorisce una minor frequentazione di pari devianti oltre che essere in grado di moderare gli effetti negativi di condizioni socio-familiari sfavorevoli (10).

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

5.2. Contesto scolastico: le informazioni fornite dai dirigenti della scuola

Nella comprensione del benessere e dei comportamenti ad esso associati, una prospettiva nuova e interessante è quella di considerare le relazioni esistenti tra fattori di ordine individuale

e altri di tipo organizzativo (11). Infatti, gli aspetti organizzativi, di ordine strutturale, relativi ai contesti di vita possono agire rinforzando il mantenimento e l'espressione di alcuni fattori individuali (es. comportamenti legati alla salute e stili di vita), contribuendo dunque in maniera più o meno diretta al benessere individuale (5).

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

Nel presente studio, per valutare nello specifico l'impatto del contesto scolastico e delle misure di promozione alla salute adottate al suo interno sulla salute e sui comportamenti ad essa associati degli studenti (12), sono state raccolte informazioni specifiche relative a caratteristiche prettamente organizzative e strutturali della scuola, intesa come plesso.

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

In Tabella 5.1 è possibile osservare come, in generale, la maggior parte dei dirigenti scolastici che hanno partecipato all'indagine consideri adeguate le risorse strutturali della scuola (cortile, edificio, aule, ecc.); tuttavia una percentuale che varia tra il 13,8% e il 37,1% dei dirigenti scolastici intervistati esprime un giudizio di inadeguatezza rispetto a tali risorse. Nello specifico, le percentuali più elevate di insoddisfazione e giudizio sfavorevole riguardano: attrezzature per disabili (37,1%), biblioteca (32,0%), cortile e aree esterne (27,0%), aule e spazi (24,2%), laboratori specifici (23,3%). Inoltre, alcuni dirigenti scolastici riportano che il proprio istituto non è dotato di tali caratteristiche strutturali; le percentuali più elevate relative alle risorse non presenti riguardano: palestra (8,3%), attrezzature speciali per disabili (5,6%), cortile/aree esterne (4,0%), biblioteca (2,5%), laboratori specifici (2,1%).

Tabella 5.1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza secondo i dirigenti scolastici (HBSC-Italia 2010)

Risorsa strutturale	Non adeguata		Adeguatezza		Non presente		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Cortile/aree esterne	1610	27,0	706	69,0	81	4,0	2397	100
Edificio	1847	22,9	546	76,9	7	0,2	2400	100
Aule e spazi	1776	24,2	621	75,8	1	0,0	2398	100
Palestra	1674	21,5	517	70,1	213	8,3	2404	100
Biblioteca/libreria	1586	32,0	753	65,5	60	2,5	2399	100
Computer e software	2016	13,8	392	86,2	2	0,0	2410	100
Risorse audiovisive	1990	16,9	416	82,9	5	0,2	2411	100
Attrezzature speciali per disabili	1424	37,1	807	57,3	141	5,6	2372	100
Laboratori scientifici	1732	23,3	557	74,6	57	2,1	2346	100

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

Nello specifico, la maggior parte degli istituti coinvolti nell'indagine si dedica abitualmente ad attività di promozione dell'esercizio fisico e dello sport (78,8%: 51,1% al Nord, 43,9% al Centro, 50,3% al Sud), di prevenzione della violenza e del bullismo (60,4%: 58,1% al Nord, 53,1% al Centro, 64,8% al Sud), di promozione di una corretta nutrizione e alimentazione (58,7%: 62,5% al Nord, 57,5% al Centro, 56,2% al Sud) e di prevenzione dell'abuso di sostanze (49,5%: 51,1% al Nord, 43,9% al Centro e 50,3% al Sud).

Tabella 5.2. Misure di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere secondo i dirigenti scolastici (HBSC-Italia 2010)

Adozione delle misure	Area di interesse							
	nutrizione e alimentazione		attività fisica e sport		violenza e bullismo		abuso di sostanze	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sì abitualmente	1311	58,7	1903	78,8	1343	60,4	1105	49,5
Sì di tanto in tanto	994	37,8	450	19,6	935	34,4	1090	44,0
No	89	3,5	35	1,6	96	5,2	141	6,5
Totale	2394	100	2388	100	2374	100	2336	100

Tuttavia, occorre considerare come una notevole parte delle scuole italiane adotti tali misure di promozione della salute soltanto saltuariamente: il 44,0% dei dirigenti intervistati riporta come azioni di prevenzione all'abuso di sostanze vengano implementate "di tanto in tanto" e il 37,8% dei dirigenti intervistati riferisce come anche le attività di promozione di una corretta nutrizione e alimentazione vengano attuate solo "di tanto in tanto".

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

Infine, l'abitudine ad adottare attività di promozione alla salute sembra caratterizzare principalmente le scuole medie rispetto alle superiori per quanto riguarda gli interventi volti a favorire una corretta nutrizione e alimentazione (64,3% medie e 44,7% superiori), l'esercizio fisico e lo sport (83,7% medie e 75,1% superiori) e di prevenzione della violenza e del bullismo (64,1% medie e 47,8% superiori).

Nella presente indagine, nell'ambito delle misure di prevenzione e promozione del benessere adottate dalle scuole italiane, è stato incluso un approfondimento relativo alle strategie di promozione di una sana alimentazione. È stata, dunque, valutata la presenza di strutture o attività associate alla nutrizione e alla fruibilità di cibo agli studenti, all'interno degli istituti scolastici (Figura 5.1).

Rispetto alle caratteristiche prettamente strutturali, si evidenzia come soltanto il 36% delle scuole italiane disponga della mensa. Occorre precisare come tale percentuale presenti delle variazioni, sul territorio nazionale, comprese tra l'8% della Regione Puglia e il 68% della provincia autonoma del Trentino-Alto Adige (Figura 5.1, prima colonna). Inoltre, sono soprattutto le scuole medie a disporre della mensa (59%) rispetto alle scuole superiori (10,9%).

Mentre, per quanto concerne le attività associate alla nutrizione soltanto il 12% delle scuole italiane adotta programmi che prevedono la distribuzione agli studenti di alimenti salutari, quali latte, frutta, yogurt. In particolare, per alcune Regioni italiane, tali programmi sono pressoché assenti (ad esempio per oltre il 90% delle scuole in alcune Regioni del Sud Italia: quali Calabria, Campania, Basilicata, Molise, Abruzzo, Sicilia) (Figura 5.1, seconda colonna). D'altro canto, è emerso come il 53% degli istituti italiani disponga di distributori automatici (*vedi* Figura 5.1 terza colonna), i quali tendenzialmente offrono tipologie di alimenti meno consoni a una sana alimentazione.

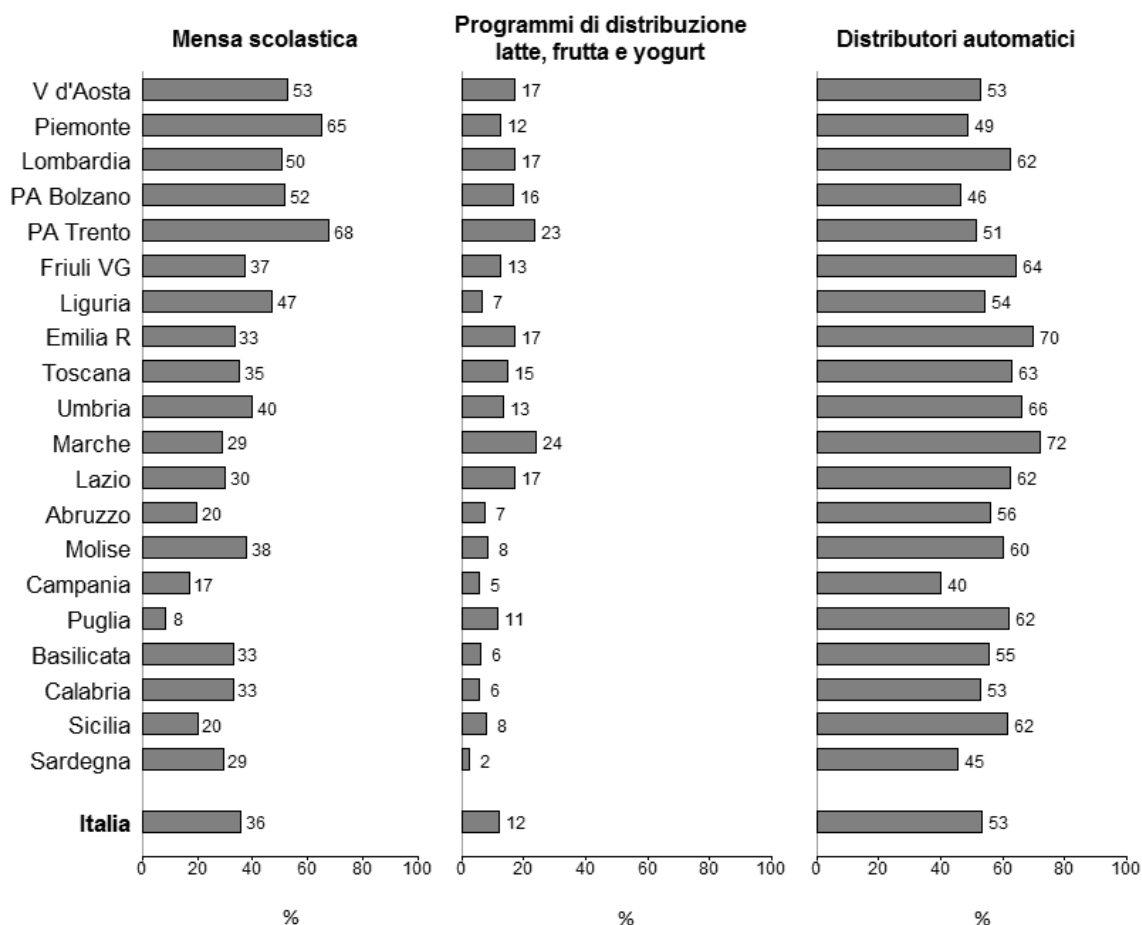


Figura 5.1. Presenza (%) di strutture o attività associate alla nutrizione e alla fruibilità di cibo, all'interno della scuola – per Regione (HBSC-Italia 2010)

A tal proposito (Tabella 5.3), dall'indagine emerge come i prodotti più frequentemente erogati dai distributori automatici siano, oltre all'acqua (88,8%): bevande calde (85,5%), merendine preconfezionate, caramelle e/o snack (76,1%), bibite zuccherate o gassate (74,2%), succhi di frutta (71,6%). Infine, soltanto in una percentuale esigua i distributori automatici offrono, all'interno della scuola, yogurt (18,3%) e frutta (11,4%). Occorre, inoltre, considerare come ci siano variazioni rispetto alla disponibilità di distributori automatici a seconda della tipologia di scuola: questi sono presenti principalmente nelle scuole superiori (83,3%) rispetto alle scuole medie (32,5%).

Nell'ambito della promozione di un'alimentazione salutare, è stato chiesto ai dirigenti scolastici di indicare se il proprio istituto partecipasse a iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da o in collaborazione con qualche partner (Tabella 5.4). Si osserva come un'esigua percentuale di scuole partecipa a questo tipo di iniziative, per lo più organizzate direttamente dalla direzione scolastica e dagli insegnanti (18,9%) e in collaborazione con associazioni di vario tipo (volontariato, onlus, ecc.) (15,3%).

Per quanto riguarda l'organizzazione della scuola, un aspetto rilevante considerato nell'indagine si riferisce alla partecipazione degli studenti ad alcuni aspetti organizzativi all'interno della scuola (Tabella 5.5).

Tabella 5.3. Tipologie di alimenti che vengono dispensati dai distributori automatici (solo per le scuole in cui sono presenti) (HBSC-Italia 2010)

Alimento	Sì		No		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Bibite zuccherate o gassate	976	74,2	353	25,8	1329	100
Succhi di frutta	965	71,6	364	28,4	1329	100
Merendine confezionate, caramelle, snack	1005	76,1	324	23,9	1329	100
Yogurt	291	18,3	1038	81,7	1329	100
Frutta fresca	177	11,4	1152	88,6	1329	100
Acqua	1167	88,8	162	11,2	1329	100
Bevande calde	1151	85,5	178	14,5	1329	100
Altro	166	11,2	1163	88,8	1329	100

Tabella 5.4. Partecipazione della scuola a iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate da/con qualche partner/ente (HBSC-Italia 2010)

Partner/ente	Sì		No		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Comune	270	10,5	2190	89,5	2460	100
Associazione agricoltori/allevatori	158	6,1	2302	93,9	2460	100
Istituzioni provinciali	292	12,5	2168	87,5	2460	100
Associazioni (volontariato, onlus, ecc.)	393	15,3	2067	84,7	2460	100
Direzione scolastica/insegnanti	470	18,9	1990	81,0	2460	100
Altro	364	16,2	2096	83,8	2460	100

Tabella 5.5. Frequenza del coinvolgimento degli studenti alla partecipazione di alcuni aspetti dell'organizzazione all'interno della scuola (HBSC-Italia 2010)

Aspetto organizzativo	Frequentemente		Raramente		Mai		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sviluppo di politiche e regole	2020	83,7	358	14,7	31	1,6	2409	100
Organizzazione contesto fisico	848	36,1	1197	53,9	236	10,0	2281	100
Sviluppo misure di promozione alla salute	1258	54,3	987	41,0	127	4,6	2372	100
Pianificazione e organizzazione eventi scolastici	1175	51,7	1040	41,1	158	7,1	2373	100
Insegnamento in classe	1152	50,3	1046	40,0	156	9,6	2354	100

La maggior parte dei dirigenti intervistati (83,7%) riporta che gli studenti sono frequentemente coinvolti nello sviluppo di politiche e regole all'interno della scuola. D'altro canto, il coinvolgimento frequente degli studenti è inferiore per attività quali: lo sviluppo di misure di promozione della salute, la pianificazione e organizzazione di eventi scolastici e l'insegnamento in classe (con percentuali intorno al 50%); scende inoltre per le attività di organizzazione del contesto fisico della scuola (36,1%). È possibile osservare come ci siano alcune variazioni rispetto alla tipologia di scuola. Il coinvolgimento frequente degli studenti agli aspetti organizzativi della scuola caratterizza soprattutto la scuola superiore per quanto riguarda lo sviluppo di politiche e regole (84,8%), per l'organizzazione del contesto fisico (39%), per la pianificazione di eventi

scolastici (57,1%) rispetto alla scuola media (82,8%, 33,8%, 47,3%). Infine, per quanto concerne il coinvolgimento frequente degli studenti rispetto all'insegnamento in classe, sembra essere caratteristica prevalente delle scuole medie (52,3%) rispetto alle superiori (48%).

Infine, l'indagine ha permesso di valutare la percezione dei dirigenti scolastici rispetto alla rilevanza di alcune problematiche sul territorio in cui è situato l'istituto scolastico (Tabella 5.6).

Tabella 5.6. Percezione in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola (HBSC-Italia 2010)

Problematica	Problema rilevante		Problema moderato/lieve		Problema non presente		Non so		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Tensioni razziali/etniche	33	1,8	845	36,4	1433	59,4	36	2,4	2347	100
Immondizie per strada	144	12,5	1056	46,6	1155	40,5	6	0,3	2361	100
Spaccio/consumo di sostanze	193	11,4	1439	58,9	525	21,4	191	8,3	2348	100
Violenze/vandalismo	75	4,7	1176	51,7	1027	40,0	72	3,6	2350	100
Traffico eccessivo	413	26,1	1281	51,4	670	22,4	6	0,1	2370	100
Edifici dismessi	47	3,6	768	36,3	1443	55,2	87	4,9	2345	100
Criminalità	80	7,7	1370	59,4	764	27,4	135	5,5	2349	100

È possibile notare come tutte le problematiche menzionate siano percepite prevalentemente come “moderate/lievi” o “non presenti”; tuttavia alcune di queste sembrano suscitare particolare attenzione. In particolare, buona parte dei dirigenti intervistati considera “problema moderato/lieve” nella zona in cui è situata la scuola: la criminalità (59,4%), lo spaccio e/o il consumo di sostanze (58,9%), le violenze e il vandalismo (51,7%), il traffico eccessivo (51,4%), le immondizie per strada (46,6%). Occorre, inoltre, considerare come alcune di queste problematiche siano percepite come rilevanti sul territorio nazionale: tra queste il traffico eccessivo (26,1%: 16% Nord, 26,7% Centro, 34,4% Sud Italia), le immondizie per strada (12,5%: 3% Nord, 5,9% Centro, 22,4% Sud Italia), lo spaccio e/o il consumo di sostanze (11,4%: 7,2% Nord, 13,7% Centro, 14,3% Sud Italia). Infine, queste problematiche sono percepite come particolarmente rilevanti nell'area in cui sono situate le scuole superiori rispetto alle medie: a tal proposito è possibile menzionare come il traffico eccessivo risulti essere un disagio maggiormente percepito nella zona intorno alle scuole superiori (32,3%) rispetto alle medie (21%) e, allo stesso modo, lo spaccio e/o consumo di sostanze una problematica più sentita nell'area limitrofa alle superiori (13,6%) rispetto alle medie (9,6%).

5.3. Contesto scolastico: le informazioni fornite dai ragazzi

5.3.1. Rapporto con gli insegnanti

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata come una delle componenti che maggiormente contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (6, 13). Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata a un maggior utilizzo di strategie di *coping* attivo a scuola (che comprende le strategie dirette ad affrontare un determinato problema, compresa la

ricerca di sostegno sociale) (1), è predittivo della motivazione in classe, così come dell'adattamento comportamentale e scolastico (14). Alcuni studi longitudinali evidenziano (15), inoltre, come la percezione di calore ed empatia degli insegnanti sia associata alla percezione che l'alunno ha della propria competenza all'interno del gruppo classe.

Inoltre, il rapporto con gli insegnanti influenza il successo scolastico (16) e può essere un'importante fonte di sostegno (nell'offrire incoraggiamento e fiducia) nei momenti di crescita e cambiamento.

Alcuni studi (16) hanno inoltre esaminato come la qualità del rapporto con gli insegnanti influisca sul comportamento in classe: una relazione positiva, caratterizzata da calore e vicinanza emotiva, diminuisce il numero di comportamenti aggressivi (17, 18), ed è un fattore protettivo per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitando l'accettazione da parte dei compagni di classe (19).

Altri studi hanno messo in luce l'influenza esercitata dalla qualità del rapporto con gli insegnanti su esiti di salute per i ragazzi, quali il mal di testa (3). Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro (solo ai 15-enni) di esprimere il proprio grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I nostri insegnanti ci trattano in modo giusto", "Nella mia classe sono incoraggiato a esprimere il mio punto di vista" e "Quando ho bisogno di un aiuto supplementare posso riceverlo dai miei insegnanti".

In Figura 5.2 sono riportate le percentuali di ragazzi e ragazze che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le affermazioni che descrivono il loro rapporto con gli insegnanti. La Figura mostra come circa la metà degli studenti dichiarati di sentirsi trattati in modo giusto dai propri insegnanti; una percentuale lievemente superiore di studenti, che raggiunge quasi il 60%, riporta di essere incoraggiato ad esprimere il proprio punto di vista da parte dei propri insegnanti. Quasi i due terzi degli studenti intervistati, infine, dichiara di ricevere adeguato sostegno da parte degli insegnanti. Non emergono differenze di genere nella percezione che ragazzi e ragazze hanno del rapporto con i loro insegnanti: ragazzi e ragazze sembrano valutare in maniera simile il modo in cui vengono trattati in classe.

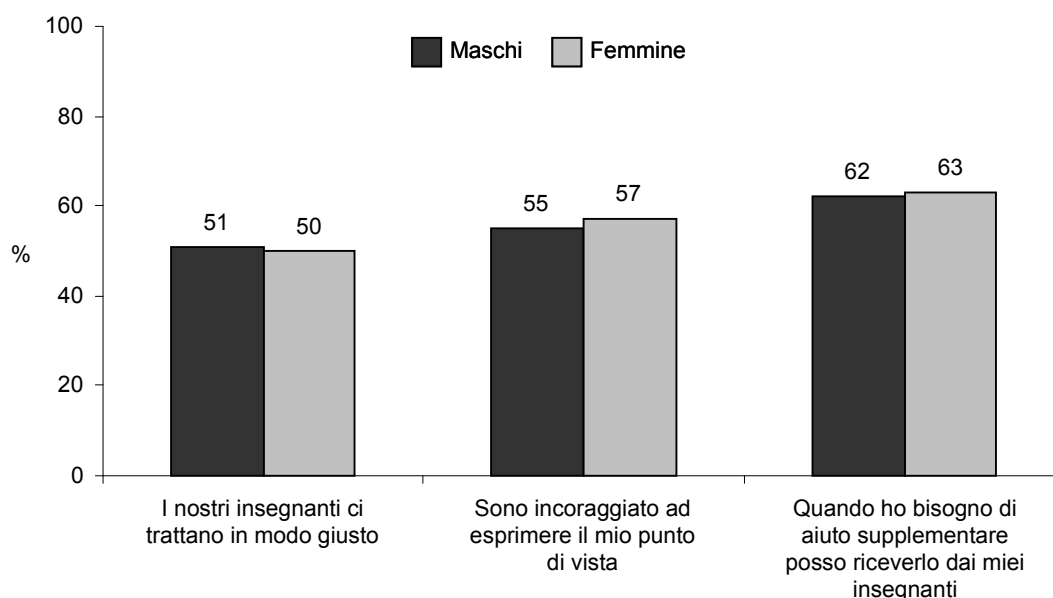


Figura 5.2. Quindicenni (%) che dichiarano di essere "d'accordo" e "molto d'accordo" sul modo in cui vengono trattati dagli insegnanti, sul coinvolgimento e sulla possibilità di ricevere aiuto supplementare – per genere (HBS-Italia 2010)

In Figura 5.3 sono rappresentate le percentuali di studenti che dichiarano di percepire un trattamento giusto da parte dei propri insegnanti, suddivise per Regione di provenienza. La Figura mette in evidenza come nella maggior parte delle Regioni, meno della metà degli studenti ritenga di essere trattato giustamente dai propri insegnanti. Possiamo notare che in alcune Regioni, la percentuale di ragazzi che percepisce un giusto trattamento a scuola sia superiore, rispetto alle altre: in Campania, Sicilia e Calabria, infatti, la percentuale arriva al 60%.

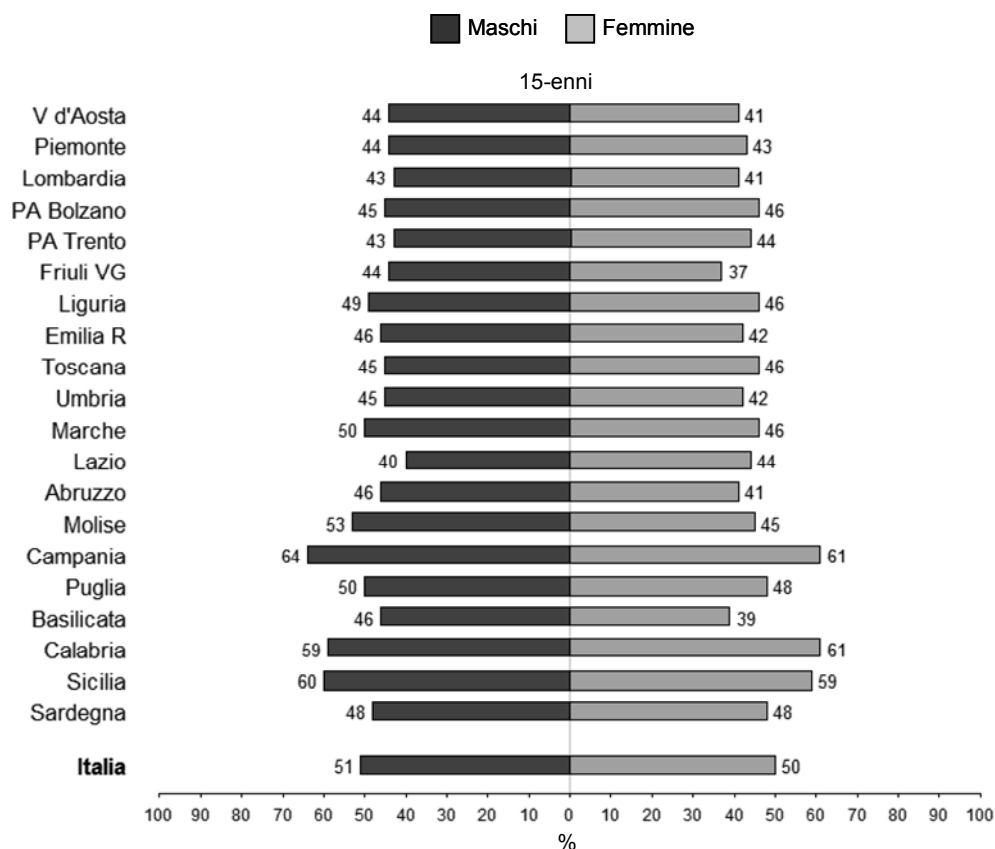


Figura 5.3. Ragazzi (%) che dichiarano di essere “d’accordo” e “molto d’accordo” sull’essere trattati in modo giusto dagli insegnanti – per genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

5.3.2. Rapporto con i compagni di classe

Il setting dei pari all’interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell’adolescente (20, 21). Questo sistema relazionale sembra catalizzare il coinvolgimento o la disaffezione degli studenti rispetto alle attività scolastiche (22), e conseguentemente influenzare la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste, infatti, un legame significativo tra relazioni con i coetanei e il rendimento scolastico: gli studenti che hanno carenti relazioni con i compagni di classe tendono ad avere voti peggiori (23, 24), minor successo scolastico (25), un maggior numero di assenze (2) e un maggior rischio di drop-out (26, 27).

Al contrario, avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (26), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (23).

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i loro compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con la seguente affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono" (modalità di risposta da "sono molto d'accordo a "non sono per niente d'accordo"). La Figura 5.4 mostra le percentuali di studenti che si dichiarano d'accordo o molto d'accordo con questa affermazione (divisi per genere, età e Regione di provenienza), percependo dunque di essere accettati dai propri compagni di classe. Complessivamente, circa l'80% degli studenti dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni di classe. Per quanto riguarda i ragazzi, la Figura 5.4 mostra come tale percezione sembri stabile in tutte e tre le fasce d'età; nelle ragazze, invece, la percentuale si abbassa tra le studentesse di 13 e 15 anni, rispetto alle 11-enni. Si possono riscontrare lievi differenze regionali, in cui non è però possibile individuare un trend specifico.

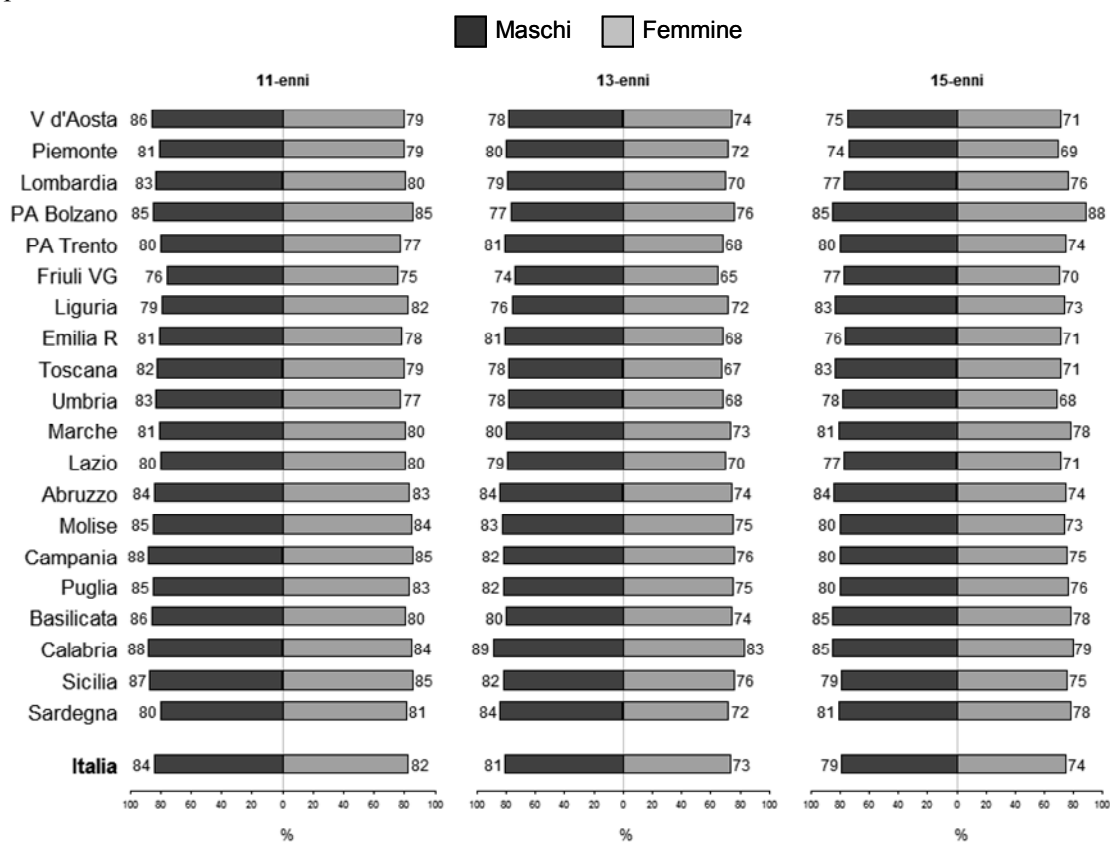


Figura 5.4. Ragazzi (%) che dichiarano di essere "d'accordo" e "molto d'accordo" sull'essere accettati per quello dai loro compagni – per genere e Regione (HBS-Italia 2010)

Un altro aspetto del rapporto dei ragazzi con i compagni di scuola riguarda il cosiddetto "bullismo". È stato approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente, chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "mai" a "più di una volta a settimana".

I risultati, presentati in Tabella 5.7, mettono in evidenza come il fenomeno del bullismo tende a decrescere con l'età: coloro che dichiarano di non essere mai stati vittima di atti di bullismo, infatti, passano dall'85% tra gli 11-enni, all'87% tra i 13enni, per arrivare quasi al 94% tra gli studenti di 15 anni. Da notare, in ogni caso, che seppure il fenomeno tende a ridursi con l'età, una percentuale non trascurabile di studenti riferisce di aver subito atti di bullismo (anche se con frequenze diverse): circa il 15% degli 11-enni, il 13% dei 13-enni e il 6% dei 15-enni, infatti, dichiara di avere subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi. Il coinvolgimento in atti di bullismo, infine, risulta più diffuso tra i maschi: circa il 15% dei ragazzi, infatti, riporta di aver subito almeno una volta atti di bullismo, contro il 9% delle ragazze.

Tabella 5.7. Frequenza di atti di bullismo subiti negli ultimi due mesi dai ragazzi – per età (HBSC-Italia 2010)

Frequenza	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	17292	84,8	17917	87,3	16163	93,9
1-2 volte negli ultimi due mesi	2232	10,6	1834	9,0	901	4,24
2-3 volte nell'ultimo mese	444	2,3	332	1,7	135	0,6
1 volta a settimana	171	0,7	168	0,9	66	0,3
> 1 volta a settimana	328	1,6	251	1,11	160	0,9
Totale	20467	100	20502	100	17425	100

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”) negli ultimi 12 mesi. Nella Tabella 5.8 sono riportate le risposte fornite dai ragazzi, suddivise per fascia d'età. La Tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati (circa i due terzi) dichiara di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente. Allo stesso tempo si evidenzia che, in tutte le fasce d'età, più di un terzo degli studenti riporta di aver preso parte ad episodi di violenza almeno una volta negli ultimi dodici mesi (circa il 36% tra gli undicenni, il 38% tra i tredicenni e il 34% tra i quindicenni). Analogamente a quanto osservato per il bullismo, anche la frequenza degli episodi di violenza sembra diminuire con l'età, con un 6% di quindicenni che dichiara di aver preso parte ad episodi di violenza quattro volte o più nell'ultimo anno, contro il 9% degli studenti di 11 anni. Infine, anche per quanto riguarda gli episodi di violenza, sono i ragazzi ad essere maggiormente coinvolti dal fenomeno, con più della metà di loro (52%) che dichiara di aver preso parte ad una colluttazione violenta nell'ultimo anno (rispetto al 19% delle ragazze).

Tabella 5.8. Frequenza di litigi non solo verbali negli ultimi 12 mesi dichiarati dai ragazzi – per età (HBSC-Italia 2010)

Frequenza	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	13517	63,5	13146	61,8	11942	66,5
Una volta	3250	16,8	3792	19,4	2953	17,2
2 volte	1345	6,8	1499	7,9	1151	7,2
3 volte	681	3,9	729	3,6	495	3,0
4 o più volte	1789	8,8	1418	7,3	954	6,0
Totale	20582	100	20584	100	17495	100

In Figura 5.5 sono rappresentate le percentuali di studenti che riportano di aver subito almeno una volta atti di bullismo negli ultimi due mesi (divisi per genere, età e Regione di provenienza). Come si può notare dalle distribuzioni di frequenza, non emergono grandi differenze tra Regioni; possiamo però notare come il fenomeno del bullismo appaia particolarmente diffuso nella PA di Bolzano, soprattutto tra i ragazzi. Possiamo inoltre notare come, in tutte le Regioni, sia presente un trend discendente per età, con una minore diffusione di atti di bullismo nel passaggio tra gli 11 e i 13 anni, e tra i 13 e i 15 anni.

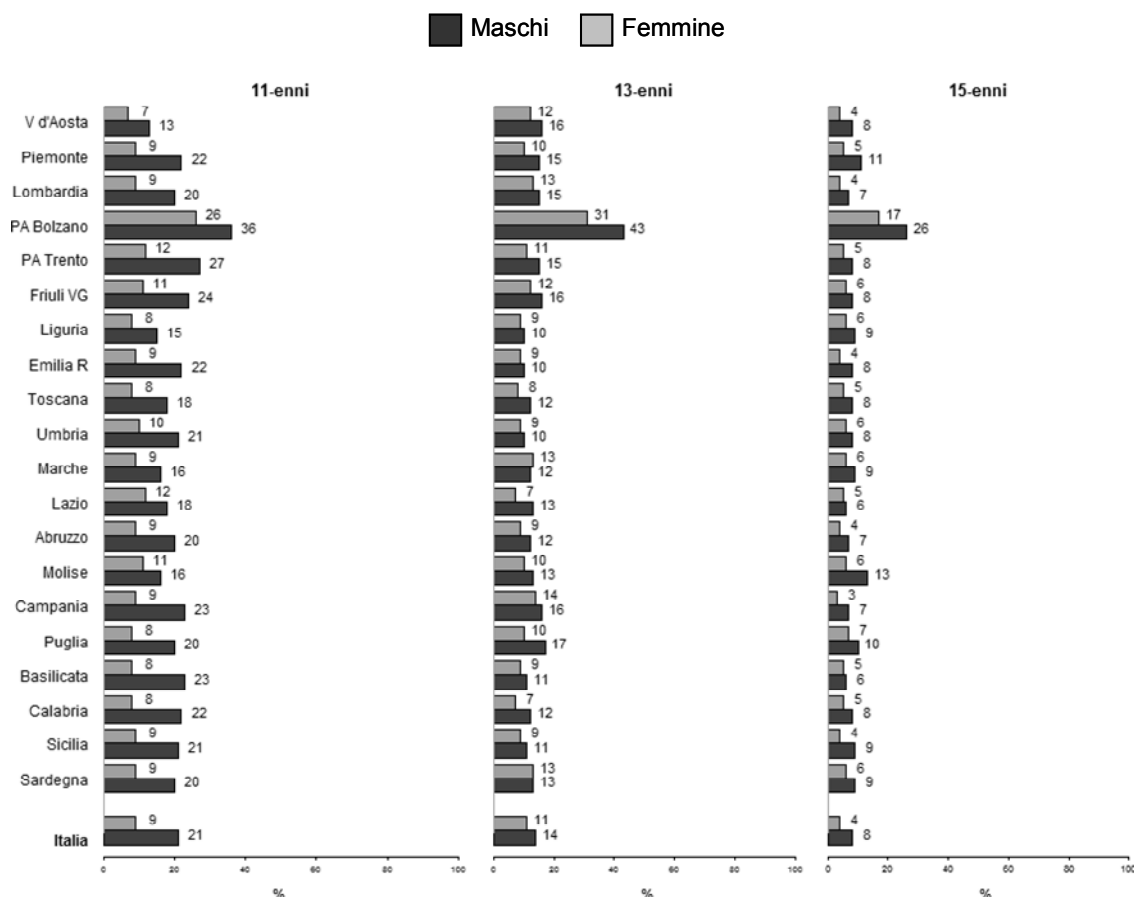


Figura 5.5. Ragazzi (%) che dichiarano di aver subito almeno una volta atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

5.3.3. Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta certamente uno dei contesti educativi principali in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata, per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" in senso più ampio e complessivo. I ragazzi che hanno un rapporto difficoltoso con la scuola sono maggiormente esposti al rischio di incorrere in problematiche emozionali, comportamentali (28) e di rifiuto da parte dei coetanei (29). Inoltre, una recente ricerca (9) evidenzia come i ragazzi che riportano un

elevato legame e coinvolgimento con la scuola attinuo con minor frequenza comportamenti rischiosi per la salute, dimostrando dunque come il legame con il contesto scolastico possa esercitare una rilevante influenza sui comportamenti a rischio. Anche l'impostazione di un clima scolastico basato sui valori di democrazia e condivisione di norme contribuisce a favorire negli studenti lo sviluppo della responsabilità individuale e di gruppo e stimola la partecipazione alle attività del contesto scolastico (30).

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

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In Tabella 5.9 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola, suddivise per fascia d'età; in Figura 5.6, invece, sono state sintetizzate le percentuali di studenti a cui la scuola piace "molto" o "abbastanza". I dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare progressivamente con il crescere dell'età, con un trend in discesa nel corso del triennio della scuola secondaria di primo grado: da un giudizio positivo per il 29% degli 11-enni all'8% dei 13-enni che dichiarano di apprezzare molto la scuola. Il livello di gradimento sembra invece decrescere solo lievemente nel passaggio dai 13 ai 15 anni. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età, ma il trend decrescente per età (che si riscontra nel passaggio dagli 11 ai 13 anni) rimane costante anche tra le studentesse.

Tabella 5.9. Giudizio dei ragazzi sulla scuola – per età (HBSC-Italia 2010)

Giudizio	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mi piace molto	5365	29,2	1769	8,7	1493	8,5
Mi piace abbastanza	9630	46,0	9272	46,8	8323	48,4
Non mi piace tanto	3818	17,4	6645	31,5	5748	32,6
Non mi piace per nulla	1783	7,4	2912	12,9	1901	10,5
Totale	20596	100	20598	100	17465	100

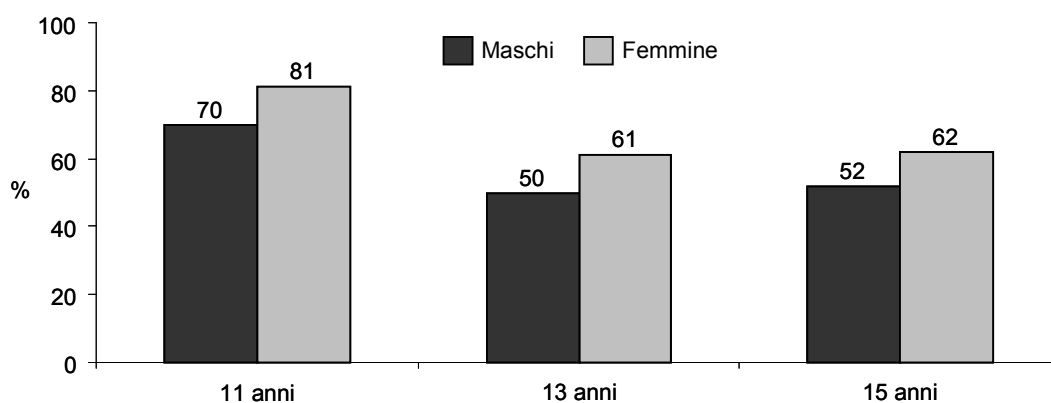


Figura 5.6. Ragazzi (%) a cui piace "molto" e "abbastanza" la scuola, per età e genere (HBSC-Italia 2010)

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

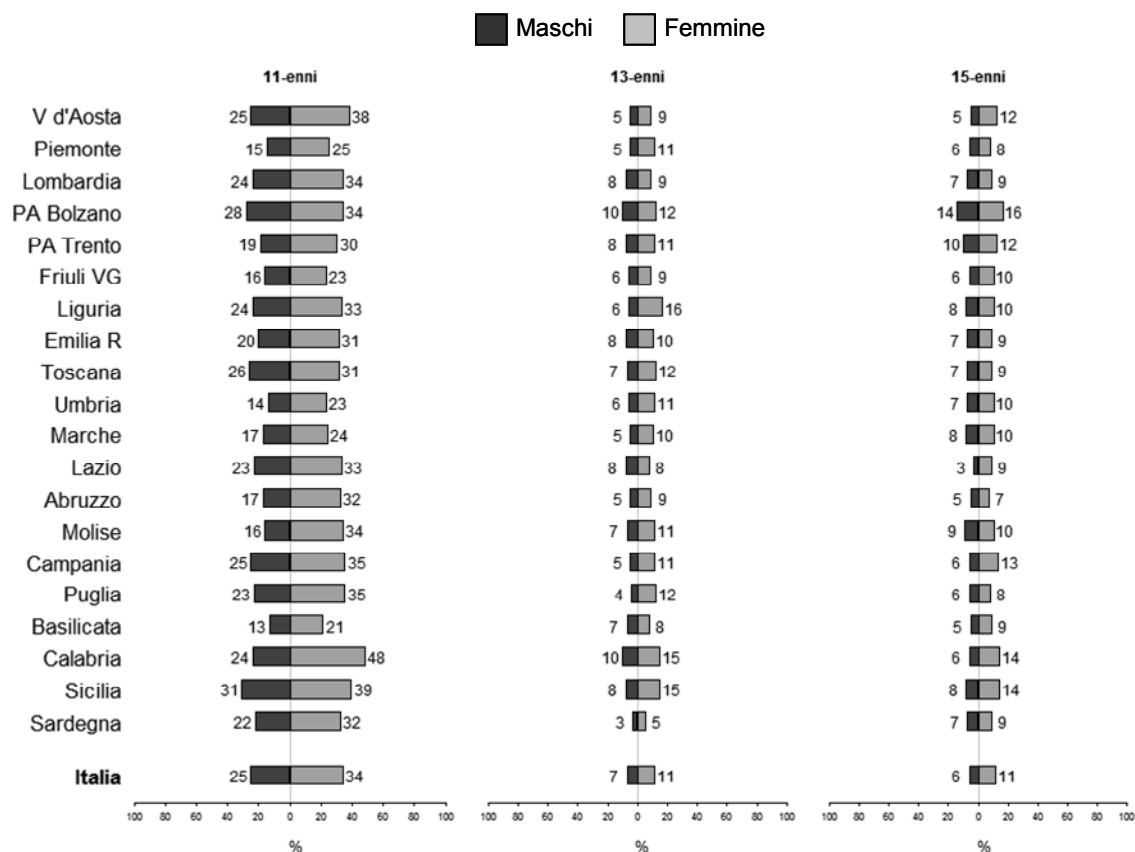


Figura 5.7. Ragazzi (%) a cui piace "molto" la scuola per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

La Figura 5.8 mostra, infine, la percentuale di studenti che dichiara di sentirsi stressato dalla vita scolastica ("molto" o "abbastanza"). Complessivamente, si può notare come il livello di stress percepito a scuola aumenti all'aumentare dell'età. In particolare, a 11 anni sono i ragazzi a sentire in maniera più forte lo stress associato alla vita scolastica, mentre tra i 13-enni le percezioni sono simili e a 15 anni una percentuale maggiore di ragazze dichiara di sentirsi stressata dalla scuola. Anche in questo caso, coerentemente con i risultati relativi al gradimento nei confronti della scuola, si possono riscontrare delle differenze regionali. Tra gli 11-enni, per esempio, elevati livelli di stress a scuola vengono percepiti nella PA di Trento, in Emilia-Romagna e Sardegna, Regioni nelle quali il gradimento per la scuola era più basso della media nazionale. Livelli di stress notevolmente più bassi della media nazionale, invece, si riscontrano nella PA di Bolzano, in tutte le fasce d'età e per entrambi i generi (un dato in controtendenza rispetto all'elevata diffusione, nella stessa provincia, di atti di bullismo, e con i moderati livelli di giustizia percepita).

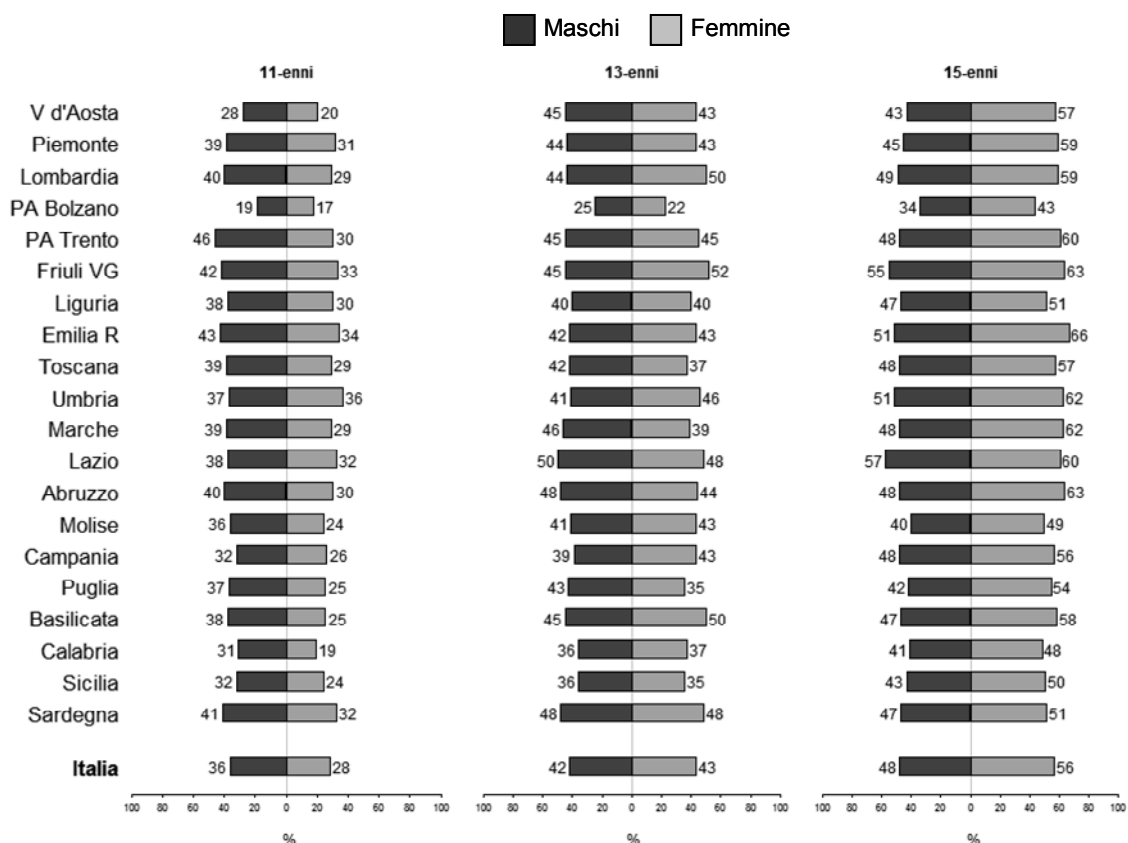


Figura 5.8. Ragazzi (%) che si sentono “molto” e “abbastanza” stressati dalla scuola per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

5.4. Conclusioni

In questo capitolo sono stati presi in esame numerosi elementi strutturali e relazionali della scuola, un luogo centrale per lo sviluppo durante la preadolescenza e l'adolescenza. La scuola rappresenta, da un lato, un luogo fisico, composto da spazi e strutture che possono avere un'influenza sull'esperienza scolastica degli studenti.

Allo stesso tempo, l'ambiente scolastico rappresenta uno spazio relazionale, dove oltre ai processi di apprendimento, ragazzi e ragazze instaurano relazioni con adulti e compagni, sviluppando competenze sociali che contribuiscono al processo di costruzione dell'identità.

Le caratteristiche fisiche e relazionali del contesto scolastico, dunque, possono avere una forte influenza sul benessere psicosociale degli studenti; comprendere quali aspetti della scuola promuovono o ostacolano il benessere di ragazzi e ragazze è fondamentale per la progettazione di interventi di prevenzione in grado di migliorare l'esperienza scolastica degli studenti.

In sintesi sulle due indagini possiamo concludere:

– *Indagine sui dirigenti scolastici*

L'indagine HBSC sul campione italiano permette di valutare le caratteristiche (in senso strutturale e organizzativo) della realtà scolastica che i ragazzi italiani sperimentano,

attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai dirigenti scolastici ad alcune domande relative a: le risorse strutturali, le misure di promozione della salute adottate, il coinvolgimento degli studenti nell'organizzazione della scuola e la presenza di problematiche nell'area dove è situata la scuola. Tali caratteristiche, riguardanti l'ambito della scuola, in interazione con aspetti più soggettivi quali la percezione che i ragazzi stessi hanno della scuola e delle relazioni al suo interno, possono influenzare l'adattamento psicosociale e la salute dei preadolescenti (5).

Rispetto alle caratteristiche strutturali e di organizzazione della scuola, quanto emerso dalla presente indagine si pone come particolarmente interessante rispetto alla discussione e alle implicazioni in termini di azioni e politiche adottabili in Italia in tema di promozione della salute tra i ragazzi in età scolare. Il quadro generale della situazione italiana si caratterizza positivamente per la presenza e la percezione di adeguatezza delle risorse strutturali della scuola così come per l'attenzione dedicata alle attività di prevenzione e promozione della salute. Tuttavia, è possibile cogliere alcuni spunti di riflessione.

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

L'indagine ha dedicato un approfondimento all'area della promozione di una sana alimentazione. Se, da un lato, buona parte delle scuole italiane include attività in questo ambito, dall'altro la maggior parte degli istituti non adotta programmi che prevedono la distribuzione di alimenti salutari come latte, frutta e yogurt. Al contrario, più della metà delle scuole italiane dispone di distributori automatici di alimenti che per lo più offrono prodotti poco adatti a un corretto stile alimentare. Inoltre, pochissime in Italia le scuole che partecipano ad iniziative di promozione di sane abitudini alimentari organizzate anche in collaborazione con partner del territorio. Sembra dunque auspicabile poter affiancare agli interventi volti a favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze rispetto all'ambito della nutrizione e dell'alimentazione, ben diffusi tra gli istituti scolastici italiani, interventi che agiscano a un livello più contestuale. Tra questi la distribuzione di alimenti salutari, l'attenzione per i prodotti alimentari erogati dai distributori automatici e la collaborazione con partner del territorio ad iniziative di promozione di sane abitudini alimentari. Coniugare interventi a livello individuale e a livello contestuale può favorire l'efficacia delle prassi di promozione della salute (12).

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

Infine, tra le caratteristiche strutturali/contextuali della scuola, è stata considerata la presenza di problematiche nell'area in cui è situato l'edificio scolastico, in particolare

rispetto ai problemi percepiti come rilevanti dai dirigenti scolastici, quali traffico eccessivo, immondizie per strada, spaccio e/o consumo di sostanze. Dedicare attenzione e un ulteriore approfondimento su questi aspetti ambientali è una possibilità per individuare strategie per farvi fronte e rendere più favorevole e protettivo per il benessere dei ragazzi anche il territorio limitrofo alla scuola.

– *Indagine sui ragazzi*

A livello relazionale, molti sono gli aspetti in grado di influenzare lo sviluppo e il benessere psicosociale in adolescenza. Un buon rapporto con insegnanti e compagni, il senso d'appartenenza alla comunità scolastica e la partecipazione alle attività organizzate dalla scuola hanno un'influenza positiva sui processi d'apprendimento e sul rendimento scolastico (6, 13, 16, 22). Allo stesso tempo, buone relazioni con i compagni e gli insegnanti promuovono lo sviluppo di abilità sociali (1, 23), proteggono dallo sviluppo di comportamenti a rischio (17, 18) e influenzano positivamente anche la salute fisica degli studenti (3).

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

Le caratteristiche prese in esame in questo capitolo, dunque, sono in grado di fornire indicazioni fondamentali sul tipo di esperienza che gli studenti italiani vivono nelle loro scuole. Per quanto riguarda i rapporti con gli insegnanti, i risultati hanno messo in evidenza che più della metà degli studenti intervistati fornisce una valutazione positiva dei propri insegnanti, considerando giusto il trattamento fornito agli studenti e adeguato il sostegno ricevuto nei momenti di bisogno. È inoltre diffusa la percezione di un clima aperto, democratico, nel quale gli studenti vengono incoraggiati ad esprimere il proprio punto di vista.

Se, da una parte, la maggioranza degli studenti valuta positivamente il modo in cui i propri insegnanti gestiscono la classe, i risultati ci dicono anche che quasi la metà degli studenti, invece, percepisce un trattamento ingiusto, ritiene di non ricevere adeguato sostegno o non si sente libero di esprimere il proprio punto di vista in classe. Questi aspetti costituiscono importanti fattori di rischio per gli studenti, in grado di influenzare negativamente non solo il loro rendimento scolastico, ma anche il loro benessere psicosociale.

Rispetto alle relazioni con i compagni, i risultati mostrano che la maggior parte degli studenti (circa l'80%), in tutte le fasce d'età, dichiarano di sentirsi accettati dai propri compagni di classe. Nonostante la qualità delle relazioni tra compagni di classe risulti buona, nelle scuole italiane non mancano fenomeni come il bullismo o la messa in atto di condotte violente. Questi fenomeni, pur non essendo particolarmente diffusi ed essendo caratterizzati da un trend discendente al crescere dell'età, possono ripercuotersi in maniera negativa sul modo in cui gli studenti vivono la scuola, e avere ripercussioni negative sul loro benessere.

Infine, per quanto riguarda il rapporto degli studenti con il “contesto scuola” inteso in senso più ampio, i risultati evidenziano che oltre un terzo degli studenti dichiara di non apprezzare la scuola, e una percentuale simile (che arriva al 50% tra i 15-enni) riporta di vivere la scuola come un'esperienza stressante. Questa tendenza, che si accentua al crescere dell'età, costituisce uno degli aspetti caratterizzati da una maggiore variabilità tra Regioni, suggerendo come diverse politiche scolastiche possano plasmare la relazione degli studenti con la scuola, e di conseguenza il loro benessere (9, 28).

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

Bibliografia

1. Zimmer-Gembeck MJ, Locke EM. The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *J Adolesc* 2007;30:1-16.
2. Fredericks JA, Blumenfeld PC, Paris AH. School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Rev Educ Res* 2004;74:59-109.
3. Santinello M, Vieno A, De Vogli R. Primary headache in Italian early adolescents: The role of perceived teacher unfairness. *Headache* 2009;49:366-74.
4. Crosnoe R, Needham B. Holism, Contextual variability and the study of friendship in adolescent development. *Child Dev* 2004;75:264-79.
5. Vieno A, Perkins DD, Smith TM, Santinello M. Democratic school climate and sense of community in school: a multilevel analysis. *Am J Community Psychol* 2005;36:327-41.
6. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: An integrative, developmentally oriented model. *Am J Community Psychol* 2007;39:177-90.
7. Osterman KF. Students’ need for belonging in the school community. *Rev Educ Res* 2000;70:323-67.
8. Vieno A. *Creare comunità scolastica*. Milano: Unicopli; 2005.
9. Carter M, McGee R, Taylor B, Williams S. Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *J Adolesc* 2007;30:51-62.
10. Dishion TJ, French DC, Patterson GR. The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D, Cohen DJ. (Ed.). *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley; 1995. Vol. 2; p. 421-71.
11. Subramanian SV, Jones K, Duncan C. Multilevel methods for public health research. In: Kawachi I, Berkman LF (Ed.). *Neighbourhoods and health*. New York: Oxford University Press; 2003. p. 65-111.
12. Nation M, Crusto C, Wandersmann A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, Davino K. What work in prevention. Principles of effective prevention programs. *Am Psychol* 2003;58, 449-56.
13. Pianta R, Stuhlman M. Teacher-child relationships and children’s success in the first years of school. *School Psychol Rev* 2004;33(3):444-58.
14. Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children’s school outcomes through eighth grade. *Child Dev* 2001;72:625-38.
15. Skinner CJ. Logistic modelling of longitudinal survey data with measurement error. *Stat Sinica* 1998;8:1045-58.

16. Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The role of emotion regulation in children's early academic success. *J School Psychol* 2007;45:3-19.
17. Hughes J, Cavell T, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol* 1999;28(2):173-84.
18. Pianta R, Nimetz SL. Relationships between children and teachers: associations with classroom and home behavior. *J Appl Dev Psychol* 1991;12:379-93.
19. White KJ, Jones K. Effects of teacher feedback on the reputations and peer perceptions of children with behavior problems. *J Exp Child Psychol* 2000;76:302-326.
20. Barth JM, Dunlap ST, Dane H, Lochman JE, Wells KC. Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *J School Psychol* 2004;42:115-33.
21. Goodenow C. Classroom belonging among early adolescent students: relationships to motivation and achievement. *J Early Adolesc* 1993;13:21-43.
22. Lubbers MJ, Van Der Werf MPC, Snijders TAB, Creemers BPM, Kuyper H. The impact of peer relations on academic progress in junior high. *J School Psychol* 2006;44:491-512.
23. Wentzel KR. Sociometric status and adjustment in middle school: a longitudinal study. *J Early Adolesc* 2003;23:5-28.
24. Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Brit J Educ Psychol* 2003;73:207-21.
25. Buhs ES, Ladd GW, Herald SL. Peer exclusion and victimization: processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *J Educ Psychol* 2006;98:1-13.
26. Jimerson S, Egeland B, Sroufe A, Carlson B. A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *J School Psychol* 2000;38:525-49.
27. Wentzel KR, Caldwell K. Friendships, peer acceptance, and group membership: relations to academic achievement in middle school. *Child Dev* 1997;68:1198-209.
28. Bennett K, Brown S, Boyle M, Racine Y, Offord D. Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Soc Sci Med* 2003;56:2443-8.
29. Risi S, Gerhardstein R, Kistner J. Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *J Clin Child Adolesc* 2003;32:351-61.
30. Torney-Purta J. Patterns in the civic knowledge, engagement, and attitude of European adolescents: the IEA Civic Education Study. *Eur J Educ* 2002;37:129-42.

6. ATTIVITÀ FISICA E TEMPO LIBERO

Giacomo Lazzeri (a), Rita Simi (a), Mariano Vincenzo Giacchi (a, b) e il Gruppo HBSC-Italia 2010
 (a) *Centro interdipartimentale Ricerche Educazione e Promozione della Salute Università degli Studi di Siena, Siena*
 (b) *Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

6.1. Introduzione

Come vivono i preadolescenti italiani il loro tempo libero? A questo proposito, al fine di comprendere come i giovani pianificano la loro giornata e gli impegni quotidiani, in questa sezione sono indagati alcuni comportamenti quali: l'attività fisica, l'uso della televisione e dei videogiochi, il tempo dedicato alla frequentazione dei coetanei e la frequenza di utilizzo di telefoni cellulari e del computer. Il tempo libero rappresenta un momento importante per svolgere attività fisica in armonia con se stessi e con l'ambiente fisico e sociale. Particolare attenzione merita la diffusione di stili di vita sedentari in età adolescenziale.

Infatti, è utile ricordare, come suggeriscono alcuni studi, che l'acquisizione di modelli comportamentali attivi durante l'infanzia e il loro consolidamento durante l'adolescenza tende a renderli abitudinari anche in età adulta (1, 2).

Per tali motivi, la partecipazione a varie tipologie di attività motoria, rappresenta non solo un valore rilevante per l'adozione e il successivo mantenimento nel tempo di uno stile di vita attivo, ma contribuisce a contrastare i rischi e i disturbi causati dalla sedentarietà (3, 4).

6.2. Attività fisica

L'attività fisica viene normalmente definita come "qualsiasi movimento del corpo associato ad una contrazione muscolare che aumenta il dispendio energetico al di sopra dei livelli di riposo". Quindi per attività fisica non si intende solo la pratica di sport organizzati e regolarmente praticati, ma l'insieme dei movimenti del corpo che favoriscono il dispendio di energia quali: camminare di buon passo, giocare, andare in bicicletta, fare le pulizie, ballare o salire le scale (5).

L'attività fisica, la salute e la qualità della vita sono strettamente correlate (6). Esistono, infatti, crescenti evidenze sulla relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età adolescenziale e una migliore salute in età adulta, oltre le ricadute più immediate sul benessere psicosociale dei ragazzi (4, 7).

Numerosi studi hanno rilevato che praticare regolarmente una sufficiente attività motoria produce notevoli benefici psico-fisici, tra i più importanti: riduce i rischi cardiovascolari, previene o ritarda lo sviluppo dell'ipertensione e dell'osteoporosi, aumenta le capacità cardiovascolari, mantiene le funzioni metaboliche, diminuendo il rischio di insorgenza del diabete di tipo 2, permette un corretto sviluppo scheletrico e muscolare, contribuisce al bilancio energetico prevenendo obesità e sovrappeso e inoltre abbassa i livelli di stress, migliora l'autostima e la soddisfazione di sé, diminuendo il rischio di depressione (1, 8, 9). È documentata inoltre in letteratura la relazione tra inattività ed esiti di sovrappeso e obesità in preadolescenza (10).

È peraltro interessante notare che la partecipazione ad attività motorie ricreative e sportive, rappresenta tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per

migliorarsi, superare i propri limiti, per divertirsi, per costruire nuove amicizie e per crescere in salute. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere (11, 12). In età più precoce è dimostrato che i benefici più evidenti che derivano dal praticare un'attività motoria regolare si manifestano non solo nello sviluppo organico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia (5).

6.2.1. Frequenza dell'attività fisica

Le linee guida internazionali raccomandano nei ragazzi in età dello sviluppo di fare una moderata o intensa attività fisica ogni giorno per almeno 60 minuti, in grado di generare un incremento della respirazione, della sudorazione e del senso di affaticamento (1, 13, 14). Le attività moderate (da 3,5 a 7 kcal/min) comprendono: camminare, andare in bicicletta, ballare, fare attività in palestra e in piscina, svolgere lavori domestici. Le attività intense (oltre 7 kcal/min) comprendono: corsa, step, karate, judo e la maggior parte degli sport competitivi (13, 15).

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "nell'ultima settimana, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?". Dalla lettura della Tabella 6.1, che riporta i dati nazionali, si nota come il 5,2% degli undicenni, il 6,7% dei tredicenni e il 12,4% dei quindicenni non svolge mai attività fisica. La maggior parte pratica attività fisica dai due ai cinque giorni, mentre la frequenza di coloro che raggiungono il valore raccomandato di sette giorni alla settimana con almeno un'ora di attività fisica è rispettivamente dell'8,2% a 11 anni, del 6,9% a 13 anni e del 7,6% a 15 anni.

Tabella 6.1. Frequenza di attività fisica svolta dai ragazzi per almeno 60 minuti al giorno nell'ultima settimana – per età (HBSC-Italia 2010)

Frequenza	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Nessuna attività fisica	1044	5,2	1228	6,7	1792	12,4
Un giorno	1690	8,1	1782	8,5	2301	12,0
Due giorni	4781	25,6	4234	22,0	3379	20,4
Tre giorni	3964	19,0	4104	20,3	3248	18,0
Quattro giorni	3521	17,5	3610	16,8	2656	14,5
Cinque giorni	2191	10,5	2449	11,5	1705	9,4
Sei giorni	1313	6,0	1519	7,2	1106	5,7
Sette giorni	1873	8,2	1548	6,9	1236	7,5
Totale	20377	100	20474	100	17423	100

Se mettiamo a confronto le frequenze di quanti praticano attività fisica per genere, si evidenzia che i maschi si muovono in generale più delle femmine. Questa tendenza si ripete per ogni fascia d'età. In quasi tutte le Regioni italiane l'attività fisica diminuisce sia nei maschi sia nelle femmine con l'aumentare dell'età.

A livello nazionale questo andamento è meno evidente, mentre è palese che la percentuale delle femmine che fanno attività fisica per "almeno un'ora al giorno per sette giorni a settimana" è circa la metà di quella dei maschi. Si rileva a 11 anni il 10% nei maschi vs il 6% nelle femmine, a 13 anni il 9% nei maschi vs il 5% nelle femmine e a 15 anni il 10% dei maschi vs il 5% nelle femmine (Figura 6.1).

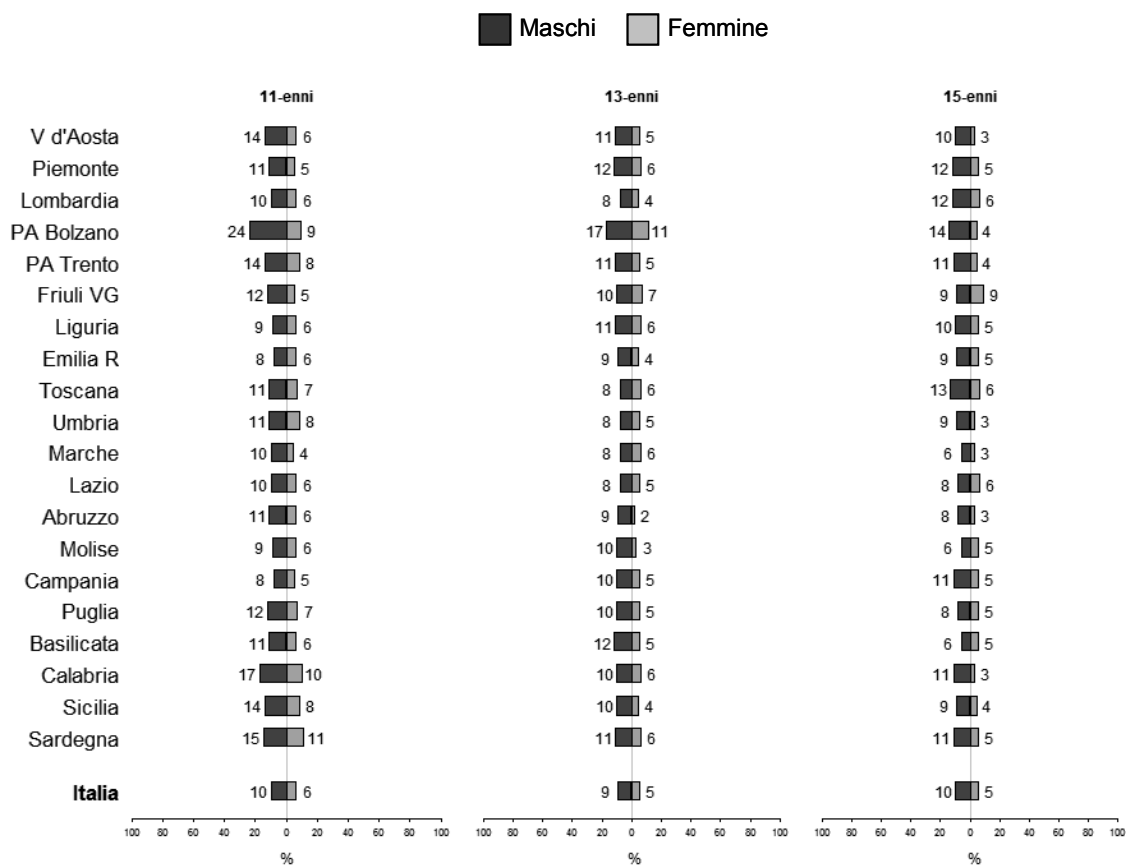


Figura 6.1. Ragazzi (%) che svolgono attività fisica per almeno un'ora al giorno tutti i giorni – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

6.3. Comportamenti sedentari

La mancanza di spazi e di tempi adeguati, nonché di sicurezza nel frequentare luoghi all'aperto, mostra come i ragazzi siano sempre più confinati in spazi chiusi e più protettivi, in particolare in casa a guardare la TV o a giocare con i videogiochi (16).

L'uso del computer e della televisione sono forme di svago passive che riducono le esigenze e le opportunità di attività fisica (17). Il tempo speso davanti allo schermo viene considerato come uno dei fattori responsabili dell'incremento del sovrappeso in questa fascia di età (18). Va sottolineato che l'utilizzo di tali mezzi di svago si associa spesso all'assunzione di cibi ipercalorici che concorrono così ad uno sbilancio energetico calorico giornaliero (19, 20).

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

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

Le linee guida internazionali (21-23) raccomandano di non superare due ore al giorno dedicate a guardare lo schermo (TV, videogiochi, computer, Internet).

Le domande indagate nel questionario sono suddivise in giorni di scuola e fine settimana. In questo sottocapitolo vengono riportate solo le risposte riferite ai giorni di scuola.

A livello nazionale la percentuale di ragazzi che nel tempo libero guarda la TV per un periodo pari o superiore alle 2 ore al giorno, durante i giorni di scuola, aumenta sensibilmente sia per i maschi sia per le femmine con l'aumentare dell'età passando rispettivamente dal 48% e dal 41% a 11 anni, al 60% per entrambi i sessi a 13 anni, per arrivare al 63% e al 62% a 15 anni. A livello regionale per quanto riguarda gli 11-enni i valori più bassi si rilevano in Valle d'Aosta, PA Trento, Liguria e Sicilia, mentre per le altre due fasce di età in Valle d'Aosta, PA Bolzano e PA Trento (Figura 6.2).

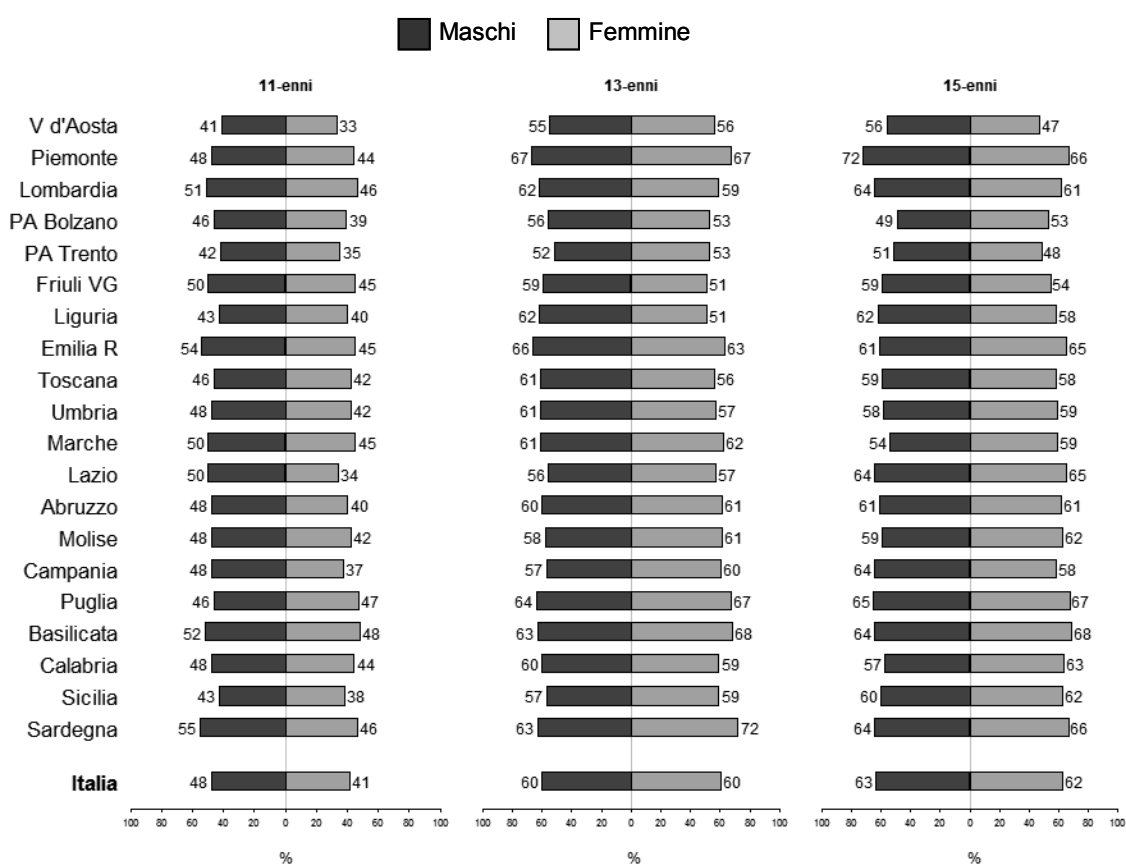


Figura 6.2. Ragazzi (%) che guardano la TV nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

Dall'analisi dei dati nazionali risulta che la percentuale di maschi che nel tempo libero gioca al computer o alla playstation o simili per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola, è maggiore rispetto alla percentuale delle femmine, con valori del 33% vs 19% a 11 anni, del 44% vs 31% a 13 anni e del 46% vs 27% a 15 anni.

Questa tendenza viene confermata in ogni Regione italiana, eccetto un leggero incremento del tempo passato davanti ad uno schermo da parte delle quindicenni del Centro Sud rispetto a quelle delle altre fasce di età (Figura 6.3).

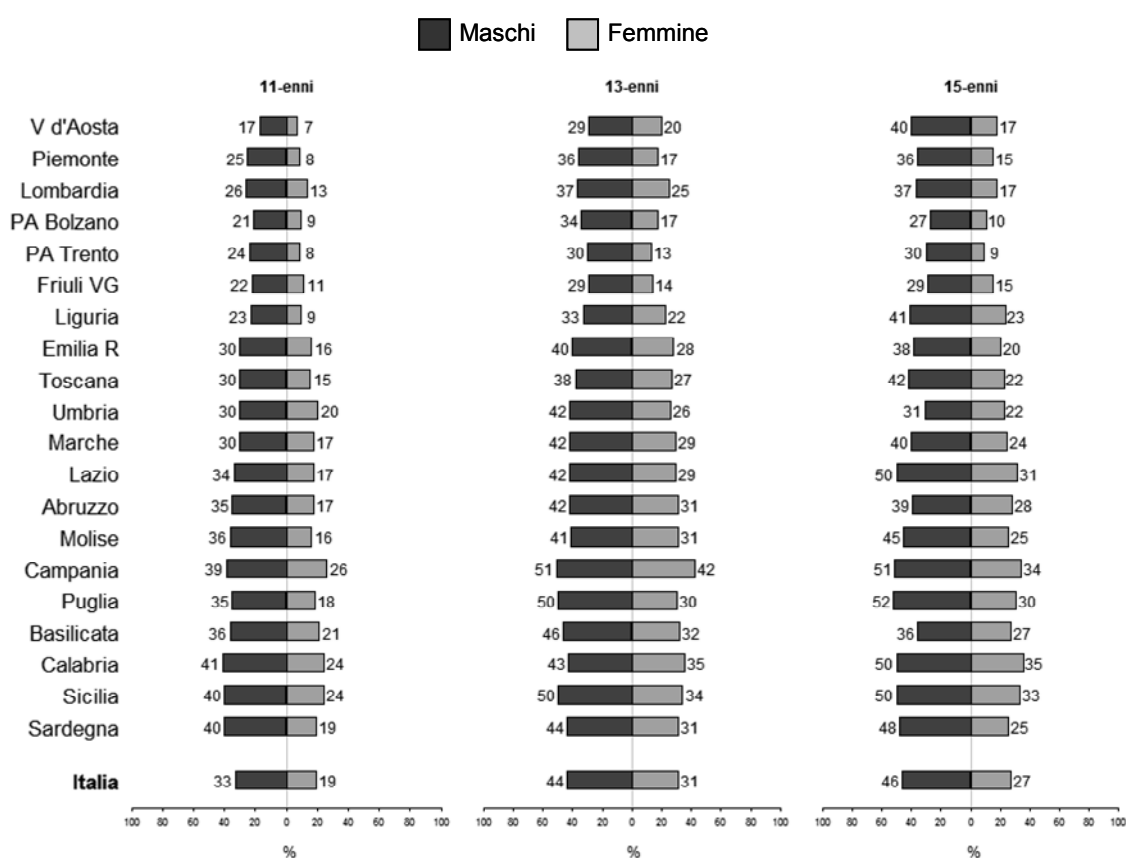


Figura 6.3. Ragazzi (%) che giocano al computer o alla playstation o simili nel tempo libero per almeno 2 ore al giorno, durante i giorni di scuola – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

In Italia la percentuale di chi utilizza nei giorni scolastici il computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc., per almeno 2 ore al giorno (\geq), aumenta con l'aumentare dell'età ed è maggiore per le femmine di qualsiasi fascia d'età. Dal confronto delle relative percentuali per fascia d'età si ottengono i seguenti valori: a 11 anni 27% delle femmine vs 25% dei maschi; a 13 anni 53% delle femmine vs 42% dei maschi; a 15 anni 57% delle femmine vs 55% de maschi. La Regione Campania ha i valori più alti per l'“utilizzo del computer per almeno 2 ore al giorno” in tutte le fasce di età e in ambedue i sessi tranne che nelle femmine di 15 anni in cui il valore più elevato (64%) si rileva nel Lazio. I valori percentuali più bassi si rilevano nelle Regioni del Nord (Figura 6.4).

Per quanto riguarda il tempo passato davanti al computer per consultare Internet, chattare o altro, il picco di frequenza percentuale si ha intorno ad un'ora al giorno sia nei maschi che nelle femmine (Figura 6.5).

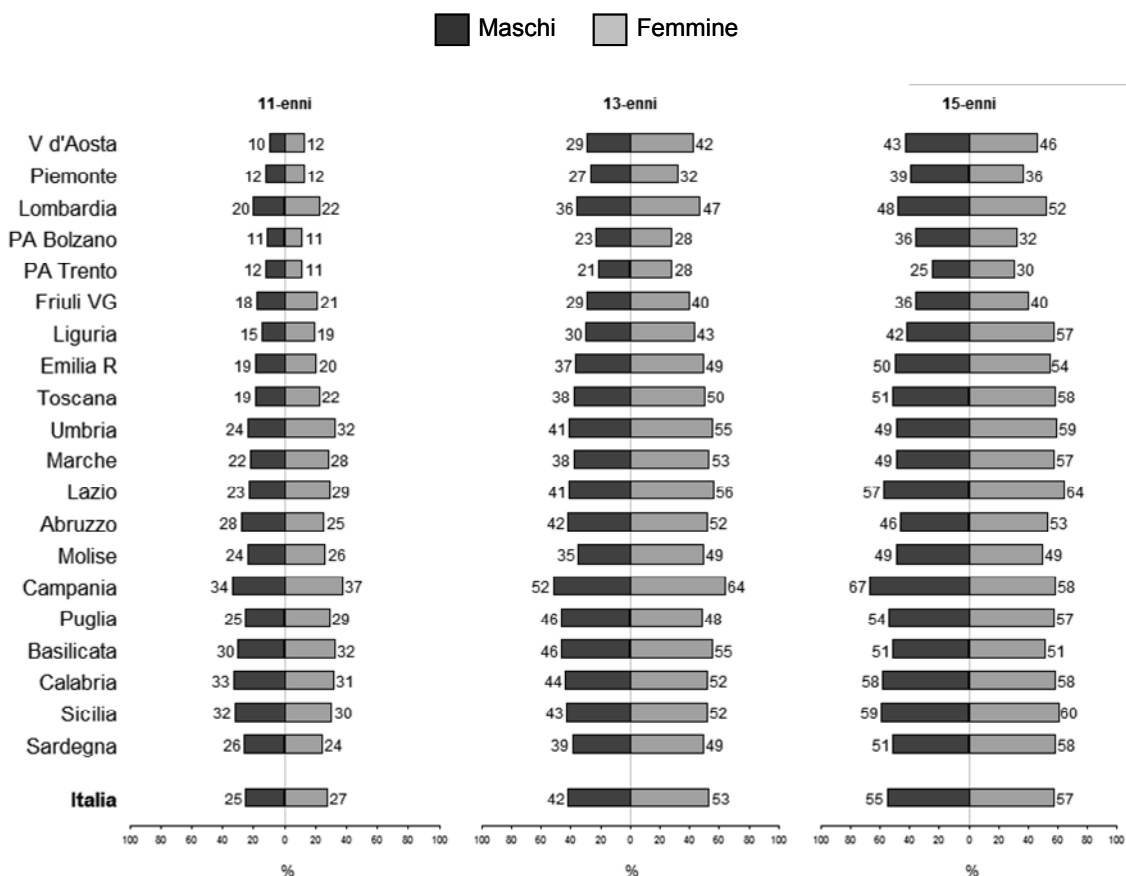


Figura 6.4. Ragazzi (%) che utilizzano il computer per chattare, navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti, nel tempo libero, ecc., per almeno 2 ore al giorno durante i giorni di scuola – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

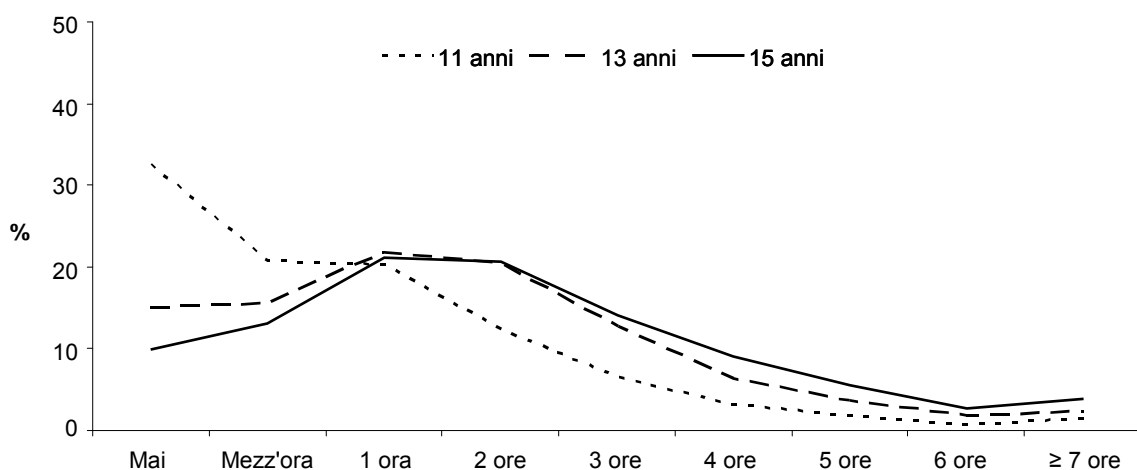


Figura 6.5. Tempo (%) dedicato al computer per consultare Internet, chattare o altro – per età (HBSC-Italia 2010)

6.4. Rapporti con i pari

Il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (24). Le interazioni sociali tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extra-familiare.

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

I dati ci mostrano che a livello nazionale, la capacità di relazionarsi con i coetanei giudicati amici aumenta con il crescere dell'età ed è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi con valori che sono rispettivamente: 81% vs 88% a 11 anni; 85% vs 94% a 13 anni; 88% vs 94% a 15 anni. A livello regionale si riscontra la medesima differenza di valori percentuali tra maschi e femmine, senza evidenti differenze fra le Regioni (Figura 6.6).

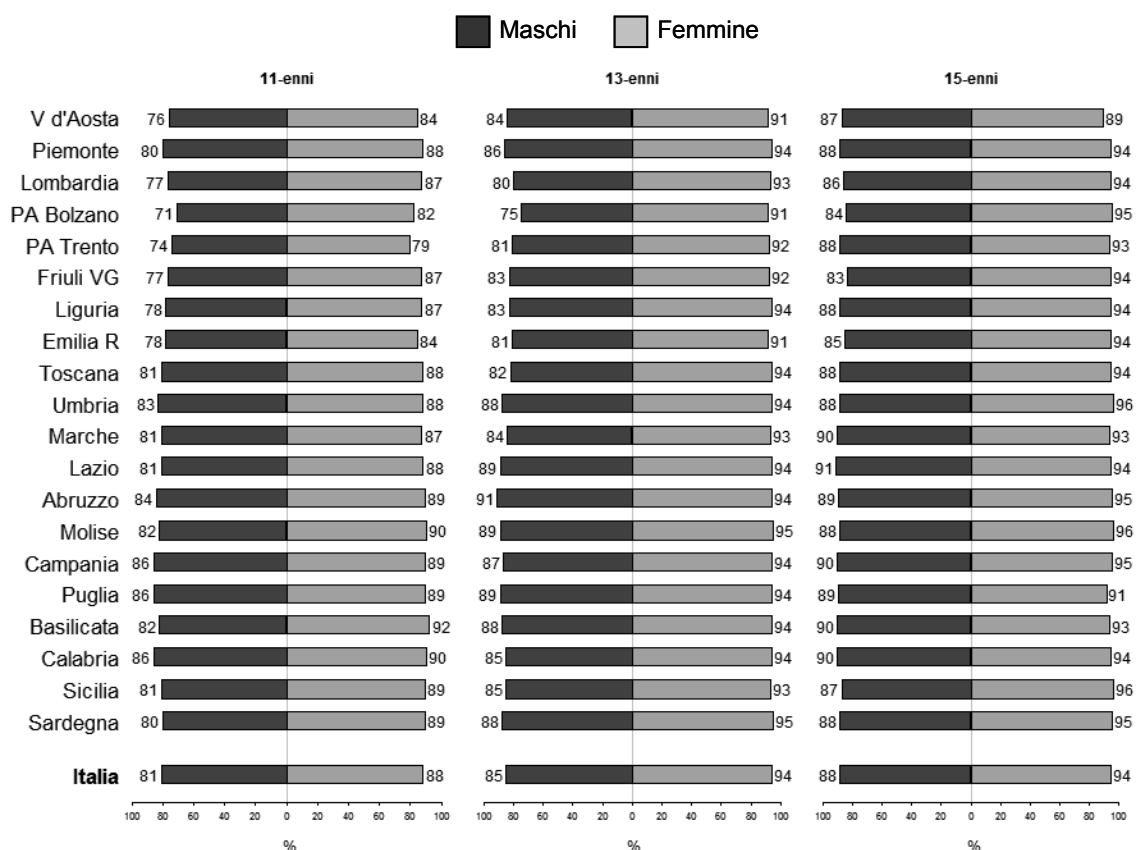


Figura 6.6. Ragazzi (%) che giudicano facile o molto facile parlare con il/la proprio/a migliore amico/a di cose che preoccupano – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

Per quanto riguarda “avere tre o più amici dello stesso sesso” a livello nazionale è maggiore la percentuale maschile rispetto a quella femminile e diminuisce per entrambi i sessi con l'aumentare dell'età passando dall'85% al 77% a 11 anni, dal 78% al 70% a 13 anni e dal 72% al 62% a 15 anni. Non si rilevano evidenti differenze a livello regionale (Figura 6.7).

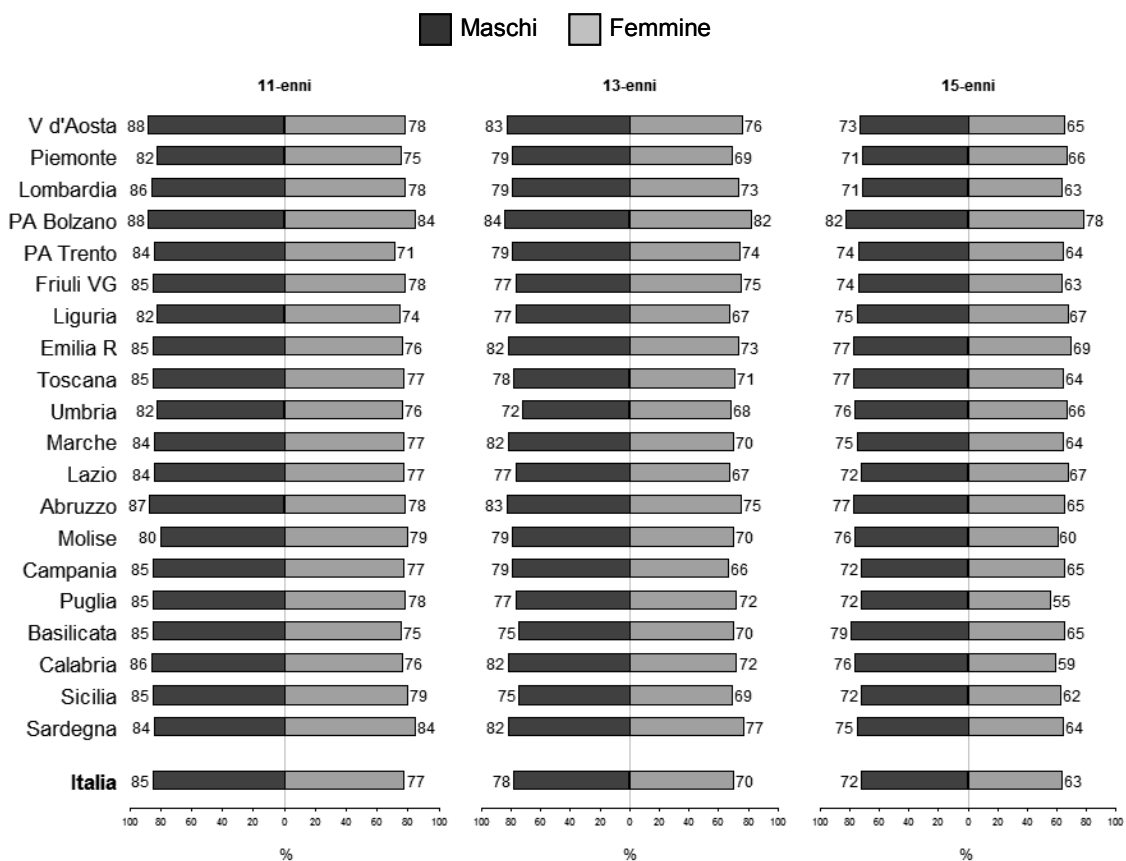


Figura 6.7. Ragazzi (%) che hanno 3 o più amici dello stesso sesso – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

La frequenza percentuale del tempo che i giovani dedicano “tutti i giorni” a contattare i loro coetanei aumenta con l’aumentare dell’età passando dal 27,9% a 11 anni, al 53,8% a 13 anni per salire fino al 66,7% a 15 anni. È curioso notare che negli undicenni la percentuale di coloro che dichiarano di contattare gli amici “raramente/mai” è 27,4%, di poco inferiore rispetto al 27,9% di “tutti i giorni” (Figura 6.8).

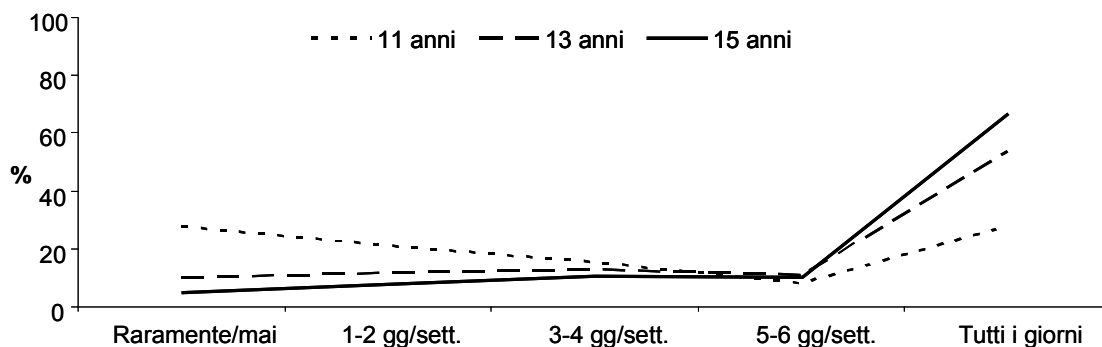


Figura 6.8. Tempo (%) dedicato a parlare al telefono o a mandare messaggi o ad avere contatti con gli amici via Internet – per età (HBSC-Italia 2010)

Nel campione nazionale la frequenza percentuale di uscite serali con gli amici, aumenta con l'aumentare dell'età ed è più alta nei maschi piuttosto che nelle femmine. I valori percentuali sono i seguenti: 12% vs 7% a 11 anni; 14% vs 11% a 13 anni; 21% vs 14% a 15 anni. A livello regionale si riscontra una discreta variabilità e, in particolare, le Regioni del Sud presentano percentuali, per entrambi i sessi, maggiori rispetto a quelle delle Regioni del Centro Nord. Nelle fasce d'età 11 e 13 anni sono i maschi e le femmine della Sardegna quelli che escono più spesso la sera, mentre nella fascia d'età 15 anni sono i maschi e le femmine pugliesi (Figura 6.9).

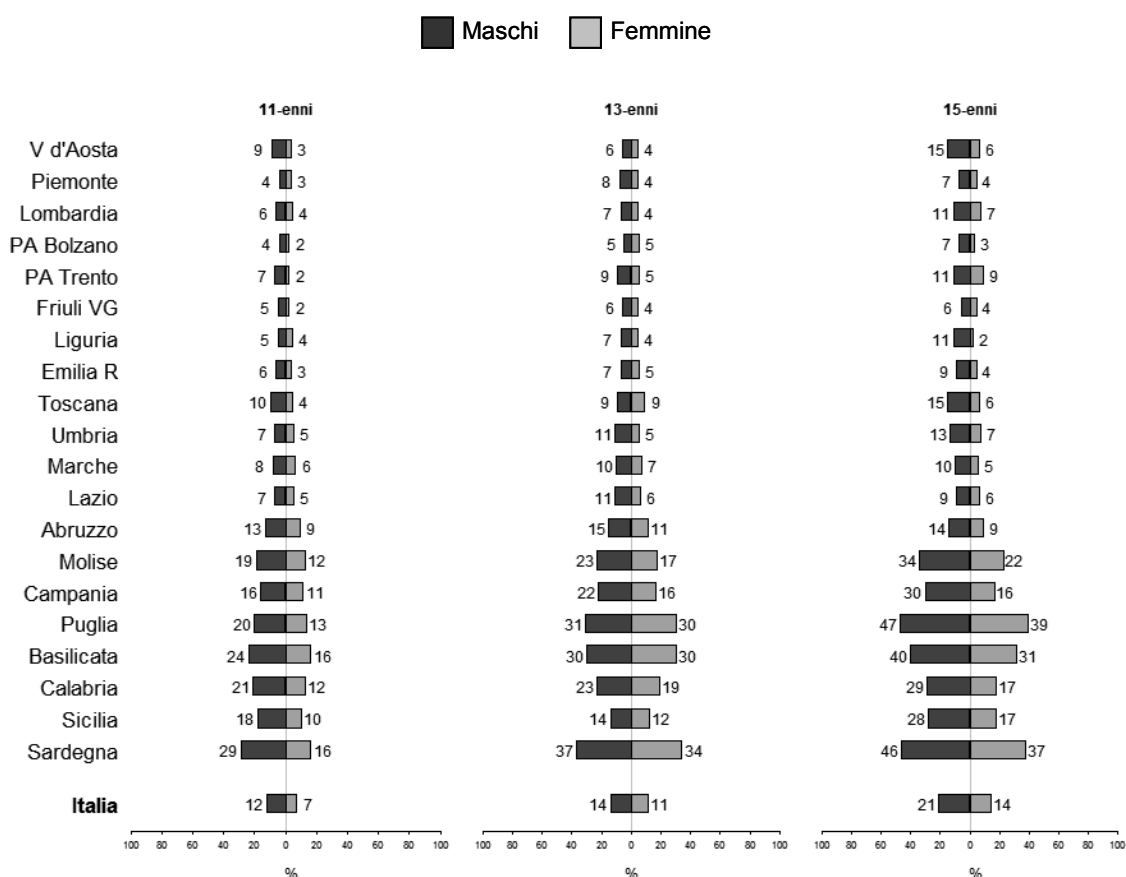


Figura 6.9. Ragazzi (%) che escono di sera con gli amici per almeno 4 volte a settimana – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

6.5. Conclusioni

A livello nazionale la percentuale degli adolescenti che raggiungono il valore raccomandato di almeno un'ora di attività fisica al giorno per 7 giorni a settimana è rispettivamente dell'8,2% a 11 anni, del 6,9% a 13 anni e del 7,6% a 15 anni. All'aumentare dell'età si evidenzia una

leggera diminuzione della pratica di attività fisica, che comunque risulta sempre più diffusa tra i maschi.

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

Per l'uso del computer, giochi e Internet si rilevano valori percentuali "oltre le due ore al giorno" inferiori rispetto a quelli della TV. Anche in questo caso le frequenze aumentano all'aumentare dell'età, in particolare nella fascia di età di 15 anni, i maschi presentano i valori più alti per l'uso di videogiochi mentre le femmine per l'uso di Internet e della chat.

I dati ci mostrano che a livello nazionale, la capacità di relazionarsi con i coetanei giudicati "amici" aumenta con il crescere dell'età ed è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi, mentre per quanto riguarda "avere tre o più amici dello stesso sesso" è maggiore la percentuale maschile rispetto a quella femminile, diminuendo per entrambi i sessi con l'aumentare dell'età.

Nel riquadro si riporta, in sintesi, il confronto dei dati dello studio HBSC-Italia 2010 con quelli internazionali.

Confronto HBSC-Italia 2010 e HBSC internazionale

Si evidenzia che la percentuale dei giovani italiani che fanno attività fisica per "almeno un'ora al giorno per sette giorni a settimana", è di circa la metà rispetto a quella internazionale. Nello specifico le percentuali per i maschi sono: a 11 anni 10% vs 28%, a 13 anni 9% vs 24% e a 15 anni 10% vs 19%; mentre per le femmine: a 11 anni 6% vs 19%, a 13 anni il 5% vs 13% e a 15 anni 5% vs 10%.

Bibliografia

1. WHO. *Benefits of physical activity*. Geneva: WHO; 2008.
2. Schor EL, Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003;111(6 Pt 2):1541-71.
3. WHO. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2004.
4. Hickman M, Roberts C, Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C, Hurrelman K, Settertobulte W, Smith R, Todd J (Ed.). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000. p. 73-81.
5. EU Working Group "Sport and Health" *EU Physical Activity Guidelines. Recommended policy actions in support of health-enhancing physical activity*. Brussels: European Union; 2008. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf; ultima consultazione 1/07/2012.
6. World Health Organization. *World Health Day. 2002: move for health*. Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/moveforhealth/en/>; ultima consultazione 1/07/2012.
7. Stroebe W, Stroebe MS. *Psicologia sociale e salute*. Milano: McGraw Hill; 1997.
8. Boreham C, Riddoch C. The physical activity, fitness and health of children. *J Sports Sci* 2001;19(12):915-29.
9. Alfermann D, Stoll O. Effects of physical exercise on self concept and well being. *Int J Sport Psychol* 2000;30:47-65.

10. Vieno A, Santinello M, Martini C.M. Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2005;14:100-7.
11. Nelson MC, Neumark-Stzainer D, Hannan PJ, Sirard JR, Story M. Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics* 2006;118(6):e1627-34.
12. Fox KR. Self-esteem, self perceptions and exercise. *Int J Sport Psychol* 2000;31:228-40.
13. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical activity guidelines for Americans*. Washington, WA: U.S. Department of Health and Human Services; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>; ultima consultazione 1/07/2012
14. Corbin CB, Pangrazzi RP. *Physical activity for children: a statement of guidelines*. Reston, VA: National Association for Sport and Physical Education, (NASPE) Publications; 1998.
15. Centers for Disease Control and Prevention. *General Physical activities defined by level of intensity*. CDC; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/PA_Intensity_table_2_1.pdf; ultima consultazione 1/07/2012
16. Sonnevile KR, La Pelle N, Taveras EM, Gillman MW, Prosser LA. Economic and other barriers to adopting recommendations to prevent childhood obesity: results of a focus group study with parents. *BMC Pediatr* 2009;21:9-81.
17. Task Force on Community Preventive Services. Increasing physical activity. *MMWR Recomm Rep* 2001;50(RR-18):1-14.
18. Crespo CJ, Smit E, Troiano RP, Bartlett SJ, Macera CA, Andersen RE. Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(3):360-5
19. Powell LM, Szczypka G, Chaloupka FJ. Adolescent exposure to food advertising on television. *Am J Prev Med* 2007;33(4):S251-6.
20. Utter J, Scragg R, Schaaf D. Associations between television viewing and consumption of commonly advertised foods among New Zealand children and young adolescents. *Public Health Nutr* 2006;9(5):606-12.
21. American Academy of Pediatrics (AAP), Committee on Public Education. Children, Adolescents and Television. *Pediatrics* 2001;107:423-26.
22. U.S. Department of Health and Human Services – National Institutes of Health. *We can! Families finding the balance: a parent handbook*. Bethesda: NIH; 2005.
23. Cross-Government Obesity Unit, Department of Health and Department of Children, Schools and Families. *Healthy weight, healthy lives: a cross-government strategy for England*. London: DH Publications; 2008. Disponibile all'indirizzo: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100407220245/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digital_asset/dh_084024.pdf; ultima consultazione 1/07/2012
24. Laible DJ, Carlo G, Roesch SC. Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc* 2004;27(6):703-16.

7. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE

Giacomo Lazzeri (a), Rita Simi (a), Mariano Vincenzo Giacchi (a, b) e il Gruppo HBSC-Italia 2010

(a) *Centro interdipartimentale Ricerche Educazione e Promozione della Salute, Università degli Studi di Siena, Siena*

(b) *Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Siena*

7.1. Introduzione

I comportamenti alimentari acquisiti nell'adolescenza sono abitualmente mantenuti da adulti (1) e quindi possono avere ricadute sulla prevenzione di malattie sia a medio che a lungo termine (2).

Dal punto di vista dei fattori di rischio, l'alimentazione è stata riconosciuta come uno dei principali determinanti modificabili delle malattie croniche (3). Variazioni della dieta, sia in positivo che in negativo, possono condizionare non solo la salute attuale dell'individuo ma anche la probabilità di sviluppare, malattie croniche come i tumori, le patologie cardiovascolari il diabete e l'obesità (4). In particolare l'obesità in età evolutiva è associata all'aumento del rischio di ipertensione, iperlipidemia, diabete di tipo 2 e sviluppo precoce di lesioni aterosclerotiche (5-7). La presenza di questi fattori di rischio vascolari, anche nel caso in cui non produce eventi morbosi, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari in età adulta (8). Sulla base di queste considerazioni l'OMS raccomanda l'implementazione di politiche e strategie atte a contrastare i rischi legati a una dieta scorretta (3, 4). D'altra parte, come risulta ampiamente dimostrato, la distribuzione di tali fattori sulla popolazione non è omogenea in ragione della presenza di forti squilibri legati alle diseguaglianze sociali.

I modelli di consumo alimentare nell'adolescenza sono notevolmente condizionati dalla dimensione culturale che, a partire dall'influenza del contesto familiare (9, 10), diventa sempre più legata anche a quella del gruppo dei pari e della società (11).

Un aspetto particolarmente importante da indagare nei paesi industrializzati è il rischio del sovrappeso e dell'obesità. In tali contesti, infatti, assistiamo ad un rapido incremento nella prevalenza dell'obesità, a tutte le età (12, 13), in gran parte attribuibile al cambiamento dello stile di vita, sempre più sedentario e tendente a favorire il consumo di alimenti ad alto valore energetico e basso valore nutrizionale, con conseguente bilancio calorico giornaliero positivo (14, 15).

Lo studio HBSC rileva alcune abitudini alimentari, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati (quali frutta e verdura) e sconsigliati (quali dolci e bevande zuccherate) assunti durante la giornata (14-16). Per valutare lo stato ponderale, vengono raccolti dati auto-riferiti sulle misure antropometriche (peso e altezza) (17), e calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) (18). Per la prima volta, a seguito della recente definizione dei valori soglia del sottopeso (19), viene riportata anche la prevalenza dei ragazzi sottopeso, attualmente poco presente in letteratura (20).

All'interno della sezione sull'alimentazione è stato dedicato uno spazio anche all'igiene del cavo orale, proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza (21); anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più urgenti in termini di prevenzione (22).

7.2. Frequenza e regolarità dei pasti

È utile ricordare che la colazione rappresenta un pasto estremamente importante per l'equilibrio fisiologico ma anche psicologico soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, nonché favorisce il consumo disordinato di snack e "cibi spazzatura" (*junk food*) (23, 24).

Ai ragazzi è stato chiesto di quantificare la frequenza settimanale della colazione durante i giorni di scuola. Nella Tabella 7.1 sono riportate le frequenze di consumo della colazione, che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano. Si osserva che più della metà dei ragazzi italiani consuma la colazione per "cinque giorni a settimana" (68,5% a 11 anni, 58,0% a 13 anni e 51,3% a 15 anni); rimane, tuttavia, una quota discreta di giovani che comincia la giornata a digiuno (16,4% degli 11-enni, 24,5% dei 13-enni e 31,7% dei 15-enni). Si evidenzia, inoltre, che la frequenza della colazione diminuisce col crescere dell'età.

Tabella 7.1. Frequenza della colazione durante i giorni di scuola – per età (HBSC-Italia 2010)

Frequenza	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	2870	16,4	4429	24,5	4997	31,7
Un giorno	752	3,8	689	4,0	628	3,4
Due giorni	583	3,1	743	3,9	648	3,9
Tre giorni	911	5,1	1100	5,7	911	5,7
Quattro giorni	668	3,0	810	4,0	667	3,9
Cinque giorni	14403	68,5	12591	58,0	9474	51,3
Totale	20187	100	20362	100	17325	100

Il 51,9% degli undicenni, il 50,1% dei tredicenni e il 46,6% dei quindicenni dichiara di fare sia la merenda di metà mattina che quella del pomeriggio, mentre il 27,2% degli undicenni, il 23,2% dei tredicenni e il 25,4% dei quindicenni dichiara di fare solo la merenda del pomeriggio, saltando quella del mattino (Tabella 7.2).

Tabella 7.2. Consumo di merenda nell'arco della giornata – per età (HBSC-Italia 2010)

Consumo di merenda	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
No	1110	5,7	1686	8,5	1910	12,4
Solo a metà mattina	2680	15,2	3426	18,3	3056	16,1
Solo nel pomeriggio	4867	27,2	4038	23,2	3508	25,4
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	10169	51,9	10094	50,1	7754	46,1

7.3. Consumo di frutta e verdura

La rilevazione del consumo di frutta e verdura è importante per meglio connotare lo stile alimentare. Frutta, verdura e ortaggi garantiscono l'apporto di tanta acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione (25, 26). A tale riguardo sembra opportuno ricordare che le linee guida nazionali e internazionali raccomandano il consumo di 5 porzioni

giornaliere di frutta e verdura (3, 14-16). Per la risposta “più di una volta al giorno tutti i giorni”, le frequenze relative al consumo di frutta risultano basse, con valori del 19,8% a 11 anni, del 16,9% a 13 anni e del 16,8% a 15 anni. Risultano basse anche le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne mai, dal 4,9% a 11 e 13 anni al 5,5% a 15 anni. Mettendo insieme i bassi consumi di frutta, la frequenza relativa della risposta “non più di una volta alla settimana” corrisponde al 22,3% a 11 anni, al 23,0% a 13 anni e al 24,8% a 15 anni (Tabella 7.3).

Tabella 7.3. Consumo settimanale di frutta – per età (HBSC-Italia 2010)

Consumo di frutta	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	937	4,9	892	4,9	845	5,5
Meno di una volta a settimana	1311	6,9	1423	8,3	1338	8,9
Una volta a settimana	1998	10,5	1919	9,7	1736	10,4
2-4 volte a settimana	4261	20,2	4906	24,7	4444	24,9
5-6 volte a settimana	2606	12,0	2783	12,4	2152	11,8
Una volta al giorno tutti i giorni	5160	25,7	4735	23,0	3736	21,6
Più di una volta al giorno	4273	19,8	3902	16,9	3216	16,8
Totale	20546	100	20560	100	17467	100

A livello nazionale il consumo di frutta si riduce con l'aumento dell'età passando, rispettivamente per i maschi e per le femmine, dal 44% e dal 47% a 11 anni, al 37% e al 42% a 13 anni, per finire con il 36% e il 41% a 15 anni (Figura 7.1). Questo evidenzia che le femmine ne fanno comunque un consumo maggiore rispetto ai coetanei maschi. Anche nei campioni regionali il consumo di frutta è maggiore tra le femmine rispetto ai maschi e si riduce con l'aumentare dell'età; nella sola Regione Friuli-Venezia Giulia si riscontra un'inversione di tendenza con un incremento, all'aumentare dell'età, del consumo di frutta tra le femmine. Non si apprezzano variazioni importanti nel consumo di frutta quotidiano tra le Regioni partecipanti.

Analizzando la risposta “più di una volta al giorno tutti i giorni”, le frequenze relative del consumo di verdura risultano basse, con valori di 8,7% a 11 anni, 7,8% a 13 anni e 8,7% a 15 anni. Le frequenze relative del consumo di verdura analizzando la risposta “mai”, nella fascia d'età 11 e 13 anni, sono maggiori rispetto alle frequenze di coloro che dichiarano di mangiarla “più di una volta al giorno”. Risultano basse le percentuali di coloro che dichiarano di non consumarne “mai” dal 12,2%, all'8,9%, all'8,4% a 11, 13 e 15 anni rispettivamente. Mettendo insieme i bassi consumi di verdura, la frequenza relativa della risposta “non più di una volta alla settimana” corrisponde al 39,8% a 11 anni, al 35,4% a 13 anni e al 34,0% a 15 anni (Tabella 7.4).

Il consumo di verdura per “almeno una volta al giorno” evidenzia importanti differenze per genere. Sono, infatti, nettamente superiori le percentuali di femmine che dichiarano di mangiarla quotidianamente.

Questa tendenza si ripete per ogni fascia d'età presa in considerazione. In Italia i maschi che ne fanno un uso quotidiano sono il 18% a 11 e 13 anni e il 17% a 15 anni; per le femmine le percentuali sono le seguenti: il 24% a 11 anni, il 22% a 13 anni e il 23% a 15 anni (Figura 7.2).

Tra le singole Regioni indagate sono evidenti significative differenze nel consumo quotidiano di verdura; infatti, i giovani delle Regioni del Sud Italia mostrano di gradire molto meno la verdura rispetto ai coetanei del Centro e del Nord Italia. Se mettiamo a confronto le frequenze percentuali più elevate della PA di Trento con quelle più basse della Basilicata notiamo che la frequenza di maschi che mangiano verdura “almeno una volta al giorno” è rispettivamente del 47% e 10% a 11 anni, del 42% e 7% a 13 anni e del 36% e 6% a 15 anni; nelle femmine registriamo il 53% e l'11% a 11 anni, il 52% e l'8% a 13 anni e il 46% e il 9% a 15 anni.

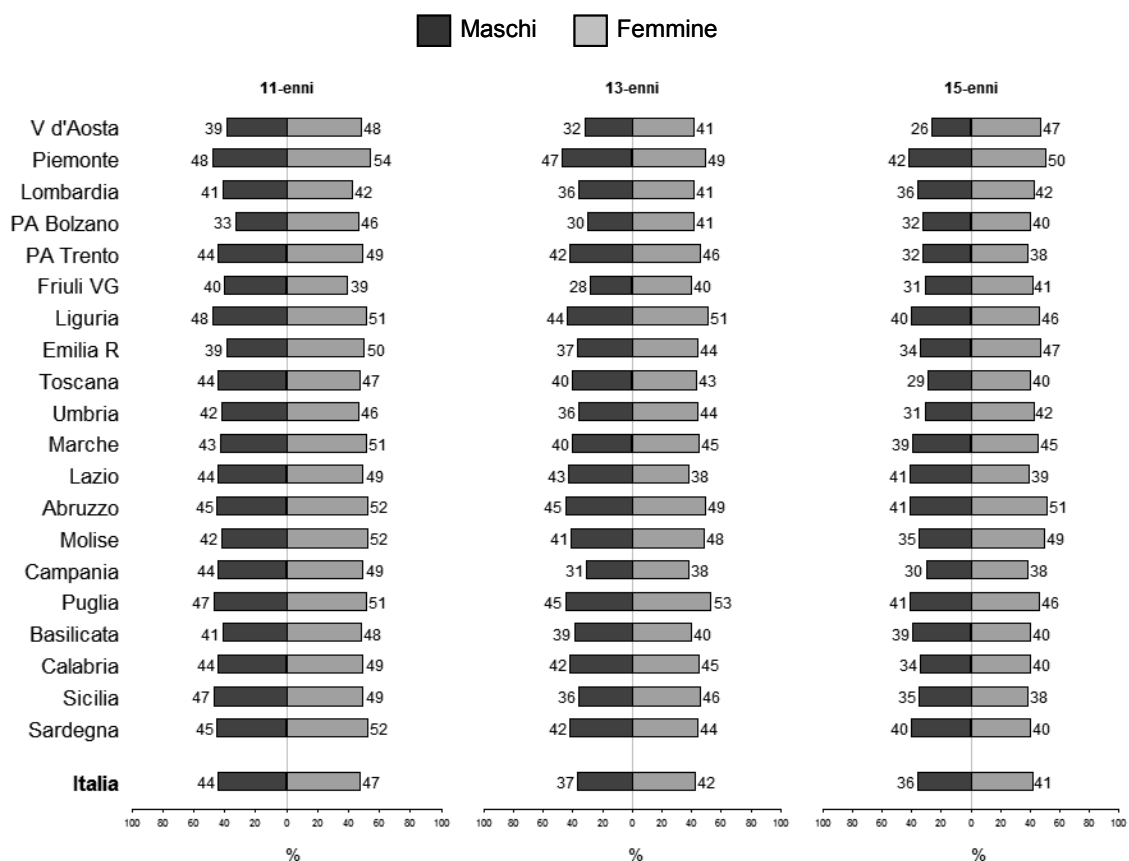


Figura 7.1. Consumo di frutta (%) per almeno una volta al giorno – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

Tabella 7.4. Consumo settimanale di verdura – per età (HBSC-Italia 2010)

Consumo di verdura	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	2166	12,2	1640	8,9	1340	8,4
Meno di una volta a settimana	2081	10,5	1847	9,9	1473	10,1
Una volta a settimana	3168	17,1	3185	16,6	2465	15,5
2-4 volte a settimana	5029	25,5	5967	31,9	5337	31,5
5-6 volte a settimana	2872	13,6	2915	13,0	2567	14,2
Una volta al giorno tutti i giorni	2853	12,3	2879	11,8	2436	11,5
Più di una volta al giorno	2296	8,7	2080	7,8	1810	8,7
Totale	20465	100	20513	100	17428	100

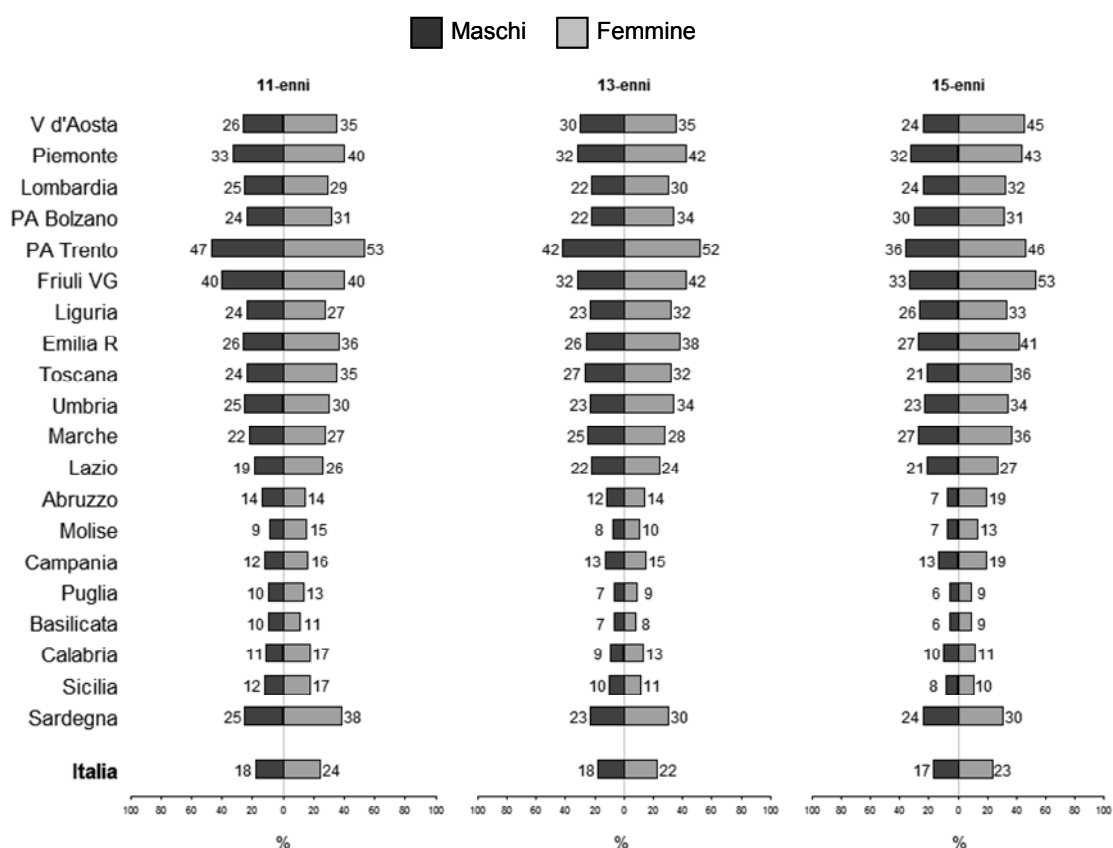


Figura 7.2. Consumo di verdura (%) per almeno una volta al giorno – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

7.4. Consumo di dolci e bevande gassate

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti (27).

A livello nazionale si riscontra un graduale aumento nel consumo quotidiano di dolci che passa, per genere, dal 29% e dal 28% degli 11 anni; al 29% e al 35% dei 13 anni per finire al 32% e al 36% dei 15 anni. Nei campioni regionali i valori percentuali, relativi al consumo quotidiano dei dolci, non presentano sostanziali differenze con l'aumentare dell'età (Figura 7.3).

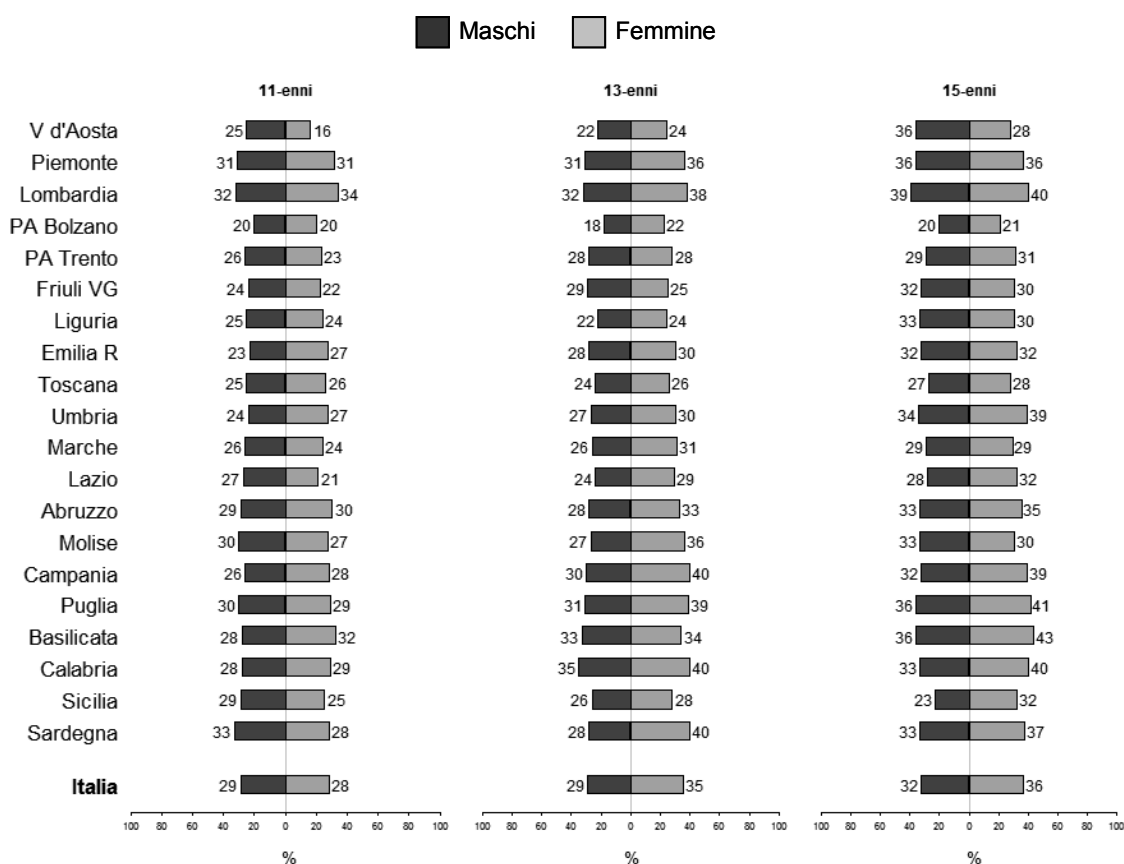


Figura 7.3. Consumo di dolci (%) per almeno una volta al giorno – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

Il frequente consumo di bibite zuccherate in Italia coinvolge una quota di adolescenti non trascurabile. Il consumo quotidiano di bibite zuccherate è minore nelle femmine rispetto ai maschi e aumenta soprattutto per questi ultimi con l'aumentare dell'età, passando dal 21% a 11 anni al 23% a 13 anni e successivamente al 25% a 15 anni. Le femmine presentano valori inizialmente più bassi, che passano dal 17% a 11 anni al 18% a 13 e 15 anni.

In totale controtendenza sia in Abruzzo che in Sicilia, la frequenza dei maschi che consumano bevande zuccherate diminuisce con l'aumentare dell'età; anche per le femmine si ripete lo stesso andamento nelle seguenti Regioni: Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Emilia Romagna, Marche, Campania, Puglia e Sicilia. La Sicilia è pertanto l'unica Regione italiana in cui in entrambi i sessi diminuisce il consumo di bevande dolci con l'aumentare dell'età che passa dal 31% a 11 e 13 anni, al 26% a 15 anni, nei i maschi e dal 28% a 11 anni, al 23% a 13 anni e scende al 22% a 15 anni, nelle femmine (Figura 7.4).

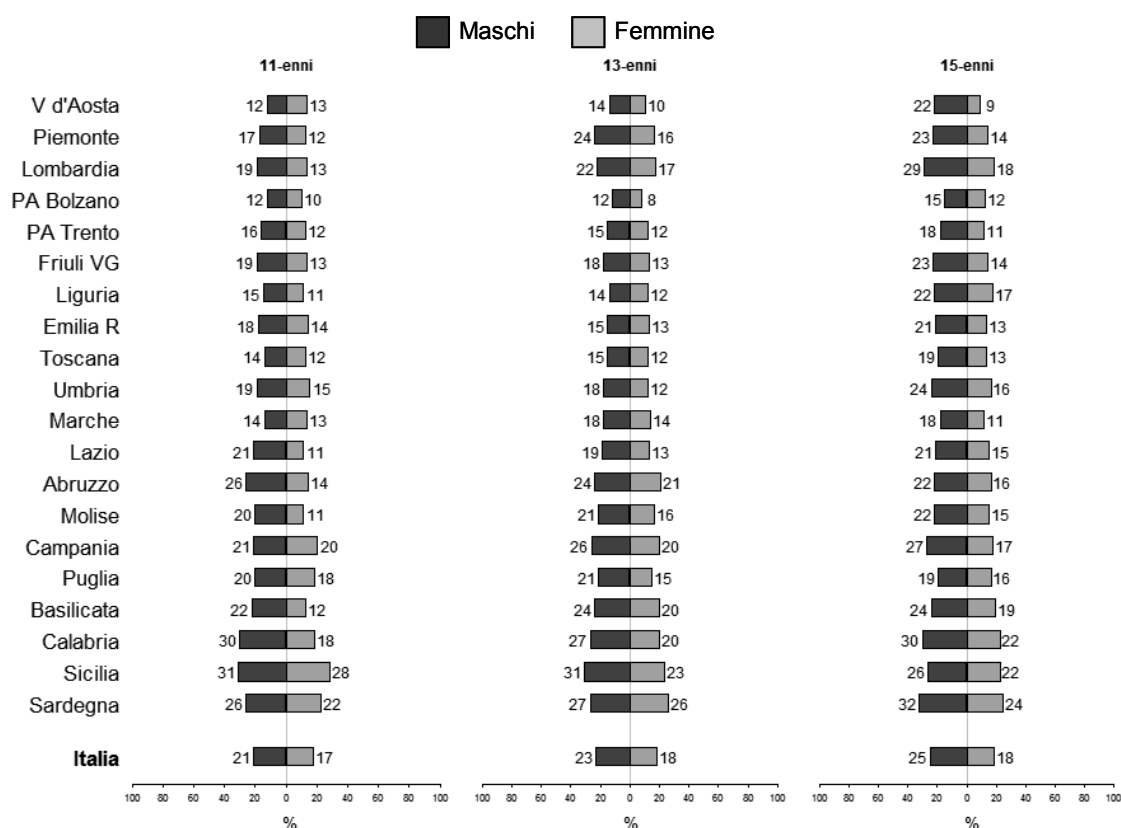


Figura 7.4. Consumo di cola o altre bibite con zucchero (%) per almeno una volta al giorno – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

7.5. Stato nutrizionale

È stato chiesto agli studenti di dichiarare il proprio peso e altezza, così da calcolare l'IMC e valutare la percentuale di ragazzi che possono essere considerati sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. L'IMC è un indicatore indiretto dello stato di adiposità, semplice da calcolare e comunemente utilizzato negli studi epidemiologici per valutare l'eccedenza ponderale di popolazioni o gruppi di individui. Si ottiene dal rapporto tra il peso del soggetto espresso in chilogrammi diviso il quadrato della sua altezza espressa in metri. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole (18, 19) in modo separato per età e sesso.

Osservando la Tabella 7.5 si nota che nelle tre classi di età considerate la maggior parte dei giovani risulta essere normopeso sia tra le femmine (77,8% a 11 anni, 80,8% a 13 anni e 85,0% a 15 anni) sia tra i maschi (67,8% a 11 anni, 73,6% a 13 anni e 73,5% a 15 anni). I valori del sovrappeso sono 16,6%, 14,2% e 10,5% nelle femmine e 22,2%, 20,6% e 21,3% nei maschi di 11, 13 e i 15 anni rispettivamente.

Questi valori diminuiscono in entrambi i sessi con l'aumentare dell'età ma restano significativamente maggiori nei maschi. I valori dell'obesità sono 2,3%, 2,4% e 1,4% nelle femmine e 5,9%, 4,3% e 3,9% nei maschi di 11, 13 e i 15 anni rispettivamente. Anche in questo caso i valori diminuiscono in entrambi i sessi con l'aumentare dell'età ma sono nettamente più alti nei maschi. Nella fascia sottopeso le femmine presentano frequenze percentuali maggiori rispetto a quelle dei maschi in ogni fascia d'età.

Tabella 7.5. Indice di Massa Corporea – per età e genere (HBSC-Italia 2010)

IMC	Femmine						Maschi					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sottopeso	279	3,3	269	2,6	269	3,1	190	2,1	122	1,6	91	1,3
Normopeso	5739	77,8	7098	80,8	7098	85,0	5983	69,8	5918	73,6	5814	73,5
Sovrappeso	1010	16,5	787	14,6	787	10,5	1515	22,2	1375	20,6	1447	21,3
Obeso	165	2,3	109	2,4	109	1,4	353	5,9	271	4,2	225	3,9
Totale	7193	100	8263	100	8263	100	8041	100	7686	100	7577	100

Valutazione del peso in base all'IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per sesso e per età

Nella Figura 7.5 sono riportati i dati italiani e regionali, relativi allo stato nutrizionale, cumulativi per le tre fasce di età e per entrambi i sessi. In Italia si rileva che la percentuale dei sottopeso è pari al 2,4%, quella dei normopeso è del 76,8%, quella dei sovrappeso è del 17,5% e quella degli obesi è del 3,4%. Il fenomeno più evidente è quello di un trend geografico Nord-Sud delle frequenze percentuali di sovrappeso e obesità di aumento a discapito dei normopeso. I valori percentuali più elevati si riscontrano in Campania con il 5,7% di obesi e il 26,2% di sovrappeso mentre quelli più bassi nella PA di Bolzano con il 0,7% di obesi e l'8% di sovrappeso.

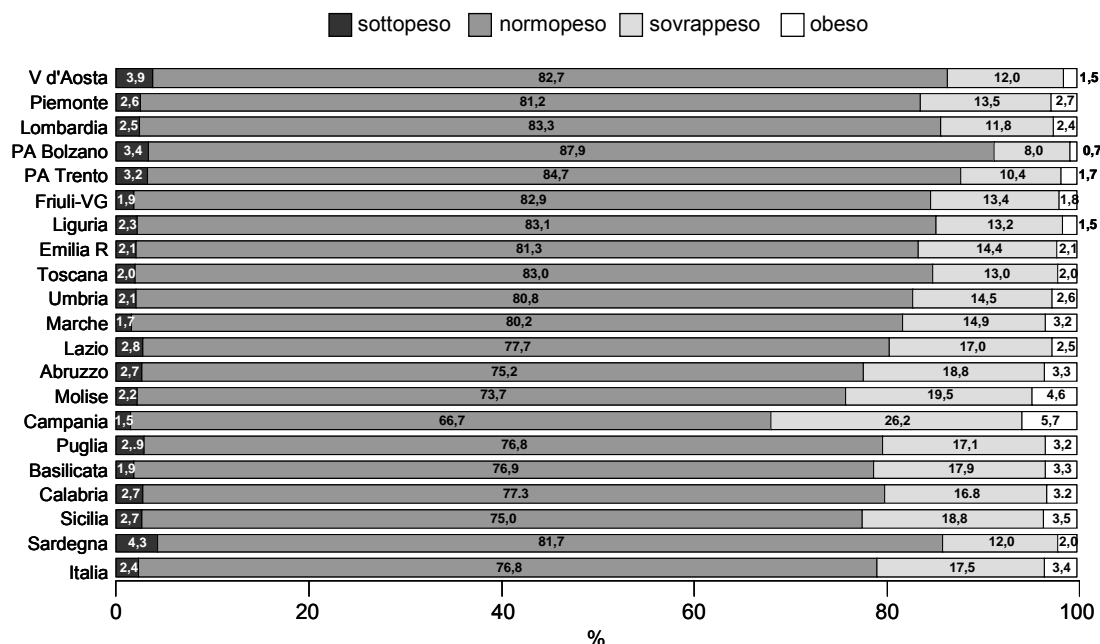


Figura 7.5. Ragazzi (%) sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi – per Regione (HBSC-Italia 2010)

A livello nazionale la percentuale di sovrappeso/obesi è maggiore nei maschi rispetto alle femmine per ogni fascia di età considerata. Questa percentuale tende a diminuire in entrambi i sessi con l'aumentare dell'età passando dal 19% a 11 anni al 17% a 13 anni e al 12% a 15 anni nelle femmine e dal 28% a 11 anni al 25% a 13 e 15 anni nei maschi.

La Campania è la Regione che registra a 11 anni il maggior numero di maschi sovrappeso/obesi 45%, contro il 9% della PA di Bolzano. Nelle Regioni Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Bolzano, Liguria, Umbria, Molise, Calabria e Sardegna si manifesta la tendenza ad aumentare con l'età della percentuale di frequenza dei maschi sovrappeso/obesi. Per quanto riguarda le femmine, il Molise è l'unica Regione italiana in cui la percentuale di sovrappeso/obesi tende ad aumentare con l'aumentare dell'età, passando dal 17% a 11 e 13 anni per arrivare al 21% a 15 anni (Figura 7.6).

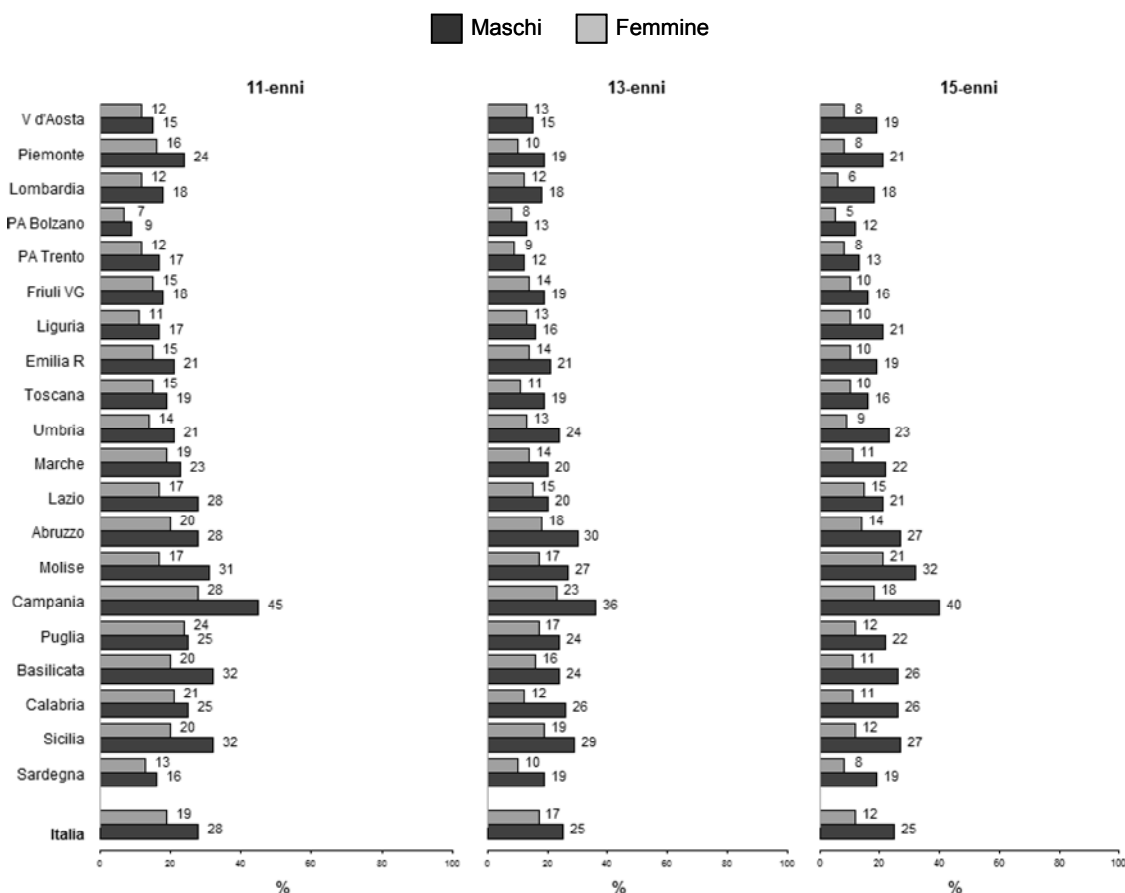


Figura 7.6. Ragazzi (%) sovrappeso e obesi nelle diverse Regioni – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

A livello nazionale per quanto riguarda la percezione del proprio corpo, la percentuale di popolazione maschile che si ritiene grassa diminuisce al crescere dell'età, mentre per la popolazione femminile si osserva una tendenza inversa. Infatti crescono notevolmente le percentuali delle ragazze che si ritengono "grasse" passando dal 22% a 11 anni, al 28% a 13 anni per arrivare al 32% a 15 anni contro il 21% dei ragazzi alla stessa età. A livello regionale

per quanto riguarda la percezione da parte dei maschi si rilevano percentuali in controtendenza, infatti, sono stabili o aumentano con l'aumentare dell'età i valori di coloro che si sentono grassi nelle seguenti Regioni: Valle d'Aosta, Umbria, Marche e Sardegna. Sono ben il 41% le ragazze di 15 anni che nel Friuli-Venezia Giulia hanno la percezione che il loro corpo sia troppo grasso. In tale Regione, la percentuale di ragazze di 15 anni che rientra nella categoria sovrappeso/obesi è pari al 10% (Figura 7.7).

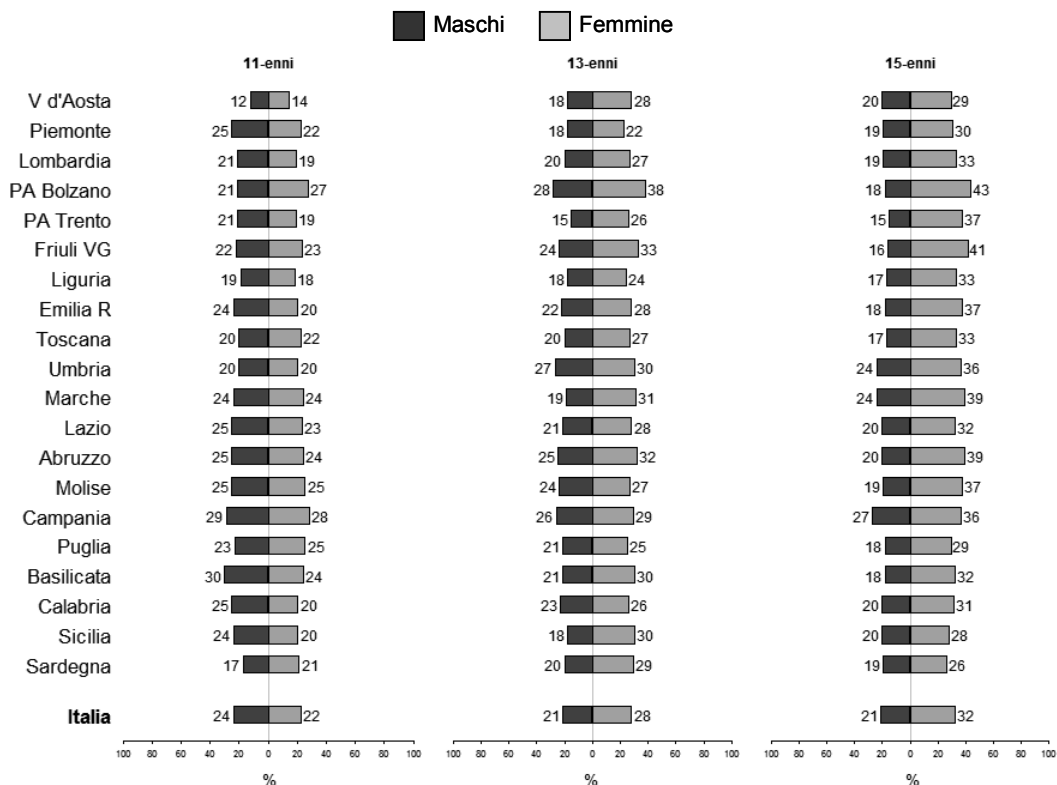


Figura 7.7. Ragazzi (%) che si sentono grassi per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

La Figura 7.8 mostra una chiara differenza nelle risposte dei due generi. Per i maschi le frequenze percentuali di coloro che non adottano alcun comportamento alimentare specifico per modificare il proprio corpo diminuiscono al crescere dell'età, come si evince dai dati nazionali confermati dalla maggioranza dei dati regionali. Per le femmine l'andamento è opposto: con l'età la percentuale di adolescenti che si dichiarano effettivamente impegnate in un regime alimentare dimagrante cresce notevolmente. A livello nazionale si passa dal 14% a 11 anni, al 18% a 13 anni per salire fino al 22% a 15 anni, coerentemente con quanto rilevato nelle singole Regioni.

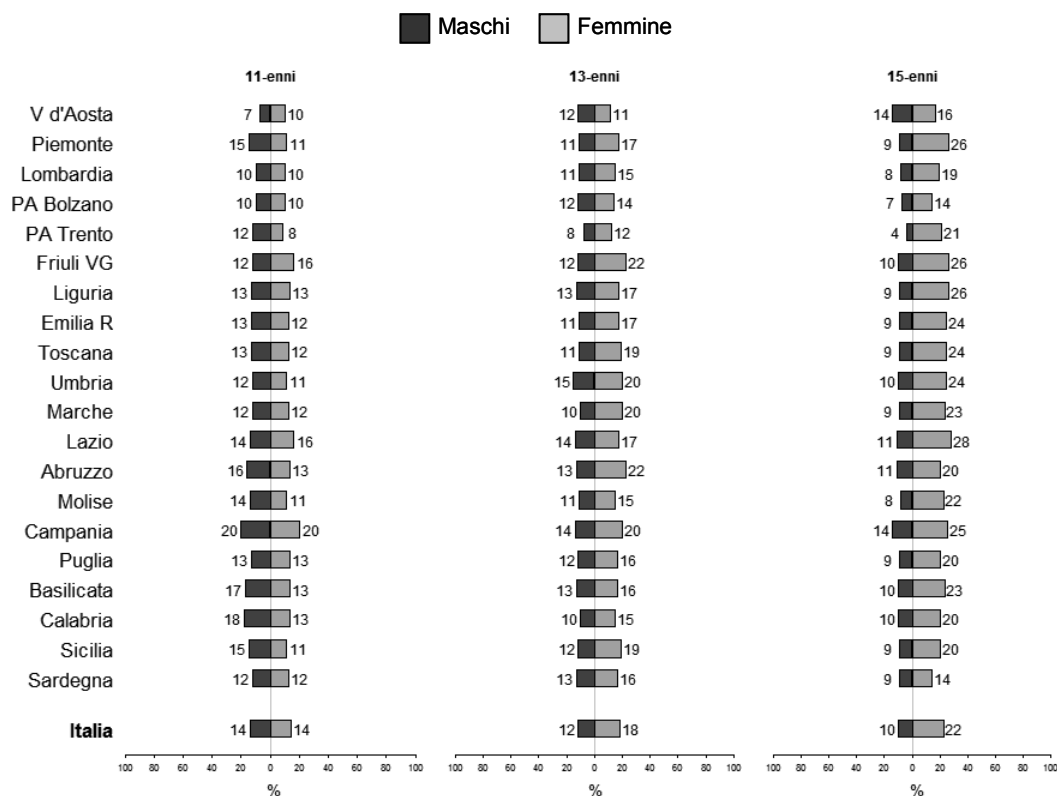


Figura 7.8. Ragazzi (%) che dichiarano di essere a dieta per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

7.6. Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è stata dimostrata essere essenziale per la prevenzione della carie dentale (21), la più diffusa delle patologie del cavo orale nei Paesi industrializzati.

Per quanto riguarda l'abitudine di lavarsi i denti risulta che il 98,3% dei ragazzi di 11 anni, il 98,8% di 13 anni e il 99,0% di 15 anni risponde di lavarsi i denti "almeno una volta al giorno". Dalla Tabella 7.6 si evince che i ragazzi tendono ad aumentare questa pratica igienica con l'aumentare dell'età; coloro che si lavano i denti "più di una volta al giorno" passano dal 68,2% a 11 anni, al 73,9% a 13 anni, al 77,5% a 15 anni.

Tabella 7.6. Frequenza del lavaggio dei denti – per età (HBSC-Italia 2010)

Frequenza	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Più di una volta al giorno	14014	68,2	15049	73,9	13220	77,5
Una volta al giorno	5332	25,9	4788	22,5	3743	19,8
Almeno una volta alla settimana, ma non tutti i giorni	880	4,2	584	2,6	370	1,7
Meno di una volta alla settimana	238	1,0	133	0,6	82	0,3
Mai	120	0,7	78	0,3	102	0,7
Totale	20584	100	20632	100	17517	100

7.7. Conclusioni

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

In sintesi, dall'analisi complessiva dei dati presentati in questo capitolo risulta che:

un giovane su quattro propende a saltare la prima colazione; solamente il 18% circa consuma "più volte al giorno" la frutta e l'8% circa la verdura, a fronte di cinque porzioni giornaliere raccomandate; il 20% circa del campione consuma bevande zuccherate e il 30% circa mangia dolci per almeno una volta al giorno; più del 20% dei ragazzi italiani si trova in un stato di eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) con una netta predominanza da parte dei maschi; la percezione della propria immagine corporea confrontata con l'IMC, soprattutto i tredicenni e quindicenni compiono gli errori maggiori, in particolare le quindicenni, sovrastimano di circa il 10% il proprio stato nutrizionale (si percepiscono più grasse di quello che sono) mentre i tredicenni e i quindicenni si sottostimano del circa 15%. In aggiunta, le quindicenni si definiscono grasse nel 27% dei casi circa, dichiarano di sottoporsi a dieta per dimagrire nel 18% dei casi circa, mentre dalla valutazione tramite l'IMC risulta il 15% circa di sovrappeso complessivo; l'abitudine a lavarsi i denti risulta ben radicata già nei più giovani e si consolida con l'età.

Nel riquadro si riporta, in sintesi, il confronto dei dati dello studio HBSC-Italia 2010 con quelli internazionali.

Confronto HBSC-Italia 2010 e HBSC internazionale

Si evidenzia che la percentuale dei giovani italiani in sovrappeso/obesi è più elevata. Nello specifico le percentuali per i maschi a 11 anni 28% vs 17%, a 13 anni il 25% vs 17% e a 15 anni 25% vs 18%; per le femmine a 11 anni 19% vs 13%, a 13 anni 17% vs 11% e a 15 anni 12% vs 10%.

Per quanto riguarda il consumo della colazione "tutti i giorni" di scuola la percentuale degli studenti italiani è inferiore, anche se in questo caso di poco, rispetto a quella internazionale: a 11 anni 69% vs 71%, a 13 anni il 58% vs 61% e a 15 anni 51% vs 55%.

Infine per quanto riguarda il consumo di frutta "almeno una volta al giorno", le percentuali degli adolescenti italiani che ne fa uso risulta leggermente superiore rispetto a quella internazionale: a 11 anni 46% vs 42%, a 13 anni il 40% vs 36% e a 15 anni 38% vs 31%.

Bibliografia

1. Dietz WH. Periods of risk in childhood for the development of adult obesity. What do you need to learn? *J Nutr* 1997;127:1884S-6S.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *J Sch Health* 1997;67:9-26.
3. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf; ultima consultazione 1/07/2012.
4. World Health Organization. *Move for health*. Geneva: WHO; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/moveforhealth/en/>; ultima consultazione 1/07/2012.

5. Roh EJ, Lim JW, Ko KO, Cheon EJ. A useful predictor of early atherosclerosis in obese children: serum high-sensitivity C-reactive protein. *J Korean Med Sci* 2007; 22(2):192-7.
6. Amed S, Daneman D, Mahmud FH, Hamilton J. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2010;8(3):393-406.
7. Flynn JT. Pediatric hypertension update. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2010;19:292-7
8. Jolliffe CJ, Janssen I. Vascular risks and management of obesity in children and adolescents. *Vasc Health Risk Manag* 2006;2:171-87.
9. Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(7):858-69.
10. Verzeletti C, Maes L, Santinello M, Baldassari D, Vereecken CA. Food-related family lifestyle associated with fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite* 2010;54(2):394-7.
11. Salvy SJ, Howard M, Read M, Mele E. The presence of friends increases food intake in youth. *Am J Clin Nutr* 2009;90(2):282-7.
12. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006;1(1):11-25.
13. Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M. Review on epidemic of obesity. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38(1):57-9.
14. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana. Revisione*. Roma: INRAN; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee20Guida.pdf; ultima consultazione 1/07/2012.
15. National Health Medical Research Council (NHMRC). *Clinical Practice guidelines for the management of overweight and obesity in children and adolescents*. Commonwealth of Australia; 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/\\$File/children.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/893169B10DD846FCCA256F190003BADA/$File/children.pdf); ultima consultazione 1/07/2012.
16. Ministry of Health of New Zealand. *Food and nutrition guidelines for healthy adolescents. A background paper*. Wellington: MHNZ; 1998. Disponibile all'indirizzo: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/\\$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/0697F789B648D3304C25666F0039933A/$File/foodnutritionguidelines-adolescents.pdf); ultima consultazione 1/07/2012.
17. Currie C, Samdal O, Boyce W (Ed). *Health behaviour in school-aged children: a world health organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh; 2001.
18. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-3.
19. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335:194-7.
20. Lazzeri G, Rossi S, Pammolli A, Pilato V, Pozzi T, Giacchi M. Underweight and overweight among children and adolescents in tuscany (Italy). Prevalence and short term trends. *J Prev Med Hyg* 2008;49(1):13-21.
21. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr* 2009;9(6):410-4.
22. Honkala E. A cause study in oral health promotion. In: *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. 2nd ed. Brussels – Luxembourg: International Union for Health Promotion and Education - European Commission; 2000. p. 145-155.

23. Hoyland A, Dye L, Lawton CL. A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutr Res Rev* 2009;22(2):220-43.
24. Kant AK, Andon MB, Angelopoulos TJ, Rippe JM. Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *Am J Clin Nut* 2008;5:1396-404.
25. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr* 2009;12(2):267-83.
26. Mainvil LA, Lawson R, Horwath CC, McKenzie JE, Reeder AI. Validated scales to assess adult self-efficacy to eat fruits and vegetables. *Am J Health Promot* 2009;23(3):210-7.
27. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2009;357:505-8.

8. COMPORTAMENTI A RISCHIO

Lorena Charrier, Gruppo HBSC-Italia 2010

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

8.1. Introduzione

Il capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse nell'ambito della promozione della salute in adolescenza: i comportamenti a rischio. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute (1). Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nello studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) sono anche indagati alcuni aspetti che riguardano la vita sessuale, quali l'uso o meno di profilattici e altri contraccettivi, e la frequenza di infortuni.

8.2. Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani al fumo e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali (2, 3). Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico non solo individuali (3, 4).

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

8.2.1. Fumo

Il consumo di tabacco rappresenta una delle principali minacce per la salute dell'uomo, essendo responsabile di quasi 6 milioni di decessi ogni anno (2) e uno dei principali fattori di rischio per malattie croniche, dai tumori alle patologie polmonari e cardiovascolari. Anche eventi tragici come la morte improvvisa del neonato (*Sudden Infant Death Syndrome*, SIDS), condizioni come il basso peso alla nascita e alcune fra le più comuni allergie dell'infanzia riconoscono nell'esposizione del bambino al fumo materno uno dei principali fattori di rischio (3). La valutazione della diffusione del fenomeno dell'abitudine al fumo rappresenta quindi un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere la cessazione che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi dell'abitudine (5).

Ai ragazzi coinvolti in HBSC è stato chiesto di indicare se fumano e, nel caso di risposta affermativa, con quale frequenza. La Tabella 8.1 riporta i risultati, dai quali emerge come la maggioranza dei ragazzi, in tutte le fasce di età considerate, dichiara di non fumare. La quota di non fumatori si riduce però con l'aumentare dell'età, soprattutto nel passaggio fra 13 e 15 anni: se infatti quasi il 99% degli undicenni e il 92% dei tredicenni non fuma, a 15 anni la percentuale

scende al 73,4%. Contestualmente, aumenta notevolmente la quota di quanti dichiarano di fumare ogni giorno che passa dallo 0,2% a 11 anni, all'1,5% a 13 e al 12,6% a 15 anni.

Tabella 8.1. Frequenza dell'abitudine al fumo di sigaretta (HBSC-Italia 2010)

Frequenza	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Ogni giorno	59	0,2	354	1,5	2378	12,6
Almeno una volta a settimana	78	0,4	528	2,3	1155	6,6
Meno di una volta a settimana	192	0,8	872	4,1	1254	7,3
Non fumo	20283	98,6	18829	92,0	12705	73,4
Totale	20612	100	20583	100	17492	100

La Figura 8.1 mostra la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di fumare almeno una volta alla settimana. I dati sono stratificati per Regione e messi a confronto con il dato medio nazionale che indica come la prevalenza di ragazzi che fumano con frequenza almeno settimanale (almeno una volta a settimana o ogni giorno) passi da un valore pari o inferiore all'1% a 11 anni, salga al 4% circa a 13 anni per arrivare quasi al 20% a 15 anni, senza differenze di genere.

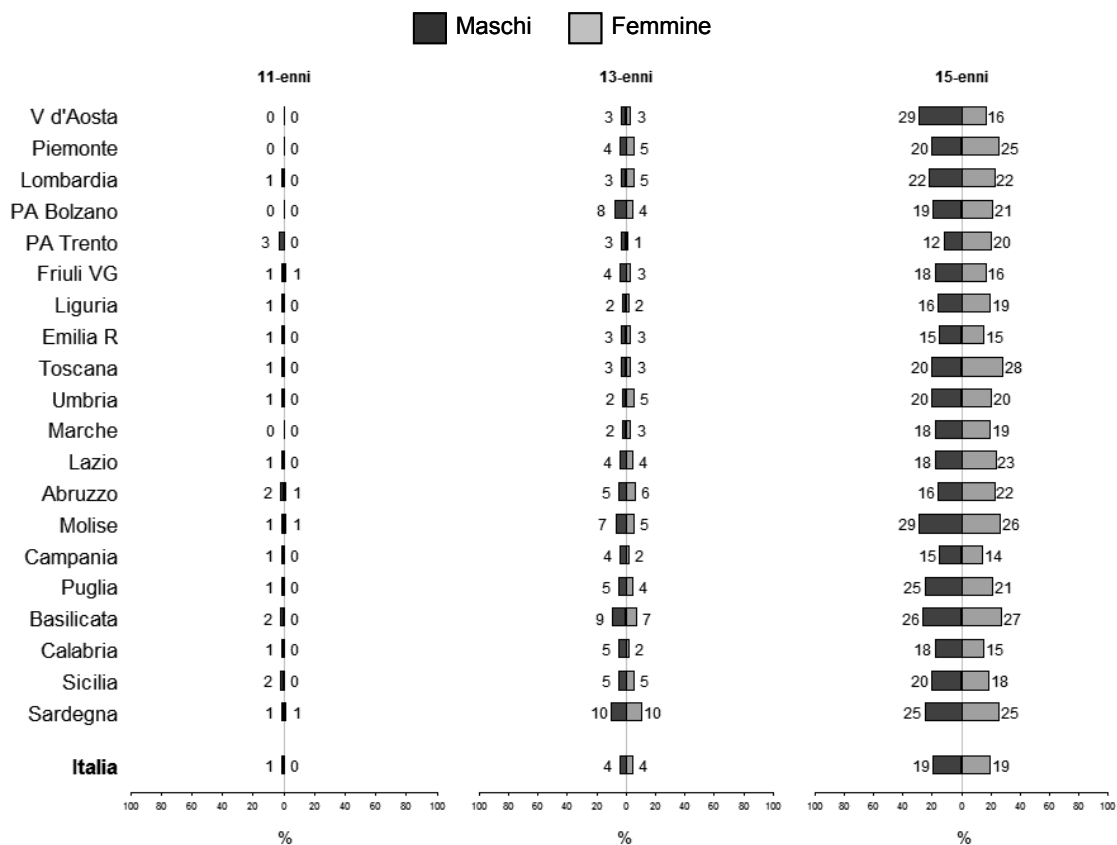


Figura 8.1. Ragazzi (%) che fumano ogni giorno o almeno una volta alla settimana, per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

Per quanto riguarda i dati regionali, già fra i tredicenni emergono alcuni scostamenti importanti dalla media nazionale: l'8% e il 9% dei maschi, rispettivamente, della PA di Bolzano e della Basilicata, e il 10% in Sardegna, sia fra i maschi che fra le femmine, riferiscono di fumare almeno una volta alla settimana; fra i quindicenni emergono dati decisamente superiori alla media nazionale fra i maschi valdostani (29%), le femmine del Piemonte (25%) e della Toscana (28%), in entrambi i generi di Molise (29% fra i maschi e 26% fra le femmine), Basilicata (26% fra i maschi e 27 fra le femmine) e Sardegna (25% sia fra i maschi che fra le femmine).

Da evidenziare come sovente i dati regionali dei quindicenni mostrino un'inversione di genere, con le ragazze che più frequentemente dei coetanei maschi riferiscono di fumare una volta alla settimana o più, anche nelle Regioni i cui dati non mostrano scostamenti significativi dalla media nazionale.

8.2.2. Alcol

Il consumo di alcol fra gli adolescenti, in Italia vietato ai minori di 16 anni, è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (6, 7), sebbene altri autori considerino invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnalarli in età adulta (8, 9).

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se consumano alcolici (birra, vino, superalcolici) e, nel caso di risposta affermativa, con quale frequenza. La Tabella 8.2, che riporta i risultati per età, mostra come, anche per l'alcol, la quota di quanti dichiarano di non farne uso diminuisca significativamente con l'età, passando da oltre il 64% negli undicenni a poco più del 41% fra i tredicenni e al 20,4% fra i giovani di 15 anni. Ad aumentare con l'età è invece soprattutto la frequenza del consumo settimanale che passa dal 4% a 11 anni ad oltre il 25% a 15.

Tabella 8.2. Frequenza del consumo di alcolici (HBSC-Italia 2010)

Consumo	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Ogni giorno	477	2,7	703	3,2	1089	6,4
Ogni settimana	743	4,1	1888	9,6	4605	25,6
Ogni mese	636	3,4	1664	7,9	2394	12,3
Raramente	5169	25,6	7665	38,1	5944	35,2
Mai	13278	64,3	8470	41,2	3442	20,4
Totale	20303	100	20390	100	17474	100

La Figura 8.2 riporta la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di bere alcolici almeno una volta alla settimana (ogni settimana o ogni giorno). I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale che mostra, come per il fumo, un significativo aumento con l'età, passando, per i maschi, dal 10% a 11 anni, al 17% a 13 e al 40% a 15 anni; per le femmine la quota è pari al 3% fra le undicenni, sale al 9% per le tredicenni e al 24% fra le ragazze di 15 anni. A differenza dell'abitudine al fumo, il consumo di alcolici presenta dunque prevalenze decisamente e costantemente superiori fra i maschi di tutte le età rispetto alle coetanee femmine. Alcune Regioni, in particolare del Centro-Sud (Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) presentano, per i maschi di tutte le età e in qualche caso anche per le femmine (Basilicata, ragazze di 13 anni), prevalenze superiori a quelle nazionali; fra i

tredecenni lo stesso accade in Piemonte per entrambi i generi e a 15 anni anche in Valle d'Aosta, dove il consumo almeno settimanale di alcolici raggiunge il 56% fra i maschi, in Piemonte, Lombardia e PA di Bolzano.

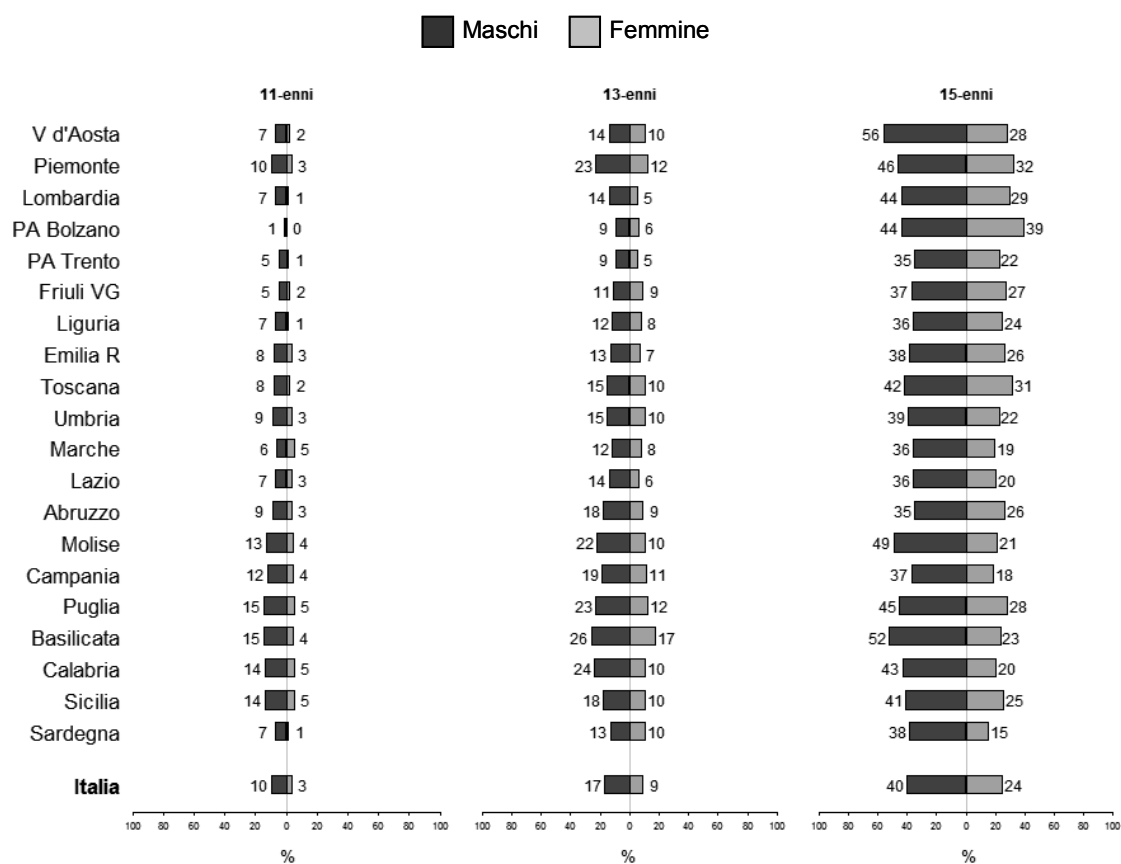


Figura 8.2. Ragazzi (%) che bevono alcolici ogni giorno o almeno una volta alla settimana per età, genere e Regione

La Figura 8.3 mostra la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di aver sperimentato l'ubriachezza almeno due volte nella vita. I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale che mostra come, anche per questo fenomeno, sia evidente un aumento contestuale all'età: se infatti a 11 anni è il 2% dei ragazzi e l'1% delle ragazze a riferire almeno 2 esperienze di ubriachezza, tali quote risultano raddoppiate per entrambi i generi a 13 anni e raggiungono il 17% fra i ragazzi e l'11% fra le ragazze a 15 anni.

Coerentemente con quanto suggerito dal dato medio italiano, in tutte le fasce di età considerate e, in generale, in tutte le Regioni il fenomeno è più frequente nei maschi rispetto alle coetanee femmine. In alcune Regioni (Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Molise), inoltre, a 15 anni, le due esperienze di ubriachezza nell'arco della vita sono state vissute da una quota di ragazzi più che doppia rispetto alla media nazionale e lo stesso accade per le ragazze, in particolare nella PA di Bolzano, dove a dichiarare tale esperienza è il 32% delle quindicenni a fronte di una media nazionale dell'11%.

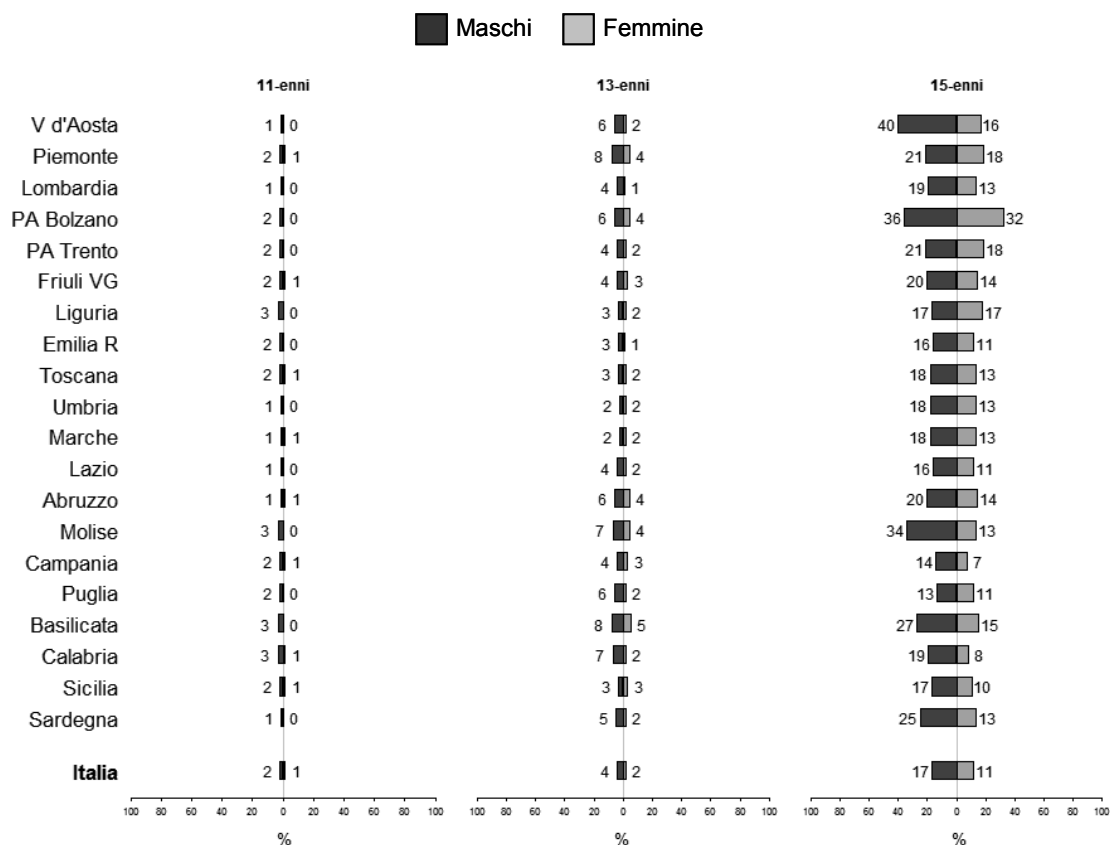


Figura 8.3. Ragazzi (%) che si sono ubriacati almeno 2 volte nella vita, per età, genere e Regione

La Figura 8.4 mostra la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiarano di aver sperimentato almeno una volta il consumo di 6 o più bicchieri di alcolici in un'unica occasione (*binge drinking*). I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale.

Analogamente a quanto già visto per il consumo di alcolici e l'ubriachezza, anche il fenomeno del *binge drinking* presenta un aumento al crescere dell'età e, in generale, una maggior prevalenza fra i maschi rispetto alle coetanee femmine.

Anche in questo caso alcune Regioni mostrano dati decisamente superiori alla media nazionale: se per Molise e Sicilia ciò si verifica in tutte le fasce di età e in entrambi i generi, è però soprattutto fra i maschi di 15 anni che il fenomeno diventa particolarmente evidente, con Regioni (Molise, Basilicata, Sardegna) che superano il 50% e altre che raggiungono il 60% (Valle d'Aosta, PA di Bolzano). Anche in questo caso la PA di Bolzano mostra un dato più che doppio rispetto alla media nazionale anche per le ragazze di 15 anni che per il 54% dichiarano di aver consumato 6 o più alcolici in un'unica occasione a fronte di un dato medio italiano del 24%.

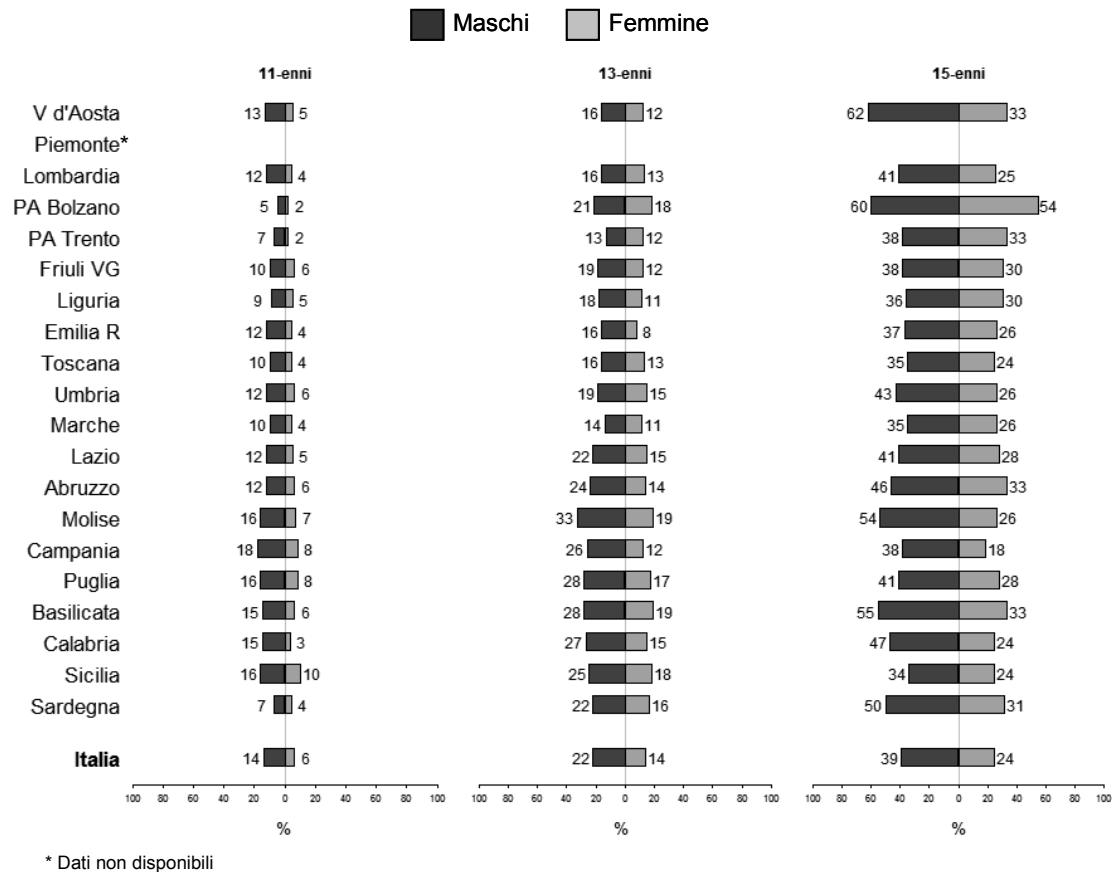


Figura 8.4. Ragazzi (%) che hanno consumato 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (*binge drinking*), per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

8.2.3. Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante (10, 11). Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione (12, 13).

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

La Tabella 8.3 mostra come la maggior parte dei quindicenni, l'unica fascia di età cui è stata rivolta la domanda, dichiarò di non aver mai fatto uso di cannabis nella vita, percentuale più elevata per le femmine rispetto ai coetanei maschi (88,5 % vs 78,4%). Tale differenza di genere si mantiene per tutte le frequenze di consumo, con, ad esempio, l'8,4% dei maschi che dichiarò di aver fatto uso di cannabis una o due volte nella vita a fronte del 4,8% delle femmine, mentre frequenze di consumo superiori (3-5 volte o più) sono complessivamente riportate dal 13,6% dei maschi e dal 6,5% delle femmine.

Tabella 8.3. Frequenza del consumo di cannabis, per genere (solo quindicenni) (HBSC-Italia 2010)

Consumo	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	6190	78,4	7325	88,5	13515	83,6
Una o due volte	591	8,4	501	4,8	1092	6,8
3-5 volte	241	3,5	181	2,0	422	2,6
6-9 volte	158	2,3	114	1,5	272	1,7
10-19 volte	165	2,2	98	1,2	263	1,6
20-39 volte	232	3,3	120	1,2	352	2,2
>1 volta al giorno	183	2,3	68	0,8	251	1,6
Totale	7760	100	8407	100	16167	100

Stratificando il dato per Regione (Figura 8.5) si conferma la differenza di genere, con le uniche eccezioni della PA di Trento e dell'Abruzzo in cui la quota di ragazze che dichiara di aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita eguaglia o supera quella dei coetanei maschi. In alcune Regioni (Valle d' Aosta, Lombardia, Sardegna) il fenomeno risulta superiore, per entrambi i generi, alla media nazionale (pari al 22% fra i maschi e all'11% fra le femmine), con punte che superano il 30% fra i maschi di Valle d'Aosta e Sardegna.

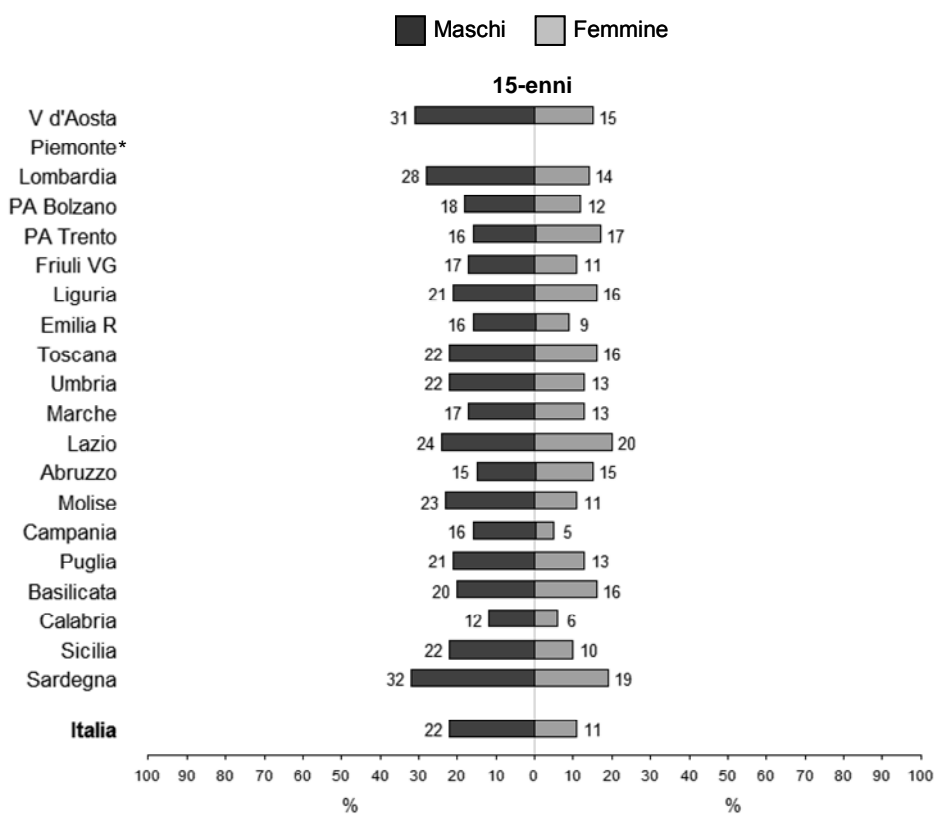


Figura 8.5. Ragazzi (%) che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita – per genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

8.3. Abitudini sessuali

La vita sessuale riveste una notevole importanza, non solo per la sua influenza sulla crescita intellettuale e lo sviluppo degli adolescenti (14, 15), ma anche per le conseguenze che essa può avere sulla salute: le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate nelle minori sono, in tutto il mondo, tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico fra gli adolescenti (16-18). In particolare le malattie sessualmente trasmesse che, secondo l'OMS, riconoscono nei giovani adolescenti una delle categorie a più alto rischio: dei 333 milioni di casi stimati nel mondo ogni anno (escludendo l'AIDS), 111 interessano, infatti, giovani sotto i 25 anni di età, con una maggior frequenza nelle ragazze rispetto ai coetanei maschi.

È sempre l'OMS a stimare che entro il 2025 nasceranno nel mondo 16 milioni di bambini da ragazze di età compresa fra i 15 e i 19 anni (3). Tali eventi, quando indesiderati, possono essere prevenuti attraverso sforzi coordinati fra scuola, famiglia e strutture sanitarie. Lo sviluppo di interventi educativi efficaci richiede però la comprensione della natura e dell'estensione del fenomeno, unitamente all'individuazione dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio (19). Le domande, rivolte soltanto ai ragazzi di 15 anni, derivano dalla *Youth Risk Behaviour Survey* (YRBS), studio americano sostenuto dai CDC (*Centers for Disease and Control*) di Atlanta (20).

La Figura 8.6 mostra come, a livello nazionale, il 26% dei maschi di 15 anni dichiarati di aver avuto un rapporto sessuale completo, mentre la percentuale è più bassa tra le femmine (18%). Tale differenza di genere si mantiene a livello regionale, con alcune eccezioni (Piemonte, PA di Bolzano, Liguria, Umbria e Marche) in cui la quota di ragazze che riferisce di aver avuto un rapporto sessuale completo eguaglia o supera quella dei coetanei maschi.

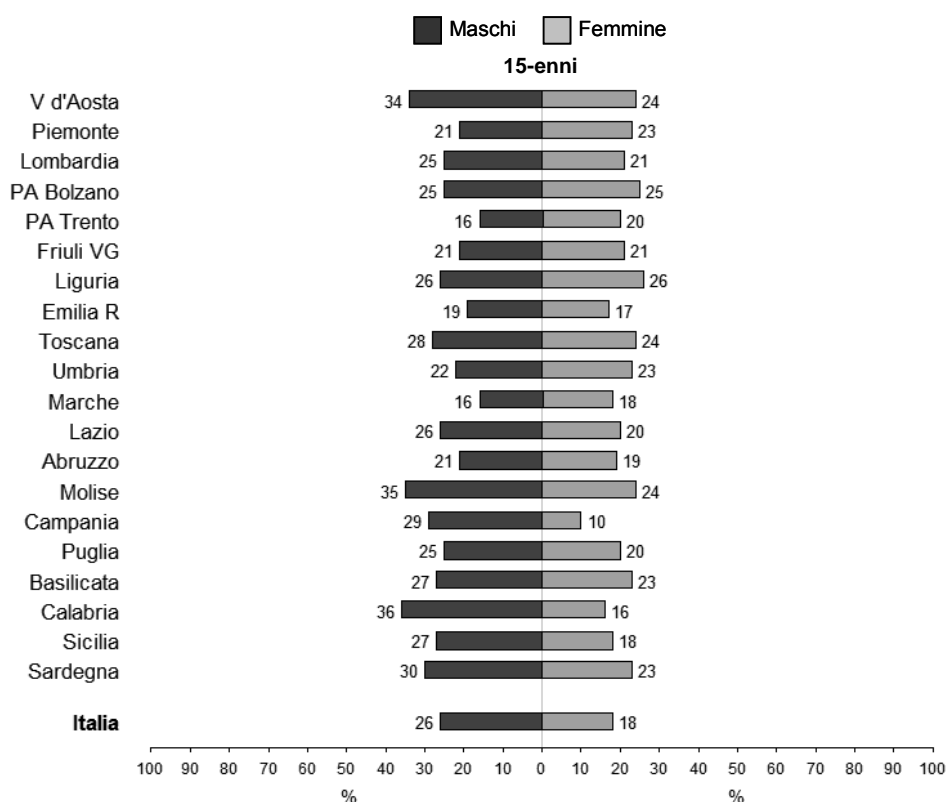


Figura 8.6. Ragazzi (%) che hanno avuto rapporti sessuali completi – per genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

Dati decisamente superiori alla media nazionale si riscontrano in alcune Regioni per i maschi: 34% in Valle d'Aosta, 35 e 36%, rispettivamente, in Molise e Calabria; lo stesso accade per le femmine per le quali il dato più alto è raggiunto in Liguria con il 26%, mentre quello più basso in Campania con il 10%.

Rispetto all'età del primo rapporto, non emergono differenze né di genere, né fra le Regioni: l'età media risulta infatti, ovunque, pari a circa 14 anni sia per i maschi che per le femmine.

È stato inoltre indagato quali metodi abbiano utilizzato i ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi per prevenire gravidanze indesiderate e la trasmissione di malattie sessuali in genere. Studi a livello internazionale hanno dimostrato che i giovani, quando interrogati in maniera generale sulle loro abitudini correlate alla salute, tendono a riportare una frequenza maggiore rispetto a quella reale di comportamenti protettivi, fra i quali l'utilizzo del profilattico (21). Per questo motivo non è stato chiesto ai ragazzi del nostro campione di indicare quante volte durante la loro vita sessuale abbiano usato il profilattico o altri metodi contraccettivi, ma solo se ne avessero fatto uso nell'ultimo rapporto.

La Tabella 8.4 riporta i metodi contraccettivi che i ragazzi dichiarano di aver utilizzato durante l'ultimo rapporto sessuale. Da questi dati emerge come la maggior parte degli adolescenti di 15 anni che hanno già avuto un rapporto completo, riferisca l'utilizzo del preservativo (quasi l'80% dei maschi e il 70% delle femmine), seguito dall'interruzione del rapporto, dichiarato da più del 40% delle ragazze e dal 24% dei coetanei maschi. Complessivamente, circa il 13% riferisce l'uso della pillola e poco meno dell'8% metodi naturali (calcolo della temperatura basale, conteggio giorni o densità del muco cervicale) e altri metodi.

Tabella 8.4. Metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale completo, per genere (solo quindicenni) (HBCS-Italia 2010)

Metodo contraccettivo*	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Pillola	132	13,4	138	11,6	270	12,7
Preservativo	1591	78,4	1306	66,7	2897	73,4
Interruzione del rapporto	255	24,3	374	43,6	629	32,3
Metodi naturali	84	8,5	67	7,0	151	7,9
Altri metodi	84	9,0	41	5,8	125	7,6

* più di una risposta possibile

La Figura 8.7 si riferisce al solo utilizzo del preservativo e mette a confronto i dati regionali e nazionali, oltre che di genere. La differenza di genere già evidenziata a livello nazionale, risulta evidente anche analizzando il dato stratificato per Regione, salvo poche eccezioni (Piemonte, Umbria e Marche) che vedono una quota uguale o superiore di ragazze dichiarare l'uso del preservativo da parte del partner durante l'ultimo rapporto. Rispetto alla media nazionale (78,4% dei maschi e 66,7% delle femmine) la Puglia mostra prevalenze decisamente inferiori in entrambi i generi (71% fra i maschi e 46% fra le femmine), mentre la PA di Trento frequenze superiori (92% per i maschi e 80% per le femmine).

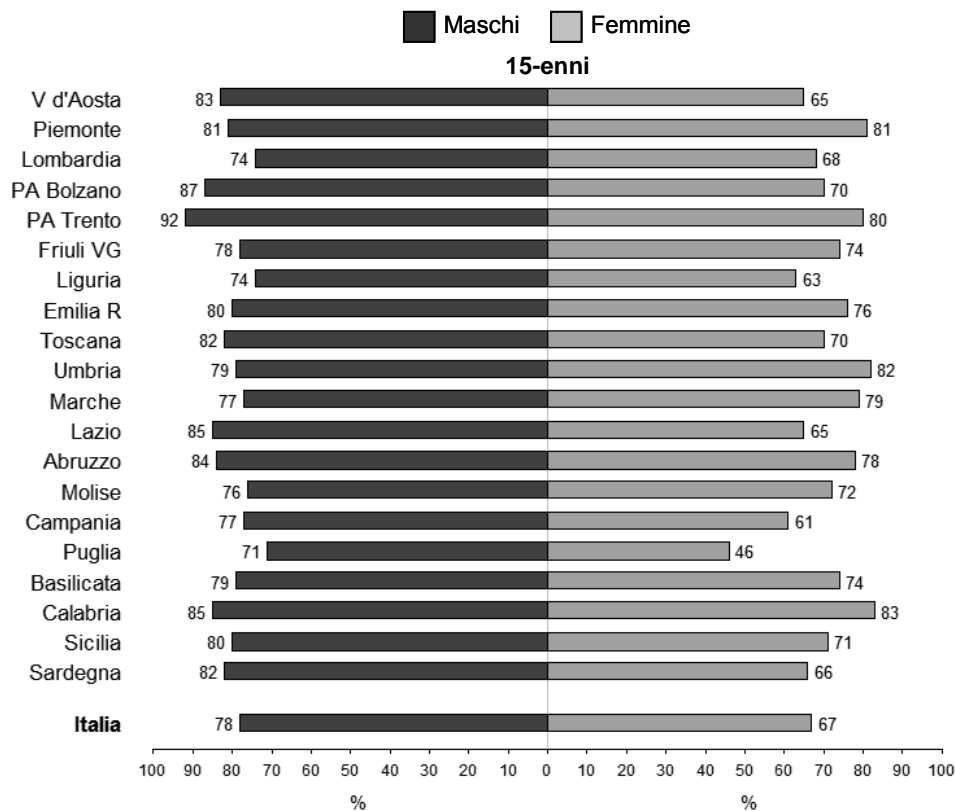


Figura 8.7. Ragazzi (%) che hanno usato un preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale completo – per genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

8.4. Infortuni

Gli infortuni sono diventati nel XX secolo una delle cause più frequenti di inabilità nei bambini di età superiore ad 1 anno, anche a seguito dei successi ottenuti nella prevenzione e controllo di gran parte delle malattie infettive. Il rischio di infortuni tende inoltre a crescere in maniera considerevole durante l'adolescenza (22), ma i fattori causali non sono ancora ben noti (23, 24).

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

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

La quota di ragazzi che dichiarano di avere avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi varia da circa il 44% fra gli 11-enni al 47% dei 15-enni.

La Figura 8.8 mostra come la quota di quanti dichiarano di essersi infortunati almeno una volta negli ultimi 12 mesi sia in generale, a livello nazionale e regionale, superiore fra i maschi che fra le femmine, in tutte le fasce di età considerate. Non si rileva un'importante variabilità regionale, né fra le Regioni e il dato medio nazionale che si attesta intorno al 50% fra i maschi di tutte le età e ad un livello di poco inferiore al 40% fra le ragazze di tutte le età.

Tabella 8.5. Frequenza di infortuni avvenuti negli ultimi 12 mesi per i quali è stato necessario ricorrere alle cure mediche (HBSC-Italia 2010)

Frequenza infortuni	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Mai	11483	55,9	10878	54,1	9262	53,1
Una volta	5287	26,1	5702	26,8	4738	27,1
2 volte	1987	9,0	2358	11,3	2064	11,8
3 volte	758	3,8	902	4,7	805	4,2
4 volte o più	976	5,2	684	3,1	604	3,6
Totale	20491	100	20524	100	17473	100

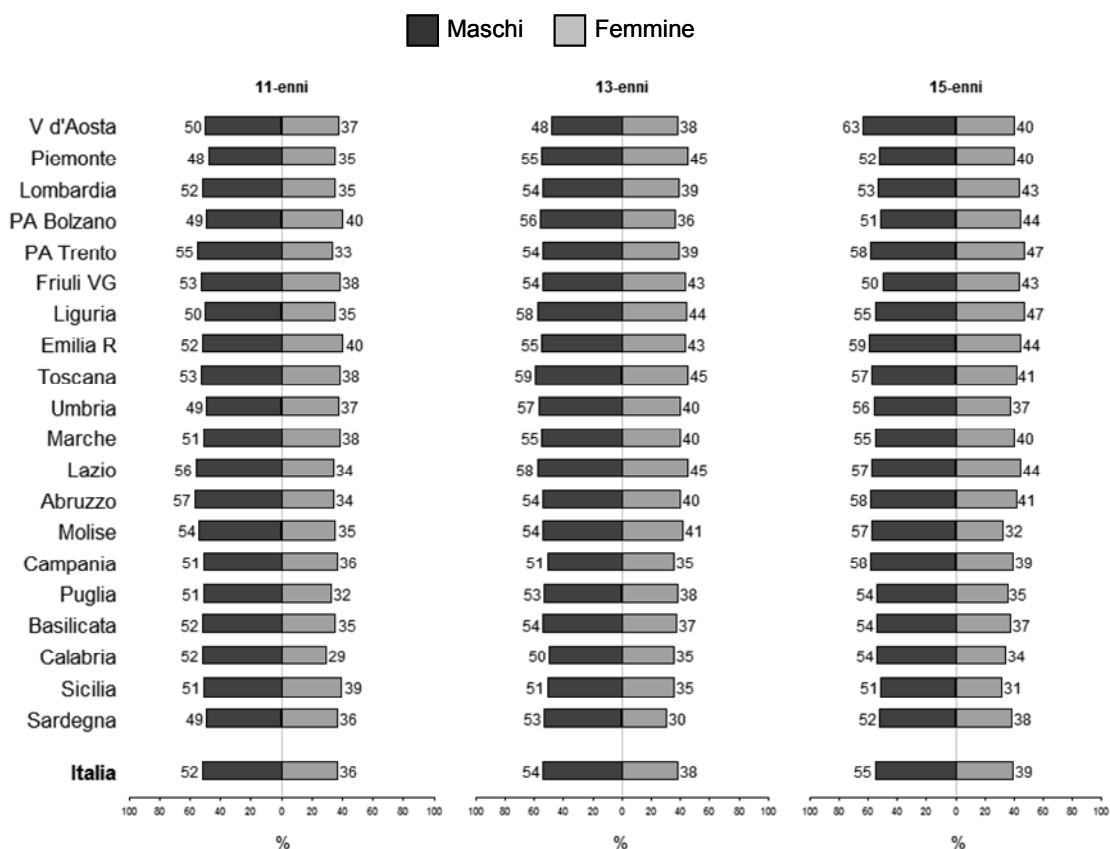


Figura 8.8. Ragazzi (%) che si sono infortunati almeno una volta negli ultimi 12 mesi, per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

8.5 Conclusioni

I dati che emergono sono sostanzialmente in linea con quelli riportati in letteratura: in generale, infatti, la quota di adolescenti che riferisce comportamenti rischiosi per la propria salute tende ad aumentare al crescere dell'età; tale trend è evidente soprattutto per il consumo di

tabacco e di bevande alcoliche, per i quali emerge anche come, all'aumentare dell'età, vi sia un consolidamento di questi comportamenti, inteso sia come consumo abituale (ogni settimana o ogni giorno) che come aumento della frequenza dei fenomeni di abuso (almeno due esperienze di ubriachezza e una di *binge drinking* nel corso della vita).

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

La differenza di genere, con frequenze superiori nei maschi, si mantiene, invece, per tutte le età, rispetto al consumo e all'abuso di bevande alcoliche e all'uso di cannabis fra i quindicenni, sia quando si indaghi tale fenomeno come esperienza isolata nel corso della vita (una o due volte) che come utilizzo più frequente (dalle 3-5 volte in su).

I dati HBSC-Italia 2010 individuano, dunque, per questi comportamenti, il passaggio fra gli 11 e i 13 anni e, ancor più, quello fra la scuola secondaria di primo e secondo grado, come i momenti cruciali in cui i ragazzi vivono le prime esperienze di uso e abuso di sostanze lecite e illecite, ma anche il momento in cui tali esperienze tendono a diventare comportamenti abituali che risulteranno poi difficili da abbandonare negli anni a venire. Sembrerebbero quindi queste le età in cui intervenire con programmi di prevenzione e cessazione efficaci, in grado di aiutare i ragazzi più giovani ad acquisire la giusta percezione nei confronti della propria esistenza, della salute e dei comportamenti ad essa correlati, evitando o procrastinando il più possibile l'iniziazione a comportamenti rischiosi e ancor più il loro consolidamento in abitudini dannose di cui però i ragazzi, durante l'adolescenza, tendono a riconoscere solo le conseguenze positive immediate quali l'accettazione da parte dei pari, la sensazione di libertà, indipendenza e maturità.

I cambiamenti fisici, psicologici e dei rapporti interpersonali che caratterizzano l'adolescenza giocano un ruolo fondamentale, oltre che nei comportamenti sin qui discussi, anche per quel che concerne le prime esperienze sessuali. Dai risultati relativi a questa tematica, emerge come circa un quarto dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi e come, in generale, siano i maschi a riferire, più delle coetanee femmine, sia di aver vissuto tale esperienza che di aver fatto uso del preservativo durante l'ultimo rapporto. Non emergono invece differenze di genere rispetto all'età dichiarata del primo rapporto sessuale completo che si attesta, sulla base delle dichiarazioni del campione coinvolto in HBSC-Italia 2010, intorno a 14 anni, senza scostamenti fra le Regioni.

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

Rispetto agli infortuni, circa la metà dei ragazzi e poco meno del 40% delle ragazze di tutte le età indagate, senza differenze fra le Regioni o fra queste e il dato medio nazionale, dichiara di aver avuto, nel corso dell'ultimo anno, almeno un infortunio che abbia richiesto il ricorso a cure mediche. L'importanza di indagare tale fenomeno risiede nel fatto che, se si distingue fra infortuni minori (molto frequenti nei bambini e negli adolescenti, ma per lo più senza conseguenze), e infortuni che necessitano di cure mediche, questi ultimi risultano essere fra le principali cause di problemi acuti di salute fra gli adolescenti con conseguenze importanti sia per i ragazzi che per l'intera società. Se si considera poi che il fenomeno è sovente trattato in

letteratura come un indicatore dello stile di vita dei ragazzi, spesso associato, e conseguenza di altri comportamenti quali l'uso di tabacco, alcol, sostanze illecite, ubriachezza, risulta evidente come occorra un approccio olistico alla tematica dei comportamenti a rischio in adolescenza, al fine di prevenire efficacemente conseguenze negative, a breve e lungo termine, sulla salute dei ragazzi.

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

Nel riquadro si riporta, in sintesi, il confronto dei dati dello studio HBSC-Italia 2010 con quelli internazionali.

Confronto HBSC-Italia 2010 e HBSC internazionale

Si evidenzia che la percentuale dei giovani italiani che fuma "almeno una volta alla settimana" è sostanzialmente in linea con quella degli altri Paesi coinvolti nella sorveglianza.

Per quanto riguarda invece il consumo di alcolici con frequenza almeno settimanale la percentuale degli studenti italiani è superiore rispetto a quella internazionale: per i maschi, a 11 anni 10% vs 5%, a 13 anni 17% vs 10% e a 15 anni 40% vs 25%; %; per le femmine a 11 anni 3% vs 2%, a 13 anni 9% vs 6% e a 15 anni 24% vs 17%. Al contrario, la percentuale di ragazzi italiani che dichiarano di aver sperimentato almeno due episodi di ubriachezza nel corso della vita risulta decisamente inferiore a quella internazionale sia per i tredicenni che per i quindicenni di entrambi i generi: per i maschi, a 13 anni il 4% vs 11% e a 15 anni il 17% vs 34%; %; per le femmine, a 13 anni il 2% vs 8% e a 15 anni l'11% vs 29%.

Il dato relativo all'aver fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita da parte dei ragazzi di 15 anni risulta in linea con la media internazionale.

Rispetto alle abitudini sessuali la quota di quindicenni italiani che dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo risulta inferiore per entrambi i generi al dato internazionale che si attesta per i maschi al 29% e per le femmine al 23%. L'aver fatto uso di preservativi nel corso dell'ultimo rapporto completo risulta invece in linea con la media internazionale per i maschi, inferiore per le femmine.

Infine, per quanto riguarda gli infortuni "almeno una volta negli ultimi 12 mesi", la percentuale degli adolescenti italiani risulta superiore rispetto a quella internazionale: a 11 anni 44% vs 43%, a 13 anni il 46% vs 44% e a 15 anni 47% vs 42%.

Bibliografia

1. Erikson EH. *Identity youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
2. World Health Organization. *WHO report on the Global Tobacco Epidemic: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/tobacco/en/>; ultima consultazione 1/07/2012.
3. World Health Organization. *The World Health Report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva: WHO; 1998.
4. Di Clemente RJ, Hansen WB, Ponton LE (Ed.). *Handbook of adolescent health risk behaviour: issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press; 1996.
5. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.
6. De Wit DJ, Adlaf EM, Offord, DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:745-50.

7. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, Marttunen M, Lönnqvist J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcoho*. 2001;36(1):85-8.
8. Engels RC, Knibbe RA. Alcohol use and intimate relationships in adolescence. When love comes to town. *Addict Behav* 2000;25(3):435-9.
9. Engels RC, Scholte RH, Van Lieshout CF, De Kemp R, Overbeek GJ. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addict Behav* 2006;31:440-9.
10. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E. *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006/06 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. (WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5).
11. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18;(2):CD003020.
12. Welte JW, Barnes GM, Hoffman JH, Dintcheff BA. Trends in adolescents alcohol and other substance use: relationship to trends in peer, parent and school influence. *Subst Use Misuse* 1999;34(19):1427-49.
13. Beck F, Legleye S, Perretti-Watel P. *Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2000.
14. Raphael D. Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *J Adolesc Health* 1996;19:6-16.
15. Wellings K. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006;368:1706-28.
16. World Bank. *World development report*. Washington: Washington World Bank; 1993.
17. Armour S, Haynie DL. Adolescent sexual debut and later delinquency. *J Youth Adolesc* 2007;36:141-52.
18. Sneed CD. Sexual risk behavior among early initiators of sexual intercourse. *AIDS Care* 2009;21:1395-400.
19. Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L, Radosh A, Simkin L, Middlestadt S. Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents: The influence of psychosocial factors. *J Adolesc Health* 2004;34(3):200-8.
20. Brener N, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI. Reliability of the youth risk behaviour survey questionnaire. *Am J Epidemiol* 1995;141(6):575-80.
21. Measuring the health behavior of adolescents: youth risk behavior surveillance system and recent reports on high-risk adolescents. *Journal of US Public Health Service* 1993;108(Suppl.1):1-96.
22. Centers for Disease Control and Prevention. *Injury Prevention & Control: Data & Statistics (WISQARS™)*. Atlanta: CDC; 2000. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>; ultima consultazione 1/07/2012.
23. Scheidt PC. Behavioural research toward the prevention of childhood injury. *AJDC* 1998;142:612-7.
24. Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen E, Kuntsche E, Mazur J, Harel Y, Boyce WF. Cross National study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev* 2005;9:213-8.

9. SALUTE E BENESSERE

Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Franco Cavallo, Gruppo HBSC-Italia 2010
Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino

9.1. Introduzione

La salute, sia fisica che mentale, rappresenta una risorsa per tutta la vita, un capitale che permette agli individui di raggiungere i propri obiettivi (1-3), e il proprio benessere (4). La necessità di monitorare e comprendere i determinanti della salute, e i meccanismi che concorrono a promuoverla, nasce proprio dall'idea che questa non sia solo una delle componenti della qualità della vita degli individui ma che arrivi a coincidere con il concetto stesso di benessere (5).

Il compito di valutare la salute dei giovani tra gli 11 e i 15 anni può apparire facile, poiché in questa fascia di età il livello che questa raggiunge è il più elevato di tutta la vita: se confrontati con quelli dell'età adulta molto bassi sono infatti i tassi di mortalità e morbosità. In questo processo di valutazione, però, occorre considerare anche l'aspetto emotivo (2), che in questa fascia di età gioca un ruolo fondamentale, anche e soprattutto per l'influenza che esercita sullo stato di salute psico-fisica del futuro adulto (6). Quest'influenza risulta essere ancora più evidente per quanto riguarda una delle patologie in più forte espansione, sia nella popolazione giovanile che in quella adulta, ovvero la depressione (7).

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

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

9.2. Salute percepita

Lo studio HBSC, rivolgendo l'attenzione ad una popolazione con livelli molto bassi di mortalità e morbosità, non utilizza tali oggettivi indicatori che avrebbero ridotte capacità descrittive e decide di utilizzare la percezione del proprio stato di salute quale indicatore dello stato di salute generale. Del resto, mentre per la misurazione delle dimensioni psicologiche vengono spesso impiegate scale composte da diverse domande sembra che, il modo più affidabile per sapere come stia una persona, sia chiederglielo direttamente e semplicemente: numerosi studi dimostrano infatti che, soprattutto tra gli adulti, percepire la propria salute come

non buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita (8,9). Anche per gli adolescenti poi la percezione dello stato di salute si dimostra una questione rilevante in quanto presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione (10), con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la comunicazione con i genitori (11).

Come si vede nella Figura 9.1 la percentuale di ragazzi italiani che si considerano in buona, o addirittura eccellente salute, pur riducendosi con l'aumentare dell'età è sempre molto alta, mantenendosi al di sopra dell'80% in tutti i gruppi divisi per età e genere. La Figura descrive poi una minore dichiarazione di benessere da parte delle ragazze con un divario, rispetto ai coetanei maschi, che aumenta con l'aumentare dell'età: a 15 anni, infatti, mentre quasi il 93% dei maschi dichiara una salute buona o eccellente a farlo è solo l'85% delle femmine.

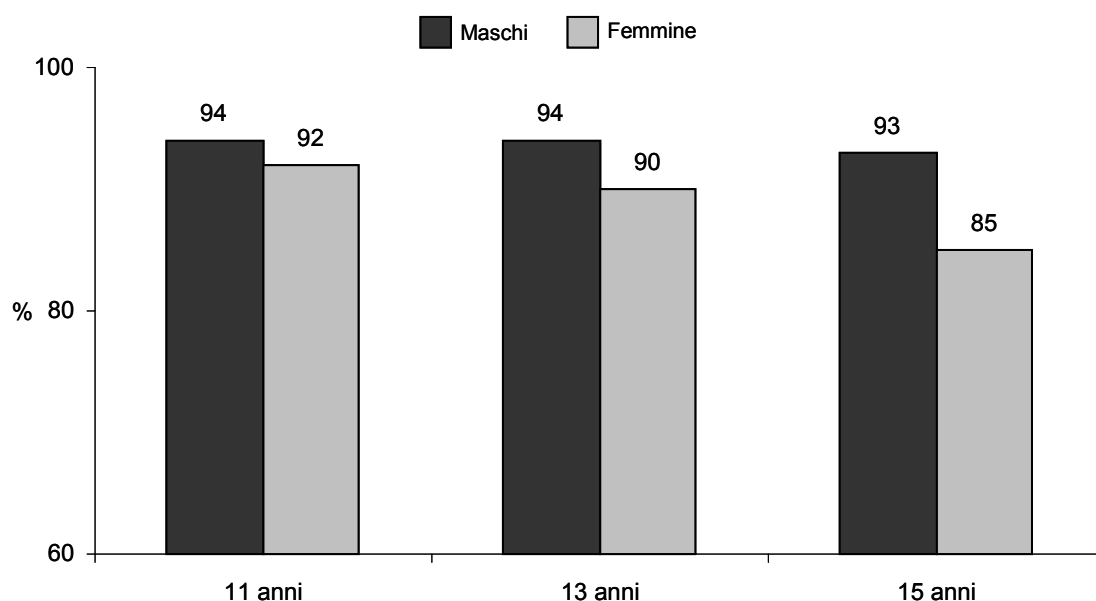


Figura 9.1. Ragazzi (%) che considerano la propria salute buona o eccellente per età e genere (HBSC-Italia 2010)

La Figura 9.2 prende invece in considerazione la sola frazione di ragazzi che dichiara una salute eccellente mostrandone la distribuzione per età e genere in ogni Regione. Nelle ragazze, con l'aumentare dell'età, con la sola eccezione del Piemonte nel passaggio dagli 11 ai 13 anni, la percentuale di coloro che dichiarano una salute eccellente si riduce. Tra i ragazzi invece, all'aumentare dell'età, non è possibile descrivere nelle diverse Regioni una regolarità degli andamenti.

Per quanto riguarda poi la variabilità del fenomeno nella sua distribuzione regionale poche le segnalazioni da fare. Ad 11 e 13 anni è in Sicilia che troviamo la maggiore percentuale di ragazzi e ragazze che dichiarano la propria salute come eccellente. Mentre a 15 anni il primato spetta ai maschi di Bolzano. È invece il Piemonte, per entrambi i generi, a presentare ad 11 anni il valore più basso di dichiarazione di salute eccellente.

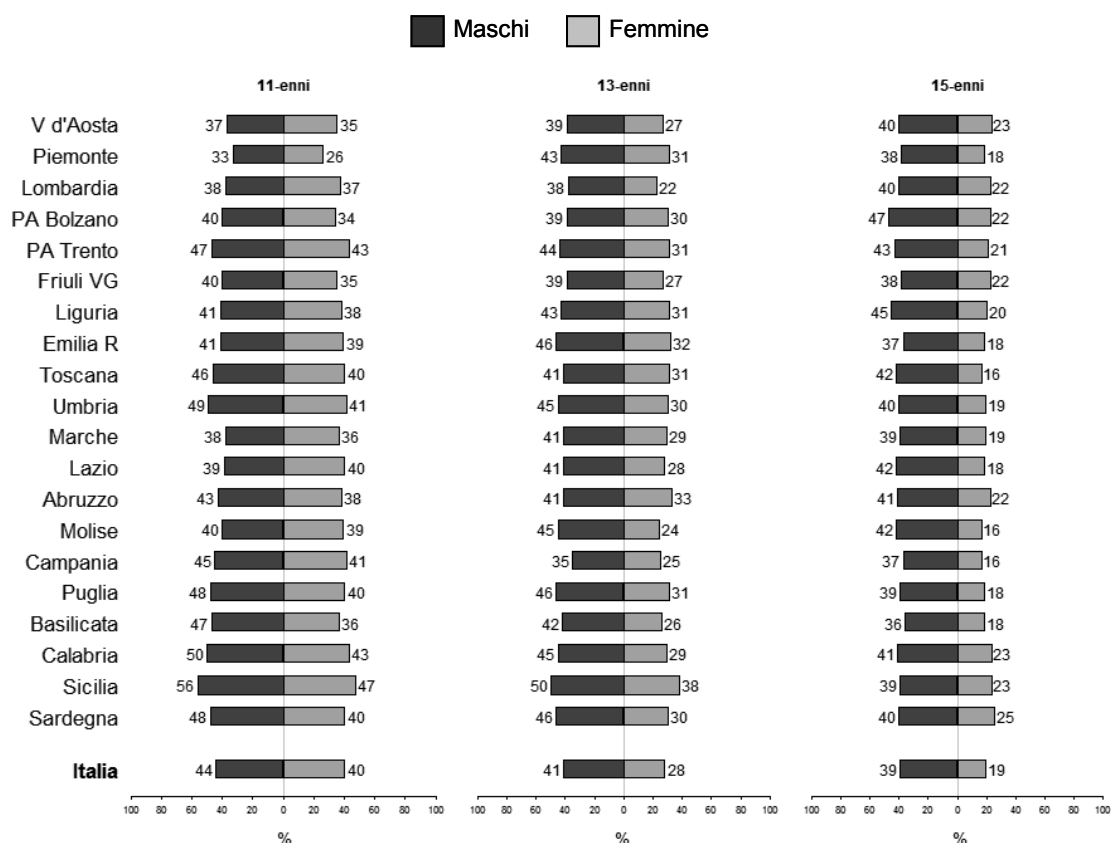


Figura 9.2. Ragazzi (%) che considerano la propria salute eccellente, per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

9.3. Benessere percepito

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto (12, 13). Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al non uso di sostanze (14) e a più alti livelli di attività fisica (15). Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su di una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi (16).

Oltre l'80% dei ragazzi dichiarano livelli medio-alti di soddisfazione per la propria vita (punteggio 6 o più sulla scala di Cantril) seppure con un andamento decrescente con l'aumentare dell'età (88,2% ad 11 anni; 87,4% a 13 anni ed 83,8% a 15 anni) (dati non presentati). Nella Figura 9.3 viene riportata, per il complesso del campione nazionale, la distribuzione per fascia di età dei punteggi dichiarati.

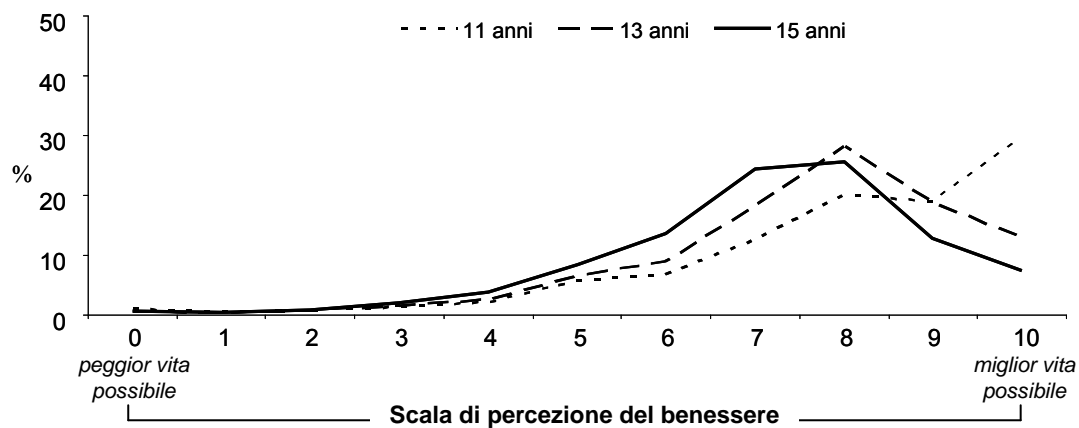


Figura 9.3. Percezione (%) del benessere – per età (HBSC-Italia 2010)

Per quanto riguarda le differenze di genere (Figura 9.4) si osserva come, nel campione italiano, siano i maschi a dichiarare con una maggiore percentuale una più alta soddisfazione per la propria vita. La stessa figura mostra poi come la distribuzione regionale della dichiarazione di livelli medio-alti di soddisfazione per la propria vita non riveli una particolare variabilità regionale con la sola eccezione dei 15-enni della PA di Bolzano, dove si registrano i valori più alti, sia per i maschi che per le femmine.

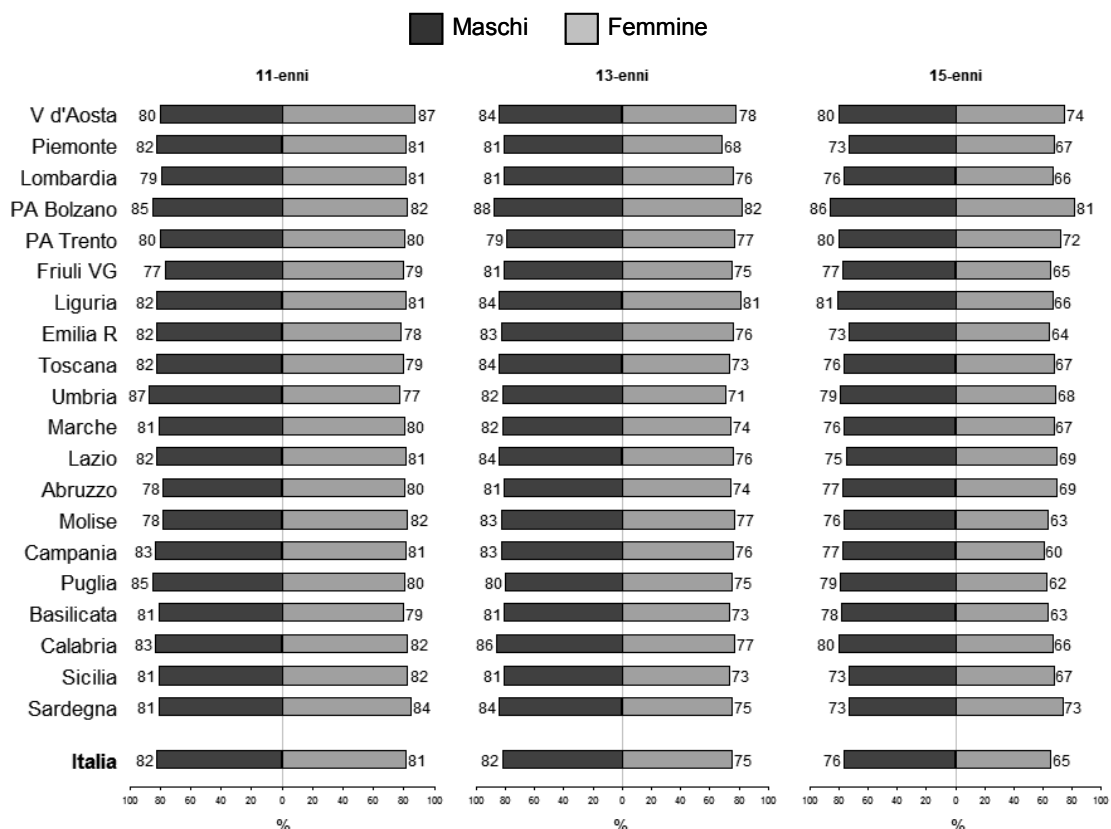


Figura 9.4. Livello medio-alto di soddisfazione per la propria vita (punteggio 6-10 scala di Cantril) – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

9.4. Sintomi riportati

La salute degli adolescenti è spesso studiata non solo attraverso la percezione che loro stessi ne hanno, ma anche interrogandoli sui sintomi di cui soffrono, anche in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza soggettiva di sintomi, oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari (17), si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche (18), tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari (11). Tale quadro sembra suggerire una relazione tra il riportare sintomi e situazioni di stress.

Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti otto sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e affidabilità nel valutare e riportare i sintomi (19).

La Figura 9.5 mostra come ad 11 anni il 31,6% dei maschi e il 35,4% delle femmine dichiarino di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi presenti nella lista. La stessa Figura descrive poi come, all'aumentare dell'età, diverso sia l'andamento nei due generi: mentre nei ragazzi a 15 anni tale percentuale si riduce fino al 22,1%, nelle ragazze sale fino al 38,6%.

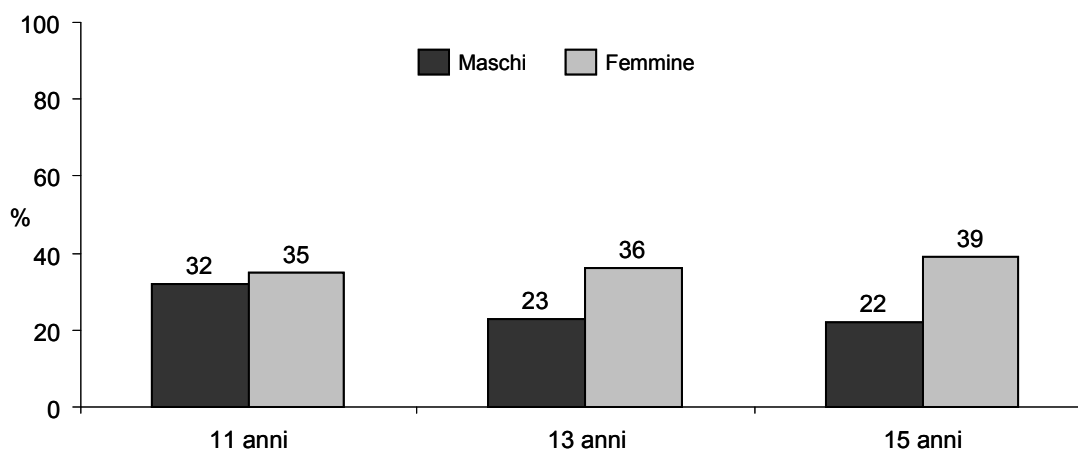


Figura 9.5. Ragazzi (%) che soffrono ogni giorno di almeno un sintomo tra i seguenti: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, irritabili o di cattivo umore, nervoso – per età e genere (HBSC-Italia 2010)

A dichiarare di soffrire di 2 o più sintomi, più di una volta a settimana, sono le ragazze: in tutte le Regioni e per tutte le fasce di età (Figura 9.6). La PA di Bolzano spicca per i suoi bassi livelli di dichiarazione di sintomi, per entrambi i generi e per tutte le fasce di età: dati questi che ci rimandano all'osservazione che in questa stessa provincia avevamo trovato le percentuali più elevate di dichiarazione di soddisfazione per la propria vita (vedi Figura 9.4). La più alta percentuale di dichiarazione di 2 o più sintomi più di una volta alla settimana si ritrova in Campania per le ragazze di 11 anni seguita da quella delle ragazze di 15 anni, sempre in Campania, affiancata però anche dalla Calabria. Si è dimostrato come la dichiarazione di un sintomo aumenti, già nell'adolescenza, la probabilità di dichiararne altri suggerendo, attraverso l'analisi fattoriale, la possibilità di descrivere due o più dimensioni sottostanti (20).

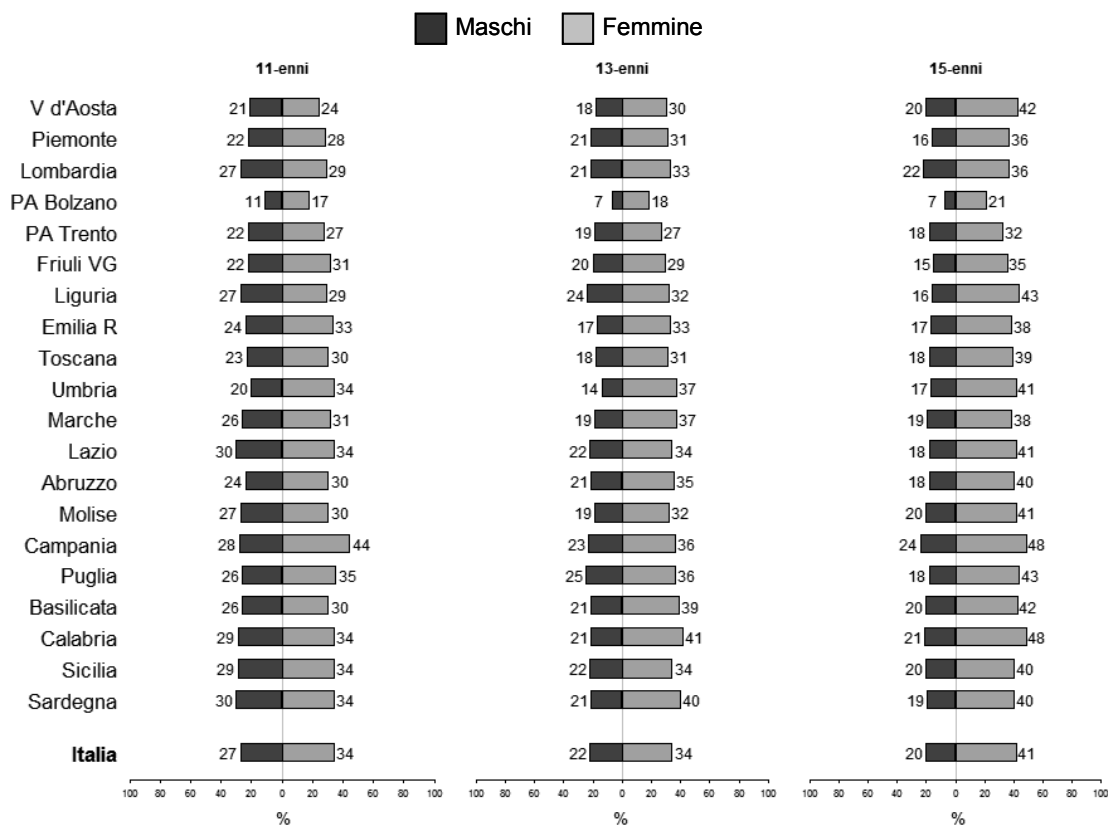


Figura 9.6. Ragazzi (%) che soffrono di 2 o più sintomi (tra i seguenti: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, irritabili o di cattivo umore, nervoso) più di una volta alla settimana – per età, genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

La lista di sintomi utilizzata nello studio HBSC è stata per la prima volta studiata in questa direzione in Norvegia, Finlandia, Scozia e Polonia, mettendo in evidenza due componenti principali: una dei sintomi definiti somatici (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, giramenti di testa) e quella dei sintomi psicologici (sentirsi giù, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi) (21).

Raccogliendo le suggestioni derivanti da quest'ultimo studio la stessa analisi è stata effettuata sui dati dell'indagine condotta in Italia nel 2006 (22): entrambe hanno messo in evidenza due raggruppamenti principali con la sola differenza, rispetto allo studio internazionale, del sintomo "difficoltà di addormentarsi" che nelle indagini condotte in Italia si associava alla lista dei sintomi definiti come somatici. Del resto una successiva analisi condotta su 35 Paesi partecipanti allo studio internazionale dimostrava come proprio questo fosse l'unico sintomo nella lista a mostrare un differente andamento nei diversi Paesi associandosi ora ai sintomi somatici ora a quelli psicologici (23).

Le due figure successive descrivono la distribuzione, per genere e fascia di età, della dichiarazione di almeno un sintomo all'interno di ognuno dei due gruppi di sintomi: quelli somatici (Figura 9.7) e quelli psicologici (Figura 9.8).

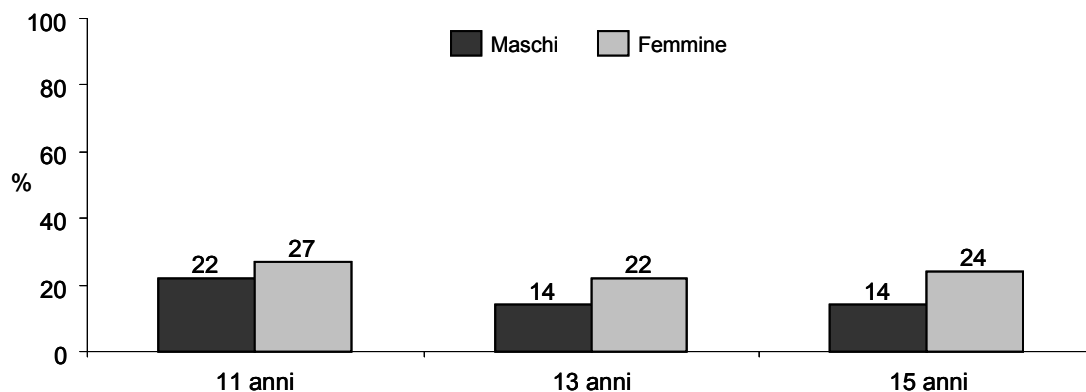


Figura 9.7. Ragazzi (%) che soffrono ogni giorno di almeno un sintomo tra quelli somatici (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini) – per genere ed età (HBSC-Italia 2010)

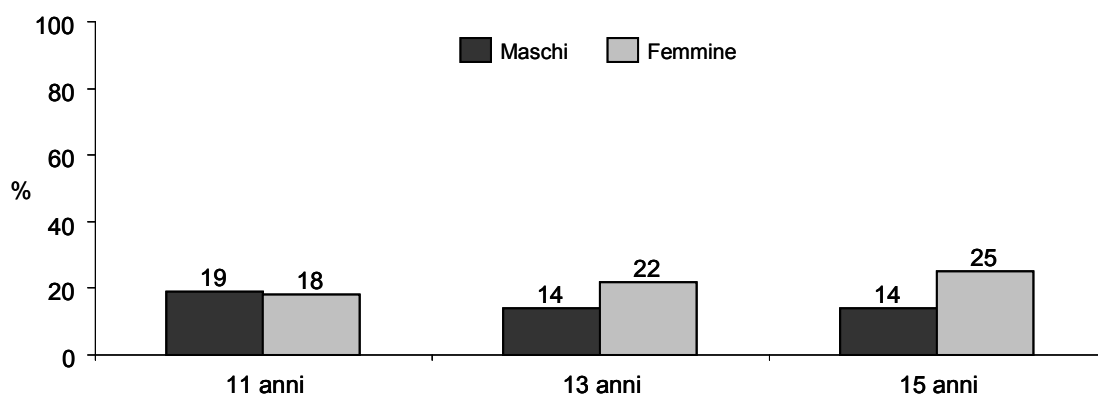


Figura 9.8. Ragazzi (%) che soffrono ogni giorno di almeno un sintomo tra quelli definiti psicologici (sentirsi giù di morale, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso) – per genere ed età (HBSC-Italia 2010)

In tutte le fasce di età risulta maggiore la percentuale di ragazze che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi prima definiti come somatici. Per tale gruppo di sintomi in entrambi i generi, nel passaggio dagli 11 ai 15 anni, l'andamento della dichiarazione di sintomi è decrescente seppure la riduzione risulta molto più evidente nei ragazzi. Guardando poi alla distribuzione dei sintomi di tipo psicologico (*vedi* Figura 9.8) si può osservare come siano sempre le ragazze a soffrirne in percentuale maggiore ma mentre nei maschi all'aumentare dell'età, analogamente a quello che si era osservato per i sintomi somatici, si descrive una riduzione della dichiarazione di sintomi un chiaro andamento opposto si può invece descrivere nelle ragazze.

9.5. Utilizzo di farmaci

L'utilizzo di farmaci, esplorato per i soli 15-enni, è una nuova sezione introdotta quest'anno nel report nazionale. Anche in questo caso viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese, a farmaci (mai, una volta, più di una volta) per alcuni disturbi (mal di testa, mal di stomaco,

difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro). La sezione 9.4 di questo capitolo descrive come sia maggiore la percentuale di ragazze a dichiarare sintomi e la Tabella 9.1 dimostra come, coerentemente, siano ancora loro a dichiarare nell'ultimo mese un maggior consumo di farmaci: mentre il 45,3% dei maschi dichiara di non aver assunto farmaci nell'ultimo mese, tale percentuale scende al 28,8% tra le femmine. Relativamente al consumo di farmaci per il mal di testa, che risultano essere i più usati dai ragazzi e quindi anche i più indagati in letteratura, il 48,8% delle ragazze dichiarano di farne uso almeno una volta al mese contro il 35,1% dei ragazzi (dati non presentati).

Tabella 9.1. Uso di farmaci nell'ultimo mese – per genere (solo quindicenni)

Uso farmaci	Maschi		Femmine	
	n.	%	n.	%
Nessun farmaco	3678	45,3	2520	28,8
Sì, 1 farmaco	2218	32,0	2999	39,1
Sì, più di 1 farmaco	1691	22,7	2676	32,1
Totale	7587	100	8195	100

Per quanto riguarda invece la distribuzione del fenomeno nelle diverse Regioni anche in questo caso non si rileva una particolare variabilità regionale (Figura 9.9).

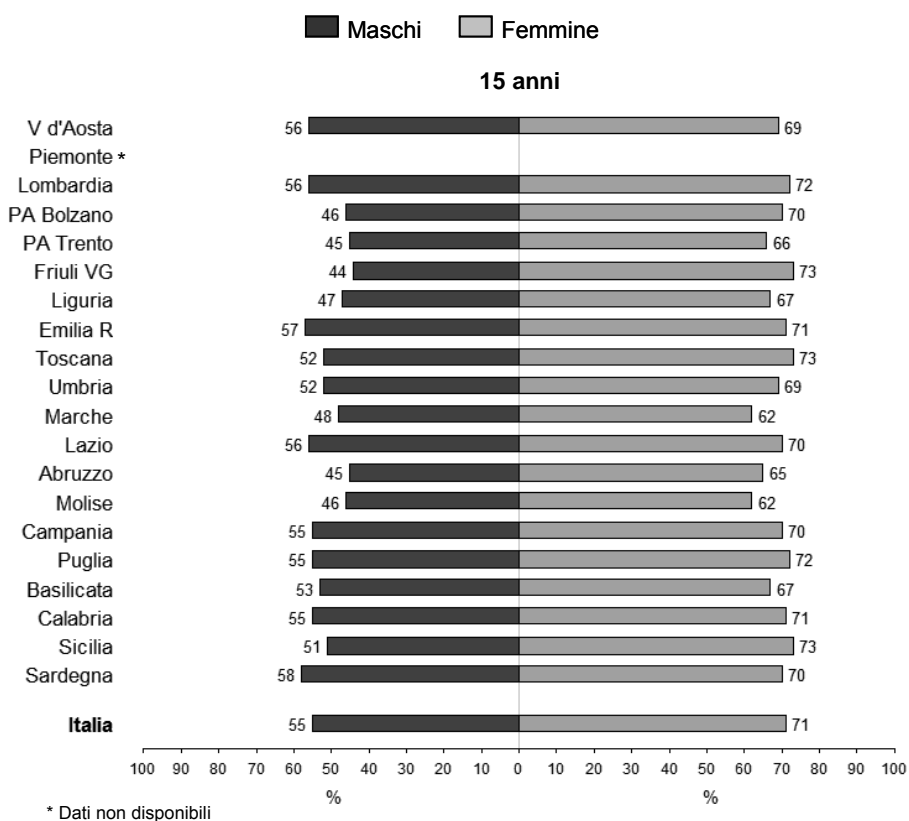


Figura 9.9. Ragazzi (%) che hanno assunto farmaci almeno una volta nell'ultimo mese – per genere e Regione (HBSC-Italia 2010)

9.6. Conclusioni

I professionisti che lavorano nell'area sanitaria tendono ad operare rivolgendo il loro interesse ad una società in cui i livelli di morbosità e mortalità siano i più bassi possibile: è questo che fornisce senso al loro agire professionale. In quest'ottica la salute degli adolescenti, fascia di età nella quale l'esperienza di malattia ha la sua più bassa espressione, è rimasta a lungo lontana dall'arena dei dibattiti scientifici. La crisi del paradigma bio-medico e l'emergere di quello bio-psico-sociale, affianco alla transizione epidemiologica che ha portato in primo piano le patologie cronico-degenerative, riportano l'attenzione sulla salute degli adolescenti in una più ampia accezione: è infatti a quest'età che si definiscono gli stili di vita che si ripercuoteranno poi sui livelli di malattia e di disabilità dell'età adulta; è però anche questa l'età della vita in cui, dall'incontro/scontro con il contesto culturale di vita che fa da riferimento, si costruisce il proprio modo di stare al mondo e di concepire la salute e il benessere.

A fronte delle ridotte capacità descrittive degli indicatori oggettivi, quali appunto quelli di mortalità e morbosità, la salute degli adolescenti è perlopiù studiata attraverso la percezione che loro stessi ne hanno e interrogandoli sui sintomi di cui soffrono. Lo studio HBSC rappresenta, infatti, la salute degli adolescenti affiancando variabili che la descrivono in termini positivi, come l'*item* sulla percezione della propria salute e la scala del benessere, ad altre che riferiscono invece della sofferenza per particolari sintomi e del correlato consumo di farmaci. Per quanto riguarda la dichiarazione dei sintomi esiste accordo nell'esplorarne otto di cui alcuni somatici, quali il mal di testa o il mal di schiena, e altri psicologici, quali il sentirsi nervoso o giù di morale (21), che nel loro complesso rappresentano un'unica lista di sintomi considerati come psicosomatici (23): vale a dire reazioni organiche allo stress psicosociale.

Come stanno gli adolescenti italiani? Difficile dare una risposta univoca a questa domanda. Infatti, se da una parte una percentuale molto elevata di adolescenti, sempre superiore all'85%, dichiara di essere in buona o ottima salute e si situa, come valore di moda, intorno al punteggio 8 nella scala a dieci punti del benessere, molti sono anche quelli che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi indicati e di assumere farmaci almeno una volta al mese. È possibile quindi affermare che non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso.

Del resto l'esperienza soggettiva di sintomi appare diffusa tra gli adolescenti di tutti i Paesi occidentali: un'analisi che ha esplorato la distribuzione dei sintomi psicosomatici in 32 Paesi, a partire dalla base internazionale dati HBSC dell'indagine 2001-2002, descrive come il 33,1% dei maschi e il 52,5% delle femmine di 15 anni dichiara di soffrire di tre o più sintomi almeno una volta alla settimana (24). Per comprendere il senso che assumono i sintomi nella vita quotidiana degli adolescenti bisogna però andare oltre le informazioni che si possono raccogliere attraverso un sistema di sorveglianza, quale lo studio HBSC, e ricorrere a studi qualitativi che esplorino il punto di vista degli adolescenti sulla loro salute (21). Alcuni studi di questo tipo, condotti nel Nord Europa, dimostrano come gli adolescenti assegnino un ruolo centrale alla dimensione della salute mentale non focalizzandosi solo sulla depressione, che pur la letteratura segnala in aumento in questa fascia di età (6), ma soprattutto sullo stress che risulta dalla continua interazione con l'ambiente fisico e sociale di riferimento (25,26). Gli stessi studi sembrano mettere in luce come le relazioni con i pari e la scuola siano le principali cause di stress in grado di produrre sintomi psicosomatici ai quali gli adolescenti, soprattutto le ragazze, risponderebbero con l'assunzione di farmaci (27).

Quest'ultima osservazione appare in accordo con quanto discusso da Erikson (28) che parla dell'adolescenza come di un periodo di crisi da ricondursi alla perdita delle precedenti certezze acquisite in seno alla famiglia e all'incontro con le richieste del mondo esterno: il gruppo dei pari che diviene sempre più importante, con le difficoltà di essere da questi accettati, e la scuola

che aumenta progressivamente le sue richieste. Effetti che sembrano insistere maggiormente sulle ragazze. Alcuni autori hanno sottolineato come l'esperienza della pubertà produca a quest'età maggiori cambiamenti nella vita sia delle ragazze che in quella dei ragazzi (29): sia nel fisico, con le difficoltà di gestire il ruolo legato alla sessualità, che nei conseguenti cambiamenti nella gestione delle relazioni. Altri autori hanno anche sottolineato come nel crescente contrasto con la famiglia, anche in relazione alle maggiori restrizioni a cui le ragazze vengono assoggettate, le richieste della scuola producano nelle ragazze maggiori livelli di stress (30). In questo rapporto descrittivo non è possibile spingersi oltre nella ricerca delle cause del maggiore disagio espresso dalle ragazze: è però importante segnalare come ormai in molte riviste e congressi internazionali le influenze del genere sulla salute comincino ad essere al centro dell'attenzione. Osservare, già nell'età dello sviluppo, uno svantaggio legato al genere femminile conferma la necessità di includere l'attenzione al genere anche nelle politiche rivolte ai giovani e alla loro salute.

Il quadro descritto per la dichiarazione dei sintomi si ripropone per il consumo di farmaci a questi correlati. Se la letteratura sembra suggerire una relazione tra il riportare sintomi e situazioni di stress si può concludere affermando che per rispondere a tali situazioni l'assunzione di farmaci appare una diffusa risposta in tutto il mondo occidentale (31): tanto diffusa che comincia ad essere considerata al pari dei comportamenti a rischio con alcuni dei quali, fumo e assunzione di alcolici, si è inoltre dimostrata associata (32). Consumo di farmaci negli adolescenti che, analogamente a quanto accade per lo stile alimentare e il fumo, sembra rispondere prima di tutto alle pratiche familiari per poi risentire, come accade per lo stile di guida e l'assunzione degli alcolici, della norma prevalente tra i pari (33).

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

Il sospetto è che questo approccio inizi a rendersi manifesto già in età precoce. Dinanzi ai mutamenti sociali in corso, ma anche al semplice mutare dell'organizzazione scolastica e di vita, crescono nei nostri adolescenti i livelli di stress con un incremento dei sintomi dichiarati e dell'assunzione di farmaci (11-18). Farmaci ai quali, sull'onda di un crescente consumismo (36), verrebbe richiesto non tanto di risolvere un sintomo ma di rispondere a bisogni di rassicurazione verso le prestazioni richieste e la possibilità di partecipazione alla vita sociale (37).

Bibliografia

1. Herzlich C. *Health and illness*. London: Academic Press; 1973.
2. World Health Organization. *Health promotion glossary*. Geneva WHO; 1998.
3. Hastings Center Report. Gli scopi della medicina: nuove priorità. *Notizie di Politeia* 1997;45:1-48.

4. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999. (European Health for All Series No. 6).
5. World Health Organization. *Constitution adopted by the International Health Conference held in New York in 1946, signed on 22 July 1946, and entered into force on 7 April 1948*. Geneva: WHO; 1948. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>; ultima consultazione 1/07/2012.
6. World Health Organization. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO* 2000;78(4):413-26.
7. International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness*. Brussels: IUHPE; 1999.
8. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
9. Burstroem B, Fredlund P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Community Health* 2001;55:836-40.
10. Gaspar de Matos M, Barrett P, Dadds M, Shortt A. Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. *Eur J Psychol Ed* 2003;18(1):3-14.
11. Ravens-Sieberer U, Kokonyei G, Thomas C. School and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekov Rasmussen V (Ed.). *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. (Health policy for children and adolescents, No. 4). p. 184-95. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf; ultima consultazione 1/07/2012.
12. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull* 1984;95:542-75.
13. Huebner ES. Initial development of the students life satisfaction scale. *School Psychol Int* 1991;12:231-40.
14. Zullig KJ, Valois RF, Scott Huebner E, Oeltmann JE, Wanzer Drane J. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolesc Health* 2001;29(4):279-88.
15. Thome J, Espelage DL. Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eat Behav* 2004;5:337-51.
16. Cantril H. *The pattern of human concern*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.
17. Belmaker E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *Int J Adolesc Med Health* 1985;1:1-2.
18. Torsheim T, Wold B. School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *J Adolesc Res* 2001;16 (3):293-303.
19. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *J Adolesc*. 2001;24:611-24.
20. Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas: an epidemiological study. *Acta Paediatr* 1993;82(5):484-7.
21. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aarø LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001;11 (3):4-10.
22. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup; 2007.

23. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M, Thomas C. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *Eur J Public Health* 2008;18(3):294-9.
24. Cavallo F, Zambon A, Borraccino A, Raven-Sieberer U, Torsheim T, Lemma P, the HBSC Positive Health Group. Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual Life Res* 2006;15:1577-85.
25. Garcia CM, Saewyc EM. Perceptions of mental health among recently immigrated Mexican adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 2007;28:37-54.
26. Ott MA, Rosenberger JG, McBride KR, Woodcox SG. How do adolescents view health? Implications for state health policy. *J Adolesc Health* 2011;48:398-403.
27. Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Using analgesics as tools: young women's treatment for headache. *Qual Health Res* 2008;18:234-43.
28. Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. New York: Norton; 1968.
29. Benjet C, Hernandez-Guzman L. A short-term longitudinal study of pubertal change, gender and psychological wellbeing of Mexican early adolescents. *J Adolesc Health* 2002;31:429-42.
30. West P, Sweeting H. Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *J Child Psych Psychiatry* 2003;44:399-411.
31. Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie CE. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Ann Pharmacother* 2003;37:361-6.
32. Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Is medicine use in adolescence a risk behaviour? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *J Adolesc Health* 2006;39:362-6.
33. Hansen DL, Hansen EH, Holstein BE. Young women's use of medicines: autonomy and positioning in relation to family and peer norms. *Health* 2009;13:467-85.
34. Carlisle S, Henderson G, Hanlon PW. "Wellbeing": a collateral casualty of modernity? *Soc Sci Med* 2009;69:1556-60.
35. Schwartz B. Self-determination: the tyranny of freedom. *Am Psychol* 2000;55:79-88.
36. Eckersley R. Is modern Western culture a health hazard? *Int J Epidemiol* 2006;15:252-8.
37. Williams S, Gabe J, Davis P. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociol Health Illn* 2008;30:813-24.
38. Lane C. *Shyness: how normal behavior became a sickness*. New Haven & London: Yale University Press; 2007.
39. Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.

10. COMUNICAZIONE IN HBSC-ITALIA: UN INTERVENTO SUL CAMPO

Chiara Cattaneo (a), Barbara De Mei (a), Ilaria Giovannelli (a), Elisa Quarchioni (a),
Alberto Borraccino (b), Patrizia Lemma (b), Franco Cavallo (b)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

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

10.1. Comunicare i risultati della sorveglianza

I sistemi di sorveglianza si configurano come presupposti fondamentali per la definizione di strategie di prevenzione e promozione della salute. In accordo con il principio della “sorveglianza per l’azione”, tali sistemi possono fornire ai decisori che operano nell’ambito della sanità pubblica, strumenti di *governance*, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e, inoltre, attraverso il coinvolgimento di target significativi, possono contribuire a promuovere l’empowerment individuale e collettivo.

Questo importante legame tra indicazioni provenienti dalla sorveglianza e azioni di salute pubblica può essere garantito oltre che dalla qualità dei dati prodotti, anche da un’adeguata programmazione di iniziative di comunicazione che possono raggiungere e coinvolgere la popolazione generale e target specifici, con lo scopo di contribuire a creare condizioni di cambiamento sostenute da adeguati programmi di promozione della salute (1).

Un’attività di comunicazione ragionata, non improvvisata e pianificata, è pertanto una componente fondamentale di un sistema di sorveglianza e rappresenta un mezzo indispensabile per garantire l’interazione tra gli operatori direttamente impegnati nella gestione del sistema (comunicazione interna) e per favorire il coinvolgimento degli individui, dei gruppi d’interesse e dei soggetti istituzionali e sociali interessati ai temi di salute, oggetto della sorveglianza.

Nell’organizzazione, conduzione e gestione di un sistema di sorveglianza, la comunicazione assume un ruolo fondamentale poiché questi processi si basano su una rete di operatori che condividono gli stessi obiettivi e che, con ruoli e responsabilità diverse, partecipano in modo attivo al sistema, interagendo e attivando relazioni e scambi comunicativi. La comunicazione risulta tanto più efficace se coordinata da una leadership di riferimento, se tutti i soggetti coinvolti conducono iniziative concordate e pensate nell’ambito di un piano, e se hanno la percezione di far parte del sistema e di essere integrati nella rete. Tutto questo alimenta la motivazione e la fiducia, nonché permette ad ognuno di svolgere in modo adeguato i propri compiti, comprese le attività di comunicazione.

Pertanto, nell’ambito di un sistema di sorveglianza, la comunicazione, progettata fin dall’inizio secondo criteri metodologici condivisi, va considerata come risorsa, come elemento indispensabile per:

- facilitare la collaborazione e l’integrazione tra i diversi attori, per la condivisione degli obiettivi e delle modalità di realizzazione potenziando le relazioni e le alleanze con i gruppi di interesse e contribuendo a costruire reti sul territorio che possano favorire lo scambio delle informazioni e la diffusione dei risultati verso istituzioni/organizzazioni e figure che fanno costantemente da “ponte” tra contesto esterno e interno al sistema;
- garantire la conoscenza e la condivisione dei risultati favorendo la circolazione all’interno della comunità di informazioni rilevanti per la salute;

- aumentare le conoscenze e la consapevolezza dei diversi target sui problemi di salute attivando in tal modo processi di cambiamento.

Per impostare il processo comunicativo secondo le modalità sopra descritte, è opportuno far riferimento ad una strategia comunicativa, ispirata ad un approccio di tipo partecipativo basato sullo scambio bidirezionale, sull'ascolto, il dialogo e sul "principio della chiarezza e della trasparenza" degli obiettivi, dei processi attivati e delle relazioni che li caratterizzano (2).

In tale prospettiva si considera particolarmente importante la sinergia che si è instaurata tra i sistemi di sorveglianza indirizzati a diversi target di popolazione e il progetto "Programma d'informazione e Comunicazione a sostegno degli obiettivi del Programma Guadagnare Salute - PinC" (3), coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute. PinC, infatti, ha proposto una strategia comunicativa, ispirata ai principi della progettazione partecipata, secondo specifici criteri metodologici, e ha individuato nei dati provenienti dalla sorveglianza un solido riferimento per l'elaborazione di messaggi finalizzati alla promozione di stili di vita salutari.

Inoltre, la collaborazione avviata con la rete degli operatori impegnati nella conduzione e realizzazione del sistema è stata fondamentale per la progettazione di strumenti e iniziative di comunicazione da implementare a livello regionale e locale con l'obiettivo di "agganciare" l'informazione alle azioni di prevenzione e promozione della salute, grazie anche al coinvolgimento di istituzioni non sanitarie e di partner presenti nella società civile, secondo l'ottica intersettoriale del programma "Guadagnare salute" (4, 5).

Questa integrazione con la rete della sorveglianza è stata senza dubbio favorita dallo svolgimento di incontri e momenti formativi appositamente organizzati dal progetto PinC, che hanno coinvolto gli operatori direttamente impegnati nelle sorveglianze, in cui sono stati condivisi principi e criteri metodologici, sono state approfondite specifiche competenze di pianificazione della comunicazione e individuati strumenti utili per garantire un'impostazione partecipata delle attività.

L'attività di formazione ha riguardato anche la rete degli operatori che si sono occupati a livello territoriale di coordinare e realizzare la raccolta dati HBSC-Italia 2010. È stato, infatti, realizzato nel 2011 un percorso formativo "HBSC-Italia 2010: comunicare per l'azione", che ha coinvolto gli operatori sanitari impegnati nello studio e che ha visto la partecipazione anche di figure chiave appartenenti al mondo della scuola. Tale iniziativa è stata particolarmente importante, sia per favorire il confronto tra gli operatori, sia per rafforzare la collaborazione tra contesto sanitario e scolastico, fondamentale per la promozione di comportamenti salutari tra gli adolescenti.

10.2. Percorso formativo "HBSC-Italia 2010: comunicare per l'azione"

Il percorso formativo "HBSC-Italia 2010: comunicare per l'azione" ha favorito l'acquisizione e/o il perfezionamento di competenze nella pianificazione di attività di comunicazione al fine di realizzare strumenti volti alla diffusione capillare delle informazioni e al raggiungimento degli obiettivi comunicativi.

In particolare sono stati approfonditi i principali elementi del ciclo della progettazione, focalizzando l'attenzione sui passaggi fondamentali che la caratterizzano quali, ad esempio, lo sviluppo di un piano e di una strategia integrata, la messa a punto e il pre-test dei messaggi e degli strumenti di comunicazione, la realizzazione del progetto e la valutazione orientata al suo perfezionamento (6).

Inoltre, ampio spazio è stato dedicato alla condivisione e alla revisione di strumenti e attività di comunicazione, descritte successivamente in dettaglio, capaci di rendere fruibili i dati relativi

sui comportamenti non salutari, messi in atto dai ragazzi in età preadolescenziale e adolescenziale, nei contesti di vita per loro significativi come la famiglia, la scuola e il gruppo di pari. Tali strumenti sono stati pensati per essere utilizzati in modo coordinato nell'ambito di un processo comunicativo pianificato e armonicamente inserito all'interno di più ampi progetti orientati alla promozione della salute.

La formazione è stata strutturata in due livelli: un primo livello rivolto ai referenti regionali di HBSC-Italia 2010 e un secondo, dedicato agli operatori delle Aziende Sanitarie e organizzato dai referenti sulla base delle competenze acquisite nel corso di primo livello.

Il primo livello è stato organizzato in tre moduli distinti: i moduli 1 e 3 sono stati caratterizzati rispettivamente da due e una giornata di formazione d'aula con attività frontali, esercitazioni pratiche, lavoro a piccoli gruppi e discussione in plenaria, mentre il modulo 2 ha visto la realizzazione di vere e proprie attività di comunicazione nella Regione di appartenenza. Il secondo livello, invece, è stato organizzato dai referenti, e si è svolto in un'unica giornata di formazione.

La metodologia didattica utilizzata nel percorso formativo ha permesso di integrare costantemente aspetti teorici, attività pratiche e momenti di applicazione delle competenze acquisite sul campo.

Il confronto tra operatori appartenenti al sistema sanitario e scolastico ha inoltre permesso di aprire una riflessione sulle rinnovate caratteristiche delle iniziative di comunicazione e sui canali e gli strumenti più appropriati per favorire, all'interno di specifici contesti, la messa in atto di stili di vita salutari in età preadolescenziale e adolescenziale.

10.3. Adolescenza e comunicazione: peculiarità, accorgimenti, obiettivi

La letteratura ha ormai abbandonato la rappresentazione dell'adolescenza come inevitabile condizione di disagio tipica di un ciclo di vita, detto appunto periodo evolutivo, che si contrappone ad un periodo di stabilità rappresentato dall'età adulta. Cambiamento e sviluppo riguardano tutta l'esistenza e molti sono i momenti di transizione, che possono presentarsi come difficili e problematici, lungo tutto il ciclo di vita (6).

Negli ultimi decenni si è inoltre compreso che, nel determinare lo stato di salute degli adolescenti, l'influenza del contesto (famiglia, scuola, pari ma anche l'insieme delle opportunità offerte loro dal territorio in cui vivono) è altrettanto importante quanto le caratteristiche personali dell'individuo e che è l'interazione tra questi aspetti ad essere cruciale (7). I percorsi di sviluppo adolescenziali sono quindi il risultato della complessa interazione tra un individuo concreto – caratterizzato da una sua storia, specifiche capacità e caratteristiche personali – e un particolare contesto in cui l'adolescente è “artefice attivo” e non semplice “prodotto” della sua influenza (8).

Lo sviluppo dell'adolescente viene, infatti, definito come “azione nel contesto”, espressione che sottolinea come questa sia il risultato dell'azione dell'individuo volta a tentare di far coincidere obiettivi e potenzialità individuali con le richieste e le opportunità presenti. Un tentativo condotto con una consapevolezza certo parziale, che muta lungo lo sviluppo, alla ricerca di un equilibrato rapporto tra potenzialità e credenze individuali da un lato, opportunità e costrizioni ambientali dall'altro. In tale ricerca l'adolescente seleziona progressivamente una “nicchia ecologica” all'interno della quale far procedere dinamicamente il suo sviluppo (9). In questa prospettiva dinamica i comportamenti degli adolescenti, siano essi pericolosi o salutari, rappresentano il tentativo di raggiungere obiettivi di crescita personalmente e socialmente dotati di senso (7) e l'attenzione si sposta dai fattori di rischio ai fattori di protezione, cioè dalla ricerca

di ciò che può predire un risultato negativo a quella di che cosa può favorire un risultato positivo, anche in presenza di condizioni negative.

Questo cambio di prospettiva ha importanti conseguenze in campo preventivo. In un adolescente infatti alcuni fattori di rischio che possono influenzare negativamente la sua vita, possono essere difficilmente modificabili da adulti significativi, quali possono essere gli insegnanti o gli operatori sanitari, sia perché radicati nel passato (ad esempio una cattiva esperienza familiare), o molto complessi da affrontare, sia perché al di fuori del loro campo di azione. Al contrario, l'azione sui fattori di protezione consente di agire anche in presenza di condizioni di rischio con interventi realizzabili nel presente e alla portata delle professionalità di chi lavora con gli adolescenti (7).

Coerentemente con quanto detto, le azioni tese ad attivare fattori di protezione possono essere centrate sull'individuo come sugli elementi di contesto. Nel tradizionale, e ancora molto diffuso modello medico centrato sulla razionalità, si ritiene che la conoscenza delle possibili conseguenze a cui ci si espone assumendo un comportamento rappresenti il più valido deterrente rispetto alla sua attuazione: questo approccio, molto usato nelle campagne di prevenzione, si è dimostrato inefficace (10). In anni più recenti, la promozione di specifiche abilità cognitive, definite *life skill* nella letteratura anglosassone e considerate competenze vitali utili per il superamento dei diversi compiti di sviluppo e per la promozione del benessere, si è al contrario dimostrata azione efficace (11).

Famiglia, scuola e comunità, coerentemente con il modello ecologico proposto da Bronfenbrenner (12), sono i sistemi che possono attivare fattori di protezione. La famiglia, che rappresenta il più citato e studiato tra i sistemi indicati, può svolgere questo ruolo prima di tutto attraverso i modelli positivi di adulto che è in grado di proporre, sia in termini di comportamenti (non fumare, alimentarsi correttamente, ecc.) che di atteggiamenti di approvazione/disapprovazione espliciti e coerenti con gli stili di vita agiti. Inoltre, la famiglia esplica un ruolo centrale anche attraverso lo stile educativo messo in atto che dovrebbe essere caratterizzato dall'autorevolezza, che non si esprime solo attraverso l'esplicitazione di regole e supervisione sui comportamenti dei figli, ma anche attraverso una costante apertura e disponibilità al dialogo (7).

Un altro aspetto che sta ricevendo sempre maggiore attenzione nella letteratura internazionale è il legame tra salute e scuola (13): la vita scolastica rappresenta, infatti, per il preadolescente e l'adolescente una importante esperienza soprattutto per quanto concerne la sperimentazione del sé e la verifica delle proprie abilità cognitive e relazionali, che in questa fase della vita sono messe a dura prova (14). In particolare, il senso di appartenenza alla comunità scolastica risulta essere associato a un maggior benessere emozionale, a comportamenti prosociali, ad impegno, coinvolgimento e successo scolastico (15). Le stesse caratteristiche della scuola (in termini di struttura, composizione e clima) si dimostrano in grado di influenzare non solo il benessere generale dell'adolescente (16) ma anche le caratteristiche del gruppo dei pari che frequenta e la partecipazione alle diverse attività scolastiche (17). I ragazzi che si trovano bene a scuola, che vivono questa esperienza come positiva, sono maggiormente protetti dal coinvolgimento nei comportamenti a rischio (18).

La comunità potrebbe poi offrire agli adolescenti opportunità di aggregazione intorno ad attività personalmente significative e socialmente riconosciute (19).

I diversi fattori di protezione proposti dalla letteratura offrono un quadro apparentemente non specifico ma in realtà molto coerente: quello di un adolescente che possa individuare figure di adulti significativi che gli pongano richieste che accrescano le sue abilità cognitive e sociali, che possa vivere come sfide rilevanti, sentendosi valorizzato dal mondo adulto (7). La scuola è forse il microsistema che richiederebbe le maggiori attenzioni e investimenti perché rappresenta il luogo in cui, soprattutto in un momento storico di crisi, è possibile attivare fattori di protezione che consentano agli adolescenti di costruire percorsi di sviluppo positivi anche in

presenza di fattori di rischio (quali disagio familiare e scarse risorse territoriali), contrastando le disuguaglianze in termini di salute che è già possibile descrivere in questa fascia di età (14).

Alla luce di quanto emerso dalla letteratura internazionale, la comunicazione assume un ruolo fondamentale, non solo perché può essere utilizzata come strumento per la disseminazione e la condivisione di contenuti tecnico-scientifici volti a migliorare le conoscenze dei giovani e delle figure che a diverso titolo operano nei contesti nei quali vivono, ma anche perché essa può sostenere strategie di *advocacy*. Riprendendo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le strategie di *advocacy* si delineano come un insieme di azioni rivolte ad individui e/o gruppi sociali, progettate per ottenere impegno politico, supporto delle politiche, consenso sociale e sviluppo di sistemi di sostegno per un particolare obiettivo o programma di salute (20). In questo complesso e articolato processo, tutti gli attori dei diversi contesti, da quello socio-sanitario a quello scolastico, hanno un ruolo fondamentale in quanto possono interagire per lo svolgimento di compiti essenziali per il miglioramento della salute anche dei più giovani.

Al fine di sostenere tali interazioni, l'approccio comunicativo più adatto è quello di tipo partecipativo che, in un'ottica multi-settoriale e multi-disciplinare, pone attenzione all'attivazione e al mantenimento delle reti di relazioni e si configura come una risorsa fondamentale per l'integrazione tra le diverse parti coinvolte nello studio HBSC-Italia 2010, rappresentando un prerequisito fondamentale per aumentare l'efficacia degli interventi e delle iniziative di comunicazione.

All'interno di questa cornice teorica di riferimento, si collocano i due strumenti di comunicazione costruiti nell'ambito del percorso formativo HBSC-Italia 2010: i *focus paper* e l'*open mind*.

Entrambi sono stati realizzati considerando le indicazioni provenienti dalla letteratura scientifica in merito agli elementi che possono contribuire a determinare lo stato di salute degli adolescenti e alla iniziative che possono favorire i fattori di protezione. Sono orientati alla diffusione di innovazioni utili per la promozione di stili di vita salutari ed è molto importante che siano utilizzati in modo coordinato in un processo comunicativo pianificato.

10.4. Strumenti di comunicazione per HBSC-Italia 2010

10.4.1. *Focus paper*

I *focus paper*, diversamente dal termine anglosassone più usato di *fact sheet*, sono strumenti di comunicazione che hanno la finalità di mettere a fuoco non solo fatti (i dati risultati dall'indagine), ma anche elementi che possano essere di supporto al cambiamento e alla presa di decisioni da parte dei diversi attori sociali responsabili della salute dell'adolescente: la famiglia, la scuola e i decisori politico/amministrativi del territorio. In particolare, hanno lo scopo non solo di evidenziare i risultati emersi da uno studio, ma anche di favorire la conoscenza/coscienza delle problematiche nel contesto più allargato in cui vive l'adolescente stimolando al contempo, modelli di comportamento positivi negli adulti di riferimento responsabili della salute dell'adolescente.

I *focus paper* sono strumenti di comunicazione che integrano aspetti informativi e di orientamento all'azione. Possono essere definiti documenti sintetici che descrivono le caratteristiche e la diffusione del problema di salute che si intende affrontare, le conseguenze alle quali può condurre, nonché il ventaglio delle azioni che i diversi attori interessati possono attuare per contrastarlo. Gli obiettivi per i quali vengono messi a punto possono essere molteplici, dal trasmettere informazioni, al promuovere il confronto e lo scambio sulle

tematiche trattate, al fine di costruire alleanze e reti per favorire l'azione. In questo ultimo caso, i *focus paper* divengono strumento per condurre azioni di *advocacy* (20).

In tale ottica, nell'ambito del percorso formativo "HBSC-Italia 2010: comunicare per l'azione", i *focus paper* sono stati pensati per supportare gli operatori nell'attività di informazione e coinvolgimento degli attori sociali o meglio dei partner (destinatari intermedi) che in un programma di salute possono avere un ruolo significativo nel rapporto con i giovani e che possono facilitare e/o sostenere il cambiamento dei comportamenti, attraverso modifiche nell'ambiente di vita in cui i ragazzi agiscono.

10.4.1.1. Struttura e contenuti

I *focus paper*, che si configurano come una sintesi degli argomenti analizzati, mettono in evidenza i dati principali emersi dall'indagine HBSC-Italia 2010 e situandoli nel contesto regionale, nazionale e internazionale, in modo da avere dei punti di riferimento per leggerne i messaggi più rilevanti. Tali strumenti si propongono anche di dare suggerimenti, derivanti da una sintesi della letteratura internazionale sui diversi temi, che guidino l'azione degli adulti "significativi" (genitori, insegnanti, amministratori) per far sì che i problemi messi in evidenza dai dati possano essere utilmente gestiti in modo da ottenere il richiesto cambiamento, non solo nei comportamenti dei ragazzi, ma nel complesso dei microambienti nei quali essi sono inseriti e dai quali il loro comportamento dipende.

Tra le aree esplorate dallo studio HBSC, sono divenuti temi centrali dei *focus paper*: il fumo di sigarette, il consumo di alcolici, gli stili alimentari e l'obesità, che rappresentano alcuni degli argomenti cardine del Programma "Guadagnare salute", a cui si è aggiunta, coerentemente con le riflessioni prima condotte, la tematica della soddisfazione scolastica e delle relazioni tra pari.

I quattro *focus paper* sono stati declinati su base regionale, permettendo ai destinatari di disporre di dati relativi alla propria realtà territoriale. Ogni *focus paper* è composto da quattro facciate: il frontespizio, che oltre ad una breve presentazione dello studio HBSC-Italia 2010, riepiloga i dati nazionali e internazionali relativi alla diffusione dei temi approfonditi; due pagine interne che presentano informazioni medie relative al contesto regionale, italiano e internazionale; e la facciata conclusiva, che fornisce suggerimenti utili sulle azioni che possono essere messe in atto da tre interlocutori chiave nella promozione degli stili di vita sani quali, la scuola, la famiglia e i decisori locali.

Per le caratteristiche assunte e i contenuti trattati, si auspica che i *focus paper* possano essere utilizzati in modo mirato, soprattutto in ambienti specifici, come quello scolastico, dove l'analisi guidata dei dati presentati può stimolare lavori di gruppo, o di approfondimento, e che possano servire agli insegnanti e ai ragazzi, ma anche ai genitori. La diffusione e l'utilizzo guidato dei *focus paper* dovrebbe sostenere la promozione di comportamenti "pro" che favoriscano un approccio positivo verso quelle conoscenze e strategie che, senza essere specificatamente mirate all'evitamento del rischio, tendano piuttosto a favorire modelli equilibrati di sviluppo (es. è meglio proporre suggerimenti che favoriscano una corretta alimentazione che dare indicazioni su specifici alimenti o comportamenti da evitare).

I *focus paper* non dovrebbero, pertanto, essere utilizzati come puro strumento informativo, da distribuire e diffondere fra adulti e ragazzi, immaginando che la semplice lettura, ancorché avvenga realmente, possa di per sé sortire un qualunque effetto. Questa impostazione evidenzia, infatti, la necessità di uno slittamento da una comunicazione centrata sulla visione di una responsabilità individuale del comportamento ad una centrata sull'idea di una responsabilità sociale e su interventi integrati di comunità. Inoltre, è altrettanto importante promuovere la *health literacy*, affinché i cittadini possano aumentare le reali possibilità di fare scelte favorevoli alla salute. Gli effetti di tali interventi in termini di modifiche dei comportamenti a rischio per la salute risultano certamente molto variabili, ma, visti nel loro complesso, permettono di

affermare che risulta più facile promuovere un nuovo comportamento che farne cambiare uno errato già assunto (9). Nel caso degli adolescenti questa constatazione è particolarmente rilevante perché ci troviamo spesso al bivio di scelte di comportamenti che caratterizzeranno la vita successiva dell'individuo.

10.4.1.2. Valutazione: la ricerca formativa e il pre-test

Nel percorso di pianificazione degli strumenti di comunicazione, ha assunto particolare rilevanza la fase di ricerca preliminare, detta anche formativa, durante la quale sono state acquisite informazioni utili per la scelta dei processi comunicativi da intraprendere e degli obiettivi comunicativi da porsi. Tale attività ha permesso di approfondire le peculiarità dei comportamenti di interesse, i fattori ad essi correlati, nonché di individuare le caratteristiche e le preferenze dei destinatari, in termini di canali e messaggi da veicolare. Inoltre, in questa fase sono stati identificati gli obiettivi da raggiungere diretti al miglioramento delle conoscenze, alla modifica degli atteggiamenti e dei comportamenti a rischio messi in atto dagli individui (21).

A tal fine è stata condotta un'accurata analisi della letteratura nazionale e internazionale che ha permesso di raccogliere le informazioni ritenute necessarie e di approfondire le specificità dei target di riferimento, le motivazioni che sostengono la messa in atto dei comportamenti a rischio considerati, i contesti più appropriati nei quali utilizzare gli strumenti di comunicazione proposti e le strategie di intervento da poter attuare che vengono descritte e valutate come "buone pratiche".

Successivamente alla fase di ricerca formativa, è stato condotto il pre-test dei *focus paper* che ha rappresentato un momento fondamentale al fine di: ottenere informazioni sull'appropriatezza dello strumento creato rispetto alle caratteristiche dei destinatari ai quali è rivolto; stabilire la coerenza dei materiali prodotti rispetto agli obiettivi da raggiungere; avviare un processo iterativo con l'obiettivo di rivedere più volte il materiale prodotto fino a quando non sia ritenuto efficace (22).

Per la realizzazione del pre-test è stata richiesta la collaborazione dei referenti regionali e degli operatori che hanno partecipato al percorso formativo, i quali hanno testato, nelle Regioni di appartenenza, due dei quattro *focus paper* realizzati: fumo e soddisfazione scolastica, oppure alcol e alimentazione-attività fisica.

Il pre-test ha coinvolto quattro figure chiave nella promozione della salute: i dirigenti scolastici, gli insegnanti, i genitori e gli operatori di 15 Regioni del territorio nazionale. Dopo aver presentato le finalità dell'iniziativa, è stato chiesto a dirigenti scolastici e genitori di visionare criticamente il materiale proposto e di rispondere ad un questionario che ha permesso di individuarne i punti di forza e le criticità.*

Gli insegnanti e gli operatori, oltre ad aver contribuito direttamente alla revisione dei *focus paper*, hanno avuto un ruolo fondamentale nel coinvolgimento e nella rilevazione delle opinioni dei dirigenti scolastici e dei genitori, proponendo loro due questionari per valutare la chiarezza e l'utilità dei messaggi proposti e la piacevolezza della veste grafica.

L'analisi dei dati raccolti ha permesso di rivedere i *focus paper* e di adattarli alle esigenze evidenziate dalle figure coinvolte nel pre-test.

In questa fase della valutazione le figure coinvolte a diversi livelli e con diversi ruoli sono state:

– *Operatori sanitari*

Gli operatori hanno avuto un ruolo centrale nel contattare e coinvolgere nel pre-test i dirigenti scolastici e gli insegnanti. Dopo una prima fase di contatto con le scuole, sono stati organizzati incontri con gli insegnanti per esplicitare le finalità dell'iniziativa e per

* Per informazioni relative ai questionari utilizzati, scrivere a: guadagnaresalute@iss.it

coinvolgerli nell'organizzazione degli incontri con i genitori e nella distribuzione e raccolta dei questionari ai dirigenti scolastici.

Al fine di ottenere informazioni utili sul processo, è stato chiesto agli operatori di compilare una scheda di valutazione che ha permesso di individuare le criticità emerse nell'organizzazione delle attività di valutazione nel contesto scolastico.

In particolare, sono state riscontrate difficoltà nell'organizzare gli incontri dedicati ai genitori (46%) e agli insegnanti (15%) a causa dei molteplici impegni scolastici e lavorativi, nel raccogliere i questionari distribuiti ai dirigenti scolastici (15%) e nell'informatizzare i dati raccolti attraverso l'utilizzo di un database costruito *ad hoc* (15%) dal gruppo di lavoro del CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute).

Nonostante le difficoltà emerse da un punto di vista organizzativo, i *focus paper* sono stati ritenuti strumenti di comunicazione densi di informazioni importanti e utili sia per condurre azioni di *advocacy* rispetto ai temi trattati che per affrontare tematiche verso le quali, spesso, viene evidenziato un senso di rassegnazione da parte di adulti e insegnanti. Per la densità dei dati contenuti, gli operatori hanno suggerito di ridurre il testo, di rendere più leggibili i grafici e di fornire più puntuali indicazioni per l'azione.

– *Insegnanti*

In linea con le osservazioni degli operatori, anche i docenti, figure di mediazioni essenziali nel rapporto con i genitori, hanno messo in evidenza alcune difficoltà nell'organizzazione degli incontri ad essi dedicati (27%) mentre minori sembrano essere state le criticità nell'illustrazione delle finalità dell'intervento (4%), nella presentazione delle procedure relative alla compilazione del questionario di valutazione distribuito (4%) e nella raccolta dei questionari compilati durante l'incontro (4%). L'esplicitazione delle difficoltà organizzative ha permesso una riflessione più ampia sulla possibilità di coinvolgere i genitori raggiungendoli direttamente a domicilio al fine di evitare che gli impegni lavorativi e/o familiari siano di impedimento alla loro partecipazione. Del resto, il coinvolgimento delle famiglie è un aspetto molto importante e caratterizzante la buona riuscita delle iniziative attivate nel contesto scolastico; ciò è ancora più vero quando si tratta di nuclei familiari problematici e verso i quali si deve prestare ancora più attenzione ottimizzando le strategie a disposizione in modo tale da avere una ricaduta positiva anche sui figli. Infine gli insegnanti, consapevoli dell'importanza delle collaborazioni anche con le istituzioni del mondo sanitario, auspicano il mantenimento di continue sinergie tra i diversi sistemi interessati nell'ambito della promozione degli stili di vita salutari.

– *Genitori*

Il pre-test dei *focus paper* ha coinvolto 453 genitori che, in base alla Regione di appartenenza, hanno visionato gli strumenti di comunicazione dedicati ai temi del fumo e della soddisfazione scolastica, oppure relativi all'alcol e l'alimentazione/attività fisica, ed hanno compilato un questionario strutturato per raccogliere le loro opinioni sull'utilità delle informazioni presentate negli strumenti di comunicazione, sui messaggi principali percepiti, sulla comprensibilità dei contenuti e la piacevolezza della veste grafica. Trasversale a tutti e quattro gli argomenti è la percezione dell'utilità delle informazioni contenute nei *focus paper* che, a seconda dell'argomento trattato, oscilla dall'83% (alimentazione e attività fisica) al 94% (consumo di alcol).

Al contrario, tra coloro che hanno dichiarato di non aver trovato indicazioni utili, percentuale che in questo caso varia dal 6% relativamente ai materiali dedicati al consumo di alcol, al 17% per quelli riguardanti l'alimentazione-attività fisica, alcuni sostengono di aver già affrontato i problemi trattati, di non considerare le tematiche come

problematiche, di essere già a conoscenza dei risultati dello studio HBSC-Italia 2010, nonché di sapere quali azioni intraprendere per incidere o affrontare gli argomenti presentati negli strumenti di comunicazione.

Oltre alla percezione dell'utilità dei *focus paper* nel permettere un approfondimento sui dati relativi alla diffusione dei comportamenti a rischio in adolescenza, i genitori li considerano un valido strumento per ottenere indicazioni sulle modalità attraverso le quali affrontare alcune tematiche con i propri figli. In particolare, hanno dichiarato di aver percepito l'importanza di dialogare di più con i ragazzi e ascoltare il loro punto di vista (fumo: 54%; soddisfazione scolastica: 43%; consumo di alcol: 40%), dare informazioni corrette sugli argomenti considerati (fumo: 39%; consumo di alcol: 52%), trasmettere regole e valori ed essere di esempio fornendo modelli di riferimento per la messa in atto di comportamenti positivi per la salute (fumo: 16%; consumo di alcol: 24%; alimentazione e attività fisica: 20%). Quest'ultimo aspetto, in linea con le indicazioni precedentemente presentate, ribadisce l'importante ruolo degli adulti di riferimento per la promozione di stili di vita salutari nei ragazzi, attraverso l'adozione di modelli comportamentali positivi all'interno dei contesti in cui l'adolescente vive.

Indipendentemente dall'area tematica trattata in ciascuno dei *focus paper*, il questionario ha permesso di approfondire le opinioni dei genitori in merito a tre macro-aree: i contenuti, la comprensibilità dei messaggi e la veste grafica. In particolare, è stato chiesto agli adulti di valutare se i materiali fossero in grado di catturare la loro attenzione; tra questi il 22% ha risposto "molto", il 73% "abbastanza" e il 5% "per niente". Ancora, è stato indagato il livello di interesse suscitato dalle tematiche affrontate nelle schede: il 42% dei genitori le ha trovate "molto interessanti", il 54% "abbastanza" e il 4% "per niente". Tra coloro che hanno risposto "per niente", è stata messa in evidenza la scarsa chiarezza (2%) e la poca credibilità (2,4%) dei messaggi. Inoltre, il 3% dei genitori ha trovato i contenuti noiosi e l'1% irritanti, mentre il 7% ha evidenziato la troppa densità dei contenuti e il 3% la poca comprensibilità di alcune parole. La veste grafica è stata apprezzata "molto o abbastanza" dal 92% dei genitori e "per niente" dall'8%. Sono stati suggeriti alcuni cambiamenti legati ai colori utilizzati (9%), al carattere (9%) e alle illustrazioni (6%) anche se la grafica è stata considerata un aspetto a supporto della lettura (77%) e le immagini esplicative dei contenuti trattati (89%).

Sulla base dei risultati ottenuti, verrà realizzato un ulteriore strumento di comunicazione espressamente rivolto ai genitori, che riferendosi ai contenuti affrontati nei *focus paper*, si propone di fornire informazioni e indicazioni per azioni che possano favorire il confronto con i ragazzi e la promozione di comportamenti salutari.

– *Dirigenti scolastici*

All'interno del contesto scolastico, i dirigenti svolgono un ruolo chiave per la promozione di strategie e interventi a favore della salute. Per rendere i *focus paper* strumenti di supporto al loro lavoro sono stati coinvolti nel pre-test.

Complessivamente hanno partecipato 27 dirigenti scolastici che hanno trovato utili le informazioni contenute negli strumenti proposti, indipendentemente dall'argomento trattato (n. 26). Gli strumenti di comunicazione sono stati utili per acquisire nuove informazioni sui comportamenti a rischio considerati e, inoltre, hanno permesso una riflessione sulle azioni da intraprendere nella scuola. In particolare, è stata percepita l'importanza di promuovere comportamenti salutari attraverso iniziative di educazione alla salute, predisporre un ambiente scolastico libero dal fumo, che sostenga le relazioni tra pari e favorisca il movimento, l'attività fisica e la sana alimentazione. Inoltre, i dirigenti hanno percepito la necessità di attivare interventi integrati che permettano, sia la

costruzione di alleanze con i genitori e le istituzioni locali, che il pieno coinvolgimento e la responsabilizzazione degli studenti.

Così come per i genitori, anche ai dirigenti scolastici sono state richieste indicazioni sulla comprensibilità dei messaggi proposti e la veste grafica. I *focus paper* sono stati in grado di catturare molto o abbastanza l'attenzione dei 27 presidi coinvolti che, in aggiunta, hanno considerato le schede interessanti (molto: n. 14; abbastanza: n. 13). Nel complesso i contenuti sono risultati chiari e comprensibili; solo in 5 casi è stata evidenziata una scarsa chiarezza dei messaggi (n. 1), di alcune delle parole utilizzate (n. 1) e un sovraccarico di informazioni (n. 3). Dal punto di vista grafico, i *focus paper* piacciono molto (n. 7) o abbastanza (n. 19) e solo in un caso per niente. Lo stile proposto, nel complesso, sembra facilitare la lettura dei contenuti (n. 20). Tra gli aspetti migliorabili sono stati citati: le illustrazioni (n. 1), l'impaginazione (n. 1) e il carattere (n. 3).

Il pre-test si è confermato un momento utile nella fase di pianificazione di una strategia comunicativa. In questo caso ha permesso di indirizzare la revisione dei materiali prodotti, rendendo più chiari i contenuti ed eliminando concetti e parole molto complesse e poco comprensibili, nonché di modificare alcuni aspetti grafici in modo tale da rendere più facile la lettura dei dati presentati.

10.4.1.3. Distribuzione dei *focus paper*

I *focus paper* sono stati inviati ai referenti regionali che hanno partecipato al percorso formativo che si occuperanno di organizzare la distribuzione capillare sul territorio coinvolgendo Servizi e figure chiave che possano utilizzare tali strumenti in modo mirato con i target ai quali sono rivolti. È stata predisposta anche una versione digitale, che verrà resa disponibile online.

10.4.2. *Open mind*: un kit educativo multimediale

Negli ultimi anni la comunicazione sta assumendo sempre nuove caratteristiche e si sta avvalendo di canali e strumenti, soprattutto mediali, eterogenei per contenuto e modalità espressive, che hanno l'obiettivo di coinvolgere attivamente i destinatari ai quali sono rivolti. In un momento storico di sovraesposizione a messaggi e informazioni di diverso genere, diventa indispensabile che anche la comunicazione per la promozione degli stili di vita salutari sia in grado di individuare strategie più inclini al cambiamento di scenario che si sta attraversando (23). Alla luce di ciò e nell'ottica di una maggiore integrazione tra progetti riguardanti la comunicazione e la promozione degli stili di vita salutari in adolescenza, è stata pianificata un'attività di comunicazione che ha permesso la messa a punto di uno strumento educativo multimediale detto *Open mind HBSC*.

10.4.2.1. Struttura e contenuti

L'*Open mind HBSC* può essere definito come una "cassetta degli attrezzi" composta da un CD-ROM dedicato all'intero gruppo classe e un *booklet* destinato a ciascuno degli studenti che ne fanno parte. Di facile fruizione, e caratterizzato da un'interfaccia intuitiva, lo strumento ha l'obiettivo di approfondire e sostenere il confronto di idee, opinioni ed esperienze su tre tematiche:

- il consumo di alcol e i suoi effetti;
- il fumo e le sue conseguenze sulla salute;

- i rapporti tra adolescenti e le *life skill*.

I contenuti dei capitoli sono organizzati all'interno di una struttura ricorrente che prevede: domande-stimolo che hanno la finalità di attivare la riflessione sull'argomento proposto e promuovere il confronto tra differenti punti di vista al fine di evitare una canonica fruizione passiva dei contenuti; attività pratiche, da svolgere in piccolo e grande gruppo, e approfondimenti nozionistici che permettano di visualizzare informazioni chiave sulle tematiche trattate.

Tra le attività proposte nell'*Open mind HBSC* è previsto anche un breve questionario composto da dieci domande che hanno l'obiettivo di esplorare gli atteggiamenti dei ragazzi rispetto a scenari ipotetici tratti dalla loro vita quotidiana. Inoltre, al fine di lasciare agli studenti una traccia tangibile del percorso al quale hanno partecipato, è stato ideato un *booklet* all'interno del quale vengono riproposti sinteticamente i contenuti trattati.

Infine, all'interno del CD e in formato digitale, è stata inserita la Guida Didattica per il formatore, un breve manuale che dettaglia i contenuti delle unità, fornisce informazioni utili sulle modalità attraverso le quali possono essere proposti e sulle funzioni che assolvono. Ancora, la guida offre suggerimenti per incentivare la promozione della partecipazione e del coinvolgimento dei ragazzi e, sebbene l'*Open mind* sia uno strumento di facile utilizzo e non richieda alcuna complessa interazione con il personal computer, offre dettagli tecnici per la sua fruizione.

10.4.2.2. Utilizzo nel contesto scolastico

Gli interventi di comunicazione per la promozione degli stili di vita salutari nella scuola devono prestare particolare attenzione al coinvolgimento e all'attivazione di collaborazioni tra le figure chiave del contesto scolastico. In particolare, il confronto e lo scambio tra insegnanti e studenti, e tra gli alunni stessi, rappresentano un'opportunità di crescita e di acquisizione di nuove competenze e conoscenze per tutti i soggetti. Gli studenti e i docenti, dunque, sono stati individuati come figure chiave nell'utilizzo dello strumento e i contenuti dei capitoli sono stati strutturati in modo tale da poter essere utilizzati in lezioni mediate dall'insegnante oppure svolte attraverso la metodologia della *peer education*:

- *Insegnanti*

La relazione tra l'insegnante e lo studente è centrale nei processi educativi e di apprendimento. L'ascolto, il rispetto reciproco e il confronto tra i differenti punti di vista sono elementi chiave affinché si possano acquisire nuove conoscenze e competenze all'interno di uno spazio di riflessione e di apprendimento significativo, auto-motivato e basato sull'esperienza (24). L'utilizzo dell'*Open mind HBSC*, oltre a permettere ai ragazzi l'acquisizione di nuove informazioni, è utile in quanto può sostenere lo sviluppo di competenze di analisi critica dei contenuti proposti. In questa ottica l'insegnante facilita la circolazione di informazioni sulla salute e sostiene processi di scambio e confronto tra i partecipanti di un gruppo classe di cui è parte integrante. La sua funzione è quella di guidare i ragazzi nell'esplorazione dei contenuti e di facilitare e incoraggiare il confronto tra le opinioni emergenti, fornendo un contributo importante per la crescita del singolo individuo e del gruppo (25).

- *Studenti (peer educator)*

Le attività e i contenuti proposti nell'*Open mind HBSC* possono essere utilizzati per l'organizzazione di lezioni condotte dagli studenti in qualità di *peer educator*.

La *peer education*, che si identifica come una strategia educativa volta ad attivare processi spontanei di passaggio di conoscenze, emozioni ed esperienze da parte di alcuni membri di un gruppo ad altri di pari status, è un processo di comunicazione globale che si configura come un'importante opportunità nel rendere i ragazzi soggetti attivi della

propria crescita e formazione (26). Il confronto tra i giovani, in assenza di un adulto, sostiene lo scambio e la riflessione sui temi proposti all'interno di un clima di maggiore libertà di espressione. Soprattutto alcune tematiche (es. il consumo di alcol e il fumo di sigarette) sono molto complesse da affrontare e condividere con gli insegnanti, e per questo motivo gli studenti preferiscono spesso parlarne liberamente con chi sentono più vicino, come ad esempio con un compagno di scuola o un amico. Tale metodologia, che ha il vantaggio di incidere e modificare le "prassi educative verticali", richiede di dedicare molta attenzione sia alla fase della sua preparazione, in quanto necessita di un'opportuna pianificazione, sia al coinvolgimento dei vari attori interessati, e soprattutto degli studenti che svolgeranno il ruolo di *peer educator* (27). Gli insegnanti saranno figure chiave nella formazione dei *peer educator*, nel supervisionare il loro operato e nel fornire tutte le informazioni che permettano ai ragazzi di utilizzare lo strumento in autonomia e nella consapevolezza di poter contare sulla collaborazione di adulti esperti.

In particolare, gli insegnanti potranno:

- promuovere l'iniziativa nel contesto scolastico e incoraggiare la candidatura degli studenti che vorranno diventare *peer educator*;
- formare i *peer educator* sui contenuti dell'*Open mind* e riflettere insieme a loro sulle modalità più indicate nel presentare e condividere, con i ragazzi dei gruppi classe che parteciperanno all'iniziativa, i contenuti e le attività;
- supervisionare lo svolgimento delle attività e rendersi disponibili per affrontare dubbi e/o perplessità emergenti nei *peer educator*.

A seguito del processo di formazione, i *peer educator* saranno in grado di:

- utilizzare l'*Open mind* per introdurre l'argomento da sviluppare;
- trasmettere i contenuti agli altri studenti attraverso linguaggi e metodologie comunicative che rispecchiano le sue idee e la sua personalità;
- stimolare la riflessione e lo scambio di opinioni;
- motivare i ragazzi alla libera espressione di sé, dei loro bisogni e delle loro idee in merito agli argomenti trattati;
- guidare il gruppo classe nell'esperienza stimolando interazioni, empatia e espressione creativa.

10.4.2.3. Valutazione: il pre-test

Un'accurata analisi della letteratura nazionale e internazionale ha permesso di raccogliere dati e informazioni sulla diffusione dei comportamenti a rischio messi in atto dagli adolescenti, sulle azioni utili ai fini della promozione degli stili di vita sani e sulle strategie comunicative più efficaci per incentivare il dialogo e il confronto con i giovani sui temi trattati. Le indicazioni raccolte sono state utilizzate per l'ideazione dei contenuti e delle attività dell'*Open mind* e per la definizione delle strategie attraverso le quali proporlo nelle classi. Tuttavia, prima della messa a punto della versione definitiva e della sua diffusione sul territorio nazionale, lo strumento è stato pre-testato grazie alla collaborazione di alcuni ragazzi delle scuole medie e superiori. Come già accennato, nel processo di pianificazione delle strategie comunicative, il pre-test rappresenta un momento molto importante in quanto permette di identificare i punti di forza e di debolezza dello strumento consentendo, se necessario, una sua riformulazione in modo da poterne aumentare la qualità e l'efficacia.

Per lo svolgimento del pre-test ci si è avvalsi della tecnica del focus group, uno strumento di indagine basato su una discussione di gruppo informale, che ha l'obiettivo di approfondire una tematica o un argomento specifico. L'interazione tra i membri del gruppo si configura come aspetto centrale in quanto i partecipanti hanno l'opportunità di confrontare idee, opinioni ed

esperienze rispetto alla tematica oggetto della discussione, di esprimere ciò che sentono e provano, di definire i motivi che li spingono a mettere in atto certi comportamenti piuttosto che altri e di rivedere in itinere le proprie opinioni.

I *focus group*, della durata di circa un'ora e mezza ciascuno, hanno coinvolto gli studenti di interi gruppi classe reclutati attraverso un campionamento di convenienza e individuati grazie al contributo di alcuni referenti regionali.

In particolare, le discussioni di gruppo hanno permesso la produzione di idee e spunti di riflessione essenziali per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- esplorare i fattori che contrastano l'iniziazione e il mantenimento dei comportamenti a favore della loro salute;
- individuare i punti di forza e di debolezza dello strumento presentato (in termini sia di immagini che di contenuto);
- analizzare i messaggi principali percepiti dai partecipanti al pre-test;
- comprendere in che modo è possibile migliorare lo strumento di comunicazione ideato.

Risultati

Il pre-test ha coinvolto 81 studenti di quattro classi delle scuole medie (n. 2) e superiori (n. 2) di due Regioni italiane: la Liguria e la Calabria. Hanno partecipato ai focus group 33 alunni delle scuole medie (età media: 13; maschi: 21; femmine: 12) e 48 adolescenti delle scuole superiori (età media: 15; maschi: 25; femmine: 23). L'indagine si è svolta nella totale garanzia dell'anonimato e ai genitori dei ragazzi coinvolti è stato chiesto di compilare il consenso informato nel rispetto della normativa vigente sul trattamento dei dati personali.

Considerando le diverse caratteristiche dei ragazzi coinvolti, e prestando particolare attenzione all'età, di volta in volta è stata definita la tematica da affrontare nei focus group. Con i ragazzi delle scuole superiori è stato possibile approfondire le unità riguardanti i comportamenti a rischio, mentre con gli studenti delle scuole medie si è deciso di affrontare il tema delle relazioni tra pari. Ciò nonostante, in una delle due classi delle scuole medie si è ritenuto utile mostrare l'intervista doppia e aprire uno spazio di riflessione sulle motivazioni che spingono i giovani ad iniziare a fumare e/o bere alcol.

Da un'analisi preliminare dei dati qualitativi raccolti attraverso i focus group, è stato possibile ottenere indicazioni utili per una revisione dei contenuti e delle attività proposte nello strumento. In particolare, il contributo dei ragazzi è stato importante per apportare miglioramenti trasversali ad alcune delle tematiche e dei contenuti trattati. Nonostante nella fase di costruzione dei materiali sia stata prestata molta attenzione al linguaggio utilizzato, i ragazzi hanno individuato parole e frasi idiomatiche ormai desuete e non in linea con le espressioni tipiche della cultura giovanile che, sulla base dei loro suggerimenti, sono state modificate e sostituite con modi di dire più attuali e rappresentativi della loro esperienza quotidiana.

Ancora, il confronto e lo scambio tra i ragazzi ha permesso di rivedere e sostituire alcuni dei contenuti presentati, spesso ancorati ad un'immagine stereotipata di giovani troppo impegnati, nel loro tempo libero, ad utilizzare il computer e i social network e poco inclini a mantenere relazioni sociali con gli amici. Infine, i commenti degli studenti sono stati utili per rivedere sia aspetti legati alla presentazione grafica degli stimoli visivi e agli effetti sonori utilizzati nell'*Open mind*, che relativi al possibile utilizzo dello strumento in lezioni mediate dall'insegnante oppure da un *peer educator*. Nella maggior parte dei casi, i giovani hanno espresso la volontà di voler affrontare i contenuti dell'*Open mind* con un compagno più grande piuttosto che con un docente. Ciò è particolarmente vero per le tematiche legate al consumo di alcol e al fumo di sigarette, mentre per quanto riguarda l'unità dedicata alle relazioni tra pari, i giovani pensano di poter trattare l'argomento anche con un adulto.

10.4.2.4. Valutazione post-intervento

La valutazione degli effetti prodotti dalla messa in atto di un intervento di comunicazione assume molta importanza in quanto permette di raccogliere indicazioni utili sulla capacità che esso ha di produrre i cambiamenti auspicati e di raccogliere informazioni che possano supportare il delinearsi di prospettive di miglioramento future. A tal fine, fra gennaio e giugno 2012, è stato sperimentato e valutato un intervento di comunicazione, basato sull'utilizzo dell'*Open mind*, nel quale sono stati coinvolti studenti delle scuole medie e superiori del territorio nazionale.

L'intervento, articolato in quattro incontri della durata di circa un'ora e mezza ciascuno, è stato condotto dagli insegnanti delle scuole coinvolte che, dopo essere stati opportunamente formati, hanno presentato e approfondito insieme agli studenti i contenuti e le attività dell'*Open mind*.

Per valutare l'efficacia dell'intervento è stato realizzato uno studio che ha avuto l'obiettivo di esplorare i cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti connessi agli argomenti trattati durante gli incontri.

Risultati

Lo studio è stato condotto su un campione di 358 studenti di 8 Regioni italiane: Abruzzo, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise, Piemonte e Sicilia. È stata prevista la somministrazione ripetuta di un questionario, compilato in forma anonima, sia prima che dopo la messa in atto dell'intervento.* Lo strumento di valutazione pre-intervento è stato strutturato in modo da raccogliere informazioni sui comportamenti a rischio trattati nell'intervento di comunicazione, quali il consumo di alcol e il fumo di sigarette, il benessere soggettivo e la percezione dell'autoefficacia. Nel questionario post-intervento, oltre agli argomenti appena citati, sono state presentate anche alcune domande utili all'esplorazione del grado di soddisfazione percepito a seguito della partecipazione all'*Open mind*, dei punti di forza e di debolezza individuati, nonché rispetto alla possibilità offerta ai ragazzi di riflettere sulle relazioni tra pari e sui comportamenti che possono danneggiare la loro salute.

Gli atteggiamenti e i comportamenti sono stati studiati con le risposte ad affermazioni su scala Likert, con un valore compreso tra 1 e 4 (1 = per niente; 4 = molto) e, in alcuni casi, da 1 a 5. Per ciascuna domanda è stata confrontata la risposta data al pre-test e al post-test attraverso un'analisi grafica preliminare (boxplot) e il test non parametrico di Wilcoxon per dati ordinali appaiati. Il confronto delle risposte nel tempo è stato condotto sia sul campione complessivo che separatamente per sesso e tipo di scuola (media, superiore) e, laddove non siano emerse differenze statisticamente significative nel tempo per alcune variabili, l'analisi è stata condotta sui dati del post-test, ovvero i più recenti. Le eventuali associazioni fra alcune caratteristiche demografiche dei rispondenti e i cambiamenti misurati nell'ambito della percezione dell'autoefficacia e della messa in atto di comportamenti a rischio sono stati indagati con l'obiettivo di mettere in evidenza la capacità dell'intervento di produrre gli stessi cambiamenti in gruppi di studenti aventi peculiarità diverse.

Su 358 ragazzi coinvolti nell'intervento, sono stati analizzati i questionari di 332 di loro in quanto 23 hanno partecipato solo al pre- o al post-test e 3 non hanno fornito tutte le informazioni socio-demografiche richieste; complessivamente, il campione è composto da 184 ragazze (pari al 55,4%) e 148 ragazzi (pari al 44,6%) di età compresa tra i 12 e i 19 anni (Tabella 10.1).

Dalle analisi dei dati raccolti, condotte separatamente per genere e scuola di appartenenza, è stato messo in evidenza un cambiamento significativo, tra il pre- e post-test, nelle ragazze e negli studenti delle scuole medie che, a seguito dell'intervento, si sono percepiti più capaci di far fronte ai problemi della vita di ogni giorno e più in grado di prendere decisioni importanti per la loro vita.

* Per informazioni relative ai questionari utilizzati, scrivere a: guadagnaresalute@iss.it

Tabella 10.1. Campione dell'intervento di comunicazione

Sesso	Scuola media		Scuola superiore		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
Femmine	96	50	88	64	184	55
Maschi	98	50	50	36	148	45
Totale	194	100	138	100	332	100

Gli studenti delle scuole superiori, invece, si sono percepiti significativamente più sicuri nel poter imparare nuove capacità in base alle esigenze di volta in volta emergenti. Ancora, le femmine sembrano avere più fiducia, rispetto ai maschi, nel fatto di poter essere fermate dagli amici nel caso in cui questi ultimi si accorgessero che stanno compiendo qualcosa che, generalmente, si ritiene sbagliato. Inoltre, si ritengono molto capaci di offrire aiuto e solidarietà nei confronti di un compagno che si trova in difficoltà e nel capire gli stati d'animo degli altri anche quando non risultano evidenti.

Relativamente ai comportamenti a rischio, considerando il campione complessivo, si è verificato un cambiamento significativo nelle risposte alla domanda “quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?”. A fronte di una diminuzione di studenti che hanno dichiarato “mai” (dall'85% prima dell'intervento al 79% dopo), si è verificato un aumento della risposta “meno di 1 sigaretta a settimana” (dal 5,4% al 8,4%) e ciò è dovuto soprattutto alle risposte fornite dai maschi.

Poiché non sono state osservate differenze statisticamente significative, tra il pre- e il post-intervento, in relazione alle variabili relative al consumo di bevande alcoliche sono stati analizzati i dati più recenti. Questi ultimi hanno evidenziato che, negli ultimi 30 giorni, l'82% dei rispondenti non ha mai bevuto tanto da essere ubriaco (75% dei maschi e l'89% delle femmine). Inoltre, agli studenti è stato chiesto se negli ultimi 6 mesi si fossero azzuffati o picchiati con qualcuno, il 73% di loro ha dichiarato di non averlo mai fatto, il 24% di averlo fatto da una a tre volte, mentre il 3% di esser stato coinvolto ben quattro o più volte. Questo è particolarmente vero per i ragazzi (5%), soprattutto di età compresa tra i 13 e i 14 anni.

Come precedentemente accennato, all'interno del questionario sono state previste domande con l'obiettivo di esplorare la percezione soggettiva del loro benessere attraverso una scala da 0 a 10 (0=la peggior vita possibile; 10=la migliore vita possibile). Considerando il campione complessivo, c'è stato un aumento delle risposte positive (modalità 9 e 10). Questa variazione, anche se dovuta soprattutto ad un cambiamento nelle risposte delle ragazze, sembra evidenziare un generale miglioramento nella percezione del benessere da parte degli studenti.

L'intervento è stato apprezzato molto/abbastanza dal 93% delle ragazze e, in particolare, dagli studenti delle scuole medie (45% abbastanza, 43% molto); entrambi i gruppi hanno affermato che la partecipazione al Progetto ha permesso loro di riflettere sulle relazioni che hanno con i loro compagni/e e sui comportamenti dannosi per la loro salute, quali bere e fumare.

La valutazione degli effetti si è quindi dimostrata utile per mettere in evidenza i possibili cambiamenti derivanti dalla partecipazione ad un intervento di comunicazione.

Complessivamente, anche se con alcune differenze legate al genere e alla scuola di appartenenza, l'intervento sembra aver prodotto un miglioramento in relazione ad alcuni aspetti legati alla percezione dell'autoefficacia, quali ad esempio far fronte ai problemi quotidiani, prendere decisioni importanti per la propria vita, dare/ricevere aiuto da parte dei compagni, nonché rispetto alla percezione soggettiva del benessere. Al contrario, non sono avvenuti

cambiamenti significativi, e in positivo, rispetto al cambiamento nei comportamenti a rischio considerati.

I risultati ottenuti dalla valutazione d'efficacia, oltre a fornire indicazioni utili sugli effetti che l'intervento ha avuto sulla percezione dei ragazzi sulle loro capacità e sul cambiamento dei comportamenti a rischio presi in esame, fornisce indicazioni utili al fine di orientare interventi futuri. In particolare, sebbene la comunicazione sia uno strumento importante per sollecitare la riflessione su argomenti legati alla promozione della salute dei ragazzi, essa si configura come uno degli aspetti di interventi integrati, che permettono di agire contemporaneamente su diversi aspetti dello stile di vita in un'ottica di reciproco rinforzo, multicomponenti e in grado di far leva sulla partecipazione attiva dei destinatari ai quali sono rivolti.

Conclusioni

Nel contesto della sorveglianza e in accordo con il principio della “sorveglianza per l'azione”, la comunicazione per la salute si configura come azione primaria e iniziale per la promozione di corretti stili di vita. Infatti, la comunicazione per la salute può essere utile per informare e sensibilizzare la popolazione, per creare attenzione e garantire conoscenza su alcuni temi di salute, oppure può favorire il cambiamento di atteggiamenti, comportamenti e stili di vita, fino a contribuire alla modifica del sistema di valori degli individui. Se gli obiettivi di tipo informativo sono più facilmente raggiungibili, gli altri sono più ambiziosi in quanto implicano un coinvolgimento più profondo dei destinatari (23). Per raggiungere tali obiettivi e realizzare una comunicazione efficace è essenziale una corretta pianificazione e valutazione di tutte le attività e degli strumenti ideati, volti ai diversi target e una comunicazione interna partecipata e trasparente, che possa sostenere e facilitare il coinvolgimento di tutte le figure chiave del sistema di sorveglianza.

Infine, per la promozione di stili di vita salutari tra i giovani è importante evidenziare che la comunicazione assume un ruolo fondamentale, non solo perché può favorire il miglioramento delle conoscenze tra i giovani, ma anche perché può facilitare il coinvolgimento di figure di riferimento che possono agire sui fattori di protezione e sostenere strategie di *advocacy*.

Bibliografia

1. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del “Sistema di Sorveglianza PASSI”. *Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/30).
2. O'Fallon LR, Deary A. Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environmental health perspectives* 2002;110:155-9.
3. Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute. *Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute (PinC)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.guadagnaresalute.it/promozione/promozioneProgettoPinC.asp>; ultima consultazione 3/01/2013.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. *Gaining health - The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Copenhagen: WHO; 2006.
5. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 4 maggio 2007. Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari. *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultima consultazione 25/8/2009.

6. Cattaneo C, De Mei B, Lamberti A, Perra A, Contoli B, Dittami A, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008-9. Ruolo della comunicazione nel sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/14). p. 80-8.
7. Jessor R. Presentazione. In: Bonino S, Cattellino S, Ciairano S. *Gli adolescenti e i comportamenti a rischio*. Firenze: Giunti; 2003. p. 9-10.
8. Bandura A. Sviluppo sociale e cognitivo secondo una prospettiva agentic. In: Caprara GV, Fonzi A. (Ed.). *L'età sospesa, itinerario del viaggio adolescenziale*. Firenze: Giunti; 2000. p. 27-58.
9. Bruner J. *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri; 1992.
10. Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, Kiwanuka-Tondo J, Fleming-Milici F, Proctor D. A meta-analysis of the effect of mediated health communication campaigns on behavior change in the United States. *J Health Commun* 2004;9:71-96.
11. World Health Organization. *Life skills education in school*. Geneva: WHO; 1993.
12. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology* 1986;22:723-42.
13. Fredericks JA, Blumenfeld PC, Paris AH. School engagement: potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research* 2004;74:59-109.
14. Pombeni ML. L'adolescente e i gruppi di coetanei. In: Palmonari A (Ed.). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino; 1997. p. 251-70.
15. Osterman KF. Students' need for belonging in the school community. *Review of Educational Research* 2000;70:323-67.
16. Santinello M, Vieno A, De Vogli R. Primary headache in Italian early adolescents: The role of perceived teacher unfairness. *Headache* 2009;49:366-74.
17. Crosnoe R, Needham B. Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development* 2004;75:264-79.
18. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith O, Barnekow V. (Ed). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study>; ultima consultazione 31/12/2012.
19. Zambon A, Morgan A, Vereecken C, Colombini S, Boyce W, Mazur J, Lemma P, Cavallo F. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:89-95.
20. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO; 1998. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>; ultima consultazione 31/12/2012.
21. Noar SM. A 10-year retrospective of health mass media campaigns: where do we go from here? *J Health Commun* 2006;11:21-42.
22. Mc Cormack Brown K, Linderberger JH, Bryanti CA, Using pretesting to ensure your messages and materials are on strategy. *Health Promot Pract* 2008;9:116-22.
23. Cucco E, Pagani R, Pasquali M, Soggia A. *Secondo rapporto sulla comunicazione in Italia*. Bologna: Il Mulino; 2011.
24. Rogers CR. *Libertà nell'apprendimento*. Firenze: Giunti Barbera; 1973.

25. Francescato D, Putton A, Cudini S. *Stare bene insieme a scuola – strategie per un’educazione socio-affettiva dalla materna alla media inferiore*. Roma: Carocci; 2001.
26. Boda G. *Life skills e peer education: strategie per l’efficacia personale e collettiva*. Milano: La Nuova Italia; 2001.
27. Baumgartener E, Bombi AS, Pastorelli C. Dall’educazione “verticale” all’educazione “orizzontale”: i coetanei come risorsa. *Psicologia dell’educazione e della formazione* 2004;6:13-25.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Franco Cavallo (a), Angela Spinelli (b), Daniela Galeone (c), Mariano Giacchi (d), Massimo Santinello (e), Barbara De Mei (b), Gruppo HBSC-Italia 2010

- (a) *Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli studi di Torino, Torino*
- (b) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- (c) *Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Ministero della Salute, Roma*
- (d) *Centro interdipartimentale Ricerche Educazione e Promozione della Salute, Università degli Studi di Siena, Siena*
- (e) *Dipartimento di psicologia dello sviluppo e della socializzazione, Università degli studi di Padova, Padova*

I comportamenti acquisiti in età giovanile sono mantenuti da adulti e possono influire sull'insorgenza di patologie in età adulta; è per questo che la scelta di sani stili di vita e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative deve partire fin dall'infanzia e dall'adolescenza (1-3).

Dall'analisi complessiva dei dati HBSC-Italia 2010 è emerso che più del 20% dei ragazzi italiani presenta un eccesso ponderale. Sono inoltre frequenti abitudini alimentari scorrette come saltare la prima colazione, consumare poca frutta e verdura, eccedere con le bevande zuccherate.

L'attività fisica quotidiana è scarsamente praticata; la percentuale di adolescenti che raggiungono il valore raccomandato di almeno un'ora di attività fisica al giorno è estremamente basso; a questosi associa una frequenza elevata di coloro che trascorrono due o più ore al giorno davanti alla TV, limite considerato eccessivo dalla letteratura internazionale.

L'abitudine al fumo e al consumo di alcol tende ad aumentare con il crescere dell'età, con un consolidamento di questi comportamenti, inteso sia come consumo abituale che come aumento della frequenza dei fenomeni di abuso. La differenza di genere, con frequenze superiori nei maschi, si mantiene per tutte le età rispetto al consumo e all'abuso di bevande alcoliche e fra i quindicenni rispetto all'uso di cannabis; per il fumo di tabacco non sembrano invece evidenziarsi differenze sostanziali tra maschi e femmine di 15 anni.

Rispetto alle relazioni con i compagni, i risultati mostrano che la maggior parte degli studenti dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni di classe.

Nell'insieme anche il rapporto degli adolescenti con la scuola sembra positivo, seppur con alcuni limiti dettati dallo stress e dalle pressioni che i ragazzi adducono essere dovuti all'impegno scolastico.

Per quel che concerne le prime esperienze sessuali, un quarto dei quindicenni ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi e non emergono differenze di genere rispetto all'età dichiarata del primo rapporto sessuale completo che si attesta intorno ai 14 anni.

Complessivamente, si evince dallo studio che diversi comportamenti e abitudini di vita considerati a rischio sembrano già presenti tra gli adolescenti italiani. Ciò mette in evidenza la necessità di sviluppare programmi e azioni concrete di promozione della salute indirizzati ai giovani e di fornire informazioni alla popolazione e ai decisori sulla reale diffusione dei fenomeni in studio con messaggi e linguaggi mirati a target diversi.

Per diffondere le informazioni in modo strutturato è fondamentale realizzare una comunicazione efficace, cioè trasformare i contenuti tecnico-scientifici in messaggi chiari e significativi, attuando strategie di *advocacy*, come indicato anche dal programma "Guadagnare salute".

Tra le diverse aree esplorate dall'HBSC sono stati individuati come temi centrali della comunicazione delle informazioni raccolte: la scuola e le relazioni tra pari, il fumo di sigarette, il consumo di alcolici, gli stili alimentari e l'obesità.

In conclusione, grazie al supporto dei professionisti del mondo della salute e della scuola e all'elevata adesione dei ragazzi e delle loro famiglie allo studio HBSC-Italia 2010, è stato possibile non solo fotografare i comportamenti abituali dei ragazzi, ma anche diffondere ai decisori e ai cittadini le informazioni ottenute attraverso strumenti costruiti ad hoc e condivisi. Sarà ora importante definire azioni mirate di contrasto dei fattori di rischio e di promozione di sani stili di vita tra i giovani.

Bibliografia

1. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379(9826):1630-40.
2. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377:2093-102.
3. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa AO, Mokdad A, Ferguson J. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012;379(9826):1665-75.

APPENDICE
Operatori sanitari

ABRUZZO

Referente regionale: Antonio Ciglia, Manuela Di Giacomo, Silvia Spinosa

Ufficio Scolastico Regionale: Aldo Ruggeri

Operatori sanitari

ASL PE: Anna Maria Buccella, Andrea Barone, Marina Calabrese, Maria Immacolata De Luca, Giovanni Di Biase, Susanna Fratamico, Lucio Marchetti, Franco Patanè, Carmela Salladini, Patrizia Vendetti, Maria Evangelista, Annalisa Iezzi, Maria Luisa Evangelista.

ASL Chieti-Lanciano-Vasto: Silvana Radico, Ercole Ranalli, Lucia Tano, Flora Di Tommaso, Maria Rosaria Basti, Lorella Di Biase, Ornella Marinelli, Claudia Colleluori (Referente aziendale), Lorenzo Rabottini, Paola Cascini, Paolo Di Marzo, Sergio Salvatore, Anna Mascetta.

ASL TE: Tiziana D'Onofrio, Francesco Di Gialleonardo, Maria Maddalena Marconi, Francesca Ferrante, Luigina Chiodi (Referente aziendale), Francesca Del Sole, Laura Di Matteo.

ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Tania Tolone, Ersilia Equizi, Cristiana Mancini (Referente aziendale), Debora Cialfi, Maria Di Luzio, Domenico De Rubeis, Maria Concetta Zavarella, Elena Rita D'Andrea, Maria Pacifica Riccio, Angela Perrozzi, Maddalena Scipioni, Annamaria Ferroni, Graziella Mosca, Pasquale Fausto Ottavi.

BASILICATA

Referenti regionali: Giuseppina Ammirati, Gabriella Cauzillo, Gerardina Sorrentino e Rosaria Tozzi

Ufficio Scolastico Regionale: Antonietta Moscato

Operatori sanitari

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

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

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

ASL 4: Dito Cilla, Annamaria Russo.

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

BOLZANO (Provincia autonoma)

Referente regionale: Antonio Fanolla

Collaboratore del Referente: Sabine Weiss

Ufficio Scolastico Regionale: Sara Tanja Oberhofer, Annalisa Gallegati, Lois Kastlunger, Silvia Casazza.

CALABRIA

Referenti regionali: Caterina Azzarito e Marina La Rocca

Ufficio Scolastico Regionale: Antonino Di Giorgio

Operatori sanitari

ASP Catanzaro: Marina La Rocca, Francesco Farago' (referenti), Vittoria Rocchino, Marina B. Rosato, Annalisa Spinelli, Daniela Vaglio, Mirella Samele, Antonia De Siena, Valentino Scalise, Michelina Epifano, Massimiliano Scalzo, Daniela Mamone, Mario Pungillo, Marina Giuseppina Splendore, Rosa Anfosso, Giuseppe Aielli, Antonio Tomaselli, Giuseppe Bova, Lucia Lo Presti, Franca Faillace, Lucrezia Elvira Adele Aquila, Maria Antonietta Vilelli (operatori).

ASP Cosenza: Maria Teresa Pagliuso, Francesco Dignitoso, Rosellina Veltri, Pietro Leonardo Perri (referenti), Michele Cesario, Armenia Bellusci, Rossella Chimenti, Pietro Brisinda, Franco Giuseppe Manzo, Carolina Caldeo, Teresa Ferraro, Anna Cavalcanti, Marylena Donato, Luisa Falcone, Angelo Guagliardi, Carmela Sesti, Teresa Scudiero, Giuseppe Curcio, Lucia Caligiuri, Ivana Ines Gino, Francesco Masotti, Pasquale Arcidiacono, Maria Giovanna Cappelli, Nilo Vergadoro, Vincenza Marchesano, Francesca Citriniti, Mattia Maria Sturniolo, Gabriella Vottari (operatori).

ASP Crotona: Elena Sposato (referente), Adalgisa Pugliese, Matilde Morello, Lucia Anna Iannone, Carmine Spadafora (operatori).

ASP Reggio Calabria: Isabella Macri, Antonino Tedesco, Alessio G. G. Suraci (referenti), Riccardo Ritorto, Paolo Iannopolo, Alberto Meleca, Angela Epifanio, Francesco Pennisi, Leonardo Martelli, Giovanni Novella, Carmela Costa, Beatrice Batà, Immacolata Longo, Filomena Laganà, Gaetano Morgante, Giulia Naimo, Maria Antonietta Suraci (operatori).

ASP Vibo Valentia: Giuseppe Barbieri (referente), Domenico Dinatolo, Eleonora Loiacono, Giuseppe Paduano, Maria Cristina Sgarrella, Francesco Vecchio (operatori).

CAMPANIA

Referente regionale: Gianfranco Mazzarella e Renato Pizzuti

Ufficio Scolastico Regionale: Bruno Galzerano

Operatori sanitari

ASL Benevento: Elena Fossi (Referente aziendale), Enrica De Lucia, Giuseppe Rapuano, Carmela Orlacchio, Anatile Iannace, Ermelinda Zollo.

ASL Avellino: Elvira Bianco (Referente aziendale), Francesco Natale, Patrizia Branca, Nunzia Forgione, Flammia Incoronata.

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

ASL NA1 Centro: Andrea Simonetti, Brunella Adamo (Referenti aziendali), Ugo Vairo, Orazio Ancona, Ciro Giannetti, Giuseppe Postiglione, Rosa D'Angola, Maria Patanella, Antonio Rullo.

ASL NA2 Nord: Giancarlo D'Orsi, Filomena Peluso (Referenti aziendali), Anna Farro, Evelina Iorfida, Maria Rosaria Granata, Antonella Musella, Ciro Ciliberti, Francesco Montanino, Tammaro Parretta, Elena Capasso, Maria Arnone, Assunta Palumbo, Ersilia Fabrazzo, Grazia Camardella, Teresa Tagliamonte, Anna Bello.

ASL NA3 Sud: Francesco Giugliano, Anna Esposito (Referenti aziendali), Concetta Bruno, Linda Crocamo, Chiara Marciano, Rosa Perone, Anna Chirico, Raffaella Serrapica, Filomena Petraccone.

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

EMILIA ROMAGNA

Referenti regionali: Paola Angelini, Emanuela Di Martino e Marina Fridel

Ufficio Scolastico Regionale: Stefano Versari

Operatori sanitari

AUSL Piacenza: Lorena Mori.

AUSL Parma: Marta Mattioli.

AUSL Reggio Emilia: Alessandra Fabbri.

AUSL Modena: Alberto Tripodi.

AUSL Bologna: Partizia Beltrami.

AUSL Imola: Ivana Stefanelli.

AUSL Ferrara: Monica Mascellani.

AUSL Ravenna: Gabriella Paganelli.

AUSL Forlì: Claudia Cortesi.

AUSL Cesena: Francesca Righi.

AUSL Rimini: Elizabeth Bakken.

FRIULI-VENEZIA GIULIA

Referenti regionali: Alessandro Bavcar, Claudia Carletti, Paola Pacco e Adriano Cattaneo

Ufficio Scolastico Regionale: Gianmario Di Gianantonio e Santa Pighin

Operatori sanitari

ASS 1 Triestina: Roberta Fedele, Marilena Geretto, Vanda Manfrin, Silvia Cosmini, Emanuela Occoni, Daniela Steinbock, Tiziana Longo.

ASS 2 Isontina: Maura Nappa, Wally Culot.

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

ASS 4 Medio Friuli: Simonetta Micossi, Raffaella Dorigo, Massimiliana Iervolino, Claudia Maria Covazzi, Anna Fabbro, Cristina De Sarno, Stefano Miceli, Miriam Guatto, Emanuela Petrillo, Elena Mauro, Donatella Malacarne, Paola Guarneri.

ASS 5 Bassa Friulana: Rosella Malaroda, Onelia Battiston.

ASS 6 Friuli Occidentale: Silvana Widmann, Rossana Rincorosi, Little D'Anna, Fabiola Stuto, Raffaella Pittana, Patrizia Covre, Flavio Del Bianco.

LAZIO

Referenti regionali: Giulia Cairella, Domenico Di Lallo ed Esmeralda Castronuovo

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

Ufficio Scolastico Regionale: Maria Teresa Silani

Operatori sanitari

ASL RM A: Paolo Amadei (Referente), Loredana Amato, Rosamarina Barilaro, Lucia Barnato, Cinzia Bianchi, Anna Del Re, Paolo Delli Colli, Carolina Guerra, Rosa Luciano, Luigia Maglione, Maria Teresa Pancallo, Luciana Margherita Pasquali, Cinzia Pigna, Giuseppe Piselli, Sandra Scarsciotti, Maria Filomena Spano.

ASL RM B: Giulia Cairella (Referente), Massimo Albanesi, Barbara Baccari, Monica Lazzarini, Angela Marchetti, Maria Minazzi, Angela Monti, Luciana Olivieri, Maria Pettorino, Francesca Volpe.

ASL RM C: Saba Minnielli (Referente), Laura Grasso, Tamara Saraceni, Paola Tunesi, Giuseppe Ugolini, Giuseppe Vorrasi.

ASL RM D: Maria Novella Giorgi (Referente), Alessandra Tartaglia, Rita Massimino, Giuseppe Puglisi.

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

ASL RM F: Augusto Pizzabiocca (Referente), Cristian Marchetti, Valeria Covacci, Giovanni Ronzani, Marco Gizzi.

ASL RM G: Francesco Blasetti (Referente), Sandro Cicerchia, Giuseppina Del Bove Orlandi, Antonio Di Felice, Marcella Faina, Fantini Fiorella, Anna Maria Longo, Maria Pia Masciarelli, Marco Pascali, Laura Petrone, Vito Ruscio.

ASL RM H: Angela De Carolis (Referente), Mara Montalto.

ASL Frosinone: Enrico Straccamore (Referente), Angela Gabriele, Vincenzo Marchelletta, Barbara Pizzuti, Bruna Rainaldi.

ASL Latina: Vincenza Galante (Referente), Raffaele Ciotti, Maia De Luca, Alfonso Frongillo, Giulio Gambacurta, Patrizia Lucantonio, Paola Petroni, Manuela Visentin.

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

ASL Viterbo: Sandro Marenzoni (Referente), Laura Stefanucci.

LIGURIA

Referente regionale: Federica Pascali

Ufficio Scolastico Regionale: Milena De Filippi

Operatori sanitari

ASL 1 Imperiese: Rita Gagno (Referente aziendale), Laura Biemosi, Stefania Mauro, Michele Orlando, Vincenza Sileo.

ASL 2 Savonese: Marina Astengo (Referente aziendale), Sabrina Astolfi, Clara Padovan, Silvia Compagnone, Nicoletta Conio.

ASL 3 Genovese: Franca Favareto (Referente aziendale), Lia Finzi, Rosamaria Cecconi, Claudio Culotta, Mirella Benabbi, Lucia Berta, Silvana Binacchi, Maria Paola Bozzo, Antonia Canepa, Luisa Canepa, Paola Caproni, Grazia Cavallero, Felicia Cirigliano, Enrica Colvara, Maria grazia Concaro, Giovanna Dato, Emanuele Devoto, Maria Rosaria Di Donato, Daniela Elettore, Patrizia Fabiocchi, Daniela Ferlito, Gianluca Ferlito, Rosalba Ferretti, Silvana Festa, Antonietta Ghidoni, Guglielmina

Giorgi, Pierangela Iori, Elias Kassabji, Palma Lo Bartolo, Antonino Longo, Caterina Manca, Giovanna Mangini, Agnese Mantero, Claudia Marchese, Luciana Marchiori, Marchisio Marina, Ester Maretti, Luciana Musti, Anna Maria Nasali, Alberto Naso, Rosanna Pagano, Pierangelo Parodi, Francesca Parrotta, Carla Maria Patrone, Cinzia Piaggio, Gabirella Pittaluga, Maria Teresa Poggi, Silvana Raineri, Teano Rossi, Silvana Russo, Mohamad Saleh, Elvira Salomoni, Ileana Scagliola, Giuseppe Vittorio Scality, Isabella Scopsi, Anna Serra, Ivana Stenghele, Giuliana Tagliaferro, Rinaldo Tomasinelli, Angela Torresani, Maria Luisa Valle, Silvia Viviano, Alba Zolezzi.

ASL 4 Chiavarese: Antonella Carpi (Referente aziendale), Antonio Manti, Maura Ferrari Bravo, Annalisa Renzoni, Stefano Chiesa, Fabrizio Gallo, Cinzia Piaggio, Maria Caterina Vaccaro, Concetta Marchello.

ASL 5 Spezzino: Roberta Baldi (Referente aziendale), Lorena Andreani, Antonella Baldassini, Ester Bazzali, Gisella Fregosi, Stefania Gianardi, Rita Granaiola, Emilia Masseroni, Tiziana Paolini.

LOMBARDIA

Referenti regionali: Corrado Celata, Marco Tosi, Veronica Velasco, Marina Bonfanti, Liliana Coppola
Ufficio Scolastico Regionale: Bruna Baggio

Operatori sanitari

ASL della provincia di Bergamo: Luca Biffi.

ASL della provincia di Brescia: Margherita Marella.

ASL della provincia di Como: Walter De Agostini.

ASL della provincia di Cremona: Leone Armando Lise'.

ASL della provincia di Lecco: Carlo Pellegrini.

ASL della provincia di Lodi : Celeste Zaghenò.

ASL della provincia di Mantova: Valter Drusetta.

ASL di Milano: Corrado Celata.

ASL della provincia di Milano 1: Paola Duregon.

ASL della provincia di Milano 2: Alessandra Meconi.

ASL della provincia di Monza e Brianza: Ornella Perego.

ASL della provincia di Pavia: Elisabetta Mauri.

ASL della provincia di Sondrio: Valentina Salinetti.

ASL della provincia di Varese: Manuel Benedusi.

ASL della Vallecamonica: Marina Salada.

Hanno contribuito alla rilevazione dei dati:

ASL della provincia di Bergamo: Rita Arcieri, Luisa Cretti, Sara Dolci, Elisa Fedriga, Barbara Lamera, Emilio Maino, Patrizia Pini, Carmen Rampinelli.

ASL della provincia di Brescia e ASL della Vallecamonica: Paola Belloni, Lorena Castellani, Agnese Dagani, Mirella Ferrandi, Marco Gandolfi, Margherita Marella, Cristina Marconi, Antonella Mazzoli, Morena Ossoli, Lucia Zazio.

ASL della provincia di Como: Renata Carnini, Marco Caprioglio, Walter De Agostini, Lisa Impagliazzo.

ASL della provincia di Cremona: Stefania Barbaglio, Armando Leone Lisè, Pierluigi Parmigiani.

ASL della provincia di Lecco: Angela Gandolfi, Manuela Radaelli.

ASL della provincia di Lodi: Chiara Codecà.

ASL di Milano, ASL della provincia di Milano 1 e ASL della provincia di Milano 2: Orietta Annoni, Francesca Burgio, Corrado Celata, Danila Cecile, Franca Colombo, Simonetta Conti, Maurizio Contursi, Paola Ghilotti, Dario Gianoli, Guendalina Locatelli, Katia Salemi.

ASL della provincia di Monza e Brianza: Francesca Andreoli, Valeria Andreoni, Lidia Frattallone, Sandra Lunari, Emilia Sicignano.

ASL della provincia di Mantova: Andrea Costa, Valter Drusetta, Rosa Pancera.

ASL della provincia di Pavia: Silvia Maggi, Elisabetta Mauri, Alida Palenzona.

ASL della provincia di Sondrio: Valentina Salinetti.

ASL della provincia di Varese: Manuel Benedusi, Oriana Binik, Roberta Cantù, Cristina Chirolì, Maria Grazia La Ferla, Mirella Maffioli.

MARCHE**Referente regionale:** Giordano Giostra**Collaboratore del Referente:** Eufemia Ciarallo**Ufficio Scolastico Regionale:** Rosanna Catozzo**Operatori sanitari**

Fabio Filippetti, Massimiliano Biondi, Clizia Puglie, Marco Nocchi, Rosanna Catozzo, Rosanna Passatempo, Rosanna Rossini, Stefano Berti, Daniel Fiacchini, Massimiliano Biondi, Luca Belli, Romina Fani, Giordano Giostra, Simona De Introna, Beatrice Sartini, Eufemia Ciarallo, Stefano Berti, Mario De Rosa, Gianni Giuli, Maria Grazia Mercatili, Maria Grazia Mercatili, Clizia Puglie, Gianni Giuli.

ASUR MARCHE:**ZT 1:** Elsa Ravaglia, Manuela Morganti, Maria Luisa Lisi, Mariasole Giamprini.**ZT 2:** Patrizia Mattei, Van Will Jaqueline, Giada Pazzaglia, Marco Pompili.**ZT 3:** Alessandro Gregori, Angelo Veschi, Barbara Rastelletti.**ZT 4:** Maria Grazia Tavoletti, Beatrice Sartini, Elena Bartolucci.**ZT 5:** Luana Tantucci, Gabriella Belegni, Renato Zenobi, Paola Costarelli.**ZT 6:** Gabriella Colao, Luca Belli, Isabella Romani.**ZT 7:** Rosella Sbarbati, Eufemia Ciarallo, Marisa Grifi, Paolo Galeazzi.**ZT 8:** Stefano Colletta, Francesca Magnaterra, Carla Patrizietti, Valentina Rebella.**ZT 9:** Marcello Baiocco, Maria Teresa Leoni, Lucia Marinelli, Simona De Introna.**ZT 10:** Massimiliano Biondi, Carla Marchetti, Sonia Manasse.**ZT 11:** Fausto Mannucci, Maria Teresa Lanciotti, Emma Acevedo Duarte.**ZT 12:** Luigi Persiani, Romina Fani, Massimo Mariani.**ZT 13:** Vincenzo Calvaresi, Paola Puliti, Benedetta Rosetti, Susanna Specca.**MOLISE****Referente regionale:** Maria Letizia Ciallella**Collaboratori del Referente:** Ernesta Musenga, Alessandrina Lalli e Andrea Di Siena**Ufficio Scolastico Regionale:** Giuseppe Boccarello**Operatori sanitari**

Ambito Territoriale di Agnone: Carlo De Simone, Concetta Di Nucci, Nicolina Duganiero, Luigina Frezza, Rita Rosato.

Ambito Territoriale di Campobasso: Teodoro Campo, Maria Carmela Celi, Giovanna Ciarabella, Maria De Rubertis, Giovanna De Stefano, Antonella Di Domenico, Serafino Fazio, Ernestina Giancola, Antonella Lembo Fazio, Teresa Maria Manfredi Selvaggi, Enzamarina Marino, Stefania Matacchione, Michele Minnillo, Antonio Montaldo, Vincenzo Reale, Angelica Romanelli, Pasquale Savarese, Paolo Scarano, Giovanna Serafini, Rosa Maria Sollazzo.

Ambito Territoriale di Isernia: Angelina Antenucci, Delia Carlomagno, Ines Centracchio, Vittoria De Magistris, Amelia De Pasquale, Berardino Di Fiore, Lucia Rosa Di Iorio, Giulio Farrocco, Anna Galdi, Paola Garofalo, Leonello Giancola, Fulvio Manfredi Selvaggi, Berardino Milò, Roberta Ottaviano, Maria Gabriella Pellegrino, Carlo Primerano, Nicola Ricci, Gabriele Scarduzio, Luciana Vacca, Ornella Valentini.

Ambito Territoriale di Termoli: Filomena Rita Canistro, Nicola Ciarallo, Edoarda Cistullo, Lucia D'Amario, Maria D'Amicantonio, Elisa D'Astolto, Vittoria Fiocco, Costantina Licursi, Pardo Mancini, Maria Grazia Mastrotonaco, Iolanda Mezzodi, Petronilla Pozzi, Maria Pina Sappacone, Brunella Trivisonno.

PIEMONTE**Referente regionale:** Marcello Caputo**Collaboratori del Referente:** Monica Bonifetto, Silvia Cardetti e Paolo Ferrari**Ufficio Scolastico Regionale:** Maria Angela Donna, Anna Massa, Carla Fiore e Carla Ronci

Operatori sanitari

ASL AL: Simonetta Tocci, Giuseppina Beviglia, Marco Tabano, Enrico Marchina, Stefania Santolli, Rosa Oleandro, Iseppi Regina.

ASL AT: Renza Berruti (responsabile progetto), Vincenzo Soardo (collaboratore), Fiorenzo Lorenzi (collaboratore), Ivana Morando (collaboratore).

ASL BI: Michelangelo Valenti, Chiara Torelli, Clotilde Tucci, Katia Bego.

ASL CNI: Gianluigi Bassetti, Mariangela Barale, Sebastiano Blancato, Elide Boglio, Mario Bonanno, Silvia Cardetti, Marina Cerrato, Pietro Luigi Devalle, Margherita Melino, Sergio Miaglia, Alessandra Russo, Maria Elena Sacchi, Deborah Taddio.

ASL CN2: Mauro Zarri, Emanuela Oliveri, Pietro Maimone.

ASL NO: Flavia Milan (Referente aziendale), Patrizia Grossi, Laura Frizzarin, Monica Gioria, Giovanna Magistro.

ASL TO1-2: Andrea Genetti, Sergio Miaglia, Marcella Beraudi, Renata Cane, Manuela Sciancalepore.

ASL TO3: Teresa Denise Spagnoli (Referente aziendale), Fiorella Vietti, Giovanna Paltrinieri, Antonia Sanna, Debora Lo Bartolo, Lucia Bioletti, Simona Ropolo, Susanna Spagna.

ASL TO4: Giuseppe Barone, Margherita Croce, Simone Depau, Maria Franca Dupont, Annamaria Marzullo, Patrizia Morella, Elena Patrito, Sara Richeda, Manuela Sciancalepore, Maria Franca Dupont, Simone Depau, Maurizio Gottin.

ASL TO5: Margherita Meneghin, Monica Minutolo, Ilaria De Luca.

ASL VC: Gianfranco Abelli (Referente aziendale), Maria Luisa Berti, Mirella Ubertalli, Luisa Novella, Luisa Michela Olmo.

ASL VCO: Paolo Ferrari, Daniela Baldassarri, Katia Fasolo, Barbara Spadacini, Ezio Primatesta.

PUGLIA

Referenti regionali: Fulvio Longo, Elisabetta Viesti, Maria G. Rosa e Savino Anelli

Ufficio Scolastico Regionale: Anna Cammalleri e Maria Veronico

Operatori sanitari

ASL BA: Savino Anelli, Filippa Cannito, Enrico Caputo, Rosa Colamaria, Giuseppina D'Agostino, Lorenza Diomeda, Giovanna Ferulli, Maria N. Giasi, Miccolis Giuseppe, Matilde Gramegna, Giovanna Mazzotta, Alessandra Nenchia, Raffaella Renzone, Pasquale Sileo, Giuliana Tomasicchio, Loredana Tricarico, Lidia Vulpi.

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

ASL BT: Pasquale Acquafredda, Anna Ferrante, Simona Fregnan, Pantaleo Magarelli, Giacomo D. Stingi.

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

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

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

SARDEGNA

Referente regionale: Serena Meloni, Maria Letizia Senis, Rita Masala

Ufficio Scolastico Regionale: Salvatore Ferraro

Operatori sanitari

ASL 1 Sassari: Mariuccia Mongiu, Natalia Spada. A

SL 2 Olbia: G.M. De Giovanni, Rosalba Cicalò, Maria Adelia Aini.

ASL 3 Nuoro: E. Massimo Diana, Pietro Lucchetta, Jole Mulargia.

ASL 4 Lanusei: Tonina Augusta Mulas.

ASL 5 Oristano: Antonio Serra.
ASL 6 Sanluri: Luisanna Balia.
ASL 7 Carbonia: Angela Boi, Antonella Cicilloni.
ASL 8 Cagliari: Annarita Pintore.

SICILIA

Referenti regionali: Achille Cernigliaro e Simonetta Rizzo
Collaboratori dei Referenti: Salvatore Scondotto e Gabriella Dardanoni
Ufficio Scolastico Regionale: Maurizio Gentile

Operatori sanitari

Az. USL 1 Agrigento: Antonio Sajeve, Flavia Faraoni.
Az. USL 2 Caltanissetta: Grazia Colletto, Vincenzo Rocco Toscano, Alfonso La Loggia, Salvatrice Vella, Liboria Scarlata.
Az. USL 3 Catania: Rosanna La Carrubba, Bruno Trupia, Maria Enza Raiti, Patrizia Pisana, Elena Alonzo.
Az. USL 4 Enna: Giuseppe Stella, Rosa Ippolito, Virginia Ornella Salerno, Angela Maria Montalbano, Maria Antonia Merlino.
Az. USL 5 Messina: Giovanni Puglisi, Francesca Turiano, Gaetano Nicodemo, Maria Accetta, Maria Gabriella Caruso, Rita Antonietta Maniaci, Maddalena Peccina, Giuseppa Merlino, Rosaria Cuffari, Paolo Calderone, Antonina Maria Duci.
Az. USL 6 Palermo: Francesca Mattina, Domenico Mirabile, Maria Aurora Sberna, Caterina Palazzolo, Maria Teresa Spinelli, Salvatrice Faraci, Elena Pasqua, Vincenza Marchica, Michele Musacchia, Maria Gabriella Stallone, Antonina Maione, Francesca La Sala.
Az. USL 7 Ragusa: Vincenzo Trapani, Michele Tidona, Michele Manenti, Vito Perremuto, Giuseppe Smecca, Daniela Bocchieri, Aldo Billone, Giuseppe Rivela, Maria Schembari, Mirella Dipasquale.
Az. USL 8 Siracusa: Alfonso Nicita, Anna Farinella, Corrado Spatola, Giuseppina Patanè, Claudio Romano, Alfio Maurizio Montagna, Leonarda Musumeci, Lucia Torneo, Daniela Giacinti, Rosalba Nigro, Giuseppe Rossitto, Salvatore Nobile, G. Flavio Brafa, Daniela Cannarella, Claudia Cascione, Francesca Coronella, Carmela Bianca, Salvo Tondo, Michele Assenza, Enza D'Antoni.
Az. USL 9 Trapani: Giorgio Saluto, Giuseppe Valenti, Ester Vincenza Criscenti.

TOSCANA

Referenti regionali: Mariano Giacchi e Anna Maria Giannoni
Collaboratori dei Referenti: Giacomo Lazzeri, Valentina Pilato, Stefania Rossi e Andrea Pammolli
Ufficio Scolastico Regionale: Angela Palamone (Direttore Generale), Francesca Balestri (referente regionale per l'educazione alla cittadinanza - ed. salute, ed. ambientale, ed. legalità, prevenzione del disagio e pari opportunità)

Operatori sanitari

ASL 1 Massa Carrara: (Resp. Mauro Vannucci), Maria Giuseppina Galli (referente), Manuela Terreni, Sergio Vivaldi, Patrizia Carignani.
ASL 2 Lucca: (Resp. Baldassarre Pluchino), Fausto Bruno Morgantini (referente), Lara Lucchesi, Bianca Maria Mulini.
ASL 3 Pistoia: (Resp. Zona Pistoiese Paola Picciolli), (Resp. Zona Valdinievole Monica Tognarelli), Franca Moretti (referente zona Pistoiese), Elena Tomassetto (referente zona Valdinievole).
ASL 4 Prato: (Resp. Giuseppe Vannucchi), Riccardo Innocenti (referente), Marco Bracciotti, Domenico Mariani.
ASL 5 Pisa: (Resp. Eleonora Virgone), Margherita Brunetti (referente), Elena Griesi, Mariacristina Baldocchi, Scilla Boaretti, Rita Salvadorini, Paola Susini.
ASL 6 Livorno: (Resp. Claudio Tofanari), Marisa Gangemi (referente), Marinella Frasca, Valleverdina Maria Pieretti, Vito Conti, Cristina Bartolini, Giuseppe Musolino, Elena Bacci.
ASL 7 Siena: (Resp. Simonetta Sancasciani), Antonella Bellugi (referente), Silvia Cappelli, Chiara Cinughi De Pazzi, Veronica Meoni, Katia Moretti.

ASL 8 Arezzo: (Resp. Fulvio Armellini), Renzo Paradisi (referente), Anna Lisa Filomena, Patrizia Baldaccini, Carla Caracoli, Riccardo Conti, Sara Bartolini, Rossella Leonardi.

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

ASL 10 Firenze: (Resp. Maria Grazia Santini), Barbara Niccoli (referente), Francesca Bardi, Anita Franzin, Annalisa Matteoli, Giovanna Mereu, Valerio Sgalambro.

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

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

TRENTO (Provincia autonoma)

Referenti regionali: Silvano Piffer e Marilena Moser

Ufficio Scolastico Regionale: Nicoletta Zanetti e Patrizia Rigotti

UMBRIA

Referenti regionali: Donatella Giaimo, Marco Cristofori

Ufficio Scolastico Regionale: Rossella Caroli

Operatori sanitari

ASL 1: Daniela Felicioni (coordinatore) Lucia Puletti, Cinzia Procacci, Ornella Cecchini, Gabriella Vinti (operatori sanitari).

ASL 2: Carla Bietta (coordinatore), Daniela Sorbelli (vice-coordinatore), Marco Petrella, Andrea Arcangeli, Gianpaolo Bargelli, Paola Bernacchia, Roberto Bura, Cinzia Contini, Gigliola Fiorucci, Antonella Luna, Cinzia Morini, Enrico Subicini, Maria Antonietta Ruggeri (operatori sanitari).

ASL 3: Ubaldo Bicchielli (coordinatore), Olivieri Anna, Minni Bruno, Favaro Andrea, Facincani Marco, Paoloni Maria Claudia (Medici), Meschini Laura, Spitelli Silvia, Morella Maria Pia (operatori sanitari).

ASL 4: Carla Gambarini (coordinatore), Luisa Pazzaglia, Vincenzo Casaccia, Sonia Bacci, Claudio Cupello, Graziana Botondi, Nicla Gentileschi, Laura Monselli, Teresa Altobelli (operatori sanitari).

Si ringraziano i Direttori Generali e Sanitari delle 4 ASL partecipanti al progetto per la Regione Umbria.

VALLE D'AOSTA

Referente regionale: Gabriella Furaro, Anna Maria Covarino, Giovanni D'Alessandro

Ufficio Scolastico Regionale: Patrizia Bongiovanni

Operatori sanitari

Elisa Echarlod, Elisabetta Pellegrino, Emanuela Brunero, Francesco Macri, Graziella Truffa, Marisa Valente.

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, gennaio-marzo 2012 (n. 1) 4° Suppl.