



REGIONE DEL VENETO

I GIOVANI IN VENETO

Approfondimento dei risultati dell'indagine
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2006
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
sui giovani di 11, 13 e 15 anni

A cura di
Daniela Baldassari, Stefano Campostrini,
Massimo Mirandola, Massimo Santinello

Cierre edizioni





Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto
Direzione Generale



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



Regione del Veneto

I Giovani in Veneto

Approfondimento dei risultati dell'indagine
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2006
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
sui giovani di 11, 13 e 15 anni

A cura di Daniela Baldassari, Stefano Campostrini,
Massimo Mirandola, Massimo Santinello



CRRPS
Centro Regionale di Riferimento
per la Promozione della Salute
Regione Veneto ULSS 20 - Verona



HBSC
Health Behaviour
in School-Aged Children Network



Azienda ULSS 20 di Verona

Copyright 2008 Regione del Veneto
Pubblicazione senza scopo di lucro

Per informazioni e commenti contattare

CRRPS - Centro Regionale di Riferimento per la promozione della Salute
via Marconi, 27/F - 37122 Verona (VR) - Italy
tel. +39 045 8012242 - fax +39 045 8008011
<http://www.crrps.org> - info@crrps.org

A cura di

Daniela Baldassari, Stefano Campostrini, Massimo Mirandola, Massimo Santinello

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservate per tutti i paesi.

Nomi e marchi citati nel testo sono generalmente depositati o registrati dalle rispettive case produttrici.

Questa pubblicazione è no profit.

Progetto grafico

Ruggero Ughetti

Editore

Cierre edizioni
via Ciro Ferrari, 5 - Sommacampagna (Verona)
www.cierrenet.it

Stampa

Cierre Grafica
via Ciro Ferrari, 5 - Sommacampagna (Verona)
tel. 045 8580900 - fax 0458580907 - grafica@cierrenet.it

Realizzato con il contributo della Regione Veneto.

ISBN 978-88-8314-483-7

INDICE

Presentazione	VII
Ringraziamenti	IX
Autori	X
Revisori	XII
Avvertenze per il lettore	XV
SEZIONE I	
La ricerca HBSC	1
CAPITOLO 1	
Elementi teorici e metodologici della ricerca	3
Descrizione generale della ricerca	3
Obiettivi e scopi	4
Le nazioni coinvolte	5
Il campione	6
Il questionario	7
Le analisi dei dati	8
Bibliografia	8
SEZIONE II	
Le condizioni di vita dei giovani	9
Introduzione	11
Bibliografia	17
CAPITOLO 2	
Famiglia	21
Introduzione	21
Metodi	23
Risultati e commenti	25
Implicazioni di politica socio-sanitaria	32
Bibliografia	37

CAPITOLO 3	
Gruppo dei pari	41
Introduzione	41
Metodi	43
Risultati e commenti	44
Variazioni temporali	54
Implicazioni di politica socio-sanitaria	57
Bibliografia	58
CAPITOLO 4	
Scuola	61
Introduzione	61
Metodi	64
Risultati e commenti	65
Variazioni temporali	71
Implicazioni di politica socio-sanitaria	75
Bibliografia	77
SEZIONE III	
La salute dei giovani e gli stili vita	81
Introduzione	83
Bibliografia	86
CAPITOLO 5	
Salute e benessere psicofisico	89
Introduzione	89
Metodi	91
Risultati e commenti	92
Variazioni temporali	101
Implicazioni di politica socio-sanitaria	104
Bibliografia	105
CAPITOLO 6	
Consumo di tabacco	109
Introduzione	109
Metodi	114
Risultati e commenti	115
Variazioni temporali	124
Implicazioni di politica socio-sanitaria	130
Bibliografia	134

CAPITOLO 7	
Consumo di alcol	139
Introduzione	139
Metodi	142
Risultati e commenti	142
Variazioni temporali	154
Implicazioni di politica socio-sanitaria	166
Bibliografia	168
CAPITOLO 8	
Uso di cannabis e di altre droghe	171
Introduzione	171
Metodi	173
Risultati e commenti	174
Variazioni temporali	180
Implicazioni di politica socio-sanitaria	184
Bibliografia	186
CAPITOLO 9	
Attività fisica e comportamento sedentario	189
Introduzione	189
Metodi	193
Risultati e commenti	195
Implicazioni di politica socio-sanitaria	207
Bibliografia	212
CAPITOLO 10	
Abitudini alimentari	217
Introduzione	217
Metodi	219
Risultati e commenti	221
Implicazioni di politica socio-sanitaria	231
Bibliografia	232
CAPITOLO 11	
Immagine di sé, controllo del peso e peso corporeo	235
Introduzione	235
Metodi	239
Risultati e commenti	241
Variazioni temporali	260
Implicazioni di politica socio-sanitaria	272
Bibliografia	274

CAPITOLO 12	
Igiene orale	277
Introduzione	277
Metodi	278
Risultati e commenti	279
Implicazioni di politica socio-sanitaria	283
Bibliografia	284
CAPITOLO 13	
Bullismo e vittimizzazione	287
Introduzione	287
Metodi	289
Risultati e commenti	290
Variazioni temporali	303
Implicazioni di politica socio-sanitaria	310
Bibliografia	314
CAPITOLO 14	
Infortuni	319
Introduzione	319
Metodi	321
Risultati e commenti	322
Implicazioni di politica socio-sanitaria	326
Bibliografia	328
CAPITOLO 15	
Salute sessuale	331
Introduzione	331
Metodi	333
Risultati e commenti	334
Implicazioni di politica socio-sanitaria	340
Bibliografia	343
Prospettive per il futuro	347
Bibliografia	349
Elenco delle scuole partecipanti alla ricerca HBSC in Veneto	351

PRESENTAZIONE

È provato che lo stato di salute dipende in larga, preponderante misura dagli stili di vita, dalla salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro, dalle circostanze sociali ed economiche. Ciò implica che si può prevenire la maggior parte delle malattie. I successi più eclatanti sono stati ottenuti nel campo delle malattie infettive, grazie alle migliorate condizioni igieniche.

I grandi successi non devono, però, far dimenticare i problemi del presente: la sfida dei prossimi anni è rappresentata dalle malattie croniche, soprattutto quelle cardiovascolari, paradossalmente causate dal benessere. Il 9% circa della popolazione italiana è afflitto da obesità, un terzo è in sovrappeso, oltre il 20% fuma. Sono questi fattori di rischio che possono essere rimossi, promuovendo in tutte le fasce della popolazione, ma soprattutto in quella giovanile, l'adozione di corretti stili di vita.

Alla luce di queste riflessioni, la presente ricerca, realizzata dalla Regione Veneto, dall'Università di Padova e dalla Direzione Scolastica Regionale per il Veneto, si pone come un importante strumento di studio dei fattori che incidono sul benessere e sulla salute dei giovani veneti.

L'opportunità offerta da questa seconda pubblicazione di disporre di dati a livello regionale e locale per comprendere meglio i bisogni e i livelli di salute della popolazione cui il Sistema Socio-Sanitario Regionale deve rispondere diviene anche un irrinunciabile mezzo di lettura della realtà sociale e culturale veneta di grande interesse non solo per gli operatori che intendono ulteriormente approfondire queste tematiche, ma anche per coloro che hanno l'onere di governare i processi decisionali determinanti un impatto sulla salute dei cittadini.

Cercare di comprendere e di migliorare le condizioni che influenzano la salute psico-fisica dei nostri giovani adolescenti non può più essere obiettivo esclusivo del solo sistema socio-sanitario. È ormai chiaro che, in una società sempre più com-

plessa e competitiva, questo risultato è raggiungibile solo con il pieno contributo e l'apporto di tutte le forze attive della società e con la partecipazione diretta di tutte le agenzie sociali che promuovono il miglioramento della salute e dello stile di vita dei giovani.

Ing. Sandro SANDRI
*Assessore Regionale
alle Politiche Sanitarie*

Dott. Stefano VALDEGAMBERI
*Assessore Regionale alle Politiche Sociali,
programmazione socio-sanitaria,
volontariato e non profit*

RINGRAZIAMENTI

Gli autori desiderano ringraziare tutti gli studenti di 11, 13 e 15 anni, che nel 2006 hanno risposto al questionario di ricerca, gli insegnanti, i presidi, i genitori e quanti nelle scuole elencate in appendice hanno collaborato rendendo possibile la realizzazione di questa indagine.

Inoltre si ringraziano tutti i revisori per aver contribuito a rendere questo documento più leggibile ed aver arricchito e sviluppato le implicazioni di politica socio sanitaria; Silvana Menichelli, Michele Rizzato, Giuliana Masini, per l'infaticabile impegno; tutti i componenti del network internazionale dell'indagine HBSC per il contributo scientifico.

Un vivo ringraziamento va infine espresso a tutta l'Azienda ULSS 20 di Verona per il sostegno dato alla realizzazione della ricerca. In particolare, si ringraziano i direttori: Dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina, Direttore Generale; Dottor Giuseppe Canteri, Direttore Amministrativo; Dottor Massimo Brugnellini, Direttore Sanitario; Dottor Angelo De Cristan, Direttore dei Servizi Sociali.

AUTORI

Daniela Baldassari

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Eva Baldassari

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Stefano Campostrini

Dipartimento di Statistica, Università Ca' Foscari, Venezia

Sara Carbone

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Michela Castellan

Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia - Regione Veneto

Linda Chioffi

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) - ULSS 20 Verona

Oscar Cora

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) - ULSS 1 Belluno

Lorenza Dallago

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - Università di Padova, Padova

Martina Furegato

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Lorenzo Gios

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Massimo Mirandola

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Alberto Rossi

Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute, Azienda ULSS 20, Regione Veneto, Verona

Massimo Santinello

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - Università di Padova, Padova

Cristina Toniolo

Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia - Regione Veneto

Chiara Verzeletti

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - Università di Padova, Padova

REVISORI

Luigi Bertinato

Servizio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali - Regione Veneto

Fernando Cerchiaro

Osservatorio Regionale Permanente sul Fenomeno del Bullismo - USR - Regione Veneto

Anna Corti

Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali - Regione Veneto

Francesco Gallo

Servizio Famiglia - Direzione dei Servizi Sociali - Regione Veneto

Michele Gangemi

Associazione Culturale Pediatri

Mariuccia Lorenzi

Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia - Regione Veneto

Gianna Miola

Ufficio 1° Politiche dell'Istruzione - MIUR Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

Susanna Morgante

Progetto regionale di lotta alla sedentarietà - Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Verona

Lorenzo Rampazzo

Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari - Regione Veneto

Renato Rubin

Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali - Regione Veneto

Giampietro Rupolo

Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari - Regione Veneto

Mary Elizabeth Tamang

Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione per la Prevenzione - Regione Veneto

Piero Vio

Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Acque - Unità di Progetto Sanità animale e Igiene alimentare - Regione Veneto

AVVERTENZE PER IL LETTORE

Questa pubblicazione si rivolge ad un pubblico eterogeneo costituito da coloro che decidono le politiche di intervento (*policy maker*) e da tutti gli operatori dei servizi che, a vario titolo, sono coinvolti nella pianificazione di programmi e servizi per giovani di 11, 13 e 15 anni.

Nella sua stesura si è cercato di utilizzare il più possibile un linguaggio semplice ed essenziale per rendere questo lavoro adatto anche a persone che non hanno una specifica preparazione tecnica nel settore delle indagini di popolazione. Nonostante ciò, la metodologia dell'indagine e la statistica utilizzata sono abbastanza sofisticate. In particolare, i metodi adottati nel protocollo di ricerca internazionale dello studio *Health Behaviour in School Aged Children* (HBSC) e il ricorso a specifiche tecniche statistiche, in grado di tener conto della strategia di campionamento e delle modifiche apportate in sede di adattamento del campione all'esigenza del sistema Socio-Sanitario Veneto, hanno reso il processo di stima esplicito e trasparente anche ad un pubblico di operatori esperti. L'uso degli intervalli di confidenza per le stime, calcolate tenendo conto della selezione del campione basato su *cluster* ed il conseguente effetto inflativo sull'errore standard consentono al lettore di attribuire il giusto significato e il giusto "peso" al dato.

I commenti ai dati sono stati improntati ad uno stile descrittivo, ricorrendo ad un'interpretazione essenziale e, per quanto possibile, "neutrale" delle stime, cercando di far risaltare il dato in quanto tale. La stratificazione dei soggetti di 11, 13 e 15 anni consente la generalizzazione solo a queste fasce di età ed è per questo che non vengono mai fornite stime complessive, vale a dire calcolate sul totale degli intervistati di tutte le classi di età, che sarebbero assolutamente scorrette per il tipo di strategia campionaria adottata.

Obiettivo fondamentale di questo volume, ribadiamo, è quello di offrire, ad un pub-

blico sufficientemente vasto, dati e informazioni il più possibile esaustivi, rimandando a future pubblicazioni tematiche tutti gli approfondimenti necessari per una maggiore e più estesa comprensione degli argomenti qui trattati. La struttura del testo, organizzata per capitoli che ripercorrono i grandi temi di interesse per queste fasce d'età, segue sempre lo stesso schema: dal generale al particolare. In questo senso, il livello regionale e la distinzione per sesso introducono all'analisi del comportamento indagato e, successivamente, l'analisi viene condotta per provincia e sesso ed infine per Aziende ULSS. Nel caso del livello per Aziende ULSS, non è stata operata l'analisi con la suddivisione per sesso per evitare una ulteriore frammentazione del campione con l'inevitabile perdita di precisione nelle stime. Completa ogni capitolo un'analisi dei cambiamenti rilevati rispetto alla rilevazione precedente (2002): è, infatti, l'informazione sul cambiamento, più che sul livello di prevalenza, in molti casi, che interessa maggiormente il decisore pubblico per indirizzare, monitorare e valutare interventi e politiche di salute pubblica. Inoltre, in questa parte di presentazione ci si è limitati a riportare tabelle e grafici esclusivamente per quegli indicatori che presentavano cambiamenti temporali statisticamente significativi tra le due rilevazioni.

La responsabilità esclusiva di quanto contenuto in questo lavoro è degli autori e in nessun modo la Regione del Veneto può essere considerata responsabile, anche solo in parte, di quanto affermato in questa pubblicazione.

Daniela BALDASSARI, Stefano CAMPOSTRINI,
Massimo MIRANDOLA, Massimo SANTINELLO

Sezione I

La ricerca HBSC

ELEMENTI TEORICI E METODOLOGICI DELLA RICERCA

Massimo Mirandola, Massimo Santinello, Stefano Campostrini

DESCRIZIONE GENERALE DELLA RICERCA

La ricerca HBSC si svolge in Europa e Nord America ed è condotta in collaborazione con l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo studio è iniziato nel 1982, da ricercatori di tre nazioni – Finlandia, Norvegia e Inghilterra (1) – e, successivamente, il progetto è stato adottato dall'OMS Europa come studio collaborativo. Dopo la prima ricerca del 1983/84, che è stata condotta dalle nazioni fondatrici e dall'Austria, lo studio si è ripetuto ogni quattro anni ed ha coinvolto sempre più nazioni.

Il ripetersi della ricerca trasversale ad intervalli quadriennali regolari permette di avere dati che consentono di monitorare nuove tendenze e cambiamenti negli stili di vita dei preadolescenti.

I dati provengono da campioni rappresentativi dei giovani in età scolare di 11, 13 e 15 anni e sono raccolti nelle scuole (in Italia: prima e terza media inferiore, seconda superiore). Le tre fasce d'età hanno esigenze specifiche:

- 11 anni, che rappresenta l'inizio dell'adolescenza, il momento di allontanamento dall'età infantile, ed è caratterizzata dai primi cambiamenti a livello fisico ed emotivo;
- 13 anni, fase in cui i cambiamenti fisici, sociali e mentali sono accentuati. Tale età

coincide nel nostro Paese con un delicato momento di scelta scolastica rispetto al futuro, carico di tensioni per i ragazzi;

- 15 anni, periodo della vita in cui l'adolescente comincia a pensare e a prendere decisioni riguardanti il proprio avvenire, maggiormente consapevole delle nuove abilità che ha a disposizione e delle possibilità che gli si aprono davanti. È il primo passo verso l'accettazione di un corpo e di una identità nuovi.

L'analisi di queste tre età permette di avere una visione chiara e completa di tre tappe cruciali per la formazione della persona, poiché, in un breve spazio temporale, esse racchiudono cambiamenti a diversi livelli, fondamentali per la costruzione di un individuo adulto e maturo.

Lo strumento di ricerca è un questionario autocompilato, comune ad ogni stato partecipante, che consente la raccolta di indicatori di salute e di variabili contestuali. Il questionario è redatto in modo tale da essere ben compreso dai soggetti appartenenti al target (11-13-15 anni).

OBIETTIVI E SCOPI

Lo studio ha lo scopo di aumentare la comprensione degli stili di vita e dei comportamenti legati alla salute in preadolescenza. I ricercatori che partecipano alla ricerca HBSC provengono da differenti ambiti disciplinari (psicologia, epidemiologia, sociologia, medicina, ecc.) e utilizzano un'ampia varietà di modelli concettuali e teorici per descrivere, analizzare e spiegare i comportamenti legati alla salute degli adolescenti.

Questa varietà di esperienze e conoscenze permette di analizzare i dati secondo diversi punti di vista e di ricavare informazioni utili sia a livello medico, sia psicologico, sia sociologico.

Gli obiettivi principali dello studio sono i seguenti:

- promuovere e sostenere ricerche a livello nazionale e internazionale sugli stili di vita e sui contesti sociali tra i giovani in età scolare;
- contribuire allo sviluppo concettuale, teorico e metodologico nell'area di ricerca riguardante la salute e i contesti sociali in preadolescenza;
- raccogliere dati rilevanti sui ragazzi in età scolare e monitorare salute e stili di vita dei giovani dell'età di nostro interesse a livello nazionale;
- diffondere e rendere noti i risultati più rilevanti ai diversi tipi di target: ricercatori, politici coinvolti nelle scelte riguardanti la programmazione socio-sanitaria, professionisti nel campo della promozione del benessere, insegnanti, genitori, ragazzi;

- connettere lo studio agli obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, specialmente nel monitorare i progressi rispetto al documento HEALTH 21¹ riguardanti i preadolescenti e gli adolescenti;
- sostenere lo sviluppo di programmi di promozione della salute con ragazzi in età scolare;
- promuovere e sostenere lo stabilizzarsi di esperti nazionali sulla salute, sui comportamenti legati alla salute e sui contesti sociali in preadolescenza ed adolescenza;
- stabilire e rafforzare lo sviluppo di una rete internazionale di esperti in questo campo.

LE NAZIONI COINVOLTE

Nella ricerca del 2006 sono coinvolte 41 nazioni (Tab. 1.1) prevalentemente europee e nord americane. Nel 2000 la Regione Veneto ha realizzato per la prima volta la ricerca sui giovani veneti usando il protocollo internazionale di ricerca 1997-1998. Nel 2002 e nel 2006, le ricerche sono state condotte su due livelli: a livello regionale, dalla Regione Veneto e, a livello nazionale, dal gruppo italiano HBSC, coordinato dal prof. Franco Cavallo dell'Università di Torino, utilizzando entrambi i protocolli internazionali 2001-2002 e 2005-2006.

Per produrre dati confrontabili tra i diversi stati partecipanti, in termini di omogeneità delle procedure di campionamento e di raccolta dei dati, le nazioni coinvolte nello studio devono attenersi strettamente al protocollo internazionale di ricerca e garantire che la conformità agli strumenti di indagine prescritti sia rispettata.

1. I target di tale documento che coincidono con gli obiettivi dello studio sono:

- target 2: uguaglianze in salute e la formulazione di indicatori di misure socioeconomiche
- target 4: salute tra i giovani ed in particolare la creazione di indicatori sugli stili di vita degli adolescenti riguardanti il fumo, l'alcol, le droghe e la sessualità
- target 11: vita più sana ed in particolare assicurare statistiche nazionali sui consumi alimentari ed indice di massa corporea
- target 19: ricerche e miglioramento delle conoscenze sulla salute, facendo in modo che i dati emersi siano utili e accessibili ai politici, ai professionisti della salute e della prevenzione, agli esperti, nonché alla popolazione generale.

Tabella 1.1 Elenco delle nazioni partecipanti alla ricerca HBSC

Nazioni coinvolte nella ricerca 2005 - 2006		
1. Finlandia	2. Norvegia	3. Austria
4. Belgio (Francese)	5. Ungheria	6. Israele
7. Scozia	8. Spagna	9. Svezia
10. Svizzera	11. Galles	12. Danimarca
13. Canada	14. Lettonia	15. Polonia
16. Belgio (Vallone)	17. Repubblica Ceca	18. Estonia
19. Francia	20. Germania	21. Groenlandia
22. Lituania	23. Russia	24. Repubblica Slovacca
25. Inghilterra	26. Grecia	27. Portogallo
28. Repubblica Irlandese	29. USA	30. Macedonia*
31. Olanda*	32. Italia*	33. Croazia*
34. Malta*	35. Slovenia*	36. Ucraina*
37. Bulgaria	38. Islanda	39. Lussemburgo
40. Romania	41. Turchia	

* Primo anno di partecipazione alla ricerca internazionale

IL CAMPIONE²

L'universo di riferimento per l'indagine HBSC dell'OMS è costituito dai ragazzi che frequentano la scuola e che hanno 11, 13 e 15 anni. Nella realtà veneta, gli scostamenti dal percorso scolastico "regolare" sono molto limitati in questa fase formativa e possono essere trascurati. Pertanto, le tre classi di età della popolazione di riferimento (11-13-15) corrispondono, rispettivamente, agli alunni delle classi di prima, terza media inferiore e agli studenti della seconda scuola media superiore. Il campione veneto, conformemente alle linee guida del protocollo internazionale di ricerca HBSC, è selezionato attraverso una procedura di campionamento a grappolo, in cui il "grappolo" è la classe scolastica; questo significa che il questionario viene somministrato a ciascun alunno delle classi selezionate. Le classi vengono selezionate secondo un disegno a due stadi: nel primo stadio sono selezionate le scuole con probabilità proporzionale alla dimensione (in termini di numero di classi) e al secondo stadio sono sorteggiate casualmente due classi (una prima e una terza) per ogni scuola media e una classe

2. Le procedure di campionamento sono state effettuate dalla prof. Maria Cristiana Martini, docente di Statistica Sociale presso la Facoltà di Scienze della Comunicazione e dell'Economia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

seconda per ogni scuola superiore. La selezione delle scuole è attuata tramite selezione sistematica dopo aver operato una stratificazione delle scuole per dimensione, per tipo di scuola (istituti pubblici e privati) e per area geografica³ (2, 3). Per gli istituti superiori si è operata una ulteriore stratificazione implicita rispetto alla tipologia di istituto (licei, istituti magistrali, istituti tecnici, scuole professionali, istituti artistici e centri di formazione professionale). Questo garantisce che il campione ottenuto riproduca la popolazione di riferimento rispetto alle variabili di stratificazione.

Il campione finale è costituito da 240 scuole con 350 classi per un totale di 6744 soggetti provenienti da tutte le tipologie di scuola esistenti in Veneto (Istituti professionali, tecnici, magistrali, d'arte, Centri di Formazione Professionale, Licei). La numerosità campionaria e la strategia di campionamento adottata offrono la possibilità di spingersi per alcune stime anche a livello di Azienda ULSS (unità base di pianificazione del Sistema Socio-Sanitario Veneto) grazie anche all'inclusione di un campione aggiuntivo di 703 unità. Ad ogni unità, in relazione al piano di campionamento, è stato attribuito uno specifico peso. Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando i pesi di campionamento in relazione al livello di stratificazione cui la singola stima si riferisce.

IL QUESTIONARIO

La ricerca HBSC è uno studio con dati raccolti attraverso questionari autocompilati, distribuiti in classe dall'insegnante previa autorizzazione da parte dei genitori. Per gli insegnanti delle scuole coinvolte sono previsti degli incontri di formazione-informazione al fine di chiarire gli obiettivi della ricerca e la modalità di somministrazione.

Nel Veneto, tale preparazione è stata realizzata in ognuna delle 7 province.

Il questionario, compilato in forma anonima e utilizzato da tutte le nazioni coinvolte, è suddiviso in quattro parti principali:

1. background: indicatori demografici (età, sesso), retroterra sociale (educazione, struttura familiare, status socio economico) e fattori individuali (pubertà). Questa parte permette di conoscere chi sono i ragazzi coinvolti;
2. risorse individuali e sociali: individuo (immagine corporea, percezione di sé), famiglia, gruppo dei pari, scuola. Questa sezione consente di indagare se la percezione di sé ed il sostegno delle persone che stanno accanto forniscono un punto d'appoggio e di aiuto oppure possono essere considerati ostacoli per la crescita personale;
3. comportamenti legati alla salute: attività fisica, fumo, alcol, uso di cannabinoidi, sessualità, alimentazione, bullismo/violenza. I comportamenti rilevati dal questionario diventano indicatori degli stili di vita messi in atto dai giovani;

3. Le aree geografiche utilizzate per la stratificazione coincidono con il bacino territoriale delle ULSS della Regione Veneto.

4. stato di salute: sintomi psicofisici, soddisfazione rispetto alla propria vita, salute percepita, indice di massa corporea. I risultati legati alla salute possono a loro volta innescare circoli viziosi o virtuosi che influenzano le risorse individuali o sociali e la messa in atto di determinati comportamenti.

LE ANALISI DEI DATI

I dati riportati in questo volume si riferiscono all'indagine HBSC svoltasi su tutto il territorio veneto nel periodo 2005-2006. La presentazione dei risultati di questa ricerca è stata strutturata in maniera tale da esporre i dati a livello regionale, provinciale e per singole Aziende ULSS. Per l'elaborazione dei dati si sono utilizzate le procedure del software STATA 10 (4) che consentono di tener conto del disegno di campionamento adottato e dei relativi pesi. In particolare sono stati stimati percentuali e intervalli di confidenza al 95% tenendo conto delle necessarie correlazioni dovute all'utilizzo di dati pesati. Per la verifica di ipotesi relative alle stime delle prevalenze è stato utilizzato l'adjusted Wald test per ipotesi lineari semplici e composite.

Per la valutazione della significatività dei cambiamenti rilevati tra i due periodi temporali (2001-2002 e 2005-2006) si sono applicati i seguenti test statistici: test di Mann-Whitney, test di Cochran-Armitage, test di Wilcoxon e t-test per campioni indipendenti; vista la sostanziale concordanza dei diversi approcci, per semplicità, nelle tabelle e nei grafici, viene riportato unicamente il livello di significatività osservato dall'applicazione del t-test per campioni indipendenti.

Inoltre le tabelle e i grafici sono corredati da simboli indicanti i livelli di significatività delle variabili considerate. La legenda posta sotto ogni tabella consente l'interpretazione del simbolo. Nei commenti sono state descritte solo le variazioni temporali che presentavano un livello di significatività osservato inferiore al 5%.

BIBLIOGRAFIA

1. AARO ET AL. Health Behaviour in School-Aged Children. A WHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1986, 1, 1, 17-33.
2. CURRIE C, SAMDAL O, BOYCE W ET AL. eds. *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 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, accessed 27 January 2004).
3. LEVY P. S., LEMESHOW S. *Sampling of Populations: Methods and Applications* 3rd Edition Wiley, 1999.
4. *Survey Data Reference Manual*, Stata Press, 2007.

Sezione II

**Le condizioni
di vita dei giovani**

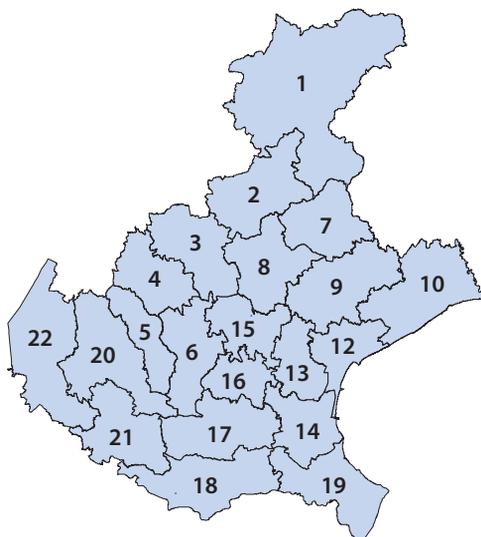
Legenda

Le province della Regione Veneto



Le Aziende ULSS della Regione Veneto

- 1 ULSS 1 Belluno
- 2 ULSS 2 Feltre
- 3 ULSS 3 Bassano del Grappa
- 4 ULSS 4 Alto Vicentino
- 5 ULSS 5 Ovest Vicentino
- 6 ULSS 6 Vicenza
- 7 ULSS 7 Pieve di Soligo
- 8 ULSS 8 Asolo
- 9 ULSS 9 Treviso
- 10 ULSS 10 Veneto Orientale
- 12 ULSS 12 Veneziana
- 13 ULSS 13 Dolo
- 14 ULSS 14 Chioggia
- 15 ULSS 15 Alta Padovana
- 16 ULSS 16 Padova
- 17 ULSS 17 Este
- 18 ULSS 18 Rovigo
- 19 ULSS 19 Taglio di Po
- 20 ULSS 20 Verona
- 21 ULSS 21 Legnago
- 22 ULSS 22 Bussolengo



LE CONDIZIONI DI VITA DEI GIOVANI

Eva Baldassari, Massimo Mirandola

INTRODUZIONE

Il concetto di Salute ha subito negli anni continue trasformazioni anche in relazione ai processi ed evoluzioni culturali che si sono via via succeduti. La prima definizione del 1948 di “stato di completo benessere bio-psico-sociale”, che ha dato l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha condizionato il modo in cui l’umanità si è trovata a dover concepire anche le azioni volte alla sua conservazione e sviluppo. La salute è diventata negli anni sempre più un bene pubblico da mettere non solo in relazione al singolo individuo o di pertinenza del sistema sanitario con la considerazione dei fattori di rischio classici, ma è diventata sempre più oggetto di interesse anche come risultato (*outcome*) di politiche che le diverse autorità (locali, regionali, nazionali) mettono in atto a vari livelli.

La salute da bene individuale e biologico diviene, sempre più, collettivo e sociale e, caratterizzandosi come oggetto sociale, entra anche nel dominio di studio delle scienze sociali. Si vengono così a delineare due differenti filoni di studio della salute: quello biomedico, basato sul riduzionismo e sulla tecnologia sempre più spinta e quello olistico, ispirato soprattutto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, che lo caratterizza come un bene, risorsa e diritto, come elemento essenziale dei diritti umani.

Il nuovo paradigma dell’OMS definendo la cornice di riferimento per le azioni di sanità pubblica sottolinea il concetto che: “ la salute umana dovrebbe essere vista in un con-

testo fisico, sociale, comportamentale ed ecologico. In questo modello olistico, la promozione della salute gioca una parte fondamentale. Promuovere la salute deve coinvolgere altri settori che realizzano un contributo rispetto alla salute come l'educazione, il cibo, la nutrizione, e l'ambiente e il sistema politico e sociale". È evidente da quanto appena detto come la considerazione dell'ambiente solo in termini fisici presenti limiti profondi e non possa tenere conto adeguatamente anche degli aspetti sociali che invece caratterizzano fortemente l'ambiente concepito in termini ecologici.

In letteratura, quando si fa riferimento alle condizioni di vita legate allo stato di salute di una particolare fascia della popolazione, si distingue, da una parte, tra i fattori sociali, economici ed ambientali che determinano la salute in senso positivo e, dall'altra, i fattori sociali, economici ed ambientali che incidono negativamente sulla salute, creando le cosiddette "*health inequalities*", ovvero le disuguaglianze nello stato di salute che affliggono alcuni gruppi vulnerabili, svantaggiati o a particolare rischio della popolazione in esame.

Wilkinson e Marmot (2003) definiscono l'iniquità in salute come "una disparità nella salute che è inutile, non necessaria e quindi evitabile e proprio per questo iniqua".

Oggi si sta sempre più riconoscendo l'impatto a lungo termine delle condizioni sociali e psicologiche sulla salute. L'ansia cronica, una bassa autostima, l'isolamento sociale e la perdita di controllo sul proprio lavoro sembrano infatti minare alle radici la salute mentale e fisica delle società moderne. A riprova di ciò, si consideri un fatto ormai accertato: che questi problemi interessano relativamente tutti gli strati della popolazione, ma aumentano progressivamente fra gli strati più bassi delle società industrializzate. Ciò che emerge da questi studi è che questo fatto è in parte dovuto al modo in cui la struttura e la posizione sociale generano ansia e stress. Infatti, nei paesi ricchi, l'ansia sembra essere uno dei principali fattori che collegano la salute alle condizioni di vita sociali ed economiche. I processi biologici messi in atto dall'ansia implicano uno scambio tra forme di adattamento allo stress e costi in termini di salute che probabilmente giocava a favore dei nostri antenati, ma che oggi si rivela dannoso per noi.

In sintesi, questi fattori sottolineano l'importanza fondamentale sia per la salute pubblica sia per il benessere psicologico e sociale della società in cui viviamo delle relazioni sociali e di come queste sono strutturate: ovvero se sono strutturate secondo strategie di tipo cooperativo, a basso contenuto di stress, che promuovono la solidarietà e reciprocità sociale, oppure secondo strategie di tipo competitivo, ad alto contenuto di stress, associate a meccanismi sociali conflittuali di dominio e sottomissione. Ciò che determina principalmente il tipo di strategia predominante in una società è la misura in cui tale società è egualitaria. Invero, le ineguaglianze socioeconomiche influenzano tutto: dal tipo di struttura sociale alla qualità dell'ambiente sociale e del benessere psicosociale di una popolazione, perciò comprendere i processi psicosociali implicati da queste relazioni diventa basilare per le politiche di contrasto alle ineguaglianze socioeconomiche delle società moderne (1, 2).

I fattori che incidono sulla salute includono tutte le principali componenti non genetiche e non biologiche della salute: dai fattori di rischio individuali, legati al comportamento e agli stili di vita (come il consumo di tabacco e di sostanze stupefacenti, l'obesità e il sovrappeso, la cattiva igiene orale, la sedentarietà ecc..) ai contesti più allargati; quest'ultimi comprendono fattori strutturali, come il mercato del lavoro ed il sistema scolastico, i quali, a loro volta, esercitano un impatto sulla salute attraverso due elementi fondamentali: la posizione sociale ed i fattori intermedi ad essa legati. La posizione sociale infatti, essendo il frutto di una relazione complessa tra status socio-economico, genere, appartenenza etnica e identità sessuale, media l'accesso dell'individuo alle risorse sociali come, ad esempio, le opportunità lavorative e l'istruzione ed è, allo stesso tempo, connessa alla salute della persona attraverso fattori intermedi, quali l'esposizione ai rischi per comportamento o per influenza ambientale (esposizione al fumo o qualità delle condizioni abitative) e l'accesso alle cure e all'assistenza socio-sanitaria (1).

Sempre più studi hanno dimostrato la relazione tra i contesti e le condizioni di vita ed i comportamenti dei giovani: i primi influiscono, in gran parte, sulla loro capacità di acquisire, mantenere e sostenere un buono stato di salute e di benessere psicofisico. Le esperienze e l'esposizione alle contingenze ambientali nel corso della vita, in particolare quelle precoci, generano conseguenze a lungo termine sulla salute e potrebbero essere una delle cause delle disuguaglianze nella salute (3). Soprattutto in età evolutiva, per l'estrema malleabilità dei sistemi biologici, gli input cognitivi, emotivi e sensoriali dell'ambiente hanno un influsso sulle risposte del cervello al punto tale che uno scarso attaccamento affettivo, un ambiente privo di stimoli o deprivato possono pregiudicare la realizzazione futura dell'individuo, specie in ambito scolastico ed esporlo ad innumerevoli fattori di rischio e di emarginazione. Al contrario, buoni stili di vita, come una sana alimentazione, l'esercizio fisico e il non fumare, sono associati a buoni esempi da parte dei genitori e del gruppo dei pari, da una parte e ad un buon livello socioeconomico e di istruzione, dall'altra (4-10).

Fin dall'inizio, lo studio HBSC ha cercato di capire la salute e gli stili di vita degli adolescenti ad essa collegati, analizzando come gli aspetti sociali, ambientali e psicologici incidano su di essa (11).

Precedenti rapporti HBSC (12, 13) hanno evidenziato che la famiglia, la scuola, i compagni e le condizioni socioeconomiche sono i contesti chiave da collegare alla salute e agli stili di vita dei giovani.

Importanza del contesto

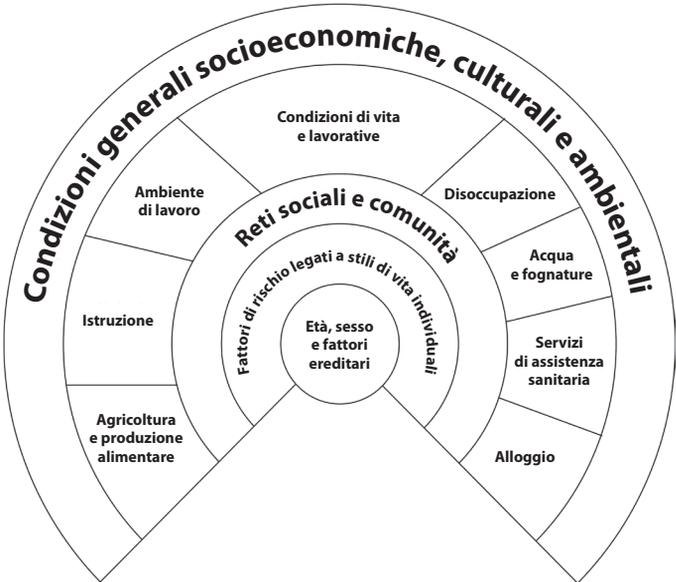
L'attenzione verso i contesti di vita, che nell'ultimo decennio ha sempre più interessato il dibattito internazionale, ha cambiato il modo di intendere sia la ricerca sia le politiche nell'ambito della salute pubblica: se in passato, infatti, si adottavano

interventi limitati alla cura e prevenzione delle malattie e dei fattori di rischio, con un approccio individualistico e settoriale, oggi, invece, si riconosce l'influenza dei più ampi fattori ecologici, come il reddito, l'istruzione, il lavoro, le condizioni abitative e ambientali, sulla salute e sugli stili di vita della popolazione e si adotta, quindi, un approccio di tipo multisettoriale e olistico.

Di conseguenza, sono stati messi a punto dei modelli per individuare la serie di determinanti e le influenze che hanno sulla salute. Uno dei modelli, spesso utilizzato nei documenti di politica nazionale e internazionale, è il policy rainbow di Dahlgren (14), che descrive i livelli di influenza che diversi settori possono avere sulla possibilità individuale di preservare la propria salute (Fig. 1).

Il grafico presenta un modello di salute di tipo sociale che include fattori fissi, come l'età, il sesso e le caratteristiche genetiche e una serie di fattori potenzialmente modificabili, che possono essere in varia misura più o meno controllabili dall'individuo. Whitehead (15) analizza questi livelli di influenza in relazione alle decisioni politiche di quanti sono interessati alla riduzione delle ineguaglianze di salute. Il modello consente di visualizzare le interazioni sia tra salute e determinanti, sia tra determinanti stessi. Inoltre un aspetto importante evidenziato da questo modello, risiede anche nella possibilità di vedere quali settori sono modificabili non tanto dall'individuo,

Figura 1 The policy rainbow



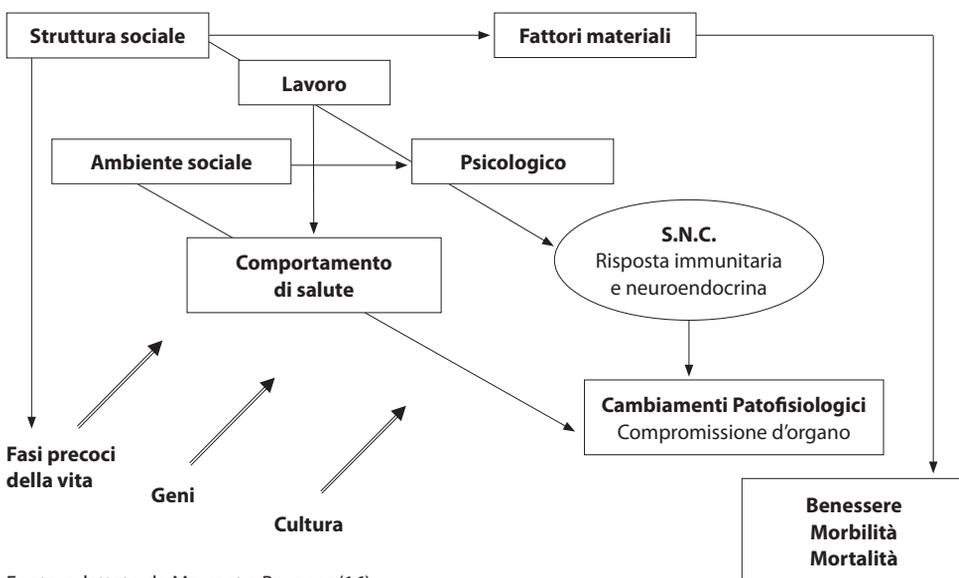
Fonte: adattato da Dahlgren (14).

ma da vari settori sociali ed in particolare dall'azione politica. Le circostanze in cui gli individui vivono sono importanti elementi nelle scelte degli individui rispetto al mantenimento della propria salute. Azioni a questo livello sono concepibili solo in termini di politiche e non di programmi. In effetti è poco probabile che programmi di intervento, per esempio, per ridurre l'obesità possano avere effetti sul livello e tipologia di grassi utilizzati dalla grande industria nella preparazione dei cibi, mentre è al contrario possibile che tali programmi possano influire sui comportamenti individuali nel modulare la scelta del range di opzioni offerte dal sistema, ossia condizionate alle circostanze di vita.

Il modello, quindi, ribadisce la necessità di creare strategie integrate a livello individuale, sociale e ambientale e analizza l'influenza sulla salute di ciascun fattore presente in ogni livello del modello, le interazioni possibili tra i fattori e la fattibilità di cambiare dei fattori specifici.

Un altro modello di riferimento per l'analisi dell'impatto dei determinanti sociali ed economici sulla salute è quello descritto da Marmot e Brunner (2006) in una recente pubblicazione (Fig. 2) (16). Tale modello sottolinea lo stretto legame tra i processi biologici e la struttura socioeconomica nella quale viviamo, indicando i percorsi materiali, psicosociali e comportamentali che collegano la struttura sociale alla salute e alla malattia ed includendo anche l'influenza del patrimonio genetico, delle prime esperienze di vita e dei fattori culturali.

Figura 2 Determinanti sociali della Salute



Fonte: adattato da Marmot e Brunner (16).

In linea con i modelli sopradescritti, lo studio HBSC sostiene un modello olistico di salute e ha dotato la ricerca di una vasta gamma di indicatori sociali al fine di capire come la famiglia, la scuola, i compagni e l'ambiente socioeconomico possano influire sulla salute e il benessere psicofisico dei giovani.

Lo status socioeconomico

Nonostante l'evoluzione delle malattie e dei fattori di rischio ad esse associati, che dalle grandi epidemie a diffusione ambientale ha portato alla prevalenza di malattie cronico-degenerative, in cui i fattori comportamentali giocano un ruolo decisivo, lo status socioeconomico è sempre rimasto un predittore della salute e della longevità. Ancor oggi, questo concetto è in grado di spiegare molte disuguaglianze in termini di salute che si possono riscontrare non solo tra gli adulti, ma anche tra i giovani ed i bambini. Alcuni studi hanno, infatti, sottolineato come lo status socioeconomico di un individuo in età adulta sia fortemente determinato dallo status socioeconomico dei propri genitori, portando sempre maggiori evidenze sull'influenza esercitata dal background familiare sulla futura posizione socioeconomica dei bambini (17, 18). Altri studi hanno evidenziato, inoltre, come la posizione socioeconomica di una persona sia modellata dalla sua posizione su altri gradienti strutturali da cui derivano disuguaglianze nello stato di salute. Ad esempio, se, da una parte, il grado di istruzione è associato a condizioni di vita agiate, dall'altra, in determinati contesti, esso conferisce maggiori benefici ad alcuni gruppi etnici rispetto ad altri (19). Inoltre, il livello di istruzione dei genitori ed il loro status socioeconomico sono risultati determinanti per la valutazione da parte dei bambini e degli adolescenti della propria qualità di vita e del proprio benessere psicofisico o del proprio rapporto con la scuola, gli insegnanti, i genitori stessi ed il gruppo di pari (20-23).

Valutazione della condizione socioeconomica dei giovani

L'indagine HBSC si è servita della scala dell'agiatezza familiare (Family Affluence Scale) per comprendere la condizione socioeconomica dei giovani. Si tratta di uno strumento sviluppato in Scozia, sulla base di vari lavori preliminari volti ad identificare una modalità di rilevazione del benessere economico familiare specifico per preadolescenti ed adolescenti, la cui validazione è stata realizzata in vari paesi (24).

La scala FAS rappresenta quindi uno strumento per rilevare, attraverso le risposte dei ragazzi la loro ricchezza o deprivazione in ambito familiare.

Questa scala, sviluppata per essere usata già nelle prime indagini HBSC come misura della ricchezza familiare (24, 25), è stata quindi usata, anche, nell'indagine internazionale del 2001/2002 (26). Il concetto di FAS è collegato ai comuni indi-

catori di deprivazione materiale (27, 28) ed è simile a un indicatore di condizione abitativa (29).

Questa scala comprende le seguenti quattro domande, alle quali è molto probabile che i giovani siano in grado di rispondere: il numero di automobili possedute in famiglia, la possibilità di avere una camera da letto personale, il numero di vacanze trascorse con la famiglia e il numero di computer posseduti. In particolare la domanda sul numero di computer posseduti è stata aggiunta al questionario nell'indagine del 2001/2002 per identificare le famiglie con condizioni socioeconomiche più elevate nei paesi ricchi.

Sono in corso ulteriori studi sulle associazioni tra la FAS e altre misure di valutazione della ricchezza nazionale (come il prodotto interno lordo, il reddito medio e altri indicatori). Allo stato attuale, però, non ci sono validazioni di questa scala rispetto al contesto italiano e questa lacuna ha determinato la scelta di non includere, nel presente rapporto, analisi del campione con stratificazione per FAS. Essendo il FAS un indicatore della ricchezza/benessere economico della famiglia e, quindi, anche se non in modo biunivoco, dello status socio-economico, prima del suo utilizzo è necessario essere sicuri della reale capacità di misurazione dello strumento rispetto a quanto è destinato a misurare. Pertanto è auspicabile che la validità della scala FAS rispetto al contesto italiano possa essere in futuro oggetto di studi specifici.

I prossimi tre capitoli che fanno parte di questa sezione intendono fornire un'analisi descrittiva di tali contesti appartenenti alla realtà veneta, regionale, provinciale e, quando possibile, anche a livello di Aziende ULSS.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAHAM H, KELLY MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London: Health Development Agency, 2004.
2. HOUSE JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *J Health Soc Behav*, 2002, 43, 2, 125-42.
3. HOLLAND P, ET AL. Life course influences on health in early old age. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 6).
4. BARKER DJP. Mothers, babies and disease in later life, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
5. RUTTER M, RUTTER M. Developing minds: challenge and continuity across the life span. London: Penguin Books, 1993.
6. ANDERSEN MR, LEROUX BG, BRICKER JB, ET AL. Antismoking parenting practices are associated with reduced rates of adolescent smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158, 4, 348-52.
7. DOTINGA A, SCHRIJVERS CT, VOORHAM AJ, ET AL. Correlates of stages of change of smoking among inhabitants of deprived neighbourhoods. *Eur J Public Health*, 2005, 15, 2, 152-9.
8. HARAKEH Z, SCHOLTE RH, DE VRIES H, ET AL. Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction*. 2005, 100, 6, 862-70.

9. SPIJKERMAN R, VAN DEN EIJNDEN RJ, ENGELS RC. Self-comparison processes, prototypes, and smoking onset among early adolescents. *Prev Med*, 2005, 40, 6, 785-94.
10. GILES-CORTI B, DONOVAN RJ. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Soc Sci Med*, 2002, 54, 12, 1793-812.
11. CURRIE C. A review of the Health Behaviour in School-Aged Children study (1995-1999) and plans for the future(1999-2004). Edinburgh, University of Edinburgh, 1999.
12. KING A, ET AL. The health of youth: a cross-national survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; http://www.euro.who.int/Information-Sources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
13. CURRIE C, ET AL., eds. Health and health behaviour among young people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
14. DAHLGREN G. European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Volume II - Intersectoral action for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
15. WHITEHEAD M. Tackling health inequalities: a review of policy initiatives. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds. Tackling inequalities in health: an agenda for action. London, Kings Fund, 1995.
16. MARMOT M, BRUNNER E. Social organization, stress, and health in Marmot M and Wilkinson RG (eds). *Social Determinants of Health*, second edition. Oxford: Oxford University Press, 2006.
17. GRAHAM H, & POWER C. Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework. London: Health Development Agency, 2004.
18. BLANDEN J, GOODMAN A, GREGG P, ET AL. Changes in intergenerational mobility in Britain. London: Centre for Economic Performance, London School of Economics, 2001.
19. BERTHOUD R. The incomes of ethnic minorities. ISER Report 98-1. Institute of Social and Economic Research, University of Essex, 1998.
20. DUE P, LYNCH J, HOLSTEIN B, ET AL. 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, 9, 692-8.
21. KVRGIC S, NICIFOROVIC-SURKOVIC O, UKROPINA S. Effect of sociodemographic characteristics on health status and quality of life in schoolchildren and adolescents in Yugoslavia. *Med Pregl*, 2001, 54, 5-6, 229-33.
22. AVILA-BURGOS L, RAMIREZ-VALVERDE G, MARTINEZ-DAMIAN MA, ET AL. Socioeconomic determinants of inequality and self-reported morbidity among adolescents in a developing country. *Saudi Med J*, 2005, 26, 10, 1617-23.
23. VON RUEDEN U, GOSCH A, RAJMIL L, ET AL. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epidemiol Community Health*, 2006, 60, 2, 130-5.
24. CURRIE CE, ET AL. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 1997, 12, 385-397.
25. CURRIE C. Socioeconomic circumstances among school-aged children in Europe and North America. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001, 347-364.
26. CURRIE C, SAMDAL O, BOYCE W ET AL., eds. *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 (http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf, accessed 27 January 2004).

27. CARSTAIRS V, MORRIS R. Deprivation and health in Scotland. Aberdeen, Aberdeen University Press, 1991.
28. TOWNSEND P. Deprivation. *Journal of Social Policy*, 1987, 16, 125-146.
29. Wardle K, Robb K, Johnson F. Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56, 8, 595-599.

Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Francesco Gallo

Servizio Famiglia - Direzione dei Servizi Sociali - Regione Veneto

INTRODUZIONE

La famiglia è considerata il contesto più importante per lo sviluppo del bambino. Essa è il primo ambiente in cui ogni individuo vive, dove si apprendono fondamentali conoscenze rispetto alla salute ed ai comportamenti ad essa legati e dove si stabilizzano abitudini importanti per il benessere dell'individuo. È all'interno della sfera familiare che durante l'infanzia vengono appresi numerosi comportamenti riguardanti sia la cura personale (igiene, attività fisica, alimentazione) sia la sfera interpersonale (abilità sociali, autostima ed autoefficacia) (1).

La famiglia è un sistema dinamico e complesso, caratterizzato da aspetti strutturali e relazionali che influenzano e vengono influenzati dallo sviluppo sociale, culturale e storico del contesto in cui si colloca (2, 3), oltre che dai mutamenti e dalle fasi evolutive dei suoi stessi componenti (4, 5).

Considerando gli aspetti strutturali, in Italia i processi di cambiamento e di trasformazione della famiglia sono meno evidenti e meno rapidi che nella maggior parte degli altri Paesi occidentali, per l'esistenza di una profonda e radicata tradizione religiosa che, nel nostro paese, promuove e sostiene il matrimonio e, di conseguenza, la famiglia di tipo tradizionale. Nonostante questo non può essere negata la sempre

maggior presenza di diverse aggregazioni familiari che si distinguono da quella tradizionale (3, 6, 7).

Oltre, quindi, alla struttura familiare di tipo tradizionale, sono sempre più frequentemente riscontrabili altre tipologie (8-10) come, ad esempio, la famiglia "monoparentale", vale a dire quella struttura in cui, per diversi motivi, i figli si trovano a vivere con un solo genitore di riferimento, mentre l'altro, se c'è, svolge un ruolo nettamente minoritario. Il genitore presente deve esercitare le funzioni di entrambe le figure parentali e provvedere da solo alla sussistenza della famiglia e all'educazione dei figli. I dati ISTAT mostrano che a livello nazionale la percentuale di bambini e ragazzi che vivono con un solo genitore è aumentata, passando dal 10.9% nel 1993-94 al 12.3% nel 2005 (11). Considerando la realtà del Nord-Est la percentuale passa dall'11.7% all'11.9%, mentre in Veneto la percentuale di famiglie monoparentali nel 2005 si attesta all'11.2%.

La famiglia "ricostituita" ne è un altro esempio. Il suo nucleo è costituito da almeno uno dei coniugi con o senza figli al loro secondo matrimonio (o convivenza). Si tratta di un tipo di famiglia che può raggiungere la massima complessità nei casi in cui entrambi i coniugi abbiano alle spalle precedenti matrimoni con figli e generino altri figli da questa nuova unione. Attualmente, in Italia, il 12.2% dei matrimoni vede uno sposo alle seconde nozze. Tra le famiglie ricostituite il 59.4% ha figli. Il 10.7% di queste famiglie ha figli di uno solo dei partner, il 39.1% ha prole nell'attuale unione e il 9.6% ne ha sia dall'unione attuale che da quella precedente. Considerando il dato nazionale dal 1993-1994 al 2005 si è passati dal 4.1% al 4.7% di famiglie ricostituite. Tale variazione è più ampia nel Nord Est: negli anni '90 il 4.7% delle famiglie risultava composta da due nuclei distinti, mentre nel 2005 la percentuale sale al 6.7%. In Veneto nel 2005 erano il 6,8% delle famiglie a risultare ricostituite (11, 12).

Altri cambiamenti importanti riguardano l'ampiezza delle famiglie italiane. Nell'ultimo decennio sono diminuite le coppie con figli, passando dal 48.0% al 41.9% e dal 3.3% al 2.8% le famiglie allargate o estese con nonni o altri parenti.(10-12).

La maggior parte delle ricerche sulla struttura familiare ha cercato di capire se vivere in una famiglia non tradizionale fosse una condizione "a rischio" per il bambino o l'adolescente (13,14). Molte di queste ricerche hanno evidenziato che il vivere in una famiglia tradizionale può essere considerato un fattore protettivo per la salute, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite può considerarsi un fattore di rischio (15-19) con un aumento dei problemi emotivi e comportamentali (20-22), insieme alla comparsa di morbilità psichiatrica (23-24) e alla messa in atto di comportamenti inadeguati per la salute (relazioni sessuali precoci e non protette, abuso di sostanze legali e illegali, atti violenti e trasgressivi) (25-28).

In contrasto a queste evidenze diversi autori contestano tali effetti e relazioni negative. Lo svantaggio delle famiglie non tradizionali diventerebbe reale soltanto se a questa condizione iniziale se ne sommassero altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, le difficoltà relazionali tra genitori e figli, uno stato di conflittualità persistente, i problemi economici (29-32).

Su quest'ultimo punto, alcuni studi evidenziano come l'associazione tra famiglie non tradizionali e stato di salute sia spiegato prevalentemente da fattori socioeconomici. Gli autori sottolineano, inoltre, come nelle famiglie non tradizionali (come per esempio le famiglie monoparentali) sia presente un maggior svantaggio sia economico, sia sociale, in termini di minor coinvolgimento e partecipazione alla vita della comunità, più ridotta rete amicale ecc. (49-52).

Oltre all'importanza dei fattori strutturali, anche quelli relazionali giocano un ruolo rilevante, come, ad esempio, l'aspetto della comunicazione all'interno della famiglia.

La comunicazione, soprattutto tra genitori e figli, risulta essere fondamentale per il benessere del nucleo familiare. È stato dimostrato che una positiva comunicazione, indice di sostegno e calore, fornita dai genitori (33), può svolgere una funzione protettiva rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (34), a comportamenti antisociali (15, 35, 36), alla scarsa autostima (6) e a problemi scolastici (37-39). Una difficile comunicazione con i genitori si associa, invece, a maggiori comportamenti a rischio e a un maggior numero di sintomi psico-fisici (28, 40-43).

Inoltre, è stato evidenziato che un'efficace comunicazione genitori-figli ha un ruolo estremamente importante in quello che può essere definito il compito principale di questa età: il raggiungimento dell'autonomia (44-45).

Sebbene il tempo trascorso nel dialogare con i propri figli sembri in aumento rispetto agli anni '80, soprattutto per i padri, appare costante una riduzione di questi momenti di svago/confidenza al crescere dell'età dei figli. Se, ad esempio, con i figli piccoli i genitori dedicano circa 1 ora al giorno al dialogo e al gioco, con i figli preadolescenti tale tempo si riduce a meno di mezz'ora (12) e, vista l'importanza di un'adeguata comunicazione tra genitori e figli, questo dato non andrebbe sottovalutato. Il tutto anche a fronte di un aumento delle separazioni che nel Veneto sono state 6.117 per il 2005 (46).

METODI

Struttura familiare

Per l'indagine del 2005/2006, le domande sono state riviste ed ampliate per tenere conto delle diverse strutture familiari e per permettere ai ragazzi che vivono in nuclei familiari più complessi, ad esempio in due case, di esprimere al meglio questa loro situazione familiare. Nel questionario la domanda che indaga la struttura familiare è stata articolata in due parti:

- la prima, comune a tutti, chiedeva di indicare quali persone vivono nella casa in cui lo studente "vive la maggior parte del tempo", suddividendo i possibili conviventi in adulti (mamma, papà, matrigna, patrigno, nonno, nonna) e bambini

(fratelli, sorelle) e permettendo allo studente di selezionare “vivo in una comunità alloggio o casa famiglia”, per includere anche chi visse in affido o in case d’accoglienza, oppure “vivo con qualcun altro o in qualche altro posto”, per includere altre situazioni particolari;

- la seconda parte, invece, chiedeva di rispondere allo stesso modo per una seconda possibile casa (ad esempio la casa del padre nel caso in cui i genitori fossero separati).

Le due parti erano intervallate da una domanda (“Hai un’altra casa o famiglia dove vivi, come nel caso in cui i tuoi genitori fossero separati o divorziati?”). Se gli studenti rispondevano in modo negativo saltavano la seconda parte, mentre se rispondevano in modo positivo dovevano:

1. chiarire quanto tempo trascorrevano nella seconda casa/famiglia;
2. rispondere alla seconda parte, chiarendo chi viveva in questa seconda abitazione.

I dati presentati in questo rapporto descrivono i risultati relativi ai seguenti tre tipi di struttura familiare: famiglia tradizionale (con entrambi i genitori), famiglia monogenitoriale (con un solo genitore) e famiglia ricostituita (moglie/compagna del padre, marito/compagno della madre), facendo riferimento alla casa principale indicata dai giovani. È opportuno qui ribadire che il dato è riferito dai ragazzi e quindi non può essere considerato altrettanto valido quanto quello ottenuto dai registri ufficiali. Tuttavia, il dato di interesse, in questo caso, è la percezione che i ragazzi hanno della loro struttura familiare.

Tra le tipologie della struttura abitativo-familiare indagate vi è, anche, una categoria denominata altro, che include nonno/a, comunità alloggio, casa famiglia, altri adulti.

Comunicazione con i genitori

È stata utilizzata la domanda sulla comunicazione con i genitori per valutare la qualità dei rapporti genitori-figli. La domanda chiedeva quanto fosse facile o difficile per i figli parlare con svariate persone, compresi i genitori.

- *Quanto è facile per te parlare con queste persone di cose che ti preoccupano veramente? Padre/Madre.*

Le risposte possibili sono: *Molto facile; Facile; Difficile; Molto difficile; Non ho o non vedo questa persona.*

In linea con quanto effettuato nel rapporto internazionale, le risposte date alle modalità Molto facile, Facile sono state accorpate in modo da valutare la “comunicazione facile” con il padre e la madre e le risposte alla modalità Difficile, Molto difficile per valutare la “comunicazione difficile” con i rispettivi genitori.

RISULTATI E COMMENTI

Struttura familiare

Livello regionale

La Tabella 2.1 riporta le percentuali di giovani che vivono nelle tre tipologie principali di struttura familiare (tradizionale, monogenitoriale e ricostituita). Nella regione Veneto la maggior parte dei giovani vive in famiglie tradizionali, con entrambi i genitori presenti (più dell'80%). Le percentuali sono pressoché omogenee in tutti e tre gli strati, con una leggera differenza per la fascia degli undicenni (80.8%) rispetto alle altre due età (rispettivamente 82.6% e 82.2%).

Considerando le famiglie non tradizionali, la struttura monogenitoriale risulta presente poco meno del 15% negli undicenni e poco meno del 13% nelle altre due fasce d'età.

Percentuali molto più basse riguardano i giovani che vivono in famiglie ricostituite (rispettivamente l'1.2% per gli undicenni, il 2.6% per i tredicenni e il 3.1% per i quindicenni).

Se la famiglia tradizionale appare a tutt'oggi la struttura predominante, deve essere sottolineata la sempre più forte presenza di famiglie che non possono contare sulla presenza di entrambi i genitori naturali: tale fenomeno dev'essere tenuto in considerazione per le ripercussioni, talvolta negative, che il vivere in famiglie non tradizionali ha sul benessere dei giovani.

Livello provinciale

I dati a livello provinciale (tab. 2.1) mostrano stime abbastanza in linea con la tendenza regionale.

Considerando le percentuali di famiglie tradizionali nella fascia degli 11 anni, esse appaiono più frequenti a Padova (83.8%) ed a Vicenza (83.4%), mentre è a Venezia che si hanno le percentuali più basse tra gli undicenni (78.1%).

Per i tredicenni è a Belluno (85.3%) e a Padova (85.9%) che vi sono più famiglie tradizionali, mentre le percentuali più basse si raggiungono a Vicenza (79.9%).

Considerando il campione totale dei quindicenni la situazione cambia: Padova, che aveva ottenuto le percentuali più alte di famiglie tradizionali nelle altre due fasce d'età, evidenzia percentuali statisticamente significative più basse rispetto alle altre province (71.7%), mentre è Rovigo la provincia dove il maggior numero di quindicenni vive con entrambi i genitori naturali (86.7%).

Per quanto riguarda la struttura familiare monogenitoriale, essa appare più diffusa a Belluno per gli undicenni (17.3%), a Vicenza per i tredicenni (15.7%) e a Padova per i quindicenni (22.6%). Le province con più basse percentuali di famiglie monogenitoriali sono, invece, Vicenza (13.8%), Padova (13.8%) e Rovigo (13.9%) per gli undicenni, Treviso (9.5%) per i tredicenni e Rovigo (8.8%) e Verona (8.5%) per i quindicenni.

Infine, considerando la struttura familiare meno presente sul territorio veneto, vale a dire la struttura familiare ricostituita, possiamo evidenziare come tale tipologia familiare non esista a Belluno per gli undicenni e sia estremamente rara per i quindicenni (0.4%). Per i tredicenni, invece, la frequenza più bassa di famiglie ricostituite è a Vicenza (1.6%) e a Padova (1.5%). Valori più elevati rispetto alle altre province si individuano a Treviso per tutte e tre le fasce d'età (rispettivamente 1.9%, 4.1% e 3.7%) e a Verona per i quindicenni (3.7%).

La comunicazione con i genitori

Livello regionale

Come abbiamo precedentemente sottolineato, una positiva comunicazione con i genitori risulta un rilevante fattore protettivo nei confronti delle scelte comportamentali inadeguate dei ragazzi, per questo è importante indagare tale aspetto della vita familiare.

La comunicazione dipende, però, tra i tanti fattori, anche da quello legato al genere dei genitori e dei figli: per questo verranno riportati i risultati di come maschi e femmine percepiscono la comunicazione con madre e padre. Infatti la letteratura evidenzia maggiori difficoltà nella comunicazione per diadi disomogenee (padre-figlia, madre-figlio) (6, 14, 41).

Una prima considerazione che deve essere fatta analizzando i risultati sulla comunicazione genitori-figli, è come essa risulti, in generale, più facile con la madre rispetto al padre. I giovani del nostro campione, infatti, considerano più semplice confidare i loro problemi alla madre: questo è particolarmente vero per le ragazze (tab. 2.2).

Altro aspetto importante è che la comunicazione con entrambi i genitori tende a peggiorare e a diventare più complessa più i figli sono grandi. Nei confronti della madre, questo accade per i 13enni nel 72.3% dei casi e i 15enni indicano di avere una comunicazione facile o molto facile con la madre nel 64.6% dei casi. La percentuale è molto più elevata (84.5%) per gli undicenni.

Situazione ancora più marcata per il padre: a 11 anni il 64.8% del campione totale riferisce di comunicare facilmente col padre, a 13 anni la percentuale diminuisce (49.6%), per crollare al di sotto del 40% a 15 anni (37%).

La tabella 2.3 riporta, invece, il dato complementare: la difficoltà comunicativa con i genitori.

Livello provinciale

Le percentuali distinte per province evidenziano delle differenze, che però non risultano essere statisticamente significative, nella percezione della qualità della comunicazione genitori-figli (tab. 2.2).

In generale, sono, comunque, i ragazzi 11enni della provincia di Vicenza ad avere

percentuali più alte di facilità nel dialogare con la madre (87.9%), mentre sono quelli di Rovigo ad ottenere le stime più elevate a 13 e 15 anni (77.1% e 69.4%). Le percentuali più basse relative alla facilità di comunicazione con la madre sono ottenute dai ragazzi di Treviso a 11 anni (81.3%), da quelli di Verona a 13 anni (67.3%) e da quelli di Belluno a 15 anni (57.7%). Le differenze di genere esprimono valori piuttosto omogenei nella descrizione della comunicazione con la madre per tutti gli strati e nelle diverse province. Unica eccezione per i 15enni di Belluno, dove i maschi raggiungono percentuali statisticamente significative di maggiore facilità nel comunicare con la madre rispetto alle femmine loro coetanee (65.3% vs 48.4%).

Situazione molto differente per i padri (tab. 2.2): le differenze maschi-femmine risultano particolarmente marcate e statisticamente significative in pressoché tutti gli strati. Infatti, sono le ragazze, nella maggior parte delle fasce di età, che evidenziano minore facilità comunicativa col proprio padre. Ciò non vale, però, per la provincia di Belluno dove nello strato degli 11enni non emergono differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine.

La tabella 2.3 riporta, invece, il dato complementare: la difficoltà comunicativa con i genitori.

Le aziende ULSS

Considerando le difficoltà che i figli sperimentano nel comunicare con i genitori, le differenze tra comunicazione con il padre e con la madre già evidenziate precedentemente, risultano statisticamente significative anche per ciascuna ULSS (tab. 2.4).

Focalizzandoci sui risultati ottenuti relativamente alla difficoltà di comunicazione con la madre, le frequenze per gli 11enni oscillano dal 7.1% nell'ULSS 3 ad oltre il 21% nell'ULSS 7, 15 e 21. Come considerato precedentemente, la comunicazione risulta più difficile per le età superiori: a 13 anni le frequenze variano da poco meno di 20% nell'ULSS 17 (18.9%) e 18 (19.4%) a quasi 40% nell'ULSS 15 (39%). Per i quindicenni le difficoltà sembrano inasprirsi in quasi tutte le ULSS, ad eccezione delle Aziende ULSS 4, 10, 14, 15, 10 e 22 e i valori percentuali variano dal 25.7% dell'ULSS 19 al 45.8% dell'ULSS 1.

Considerando i padri, in generale si evidenzia un peggioramento netto della comunicazione all'aumentare dell'età, ad eccezione delle ULSS 2, 7, 8 e 21, dove non si evidenziano differenze tra undicenni e tredicenni e dell'ULSS 4, 5, 13 e 14, dove non vi sono differenze tra tredicenni e quindicenni.

In generale, ad 11 anni la comunicazione con il padre viene percepita come difficile dai giovani in modo differente per ULSS: si passa infatti dal 25.3% dell'ULSS 12 al 45.1% dell'ULSS 21. Per i tredicenni i valori variano da meno del 40% (36.6% per l'ULSS 2, 36.1% per l'ULSS 8) a più del 60% (61.2% per ULSS 20, 62.7% per ULSS 5).

Considerando, infine, i quindicenni, i valori oscillano tra il 50% (51.3% dell'ULSS 22, 51.5% dell'ULSS 4) e poco più del 70% (71.4% dell'ULSS 15).

Tabella 2.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che vivono in diverse strutture familiari a livello di provincia

	11 anni		13 anni		15 anni	
Famiglia tradizionale	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	80.8	1.7	82.6	1.7	82.2	1.6
Belluno	79.1	6.4	85.3	6.5	83.1	5.9
Vicenza	83.4	3.8	79.9	4.4	84.1	3.5
Treviso	80.7	4.1	84.2	3.8	83.5	3.6
Venezia	78.1	4.7	80.9	4.4	84.5	3.4
Padova	83.8	4.1	85.9	3.8	71.7	4.4
Rovigo	79.0	7.0	84.4	6.7	86.7	5.2
Verona	78.8	4.1	81.5	3.9	85.2	3.7
Famiglia monogenitoriale	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	14.9	1.6	12.9	1.5	12.6	1.4
Belluno	17.3	5.9	12.0	5.9	11.0	4.9
Vicenza	13.8	3.5	15.7	4.0	11.9	3.1
Treviso	15.4	3.8	9.5	3.0	10.8	3.0
Venezia	15.1	4.1	13.6	3.9	11.1	3.0
Padova	13.8	3.8	11.7	3.6	22.6	4.1
Rovigo	13.9	6.1	11.2	5.9	8.8	4.3
Verona	16.3	3.7	14.4	3.6	8.5	2.8
Famiglia ricostituita	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	1.2	0.5	2.6	0.7	3.1	0.7
Belluno	-	-	1.8	2.5	0.4	0.8
Vicenza	0.5	0.7	1.6	1.4	2.5	1.5
Treviso	1.9	1.4	4.1	2.0	3.7	1.8
Venezia	1.6	1.4	3.0	1.8	3.2	1.7
Padova	0.6	0.9	1.5	1.3	3.5	1.7
Rovigo	1.3	1.9	2.5	2.9	2.0	1.9
Verona	1.7	1.2	3.1	1.8	3.7	2.1
Altro	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	3.0	0.7	1.9	0.6	2.1	0.6
Belluno	3.6	3.2	1.0	1.9	5.6	3.5
Vicenza	2.3	1.5	2.8	1.9	1.5	1.1
Treviso	2.0	1.4	2.2	1.5	2.0	1.4
Venezia	5.1	2.6	2.5	1.9	1.3	1.0
Padova	1.8	1.4	0.9	1.1	2.1	1.4
Rovigo	5.7	3.8	2.0	2.5	2.6	2.6
Verona	3.2	1.8	1.1	0.9	2.6	1.8

Tabella 2.2 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che comunicano facilmente con i propri genitori a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
Madre																			
Regione	86.2	2.1	82.7	2.5	84.5	2.1	73.9	2.7	70.4	3.0	72.3	2.3	65.2	2.8	64.0	2.7	64.6	2.0	
Belluno	82.2	8.0	87.7	7.6	84.7	5.6	78.7	11.2	73.5	10.9	75.9	7.8	65.3	10.3	48.4	11.9	57.7	7.8	
Vicenza	87.8	4.8	88.0	4.9	87.9	3.4	77.0	6.4	70.3	7.4	73.9	4.9	58.8	7.3	65.3	5.9	62.7	4.6	
Treviso	83.6	5.1	78.1	6.6	81.3	4.1	74.4	5.9	69.3	7.3	72.3	4.6	65.4	6.7	64.8	6.4	65.1	4.6	
Venezia	89.5	5.0	82.2	6.3	85.9	4.0	72.5	6.9	74.6	6.9	73.5	4.9	70.0	6.3	64.2	6.3	66.9	4.5	
Padova	85.3	5.4	81.4	6.5	83.6	4.2	73.2	6.7	71.4	7.3	72.4	4.9	60.5	8.1	65.3	5.5	63.7	4.6	
Rovigo	84.6	8.1	84.0	9.4	84.3	6.1	80.0	9.8	74.5	11.4	77.1	7.6	72.1	9.4	65.8	10.9	69.4	7.1	
Verona	86.4	4.8	81.4	5.5	83.9	3.7	69.5	6.8	65.3	6.6	67.3	4.7	66.7	6.1	62.4	7.7	65.1	4.8	
Padre																			
Regione	72.4	2.7	56.4	3.2	64.8	2.1	58.3	3.1	40.1	3.2	49.6	2.3	47.2	3.0	28.0	2.5	37.0	2.0	
Belluno	67.8	9.9	69.8	10.3	68.7	7.1	73.6	11.9	45.3	12.2	58.3	9.0	44.1	10.4	29.6	10.8	37.5	7.6	
Vicenza	69.6	6.5	58.8	7.3	64.4	4.9	58.4	7.4	31.7	7.5	46.2	5.5	40.8	7.2	32.0	5.8	35.5	4.5	
Treviso	70.4	6.3	51.6	7.9	62.2	5.1	62.7	6.5	47.8	7.8	56.4	5.1	48.8	7.1	23.7	5.7	35.5	4.7	
Venezia	75.2	7.0	57.5	8.1	66.3	5.5	56.0	7.8	40.9	7.8	48.7	5.6	52.6	6.8	29.1	5.9	39.9	4.6	
Padova	69.0	7.0	55.9	8.2	62.9	5.4	56.6	7.4	39.8	8.0	48.9	5.5	39.6	8.1	25.2	5.0	30.1	4.3	
Rovigo	82.4	8.3	46.7	13.0	67.1	7.9	66.6	12.4	42.6	12.8	53.7	9.3	51.2	10.5	31.3	10.2	42.6	7.6	
Verona	77.5	5.9	56.3	7.0	66.8	4.7	51.6	7.4	39.1	6.7	45.1	5.0	50.1	6.5	29.2	7.1	42.5	5.0	

Tabella 2.3. Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che comunicano con difficoltà con i propri genitori a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	
Madre																			
Regione	13.8	2.1	17.3	2.5	15.5	1.6	26.1	2.7	29.6	3.0	27.7	2.0	34.8	2.8	36.0	2.7	35.4	1.9	
Belluno	17.8	8.0	12.3	7.6	15.3	5.6	21.3	11.2	26.5	10.9	24.1	7.8	34.7	10.3	51.6	11.9	42.3	7.8	
Vicenza	12.2	4.8	12.0	4.9	12.1	3.4	23.0	6.4	29.7	7.4	26.1	4.9	41.2	7.3	34.7	5.9	37.3	4.6	
Treviso	16.4	5.1	21.9	6.6	18.7	4.1	25.6	5.9	30.7	7.3	27.7	4.6	34.6	6.7	35.2	6.4	34.9	4.6	
Venezia	10.5	5.0	17.8	6.3	14.1	4.0	27.5	6.9	25.4	6.9	26.5	4.9	30.0	6.3	35.8	6.3	33.1	4.5	
Padova	14.7	5.4	18.6	6.5	16.4	4.2	26.8	6.7	28.6	7.3	27.6	4.9	39.5	8.1	34.7	5.5	36.3	4.6	
Rovigo	15.4	8.1	16.0	9.4	15.7	6.1	20.0	9.8	25.5	11.4	22.9	7.6	27.9	9.4	34.2	10.9	30.6	7.1	
Verona	13.6	4.8	18.6	5.5	16.1	3.7	30.5	6.8	34.7	6.6	32.7	4.7	33.3	6.1	37.6	7.7	34.9	4.8	
Padre																			
Regione	27.6	2.7	43.6	3.2	35.2	2.1	41.7	3.1	59.9	3.2	50.4	2.3	52.8	3.0	72.0	2.5	63.0	2.0	
Belluno	32.2	9.9	30.2	10.3	31.3	7.1	26.4	11.9	54.7	12.2	41.7	9.0	55.9	10.4	70.4	10.8	62.5	7.6	
Vicenza	30.4	6.5	41.2	7.3	35.6	4.9	41.6	7.4	68.3	7.5	53.8	5.5	59.2	7.2	68.0	5.8	64.5	4.5	
Treviso	29.6	6.3	48.4	7.9	37.8	5.1	37.3	6.5	52.2	7.8	43.6	5.1	51.2	7.1	76.3	5.7	64.5	4.7	
Venezia	24.8	7.0	42.5	8.1	33.7	5.5	44.0	7.8	59.1	7.8	51.3	5.6	47.4	6.8	70.9	5.9	60.1	4.6	
Padova	31.0	7.0	44.1	8.2	37.1	5.4	43.4	7.4	60.2	8.0	51.1	5.5	60.4	8.1	74.8	5.0	69.9	4.3	
Rovigo	17.6	8.3	53.3	13.0	32.9	7.9	33.4	12.4	57.4	12.8	46.3	9.3	48.8	10.5	68.7	10.2	57.4	7.6	
Verona	22.5	5.9	43.7	7.0	33.2	4.7	48.4	7.4	60.9	6.7	54.9	5.0	49.9	6.5	70.8	7.1	57.5	5.0	

Tabella 2.4 Giovani di 11, 13 e 15 anni che comunicano con difficoltà con i propri genitori a livello di Azienda ULSS

	Madre						Padre					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±										
Regione	15.5	1.6	27.7	2.0	35.4	1.9	35.2	2.1	50.4	2.3	63.0	2.0
ULSS 1	14.9	7.5	25.3	9.8	45.8	10.7	31.5	9.6	44.7	11.2	65.5	10.2
ULSS2	16.4	8.5	22.0	12.7	36.1	10.3	31.6	10.5	36.6	14.7	57.1	10.6
ULSS 3	7.1	6.0	23.5	10.1	40.4	9.7	36.2	11.3	50.7	11.8	70.0	9.0
ULSS 4	17.8	8.8	28.9	13.2	29.4	8.8	31.1	10.5	48.9	14.3	51.5	9.7
ULSS 5	9.4	6.2	30.5	10.0	36.0	10.1	34.5	10.0	62.7	10.4	65.1	10.1
ULSS 6	13.0	5.8	25.2	7.3	40.6	8.0	39.3	8.2	54.3	8.3	68.5	7.6
ULSS 7	21.1	8.2	33.3	9.2	35.5	9.1	40.4	9.7	43.1	9.6	69.8	8.7
ULSS 8	18.6	7.7	22.4	8.3	31.2	8.7	41.4	9.7	36.1	9.6	63.1	9.0
ULSS 9	17.7	6.0	28.1	6.7	37.0	6.8	34.0	7.4	48.8	7.5	62.8	6.8
ULSS 10	11.4	7.0	35.6	11.0	35.7	8.3	37.2	10.7	55.6	11.5	60.8	8.4
ULSS 12	15.2	7.9	24.7	9.0	36.8	8.2	25.3	9.6	44.9	10.3	62.1	8.3
ULSS 13	14.7	8.0	20.0	9.1	30.2	9.2	36.5	11.0	54.1	11.4	59.8	9.8
ULSS 14	14.7	8.4	27.9	8.3	27.9	9.5	38.2	11.6	52.3	9.3	55.2	10.5
ULSS 15	21.5	8.4	39.0	9.3	33.7	9.4	35.8	9.6	57.1	9.5	71.4	8.9
ULSS 16	12.1	5.4	23.7	7.1	39.0	5.8	36.2	7.9	47.9	8.2	70.1	5.5
ULSS 17	17.3	8.6	18.9	8.9	35.7	9.5	39.5	11.0	48.6	11.5	67.0	9.2
ULSS 18	13.0	7.5	19.4	9.8	32.6	9.6	29.3	10.3	44.4	12.3	57.6	10.1
ULSS 19	20.9	9.7	31.0	10.8	25.7	8.4	40.6	11.6	50.7	11.6	57.1	9.5
ULSS 20	14.0	4.6	33.2	6.4	32.1	5.7	32.4	6.2	61.2	6.6	57.4	6.0
ULSS 21	21.1	9.5	29.1	9.6	42.2	10.2	45.1	11.6	45.5	10.4	70.0	9.5
ULSS 22	17.3	7.3	35.5	9.1	35.9	10.6	29.1	8.8	49.5	9.5	51.3	11.1

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

L'adolescenza è un periodo di transizione della vita dell'individuo, è un percorso evolutivo marcato da evidenti mutamenti fisici e biologici ai quali si accompagnano inevitabili e necessarie trasformazioni nella percezione della realtà sul piano psichico, cognitivo, relazionale ed emozionale e da una continua ricerca di identità e ciò è messo in evidenza da tempo dagli specialisti.

La complessità, oggi, ci costringe a misurarci però anche con quanto di più profondo sta avvenendo nella struttura antropologica dell'adolescente.

I cambiamenti strutturali si verificano spesso su piani e modalità che generalmente non percepiamo, poiché non avvengono nello spazio e nel tempo quotidiano e nemmeno nella sfera della percezione psicologica, ma avvengono proprio nelle strutture dell'essere.

Una questione fondamentale, una difficoltà con cui tutti dobbiamo misurarci per maturare ed in particolare l'adolescente è la relazione con l'altro.

La relazione con l'altro è cosa attualmente non facile, poiché i processi di socializzazione oggi sono connotati da alcuni fenomeni che rendono alquanto difficile e precario tale processo.

Fattori quali la differenziazione e la pluralizzazione che rendono difficoltoso il controllo dei riferimenti, delle comunicazioni e che attivano una crescente specializzazione e il dare evidenza a ogni piccola forma di minoranza, facendola percepire dall'opinione pubblica alla stessa stregua delle maggioranze, fanno sì che l'adolescente rischi di costruirsi una struttura frammentata, facendo fatica ad individuare una traccia di fondo che sia una base che l'orienti nelle scelte.

Inoltre, altri fenomeni quali l'individualizzazione ed il clima narcisistico esprimono un nuovo "modello antropologico" che afferma che l'individuo è comunque il primo.

A riguardo basti pensare ai mutamenti dovuti all'avvento di una economia di mercato che tende verso un modello individualistico dell'agire, a scapito di una visione più comunitaria; ed ancora, alla divaricazione tra momento produttivo e momento del consumo, tra ambito pubblico e ambito privato, privilegiando il momento di consumo e l'ambito privato; oppure basti pensare alla tendenziale privatizzazione della famiglia, valorizzata sul piano affettivo, ma depauperata non solo dal punto di vista economico, ma anche dal punto di vista della competenza educativa.

Una crescente accentuazione del momento soggettivo significa l'affermarsi di una mentalità, di un costume concentrati sulle differenze soggettive, piuttosto che sulle regole della cooperazione e della collaborazione.

Ogni soggetto è il centro di se stesso, si promuove a fonte autonoma del proprio comportamento, ritiene di essere lui la sede della decisione di quello che è bene fare e di quello che è male. Il primato del sentire soggettivo, infatti, ha portato ad un deprezzamento delle regole dal punto di vista sociale.

Non è che questi fattori non possano avere anche del positivo... È che l'autonomia

individuale che nega l'alterità è una autonomia alquanto illusoria in quanto nega i rapporti sociali e non dà ai rapporti interpersonali e familiari la possibilità-capacità di essere luogo di identificazione di sé.

L'identità dell'adolescente così, rischia di essere necessariamente un'identità precaria, spesso formale e vuota, affidata alla sfera dell'emozione momentanea, all'arbitrio istintuale e contingente. Anche la famiglia, dove la persona dell'adolescente respira e concretizza, almeno in parte, la sua struttura della e nella relazione con l'altro, non è immune dagli effetti di tali cambiamenti.

Quando una famiglia si rende conto che il proprio figlio sta entrando nella fase adolescenziale si trova a dover affrontare una criticità che le richiede una ristrutturazione interna faticosa e complessa. Essa deve assumersi, in modo quasi esclusivo, il peso emotivo e relazionale che diventa sempre più oneroso sul piano psicologico mano a mano che questo periodo evolutivo si intensifica. È con questo contesto di realtà che si rende necessario fare i conti anche a livello politico. I parametri di riferimento si modificano con una velocità tale da rendere difficile l'organizzazione della risposta al bisogno. La macchina dei servizi sociali si trova a dover predisporre impianti estremamente agili e flessibili che siano in grado di anticipare, leggere e rispondere alle nuove esigenze.

Significa, pertanto, saper decifrare codici nuovi e saper organizzare con il medesimo nuovo linguaggio risposte e modalità di intervento.

La complessità delle condizioni culturali, sociali ed economiche dell'attuale fase di sviluppo del Paese ed il processo di ridefinizione dei poteri istituzionali in corso richiedono nuove considerazioni nei confronti della persona.

La stessa riforma del sistema di *welfare* ha evidenziato la necessità di definire quantità e qualità di protezione sociale da assicurare alle persone (minori, adulti, anziani, maschi e femmine) e alle famiglie, con conseguente diversa ripartizione della distribuzione delle risorse e la necessità di stabilire, tra soggetti pubblici e privati che potenzialmente possono attuare gli interventi, quali siano maggiormente idonei alla realizzazione di compiti di protezione sociale secondo parametri di efficacia, efficienza ed economicità, garantendo i fondamentali diritti ai cittadini.

In questo contesto, "pensare" ad un moderno sistema di servizi alle persone ed in particolare all'adolescente significa assumere come paradigma culturale, strategico ed operativo la persona dell'adolescente, il suo ambiente di vita e le sue relazioni: ogni individuo è unico ed irripetibile, portatore di un proprio patrimonio di storia, valori, tradizioni ed è quindi potenziale risorsa della comunità.

La dimensione personale e quindi locale risulta essere elemento imprescindibile per cogliere i bisogni e per dare risposte più flessibili, coerenti e tra loro integrate. Assumere come prospettiva i "territori" significa riconoscere e valorizzare i sistemi (reti) di relazioni, l'appartenenza ad una cultura, ad un sistema di valori, significa riconoscere la famiglia quale soggetto fondante e fondamentale.

Di qui la necessità di introdurre riforme organizzative dei servizi, improntate su cri-

teri di qualità, di efficienza, di produttività, di riqualificazione, per far fronte ai nuovi bisogni sociali, valorizzando tutte le risorse presenti e disponibili nelle comunità locali, a partire dalle stesse famiglie secondo il principio di sussidiarietà.

Le trasformazioni che hanno investito la nostra società, hanno messo in luce profondi cambiamenti di carattere strutturale, ma anche nell'organizzazione familiare, nei rapporti tra i partners, all'interno delle reti familiari, nella mentalità e negli stili di vita delle persone.

Alla famiglia si ricomincia quindi a prestare attenzione in quanto luogo di relazioni, di condivisione e solidarietà, luogo di rilevazione dello stato di bisogno e della sofferenza ed in quanto potenziale risorsa per alcune risposte.

È necessario riflettere su una modalità innovativa di configurare i servizi di welfare per gli adolescenti e le famiglie, in un'ottica di sussidiarietà prevalentemente orizzontale. Ed è ciò che ci si prefigge come Regione Veneto.

Pier Paolo Donati, (47) col termine "welfare societario plurale", prospetta un welfare non soggetto alla dominanza dei principi redistributivi (dello Stato) e del profitto (di mercato), bensì capace di valorizzare il benessere sociale come prodotto e rivelazione di capacità, con forme organizzative e progetti pensati e agiti in collaborazione con le stesse famiglie.

Welfare qui significa ben-essere realizzato non in modo individuale, né attraverso meccanismi amministrativi o mercantili, ma attraverso le stesse relazioni tra protagonisti sociali diversi.

Il termine "Plurale" qui esprime esistenza e il riconoscimento di una diversità e varietà di attori del welfare tutti da potenziare nelle loro specifiche responsabilità: il benessere degli adolescenti e delle famiglie non è più solo una responsabilità dello Stato e dei suoi dispositivi e neppure un compito del mercato, come sembrano ipotizzare alcune correnti neolibériste.

Vengono invece riconosciuti come attori di welfare anche gli adolescenti stessi e le molteplici organizzazioni del terzo settore e i soggetti del quarto, costituito dalle famiglie e dalle reti sociali ad esse connesse.

"Societario" significa che il benessere va pensato-progettato-costruito-erogato-valutato, mediante una logica che consiste nel rendere simmetrici e interagenti i vari attori e i loro scambi interni ed esterni. Il ben-essere diventa così il prodotto della pluralità di queste sfere sociali e delle loro modalità specifiche di azione. Il welfare societario plurale si coniuga alla logica sussidiaria orizzontale in quanto tende a riconoscere e valorizzare lo sviluppo e la fioritura delle capacità specifiche di ogni attore che partecipa alla rete del welfare, predisponendo servizi per gli adolescenti e le famiglie che ne sostengano la solidarietà interna ed esterna lungo l'asse dei sessi e delle generazioni.

Ciò potrà portare molto frutto all'interno delle nostre comunità per gli adolescenti infatti:

1) contrariamente a quanto oggi si va dicendo, aumentano in modo sensibile le

risorse. Certo non quelle economiche, ma quelle che si generano dalla reticolazione tra i diversi attori del sistema;

- 2) le finalità del sistema di welfare si orientano sempre più a potenziare le possibilità di scelta e la flessibilità dei servizi.

Emerge però anche una diversa logica che individua come obiettivo la creazione di un tessuto di relazioni sociali affidabili (capitale sociale) capaci di “rianimare” un territorio tendenzialmente in crisi di socialità. Sono le relazioni ad essere “attivate”, più che gli individui. I beni che definiscono il benessere di questo welfare, appaiono dunque come “relazionali”, cioè come originati e utilizzati insieme dai componenti della rete;

- 3) emerge una governance di comunità dove le funzioni di progettazione, erogazione e valutazione vengono “costituzionalizzate” in maniera innovativa, fortemente condivise e dove i protagonisti apprendono competenze prima riservate solo ad altri;

- 4) la tendenza culturale che risulta esprime una prerogativa fortissima verso la “personalizzazione” dei servizi, dove accanto alla ricerca di azioni le più adeguate possibili al bisogno individuale, si tiene sempre conto anche del contesto sociale in cui si opera. Qui l’adolescente è sempre pensato come in situazione, come posto in uno spazio-tempo fatto di relazioni. In questa fase è importante che ogni sistema possa essere riconosciuto e sostenuto nelle sue potenzialità e peculiarità.

In questo è importante che la famiglia riceva e possa attingere dal Sistema Socio-Sanitario un sostegno per riconoscere le situazioni di rischio. In altri termini, è importante che la famiglia sia messa nelle condizioni di distinguere una sofferenza connessa all’ansia d’emancipazione da una sofferenza patologica che si può costituire silenziosamente durante le fasi evolutive dell’adolescenza.

Un valido aiuto alle famiglie sul disagio legato all’esperienza adolescenziale potrebbe venire dalla creazione di “luoghi d’ascolto” e di mutuo auto-aiuto specificatamente dedicati ai temi adolescenziali. Questi centri dovrebbero potersi configurare come un luogo di facile accessibilità sia per i genitori che per i ragazzi e di efficace mediazione fra i giovani e il mondo degli adulti.

La complessità che porta con sé questa delicata fase dello sviluppo richiede l’attivazione di programmi, strategie di prevenzione e di trattamento precoce rivolti all’adolescenza, attuati da operatori socio-sanitari che dialoghino costantemente con gli adolescenti e le famiglie e con un bagaglio di conoscenze che spaziano dalla psicologia, alla sociologia, alla psichiatria, alla pedagogia in grado di tener anche conto dei mutamenti culturali che le famiglie subiscono continuamente, senza dimenticare la realtà emergente delle famiglie costituite da immigrati di varie parti del mondo. Il bagaglio delle conoscenze deve poter servire, non solo come possibilità di attivare interventi tempestivi, ma anche come un insieme di azioni strategiche nell’ambito di un reale coordinamento fra una molteplicità di servizi coinvolti.

Nella Regione del Veneto, oggi, nel Servizio pubblico, l’adolescenza spazia dalla

Neuropsichiatria infantile ed Età Evolutiva, alla psichiatria degli adulti, ai Consultori Familiari (Spazio Giovani o Spazio Adolescenti), ai Centri Giovani e Informa Giovani degli Enti Locali. I Servizi di Neuropsichiatria infantile sono orientati soprattutto alla cura dei disturbi della prima infanzia, mentre il Dipartimento di Salute Mentale e il Servizio per le tossicodipendenze si rivolgono all'accoglienza di casi gravi e patologie conclamate. Rimane ancora poco considerata e da potenziare soprattutto nei Consultori Familiari (Spazio Giovani o Spazio Adolescenti) la domanda di adolescenti che non esprimono sintomi chiari di patologia, ma che tuttavia soffrono di disagi psicologici, affettivi, di difficoltà familiari e scolastiche e, più in generale, del malessere esistenziale connesso a squilibri che il processo di costituzione dell'identità produce.

La scelta della Regione Veneto è definire una politica per le persone che riconosca alla famiglia quel ruolo di soggetto sociale che le spetta; le varie progettualità ad essa connesse sono indirizzate alla valorizzazione della famiglia quale "soggetto e capitale sociale". Infatti, la famiglia ha la capacità di ridefinire i processi di socializzazione dell'individuo incidendo su quelli che sono i fenomeni che lo possono portare al suo impoverimento o addirittura all'annientamento di sé.

La Regione Veneto, con la DGR n.8 del 14/02/2006 sta cercando di dare una risposta efficace e tempestiva a queste problematiche adolescenziali attraverso l'adozione del disegno di legge "Linee di Indirizzo e Interventi per la Promozione e il Sostegno della Famiglia" (48) e nelle deliberazioni regionali n° 2464 del 07/08/2007, n° 3827 del 27/11/2007 e n° 3923 del 04/12/2007. Ne deriva, quindi, una riflessione sul cosiddetto welfare societario plurale, che propone la centralità della famiglia nelle dinamiche sociali, economiche, culturali, abbandonando quella valenza di contraddittorietà che ha caratterizzato le passate politiche per la famiglia. Di qui la necessità di introdurre riforme organizzative dei servizi, improntate su criteri di qualità, efficienza, produttività e di riqualificazione per far fronte ai nuovi bisogni sociali. Ne consegue che tra i principali obiettivi perseguiti dalla Regione in ambito familiare vi è anche quello di agevolare la famiglia nell'opera di educazione dei figli e nella formazione della loro personalità in tutti i suoi aspetti psicologici, sociali, relazionali e culturali e di riconoscere ai consultori familiari anche la realizzazione di azioni finalizzate all'accompagnamento degli adolescenti e dei giovani nei percorsi di scelta di vita, con interventi di consulenza e di presa in carico in collegamento ed in rete con gli enti locali.

Grazie a studi teorici e a ricerche epidemiologiche, negli ultimi anni sta emergendo una maggiore attenzione ai problemi dell'adolescenza ed in particolar modo si sta facendo strada, negli ambiti della promozione della salute, una chiave di lettura del disagio adolescenziale di tipo sistemico, che guarda alle interazioni fra individuo ed ambiente come elementi di un unico sistema, nell'ottica di offrire un valido sostegno agli interventi di politica per la salute.

BIBLIOGRAFIA

1. TINSLEY BJ et al. Health promotion for parents. In: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting. Practical issues in parenting*. Laurence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 2002, Vol. 5. 311-328.
2. BRONFENBRENNER U. *The ecology of human development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
3. BARBAGLI M, CASTIGLIONI M, DALLA ZUANNA G. *Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti*. Bologna, il Mulino, 2004.
4. COWAN PA, HETHERINGTON M, eds. *Family transitions*. Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum Associates, 1991.
5. SMENTANA JG, CAMPIONE-BARR N, METZGER A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*, 2006, 57, 255-284.
6. 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. *Journal of Adolescence*, 1999, 22: 785-794.
7. CLAES M, MIRAND D, BENOIT M, LANZ M, MARTA E, BARIAUD F, PERCHEC C. Parenting and culture in adolescence, in AA.VV. *Contemporary parenting issues*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2005.
8. BERNARDINI I. *Finché vita non ci separi*, Milano, Rizzoli, 2005.
9. CARTER E. Famiglie ricostituite. La creazione di un nuovo paradigma, in M. Andolfi, C. Angelo, C. Saccu, *La coppia in crisi*, Roma, ITF, 1998.
10. AAVV. *L'eccezionale Quotidiano Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Istituto degli Innocenti, Firenze, 2006.
11. ISTAT. *Indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana*, 2005.
12. ISTAT. *La famiglia in Italia, dossier statistico*. Conferenza Nazionale della famiglia, Firenze 24-26 maggio 2007. <http://www.istat.it/istat/eventi/2007/famiglia/dossier.pdf>.
13. FRANCESCATO D. *Figli sereni di amori smarriti*, Milano, Mondatori, 1994.
14. SCABINI E. Parent-Child Relationship in Italian Families: Connectendess and Autonomy in the Transition to Adulthood, *Psicologia: Teoria e Pesquis* 2000, 16, 1, 23-30.
15. ARDELT M, DAY L. Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 2002, 22, 310-349.
16. COLEY RL. Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 1998, 69, 219-223.
17. COLEY RL. Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 2001, 56, 743-753.
18. 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. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61, 4,603-606.
19. WHITEHEAD M, BURSTROM B, DIDERICHSEN F. Social policies and the pathways to inequalities in health: comparative analysis of lone mother in Britain and Sweden. *Social Science and Medicine*, 2000, 50, 255-70.
20. MCMUNN AM, NAZROO JY, MARMOT MG, et al. Children's emotional and behavioural wellbeing and the family environment: findings from the health survey for England. *Social Science and Medicine*, 2001, 53, 423-40.
21. FRANZ M, LENSCHKE H, SCHMITZ N. Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003, 38, 59-68.

22. KING V. The Antecedents and Consequences of Adolescents' Relationships With Stepfathers And non-resident Fathers. *Journal of Marriage and Family*, 2006, 68, 910- 928.
23. RINGBACK WG, HJERN A, HAGLUND B, et al. Mortality, severe morbidity and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*, 2003, 361, 289-95.
24. SCHWARTZ SJ E FINLEY GE. Father Involvement, Nurturant Fathering and Young Adult Psychosocial Functioning Differences Among Adoptive, Adoptive Stepfather, and Nonadoptive. *Stepfamilies Journal of Family Issues*, 2006, 27, 5, 712- 731.
25. MILLER BC, BENSON B, GALBRAITH K. Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis. *Developmental Review*,. 2001, 21, 1-38.
26. CARLSON MJ. Family Structure, Father Involvement and Adolescent Behavioral Outcome. *Journal of Marriage and Family*, 2006, 68, 137- 154.
27. KIRBY JB. From Single Parent Families to Stepfamilies Is the Transition Associated with Adolescent Alcohol Initiation? *Journal of Family Issues*, 2006, 27, 5, 685- 711.
28. BONELL C, ALLEN E, STRANGE V, OAKLEY A, COPAS A, JOHNSON A, STEPHENSON J. Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conception. *J Epidemiol Community Health*, 2006, 60, 502-506.
29. EURISPES, Telefono Azzurro. 3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, Roma, EURISPES, 2002.
30. OLIVERIO- FERRARSI A. Il terzo genitore. Cortina, Milano, 1997.
31. RICCIO B. Nuovi volti della famiglia. Tra libertà e responsabilità. Claudiana Editrice, Torino, 1997.
32. SHANAHAN L, MCHALE SM, OSGOOD WD, CROUTER AC. Conflict Frequency With Mothers and Fathers From Middle Childhood to Late Adolescence: Within- and Between-Families Comparisons, *Developmental Psychology*, 2007, 43, 3, 539-550.
33. SHANAHAN L, MCHALE SM, CROUTER AC, OSGOOD WD. Warmth With Mothers and Fathers From Middle Childhood to Late Adolescence: Within- and Between-Families Comparisons, *Developmental Psychology*, 2007, 43, 3, 551-563.
34. FIELD T, DIEGO M, SANDERS C. Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 2002, 37, 121-130.
35. GARNEFSKI N. Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, 39, 1175-1181.
36. DEKOVIC M, MEEUS W. Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept, *Journal of Adolescence*, 1997, 20, 163-176.
37. GLASKOW KL, DORNBUSCH SM, TROYER L, STEINBERG L, RITTER PL. Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 1997, 68, 507-529.
38. SPERA C. Adolescents' Perceptions of Parental Goals, Practices, and Styles in Relation to Their Motivation and Achievement. *The Journal of Early Adolescence*, 2006; 26, 456.
39. PALLOCK LL, LAMBORN SD. Beyond parenting practices: Extended kinship support and the academic adjustment of African-American and European-American teens, *Journal of Adolescence*, 2006,29, 813-828.
40. 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 M. Cusinato & M. Panzeri (Eds.), *Le sfide della genitorialità*, Guerini e Associati, Milano, 2005, 47-62
41. DALLAGO L, SANTINELLO M. Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2006, 2, 241-261.

42. MORRISON GUTMAN L, ECCLES JS. Stage-Environment Fit During Adolescence: Trajectories of Family Relations and Adolescent Outcomes, *Developmental Psychology*, 2007, 43, 2, 522-537.
43. GOLDSTEIN SE, DAVIS-KEAN PE, ECCLES JS. Parents, peers, and problem behavior: A longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Developmental Psychology*, 2005, 41, 401-413.
44. GOOSSENS, L. The many faces of adolescent autonomy: Parentadolescent conflict, behavioral decision-making, and emotional autonomy. In S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development*. Hove, England: Psychology Press, 2006, 135-153
45. SOENENS B, VANSTEENKISTE M, LENS W, LUYCKX K, GOOSSENS L, BEYERS W, RYAN RM. Conceptualizing Parental Autonomy Support: Adolescent Perceptions of Promotion of Independence Versus Promotion of Volitional Functioning. *Developmental Psychology*, 2007, 43, 3: 633-646.
46. ISTAT, *Annuario Statistico italiani*, 2006.
47. DONATI P, COLOZZI I. *Il privato sociale che emerge: realtà e dilemmi*, il Mulino, Bologna, 2004.
48. DDL n.8 del 14/02/2006. *Linee di Indirizzo e Interventi per la Promozione e il Sostegno della Famiglia*.
49. Joshi H, Cooksey EC, Wiggins RD, McCulloch A, Verropoulou G, & Clarke L. Diverse family living situations and child development: a multi-level analysis comparing longitudinal evidence from Britain and the United States. *International Journal of Law Policy and the Family*, 1999, 13, 292-314.
50. Brown SL. Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography*, 2006, 43, 447-461.
51. Hoffman JP. Family structure, community context and adolescent problem behaviours. *Journal of Youth Adolescence*, 2006, 35, 867-880.
52. Spencer N. Does material disadvantage explain the increased risk of adverse health, educational and behavioural outcomes among children in lone parent households in Britain? A cross sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59, 152-157.

Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Mariuccia Lorenzi

Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia - Regione Veneto

INTRODUZIONE

Sebbene la famiglia sia il primo contesto relazionale per i più piccoli e continui ad influenzare le scelte e le decisioni nei ragazzi più grandi, nel corso dell'adolescenza ad essa si affianca, per importanza, la relazione con i pari. Il gruppo dei coetanei si afferma sempre più come rilevante punto di riferimento per l'adolescente, alla ricerca, anche al di fuori della famiglia, di sostegno sociale ed affettivo (1). I pari acquisiscono in questa fase della vita un significato nuovo: in questo periodo, infatti, si assiste ad una fondamentale evoluzione dei rapporti di amicizia che conoscono una nuova era e delle nuove regole. La scelta dell'amico si trasforma dall'utilizzo di criteri pragmatici e di circostanza, tipici dei bambini, a valutazioni affettive e cognitive che portano a considerare la relazione di dare-avere, lo scambio, la comprensione, la somiglianza (2, 3).

Di fronte al disagio per i repentini cambiamenti che l'adolescenza necessariamente comporta, il sostegno, l'intimità e la condivisione delle proprie preoccupazioni con dei pari, sia di persona, sia attraverso le nuove tecnologie (4), possono concorrere, sotto molteplici aspetti, al benessere psicologico di ragazzi e ragazze; è stato, infatti, dimostrato come in preadolescenza i soggetti con molti amici siano quelli più favoriti nelle relazioni interpersonali oltre a presentare una maggiore autostima e minori

sintomi di ansia e depressione (3, 5-7), una migliore considerazione di sé (8), migliori abilità sociali e di fronteggiamento dello stress (5, 6, 9) e un più spiccato ottimismo (10) rispetto a chi ha pochi amici.

Analizzando l'influenza del gruppo dei pari sulla salute, la letteratura fa emergere dati contrastanti: essere apprezzati e accettati dai propri amici potrebbe rappresentare un punto fondamentale nello sviluppo della salute dei giovani e coloro che non sono socialmente integrati avrebbero più probabilità di manifestare problemi di salute fisica ed emotiva o di intraprendere comportamenti scorretti (7, 8, 11), ma nel contempo la letteratura evidenzia come il trascorrere molto tempo con gli amici rappresenti un fattore di rischio per la salute, perché incentiverebbe comportamenti inadeguati, soprattutto legati all'abuso di sostanze (12-15).

Si pone, quindi, il problema di come spiegare tali dati apparentemente contraddittori. Entrambi questi aspetti mostrano come i pari influenzino le scelte comportamentali dei giovani: talvolta tale pressione è positiva, mentre altre volte può risultare negativa. Il tipo di pari che si frequentano e la subcultura alla quale essi aderiscono possono rendere conto delle differenze emerse in letteratura (16, 17).

Infatti, da una dettagliata metanalisi sui gruppi giovanili sono state individuate, quattro sub-culture possibili, distinte per lo stile di vita adottato:

1. l'élite, abili sia nelle attività extracurricolari che in quelle scolastiche, popolari e sicuri di sé, con buone competenze sociali;
2. gli atleti, popolari soprattutto per i loro meriti sportivi;
3. gli accademici, interessati principalmente allo studio;
4. i devianti, poco interessati alla propria carriera scolastica, alle attività extracurricolari e al futuro.

Tali subculture risultano essere le maggiormente presenti negli studi considerati e risultano quelle con il maggior legame con la salute e con le scelte di salute dei pari che vi aderiscono. Altre minoranze eterogenee sono state incluse nel gruppo "altri" (18).

Considerando l'importanza del gruppo dei pari e la tendenza dei giovani ad omologarsi a quelli che considerano loro amici, appare chiaro come chi frequenta e ottiene sostegno da pari "positivi", ad esempio l'élite (coloro che mettono in atto comportamenti adeguati e salutari) tenda a emulare i propri amici e a trarre da loro norme e valori salutogenici, mentre chi frequenta pari "a rischio", ad esempio i devianti (coloro che ritengono un valore trasgredire alle regole sociali per imporre e sostenere la loro indipendenza dagli adulti) tenda a favorire la messa in atto di comportamenti inadeguati (14, 18).

La letteratura, quindi, in apparenza contraddittoria, sostiene la grande rilevanza che la pressione dei pari può esercitare sui giovani (14, 15) e a seconda del tipo di valori del gruppo a cui si è pronti ad aderire, tale pressione può incentivare la salute ed il benessere dei giovani, oppure ridurla.

Il gruppo dei pari si configura, quindi, come un'importante risorsa per lo sviluppo e

la formazione dell'identità dell'adolescente, ma, come si è rilevato, in alcuni casi può rappresentare un potenziale fattore di rischio per la sua salute.

Un'ultima considerazione deve essere fatta proprio sul concetto di "pressione dei pari". Fino a qualche anno fa tale costrutto appariva preponderante rispetto ad altri aspetti del contesto di vita dei giovani, evidenziando come i giovani fossero in balia delle decisioni dei propri amici, soggetti passivi contro il volere e le norme del gruppo. Sebbene tale teoria possa avere qualche riscontro nella vita reale, da qualche anno a fianco alla "pressione dei pari" (peer pressure) è stata considerata anche la "selezione dei pari" (peer selection) come altra possibile spiegazione della conformità comportamentale tra amici (19-23). Con selezione dei pari si intende la funzione attiva del soggetto nello scegliere gli amici ai quali vuole assomigliare, sulla base delle proprie caratteristiche individuali, sociali e alle proprie aspirazioni.

METODI

Le indagini HBSC utilizzano due indicatori per studiare l'esposizione all'influenza degli amici: la dimensione del gruppo e la frequenza degli incontri con gli amici e un altro indicatore per conoscere la frequenza dei contatti con gli amici attraverso i mezzi di comunicazione elettronici.

La domanda sul gruppo di amici mira a conoscere il numero e il genere degli amici più veri:

■ *Attualmente quanti amici veri, maschi e femmine, hai?*

Le risposte possibili si differenziano per maschi e femmine: *Nessuno/ a, Uno/a; Due, Tre o più.*

A livello internazionale è stato definito il cut-off di tre o più amici veri dello stesso sesso come indicativo di un gruppo ragionevolmente ampio nel quale hanno luogo specifici processi sociali. Avere solo uno o due amici veri indicherebbe un diverso tipo di attaccamento sociale certamente più intimo ed esclusivo, ma diverso dalla realtà gruppale di nostro interesse.

I dati presentati nelle descrittive quindi si riferiscono alla percentuale di ragazzi con più di tre amici dello stesso sesso.

La frequenza dei contatti con gli amici è valutata con due domande riguardanti gli appuntamenti con gli amici il pomeriggio e la sera:

■ *Di solito, quanti giorni alla settimana stai con i tuoi amici subito dopo la scuola?*

Le risposte possibili variano da *0 a 6 giorni.*

■ *Di solito, quante sere a settimana esci con i tuoi amici?*

Le risposte possibili variano da 0 a 7 sere.

Per entrambe le domande i dati riportano le risposte di coloro che dichiarano di trascorrere con gli amici quattro o più giorni/sere alla settimana dopo la scuola.

Dal momento che i mezzi di comunicazione elettronici stanno diventando sempre più importanti nell'ambito della comunicazione quotidiana, la domanda su questo tema mira a conoscere la frequenza con cui i compagni si scambiano telefonate, e-mail e SMS:

■ *Quanto spesso parli con i tuoi amici al telefono o mandi loro messaggi (SMS) o e-mail?*

Le risposte possibili sono: *Raramente o mai, 1 o 2 giorni alla settimana, 3 o 4 giorni alla settimana, 5 o 6 giorni alla settimana, Tutti i giorni*. In questo caso vengono riportati i dati di coloro che comunicano con i propri amici tutti i giorni.

RISULTATI E COMMENTI

Il numero di amici veri

Livello regionale

Come abbiamo precedentemente sottolineato, avere amici in adolescenza e in particolar modo in preadolescenza assume un ruolo fondamentale: oltre a poter essere considerato un segnale di benessere sociale e di accettazione tra pari, gli amici svolgono un'importante funzione di sostegno in un periodo della vita in cui ci si sente spesso poco compresi dagli adulti.

Il numero di soggetti che risponde di avere 3 o più veri amici dello stesso sesso risulta abbastanza alto (>60% per tutte le fasce d'età ed entrambi i generi, tab. 3.1). Nonostante questo, la percentuale dei giovani che presentano queste caratteristiche decresce con l'età e risulta sempre inferiore per le ragazze rispetto ai ragazzi, soprattutto a 15 anni.

Se a 11 anni più dell'80% del campione maschile indica di avere 3 o più veri amici dello stesso sesso, tale percentuale diminuisce nelle età successive (74.8% a 13 anni e 71.7% a 15 anni). Ma è tra le ragazze che tale risultato si modifica maggiormente nel tempo: a 11 anni il 79.7% delle femmine dichiara di avere 3 o più amiche vere, la percentuale si abbassa al 69.2% a 13 anni per raggiungere il 60% a 15 anni.

Questa differenza di genere può però non essere considerata preoccupante, vista la tendenza delle ragazze ad essere più esclusive rispetto ai ragazzi nell'identificare le proprie compagne come amiche.

Livello provinciale

Considerando le risposte date alla domanda *Quanti amici veri hai?*, suddivise per provincia, le differenze maschi-femmine non sono costanti per provincia. Nello specifico, solo la provincia di Belluno per lo strato degli undicenni, riporta la maggiore differenza tra maschi e femmine (89.5% vs 69.5%), mentre le altre province hanno valori piuttosto omogenei.

All'aumentare dell'età, però, le differenze di genere si fanno più marcate per la maggior parte delle province, sottolineando come siano le ragazze ad indicare un numero inferiore di amici dello stesso sesso rispetto ai maschi.

A 13 anni, i maschi di Belluno (85.2%) hanno più amici veri dello stesso sesso rispetto alle femmine loro coetanee (76.9%) e tali percentuali sono le più alte a livello Veneto. Paradossalmente, la stessa provincia raggiunge i livelli più bassi a 15 anni (44.4% per le femmine, 63.1% per i maschi) rispetto alle altre realtà venete. Tutte le differenze qui commentate sono statisticamente significative.

Il numero di pomeriggi e sere trascorsi con gli amici dopo la scuola.

Livello regionale

In generale, è in preadolescenza che i ragazzi iniziano a richiedere sempre più ai genitori la possibilità di uscire con gli amici, inizialmente dopo la scuola e successivamente di sera. Le uscite non supervisionate dagli adulti sono funzionali allo sviluppo di autonomia e importanti per saldare il rapporto con i propri pari. D'altra parte sono, però, anche i momenti in cui molto spesso vengono sperimentati i primi comportamenti a rischio.

Come prevedibile, anche nel campione da noi considerato le uscite sia pomeridiane che serali aumentano in relazione ai vari strati (tab.3.2 e tab. 3.3). Se a 11 anni il 33% dei ragazzi dichiara di uscire 4 o più giorni alla settimana dopo la scuola e l'8.9% indica di uscire 4 o più sere la settimana, a 15 anni le percentuali risultano più elevate (38.5% per le uscite pomeridiane e 12.8% per le uscite serali). In generale è interessante notare come i giovani, in tutti e tre gli strati del campione totale, escano più frequentemente nei pomeriggi, mentre alle uscite serali risponde il 9% del campione di 11 e di 13 anni e il 13% circa del campione di 15 anni: percentuali queste che, comunque, possono considerarsi elevate se si considera l'età e l'impegno scolastico quotidiano.

Interessanti e statisticamente significative risultano anche le differenze di genere. Relativamente alle uscite pomeridiane, sono i maschi di 11 e di 15 anni ad uscire maggiormente rispetto alle femmine, e per le uscite serali la differenza di genere diventa ancora più marcata: 10.3% per i maschi 11enni e 17.0% per quelli di 15 anni contro il 7.4% delle femmine 11enni e il 9.1% per le 15enni.

Livello provinciale

Considerando le diverse province si notano sostanziali differenze territoriali statisticamente significative: le uscite pomeridiane (tab. 3.2) per lo strato dei maschi undicenni risultano molto frequenti nella provincia di Rovigo (51.7%) e di Venezia (51%), mentre sono meno frequenti in quella di Treviso (27.3%). Sempre in riferimento allo stesso strato, tra le femmine si registrano percentuali elevate di uscite pomeridiane nell'area del bellunese (40.7%) e in quella rodigina (42.7%) e stime inferiori nella provincia di Treviso (21.0%).

Continuando la descrizione della fascia dei tredicenni, è sempre la provincia di Rovigo a raggiungere le percentuali più elevate sia nel gruppo dei maschi (61.0%) che in quello delle femmine (45.7%), come le ragazze della provincia di Venezia (45.9%).

Il primato dell'area di Rovigo, per la frequenza di uscite pomeridiane, resta saldo anche per i maschi quindicenni (67.9%) e per le ragazze della provincia di Venezia (41.0%) che, nello stesso strato, riferiscono di uscire di pomeriggio più spesso delle loro coetanee delle altre province venete.

Interessante notare come le differenze di genere, emerse a livello regionale, siano quasi un'eccezione a livello provinciale per i ragazzi più giovani: solo nella provincia di Venezia emergono differenze statisticamente significative relative alla frequenza di uscite pomeridiane tra maschi e femmine di 11 anni e solo a Vicenza per maschi e femmine tredicenni.

Per i quindicenni, le differenze tra maschi e femmine sono significative in tutte le province, eccezion fatta per la provincia di Belluno, che comunque mostra dati in sintonia con le altre province. Il maggior distacco si registra nel rodigino con stime per i maschi 15enni del 67.9% e per le femmine loro coetanee del 32.1%.

Considerando le frequenti uscite serali (tab. 3.3), sono i ragazzi della realtà veneta di Belluno che messi a confronto con le altre province dichiarano di uscire di più alla sera (19.6%), così come lo fanno i maschi di 13 (23.6%) e di 15 anni (29.7%) della provincia di Rovigo. Le differenze di genere statisticamente significative le ritroviamo a Vicenza tra gli 11enni (12.0% per i maschi vs 5.6% per le femmine), a Rovigo tra i maschi e le femmine di 13 anni (23.6% vs 9.6%) e a Treviso tra i 15enni (14.8% vs 6.0%).

Le Aziende ULSS

Per quanto riguarda le uscite pomeridiane dopo la scuola (tab. 3.5), sono i ragazzi undicenni dell'ULSS 7 (20.4%) e 8 (21.2%) a dichiarare in percentuale minore di uscire 4 o più giorni a settimana, mentre lo stesso comportamento risulta più frequente nell'ULSS 12 (53.1%) e ancora di più nell'Azienda ULSS 19 (57.1%).

Per i tredicenni, i valori oscillano dal 29.7% dell'ULSS 7 al 68.1% dell'ULSS 19 e per i quindicenni dal 21.4% dell'ULSS 5 al 54.5% dell'ULSS 12.

Molta variabilità si può individuare anche per quanto riguarda le uscite serali (tab. 3.5), che passano dal 3.5% dell'ULSS 16 al 23.3% dell'ULSS 1 per gli undicenni, dal

3.4% dell'ULSS 12 al 17.5% dell'ULSS 18 per i tredicenni e dal 4.4% dell'ULSS 21 al 27.1% dell'ULSS 19 per i quindicenni. Sia per le uscite pomeridiane che per quelle serali, le stime risultano statisticamente significative per tutte le Aziende ULSS e per tutti gli strati di età.

Comunicazione telefonica o on-line con gli amici

Livello regionale

Altro aspetto che caratterizza i giovani d'oggi è la frequenza di utilizzo di telefono ed ancor più di cellulare o internet per comunicare con gli amici. Tale fenomeno risulta essere in crescente diffusione, in modo particolare tra le ragazze. Inoltre, è un fenomeno che aumenta fortemente con l'età: il 21.2% degli 11enni riferisce di sentire i propri amici tutti i giorni al telefono o via mail, tale percentuale raggiunge il 49.3% a 13 anni e supera il 56.9% a 15 (tab. 3.4).

Come accennato precedentemente tale comportamento, sebbene diffuso in entrambi i sessi, appare più frequente tra le ragazze (26.9% a 11 anni, 60.8% a 13 e 67.6% a 15, contro il 16.0%, 39.0% e 45.0% dei ragazzi nelle tre fasce d'età), mostrando come le femmine sembrano sentire maggiormente il bisogno di mantenere quotidianamente contatti con gli amici.

Livello provinciale

I livelli percentuali più alti di comunicazione telefonica quotidiana con gli amici nello strato dei maschi sono raggiunti nella provincia di Verona tra gli studenti di 11 (21.5%) e 13 (47.6%) anni e in quella di Treviso tra i maschi 15enni (48.8%). Per quanto riguarda le femmine, comunicano maggiormente le ragazze di 11 (45.9%), di 13 (78%) e di 15anni (74.2%) della provincia di Rovigo.

Percentuali molto inferiori si ottengono nell'area del bellunese per i maschi di 11 (11.3%) e 13 (31.5%) anni e per le femmine di 13 anni (42.5%) e nella provincia di Padova per le femmine di 11 anni (21.5%).

Considerando i quindicenni si ottengono percentuali molto alte in tutte le province che variano dal 62% al 74% per le femmine e dal 36 al 48% per i maschi.

Risulta, quindi, in tutte le province, una frequenza diversa e crescente nell'utilizzo di telefoni o e-mail per comunicare tra amici col variare dell'età, arrivando ad aumentare maggiormente nei 15enni.

Le differenze di genere sono risultate statisticamente significative per la maggior parte delle province e per tutti gli strati di età. Le maggiori differenze tra maschi e femmine le ritroviamo tra gli 11 e i 13enni della provincia di Rovigo. Nello strato dei 15enni, le distanze percentuali tra maschi e femmine mantengono pressoché la stessa ampiezza in tutte e sette le province.

Le Aziende ULSS

La comunicazione telefonica quotidiana tra amici (tab. 3.6) evidenzia stime statisticamente significative in tutte le Aziende ULSS e in tutte le fasce d'età. In particolare, le percentuali di giovani che dichiarano di sentire via e-mail o per telefono i propri amici ogni giorno variano, per gli undicenni, dal 21.1% dell'ULSS 1 al 40.0% dell'ULSS 19, per i tredicenni dal 31.7% dell'ULSS 2 al 66.7% dell'ULSS 18 e per i quindicenni dal 38.0% dell'ULSS 4 al 70.6% dell'ULSS 16.

Tabella 3.1 Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno tre o più amici dello stesso sesso a livello di provincia

Regione	11 anni				13 anni				15 anni			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Belluno	89.5	6.6	69.5	10.4	85.2	9.5	76.9	10.3	63.1	10.1	44.4	11.9
Vicenza	79.7	5.6	76.2	6.2	75.0	6.5	69.0	7.3	72.5	6.6	59.3	6.1
Treviso	76.9	5.8	76.6	6.6	76.1	5.8	71.2	7.0	70.3	6.4	64.9	6.4
Venezia	84.1	5.8	81.3	6.1	72.8	6.8	66.1	7.5	74.4	6.0	63.4	6.3
Padova	80.1	6.0	79.4	6.5	71.6	6.7	69.9	7.4	75.0	7.2	62.7	5.6
Rovigo	84.4	8.3	89.0	8.0	75.1	11.8	68.0	11.9	71.0	9.3	49.9	11.1
Verona	84.0	5.3	85.1	5.0	75.7	6.2	68.5	6.4	70.7	5.8	53.0	7.9

Tabella 3.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che trascorrono il tempo con gli amici dopo la scuola quattro o più giorni alla settimana a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±																
Regione	36.1	3.0	29.6	2.9	33.0	2.1	41.2	3.1	37.0	3.1	39.2	2.2	47.1	3.0	30.8	2.5	38.5	2.0
Belluno	32.4	10.0	40.7	11.2	36.2	7.5	42.0	13.4	30.9	11.3	36.0	8.7	43.8	10.4	37.6	11.6	41.0	7.8
Vicenza	31.6	6.6	30.4	6.8	31.0	4.8	46.2	7.5	31.4	7.5	39.4	5.4	37.8	7.2	26.8	5.5	31.2	4.4
Treviso	27.3	6.3	21.0	6.5	24.5	4.5	33.9	6.4	35.1	7.4	34.4	4.9	39.7	6.8	27.3	6.0	33.2	4.6
Venezia	51.0	8.1	29.9	7.4	40.4	5.6	43.9	7.8	45.9	7.9	44.9	5.6	60.9	6.7	41.0	6.4	50.2	4.7
Padova	34.7	7.2	33.0	7.7	34.0	5.2	34.4	7.1	31.0	7.5	32.8	5.2	40.2	8.0	28.3	5.2	32.3	4.4
Rovigo	51.7	11.4	42.7	12.6	47.7	8.5	61.0	13.2	45.7	12.9	52.8	9.3	67.9	9.6	32.1	10.0	52.5	7.6
Verona	35.1	6.9	27.9	6.3	31.4	4.7	43.4	7.3	40.0	6.8	41.6	5.0	48.6	6.5	30.4	7.3	41.9	5.0

Tabella 3.3 Giovani di 11, 13 e 15 anni che trascorrono il tempo con gli amici quattro o più sere la settimana a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	10.3	1.8	7.4	1.7	8.9	1.2	10.4	1.9	7.3	1.7	8.9	1.3	17.0	2.2	9.1	1.6	12.8	1.4
Belluno	19.6	8.4	19.5	8.9	19.5	6.1	13.0	9.0	5.1	5.7	8.8	5.2	10.2	6.3	10.5	7.5	10.3	4.8
Vicenza	12.0	4.5	5.6	3.4	8.9	2.9	13.1	5.1	7.5	4.2	10.6	3.4	13.6	5.0	10.3	3.8	11.6	3.0
Treviso	6.1	3.4	6.6	3.9	6.3	2.6	8.4	3.8	6.4	3.9	7.5	2.7	14.8	4.9	6.0	3.3	10.1	2.9
Venezia	9.8	4.8	9.6	4.8	9.7	3.4	5.9	3.6	7.4	4.2	6.6	2.8	15.7	5.0	10.0	3.8	12.6	3.1
Padova	9.8	4.4	6.8	4.1	8.4	3.0	8.6	4.2	5.5	3.7	7.2	2.8	17.4	6.1	10.9	3.7	13.1	3.2
Rovigo	17.3	8.2	8.7	7.3	13.5	5.6	23.6	11.5	9.6	7.8	16.1	6.9	29.7	9.5	17.5	8.0	24.5	6.5
Verona	10.1	4.4	5.5	3.2	7.7	2.7	12.1	5.1	8.9	3.9	10.4	3.2	20.0	5.4	4.4	3.3	14.3	3.7

Tabella 3.4 Giovani di 11, 13 e 15 anni che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±																
Regione	16.0	2.2	26.9	2.8	21.2	1.8	39.0	3.0	60.8	3.2	49.3	2.2	45.0	2.9	67.6	2.6	56.9	2.0
Belluno	11.3	6.7	37.7	10.8	23.5	6.5	31.5	12.4	42.5	12.2	37.4	8.8	43.1	10.4	65.9	11.1	53.4	7.8
Vicenza	14.4	4.9	23.2	6.2	18.6	3.9	41.7	7.4	58.1	7.9	49.2	5.5	36.1	7.1	62.0	6.0	51.5	4.7
Treviso	13.8	4.8	30.3	7.2	21.1	4.2	32.6	6.3	56.9	7.7	42.9	5.0	48.8	7.0	64.2	6.4	56.9	4.8
Venezia	18.6	6.3	24.6	6.8	21.6	4.7	34.1	7.4	58.3	7.8	45.7	5.5	43.1	6.8	68.9	6.0	57.0	4.7
Padova	12.9	5.0	21.5	6.6	16.9	4.1	40.2	7.3	65.8	7.7	51.9	5.5	48.0	8.2	71.3	5.3	63.4	4.6
Rovigo	18.8	8.7	45.9	12.6	30.9	7.7	43.8	13.3	78.0	10.7	62.1	8.9	47.0	10.4	74.2	9.6	58.8	7.5
Verona	21.5	5.8	28.4	6.3	25.0	4.3	47.6	7.3	64.0	6.7	56.1	5.0	47.8	6.4	72.3	6.8	56.7	4.9

Tabella 3.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che trascorrono il tempo con gli amici dopo la scuola a livello di Azienda ULSS

	quattro o più giorni alla settimana						quattro o più sere alla settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	I/C±	%	I/C±	%	I/C±	%	I/C±	%	I/C±	%	I/C±
Regione	33.0	2.1	39.2	2.2	38.5	2.0	8.9	1.2	8.9	1.3	12.8	1.4
ULSS 1	32.6	9.9	36.8	10.8	45.2	10.6	23.3	8.7	9.1	6.4	10.8	6.7
ULSS2	41.3	11.1	34.1	14.5	33.3	10.1	14.5	7.9	7.5	8.2	9.4	6.2
ULSS 3	31.1	10.5	42.0	11.6	40.0	9.6	5.4	5.2	7.1	6.0	11.0	6.1
ULSS 4	25.3	9.8	48.9	14.3	31.4	9.0	8.1	6.2	16.7	10.5	17.3	7.3
ULSS 5	32.6	9.9	41.7	10.5	21.4	8.8	13.8	7.2	13.1	7.2	10.6	6.5
ULSS 6	32.8	8.0	31.4	7.8	31.9	7.6	8.9	4.8	8.1	4.6	9.1	4.7
ULSS 7	20.4	8.0	29.7	8.9	34.6	9.0	2.0	2.8	5.9	4.6	16.0	7.0
ULSS 8	21.2	8.1	37.4	9.5	33.9	8.8	4.0	3.8	9.2	5.7	9.0	5.3
ULSS 9	28.9	7.2	34.7	7.1	32.5	6.5	10.1	4.7	6.9	3.8	8.7	3.9
ULSS 10	34.2	10.5	51.4	11.5	51.1	8.6	7.5	5.8	8.3	6.4	11.5	5.5
ULSS 12	53.1	10.9	44.3	10.4	54.5	8.5	12.2	7.1	3.4	3.8	18.0	6.5
ULSS 13	31.2	10.3	40.0	11.1	42.3	9.8	9.2	6.5	8.0	6.1	8.2	5.5
ULSS 14	44.1	11.8	43.4	9.1	54.0	10.5	8.8	6.7	7.9	5.0	11.5	6.7
ULSS 15	32.0	9.3	33.0	9.0	28.6	8.9	7.3	5.2	13.2	6.4	13.4	6.8
ULSS 16	35.4	7.8	32.6	7.7	33.3	5.6	3.5	3.0	4.3	3.3	16.3	4.4
ULSS 17	33.3	10.7	32.0	10.6	36.0	9.4	20.5	9.3	4.0	4.4	7.0	5.0
ULSS 18	42.9	11.1	46.0	12.3	51.6	10.2	10.1	6.7	17.5	9.4	22.6	8.5
ULSS 19	57.1	11.6	68.1	10.8	53.8	9.5	20.0	9.4	14.1	8.1	27.1	8.4
ULSS 20	30.4	6.2	40.4	6.7	39.7	5.9	6.5	3.3	10.5	4.2	12.7	4.0
ULSS 21	30.1	10.5	37.9	10.2	35.6	9.9	8.2	6.3	6.8	5.3	4.4	4.2
ULSS 22	33.7	9.1	45.4	9.4	48.7	11.1	9.5	5.6	11.2	6.0	21.8	9.2

Tabella 3.6 Giovani di 11,13 e 15 anni che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	21.2	1.8	49.3	2.2	56.9	2.0
ULSS 1	21.1	8.4	40.3	11.0	58.3	10.5
ULSS 2	27.6	10.1	31.7	14.2	44.7	10.6
ULSS 3	17.8	8.8	41.4	11.5	38.0	9.5
ULSS 4	14.7	8.0	43.8	14.0	44.2	9.5
ULSS 5	20.0	8.3	52.4	10.7	44.2	10.5
ULSS 6	20.9	6.8	55.4	8.3	68.1	7.6
ULSS 7	15.2	7.1	48.0	9.7	61.1	9.2
ULSS 8	22.5	8.1	32.3	9.2	51.8	9.3
ULSS 9	23.1	6.5	47.4	7.4	58.4	6.9
ULSS 10	21.3	9.0	53.4	11.4	50.8	8.6
ULSS 12	20.5	8.7	43.3	10.2	62.4	8.2
ULSS 13	19.5	8.8	41.9	11.2	59.8	9.8
ULSS 14	27.5	10.5	44.7	9.1	51.7	10.5
ULSS 15	11.1	6.2	51.9	9.5	52.0	9.9
ULSS 16	21.5	6.7	54.5	8.2	70.6	5.4
ULSS 17	15.6	8.1	46.7	11.3	63.0	9.5
ULSS 18	26.6	9.7	66.7	11.6	58.1	10.0
ULSS 19	40.0	11.5	51.4	11.5	57.9	9.4
ULSS 20	27.7	5.9	59.4	6.6	56.8	6.0
ULSS 21	20.5	9.3	58.4	10.2	52.7	10.3
ULSS 22	22.6	8.0	50.5	9.4	59.0	10.9

VARIAZIONI TEMPORALI

Frequenza nel comunicare ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS

Livello regionale

In Tabella 3.7 vengono presentate le variazioni temporali per quanto riguarda la comunicazione tra amici attraverso il telefono, le e-mail o gli sms.

La significatività statistica dei confronti tra i campioni complessivi dell'indagine 2002 e quella del 2006, evidenzia un aumento del fenomeno che interessa tutti e tre i gruppi di età: nello strato degli 11enni l'aumento è stato del 5.2%, in quello dei 13enni del 9.8% e per i 15enni dell'8.8%. (graf. 3.1, 3.2 e 3.3).

Nel gruppo dei maschi le variazioni statisticamente significative si riscontrano solo per i primi due strati con aumenti del 3.1% per gli undicenni e del 7.9% per i tredicenni; per quanto riguarda le femmine, si hanno confronti statisticamente significativi per tutte le età e, come per i totali di strato, la variazione maggiore è relativa al gruppo delle tredicenni che incrementano di 12 punti percentuali, arrivando al 60.8%. Per le ragazze di prima media (11 anni) l'aumento è stato, invece, del 7.7% e per le quindicenni del 5.3%, incremento quest'ultimo che comunque fa arrivare le ragazze di questa età a comunicare con gli amici ogni giorno con una percentuale piuttosto elevata: 67.6%.

Livello provinciale

A livello di provincia si riscontrano delle variazioni statisticamente significative tra le due rilevazioni solo in alcuni casi: per quanto riguarda il campione totale degli 11enni sono le province di Rovigo e Verona a presentare gli incrementi maggiori nel 2006 (11.5% e 12.7% rispettivamente) seguite da Treviso (aumento dell'8.2%) e Vicenza (incremento del 5.3%) (graf. 3.1). Verona presenta l'unica variazione statisticamente significativa per i maschi di questo strato con un incremento del 10.5% mentre per le femmine le variazioni sono relative a Verona, Rovigo e Treviso con incrementi del 15.4%, 13.7% e 12.8% rispettivamente.

Tra i 13enni, i confronti temporali sono possibili nelle province di Vicenza, Padova, Rovigo e Verona con incrementi che vanno dal 10.3% (Vicenza) al 19.2% (Rovigo) (graf. 3.2). Nel gruppo delle femmine la provincia con l'incremento minore nel tempo è Vicenza (13%), mentre il territorio con l'aumento più ampio è Rovigo (25.1%). Nel caso dei maschi solo Padova e Rovigo hanno avuto incrementi statisticamente significativi e rispettivamente dell'11.2% e 20.8%, percentuale quest'ultima che diventa anche la variazione più elevata dell'intero strato.

Per il gruppo, infine, dei 15enni, Treviso e Padova sono le sole province ad avere differenze statisticamente significative, con un aumento nell'ultima rilevazione rispettivamente del 6.9% e 20.2% (graf. 7.3). Se si analizzano separatamente i sessi, solo

le femmine presentano variazioni statisticamente significative e in particolare nelle province di Vicenza e Padova con incrementi del 7.4% e 6.4%.

Tabella 3.7 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

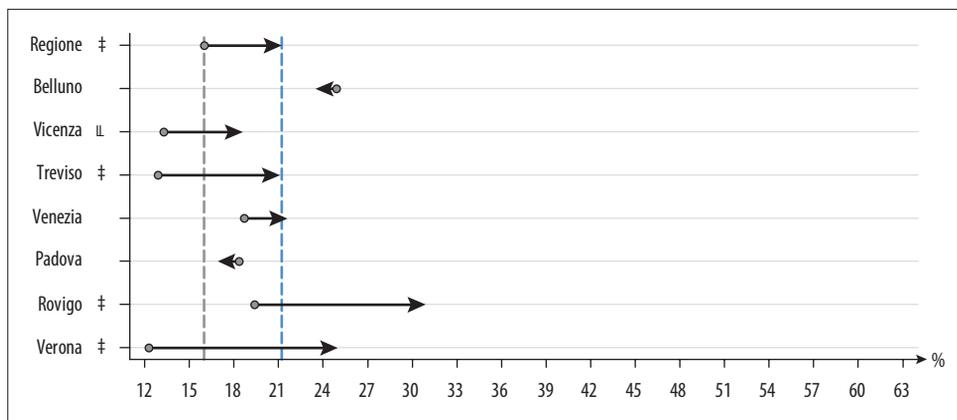
Giovani che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS						
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	12.9 ‡	19.2 ‡	16.0 ‡	16.0 ‡	26.9 ‡	21.2 ‡
Belluno	15.7	32.7	24.9	11.3	37.7	23.5
Vicenza	11.4	15.2 *	13.3 LL	14.4	23.2 *	18.6 LL
Treviso	8.9	17.5 ‡	12.9 LL	13.8	30.3 ‡	21.1 ‡
Venezia	15.4	22.0	18.7	18.6	24.6	21.6
Padova	15.8	20.4	18.0	12.9	21.5	16.9
Rovigo	16.9	22.2 LL	19.4 ‡	18.8	45.9 LL	30.9 ‡
Verona	11.0 ‡	13.8 ‡	12.3 ‡	21.5 ‡	28.4 ‡	25.0 ‡
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	31.1 ‡	48.8 ‡	39.5 ‡	39.0 ‡	60.8 ‡	49.3 ‡
Belluno	24.3	43.7	32.7	31.5	42.5	37.4
Vicenza	33.0 *	45.1 ‡	38.9 ‡	41.7 *	58.1 ‡	49.2 ‡
Treviso	30.5	51.9	42.2	32.6	56.9	42.9
Venezia	37.3	57.7	46.2	34.1	58.3	45.7
Padova	29.0 LL	42.2 ‡	35.7 ‡	40.2 LL	65.8 ‡	51.9 ‡
Rovigo	36.3	52.9 ‡	42.9 ‡	43.8	78.0 ‡	62.1 ‡
Verona	26.8 ‡	50.1 ‡	37.2 ‡	47.6 ‡	64.0 ‡	56.1 ‡
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	40.4	62.3 ‡	51.2 ‡	45.0	67.6 ‡	56.9 ‡
Belluno	35.8	59.1	44.6	43.1	65.9	53.4
Vicenza	36.4	54.6 ‡	46.9 *	36.1	62.0 ‡	51.5 *
Treviso	41.3	59.8	50.0 LL	48.8	64.2	56.9 LL
Venezia	44.8	66.8	55.9	43.1	68.9	57.0
Padova	43.4	64.9 LL	53.2 ‡	48.0	71.3 LL	63.4 ‡
Rovigo	34.1	63.5 *	51.1	47.0	74.2 *	58.8
Verona	38.7 *	67.1 *	51.8	47.8 *	72.3 *	56.7

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 3.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS



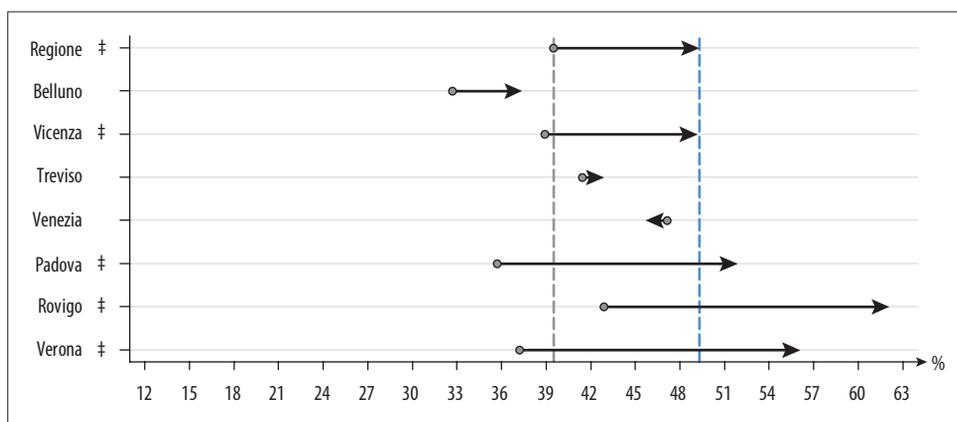
* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello regionale, indagine 2002; Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello regionale, indagine 2006; Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 3.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS



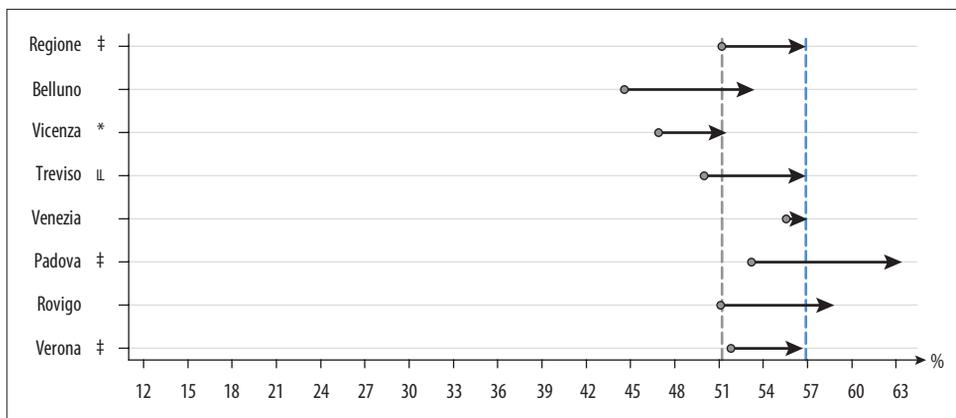
* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello regionale, indagine 2002; Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello regionale, indagine 2006; Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 3.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS



* Variabile significativa per $p < 0.10$

II Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

Da quanto emerso dai dati regionali e provinciali appare che i rapporti tra gruppi dei pari diventano rilevanti soprattutto nella fase preadolescenziale, quando i ragazzi escono dalla socialità ristretta della famiglia per sperimentare nuove relazioni sociali. Durante la pubertà si ampliano rapporti con una moltitudine di soggetti definiti 'amici veri' per selezionare le amicizie con il trascorrere degli anni.

Parecchi fattori incidono in questo processo: regole culturali, tradizioni, opportunità. Le opportunità che favoriscono i contatti fra amici possono a loro volta essere influenzate dal sistema scolastico e dalle attività organizzate per il tempo libero, soprattutto tra le fasce di età più giovani. In questo periodo, infatti, la scuola può fare molto per favorire la socializzazione dei ragazzi. Nei gruppi di età più avanzata, invece, i processi di socializzazione potrebbero dipendere di più da come i giovani si organizzano spontaneamente anche in luoghi diversi dalla scuola.

In generale, i maschi sembrerebbero socializzare più delle femmine. Questo potrebbe dipendere dalla maggiore libertà di cui godono rispetto alle coetanee o dal fatto che le femmine sono più impegnate nelle attività scolastiche.

Osservando la comunicazione elettronica via e-mail o al telefono si vede che questa

aumenta con l'età e può migliorare la rete di rapporti fra i gruppi di pari. Il maggior uso che ne fanno le femmine può dipendere sia dal fatto che escono meno la sera con gli amici, che dalle maggiori capacità comunicative delle femmine rispetto ai maschi. Inoltre i nuovi mezzi di comunicazione consentono di raggiungere una moltitudine di 'contatti', forse a discapito della profondità delle relazioni.

La realtà territoriale della Regione Veneto è caratterizzata da una molteplicità di servizi che, pur differenziandosi nelle loro modalità gestionali e organizzative, mostrano attenzione per i giovani ed è sempre più mirata e attenta ai compiti evolutivi degli adolescenti. Il gruppo dei pari fa parte del percorso con cui ogni adolescente deve fare i conti nel suo cammino verso la ricerca della propria identità.

La necessità di intervenire preventivamente ed in una logica di rafforzamento delle potenzialità della persona, piuttosto che in azioni di tipo riparativo pone tutti i soggetti adulti deputati alla protezione del minore di età (enti locali, servizi delle Aziende ULSS, privato sociale, scuola, parrocchie, ecc.) ad intervenire là dove si manifestano maggiormente i processi di socializzazione del ragazzo. Ciò anche attraverso vari campi d'integrazione e di coordinamento fra le varie funzioni e competenze, garantendo una rete di protezione significativa oltre che di promozione.

Parecchi fattori possono incidere sull'inizio, sulla rapidità e sulla modalità con cui avviene questo processo di socializzazione dell'adolescente attraverso il gruppo dei pari e le occasioni che favoriscono i contatti fra amici possono a loro volta essere influenzate dal sistema di servizi e di opportunità offerti ai giovani, specie dal sistema scolastico e dalle attività organizzate per il tempo libero.

È nel lavoro sinergico tra tutti i soggetti che si trovano accanto all'adolescente nella scelta degli spazi, dei tempi e delle modalità (organizzative e di contenuti) che si può fare molto per favorire la socializzazione dei giovani, rendendo i percorsi evolutivi all'interno del gruppo dei pari percorsi di maturazione vera dell'identità.

BIBLIOGRAFIA

1. GULLOTTA TP, ADAMS GR E MARKSTROM CA. *The adolescent experience*. San Diego CA: Academic Press, 2000.
2. HARTUP WW. Adolescents and their friends. In B. Laursen (Ed.) *Close friendships in adolescence: New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993
3. HARTUP WW. Three faces of friendship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1995, 12, 569-574.
4. VALKENBURG PM, JOCHEN P. Preadolescents' and Adolescents' Online Communication and Their Closeness to Friends Developmental Psychology, 2007, 43, 2, 267-277
5. FIELD T, DIEGO M, SANDERS C. Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 2002, 37, 121-130.
6. URBERG KA, DEGIRMENCIOGLU SM, TOLSON JM, HALLIDAYSCHER K. Structure of adolescent peer networks. *Developmental Psychology*, 1995, 31, 540-547.

7. MUUSS R, PORTON H, *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
8. DEKOVIC M, MEEUS W. Peer relations in adolescence: Effects of parenting and adolescents' self-concept. *Journal of Adolescence*, 1997, 20, 163-176.
9. BERNDT TJ. Friendship and friends' influence in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 1992, 1, 5, 156-159.
10. GLASKOW KL, DORNBUSCH SM, TROYER L, STEINBERG L, RITTER PL. Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high school, *Child Development*, 1997, 68, 507-529.
11. 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. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61, 4, 603-606
12. NIC GABHAINN S, FRANÇOIS Y. Substance use. In: CURRIE C. et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002, 97-114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
13. SETTERBOLTE W. Family and peer relations. In: CURRIE C. et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002, 39-48 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
14. CLARK AE, LOH'EAC Y. "It wasn't me, it was them!" Social influence in risky behavior by adolescents. *Journal of Health Economics*, 2007, 26, 763-784
15. ENGELS R C M E, SCHOLTE R HJ, VAN LIESHOUT CFM, DE KEMP R AT, OVERBEEK G. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 2006, 31, 440-449.
16. BERNDT TJ, SAVIN-WILLIAMS RC, Variations in friendships and peer-group relationships in adolescence. In: TOLAN P, COHLER, eds. *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. New York, Wiley, 1993.
17. COHEN J. High school subculture and the adolescent world. *Adolescence*, 1979, 14, 55, 491-502.
18. SUSSMAN S, POKHREL P, ASHMORE RD, BROWN BB. Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 2007, 32, 1602-1627.
19. SIEVING RE, PERRY CL, WILLIAMS CL. Do friendships change behaviors, or do behaviors change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 26, 27-35.
20. BONINO, ET AL. *Adolescenti e rischio*, Giunti, 2003.
21. POELEN EAP, ENGELS ECME, VAN DER VORST H, SCHOLTE RHJ, VERMULST AA. Best friends and alcohol consumption in adolescence: A within-family analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88, 163-173.
22. JACCARD J, BLANTON H, DODGE T. Peer influences on risk behavior: An analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*, 2005, 41, 135-147.
23. SIMONS-MORTON B, CHEN RS. Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 2006, 31, 1211-1223.

Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Gianna Miola

Ufficio 1° Politiche dell'Istruzione - MIUR Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

INTRODUZIONE

La scuola è un ambiente di formazione molto importante, perché oltre a fornire nozioni scolastiche permette ai ragazzi di trascorrere molto tempo con i coetanei e gli adulti estranei all'ambito familiare, come, ad esempio, gli insegnanti (1). L'ambiente scolastico condiziona la loro qualità della vita sia in termini di quantità di tempo trascorso dai ragazzi (frequenza di almeno 9-10 anni della loro vita, per 6-8 ore al giorno), sia in termini di attività svolte, sia, infine, per le relazioni significative instaurate, che forniscono sostegno, aiuto, valori ed opinioni diverse da quelle familiari (2-4), ma, al contempo, possono anche dimostrarsi una fonte di stress (vedi cap. 13).

Il contesto scolastico, infatti, è in grado di seguire l'individuo nel suo percorso di crescita, di fornire sostegno sociale, di favorire nell'adolescente competenza, autonomia e coinvolgimento, oltretutto di stimolare l'indipendenza e la partecipazione per quanto attiene ai suoi processi decisionali (5). Nel contempo, è anche luogo del giudizio e del dovere ed un contesto in cui le relazioni possono diventare problematiche.

Molti studi hanno evidenziato una stretta relazione tra il gradimento scolastico, caratteristiche della scuola e del clima scolastico, la salute e gli stili di vita ad essa col-

legati (6-9). Sebbene la percezione della scuola possa differire per sesso, età ed etnia (10), il suo impatto sulla vita delle persone rimane rilevante.

La percezione del contesto e dell'esperienza scolastica possono esercitare una forte influenza sullo sviluppo emotivo e comportamentale in preadolescenza ed adolescenza. Ciò è dimostrato da svariati studi che spiegano come gli studenti con scarso o debole legame affettivo con la scuola riportino un maggior livello di comportamenti delinquenti (11), abbandono scolastico (12-14), gravidanze in adolescenza (15), inadeguati risultati scolastici (16).

Diverse ricerche hanno anche dimostrato come le esperienze negative vissute a scuola costituiscano un fattore di rischio rispetto al consumo di sostanze (17-22).

Gli aspetti del contesto scolastico che sembrano essere importanti per la salute e i comportamenti legati alla salute sono vari. I principali sono:

- il coinvolgimento e il legame con la scuola sta ricevendo sempre più attenzione nella letteratura internazionale (23-24): l'ambiente o il clima psicosociale scolastico è stato quasi sempre analizzato al fine di aumentare il rendimento scolastico (25-27); ora, e sempre più, risulta di grande interesse anche per quanto riguarda la salute dei giovani (28-31). Numerosi studiosi interessati all'analisi della percezione del contesto e dell'esperienza scolastica in preadolescenza ed adolescenza hanno evidenziato l'uso non univoco di etichette, definizioni e strumenti di misura per indagare questi aspetti (32-34). Infatti vengono spesso usati termini quali:
 - legame affettivo con la scuola (school bonding);
 - attaccamento alla scuola (school attachment);
 - impegno scolastico (school commitment o school engagement);
 - coinvolgimento nelle attività scolastiche (school involvement);
 - clima scolastico (school climate);
 - senso di comunità a scuola (school sense of community).

Nonostante le differenti etichette, molti studi attuali dimostrano come i ragazzi con un elevato legame e coinvolgimento scolastico attuino meno frequentemente comportamenti a rischio per la salute, evidenziando come il legame verso il contesto scolastico possa incidere positivamente sui comportamenti a rischio (9, 35, 36);

- la soddisfazione per la scuola: considerando i dati della letteratura, è verosimile che i giovani a cui piace la scuola siano soddisfatti di sé stessi e abbiano un elevato benessere psicofisico percepito. Al contrario, è più probabile che i giovani a cui non piace la scuola siano insoddisfatti e possano manifestare stress. Questo a sua volta può causare disturbi di salute percepiti e una scarsa soddisfazione della propria vita. La relazione è bidirezionale, nel senso che è più probabile che i giovani con meno disturbi di salute percepiti e più soddisfatti della propria vita vadano anche bene a scuola (37-39);
- il senso di appartenenza è tra gli elementi maggiormente studiati, poiché è in grado di influenzare il benessere dei ragazzi e, per tale motivo, è considerato un

bisogno motivazionale fondamentale con implicazioni critiche per lo sviluppo e la crescita (40). Il bisogno di appartenenza, di sostegno sociale e di accettazione hanno notevole importanza durante l'adolescenza, soprattutto nel primo periodo, quando i ragazzi cominciano a prendere seriamente in considerazione chi sono e cosa vogliono diventare, con chi vogliono stare e come vogliono investire le loro energie future. Il senso di comunità o di appartenenza al contesto scolastico è legato a importanti fattori motivazionali, attitudinali e comportamentali associati al successo scolastico e al benessere psicofisico (40-42). Nello specifico, il senso di appartenenza alla comunità scolastica risulta essere associato a maggior benessere emozionale, motivazione intrinseca, comportamenti pro-sociali, impegno, coinvolgimento e successo scolastico (43);

- la qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata come una delle componenti che più contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (44-45) e, quindi, anche al suo benessere più globale. Una relazione positiva con gli insegnanti è associata al successo scolastico (39) e può essere un'importante fonte di sostegno (offrendo incoraggiamento e fiducia) nei momenti di crescita e di cambiamento. Alcuni studi (39) hanno, inoltre, evidenziato come un buon rapporto con gli insegnanti diminuisca il numero di comportamenti aggressivi (4) e sia un fattore di protezione per i ragazzi considerati a rischio per problemi comportamentali, facilitandone l'accettazione da parte dei compagni di classe (47);
- i rapporti con i pari: avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (48), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (49-51). D'altro lato, numerose ricerche mostrano l'associazione tra adeguato adattamento e funzionamento a scuola e positive relazioni con i compagni (48, 52). La letteratura fa emergere come l'essere accettati dai compagni predica un maggior coinvolgimento nelle discussioni di classe, indipendentemente dalla percezione di calore e sostegno nella relazione con gli insegnanti (43). Alcune ricerche mostrano, inoltre, che gli studenti che si sentono meno apprezzati dai compagni sono meno coinvolti nelle attività scolastiche e riportano peggiori risultati scolastici (53-55), così come coloro che riportano un senso di solitudine e di isolamento rispetto ai compagni abbandonano, con maggior probabilità, la scuola precocemente (56, 57).

Nell'ambito della salute, è impossibile non citare il ruolo che la scuola svolge nella prevenzione e nella promozione del benessere dei soggetti coinvolti (58, 59).

Nella maggior parte dei Paesi, la scuola, con la sua obbligatorietà, costituisce un contesto chiave per la promozione della salute, permettendo di raggiungere un elevato numero di individui. La scuola può, in questo senso, essere un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale sia relativamente ai comportamenti legati alla salute. Recenti ricerche (9) hanno dimostrato come in adolescenza anche il contesto scolastico possa contribuire in modo significativo alla promozione di comportamenti legati alla salute. Lavorare sulle relazioni, sulle regole, sulle

informazioni che dalla scuola vengono trasmesse, sulla "cultura" della scuola, potrebbe risultare estremamente importante per tutti coloro che, a vario titolo, sono coinvolti nella progettazione di interventi di promozione della salute in ambito giovanile.

L'adozione attraverso la scuola di una strategia di riduzione dei fattori di rischio e di aumento dei fattori protettivi per la salute degli adolescenti trova giustificazione nel modello di sviluppo sociale, secondo il quale i ragazzi imparano i modelli di comportamento sociale o antisociale messi in atto nell'ambiente in cui vivono (59-64).

La scuola è, dunque, un'istituzione fondamentale sia come ambiente educativo sia come ambiente positivo in cui vivere e può contribuire alla costruzione della ricchezza e della salute di un Paese (36).

Lo studio HBSC analizza, in genere, aspetti legati alla scuola che vanno dal gradimento scolastico al sostegno dei compagni, alle sensazioni di stress causate dall'attività scolastica, ecc.. Questo permette l'analisi della relazione tra tensione e sostegno, da una parte, e soddisfazione dei giovani nei confronti della scuola e dello studio, dall'altra. Questi concetti non sono indipendenti, ma si intersecano, influenzandosi a vicenda.

METODI

Un'unica domanda valutava il gradimento della scuola:

■ *Attualmente, cosa pensi della scuola?*

Le risposte possibili erano: *Mi piace molto, Mi piace abbastanza, Non mi piace tanto, Non mi piace per niente.*

Nel presente lavoro sono state presentate le percentuali di giovani che hanno dichiarato che la scuola piace molto o abbastanza.

Il sostegno dei compagni di classe è stato valutato usando tre affermazioni, alle quali gli intervistati dovevano rispondere se erano d'accordo o meno:

- *Ai miei compagni di classe piace stare insieme*
- *La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile*
- *Gli altri studenti mi accettano così come sono*

Le risposte possibili erano: *Sono molto d'accordo, Sono d'accordo, Né d'accordo, né in disaccordo, Non sono d'accordo, Non sono per niente d'accordo.* In questo lavoro sono state prese in considerazione solo le risposte alla domanda *La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile* e nella tabella sono state presentate le percentuali di giovani che si dichiarano "d'accordo" o "molto d'accordo".

L'ultima domanda valutava lo stress scolastico:

■ *Quanto ti senti "stressato" da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?*

Le risposte possibili erano: *Per niente, Un po', Abbastanza, Molto.*

Le ultime tre modalità di questa domanda costituiscono i risultati sullo stress scolastico percepito dagli studenti.

RISULTATI E COMMENTI

Gradimento scolastico, sostegno dei compagni e stress causato dall'attività fisica

Livello regionale

È stato chiesto ai giovani di indicare quanto considerassero piacevole l'ambiente scolastico (tab. 4.1). Sebbene tale valutazione sia globale e, quindi, non associabile a nessuno dei fattori precedentemente elencati (attività scolastiche, relazioni, appartenenza, clima...), essa si è dimostrata un indicatore interessante di benessere scolastico.

La maggior parte degli studenti dà un giudizio positivo sulla scuola. Tale giudizio tende a peggiorare al passaggio dalla prima alla terza media (dal 73% al 58%), mentre rimane abbastanza stabile al passaggio alle scuole superiori (59%). Interessante notare come siano forti le differenze di genere, soprattutto tra i 13enni e tali da marcare, in tutti e tre gli strati d'età, una predilezione per la scuola in favore delle femmine. A 11 anni la distanza tra ragazzi e ragazze è di 11 punti percentuali (68% dei maschi vs 78.8% delle femmine) e sale di quasi 3 punti e mezzo rispetto alla precedente a 13 anni (50.8% per i maschi vs 65.2% per le femmine), per scendere e attestarsi intorno agli 8 punti percentuali tra i 15enni (54.9% per i maschi contro il 62.9% delle femmine).

Considerando la percezione che i ragazzi hanno dei loro compagni (tab. 4.2), possiamo notare come essa sia positiva soprattutto tra gli studenti 11enni (74.4%) e registri un livello inferiore tra i giovani di 13 (65.9%) e di 15 anni (60.3%).

Le uniche differenze di genere risultate statisticamente significative le troviamo tra i maschi e le femmine tredicenni (68.7% vs 62.9%), mentre negli altri due strati del campione, le stime si equivalgono.

Ultimo aspetto indagato inerente l'ambiente scolastico non riguarda la sperimentazione di rapporti positivi e la piacevolezza della scuola, ma, la percezione della scuola come possibile fonte di stress (tab. 4.3), a seconda del carico di compiti che essa comporta.

Il 44% degli studenti riferisce di sperimentare stress in misura minore in prima media (11 anni) rispetto agli studenti di terza media (13 anni), che presentano una frequenza più elevata (50.4%) e agli studenti di seconda superiore (15 anni) che superano di 6 punti percentuali (56.5%) la stima precedente.

Il confronto tra i tre strati sul totale per ogni strato è risultato statisticamente significativo ed evidenzia, quindi, che al crescere dell'età cresce lo stress percepito.

Le differenze tra maschi e femmine relative al gruppo di età dei 15enni sono risultate statisticamente significative: lo stress appare più frequente nelle femmine (61.9%) che nei maschi (50.5%).

Livello provinciale

Rispetto alla piacevolezza della scuola, considerando il livello provinciale (tab. 4.1), emergono delle percentuali di gradimento scolastico più alte nello strato totale degli 11enni rispetto allo strato dei 13 e dei 15enni. Nello specifico, le stime per gli 11enni vanno dal 64.7% della provincia di Belluno al 77.5% di quella di Verona (differenza statisticamente significativa). I confronti nei restanti due gruppi di età evidenziano che i ragazzi di terza media (i 13enni), risultano quelli che peggio percepiscono l'ambiente scolastico, forse a causa degli imminenti cambiamenti di ciclo scolastico, forse per le maggiori pressioni a cui vengono sottoposti in vista degli esami. La percentuale più bassa di gradimento scolastico registrata in questa fascia d'età è quella rilevata nella provincia di Rovigo (49.3%), seguita, subito dopo, da quella di Vicenza (51.4%). Per lo strato totale dei 15enni, invece, i confronti evidenziano una certa omogeneità tra le sette province, con stime che oscillano dal 54.8% della realtà veneta di Rovigo al 59.9% della provincia di Treviso, con una frequenza più alta per il territorio vicentino del 62.8% (tra i tredicenni comunque le differenze provinciali non risultano statisticamente significative).

I confronti di genere evidenziano invece delle differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine sia per gli undicenni (54.1% vs 77.6%) sia tra i tredicenni (53.7% vs 74.9%) nella provincia di Belluno, per i maschi e le femmine di 13 (43.6% vs 67.5%) della provincia di Venezia ed infine per i maschi e le femmine 15enni (54.3% vs 64.9%) del territorio veneto del trevigiano.

Indagando come i giovani valutano i propri compagni (tab. 4.2), dalle frequenze appare che il campione totale degli 11enni è quello che oltre a gradire di più la scuola, come abbiamo visto, valuta anche come gentili e disponibili i propri compagni in percentuale maggiore rispetto agli altri due strati d'età. Questo dato è abbastanza omogeneo nella regione: si evidenzia qualche differenza a livello provinciale ma queste sono al limite della significatività statistica. La stima più alta è per gli 11enni della provincia di Rovigo (81.9%) e di Verona (79.3%). Per i 13enni l'andamento varia dal 63.3% della provincia di Verona al 68.5% del territorio vicentino, con un picco del 73.4% della provincia di Belluno. Nello strato totale dei 15enni, le frequenze vanno dal 54.9% dell'area geografica veronese al 64.5% di quella vicentina.

Sono risultati statisticamente significativi i confronti di genere per i maschi e le femmine 11enni della provincia di Rovigo (76% vs 89.2%) e di Verona (83.5% vs 75.1%), per maschi e femmine 13enni del territorio padovano (72.9% vs 59.8%) e per i maschi e le femmine della provincia di Venezia (68% vs 57.5%).

Rispetto alla variabile legata al peso dei compiti scolastici (tab. 4.3), i valori provinciali evidenziano differenze statisticamente significative in tutti e tre gli strati del campione totale, dimostrando frequenze più basse nello strato totale dei più giovani, gli 11enni. Infatti, in quasi tutte le province venete i valori sono compresi tra i 40.5 e i 45.5 punti percentuali, ad eccezione della sola provincia di Rovigo che presenta una stima del 59.5%. Negli altri due gruppi di età dei 13 e dei 15enni, le percentuali di ragazzi stressati sono più alte e vanno, per la fascia degli studenti di terza media (13 anni), dal 43.3% della provincia di Venezia al 60.4% di quella di Rovigo e dal 51.7% del territorio trevigiano al 61.9% di quello vicentino per i 15enni.

Considerando, infine, i confronti di genere, emergono differenze significative dal punto di vista statistico nella provincia di Rovigo, tra i maschi e le femmine di 11 (70.3% vs 45.4%) e di 15 anni (41.5% vs 74.9%) e nelle province di Venezia (44.6% vs 58.6%) e Verona (41.5% vs 74.9%) tra i maschi e le femmine quindicenni.

Tabella 4.1 Giovani di 11, 13 e 15 anni a cui piace molto la scuola a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±																
Regione	68.0	2.9	78.8	2.6	73.2	2.0	50.8	3.1	65.2	3.1	57.7	2.2	54.9	2.9	62.9	2.7	59.1	2.0
Belluno	54.1	10.6	77.6	9.6	64.7	7.5	53.7	13.4	74.9	10.7	65.1	8.7	58.7	10.2	59.2	11.6	58.9	7.7
Vicenza	62.9	6.8	78.0	6.1	70.1	4.7	45.1	7.5	58.7	7.9	51.4	5.5	57.3	7.3	66.6	5.9	62.8	4.6
Treviso	69.6	6.4	77.6	6.5	73.2	4.6	57.6	6.7	72.1	7.0	63.7	4.9	54.3	7.0	64.9	6.4	59.9	4.8
Venezia	75.0	7.0	77.4	6.9	76.2	4.9	43.6	7.8	67.5	7.4	55.2	5.5	52.9	6.9	59.1	6.4	56.2	4.7
Padova	64.8	7.3	80.6	6.5	72.3	5.0	56.7	7.4	64.7	7.7	60.4	5.4	54.6	8.3	60.5	5.7	58.5	4.7
Rovigo	64.0	10.7	73.1	11.5	67.9	7.8	43.9	13.4	53.8	12.9	49.3	9.3	51.8	10.4	58.8	10.8	54.8	7.5
Verona	73.1	6.3	81.8	5.4	77.5	4.1	51.0	7.4	64.6	6.6	58.1	5.0	55.2	6.4	65.2	7.7	58.8	4.9

Tabella 4.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che pensano che i loro pari siano gentili e disponibili a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±																
Regione	74.8	2.7	74.1	2.8	74.4	1.9	68.7	2.9	62.9	3.1	65.9	2.1	60.8	2.9	59.8	2.7	60.3	2.0
Belluno	75.7	9.1	74.9	9.9	75.3	6.7	80.9	10.7	67.0	11.6	73.4	8.0	63.5	10.1	52.8	11.8	58.7	7.7
Vicenza	72.9	6.3	72.4	6.6	72.7	4.5	71.9	6.6	64.6	7.6	68.5	5.0	61.8	7.1	66.3	5.9	64.5	4.5
Treviso	69.4	6.3	73.7	6.9	71.3	4.7	63.9	6.5	62.7	7.6	63.4	4.9	62.4	6.8	61.2	6.5	61.8	4.7
Venezia	71.1	7.4	71.9	7.4	71.5	5.2	68.1	7.3	63.2	7.7	65.7	5.3	68.0	6.4	57.5	6.4	62.3	4.6
Padova	76.9	6.3	73.8	7.1	75.4	4.7	72.9	6.6	59.8	7.9	66.8	5.2	56.0	8.3	59.6	5.8	58.4	4.7
Rovigo	76.0	9.8	89.2	8.2	81.9	6.6	69.3	12.4	63.8	12.2	66.3	8.7	61.7	10.2	56.9	11.1	59.6	7.5
Verona	83.5	5.2	75.1	6.1	79.3	4.1	64.1	7.1	62.7	6.6	63.3	4.8	55.7	6.4	53.4	7.9	54.9	5.0

Tabella 4.3 Giovani di 11, 13 e 15 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	46.1	3.0	41.6	3.2	44.0	2.2	48.8	3.1	52.1	3.2	50.4	2.2	50.5	3.0	61.9	2.7	56.5	2.0
Belluno	48.8	10.6	34.5	10.7	42.1	7.6	42.3	13.2	53.1	12.3	48.1	9.1	47.4	10.4	62.0	11.5	54.0	7.8
Vicenza	47.2	7.0	43.7	7.3	45.5	5.1	57.3	7.5	61.8	7.8	59.4	5.4	60.5	7.2	62.9	6.0	61.9	4.6
Treviso	47.9	6.9	40.5	7.8	44.7	5.2	48.3	6.7	47.0	7.8	47.7	5.1	47.8	7.0	55.1	6.7	51.7	4.9
Venezia	37.6	7.8	47.9	8.2	42.8	5.7	41.5	7.7	45.2	7.8	43.3	5.5	44.6	6.8	58.6	6.4	52.2	4.7
Padova	44.1	7.6	36.5	7.8	40.5	5.4	50.1	7.5	55.9	8.0	52.8	5.5	57.3	8.2	63.9	5.6	61.7	4.7
Rovigo	70.3	10.2	45.4	12.9	59.5	8.3	58.5	13.1	62.1	12.5	60.4	9.0	41.5	10.3	74.9	9.6	55.9	7.5
Verona	45.7	7.0	40.1	6.9	42.8	4.9	44.6	7.3	47.6	6.9	46.2	5.0	49.0	6.5	67.1	7.4	55.6	5.0

VARIAZIONI TEMPORALI

Frequenza nel sentirsi stressati dall'attività scolastica

Livello regionale

Rispetto all'indagine del 2002, la frequenza nel sentirsi stressati dall'attività scolastica da parte dei giovani veneti è aumentata significativamente e in termini sostanziali in tutti e tre gli strati del campione, sia tra i maschi che nelle femmine (tab. 4.4). Questo sostanziale aumento merita certamente una riflessione educativo-pedagogica per capire meglio l'origine e l'evolversi di questo apparente malessere dichiarato dai ragazzi.

Le stime mostrano che l'oscillazione più marcata si verifica nei 15enni, passando dal 41% al 56.5% con una variazione temporale di oltre 15 punti percentuali contro i 10 punti nei 13enni e i 5 punti negli 11enni (graf. 4.1, 4.2, 4.3). I confronti temporali in riferimento al genere, indicano una maggiore percezione di stress sia tra le femmine 15enni (con un incremento nel 2006 del 16.5% rispetto al 2002) che tra i maschi dello stesso strato i quali presentano un aumento del 14.5%, mentre per gli altri strati gli aumenti sono stati minori: 3.7% e 7.8% per i maschi di 11 e 13 anni e 6.6% e 13.1% per le loro coetanee.

Livello provinciale

Le variazioni temporali rilevate a livello provinciale per lo stress scolastico sono risultate statisticamente significative solo in alcune province e la tendenza ricalca quella del livello regionale, ossia un incremento del livello di stress (tab. 4.4). Per gli studenti di 11 anni si tratta delle province di Venezia e Padova nelle quali gli aumenti sono stati dell'8.4% e 7.4% (graf. 4.1), mentre per le femmine solo Venezia ma con un aumento maggiore (15.3%). Nei maschi non vi sono state variazioni statisticamente significative.

Nel secondo strato (graf. 4.2) sia per il campione totale che per il gruppo delle femmine le variazioni statisticamente significative tra le due indagini si sono verificate nelle province di Belluno, Vicenza, Padova e Verona. Nel territorio di Verona si è riscontrato l'incremento minore: 6.2% nel campione totale e 12.4% nelle femmine. La variazione più elevata è avvenuta a Vicenza con un incremento del 21.2% per il campione totale, mentre per le femmine l'incremento maggiore si è registrato nella provincia di Belluno con un aumento del 31%. Per i maschi di 13 anni le uniche province a presentare variazioni statisticamente significative sono Vicenza e Padova con incrementi del 16.3% e 15.1% rispettivamente.

Come per i 13enni, anche per gli studenti di seconda superiore (15 anni) sia il campione totale che le femmine presentano variazioni statisticamente significative nelle stesse province: Vicenza, Treviso, Padova, Rovigo e Verona. Le variazioni per il campione totale vanno da un minimo di 13.3 punti percentuali relativo alla provincia

di Treviso ad un massimo del 25.9% che si è registrato a Rovigo (graf. 4.3); nel caso delle studentesse 15enni la variazione minima si riferisce a Padova (incremento del 14.9%) ma il dato più interessante si riferisce alla variazione che riguarda la provincia di Rovigo che presenta un aumento considerevole di ragazze che si sentono stresse dalla scuola (+41.7%). Per i maschi di 15 anni tutte le province, tranne Rovigo, hanno registrato variazioni statisticamente significative che vanno da un incremento minimo del 10.3% (provincia di Belluno) ad un massimo del 23.5% del territorio di Vicenza.

Tabella 4.4 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

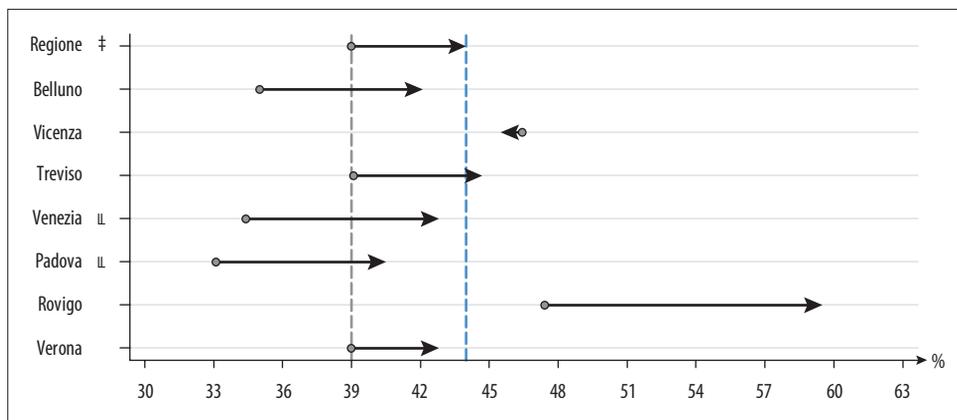
	Sentirsi stressato dai compiti					
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	42.4 LL	35.0 LL	39.0 ‡	46.1 LL	41.6 LL	44.0 ‡
Belluno	38.3	32.2	35.0	48.8	34.5	42.1
Vicenza	52.0	40.1	46.0	47.2	43.7	45.5
Treviso	41.4	36.6	39.1	47.9	40.5	44.7
Venezia	36.3	32.6 ‡	34.4 LL	37.6	47.9 ‡	42.8 LL
Padova	37.1	29.0	33.1 LL	44.1	36.5	40.5 LL
Rovigo	52.7 *	42.5	47.4	70.3 *	45.4	59.5
Verona	43.0	34.4	39.0	45.7	40.1	42.8
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	41.0 ‡	39.0 ‡	40.0 ‡	48.8 ‡	52.1 ‡	50.4 ‡
Belluno	45.3	22.1 ‡	35.4 ‡	42.3	53.1 ‡	48.1 ‡
Vicenza	36.0 ‡	41.0 ‡	38.2 ‡	57.3 ‡	61.8 ‡	59.4 ‡
Treviso	42.0	43.0	42.5	48.3	47.0	47.7
Venezia	42.0	41.5	42.0	41.5	45.2	43.3
Padova	39.0 LL	35.0 ‡	37.0 ‡	50.1 LL	55.9 ‡	52.8 ‡
Rovigo	44.1 *	52.0	47.2 *	58.5 *	62.1	60.4 *
Verona	44.0	35.2 ‡	40.0 LL	44.6	47.6 ‡	46.2 LL
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	36.0 ‡	45.4 ‡	41.0 ‡	50.5 ‡	61.9 ‡	56.5 ‡
Belluno	37.1 LL	51.0	42.2 *	47.4 LL	62.0	54.0 *
Vicenza	37.0 ‡	47.0 ‡	42.5 ‡	60.5 ‡	62.9 ‡	61.9 ‡
Treviso	37.0 LL	40.0 ‡	38.4 ‡	47.8 LL	55.1 ‡	51.7 ‡
Venezia	33.5 LL	48.4	41.0 *	44.6 LL	58.6	52.2 *
Padova	38.0 ‡	49.0 ‡	42.8 ‡	57.3 ‡	63.9 ‡	61.7 ‡
Rovigo	25.3	33.2 ‡	30.0 ‡	41.5	74.9 ‡	55.9 ‡
Verona	37.0 ‡	44.5 ‡	40.3 ‡	49.0 ‡	67.1 ‡	55.6 ‡

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 4.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica



* Variabile significativa per $p < 0.10$

II Variabile significativa per $p < 0.05$

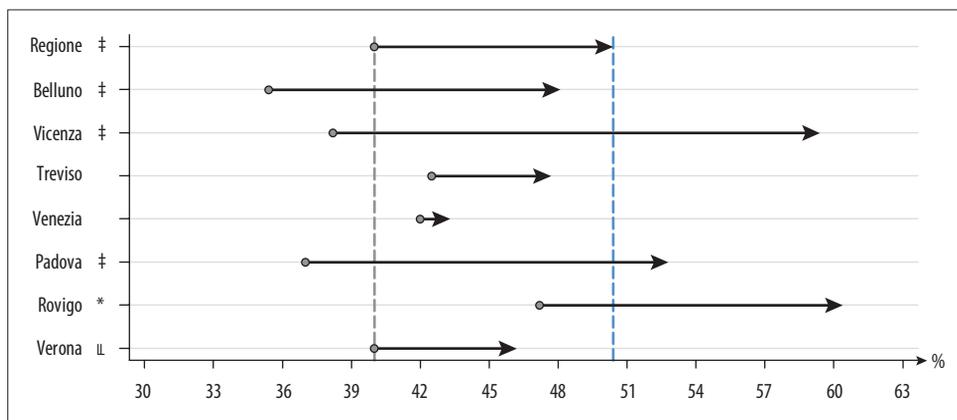
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 4.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica



* Variabile significativa per $p < 0.10$

II Variabile significativa per $p < 0.05$

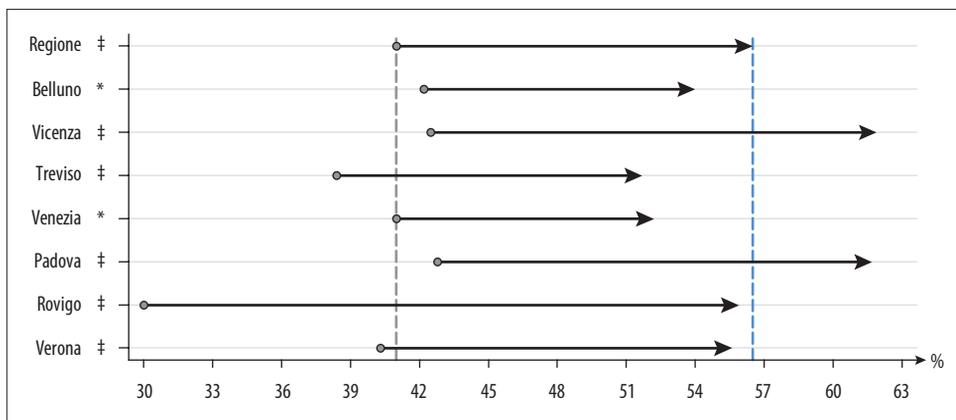
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 4.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

A prescindere dal sistema educativo, la scuola riveste una grande importanza nella vita dei giovani. Solo recentemente l'influenza che l'ambiente ha sullo stile di vita è stato pienamente riconosciuto (65). Questo ha portato in Europa allo sviluppo di "Healthy School Concept" (66), più tardi riformulato come "Health Promoting School Concept".

Secondo questa visione, non solo la salute è considerata parte integrante dei programmi scolastici, ma l'ambiente scolastico fisico e sociale, e più ampiamente le influenze della società, con particolare attenzione alle influenze familiari, vengono attentamente considerate.

L'educazione alla salute a scuola si è spostata da una visione tradizionale, basata sulla preparazione individuale e su programmi informativi ed educativi verso una concezione più ampia, caratterizzata dall'approccio ecologico. L'educazione alla salute nelle scuole è diventata un punto fondamentale nelle politiche di promozione della salute. In questa prospettiva le scuole divengono protagoniste nel fornire le conoscenze e le abilità necessarie agli individui conferendo loro un ruolo attivo nella costruzione di un ambiente positivo. Promuovere la salute nelle scuole (67) ha come

obiettivo principale quello di coinvolgere tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, personale, genitori e servizi sanitari) nell'individuare quali aspetti del clima scolastico abbiano bisogno di essere migliorati e successivamente per progettare e attuare interventi qualitativamente più apprezzabili.

Tra gli ambiti maggiormente studiati spiccano la socializzazione e il senso di appartenenza ad una comunità. Entrambi sono favoriti da un ambiente democratico al cui interno gli studenti siano chiamati a svolgere un ruolo attivo per la determinazione delle regole e nell'organizzazione di eventi, in cui ci siano libera espressione e imparzialità dei docenti (68). Alcune ricerche hanno evidenziato che frequentare un ambiente scolastico con un elevato senso della comunità, può conferire enormi vantaggi agli studenti provenienti da contesti molto disagiati, così da contribuire, ad esempio, alla diminuzione dei casi di delinquenza. Gli studenti che vivono la scuola come una comunità l'apprezzano maggiormente, sono motivati, registrano minori assenze, mostrano atteggiamenti meno distruttivi e hanno risultati migliori. Legami deboli con le istituzioni sono considerati una causa importante di delinquenza tra i giovani. Un elevato senso di comunità all'interno della scuola è associato ad un numero evidentemente inferiore di uso di droghe e di comportamenti di delinquenza (69).

A questo riguardo, i risultati della presente indagine relativamente alle differenze di genere nel gradimento scolastico e alla diminuzione della percezione del sostegno da parte dei compagni nei giovani di 13 e di 15 anni rispetto agli 11enni, devono far riflettere in un'ottica di promozione della salute. In questo senso, dare a tutti i giovani maggiore voce in capitolo al momento di prendere decisioni riguardo gli obiettivi d'apprendimento e il metodo per raggiungerli, potrebbe servire a interessarli di più e a farli sentire più responsabili dell'attività scolastica. Laddove gli studenti abbiano avuto un ruolo attivo nel decidere ed organizzare le attività, le scuole hanno riportato percentuali basse di vandalismo e scarsi problemi disciplinari. Tale partecipazione facilita i rapporti dei giovani nella comunità scolastica, fra cui quelli con i loro pari (70). Bisogna tener conto – e ciò complica le osservazioni emerse – che le scuole differiscono dal punto di vista organizzativo, strutturale e per la loro composizione. Il fatto che le scuole possano trovarsi in contesti diversi e che i ragazzi provengano da ambienti socioeconomici molto differenti può rappresentare una notevole fonte di variazione per quanto riguarda il successo scolastico, la salute e il benessere.

È ormai riconosciuto che ragazzi provenienti da famiglie con un elevato stato socioeconomico vanno meglio a scuola e hanno meno problemi di salute. Quindi lo stato socioeconomico della famiglia influenza i fattori di rischio e non è necessariamente connesso alla scuola.

BIBLIOGRAFIA

1. PRETTY GMH. Young people development of the community-minded self: Considering community identity, community attachment and sense of community. In A.T. FISHER, CC, 2002.
2. MAUSNER-DORSCH H, EATON WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 2000, 90, 1765-1770.
3. VAHTERA J, ET AL. Effect of change on the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54, 484-493.
4. ZANI B, POMBENI ML. L'adolescenza: bisogni soggettivi e risorse sociali. Il ponte vecchio, 1997.
5. ZIMMER-GEMBECK MJ, & LOCKE EM. The socialization of adolescent coping: Relationships at home and school. *Journal of Adolescence*, 2007, 30, 1-16.
6. VIENO A, SANTINELLO M, GALBIATI E, MIRANDOLA M. School climate and well being in early adolescence: A comprehensive model. *European Journal of School Psychology*, 2004, 219-238.
7. NUTBEAM D, ET AL. Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1993, 29(Suppl.1), 25-30.
8. SAMDAL O, ET AL. Students' perception of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research*, 2000, 8, 2, 141-167.
9. CARTER M, MCGEE R, TAYLOR B, WILLIAMS S. Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 2007, 30, 51-62.
10. DING C, HALL A. Gender, ethnicity, and grade differences in perceptions of school experiences among adolescents. Studies in *Educational Evaluation*, 2007, 33, 159-174.
11. SIMONS-MORTON BG, CRUMP AD, HAYNIE DL, SAYLOR KE. Student-school bonding and adolescent problem behavior. *Health Education Research*, 1999, 1, 99-107.
12. VIENO A, PERKINS D, SMITH TH, SANTINELLO M. Democratic school climate and sense of community in school: a multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 2005, 36, 327-341.
13. KEITH PB. Effects of parent involvement on school dropout patterns: A longitudinal investigation using NELS. Presentation at the annual meeting of the American Educational Research Associations, 1999.
14. JIMERSON S, EGELAND B, SROUFE A, CARLSON B. A prospective longitudinal study of high school dropouts examining multiple predictors across development. *Journal of School Psychology*, 2000, 38, 525-549.
15. DANZIGER SK. Family life and teenage pregnancy in the inner city: Experiences of African-American Youth. *Children and Youth Services Review*, 1995, 17, 1/2, 183-202.
16. MARCHANT GJ, PAULSON SE, AND ROTHLSBERG BA. Relations of middle school students' perceptions of family and school contexts with academic achievement. *Psychology in the Schools*, 2001, 38, 6, 505-519.
17. BRYANT AL, SCHULENBERG J, BACHMAN JG, O'MALLEY PM, & JOHNSTON LD. Understanding the links among school misbehavior, academic achievement and cigarette use during adolescence: A national panel study of adolescents. *Prevention Science*, 2000, 1, 71-87.
18. BRYANT AL, & ZIMMERMAN MA. Examining the effects of academic beliefs and behaviors on changes in substance use among urban adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 2002, 94, 621-637.

19. JOHNSON CC & JOHNSON KA. High-risk Behavior among Gay Adolescents: Implications for Treatment and Support. *Adolescence*, 2000, 35, 140, 141-165.
20. NOVAK SP, & CLAYTON RR. The influence of school environment and self-regulation on transitions between sages of cigarette smoking: a multilevel analysis. *Health Psychology*, 2001, 20, 3, 196-207.
21. VOELKL KE, & FRONE MR. Predictors of substance use at school among high school students. *Journal of Educational Psychology*, 2000, 92, 583-592.
22. BENNETT K, BROWN S, BOYLE M, RACINE Y, OFFORD D. Does low reading achievement at school entry cause conduct problems?. *Social Science & Medicine*, 2003, 56, 2443–2448.
23. FREDERICKS JA, BLUMENFELD PC, PARIS A H. School engagement: Potential of the concept, state of the evidence. *Review of Educational Research*, 2004, 74, 59-109.
24. CROSNOE R, NEEDHAM B. Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 2004, 75, 264-279.
25. MA X, WILKINS J. The development of science achievement in middle and high school: individual differences and school effects. *Evaluation Review*, 2002, 26, 395-417.
26. MORTIMORE P. The road to improvement: reflections on school effectiveness. Lisse, Swets & Zeitlinger Publishers, 1998.
27. PAPANASTASIOU C. Effects of background and school factors on mathematics achievement. *Educational Research & Evaluation*, 2002, 8, 55-70.
28. SCHULTZ EW, ET AL. School climate: psychological health and wellbeing in school. *Journal of School Health*, 1987, 57, 10, 432-436.
29. SAMDAL O, The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective wellbeing. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1998.
30. SAMDAL O, ET AL. Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 1998, 13, 3, 383-397.
31. ZETTERGREN P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *British Journal of Educational Psychology*, 2003, 73, 207–221.
32. MCNEELY CA, NONNEMAKER JM, ANDRW BLUM. Promoting Student Connectedness to School: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent. *Journal of School Health*, 2002, 72, 4, 138-146.
33. LIBBEY H, Measuring student relationships to school: Attachment, bonding, connectedness, and engagement. *Journal of School Health*, 2004, 74, 274–82.
34. MADDOX SJ, & PRINZ RJ. School bonding in children and adolescents: Conceptualization, assessment, and associated variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2003, 6, 31-49.
35. BRYANT AL, & ZIMMERMAN MA. Role models and psychosocial outcomes among African-American adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 2003, 18, 36-67.
36. CATALANO RF, HAGGERTY KP, OESTERLE S, ET AL. The importance of bonding to school for healthy development: finding from the Social Development Research Group. *Journal of School Health*, 2004, 74, 252-261.
37. ROESER RW, ECCLES JS, SAMEROFF AJ. School as a context of early adolescents' academic and socialemotional development: a summary of research findings. *Elementary School Journal*, 2000, 100, 443-471.
38. GRAZIANO PA, REAVIS RD, KEANE SP, CALKINS SD. The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal of school psychology*, 2007, 45, 3-19.

39. RISI S, GERHARDSTEIN R, KISTNER J. Children's classroom peer relationships and subsequent educational outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2003, 32, 351–361.
40. VIENO A, PERKINS DD, SMITH TM, & SANTINELLO M. Democratic school climate and sense of community in school: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 2005, Vol. 36, Nos.3/4.
41. MAES L, LIEVENS J. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social science & medicine*, 2003, 56, 517-529.
42. VIENO A. Creare comunità scolastica. Unicopli, 2005.
43. OSTERMAN K. Students' need for belongingness in the school community. *Review of Educational Research*, 2000, 70, 3, 323-367.
44. PIANTA R, STUHLMAN M., Teacher-child relationships and children's success in the first years of school. *School Psychology Review*, 2004, 33, 3, 444-458.
45. RITTER JT, HANCOCK D. Exploring the relationship between certification sources, experience levels, and classroom management orientations of classroom teachers. *Teaching and Teacher Education*, 2007, 23, 1206-1216.
46. HAMRE BK, PIANTA RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*, 2001, 72, 625-638.
47. HUGHES J, CAVELL T, JACKSON T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: A prospective study. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1999, 28, 2, 173-184.
48. WENTZEL KR, & CALDWELL K. Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 1997, 68, 1198-1209.
49. WENTZEL KR. Sociometric status and academic adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 2003, 23, 5-28.
50. DILALLA L. F, MULLINEAUX PY. The effect of classroom environment on problem behaviors: A twin study. *Journal of School Psychology*, 2007, 10, 1016.
51. LOUKAS A, MURPHY J. Middle school student perceptions of school climate: Examining protective functions on subsequent adjustment problems. *Journal of School Psychology*, 2007, 45, 293-309.
52. WENTZEL KR, MCNAMARA BARRY C, CALDWELL KA. Friendships in middle school: Influences on motivation and school. *Adjustment of Educational Psychology*, 2004, 96, 195-203.
53. 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? *Journal of Educational Psychology*, 98, 1-13.
54. LUBBERS MJ, VAN DER WERF MPC, SNIJDERS TAB, CREEMERS BPM, KUYPER H, The impact of peer relations on academic progress in junior high. *Journal of School Psychology*, 2006, 44, 491-512.
55. GUAY F, BOIVIN M, & HODGES EVE. Predicting change in academic achievement: A model of peer experiences and self-system processes. *Journal of Educational Psychology*, 1999, 91, 1, 105-115.
56. HYMEL S, COMFORT C, SCHONERT-REICHL K, & MCDUGALL P. Academic failure and school dropout: The influence of peers. In WENTZEL K, & JUVONEN J,(Eds.), *Social motivation: Understanding children's school adjustment*, 1996, 313-345.
57. BARTH JM, DUNLAP ST, DANE H, LOCHMAN JE, WELLS KC. Classroom environment influences on aggression, peer relations, and academic focus. *Journal of School Psychology*, 2004, 42, 115-133.

58. CARTLAND J, RUCH-ROSS HS, & HENRY DB. Feeling at home in one's school: A first look at new measure. *Adolescence*, 2003, 38, 305-319.
59. CATALANO RF, HAWKINS JD, The social development model: a theory of antisocial behaviour. In: HAWKINS JD, eds. *Delinquency and crime: current theories*. Cambridge University Press, 1996, 149-97.
60. KICKBUSH I. Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion International*, 1989, 4, 265-268.
61. YOUNG I, & WILLIAMS T. *The Healthy School*. Scottish Health Education Group, 1989.
62. European Network of Health Promoting Schools ENHPS [web site]. ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 2 February 2004).
63. BATTISTICH V, HOM A, The relationship between Students' Sense of Their School as a Community and Their Involvement in Problem Behaviors. *American Journal of Public Health*, 1997, vol 87, No. 12.
64. WOLD B, SAMDAL O, eds. *Health promotion with children and adolescents - the development of a supportive school environment: experiences from the Norwegian schools in the "European Network of Health Promoting Schools"*. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1999 (HEMIL Report No. 7)
65. Kickbush I., Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion International*, 1989, 4, 265-268.
66. Young I. & Williams T. *The Healthy School*. Edinburgh: Scottish Health Education Group, 1989.
67. European Network of Health Promoting Schools ENHPS [web site]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 2 February 2004).
68. Alessio Vieno, Douglas D. Perkins, Thomas M. Smith, and Massimo Santinello. Democratic school climate and sense of community in school: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 36, Nos. 3/4, 2005.
69. Victor Battistich and Allen Hom. The relationship between Students' Sense of Their School as a Community and Their Involvement in Problem Behaviors. *American Journal of Public Health*, 1997, 87, No. 12.
70. Wold, B, Samdal O, eds. *Health promotion with children and adolescents - the development of a supportive school environment: experiences from the Norwegian schools in the "European Network of Health Promoting Schools"*. Bergen, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1999 (HEMIL Report No. 7).

Sezione III

**La salute dei giovani
e gli stili di vita**

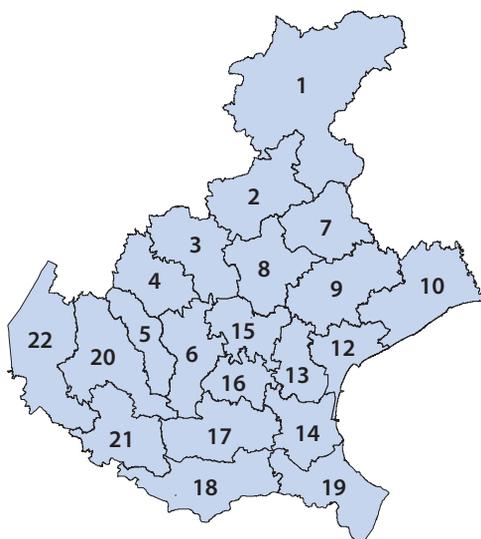
Legenda

Le province della Regione Veneto



Le Aziende ULSS della Regione Veneto

- 1 ULSS 1 Belluno
- 2 ULSS 2 Feltre
- 3 ULSS 3 Bassano del Grappa
- 4 ULSS 4 Alto Vicentino
- 5 ULSS 5 Ovest Vicentino
- 6 ULSS 6 Vicenza
- 7 ULSS 7 Pieve di Soligo
- 8 ULSS 8 Asolo
- 9 ULSS 9 Treviso
- 10 ULSS 10 Veneto Orientale
- 12 ULSS 12 Veneziana
- 13 ULSS 13 Dolo
- 14 ULSS 14 Chioggia
- 15 ULSS 15 Alta Padovana
- 16 ULSS 16 Padova
- 17 ULSS 17 Este
- 18 ULSS 18 Rovigo
- 19 ULSS 19 Taglio di Po
- 20 ULSS 20 Verona
- 21 ULSS 21 Legnago
- 22 ULSS 22 Bussolengo



LA SALUTE DEI GIOVANI E GLI STILI DI VITA

Eva Baldassari, Massimo Mirandola

INTRODUZIONE

La Promozione della Salute è un processo che permette alla popolazione di aumentare il controllo dei fattori che determinano la loro salute al fine di migliorarla e sostenerla (OMS 1986). Il suo valore innovativo sta nel fatto che ambiti disciplinari molto diversi tra loro, che riguardano sia scienze biologiche sia socio-ambientali, trovano possibilità di sviluppo e integrazione nell'azione diretta a modificare non solo i fattori che si associano alle patologie, ma soprattutto nell'azione su ciò che realmente determina e favorisce la salute. Per questo essa rappresenta un'estensione dei metodi utilizzati dalla Sanità Pubblica.

Non si tratta di un'unica disciplina formalizzata sul piano teorico, ma di un complesso ed articolato insieme di strumenti sviluppati per migliorare il controllo che gli individui possono avere sulle normative, sulle scelte politiche, economiche, urbanistiche e sociali dell'area in cui vivono e che coinvolgono tutti i settori della società per produrre salute.

L'educazione alla salute ha costituito, soprattutto nel passato recente, uno degli strumenti maggiormente utilizzati nell'incrementare la partecipazione dei cittadini al miglioramento della propria salute. Recentemente però essa ha anche dimostrato alcuni limiti in quanto focalizzata principalmente sulla modifica dei fattori di rischio e sugli stili di vita. La letteratura scientifica internazionale sta producendo sempre maggiori evidenze circa la necessità di tener conto e di modificare altri elementi,

diversi dai fattori comportamentali e dagli stili di vita, come i determinanti sociali, economici ed ambientali della salute. L'importanza di questi ultimi sta nel migliorare le possibilità e la capacità di impatto che programmi tradizionali possono avere quando sono opportunamente sostenuti da azioni politiche e di miglioramento socio-ambientale.

In sintonia con l'attuale dibattito scientifico internazionale e con le indicazioni derivanti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, gli interventi di promozione della salute dovrebbero rafforzare l'attività di formazione degli operatori rispetto alle nuove evidenze scientifiche e promuovere l'integrazione intersettoriale degli interventi sulla base di programmi specifici che non si limitino alla semplice prevenzione delle patologie o ai fattori di rischio, ma siano in grado di sviluppare la capacità di scelta da parte dei cittadini e rafforzare la comunità locale nell'ottica di aumentare il capitale sociale.

In particolare, rispetto alla fascia di popolazione in esame, diventa prioritario il rafforzamento della collaborazione tra settore socio-sanitario e settore educativo nelle azioni di promozione della salute.

La scuola, infatti, rappresenta un settore privilegiato di intervento per il settore sanitario. Il Sistema socio-sanitario ha una lunga tradizione di sinergia e collaborazione col mondo della scuola. Nel contesto scolastico si possono attuare interventi di promozione della salute a più livelli secondo programmi di collaborazione intersettoriale che hanno un impatto diretto sul clima scolastico, facilitando il successo scolastico di tutti gli studenti e rafforzando la loro capacità di realizzazione per un loro futuro adattamento nel mondo del lavoro. In questo contesto, tuttavia, lo strumento privilegiato e principale è da sempre l'educazione alla salute. Qui trovano infatti spazio molte delle attività preventive rispetto ai filoni tradizionali della prevenzione del tabagismo e delle principali patologie legate a questo periodo della vita.

Esistono, oramai, consolidate prove scientifiche che dimostrano come determinati stili di vita quali un'alimentazione scorretta, il fumo, l'abuso di alcol ed una insufficiente attività fisica costituiscono fattori di rischio nell'insorgenza di numerose malattie quali, ad esempio, le malattie cardiovascolari, varie forme di cancro, il diabete (tipo 2), l'ipertensione, l'obesità, l'osteoporosi, le carie dentali e molte altre malattie. Il numero di decessi e il numero di anni vissuti in condizioni di disabilità attribuibili a stili di vita errati e dannosi è enorme in Europa e nel mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che gli stili di vita non salutari spieghino il 50% dell'impatto globale delle patologie negli uomini e il 25% nelle donne dei paesi europei più sviluppati (1).

Il fumo di tabacco, ad esempio, rappresenta una preoccupazione rilevante non solo in Italia, ma anche in Europa e nel mondo. Nell'Unione Europea è, infatti, la causa principale tra le morti prevenibili, provocando oltre mezzo milione di decessi l'anno che, se non saranno adottate misure efficaci, si stima diverranno 10 milioni nel 2030.

Nel mondo, cinque milioni di persone muoiono ogni anno a causa del consumo di

tabacco. In Italia si stima che più di 80.000 decessi l'anno siano attribuibili al fumo, con il 90% dei tumori del polmone e il 25% delle morti per malattie di cuore (2, 3). Nel caso dell'alcol, un consumo eccessivo e inappropriato è pericoloso per il singolo individuo e per chi gli sta vicino. Sebbene sia accettato che un consumo moderato di alcol, tra i 10 e i 30 grammi al giorno, riduca la mortalità per malattie del sistema circolatorio, l'OMS stima che l'alcol causi il 3.2% dei decessi nel mondo e in Europa l'8%. L'Europa resta una delle aree di maggior consumo di alcol. Desto preoccupazione soprattutto la situazione dei giovani che ne fanno uso, perchè più inclini al fumo di tabacco e all'abuso di droghe illecite rispetto ai loro coetanei astemi (3).

Il Rapporto "Alcool in Europa" diffuso dalla Commissione Europea nel 2006 (4), indica le priorità sulle quali si articolerà la prima strategia europea sull'alcol, attesa per la fine di quest'anno. Il Rapporto sottolinea come in Europa si registrino i più elevati consumi del mondo di bevande alcoliche e un crescente impatto delle condizioni alcol correlate nella popolazione. In accordo con quanto già evidenziato dall'OMS, l'alcol rappresenta uno dei principali problemi sociali e di salute pubblica in Europa. È causa diretta o indiretta di circa 60 diverse condizioni di malattia (cancro, malattie cardiache e ictus, problemi comportamentali e mentali ecc.) e situazioni a rischio (incidenti stradali, domestici, sul lavoro, violenza, criminalità, ecc.). All'alcol è attribuibile il 7.4% degli anni vita persi a causa della malattia, disabilità o mortalità prematura, generalmente evitabile a fronte di modelli di consumo compatibile con un regime di moderazione del bere.

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, ha già attivato, in collaborazione con il Ministero della Salute, iniziative di comunicazione specifiche su alcol e guida lanciate nel corso dell'*Alcohol Prevention Day* 2006. L'Osservatorio ha avviato, inoltre, la realizzazione di materiali di informazione per le famiglie e realizzato una strategia nazionale riguardante il primo programma europeo di formazione specifica per l'identificazione precoce dell'abuso alcolico e per il suo intervento. Il progetto partirà nel 2007 in tutti e 25 gli Stati membri dell'Unione Europea.

Per quanto riguarda lo stile alimentare, nutrizione e alimentazione hanno una grande rilevanza nella prevenzione di molte malattie e nella promozione della salute. In particolare, in Europa, il basso consumo di frutta e verdura è la causa del 19% dei tumori gastro-intestinali, del 31% della malattia ischemica e dell'11% dell'infarto. Bambini e ragazzi sono tra coloro che presentano le frequenze più basse di consumo di vegetali (5). Infine, per i fattori di salute legati all'eccesso di peso, negli ultimi decenni sovrappeso e obesità sono diventati un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche nei Paesi occidentali.

In Italia ne soffrono 4-5 abitanti su 10, con tassi che sono ancora più elevati nelle regioni meridionali e che tendono ad aumentare (7). Il fenomeno non risparmia i bambini, soprattutto al sud, con una prevalenza che è tra le più alte d'Europa: questi dati sono particolarmente preoccupanti, perché un bambino obeso è probabile che lo sarà anche da adulto.

Accanto all'alimentazione sregolata, uno dei fattori che favoriscono maggiormente questi problemi è la sedentarietà, che caratterizza lo stile di vita di adulti e bambini. Secondo l'ISTAT, nel 2002 soltanto il 20% della popolazione dai 3 anni in su praticava con continuità una o più attività sportive, mentre il 10% vi si dedicava saltuariamente. La quota di sedentari è risultata pari al 41%, per un totale di quasi 23 milioni di persone (6). Le conseguenze sono serie, sia in termini di riduzione delle aspettative di vita, sia di malattia o invalidità a causa delle patologie associate all'obesità.

Per far fronte al problema, l'OMS nel 2004 ha sviluppato una Strategia globale su dieta, attività fisica e salute, che sottolinea la pressante necessità di un'azione coordinata da parte dei Governi, tesa a monitorare regolarmente il contesto ambientale e a intervenire laddove vi siano ostacoli indipendenti dalla volontà dell'individuo, per l'adozione di corretti stili di vita (7).

Anche per l'Unione Europea, nutrizione, attività fisica e obesità rientrano tra le priorità chiave della politica sanitaria, come indicato nel programma di azioni 2003-2008 e ribadito nel nuovo programma 2008-2013 (8, 8.a). In Italia, con l'Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 (9) è stato deciso di attuare il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (10), in cui l'obesità è indicata fra i principali problemi di salute. Da ultimo, il Piano SocioSanitario della Regione Veneto per il triennio 2007-2009 recepisce l'importanza di adottare un nuovo concetto di salute della popolazione basato sulla definizione olistica di salute promossa dall'OMS e sul riconoscimento dei determinanti dello stato di salute per la promozione attiva di stili ed ambienti di vita sani attraverso politiche intersettoriali (11).

In questa sezione sono stati raccolti i dati su un'ampia gamma di stili di vita collegati alla salute dei giovani veneti di 11, 13 e 15 anni. Sono state indagate tematiche quali la salute e il benessere psicofisico, il consumo di tabacco e di alcol, l'uso di cannabis e di altre droghe, l'attività fisica e il comportamento sedentario, le abitudini alimentari, l'immagine di sé, il controllo del peso corporeo, l'igiene orale, il bullismo e la violenza fisica, gli infortuni ed, infine, la salute sessuale.

Obiettivo della presente sezione è quello di promuovere e di facilitare a livello regionale il monitoraggio degli stili di vita collegati alla salute e di sostenere, nelle azioni di pianificazione e di intervento, i fattori delle politiche sociali, fornendo loro argomenti di grande interesse per la salute pubblica.

BIBLIOGRAFIA

1. The World Health Report 2002 - www.who.int/whr/2002/en/wh202_en.pdf.
2. Dati forniti in occasione del VIII Convegno Nazionale Tabagismo e SSN, Roma 31 maggio 2006.
3. WHO, Health for all, Database.
4. www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Report_Alcol_Ue_2006_it.pdf. 5. Eurodiet Core Report, 2001; <http://eurodiet.med.uoc.gr/EurodietCoreReport.pdf>.

6. ISTAT, *Cultura, socialità e tempo libero*. Volume informazioni N.2, 2002.
7. www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf.
8. Programma d'azione comunitaria in materia di sanità pubblica 2003-2008, Decisione del Parlamento Europeo e del Consiglio 1786/2002/CE, Gazzetta ufficiale L271 del 09.10.2002.
- 8a. Secondo Programma di azione comunitaria in materia di salute 2008-2013, Decisione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2007, Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea L 301/3.
9. <http://governo.it/backoffice/allegati/24938-2510.pdf>.
10. <http://www.ministerosalute.it/ccm/ccmDettaglio.jsp?id=137&men=vuoto&lingua=italiano>
11. Progetto di Legge n. 235, DGR6/DDL del 24 aprile 2007, presentato alla Presidenza del Consiglio il 2 maggio 2007 e trasmesso alle Commissioni consiliari Prima e Quinta e ai Consiglieri regionali il 9 maggio 2007.

Daniela Baldassari, Lorenza Dallago, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Lorenzo Rampazzo

Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari - Regione Veneto

INTRODUZIONE

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute non è solamente l'assenza di disagio e malattia, ma uno stato completo di benessere fisico, sociale e mentale (1). È necessario, quindi, considerare la salute fundamentalmente come una risorsa per la vita, come capitale che permette agli individui e alle società di raggiungere i propri obiettivi, essendo ciascun individuo caratterizzato dai propri processi di "salutogenesi" (2). Tale definizione propone un concetto di salute più complesso, non solo limitato ai problemi fisici, ma in connessione con altri aspetti della vita dei singoli (emozioni, relazioni, comportamenti).

La salute è, quindi, un'importante risorsa e quella dei giovani, in particolare, può essere considerata un buon indicatore della società nel suo complesso (3).

Parlare di salute in adolescenza può apparire per molti poco rilevante: l'adolescenza è considerata come un periodo sano per l'assenza di patologie croniche e gravi e per i bassi tassi di mortalità. Non per questo il tema della salute risulta meno importante a questa età. Come è già stato considerato nei capitoli precedenti, l'adolescenza è una fase della vita molto importante per la determinazione dello stato di salute presente e futuro dell'individuo e questo aspetto viene erroneamente sottovalutato (4-6).

Considerando la salute futura, abbiamo visto come lo stile di vita adulto abbia radici profonde in adolescenza. Considerando, invece, la salute presente, i rapidi cambiamenti che caratterizzano l'adolescenza possono avere effetti rilevanti sulla salute dei giovani, non tanto nel favorire vere e proprie malattie ma nel rendere più frequenti piccoli disturbi. Gli studi in letteratura evidenziano come gli adolescenti siano, infatti, più soggetti a piccoli disturbi e malesseri che, nel complesso, influenzano la qualità della vita. Generalmente, i disturbi di salute tendono a manifestarsi insieme (7-8). Tali manifestazioni di malessere non devono essere sottovalutate né deve essere negata la loro variabilità: si passa da un mal di testa occasionale, spesso sofferto dalla maggior parte dei giovani, a manifestazioni cliniche di sintomi somatici o affettivi che compromettono lo stato funzionale quotidiano dell'individuo.

In adolescenza, inoltre, il legame tra diversi aspetti (psico-fisici e sociali) della vita dei ragazzi appare molto più evidente che in altri periodi della vita: il benessere fisico dipende, anche, da variabili soggettive quali l'autostima, l'immagine corporea, la visione che l'individuo ha di sé, la soddisfazione per la propria vita, l'umore, la religiosità e la spiritualità (9-11), le relazioni, le attività svolte (12). Il concetto di salute nasce durante l'infanzia e l'adolescenza (13, 14). La stima del proprio stato di salute è il risultato dell'interazione di diversi aspetti quali lo stile e le condizioni di vita e lo stato di salute stesso. Bassi livelli di benessere si associano a scarsi risultati a scuola (15), a problemi familiari (16, 17) e con i pari (18) e si esprimono attraverso un aumento della richiesta di assistenza medica di base (19) e ancor più in un'incondizionata assunzione di farmaci (20, 21), soprattutto non prescritti.

Lo sviluppo del benessere fisico, psicologico e sociale non possono verificarsi indipendentemente l'uno dall'altro: quando si chiede ai giovani di parlare delle preoccupazioni che hanno riguardo alla propria salute, in genere, molti di essi riferiscono di disturbi somatici e psicologici e non a problematiche prettamente fisiche (11-13).

Stupisce, quindi, che a fronte di un tema così complesso e nel contempo così rilevante per la qualità della vita dei singoli, le conoscenze sulla salute dei giovani siano ancora frammentate e poco approfondite. La poca conoscenza che si ha del livello di benessere e di salute dei ragazzi in età giovanile dipende molto dalla scarsa disponibilità di dati e di indicatori adeguati. Talvolta si cercano informazioni mutuando le statistiche utilizzate per gli adulti, talvolta concentrandosi su aspetti correlati alla salute, ma non a misure dirette di queste. Esempio del primo caso è il lavoro svolto dall'Associazione Culturale Pediatri che ha fornito una visione generale della salute dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia (25) attraverso i dati ISTAT del 2001: tale studio evidenzia come i tassi di mortalità infantile, sebbene in continua diminuzione, anche se a ritmo inferiore che in passato, mostrino delle notevoli differenze nella mortalità neonatale tra regioni del Sud (4.3/‰), il Centro (2.9/‰) e il Nord (2.5/‰). A sostegno di differenze socio-economiche e culturali della salute, anche in adolescenza vi sono moltissimi studi (7, 12), ma ben poco chiariscono lo stato di salute dei giovani italiani.

Esempio di altri indicatori indiretti è quello relativo ai comportamenti a rischio (consumo di droghe, alcol e fumo) che rappresentano, senza dubbio, degli utili strumenti nella descrizione dello stato di salute dei ragazzi (26, 27, 28).

Negli ultimi anni è nata, quindi, l'esigenza di indagare, da una parte, aspetti diretti chiedendo, ad esempio, ai giovani come si sentissero veramente, dall'altra anche gli aspetti positivi della vita dei ragazzi (7, 29, 30). Gli indicatori positivi, quali la percezione della propria salute, l'assenza di disturbi e la soddisfazione per la propria vita, che vengono usati nella ricerca HBSC, rappresentano informazioni fondamentali per comprendere la salute di questa particolare popolazione e permettono di fare considerazioni su una fetta più ampia della popolazione e non solo, ad esempio, su quel gruppo di ragazzi che manifestano disagio. Inoltre, i tre aspetti considerati, vale a dire la percezione della propria salute, l'assenza di disturbi e la soddisfazione per la propria vita si influenzano a vicenda (7, 8).

Studi prospettici sulla popolazione adulta hanno mostrato come la percezione sia strettamente collegata alla situazione reale e futura e non debba essere considerata un'informazione di valore minore rispetto alle altre: una cattiva percezione della propria salute nei campioni considerati si associa ad un aumento della morbilità e della mortalità (6, 31-34).

Considerando la stretta relazione tra benessere psicologico e fisico in adolescenza, lo studio internazionale HBSC, piuttosto che parlare di disturbi somatici e psicologici, utilizza il termine "disturbi percepiti" (35) come definizione generale: se nella popolazione adulta non è facile stabilire con certezza se le cause principali di tali disturbi siano di natura biologica o psicologica, in adolescenza tale difficoltà è ancora maggiore (36).

Ciononostante, come sanno bene gli operatori territoriali che quotidianamente sono impegnati a gestire il disagio degli adolescenti, è necessario prendere atto che i giovani percepiscono, vivono e raccontano frequentemente queste situazioni di malessere.

Obiettivo dello studio HBSC non è tanto quello di descrivere la situazione giovanile in sé, quanto di comprenderla per identificare i margini di miglioramento e le possibilità di attuare questo miglioramento.

METODI

In molti casi la misurazione di diverse dimensioni psicologiche avviene mediante l'impiego di scale, in certi altri si ritiene che il modo più affidabile per sapere come sta una persona sia quello di chiederglielo direttamente. Lo studio HBSC, in ogni sua indagine, ha adottato anche questa tecnica la cui validità è confermata da vaste ricerche epidemiologiche (6).

La valutazione della propria salute è avvenuta attraverso la domanda: *“Diresti che la tua salute è: Eccellente, buona, discreta o scadente?”* I risultati qui riportati sono incentrati sui giovani che hanno risposto di avere una salute discreta o scadente e il termine *“salute più scadente”* viene usato nel testo di questo lavoro per definire queste due risposte accorpate.

Per valutare i disturbi di salute percepiti è stata utilizzata una lista dei sintomi standard (8, 20) presente nella seguente domanda:

“Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito)...? Mal di testa, Mal di stomaco, Mal di schiena, Giù di morale, Irritabile o di cattivo umore, Nervoso, Difficoltà ad addormentarti, La testa che gira?”

Le possibili risposte erano: *Circa ogni giorno, Più di una volta alla settimana, Circa una volta alla settimana, Circa una volta al mese, Raramente o Mai.*

I risultati qui riportati definiscono il fenomeno dei disturbi di salute in base a vari livelli di analisi: a livello regionale, i dati descrivono la tipologia dettagliata dei disturbi sofferti dai giovani più di una volta alla settimana, mentre a livello provinciale e di ULSS, i risultati descrivono la presenza di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta alla settimana, senza specificazione del tipo di sintomo sofferto.

Per misurare, infine, il benessere percepito nei ragazzi, è stata utilizzata una scala da 1 a 10 (i cui risultati troveranno spazio in un lavoro specifico), dove il primo scalino rappresenta la peggior vita possibile e l'ultimo scalino la migliore vita possibile. Tale strumento è il frutto di numerose ricerche condotte sia in ambito psicologico che sociologico (40).

Tale scala, con i dovuti adattamenti linguistici, si è rivelata efficace sia con gli adulti che con i ragazzi ed è già stata utilizzata con successo nelle precedenti versioni dello studio HBSC in tutti i Paesi coinvolti.

RISULTATI E COMMENTI

Autovalutazione della propria salute

Livello regionale

In Tabella 5.1 vengono riportati i risultati, a livello regionale, dei giovani che hanno risposto di avere una salute discreta o scadente.

Com'è possibile notare, le stime evidenziano che a 11 anni solo una piccola percentuale di studenti (7.6%) considera la propria salute *“più scadente”*, mentre a 13 (10.2%) e, ancor più, a 15 anni (14.4%) questa percezione diventa più forte. Sono soprattutto le femmine che riferiscono di non godere di eccellente o buona salute, come molte altre indagini hanno mostrato, anche per la popolazione adulta. Infatti, i confronti di genere mettono in risalto delle distanze tra i sessi piuttosto ampie e sta-

tisticamente significative in tutti e tre gli strati del campione. Ciò è particolarmente evidente sia nel gruppo degli studenti di terza media inferiore (13enni), dove il dato delle femmine è quasi il doppio di quello dei maschi (13.0% vs 7.7%), sia nel gruppo dei più grandi (15enni). In questo caso, la stima delle ragazze triplica la prevalenza dei loro coetanei (20.7% vs 7.4%).

Livello provinciale

La distribuzione delle stime negli strati del campione totale di 11, 13 e 15 anni assume un andamento omogeneo tra le province venete ed in linea con i valori regionali (tab. 5.1): più contenuti nel gruppo degli 11enni e tendenti all'incremento negli ultimi due strati.

Ciò che vale evidenziare, invece, sono le ampie differenze (statisticamente significative) che intercorrono tra i maschi e le femmine. Tra gli studenti più piccoli (11enni), sono le province di Treviso e di Rovigo che riportano lo scarto maggiore tra i sessi (fino a 10 punti percentuali), mentre nel gruppo dei 13enni vanno evidenziate le province di Vicenza e Venezia. Infine, tra gli studenti più grandi (15enni), è la provincia di Padova che messa a confronto con le restanti realtà venete segna il maggior distacco percentuale (quasi 16 punti tra i generi).

Le Aziende ULSS

La distribuzione delle stime a livello di Aziende ULSS risulta piuttosto omogenea nello strato del campione di 11 e di 15 anni e molto più diversificata, invece, in quello dei 13enni (tab. 5.2).

In questo strato, i confronti percentuali tra le realtà locali sono risultati statisticamente significativi ed evidenziano che lo stato di salute soggettivo peggiore viene percepito dai 13enni dell'ULSS 4 (17.4%), insieme a quelli delle ULSS 10 (16.4%) e 8 (15.3%). Da evidenziare che il dato manca nell'ULSS 2 di Feltre, mentre nelle ULSS 7 e 18, i soggetti che riferiscono di avere una salute discreta o scadente sono circa il 5%.

Così come rilevato per la regione e la provincia, anche a questo livello di analisi i giovani si percepiscono con uno stato di salute "scadente" nelle fasi più critiche del loro sviluppo psico-fisico, vale a dire alla fine del periodo pre-adolescenziale (13 anni) e nella fase dell'adolescenza vera e propria (15 anni).

Tabella 5.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che definiscono la propria salute discreta o scadente a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	6.1	1.5	9.2	1.9	7.6	1.2	7.7	1.7	13.0	2.2	10.2	1.4	7.4	1.5	20.7	2.3	14.4	1.4
Belluno	4.7	4.5	4.1	4.5	4.4	3.2	5.6	6.2	6.1	5.8	5.9	4.2	5.3	4.3	15.7	8.5	10.0	4.6
Vicenza	4.6	3.0	5.3	3.4	5.0	2.2	7.8	4.2	15.7	5.9	11.5	3.6	6.6	3.6	20.0	5.0	14.6	3.4
Treviso	5.4	3.1	12.3	5.2	8.5	2.9	8.6	3.9	13.5	5.5	10.7	3.3	4.7	3.0	19.0	5.3	12.3	3.2
Venezia	9.3	5.0	9.4	4.8	9.3	3.5	6.9	3.9	15.8	5.8	11.2	3.5	8.4	3.8	20.8	5.3	15.1	3.4
Padova	6.7	3.8	9.5	4.8	8.1	3.0	8.3	4.1	12.9	5.4	10.4	3.3	7.5	4.4	23.2	4.9	17.9	3.6
Rovigo	3.3	3.9	13.2	8.5	7.8	4.5	1.9	2.6	8.8	7.4	5.6	4.2	14.6	7.5	18.5	8.3	16.3	5.6
Verona	6.1	3.5	10.1	4.3	8.2	2.8	8.6	4.4	10.7	4.1	9.7	3.0	8.1	3.3	21.8	7.1	13.2	3.4

Tabella 5.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che definiscono la propria salute discreta o scadente a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	7.6	1.2	10.2	1.4	14.4	1.4
ULSS 1	5.9	5.0	9.2	6.5	8.4	6.0
ULSS 2	2.6	3.6	-	-	12.8	7.1
ULSS 3	4.3	4.8	7.5	6.3	14.0	6.8
ULSS 4	2.8	3.8	17.4	11.0	9.7	5.7
ULSS 5	5.8	4.9	12.9	7.1	20.0	8.5
ULSS 6	6.3	4.2	9.6	4.9	14.6	5.8
ULSS 7	9.2	5.7	5.0	4.2	15.9	6.9
ULSS 8	6.9	5.0	15.3	7.1	14.5	6.6
ULSS 9	9.0	4.5	10.0	4.5	9.2	4.0
ULSS 10	3.8	4.3	16.4	8.5	15.5	6.2
ULSS 12	8.6	6.1	7.8	5.5	11.3	5.4
ULSS 13	15.1	8.2	12.2	7.4	18.6	7.7
ULSS 14	7.7	6.5	9.6	5.4	14.9	7.5
ULSS 15	6.4	4.9	10.4	5.8	15.6	7.3
ULSS 16	9.2	4.8	9.4	4.9	16.4	4.4
ULSS 17	8.2	6.3	13.5	7.8	24.2	8.4
ULSS 18	6.7	5.6	4.9	5.4	15.2	7.3
ULSS 19	10.3	7.2	6.9	5.9	17.8	7.2
ULSS 20	8.6	3.8	11.0	4.2	10.7	3.7
ULSS 21	7.4	6.2	10.2	6.3	17.6	7.8
ULSS 22	7.8	5.2	6.5	4.6	15.4	8.0

Disturbi di salute percepiti

Livello regionale

Se analizziamo i dati facendo riferimento al campione totale di 11, 13 e 15 anni, è possibile notare come le prevalenze di coloro che riferiscono di soffrire di due o più disturbi più di una volta alla settimana siano molto vicine in tutti e tre gli strati. Infatti, i valori oscillano dal 42.4% al 44.5% (tab. 5.3). Se, invece, il confronto è diretto a far emergere le differenze di genere, allora i risultati delle analisi evidenziano delle prevalenze maggiori (in modo statisticamente significativo) per le femmine rispetto ai maschi. Nello strato degli 11enni, per esempio, è il 45.2% delle ragazze che dichiara di soffrire di due o più disturbi di salute contro il 39.9% dei ragazzi; nello strato dei 13enni il divario si amplifica: la stima delle femmine aumenta (53.6%) rispetto a quella rilevata precedentemente, mentre la frequenza dei maschi diminuisce (36.2%); la stessa cosa accade nell'ultimo strato (15enni) dove ai 57.7 punti percentuali delle quindicenni si contrappongono i 34.6 punti percentuali dei maschi loro coetanei.

Rispetto alla tipologia dei disturbi di salute percepiti (tab. 5.4), le femmine e, in particolar modo, quelle di 13 e di 15 anni, lamentano più dei maschi di soffrire di mal di stomaco, mal di schiena, di sentirsi irritabili e nervose, ma soprattutto di sentirsi giù di morale. Il divario maggiore tra maschi e femmine lo ritroviamo proprio in questa particolare tipologia di disturbi, dove il dato delle femmine di 13 e di 15 anni supera più del doppio quello dei maschi.

Va considerato che per molte adolescenti i 13 e i 15 anni coincidono con lo sviluppo ormonale e la comparsa del menarca: è probabile, quindi, che tale evento sia accompagnato da sbalzi di umore e da malesseri del tipo sopra descritto.

Livello provinciale

La distribuzione delle frequenze tra le province risulta omogenea ed in linea con le medie regionali nei gruppi dei giovani di 13 e di 15 anni, mentre appare diversificata e statisticamente significativa in quello degli 11enni (tab. 5.3). In questo strato, le frequenze mettono in risalto che a soffrire maggiormente di due o più disturbi di salute percepiti sono gli 11enni delle province di Venezia (49.0%) e di Verona (46.0%), mentre quelli delle province di Vicenza (37.8%) e di Padova (37.8%) risultano percepire una salute migliore.

Come descritto in precedenza, ciò che vale soprattutto evidenziare è il salto percentuale che divide i maschi dalle femmine in tutti e tre gli strati del campione. Nella provincia di Venezia, il divario tra ragazzi e ragazze 11enni è di 13 punti, mentre tra i 15enni arriva a toccare i 25 punti (percentuali). Nella realtà provinciale di Verona, gli scarti tra maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni sono rispettivamente del 12.4%, 22% e 29.2% ed è esattamente in quest'ultimo strato d'età (15 anni) che la provincia di Verona si attesta con la differenza più ampia tra i sessi (33.7% vs 62.9%). Lo stesso accade nella provincia di Rovigo che risulta avere il maggior distacco tra maschi e

femmine 13enni (35.7% vs 64.6%) rispetto alle altre province venete. I confronti di genere appena descritti sono risultati statisticamente significativi.

Le Aziende ULSS

I confronti percentuali tra Aziende ULSS mostrano che negli strati degli 11 e dei 15enni le stime si distribuiscono in maniera disomogenea. Entrando nel dettaglio, le realtà locali con le frequenze più alte di soggetti 11enni che riferiscono di soffrire di due o più disturbi di salute più di una volta alla settimana sono le ULSS 2, 13, 14 e 21, dove i valori oltrepassano il 50%. Rispetto alla stima regionale (42.4%), sette Aziende ULSS (1, 3, 4, 5, 8, 15 e 16) si posizionano al di sotto di essa, con percentuali non superiori al 38%.

Nel gruppo dei 15enni, invece, le ULSS con una prevalenza superiore al 50% diventano il doppio di quelle emerse nel primo strato (11enni) e sono le ULSS 5, 6, 10, 12, 17, 19 e 21, con la ULSS 16 di Padova che si attesta con il valore più alto (56.6%) tra tutte.

Infine, sebbene nel gruppo dei 13enni non si possa parlare di significatività statistica in riferimento alle differenze delle stime tra Aziende ULSS, va segnalato che nell'ULSS 15 dell'Alta Padovana si registra un alto numero (55.2%) di giovani che accusano due o più disturbi di salute, così come accade nell'ULSS 18 di Rovigo (50.8%) e in quella di Taglio di Po (ULSS 19, 51.4%).

Tabella 5.3 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che soffrono di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta alla settimana a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	39.9	3.1	45.2	3.3	42.4	2.2	36.2	3.1	53.6	3.3	44.5	2.3	34.6	2.8	57.7	2.8	44.5	2.3
Belluno	37.4	10.3	46.7	11.5	41.7	7.7	24.7	11.7	42.7	12.2	34.4	8.7	34.2	10.1	46.7	11.7	39.9	7.7
Vicenza	36.0	6.9	36.7	7.2	36.3	5.0	33.8	7.3	54.8	7.9	43.8	5.5	37.7	7.2	53.5	6.2	47.1	4.8
Treviso	43.8	7.1	43.0	7.9	43.4	5.3	36.6	6.6	51.8	8.1	42.8	5.2	33.9	6.7	55.5	6.7	45.3	4.9
Venezia	42.4	8.1	55.6	8.1	49.0	5.8	36.7	7.5	46.8	8.0	41.5	5.5	33.2	6.5	58.3	6.5	46.7	4.8
Padova	37.5	7.5	38.1	8.0	37.8	5.4	41.3	7.5	55.6	8.1	48.0	5.6	33.1	7.7	60.4	5.8	51.3	4.8
Rovigo	44.0	11.3	44.8	13.0	44.3	8.5	35.7	12.9	64.6	12.9	50.9	9.5	39.8	10.3	67.2	10.5	51.7	7.7
Verona	39.7	7.0	52.1	7.1	46.0	5.1	35.5	7.3	57.5	6.9	47.1	5.1	33.7	6.2	62.9	7.5	44.4	5.0

Tabella 5.4 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che soffrono di disturbi di salute più di una volta alla settimana - stima regionale

	11 anni						13 anni						15 anni					
	maschi		femmine		totale		Maschi		femmine		totale		maschi		femmine		totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Mal di testa	20.4	2.5	30.4	3.0	25.2	1.9	16.9	2.4	33.5	3.1	24.8	1.9	13.7	2.0	33.0	2.6	23.9	1.7
Mal di stomaco	13.2	2.1	18.0	2.5	15.5	1.6	9.9	1.9	16.8	2.4	13.2	1.5	7.3	1.5	18.3	2.1	13.1	1.4
Mal di schiena	10.8	1.9	13.7	2.2	12.2	1.5	11.5	2.0	16.7	2.4	14.0	1.6	11.7	1.9	18.4	2.1	15.2	1.5
Giù di morale	25.6	2.7	28.1	2.9	26.8	2.0	20.1	2.5	40.6	3.2	29.9	2.1	22.3	2.4	47.8	2.8	35.8	1.9
Irritabile	24.6	2.6	24.7	2.8	24.7	1.9	23.5	2.7	33.2	3.0	28.1	2.0	22.9	2.5	37.9	2.7	30.8	1.9
Nervoso	31.3	2.8	30.2	3.0	30.8	2.0	28.7	2.8	38.3	3.1	33.3	2.1	28.3	2.7	45.7	2.8	37.5	2.0
Difficoltà ad addormentarsi	20.4	2.5	18.4	2.5	19.5	1.8	16.8	2.3	19.4	2.5	18.0	1.7	13.4	2.0	20.6	2.3	17.2	1.5
Testa che gira	10.8	1.9	15.9	2.3	13.3	1.5	7.7	1.6	18.0	2.5	12.6	1.5	7.8	1.6	16.7	2.1	12.5	1.3

Tabella 5.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che soffrono di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta alla settimana a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	42.4	2.2	44.5	2.3	44.5	2.3
ULSS 1	36.4	10.1	38.2	10.9	37.3	10.4
ULSS 2	51.4	11.7	27.5	13.8	44.9	10.7
ULSS 3	35.7	11.2	34.8	11.5	44.9	9.8
ULSS 4	32.9	11.0	47.8	14.4	35.6	9.3
ULSS 5	32.6	9.7	45.1	10.8	51.2	10.7
ULSS 6	41.2	8.4	46.7	8.4	53.2	8.2
ULSS 7	46.3	10.0	38.0	9.5	45.2	9.6
ULSS 8	36.8	9.7	40.0	9.9	46.8	9.3
ULSS 9	46.7	7.9	47.2	7.7	44.2	7.1
ULSS 10	45.3	11.3	47.9	11.5	51.2	8.7
ULSS 12	43.8	10.9	38.4	10.3	55.5	8.6
ULSS 13	55.3	11.2	41.7	11.4	39.6	9.8
ULSS 14	52.9	11.9	41.4	9.2	36.0	10.1
ULSS 15	37.5	9.7	55.2	9.5	41.1	9.9
ULSS 16	34.6	8.0	45.6	8.4	56.6	6.0
ULSS 17	44.0	11.2	40.3	11.3	53.1	10.0
ULSS 18	42.1	11.1	50.8	12.8	49.4	10.4
ULSS 19	47.8	12.0	51.4	11.7	55.8	9.5
ULSS 20	45.0	6.7	45.4	6.8	41.1	6.0
ULSS 21	50.7	11.6	48.8	10.7	55.6	10.3
ULSS 22	45.5	9.8	48.6	9.6	44.3	11.0

VARIAZIONI TEMPORALI

Autovalutazione della propria salute e disturbi di salute percepiti

Livello regionale

Le variazioni temporali relative alla percezione della propria salute e ai disturbi di salute percepiti da parte dei giovani veneti vengono presentate nelle Tabelle 5.6 e 5.7. La mancanza di significatività statistica della maggior parte dei confronti tra le province nei tre strati di età limita la descrizione dei dati al solo livello regionale, analizzato per età e per sesso.

Autovalutazione della propria salute

Il confronto tra l'indagine del 2002 e quella del 2006 mostra come la percezione di avere una salute discreta o scadente da parte degli 11 e dei 15enni sia diminuita nell'ultima indagine e sia rimasta invariata, invece, tra i 13enni. Le stime che nel 2002 si attestavano al 9.7% per gli 11enni e al 17.1% per i 15enni, nel 2006 scendono rispettivamente al 7.6% e al 14.4%. I 13enni, come ricordato, rimangono stabili al 10.2% in entrambe le rilevazioni (tab. 5.6 e graf. 5.1). Il miglioramento riscontrato nel 2006 rispetto al proprio stato di salute riguarda indistintamente sia i maschi che le femmine e ciò vale per tutti e tre gli strati del campione, inclusi i maschi di 13 anni per i quali i confronti non sono risultati statisticamente significativi.

Disturbi di salute percepiti

Anche per quanto riguarda i disturbi di salute, le prevalenze nel 2006 fanno emergere un quadro confortante rispetto alla percezione dello stato di salute dei giovani veneti. Scendono di 3 punti percentuali le stime degli 11enni che nel 2002 dichiaravano di soffrire di due o più disturbi di salute percepiti e di 5 punti quelle dei 15enni, mentre, ancora una volta, rimangono invariate le frequenze nello strato totale dei 13enni per mancanza di significatività statistica dei confronti (tab. 5.7 e graf. 5.2). Il fenomeno riguarda le femmine di 11 e di 15 anni e i maschi di 13, con uno scarto che va dal 4.5% al 5.5%.

Tabella 5.6 Variazioni temporali a livello regionale nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

Salute discreta o scadente						
Anno 2002			Anno 2006			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Regione	%	%	%	%	%	%
11 anni	8.0	11.6 LL	9.7 ‡	6.1	9.2 LL	7.6 ‡
13 anni	7.0	13.8 LL	10.2	7.7	13.0 LL	10.2
15 anni	10.4 ‡	24.0 ‡	17.1 ‡	7.4 ‡	20.7 ‡	14.4 ‡

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Tabella 5.7 Variazioni temporali a livello regionale nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

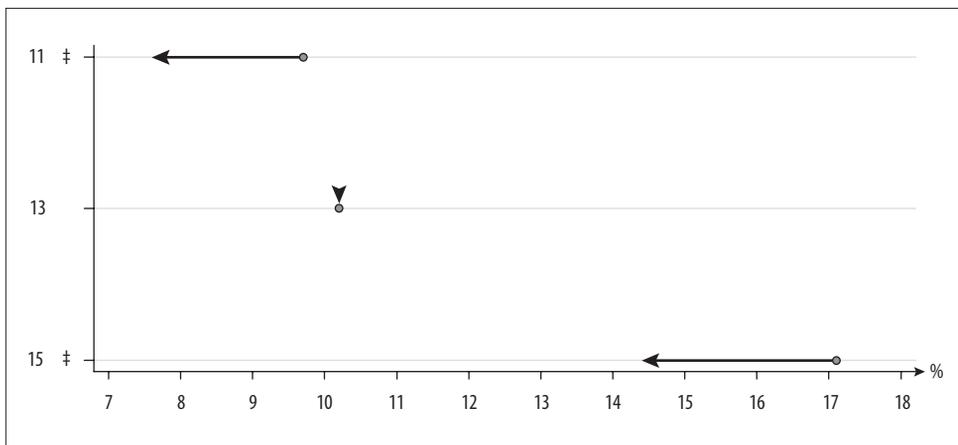
Soffrire di due o più sintomi						
Anno 2002			Anno 2006			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Regione	%	%	%	%	%	%
11 anni	41.1	49.7 LL	45.3 LL	39.9	45.2 LL	42.4 LL
13 anni	41.2 LL	52.8	46.7	36.2 LL	53.6	44.5
15 anni	36.0	63.2 LL	49.4 LL	34.6	57.7 LL	44.5 LL

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 5.1 Variazioni temporali per ragazzi di 11, 13 e 15 anni che percepiscono la propria salute discreta o scadente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

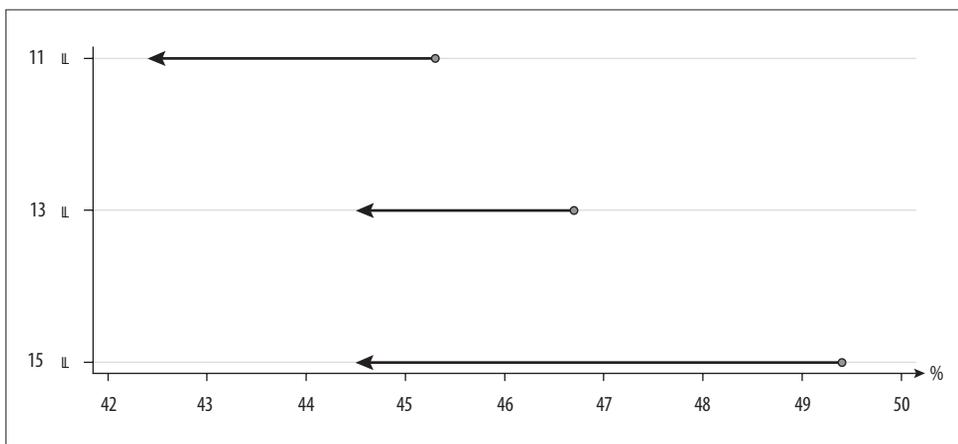
LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini

Il punto grigio indica la frequenza regionale dell'indagine 2006.

Grafico 5.2 Variazioni temporali per ragazzi di 11, 13 e 15 anni che soffrono di due o più disturbi di salute percepiti



* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini

Il punto grigio indica la frequenza regionale dell'indagine 2006.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

Gli anni dell'adolescenza sono accompagnati da un incremento dei disturbi psicosomatici e dalla percezione di una diminuzione della qualità della salute (7). Per definizione, i disturbi psicosomatici sono sintomi clinici non spiegabili da una patologia organica. I più comuni sono il mal di testa, i dolori addominali, il mal di schiena, la stanchezza cronica etc. Studi epidemiologici mostrano che mal di testa e dolori addominali sono molto diffusi tra i ragazzi e che si manifestano con frequenze diverse in base al sesso e all'età. Questi malesseri vengono frequentemente considerati sintomi passeggeri, caratteristici del normale processo di sviluppo (36) e, in assenza di una diagnosi precisa, fungono da indicatore di un basso livello di salute (7).

La cronicizzazione di questi disturbi, che spesso si manifestano anche in modo concomitante, ha effetti sia a breve termine che a lungo termine (37-39, 41-44). Si possono osservare effetti negativi sulle prestazioni scolastiche e sullo sviluppo di relazioni sociali. Inoltre, la presenza di sintomi durante l'adolescenza è un importante fattore di rischio per la salute durante l'età adulta (45).

Le cause di questi disturbi non sono ancora chiare. Ci sono sempre maggiori evidenze che spiegano come lo stress giochi un ruolo importante (36). L'effetto cumulativo di piccoli eventi di stress giornalieri, l'esposizione cronica a situazioni di violenza (46), la vittimizzazione (47, 50), gli aspetti culturali, lo stile di vita e le abitudini e altri fattori sembrano avere un ruolo nella determinazione dell'insorgenza dei disturbi psicosomatici. Gli interventi, quindi, dovrebbero essere focalizzati tenendo conto di questi dati derivanti dalla letteratura, facendo riferimento, soprattutto, ai livelli di azione finalizzati alla modifica delle contingenze ambientali in cui gli adolescenti vivono. Interventi volti a migliorare il clima scolastico e l'ambiente di vita dei giovani possono avere effetti generalizzati sulla salute degli adolescenti, sia a breve che a lungo termine rispetto alla loro realizzazione.

Rispetto alla politica regionale sono, quindi, da preferire quegli interventi che non si limitino ad azioni a livello individuale, ma cerchino di modificare le variabili ecologiche sia fisiche che sociali.

La salute e i disturbi percepiti influenzano la qualità della vita percepita. Secondo alcuni studi la percezione soggettiva e la soddisfazione per la propria vita negli adolescenti è legata all'interazione di diversi domini quali la famiglia, gli amici, la scuola e l'individualità (49-51).

Gli interventi, quindi, prioritari per la politica regionale oltre che rivolgersi all'individuo, alla famiglia e alla scuola dovrebbero indirizzarsi, anche e soprattutto, alla comunità. In particolare, i servizi sociosanitari territoriali dovrebbero essere riorientati per migliorare il grado di adeguatezza nella risposta ai bisogni di salute degli adolescenti.

BIBLIOGRAFIA

1. OTTAWA CHARTER, For Health Promotion. WHO, Geneva, 1986.
2. ANTONOVSKY A.. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1996, 11, 11-18.
3. KÖHLER L. Child public health. A new basis for child health workers. *European Journal of Public Health*, 1998, 8, 3, 253-255.
4. WHO. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 2000, 78, 4, 413-26.
5. 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. *Quality of Life Research*, 2006, 15, 1577-1585.
6. IDLER EL, BENYAMINI Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, 38, 21-37.
7. SANTINELLO M, VIENO A, CAVALLO F. Lo stato di salute dei preadolescenti italiani. *Epidemiologia e Prevenzione*, 2005, 29, 101-105.
8. GARBER J, WALKER LS, ZEMAN J, Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment*, 1991, 3, 4, 588-595.
9. MARTIN T, KIRKCALDY B, SIEFEN G. Antecedents of adult wellbeing: adolescent religiosity and health. *Journal of Managerial Psychology*, 2003, 18, 5, 453-470.
10. HUGHES EK, & GULLONE E. Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: A review of family systems literature. *Clinical Psychology Review*, 2007, doi:10.1016/j.cpr.2007.04.002.
11. MELAND E, HAUGLAND S, BREIDABLIK HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res*. 2006. Epub ahead of print.
12. CHEN E, MARTIN AD, MATTHEWS KA. Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Social Science & Medicine*, 2006, 62, 2161-2170.
13. SANTINELLO M, VIENO A. Prevalenza e fattori di rischio di depressione subsindromica nei preadolescenti italiani. *Minerva Psichiatrica*, 2006, 47, 165-173.
14. MECHANIC D, Adolescent competence, psychological wellbeing, and self-assessed physical health. *J Health Soc Behav*, 1987, 28, 364-74.
15. KRILOV LR, ET AL. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 1998, 102, 2, 360-366.
16. JORONEN K, ÅSTEDT-KURKI P. Familial contribution to adolescent subjective well-being International. *Journal of Nursing Practice*, 2005, 11, 3, 125-133.
17. RASK K, ÅSTEDT-KURKI P, PAAVILAINEN E, LAIPPALA P. Adolescent subjective well-being and family dynamics *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2003, 17, 2, 129-138.
18. CARTER M, MCGEE R, TAYLOR B, WILLIAMS S. Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement *Journal of Adolescence*, 2007, 30, 51-62.
19. BELMAKER E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1985, 1, 1-2.
20. HANSEN EH, ET AL. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Annals of Pharmacotherapy*, 2003, 37, 3, 361-366.
21. DALLAGO L. SANTINELLO M. Il ruolo della famiglia nel consumo di farmaci da banco negli adolescenti. *Psicologia della Salute*, 2000, 3, 63-80

22. EME R, MAISAK R, GOODALE W, Seriousness of adolescent problems. *Adolescence*, 1979, 14, 93-99.
23. HENKER B, WHALEN CK, O'NEIL R. Worldly and workaday worries: contemporary concerns of children and young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1995, 23, 685-702.
24. GREENE AL. Early adolescents' perceptions of stress. *Journal of Early Adolescence*, 1988, 8, 4, 391-403.
25. RAPPORTO sullo stato di salute del bambino in Italia: problemi e priorità, www.acp.it.
26. DI CLEMENTE RJ, HANSEN WB, PONTON LE. Handbook of adolescent health risk behaviour. Plenum Press, New York. 1996
27. SHEDLER J, BLOCK J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychol*, 1990, 45, 612-30.
28. ASHTON H. Cannabis or health? *Curr. Opin. Psychiatry* 2002, 15, 247-253.
29. Child Health Indicators of Life and Development. Report to the European Commission. Executive Summary. September 2002.
30. DIENER E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 1984, 95, 542-575.
31. 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? *Journal of Community Health*, 2001, 55, 836-840.
32. MANDERBACKA K, Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol*, 1998, 27, 208-13.
33. FYLKESNES K, FØRDE OH. The Tromso Study predictors of self-evaluated health - has society adopted the expanded health concept? *Soc Sci Med*, 1991 32, 141-6.
34. LARSSON D, HEMMINGSON T, ALLEBECK P, ET AL. Self assessed health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained? *Scand J Public Health*, 2002, 30, 259-66.
35. URSIN H, Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 4, 2, 105-116.
36. KAMILA SW, & ALBERT DF. Anxiety and psychosocial stress as predictors of headache and abdominal pain in urban early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006, 31, 6, 582-596.
37. PINE DS, COHEN P, BROOK J. The association between major depression and headache: results of a longitudinal epidemiologic study in youth. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1996, 6, 153-164.
38. RHEE H. Risk factors for and sequelae of headaches in schoolchildren with clinical implications from a psychosocial perspective. *J Pediatr Nurs*, 2001, 16, 392-401.
39. ECCLESTON C, MALLESON P, Managing chronic pain in children and adolescents: we need to address the embarrassing lack of data for this common problem. *BMJ*, 2003, 326, 1408-1409.
40. CANTRIL H. (1965). *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press.
41. LINET MS, STEWART WF, CELENTANO DD, ZIEGLER D, SPRECHER M. An epidemiologic study of headache among adolescents and young adults. *JAMA*, 1989, 261, 2211-2216.
42. MANNIX LK, DIAMOND M, LODER E. Women and headache: a treatment approach based on life stages. *Cleve Clin J Med*, 2002, 69, 488-500.
43. WEYDERT JA, BALL TM, DAVIS MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. *Pediatrics*, [serial online], 2003, 111:e1.
44. HOWARD RF. Current status of pain management in children. *JAMA*, 2003, 290, 2464-2469.
45. AARO H, PARONEM O, ARO S. Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry*, 1987, 22, 171-176.

46. MARTINEZ P, & RICHTERS JE. The NIMH community violence project II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 1993, 56, 55-65.
47. KARIN-NATVIG G, ALBREKTSSEN G, & QVARNSTROM U. Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of Health Psychology*, 2001, 6, 365-377.
48. RIGBY K. Peer victimisation at school and the health of secondary school students. *British Journal of Educational Psychology*, 1999, 69, 95-104.
49. DEW T, HUEBNER ES. Adolescents' perceived quality of life: An exploratory investigation. *Journal of School Psychology*, 1994, 32, 185-199.
50. GREENSPOON PJ, SAKLOFSKE DH. Validity and reliability of the multidimensional students' life satisfaction scale with Canadian children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1997, 15, 138-155.
51. GREENSPOON PJ, SAKLOFSKE DH. Confirmatory factor analysis of the multidimensional students' life satisfaction scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1998, 25, 965-971.

Lorenzo Gios, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Mary Elizabeth Tamang

Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione per la Prevenzione - Regione Veneto

INTRODUZIONE

Il consumo di tabacco è una delle tematiche più delicate per la salute ad ogni età ed in particolare in età adolescenziale dal momento che rappresenta uno dei comportamenti a rischio più rilevanti (1). I comportamenti a rischio, comunemente, comprendono il consumo di sostanze legali come il tabacco, che analizzeremo in questo capitolo, l'alcol, descritto nel prossimo capitolo, oppure il consumo di sostanze illecite (ad esempio cannabis o altre sostanze psicoattive) (cap. 8).

Un compito importante che gli adolescenti devono affrontare in questo periodo di sviluppo è la creazione di un'identità che permetta loro di interagire come individui in modo autonomo e critico nei diversi contesti sociali (2, 3). Per questo motivo l'adolescenza è un periodo di auto-esplorazione: il mettersi alla prova, il cercare di comprendere i propri limiti e i propri punti di forza diventa funzionale per capire chi si è e chi si vuole diventare. Il provare a mettere in atto diversi sé, lo sperimentarsi, il confrontarsi con valori e credenze diverse, il cercare di superare le proprie lacune è estremamente comune a questa età (4, 5). Non è difficile, allora, comprendere perché in questo periodo della vita vi sia un aumento di comportamenti a rischio,

inclusa la sperimentazione di sostanze (6). Questi comportamenti ricadono, infatti, nei tentativi di fare esperienze diverse, di mettersi alla prova, di superare i confini imposti dal mondo adulto.

La funzione che tali comportamenti svolgono per l'autosperimentazione hanno portato i ricercatori a definire la sperimentazione di sostanze come una situazione normale in adolescenza (7). Alcuni autori, addirittura, hanno sostenuto che i giovani che si astenevano da tali pratiche fossero disadattati, più problematici e con una salute psicologica più precaria (8): per esempio, venivano descritti come ipercontrollati, tesi, emotivamente inibiti, isolati socialmente e carenti di abilità sociali (9). Gli autori sostenevano, al contempo, l'inadeguatezza di chi utilizzava sostanze in modo assiduo, descrivendo questi individui come alienati, incapaci di controllarsi ed emotivamente instabili. Le conclusioni erano quindi a favore della sperimentazione.

Studi recenti mostrano, invece, una situazione molto diversa (10, 11): sperimentatori e non consumatori appaiono più simili rispetto ai precedenti studi e sicuramente meglio adattati dei consumatori usuali. Le ricerche, però, mettono in evidenza che i ragazzi che si astengono dall'attuare comportamenti a rischio incorrono con minore probabilità in problemi sociali e di salute. Chi ad esempio non ha mai fumato marijuana presenta migliori risultati accademici e maggior coinvolgimento a scuola, minori difficoltà nelle relazioni con i pari, maggiori livelli di salute mentale e assenza di comportamenti devianti (12). Per questo motivo, comprendere ciò che distingue gli utilizzatori sperimentali da quelli abituali diventa un importante aspetto per evitare danni alla salute tra i giovani.

Nonostante alcune importanti ricerche rilevino un declino in tarda adolescenza nell'uso di alcol, tabacco e marijuana (13), è ormai chiaro che l'iniziazione avviene sempre più precocemente (14) e sembra che tra i più giovani questo declino non si manifesti. Ciò può essere letto come un segnale di un "generational shift", un cambiamento generazionale (13), che sposta la maggior frequenza nel consumo di sostanze psicotrope soprattutto tra i più giovani.

Considerando il fatto che la precocità d'inizio si lega ad una minore possibilità di abbandono di tale comportamento (15), rischiando di diventare una vera e propria dipendenza (16), il fenomeno di *generational shift* è risultato essere il maggiore predittore di problemi, sia a livello fisico che psicosociale (17), assumendo un'estrema rilevanza per chi si occupa di salute.

La precocità d'inizio all'uso di sostanze ha come effetti a breve termine più importanti, quelli di ridurre la performance scolastica, di promuovere l'uso di più sostanze contemporaneamente e la messa in atto di altri comportamenti a rischio (non utilizzo del preservativo, violenza...) (12, 18, 19). Oltre agli effetti sulla salute a breve o a lungo termine (effetti che vanno dalla mortalità per incidenti droga-correlati a quelli legati all'insorgenza di patologie tumorali) devono essere considerati anche altri effetti derivanti dal consumo come, per esempio, i problemi familiari o relazionali, così come altre conseguenze di ordine economico sia individuale che sociale (1, 20, 21).

Un aspetto che attualmente risulta particolarmente dibattuto in letteratura riguarda l'associazione tra diverse tipologie di sostanze. Per molto tempo, per spiegare l'associazione tra diversi comportamenti d'uso, la "teoria degli stadi" o "cancello" è stata quella maggiormente seguita.

La "teoria degli stadi" ipotizza una successione comune e costante che porta dall'uso di una sostanza all'altra, progredendo nel rischio connesso alle sostanze stesse. Per tale teoria esisterebbe una sostanza che fa da "cancello" all'utilizzo di tutte le altre e tale sostanza viene identificata nell'alcol (22, 23). Non tutti gli utilizzatori della sostanza cancello in adolescenza progrediscono necessariamente verso le altre sostanze, né verso un uso problematico delle stesse. La teoria, infatti, indica come la progressione assuma la forma ad imbuto, con un elevato numero di soggetti che sperimentano la sostanza cancello, mentre un numero sempre meno elevato progredisce negli stadi successivi. Una complessa interazione tra fattori individuali e sociali definisce il tipo di progressione nell'uso (24).

Negli ultimi anni diversi autori hanno iniziato a mettere in discussione questa teoria, sia per la difficoltà nel trovare una sostanza "cancello" comune a tutti (per alcuni sono gli alcolici, per altri il tabacco) (25, 26), sia per l'incapacità di definire unitariamente l'esatta sequenza tra sostanze (25), sia per i risultati di ricerca che non evidenziavano la progressione ipotizzata. Considerando l'uso e non la sperimentazione, Timberlake e colleghi (27), in un importante studio longitudinale, hanno infatti individuato nell'uso di marijuana il maggior predittore di fumo quotidiano, il quale sembrava favorire la dipendenza da nicotina. Altre critiche hanno sottolineato come i diversi stadi siano maggiormente influenzati dalla reperibilità delle sostanze piuttosto che da una propensione diversa verso di esse, legata all'età o all'utilizzo di precedenti sostanze (28, 29).

Quindi, mentre la "teoria della sostanza cancello" indica come, ad esempio, l'uso di marijuana sia successivo a quello di tabacco, altri studi stanno, invece, fornendo evidenze che chiariscono come i due comportamenti, così come gli altri comportamenti legati all'uso di sostanze, possano coesistere e iniziare contemporaneamente influenzandosi a vicenda. In questo caso si parla sempre di più di pattern di comportamenti a rischio. Questi pattern comportamentali sembrano dipendere principalmente dalla percezione da parte degli adolescenti di una sorta di "invulnerabilità al rischio", che consiste nella tendenza a sottovalutare i rischi connessi al proprio comportamento e contemporaneamente a sopravvalutare le proprie capacità di fronteggiamento del rischio stesso (30, 31), valorizzando, invece, i benefici secondari che la messa in atto può comportare. Credenze errate su di sé e sulle sostanze, desiderio di contraddire regole adulte, difficoltà nelle relazioni con gli adulti sono, quindi, alla base di questi pattern comportamentali a rischio, insieme alle caratteristiche sociali.

La riduzione nel consumo delle sostanze è uno degli obiettivi prioritari nelle strategie preventive di promozione della salute per l'età adolescenziale. Sono sempre più

numerose, infatti, le iniziative a favore della riduzione del numero di fumatori e di consumo di tabacco e altre sostanze (21).

Per fare questo diventa essenziale individuare i fattori che maggiormente si associno a tali comportamenti a rischio. Studi sui gemelli dimostrano come siano preponderanti i fattori ambientali rispetto a quelli genetici (32, 33). In particolar modo, sembrano essere importanti i seguenti fattori: i pari devianti (34, 35), i sintomi depressivi (36), il funzionamento familiare, gli stili genitoriali e i modelli proposti in famiglia (35, 37), l'abuso e le violenze subite da piccoli (88), l'incapacità di controllo, il disinteresse per la scuola e lo scarso coinvolgimento in altre attività ricreative (sportive, religiose) e, infine, il vivere in una comunità violenta (35).

Tra i maggiori fattori protettivi sono stati individuati, invece, indicatori di buone relazioni con i genitori, con gli insegnanti, con gli amici e la capacità di queste figure di essere modelli positivi per i giovani (35).

Passando ad analizzare più da vicino il consumo di tabacco, va osservato che il fumo di sigarette è il comportamento che, in generale, maggiormente viene associato a problemi di salute (39). Esso, infatti, è una delle principali cause di malattie e morte premature specie nelle nazioni occidentali (40): il consumo di tabacco è responsabile di oltre quattro milioni di decessi ogni anno nel mondo (21) ed è correlato ad alcune delle malattie invalidanti più frequenti di questo secolo, dalle patologie cardio-circolatorie all'insorgenza di alcuni tumori come quello del polmone, della laringe e dell'esofago, a difficoltà neonatali. Infatti, il basso peso alla nascita, alcune condizioni patologiche infantili come la SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) o più semplicemente alcune tra le più comuni allergie in età infantile, sono imputabili al consumo di tabacco durante la gravidanza (20, 41, 42).

Secondo l'ultimo rapporto dell'OMS del 2005 (41), il fumo è il secondo tra i più importanti fattori di rischio comportamentali, che da solo spiega il 12.3% dei DALYs (*Disability Adjusted Life Years*: anni di vita vissuti al netto della disabilità) ed è in continuo aumento specie nei Paesi più poveri e tra i gruppi più svantaggiati da un punto di vista socio-economico. Il consumo di tabacco è, quindi, una tra le più importanti cause di malattia e nel contempo quella più facilmente evitabile nei paesi occidentali. Oltre a questi gravi problemi a lungo termine, se ne annoverano anche a breve termine: il fumo si associa in adolescenza a condizioni problematiche di ordine psicologico e comportamentale, come un peggior rendimento scolastico, l'uso di droghe e alcol e maggiori livelli di delinquenza (43).

Nonostante ciò, è interessante notare come, da ricerche qualitative svolte tra i giovani, gli adolescenti non considerino il fumo un problema legato alla salute (44, 45). Uno studio sulle false credenze degli adolescenti nei confronti del consumo di tabacco e delle sue conseguenze dannose sulla salute ha dimostrato che i giovani fumatori sottovalutano gli effetti dannosi del fumo, si sentono meno vulnerabili rispetto ai gravi rischi per la salute (46). Questi dati andrebbero tenuti in considerazione da chi fa attività di prevenzione o di limitazione di tale comportamento, ricordando che

porre l'attenzione solo ed esclusivamente sugli svantaggi a lungo termine potrebbe non essere un'azione efficace nel lavoro con i giovani.

La forte diffusione del consumo di tabacco durante lo scorso secolo, condizionata anche dalle poche conoscenze mediche rispetto alla sua pericolosità, è stata fortemente attaccata con leggi, provvedimenti ed azioni di prevenzione mirate a rendere più difficile il procurarsi sigarette, soprattutto per i giovani. Sebbene la percentuale di giovani fumatori sia leggermente in calo, la diffusione di questo comportamento risulta ancora molto estesa (47, 48): l'indagine ISTAT multiscopo relativa al periodo dicembre 2004-marzo 2005 evidenzia che i fumatori in Italia sono il 22.3% della popolazione di 14 anni e più, il 28.5% rappresentato dai maschi e il 16.6% dalle femmine (e questi dati sono certamente una stottostima, non riuscendo quest'indagine a cogliere opportunamente queste informazioni soprattutto nelle classi di età più giovani). I fumatori abituali (coloro che fumano tutti i giorni) sono l'89.7% del totale dei fumatori e il 20.3% della popolazione e consumano mediamente 14.8 sigarette al giorno. La quota dei "forti fumatori" (20 e più sigarette al giorno) è pari al 37.1% dei fumatori abituali. Oltre la metà dei fumatori (51.9%) in Italia dichiara di fumare da 20 anni e più (49). Secondo l'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana (2007)", i fumatori in Italia tra le persone dai 14 anni in su sono il 21.1%, mentre nel Veneto sono pari al 18.9% della popolazione. Questi dati dimostrano come sia estremamente diffuso il problema e come la maggior parte dei fumatori siano accaniti fumatori di vecchia data, presupponendo quindi l'esistenza di una forte dipendenza fisica da nicotina.

Il consumo di tabacco appare abbastanza diffuso anche tra gli adolescenti, anche se in misura minore rispetto all'alcol (50, 51). Periodo critico per la sperimentazione del fumo sembrano essere gli anni delle scuole medie, mentre per la messa in atto del comportamento in modo continuato è l'entrata alle scuole secondarie di II° grado (52). In tale periodo, i benefici secondari dell'uso di sigarette (sentirsi adulto e facilitare le relazioni sociali, ridurre stress e noia e, per le ragazze, aiuto nel perdere peso) diventano maggiormente rilevanti per gli adolescenti e, di conseguenza, si assiste ad un marcato aumento nell'utilizzo di tabacco (53). I dati del 2002 della ricerca HBSC internazionale evidenziano che in Europa il 40% dei tredicenni dichiara di aver fumato almeno una volta, l'8% fuma settimanalmente e il 5% ogni giorno (54).

L'abitudine al fumo inizia già in età adolescenziale. Negli Stati Uniti, per esempio, circa l'80% dei fumatori adulti ha dichiarato di aver iniziato prima dei 18 anni (40), tale percentuale si abbassa al 60% in Italia (55). L'adolescenza è, quindi, un periodo critico in cui lo studio di tale comportamento diventa una prerogativa imprescindibile (56). Inoltre, la ricerca medica ha ormai chiarito che una maggior dipendenza si instaura se il comportamento inizia in età precoce (57). Attraverso diversi studi longitudinali sui comportamenti legati alla salute, il fumo è risultato il comportamento più stabile (7, 58) e quello che tende con maggior difficoltà a scomparire se non si attuano interventi ed azioni specifiche.

Considerando come il consumo di tabacco si modifichi col passare del tempo, diversi studi hanno analizzato l'impatto dei diversi stili di consumo, fornendo delle classificazioni in base all'uso. Uno dei più recenti e accurati è quello di Tucker e colleghi (59). Gli autori hanno classificato lo stile di consumo di sigarette in 6 categorie:

- "Abstainers", coloro che non hanno mai fumato;
- "Stable Highs", coloro che hanno iniziato da subito a fumare tanto e continuano con tale abitudine;
- "Early Increasers", coloro che hanno iniziato presto;
- "Late Increasers", quelli che hanno iniziato tardi;
- "Triers", coloro che hanno solo sperimentato il fumo;
- "Decreasers", quelli che col tempo hanno diminuito l'uso di sigarette.

"Abstainers" e "Triers" mostrano livelli di salute migliori, maggior successo scolastico e lavorativo, mentre i soggetti "Stable Highs" difficilmente finiscono il percorso scolastico e hanno una storia caratterizzata da un più alto numero di arresti. Quindi, lo stile di approccio al fumo sembra associarsi a diverse traiettorie di sviluppo e salute nel futuro (59).

Un altro dato rilevante è il mutamento negli ultimi anni, in termini di genere, del comportamento nei confronti dell'uso di tabacco: quello che un tempo appariva un consumo prevalentemente maschile, sta ora diventando equamente diffuso anche tra le ragazze e le donne, al punto che alcuni studi evidenziano un sorpasso delle adolescenti rispetto ai propri coetanei maschi (60).

A questo sono strettamente legate alcune differenze nei predittori di consumo tra maschi e femmine che la letteratura più recente evidenzia, sebbene molti fattori siano comuni ad entrambi i generi (ad esempio maggior disponibilità di denaro, modello dei genitori, problemi del quartiere, difficoltà comunicative con i genitori, approvazione sociale del fumo (29, 30, 61-71)). I maschi iniziano a fumare se hanno una percezione del rischio bassa, se usano alcol e se sentono un divieto forte da parte dei genitori: credenze errate, altri comportamenti a rischio, problemi scolastici e difficoltà con gli adulti appaiono i predittori principali (45, 72, 73). Le femmine, invece, sono maggiormente condizionate dalla pressione sociale e sembrano più suscettibili alle influenze sociali da parte di genitori e amici (45, 72-76): il vantaggio del fumo è per loro ben chiaro e riguarda la facilitazione delle relazioni sociali.

METODI

Il comportamento legato al consumo di tabacco nei giovani adolescenti è stato indagato attraverso due domande.

La prima domanda è stata utilizzata per stimare la prevalenza dei soggetti che han-

no provato a fumare, mentre la seconda per stimare la frequenza di assunzione di coloro che fumano attualmente (al momento dell'indagine):

- *Qualche volta hai fumato tabacco? (almeno una sigaretta, sigaro o pipa)?* Le risposte possibili erano: *Sì, No*
- *E attualmente quanto spesso fumi?* Le risposte possibili erano: *Tutti i giorni, Almeno una volta alla settimana, ma non tutti i giorni; Meno di una volta alla settimana; Non fumo.*

Rispetto alla domanda che indaga la frequenza del consumo di tabacco, sono state accorpate le modalità in maniera tale da avere la stima del consumo quotidiano, che raccoglie le risposte date alla modalità *Tutti i giorni* e quella del "consumo irregolare", come accorpamento delle modalità *Almeno una volta alla settimana, ma non tutti i giorni; Meno di una volta alla settimana*. Infine, la modalità *non fumo* è rimasta inalterata e non viene presentata nelle tabelle essendo complementare alle altre due. Queste domande consentono di ottenere solo una stima dei comportamenti e non costituiscono assolutamente una diagnosi di dipendenza.

RISULTATI E COMMENTI

Giovani che hanno provato a fumare

Livello regionale

A livello regionale si registra una prevalenza variamente distribuita tra i tre strati totali d'età presi in esame, con una differenza statisticamente significativa (tab. 6.1). Se tra gli 11enni, infatti, è il 6.0% dei soggetti ad aver provato almeno una volta a consumare tabacco, tra i 13enni la percentuale sale al 25.8%, sino ad attestarsi a ben il 60.7% per quanto riguarda i giovani di 15 anni.

Scorrendo i dati con attenzione al genere, possiamo evidenziare che differenze statisticamente significative si notano solo per il confronto tra maschi e femmine del primo strato di età (11enni), dove vi è un consumo più marcato da parte dei maschi (7.6%) rispetto a quello delle loro coetanee (4.2%). Per quanto riguarda, invece, gli strati dei 13 e dei 15enni, le differenze tra i sessi tendono a livellarsi e questo dato di tendenziale maggior omogeneità tra i generi è una conferma di un andamento già osservato in precedenza e che in parte controbilancia (in negativo) il dato positivo che vedrebbe un calo di fumatori tra i ragazzi veneti (si vedano i confronti con l'indagine precedente).

In relazione ai confronti intra-strato, vale a dire tra gruppi dello stesso genere, le percentuali riguardanti la sperimentazione di tabacco variano notevolmente e in ma-

niera statisticamente significativa nelle tre classi d'età: si passa dal 7.6% dei maschi 11enni al 28.2% di quelli di 13 anni, giungendo al 61.0% dei maschi 15enni. Tra le femmine, l'andamento è abbastanza simile: 4.2% per le 11enni, 23.1% per le studentesse 13enni e il 60.5% per le femmine 15enni.

Livello provinciale

Se si considerano i dati relativi alla sperimentazione del fumo a livello delle province, è possibile evidenziare una sostanziale disomogeneità per tutti e tre gli strati di età (tab. 6.1). Tra i soggetti di 11 anni, ad esempio, le percentuali passano dal 9.4% della provincia di Verona al 2.9% di quella di Venezia; per quanto riguarda i 13enni, invece, è la provincia di Rovigo a registrare la percentuale maggiore (33.2%), seguita da quella di Verona (30.2%), con la realtà provinciale di Belluno che fa segnare il numero più basso di sperimentatori (16.2%). Anche all'interno dello strato dei 15 anni, si registra un'ampia variabilità, supportata, come accade in tutti gli altri due strati, da una significatività statistica nei confronti tra province. Nello specifico, si passa dal 63.7% della provincia di Venezia al 45.8% di quella di Belluno.

Ad una visione generale, scorrendo la tabella, emerge come la provincia di Venezia abbia al contempo la minor percentuale di sperimentatori nel gruppo degli 11 anni e la maggiore, invece, in quello dei 15enni. La realtà provinciale di Belluno, per gli strati d'età di 13 e 15 anni, risulta essere, di contro, il territorio con i minori livelli di sperimentazione di consumo di tabacco in entrambi i due gruppi.

Scendendo nel dettaglio ed esaminando le diversità legate al genere, all'interno delle singole province si registrano differenze statisticamente significative tra maschi e femmine 11enni della provincia di Vicenza (8.7% vs 2.8%) e Padova (8.0% vs 2.7%), tra i 13enni della provincia di Belluno (maschi 25.7%, femmine 8.0%) e Padova (28.8%, 12.9%). Infine, nello strato dei 15enni, si evidenziano diversità statisticamente significative tra maschi e femmine nelle province di Venezia (58.4% vs il 68.3%, con le studentesse ad aver sperimentato questa volta in misura notevolmente maggiore rispetto ai maschi il consumo di tabacco), e Padova (69.2% vs 58.1%).

Le Aziende ULSS

Uno sguardo generale sui giovani che hanno provato almeno una volta a fumare a livello di Aziende ULSS (tab. 6.2) evidenzia una realtà abbastanza variegata, specialmente nei primi due strati d'età presi in considerazione; tra gli 11enni e i 13enni, infatti, le differenze tra le ULSS risultano statisticamente significative.

Tra i giovani delle classi prime delle scuole secondarie di I° grado (11enni), le località con la minor percentuale di sperimentatori sono l'ULSS 10 Veneto Orientale con l'1.3% e l'ULSS 15 Alta Padovana con il 2.0%; viceversa si registra il più alto numero di soggetti che hanno provato a fumare nelle ULSS 2 di Feltre con il 13.3% e 22 di Bussolengo con l'11.3%. Una situazione simile si riscontra nello strato dei 13enni, con differenze ancora più marcate nella sperimentazione tra le diverse Aziende. Si

passa infatti dalle ULSS 19 di Taglio di Po e 22 di Bussolengo nelle quali 4 giovani su 10 hanno sperimentato il consumo di tabacco (rispettivamente 40.3% e 39.1%), alla ULSS 2 di Feltre in cui gli sperimentatori sono solo il 9.8% del campione. È interessante notare come la ULSS 22 di Bussolengo risulti ai primi posti sia nel gruppo degli 11enni che dei 13enni, mentre la ULSS 2 di Feltre abbia la minor percentuale di sperimentatori tra i giovani di 13 anni e la più alta percentuale tra gli 11enni.

Nello strato dei 15enni si evidenzia un andamento piuttosto omogeneo tra le ULSS: nella maggior parte delle Aziende Sanitarie sono circa sei ragazzi su dieci ad aver provato almeno una volta a fumare nell'arco della loro vita. Nel dettaglio, le percentuali oscillano tra il 44.0% della ULSS 1 di Belluno al 67.3% della ULSS 19 di Taglio di Po, senza mostrare peraltro variazioni statisticamente significative.

Tabella 6.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	7.6	1.6	4.2	1.3	6.0	1.0	28.2	2.8	23.1	2.7	25.8	2.0	61.0	2.9	60.5	2.7	60.7	2.0
Belluno	9.7	6.1	8.6	6.2	9.2	4.3	25.7	11.7	8.0	6.8	16.2	6.7	43.6	10.3	48.5	11.8	45.8	7.8
Vicenza	8.7	4.0	2.8	2.4	5.8	2.4	22.0	6.0	20.1	6.3	21.1	4.3	65.5	7.0	59.3	6.1	61.8	4.6
Treviso	5.9	3.2	4.5	3.3	5.3	2.3	29.5	6.2	30.3	7.1	29.8	4.7	55.6	6.9	61.4	6.5	58.6	4.8
Venezia	3.8	3.1	1.9	2.2	2.9	1.9	26.7	6.9	25.6	6.8	26.1	4.9	58.4	6.8	68.3	6.1	63.7	4.6
Padova	8.0	4.0	2.7	2.7	5.5	2.5	28.8	6.8	12.9	5.4	21.5	4.5	69.2	7.5	58.1	5.7	61.9	4.6
Rovigo	7.8	5.9	3.8	5.2	6.0	4.0	38.3	12.7	28.9	11.7	33.2	8.6	64.7	9.9	58.0	11.1	61.8	7.4
Verona	10.8	4.4	8.1	3.8	9.4	2.9	32.6	7.1	28.0	6.2	30.2	4.7	62.2	6.2	58.9	7.6	61.0	4.8

Tabella 6.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	6.0	1.0	25.8	2.0	60.7	2.0
ULSS 1	6.7	5.2	19.5	8.8	44.0	10.6
ULSS 2	13.3	7.5	9.8	9.1	48.8	10.6
ULSS 3	5.4	5.2	25.7	10.2	62.0	9.5
ULSS 4	6.7	5.6	14.6	10.0	65.4	9.1
ULSS 5	2.2	3.0	32.1	10.0	53.5	10.5
ULSS 6	7.9	4.5	18.8	6.5	64.6	7.8
ULSS 7	3.0	3.3	19.6	7.7	58.7	9.2
ULSS 8	4.9	4.2	30.0	9.0	58.9	9.1
ULSS 9	6.9	3.9	34.5	7.0	58.4	6.9
ULSS 10	1.3	2.4	29.7	10.4	64.6	8.2
ULSS 12	3.7	4.1	21.1	8.4	67.4	8.0
ULSS 13	2.6	3.6	30.7	10.4	59.8	9.8
ULSS 14	4.3	4.8	22.6	7.6	61.6	10.3
ULSS 15	2.0	2.8	25.2	8.2	63.3	9.5
ULSS 16	6.9	4.1	20.3	6.6	65.7	5.7
ULSS 17	7.8	6.0	18.7	8.8	54.0	9.8
ULSS 18	6.3	5.4	30.2	11.3	58.1	10.0
ULSS 19	5.7	5.4	40.3	11.3	67.3	8.9
ULSS 20	9.0	3.8	23.5	5.7	59.8	5.9
ULSS 21	6.6	5.6	27.0	9.2	60.6	9.9
ULSS 22	11.3	6.0	39.1	9.1	62.8	10.7

Giovani che fumano quotidianamente

Livello regionale

A livello regionale si assiste, come era da attendersi, ad un aumento del consumo quotidiano tra le tre fasce d'età, partendo da percentuali quasi relativamente trascurabili tra gli 11enni (0.3%), sino ad arrivare al 2.4% dei 13enni e al 18.3% tra i soggetti di 15anni (tab. 6.3). Tra gli 11enni il consumo regolare di tabacco pare interessare solo i maschi, poiché il dato per le femmine è assente. Tra i 13 e i 15enni la differenza di genere, invece, non risulta statisticamente significativa ed evidenzia come il consumo quotidiano di tabacco tra maschi e femmine negli ultimi due strati del campione (13, 15enni) sia pressoché omogeneo.

Per quanto riguarda le differenze intra-sesso, vale a dire tra gruppi dello stesso sesso, si conferma il progressivo aumento con l'età del consumo per maschi che per femmine.

Livello provinciale

Scendendo nel dettaglio, a livello di provincia (tab. 6.3) tra i giovani di 11 anni il consumo quotidiano di tabacco è, come visto in precedenza, sostanzialmente trascurabile; sono solamente tre le province dove il dato è presente: Vicenza (0.2%), Venezia (1.1%) e Rovigo (0.9%), in ogni caso la bassissima prevalenza non invita ad alcun tipo di interpretazione.

Passando al gruppo totale dei 13enni, è possibile rilevare una certa varietà tra le province supportata dalla significatività statistica dei confronti. La stima più elevata di consumo quotidiano è rinvenibile nella provincia di Rovigo (6.2%), seguita dalla provincia di Verona (3.9%), mentre il consumo più basso è presente nella realtà provinciale di Padova (0.8%). Le restanti province si attestano su valori di poco superiori al 2%.

Nel gruppo dei 15enni si assiste ad una ulteriore disomogeneità nella distribuzione delle frequenze, con differenze statisticamente significative tra le realtà venete. Le percentuali variano da un massimo del 22.1% nelle province di Venezia e Padova ad un minimo del 12.7% nella provincia di Vicenza.

Le differenze di genere possono considerarsi sostanzialmente omogenee per effetto della non significatività statistica dei confronti negli ultimi due strati del campione di 13 e 15 anni.

Per quanto riguarda, invece, le analisi intra-strato, il confronto si rende possibile tra le femmine 13enni, per le quali le province di Rovigo e di Verona risultano avere la prevalenza più alta (4.2% e 4.0%) e per le femmine 15enni, dove le province di Venezia (21.8%), Belluno (20.6%) e Rovigo (20.1%) superano di oltre tre punti percentuali la media regionale (17.1%). Infine, il confronto tra i maschi 15enni (risultato statisticamente significativo) evidenzia un consumo quotidiano elevato nella provincia di Padova (26.5%) e uno contenuto in quella di Belluno (12.1%).

Le Aziende ULSS

L'interpretazione dei dati a livello di Aziende ULSS (tab. 6.4) non risulta possibile per lo strato degli 11enni: come accaduto a livello di provincia, in questo gruppo d'età i dati sono disponibili solo per quattro ULSS (6, 10, 13 e 19).

Per quanto riguarda, invece, lo strato dei 13enni, i confronti tra le Aziende ULSS evidenziano una distribuzione delle frequenze disomogenea e statisticamente significativa, con percentuali di giovani fumatori quotidiani che variano dallo 0.7% dell'ULSS 16 di Padova al 9.7% dell'ULSS 19 di Taglio di Po, valore di molto superiore alla media regionale (2.4%).

Anche nel caso dei soggetti di 15 anni, il consumo quotidiano di tabacco varia notevolmente tra le diverse Aziende ULSS in maniera statisticamente significativa. A fronte di una stima regionale del 18.3%, due Aziende ULSS si situano molto al di sotto di essa: l'ULSS 5 e l'ULSS 3 con rispettivamente il 4.7% e 7.0%, mentre sette Aziende ULSS (10, 12, 16, 17, 19, 21 e 22) la superano, con frequenze che oscillano dal 20.2% al 29.2% dell'ULSS 19 di Taglio di Po, che risulta avere la stima più alta tra tutte. È interessante rilevare come in questa ULSS quasi un 15enne su tre consumi tabacco ogni giorno.

Tabella 6.3 Frequenza del consumo di tabacco nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	
Consumo quotidiano																			
Regione	0.5	0.5	-	-	0.3	0.2	2.8	1.0	0.9	1.9	1.5	2.9	2.4	2.7	19.7	2.4	17.1	2.1	18.3
Belluno	-	-	-	-	-	-	3.4	4.7	1.5	1.5	2.9	2.4	2.7	12.1	6.9	20.6	9.8	15.9	
Vicenza	0.5	0.9	-	-	0.2	0.5	3.0	2.4	0.7	1.4	2.0	1.5	2.0	14.3	5.1	11.6	4.0	12.7	
Treviso	-	-	-	-	-	-	3.0	2.3	0.6	1.2	2.0	1.4	2.0	15.6	5.1	15.3	4.8	15.5	
Venezia	2.2	2.5	-	-	1.1	1.2	1.2	1.5	2.9	2.6	2.0	1.5	2.0	22.5	5.7	21.8	5.3	22.1	
Padova	-	-	-	-	-	-	1.5	1.7	-	-	0.8	0.9	0.9	0.9	26.5	7.2	19.9	4.5	22.1
Rovigo	1.6	2.2	-	-	0.9	1.2	8.5	6.4	4.2	5.6	6.2	4.2	6.2	19.9	8.2	20.1	8.0	19.9	
Verona	-	-	-	-	-	-	3.7	2.9	4.0	2.7	3.9	2.0	3.9	22.5	5.4	15.9	6.0	20.1	
Consumo irregolare																			
Regione	1.3	0.7	0.9	0.6	1.1	0.5	7.2	1.6	1.8	8.6	1.8	7.9	1.2	1.2	16.7	2.2	16.4	2.1	16.5
Belluno	0.9	1.8	1.2	2.3	1.0	1.4	3.7	5.1	3.3	3.3	4.5	3.5	3.4	12.3	6.8	11.0	7.8	11.7	
Vicenza	0.6	1.1	-	-	0.3	0.6	4.1	2.8	7.9	4.2	5.8	2.5	2.5	21.1	6.0	15.5	4.5	17.7	
Treviso	0.9	1.3	2.0	2.2	1.4	1.2	9.1	3.9	11.7	5.0	10.2	3.1	3.1	18.7	5.4	14.5	4.7	16.5	
Venezia	0.5	0.9	-	-	0.2	0.5	7.4	4.2	10.5	4.9	8.9	3.2	3.2	11.3	4.4	17.0	4.9	14.4	
Padova	4.0	2.9	-	-	2.1	1.6	8.0	4.2	6.9	4.1	7.5	2.9	2.9	17.4	6.3	18.0	4.5	17.8	
Rovigo	1.6	3.0	1.9	3.7	1.7	2.4	13.8	9.2	6.5	6.2	9.9	5.4	5.4	21.2	8.5	12.6	7.3	17.4	
Verona	0.4	0.8	2.4	2.1	1.4	1.2	6.5	4.1	8.4	3.9	7.5	2.8	2.8	15.4	4.6	19.6	6.4	16.9	

Tabella 6.4 Frequenza del consumo di tabacco nei giovani di 11, 13 e 15 anni a livello di Azienda ULSS

	Consumo quotidiano						Consumo irregolare					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	0.3	0.2	2.4	0.7	18.3	1.6	1.1	0.5	7.9	1.2	16.5	1.5
ULSS 1	-	-	3.9	4.3	19.0	8.4	-	-	3.9	4.3	13.1	7.2
ULSS 2	-	-	-	-	10.5	6.5	2.6	3.6	2.4	4.7	9.3	6.1
ULSS 3	-	-	1.4	2.8	7.0	5.0	1.3	2.6	8.6	6.6	17.0	7.4
ULSS 4	-	-	4.2	5.7	19.2	7.6	-	-	4.2	5.7	20.2	7.7
ULSS 5	-	-	1.2	2.3	4.7	4.5	-	-	10.7	6.6	14.0	7.3
ULSS 6	0.7	1.4	2.2	2.5	16.7	6.1	-	-	3.6	3.1	18.8	6.4
ULSS 7	-	-	1.0	1.9	18.3	7.3	1.0	1.9	6.9	4.9	19.3	7.4
ULSS 8	-	-	1.0	2.0	16.1	6.8	2.0	2.7	9.0	5.6	9.8	5.5
ULSS 9	-	-	2.9	2.5	14.2	4.9	1.3	1.7	12.6	4.9	19.3	5.5
ULSS 10	1.3	2.4	2.7	3.7	23.1	7.2	-	-	12.2	7.4	12.3	5.6
ULSS 12	-	-	2.2	3.0	28.8	7.7	-	-	7.8	5.5	15.2	6.1
ULSS 13	2.6	3.6	1.3	2.6	16.5	7.4	-	-	10.7	7.0	15.5	7.2
ULSS 14	-	-	2.6	2.9	18.6	8.2	1.5	2.9	4.3	3.7	14.0	7.3
ULSS 15	-	-	0.9	1.8	18.4	7.7	1.0	2.0	10.3	5.8	23.5	8.4
ULSS 16	-	-	0.7	1.4	22.5	5.0	2.1	2.3	8.4	4.5	17.0	4.5
ULSS 17	-	-	1.3	2.6	27.0	8.7	3.8	4.3	-	-	12.2	6.4
ULSS 18	-	-	4.8	5.3	15.1	7.3	2.6	3.5	9.5	7.3	17.2	7.7
ULSS 19	2.9	3.9	9.7	6.8	29.2	8.7	-	-	11.1	7.3	17.9	7.3
ULSS 20	-	-	2.8	2.2	16.9	4.5	1.4	1.5	4.7	2.8	15.0	4.3
ULSS 21	-	-	3.4	3.8	20.2	8.1	2.7	3.6	4.5	4.3	20.2	8.1
ULSS 22	-	-	5.5	4.2	25.6	9.7	0.9	1.8	11.8	6.0	17.9	8.5

VARIAZIONI TEMPORALI

Frequenza nel consumo di tabacco

Livello regionale

In Tabella 6.5 vengono presentate le variazioni temporali per quanto riguarda il consumo quotidiano di tabacco nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni dall'indagine del 2002 a quella del 2006.

Per il primo strato le stime sia totali che anche suddivise per sesso si attestano su valori che non raggiungono l'1% e sono statisticamente significative solo nel caso delle femmine (data questa caratteristica, si omette la relativa rappresentazione grafica).

Per i tredicenni i valori sono più elevati rispetto agli undicenni e sia per i maschi che per il campione totale le differenze tra le due indagini sono statisticamente significative: per il campione totale si è passati dal 3.4% al 2.4% di ragazzi che dichiarano di fumare quotidianamente; questo decremento si riscontra anche nel caso dei maschi con percentuali del 4.4% nel 2002 e del 2.8% per l'indagine 2006 (graf. 7.1).

Anche per lo strato dei quindicenni si ha un andamento decrescente e statisticamente significativo sia per il campione totale che per i maschi, con percentuali però più elevate rispetto agli altri due strati d'età: per il campione totale si ha una variazione di 3 punti in percentuale, passando dal 21.4% di ragazzi che dichiarano di fumare ogni giorno nel 2002 fino al 18.3% del 2006 (graf. 7.2).

Se si considera il solo gruppo dei maschi le differenze percentuali tra le due rilevazioni risultano simili a quelle del campione totale: 23.1% per il 2002 e 19.7% per l'ultima indagine. Un ulteriore aspetto preso in considerazione è l'aver provato a fumare almeno una volta nella vita: anche in questo caso la tendenza delinea una diminuzione alla sperimentazione del fumo (tab. 6.6).

Per quanto riguarda il campione totale in tutti e tre gli strati, le variazioni percentuali tra un'indagine e l'altra sono risultate statisticamente significative; la variazione più ampia è data dai tredicenni con uno scarto di 11 punti percentuali, passando dal 37.1% al 25.8% di ragazzi che dichiarano di aver provato a fumare (graf. 7.4). Sono però i quindicenni a presentare i valori più elevati rispetto agli altri strati con il 63.7% per il 2002 e 60.7% per l'indagine 2006 (graf. 7.5).

Se si analizza il fenomeno separatamente per i due sessi, troviamo che nel caso dei maschi la significatività statistica delle differenze è stata rilevata sia per gli undicenni che per i tredicenni e questi ultimi sembrano presentare il decremento maggiore: si passa infatti dal 40.7% per la prima indagine fino al 28.2% riferito al 2006 con uno scarto di 12 punti, mentre per gli undicenni lo scarto è del 5%.

Nel caso delle femmine i valori statisticamente significativi si riferiscono alle tredicenni e alle quindicenni; anche qui, come nel caso dei maschi, il decremento maggiore si riferisce alle ragazze di terza media (13 anni) che contrappone il 33.1% delle ragazze che nel 2002 ha dichiarato di aver provato a fumare nella loro vita, contro il 23.1% del 2006.

Livello provinciale

Se si scende a livello di provincia per quanto riguarda il consumo quotidiano di tabacco (tab. 6.5), nel caso degli undicenni sia per il campione totale che per i generi, nessuna provincia presenta variazioni temporali statisticamente significative. Per il campione totale dei ragazzi di terza media (13 anni) le uniche province a presentarle sono Venezia e Padova con decrementi del 2.4% e 2.7% rispettivamente (graf. 7.1). Nei quindicenni le province che hanno avuto una variazione temporale con significatività statistica sono Belluno, Treviso e Verona: le prime due hanno avuto entrambe un decremento di circa 8 punti percentuali arrivando quindi al 15.9% e 15.5%, mentre la provincia di Verona ha avuto un calo nel consumo quotidiano di tabacco del 3.5% (graf. 7.2).

Se consideriamo i generi in modo separato, si nota che per i maschi tredicenni l'unica provincia a presentare tendenze statisticamente significative è Venezia le cui percentuali passano dal 6.4% nel 2002 all'1.2% relative all'indagine 2006. Nei maschi di 15 anni le variazioni statisticamente significative sono riferite a Belluno e Treviso con un decremento del 12.7% e 8.9% rispettivamente. Nel gruppo delle femmine l'unica provincia la cui variazione è risultata essere significativa dal punto di vista statistico si riferisce alle quindicenni della provincia di Verona: in questo caso si passa dal 22% per l'indagine 2002 al 15.9% per l'ultima indagine.

Se spostiamo l'attenzione sul fenomeno della sperimentazione del fumo nella vita (tab. 6.6), a livello provinciale per il campione totale nello strato degli undicenni solo le province di Treviso e Venezia presentano variazioni statisticamente significative con decrementi del 4.3% e 1.4% arrivando al 5.3% e 2.9% rispettivamente, e queste variazioni sono ricalcate anche dal gruppo dei maschi dello stesso strato anche se con decrementi del 7% circa per entrambe le province; nel caso delle femmine invece nessuna provincia ha rilevato variazioni significative (graf. 7.3). Per gli studenti di terza media (13 anni) Rovigo è l'unica provincia a non presentare variazioni temporali significative, mentre per le altre si hanno avuto in tutti i casi dei decrementi che variano dal 7.7% riferito a Treviso al 18.3% della provincia di Padova. Per i maschi di questo strato le province con variazioni temporali con significatività statistica sono Vicenza, Venezia, Padova e Verona con decrementi che vanno dal 10.4% di Verona al 19.7% riferito a Vicenza. Le ragazze di 13 anni che hanno avuto un cambiamento maggiore riguardo al fenomeno indagato sono quelle delle province di Belluno, Vicenza e Padova; quest'ultima presenta la variazione maggiore con un decremento del 22.8% e arrivando al 12.9% (graf. 7.4). Lo strato dei quindicenni vede come unica variazione statisticamente significativa sia per il campione totale sia per i maschi quella relativa alla provincia di Belluno la quale ha visto un calo nella sperimentazione del fumo dell'11% per il totale e del 18.4% per i maschi arrivando ad un valore di 45.8 e 43.6 punti in percentuale rispettivamente; nel caso delle femmine non sono state rilevate variazioni significative da un punto di vista statistico (graf. 7.5).

Tabella 6.5 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

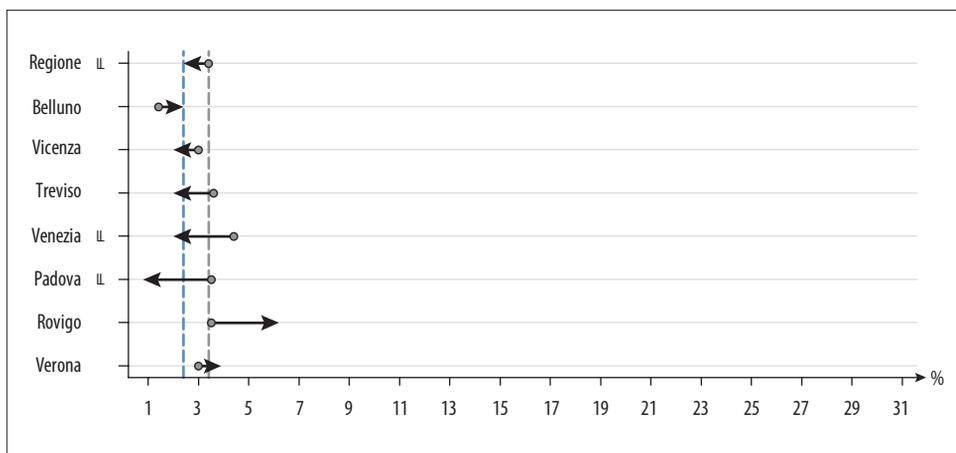
Consumo quotidiano di tabacco						
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	0.8	0.2 ‡	0.5	0.5	- ‡	0.3
Belluno	1.6	-	0.7	-	-	-
Vicenza	-	-	-	0.5	-	0.2
Treviso	-	0.6	0.3	-	-	-
Venezia	1.7	0.6	1.1	2.2	-	1.1
Padova	0.4	-	0.2	-	-	-
Rovigo	3.9	-	2.0	1.6	-	0.9
Verona	0.5	-	0.3	-	-	-
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	4.4 ll	2.2	3.4 ll	2.8 ll	1.9	2.4 ll
Belluno	1.2	1.6	1.4	3.4	1.5	2.4
Vicenza	3.3	2.7	3.0	3.0	0.7	2.0
Treviso	6.3 *	1.5	3.6	3.0 *	0.6	2.0
Venezia	6.4 ‡	1.9	4.4 ll	1.2 ‡	2.9	2.0 ll
Padova	4.7	2.4 *	3.5 ll	1.5	- *	0.8 ll
Rovigo	5.9	-	3.5	8.5	4.2	6.2
Verona	2.9	3.2	3.0	3.7	4.0	3.9
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	23.1 ‡	19.7 *	21.4 ‡	19.7 ‡	17.1 *	18.3 ‡
Belluno	24.8 ‡	22.2	23.8 ‡	12.1 ‡	20.6	15.9 ‡
Vicenza	17.3	12.2	14.4	14.3	11.6	12.7
Treviso	24.5 ‡	17.8	21.3 ll	15.6 ‡	15.3	15.5 ll
Venezia	23.4	21.4	22.4	22.5	21.8	22.1
Padova	22.2	22.3	22.2	26.5	19.9	22.1
Rovigo	31.9 *	30.5	31.1 *	19.9 *	20.1	19.9 *
Verona	24.8	22.0 ll	23.5 ll	22.5	15.9 ll	20.1 ll

* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 6.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che fumano quotidianamente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

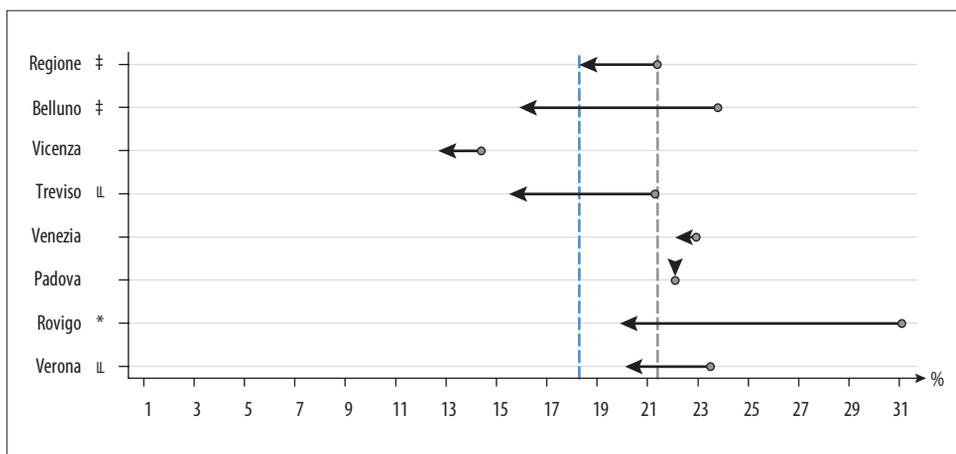
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che fumano quotidianamente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che fumano quotidianamente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 6.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che fumano quotidianamente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che fumano quotidianamente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che fumano quotidianamente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Tabella 6.6 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

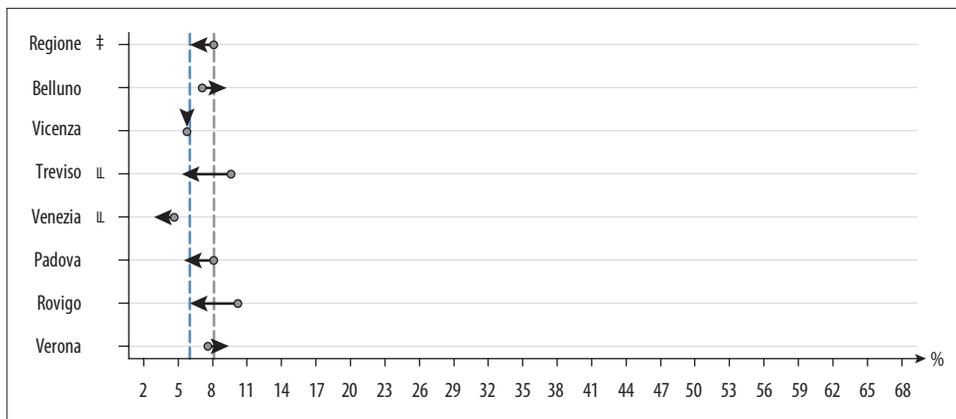
	Aver provato a fumare almeno una volta nella vita					
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	12.7 ‡	3.3	8.1 ‡	7.6 ‡	4.2	6.0 ‡
Belluno	12.2	2.9	7.1	9.7	8.6	9.2
Vicenza	10.0	1.8	5.8	8.7	2.8	5.8
Treviso	14.1 ‡	4.7	9.6 LL	5.9 ‡	4.5	5.3 LL
Venezia	10.9 LL	3.6	4.2 LL	3.8 LL	1.9	2.9 LL
Padova	13.9 *	1.8	8.1	8.0 *	2.7	5.5
Rovigo	15.2	4.8	10.2	7.8	3.8	6.0
Verona	13.4	4.3	9.3	10.8	8.1	9.4
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	40.7 ‡	33.1 ‡	37.1 ‡	28.2 ‡	23.1 ‡	25.8 ‡
Belluno	39.3	17.6 LL	29.9 ‡	25.7	8.0 LL	16.2 ‡
Vicenza	41.7 ‡	33.4 LL	37.6 ‡	22.0 ‡	20.1 LL	21.1 ‡
Treviso	37.2 *	37.5	37.4 ‡	29.5 *	30.3	29.8 ‡
Venezia	38.2 ‡	32.7	35.8 ‡	26.7 ‡	25.6	26.1 ‡
Padova	44.0 ‡	35.7 ‡	39.8 ‡	28.8 ‡	12.9 ‡	21.5 ‡
Rovigo	39.2	26.0	34.0	38.3	28.9	33.2
Verona	43.0 ‡	33.1	38.5 ‡	32.6 ‡	28.0	30.2 ‡
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	63.1 *	64.4 LL	63.7 ‡	61.0 *	60.5 LL	60.7 ‡
Belluno	62.0 ‡	46.3	56.0 ‡	43.6 ‡	48.5	45.8 ‡
Vicenza	63.1	62.8	62.9	65.5	59.3	61.8
Treviso	62.8 *	60.9	61.9	55.6 *	61.4	58.6
Venezia	62.0	70.3	66.2	58.4	68.3	63.7
Padova	61.8 *	63.7	62.7	69.2 *	58.1	61.9
Rovigo	66.4	69.8	68.4	64.7	58.0	61.8
Verona	65.7	66.0 *	65.8 *	62.2	58.9 *	61.0 *

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 6.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

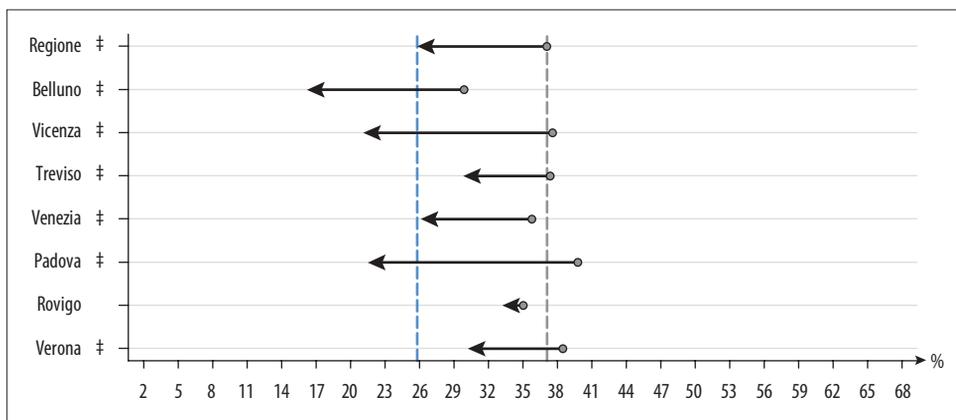
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 6.4 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

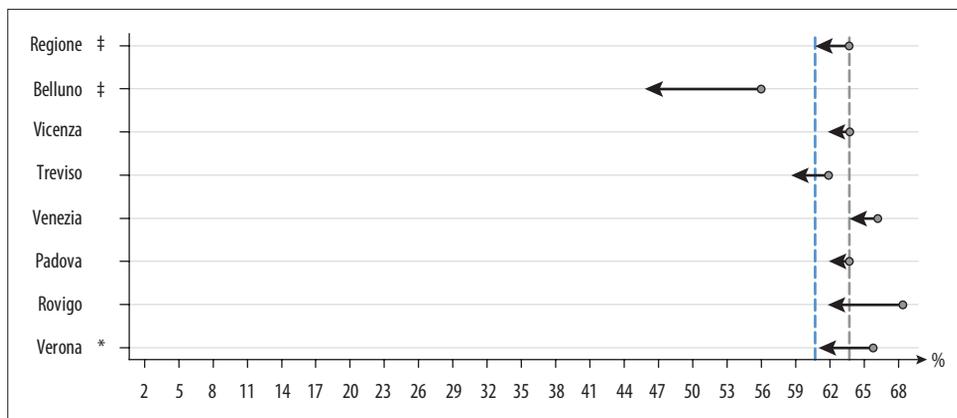
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 6.5 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare almeno una volta nella loro vita a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

La lotta al tabacco è stata, per la Comunità Europea, fin dal 1985 una priorità per la salute pubblica messa in atto anche attraverso strumenti legislativi. La CE ha introdotto importanti regolamentazioni inerenti la vendita e la promozione di prodotti del tabacco, diventando la prima regione al mondo a vietare scritte "ingannevoli" sui pacchetti di sigarette, quali "mild" o "light" (56).

Nonostante il progresso fatto in relazione al controllo del tabacco, il fumo continua ad essere per la Regione Europea la principale causa di morte e un fondamentale ambito di intervento delle strategie di prevenzione. Più di 650.000 europei ogni anno muoiono per il fumo e più di 13 milioni soffrono di importanti malattie croniche legate al tabacco.

In Italia, i decessi sono 80.000 all'anno, più di quelli causati da alcol, droga, incidenti stradali, omicidi e aids insieme (77).

Secondo una ricerca internazionale, se le persone non iniziano a fumare durante l'adolescenza, la probabilità che si inizi a fumare in età adulta è molto bassa. L'82% dei fumatori si avvicina al fumo prima dei 18 anni (78). In pratica, le decisioni prese durante l'adolescenza hanno effetti a lungo termine, in una prospettiva di benessere non solo in età giovanile, ma anche in età adulta.

Di conseguenza, la prevenzione del tabagismo o, meglio ancora, la promozione della salute in generale, dovrebbe essere attivata in età molto precoce, nella fase di maggiore ricettività da parte delle persone. Ed ancora, la prevenzione del tabagismo può essere efficace solo se inserita in un contesto libero dal fumo, in armonia con gli obiettivi e le raccomandazioni della Carta di Ottawa (1986).

Uno strumento importante adottato dai governi per combattere la diffusione del fumo è rappresentato dal *WHO Framework Convention on Tobacco Control*, il primo trattato mondiale di salute pubblica sul controllo del fumo promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ratificato dal Perù come il 40esimo paese a firmare fra tutti gli stati membri nel novembre 2004 ed entrato poi in vigore dal 27 febbraio 2005 (21). Anche l'Italia ha finalmente ratificato la Convenzione a marzo 2008. Le misure concordate nel trattato si muovono lungo tre linee di intervento: a) riduzione della domanda di tabacco; b) riduzione dell'offerta di tabacco; c) protezione dell'ambiente, con azioni di diversa natura. Di fatto alcune azioni sono legate alle politiche dei prezzi e alla tassazione dei prodotti derivati dal tabacco, altre sono di natura legislativa, esecutiva e amministrativa che non incidono direttamente sui prezzi, ma che incidono sulla riduzione della domanda e del consumo di tabacco, altre ancora sono volte alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica attraverso interventi di comunità, programmi di educazione alla salute, formazione del personale e campagne di informazione. Le attività preventive che ad oggi, a livello europeo (79), hanno evidenziato una maggiore efficacia sono state quelle incentrate sull'aumento del costo dei prodotti del tabacco (attraverso un aumento delle tasse imposte); sulle attività di comunicazione e marketing sociale; sui concorsi e competizioni, nonché sugli interventi mirati nel contesto scolastico e inseriti nella normale programmazione scolastica; sui programmi scolastici basati sulla creazione di ambienti sociali favorevoli e sul rafforzamento delle capacità individuali, ed infine, su una serie di coinvolgimenti che vanno da quello dei ragazzi nella formulazione, implementazione e attivazione dei progetti (*peer education*) al coinvolgimento dei genitori e degli insegnanti per le attività progettuali. Ne consegue che le attività ed i programmi di prevenzione, informazione e promozione della salute per essere davvero efficaci hanno bisogno di focalizzarsi non solo sulla dimensione micro (individuale, familiare, scolastica), ma anche su quella macro (sociale e comunitaria), coinvolgendo tutti i diversi attori sociali (genitori, insegnanti, operatori sanitari, agenzie educative ecc.) che a vario titolo ne fanno parte.

A livello locale, la Regione Veneto, fin dagli anni 80 è impegnata in azioni di contrasto al tabagismo. Dal 2001 ad oggi, attraverso il Programma Regionale di Prevenzione delle Patologie tabacco-correlate (DGR 1521 del 2001), ha approvato strategie annuali di prevenzione delle patologie tabacco-correlate. Il Programma Regionale di Prevenzione delle Patologie tabacco-correlate attuale (DGR n. 2604 del 7 agosto 2007) si articola in due linee di intervento: Prevenzione e Disassuefazione.

La Prevenzione si sviluppa nell'Area "Scuola" e nell'Area "Fumo passivo". Le azioni di

prevenzione a scuola si fondano sulla convinzione che i giovani sono una risorsa e rappresentano un buon investimento per il futuro, ma anche per un presente ricco di progettualità. Inoltre, si riconosce nella scuola un luogo privilegiato per l'implementazione di programmi di educazione e di promozione alla salute.

Esiste una serie di progettualità rivolte alle scuole di diverso ordine e grado. Tutti i progetti sono caratterizzati da una propria specificità e autonomia, ma sono anche nell'insieme integrati e convergenti nelle comuni finalità di prevenire e ritardare nei giovani e giovanissimi l'abitudine al fumo, di far riflettere i fumatori su una scelta comportamentale dannosa alla propria salute e a quella di chi sta accanto, di sensibilizzare per promuovere un ambiente scolastico libero dal fumo. Questi progetti, che nascono e si realizzano grazie alla collaborazione tra diversi soggetti: istituzioni politiche, socio-sanitarie e scolastiche e Terzo Settore, rappresentato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT), sono di seguito elencati e sinteticamente descritti.

Progetto sperimentale: C'era una volta ... e poi vissero sani e contenti. Si tratta di un progetto triennale sperimentale tuttora in corso che coinvolge insegnanti, genitori ed alunni delle classi dell'ultimo ciclo della scuola primaria. Il progetto si basa sull'acquisizione da parte dei bambini di alcune abilità socio-comportamentali considerate fattori protettivi rispetto a comportamenti a rischio compreso il fumo di tabacco.

Progetto: Prevenzione del fumo a scuola - Next Generation. È un percorso rivolto a ragazzi dagli 11 ai 15 anni strutturato in unità didattiche e abbinato al cd-rom multimediale: "Next Generation", che coinvolge i ragazzi con quiz, giochi ed interviste a personaggi noti nel corso di una ludica navigazione.

Concorso Europeo: Smoke Free Class Competition (SFC). Caratteristica del Concorso, rivolto ai ragazzi di 12-14 anni, è l'invito all'azione: i ragazzi si impegnano individualmente e come classe a non fumare da novembre ad aprile. SFC contribuisce così a prevenire e ritardare l'approccio al fumo.

Progetto: Insider - dietro la verità. Il progetto, rivolto alle scuole secondarie di II grado, si basa sulla visione critica dell'omonimo film e riguarda le strategie adottate dalle aziende produttrici di tabacco per indurre alla dipendenza nascondendo importanti informazioni alla popolazione.

Progetto: Sfumiamo i dubbi. Si tratta di un progetto per le scuole secondarie di II grado, basato sul modello dell'educazione tra pari; sono gli stessi studenti, opportunamente formati, ad avere l'opportunità di divenire strumenti di prevenzione del tabagismo e di promozione della salute rispetto ai compagni delle prime classi. Tali azioni educative sono rafforzate e sostenute anche attraverso l'applicazione delle norme vigenti in materia di protezione dei non fumatori dal fumo passivo a scuola. A tal proposito, è stata predisposta la guida: "Verso una scuola libera dal fumo" per supportare i dirigenti scolastici nel loro compito di controllo del fumo di tabacco a scuola secondo i principi della promozione degli ambienti liberi dal fumo.

L'area di intervento "Fumo passivo" sviluppa attività di protezione dal fumo passivo

dei non fumatori e favorisce la disassuefazione con attività di sostegno della normativa (vigilanza, creazione di ambienti liberi dal fumo, ecc.), di informazione/sensibilizzazione delle comunità ed attività educative anche individuali (per esempio *counselling* ostetrico). I "setting" di attività elettivi sono gli ospedali ed i servizi sanitari, gli ambienti di lavoro, le istituzioni e gli esercizi pubblici, la famiglia, con particolare riferimento alla protezione del bambino. Di seguito sono elencati e sinteticamente descritti i progetti attualmente in corso: Progetto: *Mamme libere dal fumo*. Si tratta di un programma nato in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (FNCO) con l'obiettivo di ridurre il numero di donne fumatrici durante la gravidanza e di evitare le ricadute post parto, attraverso un intervento standardizzato di personale ostetrico opportunamente formato sul *counselling* antitabagico. Oggi è stato adottato a livello nazionale.

Progetto: *Ambienti di lavoro liberi dal fumo*. Si tratta di un progetto che concretizza uno degli aspetti valorizzati dagli ultimi Piani Triennali di Prevenzione e Promozione della Salute: la creazione e il mantenimento di ambienti di lavoro sani e che stimolino stili di vita sani. Al fine di sostenere il datore di lavoro che vuole essere in regola con le norme sul divieto di fumo e con quelle sulla sicurezza del lavoro, ma desidera anche adoperarsi per migliorare il benessere ed i rapporti tra i propri dipendenti, è stato prodotto un manuale pratico: *Verso una azienda libera dal fumo*.

Progetto: *Genitori Più*, avviato nel 2006 in via sperimentale per la Regione Veneto ora a livello nazionale, si rivolge ai genitori per promuovere sette semplici azioni, tra cui non fumare per rendere i genitori più protagonisti della salute dei loro piccoli.

Progetto: *Ospedali e Servizi sanitari senza fumo*. Si tratta di un progetto finalizzato ad ottenere che negli ospedali e nei servizi socio-sanitari non si fumi, in modo da proteggere la salute dei pazienti e del personale e da costituire un esempio di comportamento sano per la comunità. Si sviluppa attraverso azioni quali: l'adozione di segnaletica comune adeguata; corsi per smettere di fumare in collaborazione con SERT, Distretti Socio Sanitari, Servizi di Educazione e Promozione della salute e infine un Concorso biennale rivolto alle scuole secondarie di I° grado: "*chi non fuma ...VINCE!*" in alleanza con Comuni, Province, Scuole e il mondo del Volontariato (in particolare LILT).

Nell'ambito della disassuefazione, la Regione del Veneto sta investendo sul coinvolgimento e la formazione degli operatori socio-sanitari e dei Medici di Medicina Generale oltre che sugli ambulatori specialistici per la disassuefazione di II° livello presenti in ogni Azienda ULSS. Inoltre è in atto una sperimentazione in alcune Aziende ULSS di un progetto di prevenzione delle malattie cardiovascolari che vede coinvolti i MMG delle UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria) in azioni di *counselling* rispetto a stili di vita sani, inclusa la disassuefazione dal tabacco.

In base ai dati di letteratura ed anche all'esperienza "sul campo" di docenti ed operatori socio-sanitari, tali interventi risultano efficaci solo se sono ampiamente diffusi nel territorio, protratti per un periodo di tempo sufficientemente lungo e se inseriti

in contesti ambientali coerenti liberi dal fumo e supportati dalla famiglia e dalla comunità locale.

Dal punto di vista della metodologia, i progetti migliori sono quelli che coinvolgono i ragazzi in prima persona e affrontano la questione della dipendenza data dalla nicotina; inoltre, è indiscussa la maggior efficacia degli interventi condotti dai pari rispetto a quelli condotti dagli adulti.

Un aspetto importante da tenere in considerazione è anche quello relativo all'età dei soggetti cui i progetti si riferiscono. La maggior parte dei programmi ha come target ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 17 anni. Alcuni autori sostengono che a questa età l'atteggiamento verso il fumo è già strutturato e suggeriscono di anticipare gli interventi e di realizzarli prima che i modelli di comportamento risultino stabilizzati (5).

Inoltre, la Regione Veneto collabora attivamente con il Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie - CCM del Ministero della Salute con alcuni progetti di carattere nazionale finalizzati al monitoraggio della normativa vigente sulla protezione di non fumatori (Legge 3/2003) e alla selezione e promozione di buone pratiche di prevenzione al tabagismo in ambito scolastico (80).

A fronte di queste considerazioni, risulta, comunque, evidente che il fenomeno in questione è molto complesso e che per sperare in una efficace inversione della tendenza, che attualmente vede i giovani avvicinarsi sempre più precocemente ed in numero sempre maggiore all'uso del tabacco, è necessario che le decisioni e le azioni delle politiche sociali anti-tabagismo siano, prima di tutto, coerenti, coordinate, capillari, ma soprattutto, durevoli nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. DI CLEMENTE RJ, HANSEN WB, PONTON LE Handbook of adolescent health risk behaviour. Plenum Press. New York, 1996.
2. ERIKSON EH Identity: Youth and Crisis. Norton, New York, NY 1968.
3. STEINBERG L, MORRIS AS. Adolescent development. *Ann Psychol*, 2001, 52, 83-110.
4. ARNETT JJ. Adolescence and Emerging Adulthood. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 2001.
5. PORCELLATO L, DUGDILL L, SPRINGETT J, ET AL. Primary school-childrens'perceptions of smoking: implications for health education. *Health Education Research*, 1999, 14, 7-83.
6. CHEN K, KANDEL DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *Am J Public Health*, 1995, 85, 41-7.
7. NEWCOMB MD, BENTLER PM. Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the Lives of Young Adults. Sage, Newbury Park, CA, 1988.
8. SHEDLER J, BLOCK J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychol*, 1990, 45, 612-30.
9. BLOCK J. The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research (original work published 1961). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1978.

10. WOLFF MW, WOLFF KA. Personality characteristics as a function of frequency and type of substance use. *Adolescence*, 2002, 37, 705-16.
11. GOUGH HG. California Psychological Inventory: Administrator's Guide. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1987.
12. TUCKER JS, ELLICKSON PL, COLLINS RL, KLEIN DJ. Are Drug Experimenters Better Adjusted Than Abstainers and Users?: A Longitudinal Study of Adolescent Marijuana Use, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39, 488-494.
13. JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN JG, SCHULENBERG JE. Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2003. National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD 2004.
14. DEGENHARDT L, LYNKEY M, HALL W. Cohort trends in the age of initiation of drug use in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2000, 24, 4, 421-426.
15. CHEN K, KANDEL DB. Predictors of cessation of marijuana use: An event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 1998, 50, 2, 109-121.
16. GRANT BF, DAWSON DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. *Journal of Substance Abuse*, 1997, 9, 103-110.
17. LEWINSOHN PM, ROHDE P, BROWN RA. Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction*, 1999, 94, 6, 913-921.
18. BERGEN H, MARTIN G, ROEGER L, ALLISON S. Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: longitudinal relationships in young community adolescents. *Addict Behav*, 2005, 30, 1563-73.
19. PARKES A, WIGHT D, HENDERSON M, HART G. Explaining Associations between Adolescent Substance Use and Condom Use, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40180.e1-180.e18.
20. WHO. The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all. 1998.
21. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en/>). and US high school students, *Addictive Behaviors*, 2007, 32, 2087-2098.
22. KANDEL DB, YAMAGUCHI K, CHEN K. Stage of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 1992, 53, 447-457.
23. ASHTON H. Cannabis or health? *Curr. Opin. Psychiatry*, 2002, 15, 247-253.
24. JONES SP, HEAVEN PCL. Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 1998, 21, 2, 127-134.
25. KANDEL DB, ed. Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis. New York, Cambridge University Press, 2002.
26. LAMKIN L, HOUSTON TP, Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care*, 1998, 25, 1, 123-135.
27. TIMBERLAKE DS, HABERSTICK BC, HOPFER CJ, BRICKER J. Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of U.S. adolescents, *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88, 272-281.
28. MORRAL AR, MCCAFFREY DF, PADDOCK SM. Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*, 2002, 97, 1493-1504.
29. RICHTER KP, KAUR H, RESNICOW K, NAZIR N, MOSIER MC, AHLUWALIA JS. Cigarette smoking among marijuana users in the United States. *Subst. Abus*, 2005, 25, 35-43.

30. TYAS SL, PEDERSON LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 1998, 7, 409-420.
31. HARAKEH Z, SCHOLTE RH, VERMULST AA, ET AL. Parental factors and adolescents' smoking behaviour: an extension of the theory of planned behaviour. *Prev Med*, 2004, 39, 5, 951-61.
32. HAN C, MCGUE MK, IACONO WG. Lifetime tobacco, alcohol and other substance use in adolescent Minnesota twins: Univariate and multivariate behavioral genetic analyses. *Addiction*, 1999, 94, 7, 981-993.
33. LYNKEY MT, HEATH AC, BUCHOLZ KK, SLUTSKE WS, MADDEN PAF, NELSON EC, ET AL. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 2003, 289, 4, 427-433.
34. HOPS H, DAVIS B, LEWIN LM. The development of alcohol and other substance use: A gender study of family and peer context. *Journal of Studies on Alcohol*. Special Issue: Alcohol and the Family: Opportunities for Prevention, 1999, 13, 22-31.
35. KLIEWER W, MURRELLE L. Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use: Findings from a Study in Selected Central American Countries, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40, 448-455.
36. ROHDE P, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35, 1, 101-109.
37. COHEN DA, RICE J. Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of Drug Education*, 1997, 27, 2, 199-211.
38. BERGEN HA, MARTIN G, RICHARDSON AS, ALLISON S, ROEGER L. Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use: Gender differences in young community adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38, 34-41.
39. BLAXTER M. Health and lifestyles. London: Routledge. 1990.
40. MURRAY CJL, LOPEZ AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health. Cambridge, MA, 1996.
41. WHO Regional Office for Europe The European Health Report, 2005. Public health action for healthier children and population. Copenhagen: WHO, 2005.
42. Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994, ATLANTA GA, US (http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr_1994/index-htm, accessed 20 January 2004).
43. ELLICKSON PL, ORLANDO M, TUCKER JS, KLEIN DJ. From adolescence to young adulthood: Racial/ethnic disparities in smoking. *American Journal of Public Health*, 2004, 94, 293-299.
44. BALCH GI. Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers: Input and feedback from focus groups. *Preventive Medicine*, 1998, 27, A55-A63.
45. FLAY BR. Youth tobacco use: risks, patterns and control. In: Nicotine addiction: principles and management. Oxford University Press, New York 1993.
46. KROPP RY, HALPERN-FELSHER BL. Adolescents' beliefs about the risks involved in smoking "light" cigarettes. *Pediatrics*, 2004, 114, 4, 445-51.
47. BORAWSKI EA, IEVERS-LANDIS CE, LOVEGREEN LD, TRAPL ES. Parental Monitoring, Negotiated Unsupervised Time, and Parental Trust: The Role of Perceived Parenting Practices in Adolescent Health Risk Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 33, 60-70.

48. DENTON M, PRUSB S, WALTERSC V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 2004, 58, 2585-2600.
49. ISTAT. I fumatori in Italia. Statistiche in breve, ISTAT 2006 http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060110_00/testointegrale.pdf
50. BONINO S. Il rischio nell'adolescenza: Bacco in t-shirt. *Psicologia Contemporanea*, 1998, 150, 18-25.
51. BONINO S, CATTELINO E, CIAIRANO S. *Adolescenti e rischio*. Giunti. Firenze 2004.
52. WARREN CW, KANN L, SMALL ML. Age of initiating selected health-risk behaviours among high school students in the United States. *Journal of adolescent health*, 1997, 21, 225-231.
53. SIMANTOV E. Health compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 2, 1, 85-101.
54. WHO EUROPE. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/ 2002 survey. Copenhagen, Denmark, 2004.
55. DOXA, Istituto per le ricerche statistiche e l'analisi dell'opinione pubblica. Il Fumo in Italia. 2006, www.doxa.it.
56. Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future. Aspect Consortium Report, October 2004 (EC Directorate for Health and Consumer Protection).
57. PIERCE JP, GILPIN E. How long will today's new adolescent smokers be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 1996, 86, 2, 253-256.
58. JOHNSON PB, RICHTER L. The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: Analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 30, 175-183.
59. TUCKER JS, ELLICKSON PL, ORLANDO M, KLEIN DJ. Cigarette smoking from adolescence to young adulthood: women's developmental trajectories and associates outcomes, *Women's Health Issues*, 2006, 16, 30-37.
60. VERDUYKT P. Summary of the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M. *Gender differences in smoking in young people*. Flemish Institute for Health Promotion, Brussels, 2002, 15-32.
61. TYAS SL, PEDERSON LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob. Control*, 1998, 7, 409-420.
62. VAN DEN PUTTE B, YZER MC, BRUNSTING S. Social influences on smoking cessation: a comparison of the effect of six social influence variables. *Prev Med*, 2005, 41, 1, 186-93.
63. DOTINGA A, SCHRIJVERS CT, VOORHAM AJ, ET AL. Correlates of stages of change of smoking among in habitants of deprived neighbourhoods. *Eur J Public Health*, 2005, 15, 2, 152-9.
64. KOMRO KA, MCCARTY MC, FORSTER JL, ET AL. Parental, family, and home characteristics associated with cigarette smoking among adolescents. *Am J Health Promot*, 2003, 17, 5, 291-9.
65. ANDERSEN MR, LEROUX BG, BRICKER JB, ET AL. Antismoking parenting practices are associated with reduced rates of adolescent smoking. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2004, 158, 4, 348-52.
66. HARAKEH Z, SCHOLTE RH, DE VRIES H, ET AL. Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction*, 2005, 100, 6, 862-70.
67. KODL MM, MERMELSTEIN R. Beyond modelling: parenting practices, parental smoking history, and adolescent cigarette smoking. *Addict Behav*, 2004, 29, 1, 17-32.
68. SHAKIB S, ZHENG H, JOHNSON CA, ET AL. Family characteristics and smoking among urban and rural adolescents living in China. *Prev Med*, 2005, 40, 1, 83-91.

69. VAN DEN EIJNDEN RJ, SPIJKERMAN R, ENGELS RC, Relative Contribution of Smoker Prototypes in Predicting Smoking among Adolescents: a comparison with factors from the theory of planned behaviour. *Eur Addict Res*, 2006, 12, 3, 113-20.
70. SPIJKERMAN R, VAN DEN EIJNDEN RJ, ENGELS RC, Self-comparison processes, prototypes, and smoking onset among early adolescents. *Prev Med*, 2005, 40, 6, 785-94.
71. SKALLE S, RISE J, The relationship between smoker and nonsmoker prototypes and smoking status among 14-year-old Norwegians. *Addict Behav*, 2006, 31, 1, 57-68.
72. HOVING C, REUBSAET A, DE VRIES A. Predictors of smoking stage transitions for adolescent boys and girls, *Preventive Medicine*, 2007, 44, 485-489.
73. VAN DEN BREE MB, WHITMER MD, PICKWORTH WB. Predictors of smoking development in a population-based sample of adolescents: a prospective study. *J. Adolesc. Health*, 2004, 35, 172-181.
74. HUVER RME, ENGELS RCME, DE VRIES H. Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior? *Health Educ. Res*, 2006, 21, 66-77.
75. DE VRIES H, CANDEL M, ENGELS R, MERCKEN L. Challenges to the peer influence paradigm: results from 12-13 year olds from six European countries from the European Smoking Prevention Framework Approach Study. *Tob. Control*, 2006, 15, 83-89.
76. ENGELS RCME, FINKENAUER C, KERR M, STATIN H. Illusions of parental control: parenting and smoking onset in Dutch and Swedish adolescents. *J. Appl. Soc. Psychol*, 2005, 35, 1912-1935.
77. ISTAT, Indagine Multiscopo Anno 2001: Aspetti della vita quotidiana, 2002.
78. CDC. Best practices for comprehensive tobacco control programs. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health promotion, Office on Smoking and Health, 1999.
79. Effective Health Care. Bollettino bimestrale sull'efficacia degli interventi sanitari, vol. 4, n.3 maggio-giugno, 2000.
80. www.ccm-network.it e www.regione.veneto.it/prevenzione.

Sara Carbone, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisori: Renato Rubin*, Anna Corti*

* *Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali - Regione Veneto*

INTRODUZIONE

Assieme al tabacco, un altro comportamento molto diffuso tra i giovani (in Italia ancora più diffuso) è l'utilizzo di alcolici (1, 2).

Anche se è stato più volte ipotizzato che un consumo moderato di alcol possa ridurre, in alcune categorie di soggetti, il rischio di infarto o ictus cerebrale (3), gli effetti dell'abitudine al consumo e il danno associato all'abuso costituiscono ancora un importante problema di salute pubblica (4).

Inoltre, gli effetti dell'uso di alcolici a breve termine sono molto più visibili e rilevanti rispetto a quelli del fumo. La diffusione del consumo e, soprattutto, dell'abuso di alcol presentano dei rischi non solo per la salute del singolo, (perdita di appetito e di peso, mal di testa, patologie gastriche), ma anche per quella dell'intera comunità: basti pensare agli incidenti stradali provocati da guidatori ubriachi o agli atti di violenza (5, 6). L'abuso di alcol resta uno dei principali fattori di rischio di malattia e morte per i giovani (7): oltre 2.500 giovani perdono la vita per incidenti stradali causati dal bere ogni anno. L'alcol rappresenta una causa di decesso molto importante: il 46% del totale per i giovani di età compresa tra 15 e 24 anni. Più di centomila italiani

si ricoverano ogni anno in ospedale per conseguenze legate all'abuso di alcol. L'alcol, inoltre, contribuisce all'insorgenza di numerose malattie, che vanno dalle patologie epatiche ai tumori, dalle malattie cardiovascolari a quelle nervose (8, 9).

Il consumo di alcol sembra essere, nel contempo, uno dei fattori facilitanti le relazioni. I ragazzi che dichiarano consumi elevati di alcolici e tabacco, sono quelli che riportano alti punteggi quanto a socievolezza e fiducia in se stessi (10).

La diffusione dell'alcol è nota in quasi tutto il mondo e nelle sue forme più diverse, ma le modalità comportamentali legate all'uso di questa sostanza variano a seconda dei diversi contesti culturali. Talvolta si consuma alcol a scopi celebrativi, altre volte il consumo rientra nel regime alimentare abituale.

Nelle culture mediterranee, per le quali il vino entra a far parte della dieta quotidiana, l'assunzione di alcolici può iniziare in famiglia in età molto precoce e trasformarsi, nella prima adolescenza in consumo di gruppo, attuato insieme agli amici (11).

Secondo il "Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della preadolescenza" redatto da Telefono Azzurro e Eurispes (12) i giovani si avvicinano all'alcol in due momenti a 11 e a 14 anni. Intorno agli 11 anni si ha una 'prima iniziazione' solitamente in famiglia per occasioni speciali (feste familiari, matrimoni); il consumo di alcolici subisce un secondo incremento intorno ai 13-14 anni, quando inizia il consumo tra amici (1, 13). Nel secondo momento, la valenza stessa attribuita alla bevanda cambia radicalmente in quanto l'alcol non è più considerato, come avveniva in famiglia, bevanda quotidiana, ma funge da "preparatore" ad eventi importanti come concerti, partite sportive o serate in discoteca, assumendo quindi il ruolo di "facilitatore" delle relazioni sociali e "promotore" di sicurezza in se stessi (14).

L'ubriacatura, con conseguente intossicazione acuta da alcol, resta un fenomeno ancora limitato in Italia rispetto ad altri Paesi europei. Tuttavia, sarebbe un errore sottovalutarlo, perché le stesse statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mostrano un pericoloso incremento dell'abitudine al bere per ubriacarsi anche nel nostro Paese, soprattutto tra i giovani. Se nel 1999 la percentuale di ragazzi italiani che si ubriacavano almeno tre volte in un mese era del 3%, nel 2003 (ultimo anno di osservazione disponibile) la frequenza è risultata del 7% (8).

Nonostante l'Italia, messa a confronto con gli altri Paesi europei, possa definirsi un Paese moderato in termini di abuso di bevande alcoliche (15, 16), il Veneto, per ragioni storico culturali, si è sempre attestato al di sopra della media nazionale. Se questo può ritenersi un problema per la popolazione in generale, lo è ancor ancora di più se riferito ai giovani in età scolare, a causa, tra l'altro, del non completo sviluppo del sistema enzimatico deputato allo smaltimento dell'alcol.

Lo studio ESPAD®Italia (15) sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti delle scuole medie superiori ha fornito dati sul consumo di alcol per l'anno 2005 a livello nazionale e nella regione Veneto (17). Dai risultati emerge che il primo bicchiere di vino è stato bevuto da oltre un terzo degli studenti veneti intorno agli 11-12 anni; la prima birra, invece, è stata assaggiata intorno ai 12-

14 anni. Gli studenti che hanno iniziato a bere liquori intorno ai 14-15 anni risultano circa il 41%, mentre circa il 40% degli studenti veneti di 15 anni si è ubriacato una o più volte nel corso della vita. Nel nostro Paese, quindi, l'uso di alcol tra gli adolescenti risulta un comportamento abbastanza diffuso.

Un altro comportamento diffuso anche in Italia e legato all'abuso di alcol è il cosiddetto "binge drinking", definito come l'assunzione di 5 o più bevande alcoliche assunte in sequenza in almeno un'unica occasione nelle ultime due settimane (41). I risultati di una ricerca condotta nel 2005 hanno evidenziato che in Italia la percentuale di binge drinking tra gli studenti universitari era vicina al 33% (42). Il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (43) fornisce per l'Italia stime disaggregate rispetto al genere ed evidenzia che gli episodi di binge drinking ricorrono per il 12.8% nei maschi e l'11.5% nelle femmine a partire, per entrambi, dai 18 anni di età.

Dagli studi condotti in campo nazionale ed internazionale, per quanto riguarda il consumo di alcolici emerge una netta tendenza ad una maggiore precocità e ad un incremento del consumo con l'aumentare dell'età, che vede il suo apice proprio in adolescenza (19): analogamente a quanto avviene per il fumo, sembra esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta (20, 21). Inoltre, in ogni fascia di età i maschi bevono in maniera maggiore rispetto alle femmine e iniziano prima: a 13 anni i maschi e a 14 anni le femmine (22).

Oltre alle caratteristiche del contesto culturale, altri predittori di uso e abuso di alcolici sono l'età della maturazione sessuale (i più precoci sono a maggior rischio), l'uso di altre sostanze (23), la vita in comunità meno controllate o con meno leggi (24), la frequentazione di pari devianti (25, 26), le difficoltà a scuola (26), l'ansia e la depressione (27), i problemi di condotta in infanzia e in prima adolescenza (28). Al contrario, l'assunzione regolare da parte dei genitori di alcolici sembra portare ad un minor rischio di abuso (29).

Un discorso a parte deve essere fatto per la vendita e la pubblicità. Il costo e la possibilità di acquisto di alcolici sembrano legarsi solo parzialmente a un maggior uso ed evidenziano una relazione complessa: il costo commerciale dell'alcol si lega ad un maggior uso di alcolici da parte dei giovani ma non a un maggior consumo nella popolazione in generale (30). La diffusione della pubblicità, invece, che solitamente associa l'alcol a una serie di vantaggi che attraggono i giovani, tra cui il cameratismo, la mascolinità, l'attrazione sessuale, il romanticismo, la voglia di evasione e l'avventura, sembra favorirne il consumo e l'abuso (31, 32).

Il predittore più forte risulta comunque, il modello fornito dai pari e dai fratelli più grandi e il loro stile di vita. I principali fattori protettivi sono, invece, legati agli ambienti di vita e alle relazioni positive ed arricchenti che vi si instaurano (comunità, famiglia, pari, scuola) (33).

Predittori simili, nonostante le differenze culturali nel consumo, si ottengono per diverse nazioni (34, 35).

METODI

Il consumo di alcol è stato indagato attraverso le seguenti domande:

- *“Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino o superalcolici?”* Le risposte possibili erano: *ogni giorno, ogni settimana, ogni mese, raramente e mai;*
- *“Qualche volta hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?”* Le risposte possibili erano: *no, mai; sì, una volta; sì, 2-3 volte; sì, 4-10 volte e sì, più di 10 volte.*

La prima domanda permette di effettuare sia una stima della frequenza quotidiana (*ogni giorno*) dell'uso di alcolici intesi in senso generale, sia del consumo regolare (*ogni giorno, ogni settimana*) delle diverse bevande consumate (vino, birra, superalcolici); la seconda rileva l'eventuale ripetersi di episodi di ubriachezza.

I dati sono stati raggruppati in sei tabelle. Le prime quattro si incentrano sul consumo di alcolici (consumo di alcol in generale, consumo di vino, birra e superalcolici). Dal momento che i giovani che si ubriacano più di una volta corrono un rischio maggiore di avere conseguenze negative sulla salute (36), nella quinta e nella sesta tabella presentiamo le percentuali di coloro che dichiarano di essersi ubriacati due o più volte fino al momento dell'intervista, accorpando le tre modalità di risposta (*sì, 2-3 volte; sì, 4-10 volte; sì, più di 10 volte*).

RISULTATI E COMMENTI

Frequenza dell'uso di alcolici

Livello regionale

I dati relativi al consumo quotidiano e settimanale di alcolici sono stati impiegati come indicatori di un consumo regolare.

Le percentuali regionali e provinciali relative alla frequenza del consumo quotidiano di alcolici sono presentate nella Tabella 7.1.

A livello regionale il 2% degli undicenni, il 2.3% dei tredicenni ed il 4.8% dei quindicenni dichiara di bere alcolici quotidianamente.

Per quanto riguarda le differenze di genere, in tutti gli strati d'età sono i ragazzi a registrare una maggiore frequenza giornaliera per l'assunzione di alcol; in particolare, tra maschi e femmine di 15 anni la differenza tra i due sessi è maggiore rispetto agli altri strati (7.3% dei maschi rispetto al 2.5% delle ragazze).

Il consumo settimanale registra una prevalenza nettamente più elevata rispetto al consumo quotidiano, soprattutto nello strato dei quindicenni (tab. 7.2), per il quale almeno un giovane su tre (35.8%) dichiara di bere alcolici ogni settimana.

Questo dato rispecchia probabilmente la nuova valenza sociale che i ragazzi attribuiscono agli alcolici verso i 14 anni (1, 13), passando da un consumo legato all'ambito della cerchia familiare, a quello condiviso con il gruppo di amici.

Sia per il consumo quotidiano che per quello settimanale, le differenze tra i tre strati d'età e le differenze tra maschi e femmine sono risultate statisticamente significative. Per quanto riguarda il consumo dei diversi tipi di alcolici (tab. 7.3), gli undicenni bevono soprattutto vino, seguito, nell'ordine, da birra e superalcolici.

I ragazzi della fascia intermedia del campione (13enni) consumano in egual misura vino e birra (6.6%) e solo il 2.8% dichiara di bere con regolarità superalcolici.

Per i 15enni, infine, le frequenze aumentano per tutte e tre le tipologie di bevande: la bevanda preferita è la birra, con una percentuale di consumatori abituali del 23.9%, seguita dai superalcolici, 19.8% e dal vino, 15.9%.

Anche in questo caso il comportamento dei giovani veneti è in linea con quanto riportato dalla letteratura.

Livello provinciale

Le differenze percentuali di consumo quotidiano di alcolici nelle sette province venete (tab. 7.1), pur non risultando statisticamente significative nei tre strati del campione totale di 11, 13 e 15 anni, evidenziano a Rovigo valori elevati sia nello strato dei tredicenni (6.6%) che in quello dei quindicenni (5.9%) e valori limitati, invece, nel gruppo degli undicenni (0.9). Nello stesso strato è la provincia di Treviso a registrare la frequenza maggiore (2.6%).

Anche per quanto riguarda il consumo settimanale (tab. 7.2), è la provincia di Rovigo ad avere le percentuali più elevate sia nello strato degli 11enni (6.2%) sia in quello intermedio dei 13enni (16.4%); nei 15enni i confronti tra realtà provinciali evidenziano in modo statisticamente significativo che la prevalenza maggiore è presente nella provincia di Verona (42.5%), sebbene Rovigo (30.3%) si attesti anche in questa fascia su percentuali elevate.

Sia nella quotidianità che settimanalmente, sono sempre i maschi a dichiarare un'assunzione di alcolici più marcata rispetto alle femmine nei tre gruppi di età, in tutte le province.

La Tabella 7.3 illustra i consumi regolari in dettaglio di birra, vino e superalcolici a livello provinciale.

Nello strato totale degli undicenni la bevanda preferita è il vino, in particolare nella provincia di Rovigo (4.8%).

A tredici anni le preferenze dei giovani si orientano sulla birra, che vede le percentuali di consumo più elevate: anche in questo caso, tra le diverse province, è Rovigo a detenere il primato con una percentuale del 9.3%, seguita dai ragazzi della provincia di Belluno, che nel 7.8% dei casi dichiarano di bere regolarmente questa bevanda.

La birra risulta essere la più consumata anche dai ragazzi più grandi (15enni): alla

provincia di Belluno si associano le percentuali più elevate di consumo (28.5%), seguita dalla realtà provinciale di Verona (28.0%) e da quella di Rovigo (27.5%).

Rispetto al consumo di superalcolici, le maggiori prevalenze (statisticamente significative) sono presenti nel gruppo totale dei 15enni della provincia di Verona (26.0%) e della provincia di Rovigo (22.3%).

Confrontando i generi all'interno delle province si può notare che per il consumo di birra la più ampia differenza percentuale tra i sessi è presente nello strato dei 15enni, in particolar modo nella provincia di Rovigo, dove i maschi si distanziano dalle femmine di 26.2 punti percentuali (38.9% vs 12.7%). Per le restanti province, i consumi di questa bevanda rimangono in ogni caso più elevati tra i maschi che tra le femmine, con differenze di uso tra i generi comprese tra i 14 ed i 26.2 punti percentuali. Anche per la propensione al consumo di superalcolici, le differenze tra maschi e femmine si assottigliano nello strato dei 15enni, ed evidenziano un avvicinamento da parte delle femmine a questo tipo di bevanda che fa diminuire la distanza percentuale tra i sessi (statisticamente significativa nelle sole province di Vicenza e Padova).

Infine, le analisi intra-strato tra i maschi evidenziano che tra le tre diverse tipologie di alcolici, la birra detiene il più alto consumo tra i maschi dello strato dei 15enni, in particolare nelle province di Vicenza, Padova e Rovigo, con prevalenze che vanno di tre punti percentuali oltre la stima regionale (35.0%).

L'andamento del fenomeno appena descritto rispecchia quanto sostenuto in letteratura rispetto alla variazione delle preferenze sul tipo di bevande assunte nelle tre fasce d'età: a undici anni, probabilmente, il consumo di vino si associa soprattutto ad occasioni conviviali in famiglia, mentre a quindici il consumo di birra si lega alla frequentazione dei coetanei fuori dal contesto domestico ed è visto come momento di socializzazione o di preparazione ad eventi rilevanti per i ragazzi.

Le Aziende ULSS

Le prevalenze relative al consumo quotidiano e settimanale di alcolici (indistintamente: vino, birra e superalcolici) nelle diverse ULSS venete sono presentate nella Tabella 7.4.

Considerando il consumo quotidiano, la significatività statistica dei confronti tra Aziende ULSS vale in tutti e tre i gruppi del campione di età di 11, 13 e 15 anni.

Entrando nello specifico, tra gli undicenni è l'ULSS 7 di Pieve di Soligo (5.1%) ad avere il più alto numero di bevitori,, mentre le percentuali più basse sono presenti nelle ULSS 8 e 15, con entrambe l'1% di consumo giornaliero di alcolici. In questo strato, va segnalata un'assenza di dati nelle ULSS 1, 10, 12 18 e 22.

Tra i tredicenni, la stima manca nell'ULSS 13, mentre il valore più alto è dell'ULSS 19 di Taglio di Po (7.0%), seguita dall'ULSS 18 di Rovigo (6.3%). Tra i consumi più limitati, non superiori all'1%, vanno annoverate le ULSS 12 e 21.

Infine, per i ragazzi più grandi (15enni), il numero maggiore di consumatori è rappre-

sentato dai giovani di Feltre (ULSS 2), con una prevalenza del 9.3%, che risulta essere il doppio rispetto alla stima regionale (4.8%).

Sempre nella stessa fascia d'età, il dato manca nell'ULSS 1 di Belluno, mentre la prevalenza più bassa è dell'ULSS 17 di Este con l'1%.

Per quanto riguarda il consumo settimanale, le differenze percentuali tra le Unità Locali sono risultate statisticamente significative nel solo strato dei quindicenni e mostrano come in questo gruppo di età sia presente un più alto consumo di alcolici rispetto agli altri due strati. Le prevalenze talvolta superano di molto la media regionale (35.8%), come accade nelle ULSS 4 (43.7%), 19 (46.2%), 20 (40.2%), 21 (50.0%) e 22 (42.9%). La percentuale più bassa di consumatori settimanali di alcolici si ascrive alla realtà territoriale dell'ULSS 13, la cui stima corrisponde a poco più della metà delle percentuali più elevate, con un indice del 26.8%.

Osservando la distribuzione delle frequenze per i ragazzi più giovani (11enni), è comunque possibile individuare i due estremi, rispettivamente nell'ULSS 17, con il 10.3% e nell'ULSS 5 con una stima dell'1.1%.

La distribuzione di valori relativa ai giovani di tredici anni diventa, invece, molto ampia ed include la percentuale più bassa dell'ULSS 17 di Este (4%) e la più alta dell'ULSS 19 di Taglio di Po (21.1%), percentuale che raddoppia rispetto alla stima regionale (10.9%).

Tabella 7.1 Giovani di 11, 13 e 15 anni che bevono alcolici ogni giorno a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	3.1	1.1	0.7	0.5	2.0	0.6	3.1	1.0	1.4	0.7	2.3	0.7	7.3	1.5	2.5	0.9	4.8	0.9
Belluno	1.9	2.6	1.1	2.2	1.6	1.8	10.9	8.3	-	-	5.1	4.0	3.8	3.3	2.8	3.2	3.4	2.3
Vicenza	4.1	2.8	-	-	2.1	1.5	2.6	2.3	-	-	1.4	1.3	5.9	3.4	4.1	2.5	4.9	2.0
Treviso	3.8	2.6	1.2	1.6	2.6	1.6	2.0	1.9	1.3	1.8	1.7	1.3	9.2	4.1	1.9	1.8	5.4	2.2
Venezia	2.1	2.5	-	-	1.0	1.2	3.5	2.7	0.7	1.4	2.1	1.6	5.6	3.3	2.5	2.0	3.9	1.9
Padova	3.4	2.7	1.4	1.9	2.5	1.7	1.7	1.9	2.1	2.4	1.9	1.5	9.7	5.0	1.3	1.2	4.2	1.9
Rovigo	0.8	1.6	1.0	2.0	0.9	1.3	8.5	7.2	5.0	5.9	6.6	4.6	8.0	5.5	3.2	3.9	5.9	3.6
Verona	2.8	2.2	0.9	1.2	1.8	1.3	2.8	2.6	1.9	1.9	2.4	1.6	7.1	3.2	2.6	2.7	5.5	2.3

Tabella 7.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che bevono alcolici ogni settimana a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	6.0	1.4	2.5	1.0	4.3	0.9	14.1	2.2	7.4	1.7	10.9	1.4	45.6	2.9	27.0	2.4	35.8	1.9
Belluno	7.5	5.4	1.1	2.2	4.6	3.1	14.9	9.6	3.0	4.1	8.6	5.1	43.4	10.3	29.4	10.9	37.1	7.5
Vicenza	6.1	3.4	1.2	1.6	3.8	1.9	15.6	5.3	6.8	3.9	11.5	3.4	48.9	7.3	25.7	5.5	35.1	4.5
Treviso	5.2	3.0	3.9	3.0	4.6	2.2	12.8	4.5	9.4	4.6	11.4	3.3	42.5	6.9	23.1	5.7	32.3	4.5
Venezia	5.4	3.7	1.4	1.9	3.4	2.1	13.3	5.4	5.9	3.7	9.7	3.3	40.6	6.8	25.6	5.6	32.5	4.4
Padova	6.7	3.7	1.4	1.9	4.2	2.2	11.2	4.7	4.9	3.5	8.3	3.0	46.2	8.3	27.9	5.1	34.1	4.5
Rovigo	8.8	6.5	3.0	4.3	6.2	4.1	22.8	10.8	10.9	8.2	16.4	6.7	50.7	10.4	30.3	10.0	41.9	7.5
Verona	5.6	3.1	4.8	2.9	5.2	2.1	15.6	5.6	9.8	4.2	12.6	3.5	47.9	6.4	33.2	7.4	42.5	4.9

Tabella 7.3 Giovani di 11, 13 e 15 anni che bevono regolarmente birra, vino e superalcolici a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
Birra																			
Regione	2.5	0.9	1.3	0.7	1.9	0.6	1.9	0.6	1.9	0.6	1.9	0.6	1.9	0.6	1.9	0.6	1.9	0.6	1.9
Belluno	6.1	4.8	1.1	2.2	3.9	2.8	13.2	9.1	3.0	4.1	7.8	4.9	34.8	9.8	20.8	9.7	28.5	7.0	7.0
Vicenza	3.6	2.6	1.7	1.9	2.7	1.7	10.7	4.5	2.8	2.8	7.1	2.8	38.0	7.1	14.8	4.4	24.2	4.0	4.0
Treviso	1.0	1.4	1.9	2.1	1.4	1.2	8.5	3.8	4.7	3.2	6.9	2.6	32.0	6.6	11.6	4.3	21.3	4.0	4.0
Venezia	2.2	2.5	0.8	1.5	1.5	1.5	8.9	4.5	3.3	2.9	6.2	2.7	29.3	6.2	11.7	4.1	19.8	3.7	3.7
Padova	2.7	2.3	0.7	1.3	1.8	1.4	6.0	3.5	2.7	2.6	4.5	2.2	38.0	8.1	16.7	4.2	23.9	4.0	4.0
Rovigo	3.2	3.7	-	-	1.8	2.1	16.7	9.7	2.9	4.3	9.3	5.2	38.9	10.2	12.7	6.6	27.5	6.8	6.8
Verona	1.8	1.7	1.5	1.7	1.6	1.2	8.8	4.3	6.2	3.3	7.4	2.7	36.6	6.1	13.1	5.5	28.0	4.5	4.5
Vino																			
Regione	4.6	1.2	1.8	0.8	3.3	0.8	8.7	1.8	4.3	1.3	6.6	1.1	22.6	2.5	9.9	1.6	15.9	1.5	1.5
Belluno	3.1	3.5	1.1	2.2	2.2	2.2	9.2	7.7	-	-	4.3	3.7	10.9	6.4	9.7	6.7	10.4	4.6	4.6
Vicenza	4.0	2.7	0.5	1.0	2.3	1.5	9.9	4.3	4.3	3.2	7.4	2.8	22.5	6.1	12.9	4.2	16.8	3.5	3.5
Treviso	4.1	2.7	2.5	2.4	3.4	1.8	8.9	3.8	5.6	3.6	7.5	2.7	22.0	5.8	7.7	3.5	14.5	3.4	3.4
Venezia	4.5	3.3	1.1	1.5	2.8	1.8	7.9	4.2	3.4	2.9	5.7	2.6	23.4	5.9	9.2	3.6	15.7	3.4	3.4
Padova	5.6	3.4	0.7	1.4	3.3	1.9	7.0	3.8	3.5	3.0	5.4	2.5	24.7	7.2	7.9	3.0	13.6	3.3	3.3
Rovigo	6.2	5.5	3.0	4.3	4.8	3.6	11.2	7.8	7.9	7.2	9.4	5.3	23.5	8.7	10.1	6.6	17.7	5.7	5.7
Verona	4.7	2.9	4.1	2.7	4.4	2.0	9.2	4.5	4.6	3.0	6.8	2.7	23.7	5.3	12.6	5.1	19.7	3.9	3.9
Superalcolici																			
Regione	1.5	0.7	0.6	0.5	1.0	0.4	3.3	1.1	2.3	1.0	2.8	0.7	24.2	2.5	15.9	2.0	19.8	1.6	1.6
Belluno	0.9	1.9	1.1	2.2	1.0	0.9	7.2	6.8	1.5	2.9	4.1	2.2	15.6	7.8	14.6	8.5	15.2	3.5	3.5
Vicenza	1.0	1.3	0.5	1.0	0.8	0.5	3.5	2.6	1.8	2.1	2.8	1.0	24.6	6.3	14.0	4.3	18.3	2.2	2.2
Treviso	2.0	2.0	0.7	1.4	1.4	0.8	4.0	2.7	0.7	1.4	2.6	1.0	22.9	5.9	16.8	5.1	19.7	2.4	2.4
Venezia	2.2	2.5	0.5	0.9	1.3	0.8	2.3	2.3	4.7	3.4	3.5	1.2	18.3	5.3	13.7	4.4	15.8	2.1	2.1
Padova	2.2	2.1	-	-	1.2	0.7	1.2	1.6	-	-	0.6	0.5	27.0	7.3	15.5	4.2	19.4	2.3	2.3
Rovigo	1.6	2.2	1.9	3.7	1.8	1.3	5.9	5.7	4.2	5.6	5.0	2.4	27.0	9.0	16.2	7.8	22.3	3.8	3.8
Verona	-	-	0.6	1.2	0.3	0.4	3.7	2.6	3.3	2.4	3.5	1.1	28.5	5.8	21.7	6.5	26.0	2.7	2.7

Tabella 7.4 Giovani di 11, 13 e 15 anni che bevono alcolici quotidianamente o settimanalmente a livello di Azienda ULSS

	Consumo quotidiano						Consumo settimanale						
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
Regione	2.0	0.6	2.3	0.7	4.8	0.9	4.3	0.9	4.3	10.9	1.4	35.8	1.9
ULSS 1	-	-	5.3	5.0	-	-	3.4	3.8	3.8	7.9	6.1	35.7	10.2
ULSS 2	3.9	4.4	4.9	6.6	9.3	6.1	6.6	5.6	9.1	9.8	9.1	39.5	10.3
ULSS 3	2.7	3.6	1.4	2.8	5.0	4.3	4.0	4.4	7.6	11.6	7.6	32.0	9.1
ULSS 4	1.3	2.6	2.1	4.0	5.8	4.5	2.7	3.6	10.0	14.6	10.0	43.7	9.6
ULSS 5	1.1	2.2	1.2	2.3	3.5	3.9	1.1	2.2	5.5	7.1	5.5	30.2	9.7
ULSS 6	3.0	2.9	1.5	2.0	4.9	3.6	6.0	4.0	5.9	14.6	5.9	35.2	7.9
ULSS 7	5.1	4.3	1.0	1.9	5.6	4.4	6.1	4.7	4.9	6.9	4.9	36.4	9.1
ULSS 8	1.0	1.9	2.0	2.8	5.4	4.2	4.9	4.2	5.7	9.1	5.7	36.0	8.9
ULSS 9	2.5	2.4	1.7	1.9	5.1	3.1	3.8	2.9	5.3	14.9	5.3	28.1	6.3
ULSS 10	-	-	5.7	5.4	3.9	3.4	3.8	4.3	7.0	10.0	7.0	38.6	8.5
ULSS 12	-	-	1.1	2.2	4.6	3.6	3.7	4.1	6.3	10.1	6.3	29.8	7.8
ULSS 13	2.7	3.6	-	-	4.1	4.0	4.0	4.4	6.7	9.5	6.7	26.8	8.8
ULSS 14	1.5	2.9	2.7	3.0	2.3	3.1	3.0	4.1	5.2	8.8	5.2	39.1	10.3
ULSS 15	1.0	2.0	1.9	2.6	5.2	4.4	2.1	2.8	6.4	13.2	6.4	30.9	9.2
ULSS 16	2.8	2.7	2.1	2.4	4.9	2.6	2.8	2.7	4.2	7.0	4.2	39.3	5.9
ULSS 17	3.8	4.3	1.3	2.6	1.0	2.0	10.3	6.7	4.4	4.0	4.4	27.6	8.8
ULSS 18	-	-	6.3	6.0	5.4	4.6	6.5	5.5	14.3	14.3	8.6	39.1	10.0
ULSS 19	3.0	4.1	7.0	6.0	6.6	4.7	6.0	5.7	9.5	21.1	9.5	46.2	9.5
ULSS 20	2.3	2.0	2.8	2.2	5.3	2.7	6.0	3.2	4.7	14.2	4.7	40.2	5.9
ULSS 21	4.0	4.4	1.1	2.2	6.4	4.9	9.3	6.6	5.2	6.7	5.2	50.0	10.1
ULSS 22	-	-	1.9	2.6	5.2	5.0	1.9	2.6	11.2	11.2	6.0	42.9	11.1

Frequenza degli episodi di ubriachezza

Livello regionale

A livello regionale la prevalenza relativa agli episodi di ubriachezza rilevati nel campione è riportata nella Tabella 7.5.

È evidente come il fenomeno subisca un incremento percentuale mano a mano che si sale attraverso le tre fasce d'età: l'1.7% degli undicenni dichiara di essersi ubriacato almeno due volte fino al momento della rilevazione, per i tredicenni la percentuale è del 4.6%, infine per i quindicenni la stima arriva al 24.8%, comprendendo praticamente un quarto del campione, cinque volte di più rispetto al gruppo costituito dai giovani di 13 anni.

In tutti gli strati d'età la prevalenza dei maschi è superiore, con una differenza statisticamente significativa, a quella delle femmine, con episodi di ubriachezza che diventano più marcati all'aumentare dell'età. Infatti, tra i maschi di 11 e quelli di 15 anni esiste un salto percentuale di 26 punti e di quasi 24 punti tra i maschi di 13 e quelli di 15 anni. Questo fenomeno vale anche per il genere femminile, dove il divario tra lo strato delle più giovani (11enni) e quello delle 15enni supera il 20%.

Livello provinciale

I dati relativi alla prevalenza degli episodi di ubriachezza dei giovani veneti nelle diverse province sono presentati nella Tabella 7.5.

Nel gruppo totale degli undicenni la distribuzione delle stime risulta essere piuttosto omogenea, mentre si diversifica in maniera statisticamente significativa nello strato dei 13enni.

Com'è possibile notare, in questo strato, la provincia con la percentuale più alta di soggetti che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno due volte è quella di Rovigo, con una percentuale dell'8%, valore quasi doppio rispetto alla stima regionale (4.6%). In particolare, nella provincia di Rovigo ben il 15% dei maschi ha dato risposta positiva all'interrogativo posto dal questionario, segnando lo scarto maggiore tra i generi nelle diverse province (15% per i maschi vs 2.1% per le femmine), rivelandosi, in aggiunta, la stima più elevata anche all'interno dell'analisi intra-sesso. A questo proposito, la significatività statistica dei confronti tra maschi 13enni evidenzia come la provincia di Treviso si ponga con un valore altrettanto elevato (8.3%) rispetto alle restanti, a differenza, invece, della provincia di Padova, che presenta la stima più bassa (2.3%).

Nel campione totale dei quindicenni, i valori aumentano sensibilmente: è Belluno la provincia in cui gli episodi di ubriachezza sono più frequenti (33.7%), segue la provincia di Verona con il 27.7% di episodi dichiarati; tuttavia la non significatività statistica dei confronti non consente altre osservazioni.

Sebbene la realtà provinciale di Rovigo (24.3%) sia in linea con la stima regionale (24.8%), nei confronti di genere essa risulta, invece, la provincia con la differenza più

ampia tra maschi e femmine (31.0% vs 15.5%). Tale differenza, oltre ad essere statisticamente significativa, evidenzia come per i maschi questo valore sia, in sostanza, il doppio di quello delle loro coetanee.

Infine, la provincia in cui i quindicenni dichiarano con meno frequenza di essersi ubriacati due o più volte nella vita è quella di Treviso, con una percentuale del 21.9%.

In conclusione, come per lo strato precedente, le percentuali più elevate si registrano tra i maschi, con un solo rovesciamento nella provincia di Venezia, dove non si è rilevata alcuna differenza tra i sessi (24.0% vs 24.9%). Va tenuto in considerazione, però, che il confronto di genere non è risultato significativo dal punto di vista statistico.

Le Aziende ULSS

La Tabella 7.6 riassume i dati relativi alla frequenza con cui i giovani delle tre fasce d'età hanno dichiarato due o più ubriacature nelle diverse realtà locali della nostra Regione.

Le differenze tra ULSS hanno raggiunto livelli di significatività statistica in tutti gli strati del campione.

Tra gli undicenni i valori oscillano da un minimo dell'1% presente nelle ULSS 7, 15 e 22 ad un massimo attribuibile all'ULSS 8 di Asolo (4.9%). Da segnalare il 3.9% dell'ULSS 13, che risulta più del doppio del valore regionale (1.7%). In questo strato d'età le ULSS 4, 19 e 20 non riportano osservazioni.

Nello strato d'età intermedio (13enni) i due valori agli estremi sono rappresentati dall'ULSS 3 di Bassano del Grappa (1.4%) e dall'ULSS 4 dell'Alto vicentino, che con la stima del 12.5%, risulta essere il triplo di quella regionale (4.6%).

Uno scarto ampio rispetto alla stima regionale si registra anche nelle ULSS 18 e 19, con prevalenze dell'8.1 e dell'8.5%, mentre le ULSS 16 e 17 non riportano osservazioni.

Come già osservato nelle analisi a livello regionale e provinciale, anche tra le ULSS venete si assiste ad un aumento dei valori nel gruppo dei quindicenni: nello specifico, è l'ULSS 1 di Belluno la realtà locale in cui l'abuso di alcolici fino all'ubriacatura è stato dichiarato con maggior frequenza (35.7%), seguita dalla 19 e dalla 22, entrambe con un valore del 34,6%.

Le Unità Socio-Sanitarie locali con una prevalenza che va oltre la media regionale (24.8%), sono quasi la metà delle Aziende ULSS e precisamente le ULSS 1, 2, 4, 7, 12, 14, 15, 16, 19, 21 e 22.

Come per i tredicenni, anche in questo strato d'età il minor numero di ubriacature spetta all'ULSS 3 di Bassano del Grappa, con una percentuale del 15%.

Tabella 7.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che si sono ubriacati due o più volte a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	2.8	1.0	0.6	0.5	1.7	0.6	5.4	1.4	3.7	1.2	4.6	0.9	29.0	2.7	21.2	2.3	24.8	1.7
Belluno	3.3	3.7	1.1	2.2	2.3	2.3	5.5	6.0	4.5	4.9	4.9	3.9	39.6	10.2	26.6	10.7	33.7	7.4
Vicenza	2.5	2.2	0.5	1.0	1.5	1.2	4.0	2.7	6.6	4.1	5.2	2.4	26.9	6.5	18.9	4.9	22.1	3.9
Treviso	3.1	2.4	1.3	1.8	2.3	1.6	8.3	3.8	3.2	2.7	6.1	2.5	27.0	6.2	17.2	5.1	21.9	4.0
Venezia	4.4	3.4	0.5	0.9	2.4	1.8	4.7	3.3	2.6	2.3	3.7	2.1	24.0	5.8	24.9	5.6	24.5	4.0
Padova	3.5	2.7	-	-	1.9	1.5	2.3	2.3	1.3	1.9	1.9	1.5	31.5	7.7	23.4	4.9	26.1	4.1
Rovigo	3.1	4.2	-	-	1.7	2.4	15.0	9.5	2.1	4.0	8.0	5.0	31.0	9.5	15.5	6.8	24.3	6.3
Verona	0.4	0.7	0.6	1.2	0.5	0.7	5.0	3.6	4.5	2.7	4.7	2.2	31.1	5.9	21.9	6.9	27.7	4.5

Tabella 7.6 Giovani di 11, 13 e 15 anni che si sono ubriacati due o più volte a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	1.7	0.6	4.6	0.9	24.8	1.7
ULSS 1	2.2	3.1	6.5	5.5	35.7	10.2
ULSS 2	2.6	3.6	2.4	4.7	30.2	9.7
ULSS 3	1.3	2.6	1.4	2.8	15.0	7.0
ULSS 4	-	-	12.5	9.4	30.8	8.9
ULSS 5	1.1	2.2	6.0	5.1	17.4	8.0
ULSS 6	2.9	2.8	4.3	3.4	24.3	7.0
ULSS 7	1.0	1.9	4.0	3.8	28.4	8.5
ULSS 8	4.9	4.2	7.0	5.0	22.3	7.7
ULSS 9	1.3	1.7	6.3	3.6	18.8	5.5
ULSS 10	2.5	3.5	5.5	5.2	22.3	7.2
ULSS 12	2.4	3.3	3.4	3.8	29.5	7.8
ULSS 13	3.9	4.3	4.0	4.4	15.8	7.3
ULSS 14	1.4	2.8	2.7	3.0	32.2	9.8
ULSS 15	1.0	2.0	5.6	4.4	25.5	8.6
ULSS 16	2.1	2.3	-	-	29.9	5.5
ULSS 17	2.6	3.5	-	-	20.2	7.9
ULSS 18	2.6	3.5	8.1	6.8	18.7	8.0
ULSS 19	-	-	8.5	6.5	34.6	9.0
ULSS 20	-	-	5.7	3.1	24.8	5.2
ULSS 21	1.3	2.6	2.3	3.1	25.5	8.8
ULSS 22	1.0	1.9	3.7	3.5	34.6	10.6

VARIAZIONI TEMPORALI

Frequenza nel bere

In questa sezione vengono riportate le stime delle variazioni temporali unicamente per il consumo di alcol, distinto per tipologia di bevande utilizzate (vino, birra e superalcolici) senza descrivere il fenomeno delle ubriacature. Infatti, in riferimento a tale indicatore, i test statistici di confronto tra le due indagini non hanno prodotto risultati statisticamente significativi tali da evidenziare un cambiamento di tendenza, in termini di decremento o di incremento degli episodi di ubriacatura, rispetto alla prima rilevazione.

A fronte del crescente aumento del consumo di alcol tra i giovani, ben documentato in letteratura, con il conseguente fenomeno del "binge drinking", i dati derivanti dalla presente ricerca permettono di rilevare il numero di volte in cui i ragazzi hanno dichiarato di essersi ubriacati nel corso della vita, arrivando ad una approssimazione del fenomeno emergente del binge drinking senza, però, delinearlo esattamente e affidando, di fatto, alla loro percezione la definizione di "ubriacatura". Il fatto, comunque, che questo indicatore in Veneto non sia aumentato può costituire un aspetto confortante, almeno per i "più giovani", visto che nello strato dei 15enni si conferma, invece, un dato non proprio positivo, con ben un 25% che si è già ubriacato più di una volta nella vita.

Livello regionale

Nella Tabella 7.7 viene evidenziata la variazione temporale tra la prima indagine HBSC del 2002 e la seconda del 2006 per il consumo quotidiano di alcol, come derivante dall'aggregazione dell'uso di vino, birra e superalcolici. La significatività statistica dei confronti tra gli strati totali e tra le due rilevazioni evidenzia una diminuzione del consumo in tutti e tre i gruppi di età: più marcata negli ultimi due strati del campione rispetto al primo. Le differenze percentuali tra il 2002 e il 2006 nei 13 e nei 15enni sono di oltre il 3% e negli 11enni dell'1.6% (graf. 7.1, 7.2, 7.3).

Se si considerano separatamente i sessi, tra i maschi di 13 e di 15 anni il consumo quotidiano di alcol nel 2006 cala di circa la metà: nel 2002 riferiva di bere quotidianamente il 7.5% dei maschi di 13 e il 12.5% di quelli di 15 anni, mentre nel 2006 l'assunzione scende rispettivamente al 3.1% e al 7.3%, con confronti statisticamente significativi. Lo stesso decremento nel tempo vale anche per le femmine, ma le differenze percentuali tra le due rilevazioni risultano più contenute: non oltre l'1.7% in tutti e tre gli strati.

Analizzando, invece, la tipologia delle bevande consumate, i decrementi percentuali riscontrati nel 2006 nei tre gruppi di età sono maggiori per la birra rispetto al vino e ai superalcolici e questo accade soprattutto per i 15enni, dove il calo rispetto all'indagine del 2002 è del 7.7% per il consumo di birra (tab. 7.8 e graf. 7.6), del 5.2%

e 5.4% per l'assunzione, rispettivamente, di vino (tab. 7.9 e graf. 7.9) e superalcolici (tab. 7.10).

Livello provinciale

Le variazioni temporali rilevate a livello provinciale per il consumo quotidiano di alcol (tab. 7.7) sono risultate statisticamente significative solo in alcune province. Nello strato totale degli 11enni, il territorio di Rovigo dimostra un calo nel 2006 di oltre 8 punti percentuali, passando dal 9.1% allo 0.9% (graf. 7.1) e una marcata diminuzione del 12.4% tra i maschi.

Nel gruppo dei 13enni, la provincia con la disaffezione maggiore al consumo di alcol nel 2006 è Treviso (scarto del 4.6%), seguita da Vicenza (calo del 3.8%), Padova (del 3.3%) e Verona (del 3.2%) come presentato nel Grafico 7.2. Da evidenziare che per le femmine 13enni della provincia di Vicenza l'assunzione di alcol sembra essersi estinta nel 2006, passando dal 4.9% nel 2002 all'assenza del dato nell'ultima indagine. Per lo strato, infine, dei 15enni, Belluno, Padova e Verona sono le sole province ad avere differenze statisticamente significative, con un decremento nell'ultima rilevazione rispettivamente del 5.4%, 3.3% e 4.7% (graf. 7.3).

Per quanto riguarda la tipologia delle bevande alcoliche assunte, la birra (tab. 7.8) appare fortemente in discesa nel 2006, in particolar modo tra i 13enni, con scarti tra il 3% e il 6% nelle province di Vicenza, Venezia, Padova e Verona (graf. 7.5), ma ancor più tra i 15enni. In questo strato i decrementi sul territorio veneto oscillano dal 5.8% al 9.5% nelle province di Vicenza, Treviso, Venezia e Verona, mentre la massima distanza percentuale tra il 2002 e il 2006 è presente nella provincia di Belluno, dove lo scarto tra le due indagini raggiunge i 18.3 punti percentuali (graf. 7.6), passando dal 46.8% al 28.5% e segnando, al contempo, tra i maschi un calo nel consumo regolare di birra del 26%.

Nei confronti dell'assunzione regolare di vino (tab. 7.9), il dato più interessante da evidenziare sotto l'aspetto statistico riguarda gli 11enni della provincia di Rovigo (graf. 7.7) che subiscono un calo nel 2006 di oltre il doppio rispetto alla stima del 2002 (dall'11.4% al 4.8%). Lo stesso andamento di disaffezione al vino accade anche per i giovani 13enni (graf. 7.8) della provincia di Padova (calo del 6.6% nel 2006) e di Verona (del 4.9%), come pure per i 15enni del territorio di Treviso (calo del 6.4%) e Padova (del 7.9%), mentre la provincia di Belluno anche per questo tipo di bevanda segna la massima differenza tra le due indagini, con uno scostamento di 13.2 punti percentuali a livello di campione totale e di 20 punti percentuali tra i maschi.

Infine, nella Tabella 7.10 vengono presentate le variazioni temporali per il consumo regolare di superalcolici. Per questa tipologia di bevanda l'andamento è piuttosto simile a quello descritto in precedenza per vino e birra, con decrementi marcati (e statisticamente significativi) nei 13enni delle province di Vicenza (6.1%), Treviso (4.4%) e Padova (5.1%) e nei 15enni delle realtà venete di Belluno (dove si assiste al calo maggiore del 13%), Vicenza (5.8%) e Treviso (4.4%).

Tabella 7.7 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

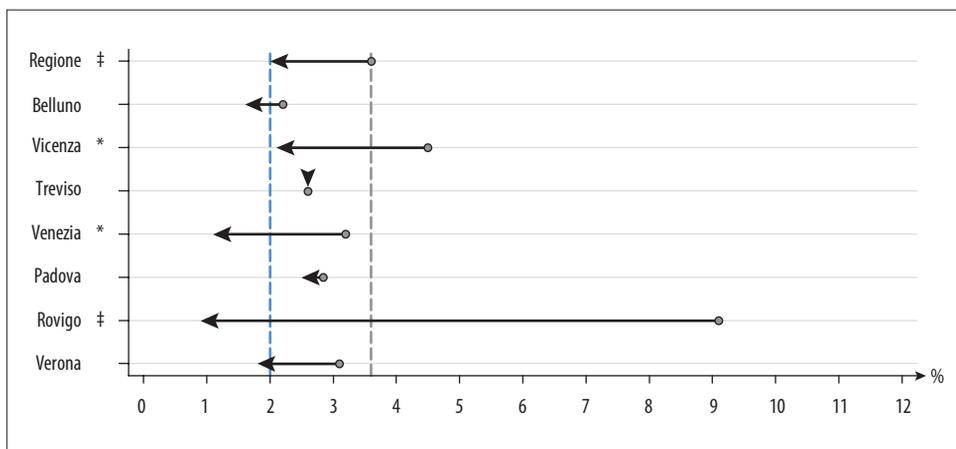
Consumo quotidiano di alcol						
Anno 2002			Anno 2006			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	5.2 ‡	1.9 LL	3.6 ‡	3.1 ‡	0.7 LL	2.0 ‡
Belluno	4.9 *	-	2.2	1.9 *	1.1	1.6
Vicenza	8.7 *	0.5	4.5 *	4.1 *	-	2.1 *
Treviso	4.3	0.6	2.6	3.8	1.2	2.6
Venezia	3.7	2.7 *	3.2 *	2.1	- *	1.0 *
Padova	1.3	4.3	2.8	3.4	1.4	2.5
Rovigo	13.2 ‡	4.8	9.1 ‡	0.8 ‡	1.0	0.9 ‡
Verona	4.9	1.0	3.1	2.8	0.9	1.8
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	7.5 ‡	3.1 ‡	5.4 ‡	3.1 ‡	1.4 ‡	2.3 ‡
Belluno	8.7	1.7	5.6	10.9	-	5.1
Vicenza	5.5	4.9 ‡	5.2 ‡	2.6	- ‡	1.4 ‡
Treviso	8.6 ‡	4.5 *	6.3 ‡	2.0 ‡	1.3 *	1.7 ‡
Venezia	6.1	1.8	4.3	3.5	0.7	2.1
Padova	8.1 ‡	2.3	5.2 LL	1.7 ‡	2.1	1.9 LL
Rovigo	11.0	- *	6.6	8.5	5.0 *	6.6
Verona	7.5 LL	3.3	5.6 LL	2.8 LL	1.9	2.4 LL
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	12.5 ‡	3.9 *	8.2 ‡	7.3 ‡	2.5 *	4.8 ‡
Belluno	14.2 ‡	-	8.8 LL	3.8 ‡	2.8	3.4 LL
Vicenza	12.0 LL	3.9	7.3 *	5.9 LL	4.1	4.9 *
Treviso	12.7	1.7	7.5	9.2	1.9	5.4
Venezia	11.1 LL	3.7	7.4 *	5.6 LL	2.5	3.9 *
Padova	12.2	2.2	7.7 LL	9.7	1.3	4.2 LL
Rovigo	18.0 LL	7.0	11.6 *	8.0 LL	3.2	5.9 *
Verona	12.2 *	7.9 ‡	10.2 LL	7.1 *	2.6 ‡	5.5 LL

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 7.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che consumano alcol quotidianamente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

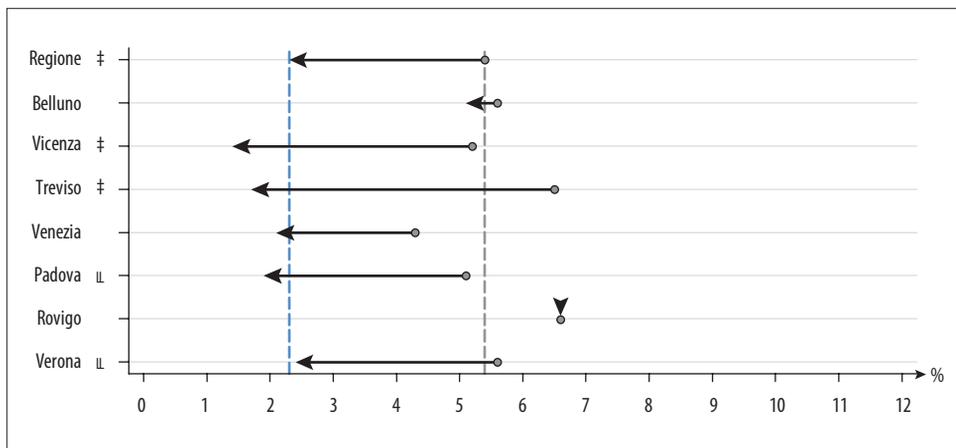
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono alcol quotidianamente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono alcol quotidianamente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 7.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che consumano alcol quotidianamente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

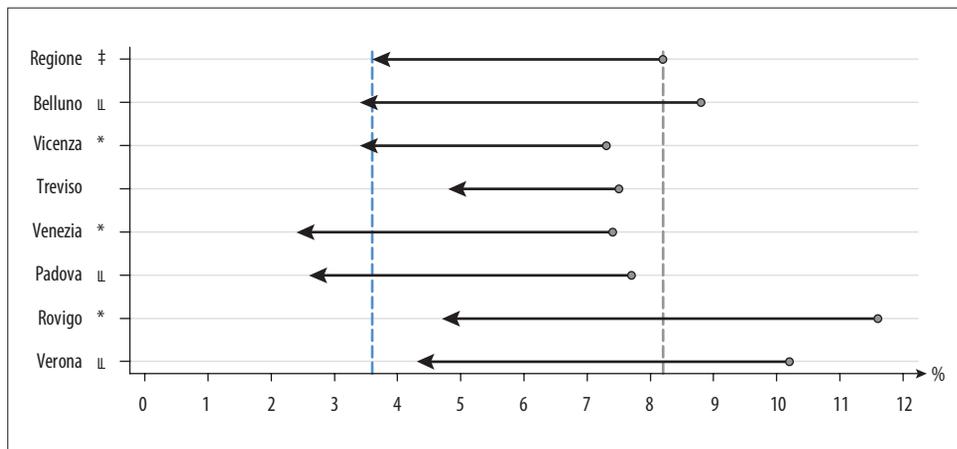
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono alcol quotidianamente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono alcol quotidianamente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 7.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che consumano alcol quotidianamente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono alcol quotidianamente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono alcol quotidianamente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Tabella 7.8 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

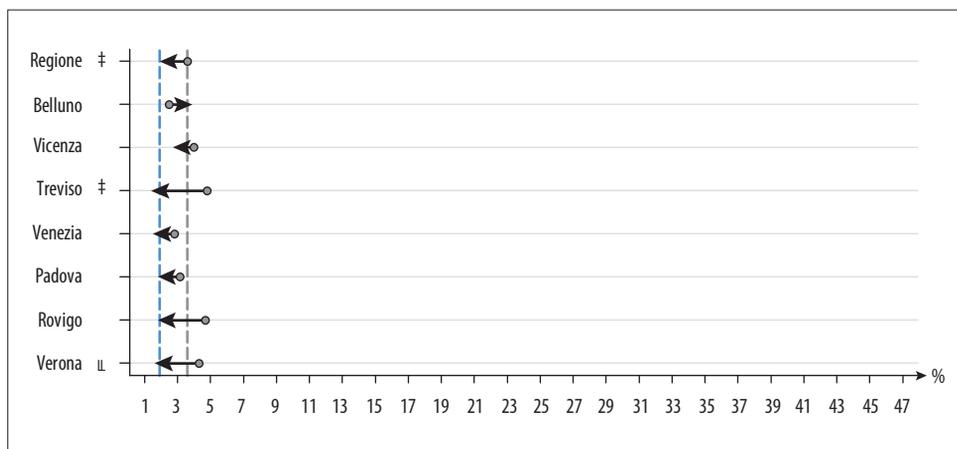
Consumo regolare di birra						
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	6.0 ‡	1.2	3.6 ‡	2.5 ‡	1.3	1.9 ‡
Belluno	5.5	-	2.5	6.1	1.1	3.9
Vicenza	6.7	0.4	3.4	3.6	1.7	2.7
Treviso	7.7 ‡	1.2	4.8 ‡	1.0 ‡	1.9	1.4 ‡
Venezia	3.9	1.0	2.4	2.2	0.8	1.5
Padova	2.8	2.5	2.6	2.7	0.7	1.8
Rovigo	7.9	1.6	4.7	3.2	-	1.8
Verona	7.0 LL	1.0	4.3 LL	1.8 LL	1.5	1.6 LL
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	15.4 ‡	6.9 ‡	11.3 ‡	9.1 ‡	3.9 ‡	6.6 ‡
Belluno	17.3	6.2	12.5	13.2	3.0	7.8
Vicenza	17.4 *	6.9 LL	12.3 ‡	10.7 *	2.8 LL	7.1 ‡
Treviso	14.5 LL	6.7	10.2 *	8.5 LL	4.7	6.9 *
Venezia	12.4	7.2	10.2 LL	8.9	3.3	6.2 LL
Padova	13.9 ‡	7.0 *	10.4 ‡	6.0 ‡	2.7 *	4.5 ‡
Rovigo	19.4	12.7	16.7	16.7	2.9	9.3
Verona	16.0 LL	5.5	11.3 LL	8.8 LL	6.2	7.4 LL
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	43.7 ‡	19.1 ‡	31.6 ‡	35.0 ‡	14.0 ‡	23.9 ‡
Belluno	60.9 ‡	23.8	46.8 ‡	34.8 ‡	20.8	28.5 ‡
Vicenza	46.8 *	17.3	30.0	38.0 *	14.8	24.2
Treviso	43.8 ‡	15.5	30.6 ‡	32.0 ‡	11.6	21.3 ‡
Venezia	38.8	20.0 *	29.3	29.3	11.7 *	19.8
Padova	39.3	19.2	30.1	38.0	16.7	23.9
Rovigo	50.4	14.5	30.2	38.9	12.7	27.5
Verona	44.0	24.6 ‡	35.1	36.6	13.1 ‡	28.0

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 7.4 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che consumano birra regolarmente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

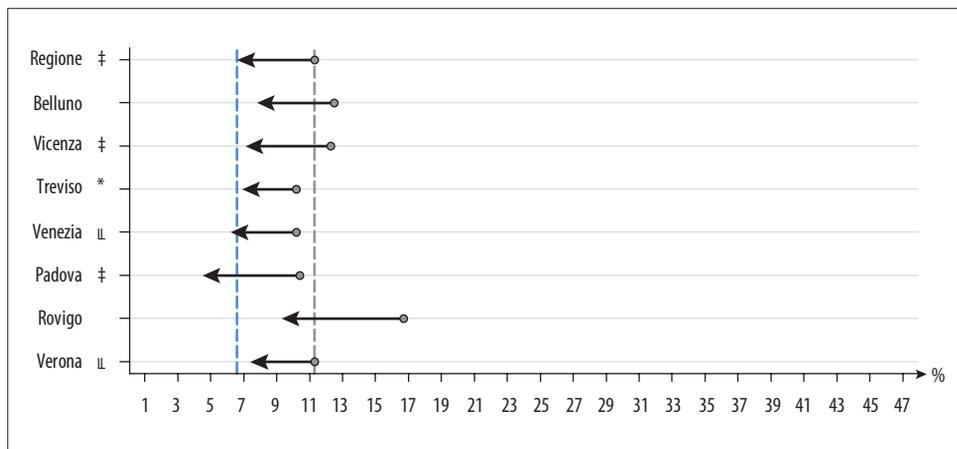
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono birra regolarmente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono birra regolarmente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 7.5 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che consumano birra regolarmente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

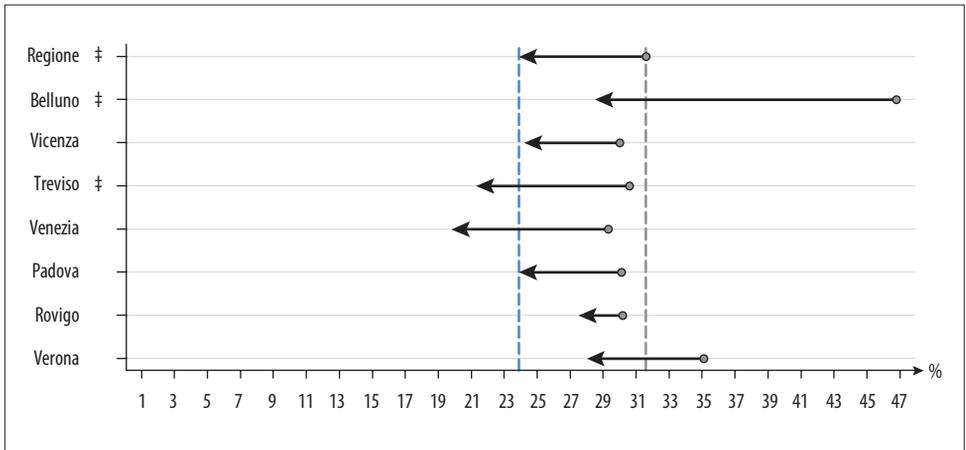
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono birra regolarmente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono birra regolarmente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 7.6 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che consumano birra regolarmente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono birra regolarmente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono birra regolarmente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Tabella 7.9 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

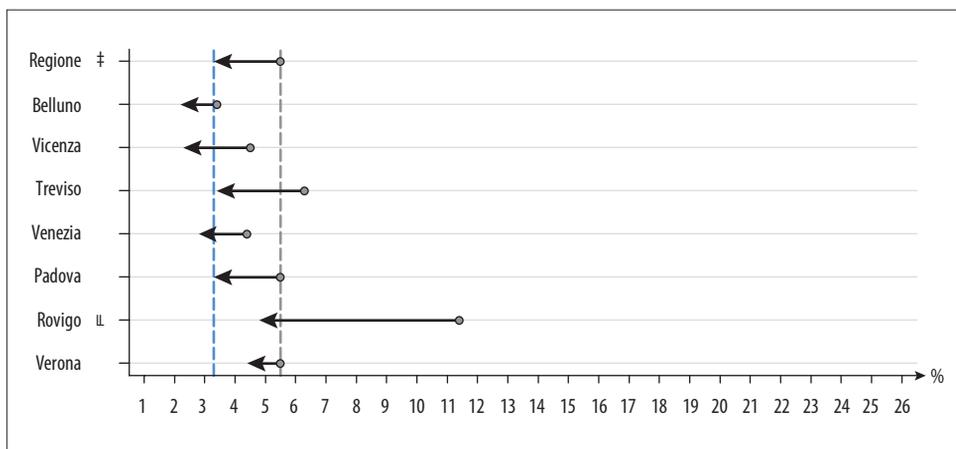
Consumo regolare di vino						
Anno 2002			Anno 2006			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	9.2 ‡	1.7	5.5 ‡	4.6 ‡	1.8	3.3 ‡
Belluno	5.0	1.0	3.4	3.1	1.1	2.2
Vicenza	9.0 ll	-	4.5	4.0 ll	0.5	2.3
Treviso	11.0 ‡	0.5	6.3	4.1 ‡	2.5	3.4
Venezia	6.0	2.0	4.4	4.5	1.1	2.8
Padova	6.0	4.0 ll	5.5	5.6	0.7 ll	3.3
Rovigo	17.0 ll	5.0	11.4 ll	6.2 ll	3.0	4.8 ll
Verona	9.0	0.5 ll	5.5	4.7	4.1 ll	4.4
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	14.1 ‡	6.8 ‡	10.6 ‡	8.7 ‡	4.3 ‡	6.6 ‡
Belluno	9.7	3.4	7.0	9.2	-	4.3
Vicenza	15.2	7.2	11.3 *	9.9	4.3	7.4 *
Treviso	11.9	6.7	9.0	8.9	5.6	7.5
Venezia	11.5	6.2	9.3 *	7.9	3.4	5.7 *
Padova	16.1 ‡	8.0 *	12.0 ‡	7.0 ‡	3.5 *	5.4 ‡
Rovigo	14.5	5.7	11.0	11.2	7.9	9.4
Verona	16.0 ‡	6.6	11.7 ‡	9.2 ‡	4.6	6.8 ‡
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	29.2 ‡	12.6	21.1 ‡	22.6 ‡	9.9	15.9 ‡
Belluno	31.0 ‡	11.5	23.6 ‡	10.9 ‡	9.7	10.4 ‡
Vicenza	33.0 ll	9.7	20.0	22.5 ll	12.9	16.8
Treviso	32.2 ‡	7.8	20.9 ll	22.0 ‡	7.7	14.5 ll
Venezia	20.0	11.1	15.5	23.4	9.2	15.7
Padova	28.0	13.8	21.5 ll	24.7	7.9	13.6 ll
Rovigo	32.0	14.2	22.0	23.5	10.1	17.7
Verona	30.5	20.6 ll	26.0 *	23.7	12.6 ll	19.7 *

* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 7.7 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che consumano vino regolarmente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

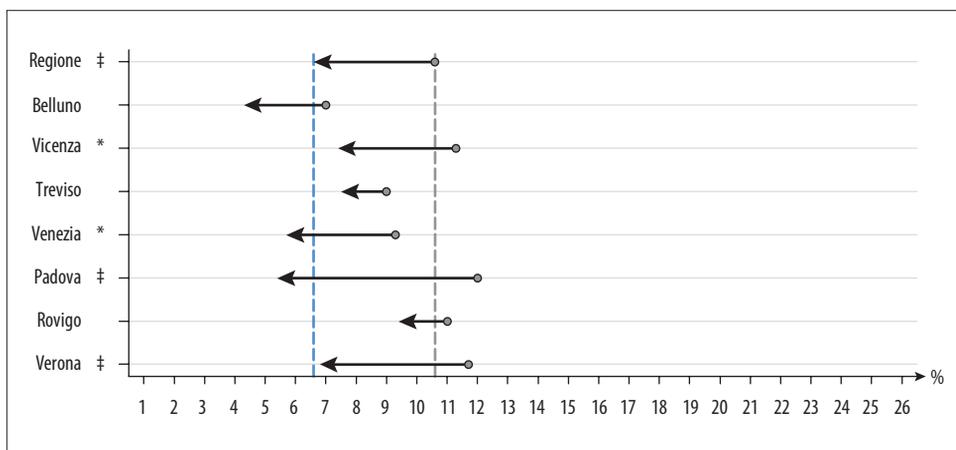
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono vino regolarmente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono vino regolarmente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 7.8 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che consumano vino regolarmente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

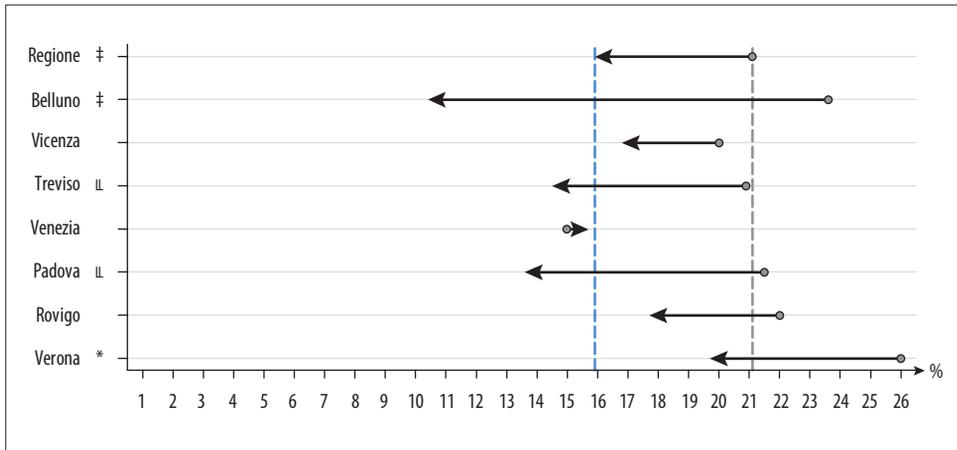
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono vino regolarmente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono vino regolarmente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 7.9 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che consumano vino regolarmente



* Variabile significativa per $p < 0.10$

II Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che bevono vino regolarmente a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che bevono vino regolarmente a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Tabella 7.10 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

Consumo regolare di superalcolici						
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	3.4 ‡	0.5	2.0 ‡	1.5 ‡	0.6	1.0 ‡
Belluno	4.3 *	-	1.9	0.9 *	1.1	1.0
Vicenza	5.8 ‡	-	2.8 LL	1.0 ‡	0.5	0.8 LL
Treviso	3.0	0.6	1.9	2.0	0.7	1.4
Venezia	2.0	1.0	1.5	2.2	0.5	1.3
Padova	2.2	1.1	1.7	2.2	-	1.2
Rovigo	5.3	-	2.5	1.6	1.9	1.8
Verona	3.0	0.5	1.9 LL	-	0.6	0.3 LL
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	8.0 ‡	4.2 LL	6.1 ‡	3.3 ‡	2.3 LL	2.8 ‡
Belluno	10.3	3.5	7.3	7.2	1.5	4.1
Vicenza	10.4 ‡	7.2 LL	8.9 ‡	3.5 ‡	1.8 LL	2.8 ‡
Treviso	10.7 ‡	4.1 LL	7.0 ‡	4.0 ‡	0.7 LL	2.6 ‡
Venezia	6.1 *	1.3 *	4.0 *	2.3 *	4.7 *	3.5
Padova	7.0 ‡	4.6 ‡	5.7 ‡	1.2 ‡	- ‡	0.6 ‡
Rovigo	12.7	-	7.5	5.9	4.2	5.0
Verona	4.1	3.9	4.0	3.7	3.3	3.5
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	28.0 LL	22.3 ‡	25.2 ‡	24.2 LL	15.9 ‡	19.8 ‡
Belluno	30.8 LL	23.9	28.2 ‡	15.6 LL	14.6	15.2 ‡
Vicenza	24.8	23.6 ‡	24.1 LL	24.6	14.0 ‡	18.3 LL
Treviso	31.2	17.0	24.1 LL	22.9 LL	16.8	19.7 LL
Venezia	19.8	20.0	20.0	18.3	13.7	15.8
Padova	25.2	22.3 LL	24.0	27.0	15.5 LL	19.4
Rovigo	40.7 *	23.1 ‡	30.8	27.0 *	16.2 ‡	22.3
Verona	34.0	27.1	30.9	28.5	21.7	26.0

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

L'alcol è una sostanza psicotropa che tende ad avere delle connotazioni positive per i giovani e che riveste un ruolo fondamentale nell'eziologia di importanti effetti dannosi sulla salute. Fra gli adolescenti più giovani, è probabile che effetti come questi si verifichino anche quando la quantità di alcolici consumata è relativamente piccola (37, 38).

L'OMS (7) sostiene la necessità di mettere in atto programmi globali di educazione, cura e regolamentazione. Con la Carta Europea sull'Alcol, sottoscritta dai 51 Stati Membri dell'OMS e recepita dalla Giunta regionale del Veneto con DGR 2267/2002, in Europa vengono sanciti e rafforzati i principi etici e le strategie per sviluppare politiche e programmi specifici.

I giovani, in particolare, devono avere una maggiore consapevolezza dei potenziali effetti dannosi causati dal consumo di alcolici (39). Oltre alle attività di promozione della salute e di educazione all'alcol rivolte direttamente ai giovani e che di solito si svolgono nell'ambito della scuola, della comunità e dei servizi socio-sanitari, bisogna considerare altri ambienti che influiscono sul consumo di alcolici da parte dei giovani: la famiglia, per esempio. I risultati ottenuti da uno studio longitudinale che copre un periodo di più di 30 anni indica che i giovani con una forte presenza della famiglia sembrano essere al riparo da eventuali problemi di comportamento nell'età adulta (40).

Programmi di prevenzione nella scuola, formazione di abilità e interventi a breve termine sembrano promettenti, specialmente se attuati in sinergia con interventi nell'ambito della comunità. Per limitare l'abuso di alcol nella popolazione giovanile si dovrebbe prendere in considerazione una serie di interventi, quali: le campagne dei mass-media, le restrizioni in campo pubblicitario e la regolamentazione dell'accessibilità all'alcol da parte dei giovani attraverso politiche che interessano gli esercizi pubblici che distribuiscono alcolici (regolandone il numero, gli orari di apertura, la formazione dei titolari e del personale, ecc.). Alcune considerazioni di carattere legislativo potrebbero far parte di una politica di prevenzione per regolamentare le norme in merito al rilascio della licenza per la produzione e la vendita di alcolici, l'uso di etichette sugli alcolici per avvertire i consumatori dei danni per la salute e forse, cosa più importante per i giovani bevitori sensibili ai prezzi, le imposte sull'alcol.

Le più recenti indicazioni politiche in materia di alcol sono contenute nel documento "L'alcolologia nel Veneto: non solo cura, ma cultura. Indirizzi per il lavoro di rete", approvato dalla Giunta regionale del Veneto con provvedimento n. 473 del 28 febbraio 2006.

Secondo questo documento l'alcol etilico, pur essendo presente in abitudini e stili alimentari, è una sostanza dalla conclamata tossicità dal punto di vista farmacologico e fisiologico, è una droga perché altera la funzionalità del sistema nervoso cen-

trale, dà assuefazione e dipendenza e induce comportamenti ad alta pericolosità sociale. I danni causati dall'uso di alcol sono ampiamente testimoniati a livello sia biologico che sociale; tuttavia, i problemi legati all'alcolismo vero e proprio rappresentano solo una piccola parte dei problemi alcolcorrelati.

L'uso di alcol ed i problemi ad esso associati si possono vedere come una "struttura che connette" le famiglie e le persone in un sistema di pericoli e sofferenze che vanno dagli incidenti stradali a quelli sul lavoro, dalle sofferenze individuali, relazionali e sanitarie a quelle familiari e sociali, con coinvolgimento di tutte le figure familiari sia per l'uso diretto di alcol che per le sue conseguenze.

Per impostare azioni efficaci è necessario comprendere che non è possibile rivolgersi esclusivamente a popolazioni a rischio definite, ma è indispensabile coinvolgere tutta la comunità. In relazione al tempo di sviluppo di stili di vita appare fondamentale e strategico programmare interventi molto precoci verso i più giovani per un'azione di reale prevenzione primaria attraverso una educazione alle scelte con finalità di promozione della salute. In forma di slogan si tratta di passare dal concetto di "Popolazione a rischio per l'uso di alcol" al concetto di "Uso dell'alcol rischio per la popolazione".

È assodato dalle esperienze che da venticinque anni si sono accumulate nella pratica del lavoro, che per avere risultati apprezzabili con le persone che hanno sviluppato problemi alcolcorrelati ed alcolismo, bisogna mettere in conto tempi lunghi tanto quanto serve alle famiglie ed alle persone per effettuare e consolidare un cambiamento di stile di vita tale da vivere bene senza l'uso di alcol.

Nelle famiglie e nei singoli deve avvenire una vera e propria "rivoluzione copernicana" che richiede di togliere l'alcol dal centro degli interessi e dei problemi per collocarvi altri valori, superando l'iniziale frustrazione legata all'idea di rinuncia. I messaggi che vengono dalla società, i ricordi e le abitudini di vita, comunemente indicate come "cultura", vanno in senso opposto.

Per poter impostare un lavoro significativo di tale tipo e in questo ambiente "culturale" è strettamente necessaria la collaborazione di tutti gli attori che nella comunità si occupano di salute in generale e di problemi alcolcorrelati nello specifico, sia nelle strutture pubbliche che nel privato; in altre parole, è necessaria una rete funzionale e funzionante.

BIBLIOGRAFIA

1. DALLAGO L, SANTINELLO M. L'uso e l'abuso di alcolici: confronto tra gli adolescenti europei. *Psicologia di Comunità*, 2006, 2, 13-28.
2. SANTINELLO M, VIENO A, MARTINI CM. La diffusione e i predittori dell'uso di alcol e tabacco in preadolescenza. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2006, 249, 3-15.
3. CASSWELL S. Population Level policies on alcohol: are they still appropriate given that alcohol is good for the heart? *Addiction*, 1997, 92, S1: s81-s90.
4. ZUREIK M, DUCIMETIERE P. High alcohol related premature mortality in France: concordant estimates from a prospective cohort study and national mortality statistics. *Alcohol clinical Experience Research*, 1996, 20,3, 428-433.
5. AARON J, ZAGLUL H, EMERY RE. Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 1999, 24, 335-343.
6. KILTY KM. Drinking styles of adolescents and young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51, 556-564.
7. HIDALGO I, GARRIDO G e HERNANDEZ M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27, 351-360.
8. ALLAMANI A, CIPRIANI F, PRINA F. I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000. LITOS, Roma, 2006.
9. JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN JG, SCHULENBERG JE. *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings*. NIH Publication No. 06-5882. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2006.
10. ENGELS RCME T, SCHOLTE RHJ, VAN LIESHOUT CFM, DE KEMP R, OVERBEEK G. Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence *Addictive Behaviors*, 2006, 31, 440-449.
11. CARVAJAL SC, WIATRK DE, EVANS RI, KNEE CR, NASH SG. Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27, 255-265.
12. Telefono Azzurro e Eurispes, (2000). Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della preadolescenza. Disponibile On line: www.repubblica.it/cronaca/tabacco/tabacco.htm.
13. ZANON L, CELATA C, ROSSIN R, VIALETTA S, SANCLEMENTE A, USAI C & ZEPPEGNO P. I comportamenti a rischio. In CELATA C., CIRRI M., ZANON L. (a cura di). *Il mondo dell'adolescenza: pensieri, enigmi, provocazioni*. Milano, Franco Angeli, 1997.
14. GERRA G, ZAIMOVIC A, ZIMBELLI U & TIMPANO M. Alcol e giovani: il ruolo delle variabili psicobiologiche del comportamento. In CIBIN M., ORLANDINI D, RAMPAZZO L. (a cura di), *Alcolologia, Prevenzione, Progettualità regionale*. Venezia: Edizioni La Garangola, 2000.
15. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2006). L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Statistiche in breve. Monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e problemi correlati nella Regione Veneto Anno 2005 CNR Pisa, 2007.
16. HIBELL B, ANDERSSON B, BJARNASON T, AHLSTRÖM S, BALAKIREVA O, KOKKEVI A., MORGAN M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Stockholm, Sweden, 2004.
17. PROGETTO REGIONALE: stima di prevalenza ed incidenza dell'uso ed abuso di alcol e di so-

- stanze illecite nella Regione Veneto. Rapporto anni 2003, 2004 e 2005, Servizio Tecnografico Area della Ricerca del CNR - Pisa, 2006.
18. NIC GABHAINN S, FRANÇOIS Y. Substance use. In: CURRIE C ET AL. eds. Health and health behaviour among young people. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000, 97.
 19. MULDER M, WITZIERS B. Income effects of human resource development for higher educated professionals. In Mulder, Martin (ed.). *European vocational education and training research*. Proceedings of the VETNET program at the ECER conference in Ljubljana, Slovenia, on 17-20 September 1998, 117-124.
 20. DE WIT H, CREAN J, RICHARDS JB. Effects of D-amphetamine and ethanol on a measure of behavioral inhibition in humans. *Behav Neurosci*, 2000, 114, 830-837.
 21. POIKOLAINEN K, TUULIO-HENRIKSSON A, ALTO-SETALA T, MARTTUNEN M, ANTTILA T, LONNQVIST J. Correlates of initiation to cannabis use: a 5-year follow-up of 15-19-year-old adolescents. *Drug Alcohol Depend*, 2002, 62, 175-180.
 22. WARREN CW, KANN L, SMALL ML. Age of initiating selected health-risk behaviours among high school students in the United States. *Journal of adolescent health*, 1997, 21, 225-231.
 23. STORVOLL EE ET AL. Use of commercial and social sources of alcohol by underage drinkers: The role of pubertal timing. *Addictive Behaviors*, 2007, doi:10.1016/j.addbeh, 2007.
 24. DENT CW, GRUBE JW, BIGLAN A. Community level alcohol availability and enforcement of possession laws as predictors of youth drinking. *Preventive Medicine*, 2005, 40, 355-362.
 25. SIMONS-MORTON B, CHEN RS. Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 2006, 31, 1211-1223.
 26. KUNTSCH E, DELGRANDE JORDAN M. Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 2006, 84, 167-174.
 27. BEST D, MANNING V, GOSSOP M, GROSS S, STRANG J. Excessive drinking and other problem behaviours among 14-16 year old schoolchildren. *Addictive Behaviors*, 2006, 31, 1424-1435.
 28. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, RIDDER EM. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: Results of a 25-year longitudinal study *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88S, S14-S26.
 29. SCHOLTE RHJ ET AL. Relative risks of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors* 2007, doi:10.1016/j.addbeh, 2007, 04, 015.
 30. PASCHALL MJ, GRUBE JW, BLACK C., RINGWALT CL. Is Commercial Alcohol Availability Related to Adolescent Alcohol Sources and Alcohol Use? Findings from a Multi-Level Study. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 41, 168-174.
 31. ATKIN CK. Effects of media alcohol messages on adolescent audiences. In: COMSTOCK GA, ed. Adolescent medicine: state of the art review. Philadelphia, Hanley and Belfus, 1993.
 32. COLLINS RL, ELLICKSON PL, MCCAFFREY D, HAMBARSOOMIANS K. Early Adolescent Exposure to Alcohol Advertising and Its Relationship to Underage Drinking, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40, 527-534.
 33. FEINBERG ME, RIDENOUR TA, GREENBERG MT. Aggregating Indices of Risk and Protection for Adolescent Behavior Problems: The Communities That Care Youth Survey, *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40, 506-513.
 34. KOKKEVI AE, ARAPAKI AA, RICHARDSON C, FLORESCU S, KUZMANE M, STERGAR E. Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88, 308-312.

35. TUCKER J, ELLICKSON P, ORLANDO M, MARTINO S, KLEIN D. Substance use trajectories from early adolescence to emerging adulthood: a comparison of smoking, binge drinking and marijuana use. *J. Drug Issues*, 2005, 35, 307-332.
36. HIBELL B, ET AL. The ESPAD report - Alcohol and other drugs among students in 30 European countries. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
37. MIDANIK LT. Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures. *Addiction*, 1999, 94, 6, 887-897.
38. WINDLE M, SHOPE JT, BUKSTEIN O. Alcohol use. In: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, *Plenum Press*, 1996, 115-160.
39. MURGRAFF V, PARROTT A, BENNETT P. Risky single-occasion drinking amongst young people - Definition, correlates, policy, and intervention: a broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*, 1999, 34, 1, 3-14.
40. ENSMINGER ME, JUON HS. Transition to adulthood among high-risk youth. In: Jessor J, eds. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
41. CRANFORD JA, MCCABE SE, BOYD CJ. A new Measure of Binge Drinking: Prevalence and Correlates in a Probabilità Sample of Undergraduates, *Alcohol Clin Exp Res*, 2006,30, 11, 1896-1905.
42. D'ALESSIO M, BAIOTTO R, LAGHI F. The problem of binge drinking among Italian university students: a preliminary investigation, *Addict Behav.*, 2006, 31, 12, 2328-33.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on alcohol*, Geneva, 2004.

USO DI CANNABIS E DI ALTRE DROGHE

Alberto Rossi, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisori: Renato Rubin*, Anna Corti*

* *Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali - Regione Veneto*

INTRODUZIONE

Nonostante l'uso e l'abuso di droghe e di alcol siano presenti in quasi tutte le fasce di età e di reddito, è l'elevato consumo registrato fra gli adolescenti e i giovani adulti a destare la maggiore preoccupazione. Sembra, infatti, che l'acquisizione precoce di questi comportamenti si associ ad un considerevole uso successivo di sostanze illecite. Inoltre vari lavori internazionali e ricerche condotte su popolazioni target hanno mostrato un aumento considerevole della prima esperienza di consumo di droga e alcol nel corso dei primi anni dell'adolescenza (1,2). La tendenza generale all'incremento dell'uso di sostanze illecite si associa quindi all'abbassamento dell'età della prima esperienza (3, 4).

La letteratura riporta che, tra i vari tipi di sostanze, quelle più consumate dagli adulti come dagli adolescenti sono i cannabinoidi. I dati disponibili (dal 2000 ad oggi), estratti dalle varie indagini ESPAD su un campione di età compreso tra i 15 e i 19 anni, evidenziano che i consumi di cannabis (negli ultimi dodici mesi) registrano prevalenze diverse in relazione all'età, con un andamento crescente rispetto all'incremento di età. Dall'analisi dei dati, si evidenzia un trend crescente dei consumatori

dal 2000 al 2002; si passa dal 25% del 2000 al 27.2% del 2002, per poi diminuire nel 2003 al 25.5% fino al 23.8% del 2005. Tuttavia nel 2006 si registra con il 24.5% un nuovo lieve aumento rispetto all'anno precedente. Per gli studenti di sesso maschile gli anni che hanno visto prevalenze maggiori sono il 2002 (32%) e il 2003 (30%), mentre per le femmine il 2001 (24%) e il 2002 (23.3%). Se si considerano gli studenti che riferiscono di aver fatto uso di cannabis una o più volte negli ultimi 12 mesi, si osserva che circa la metà (49%) riferisce di aver fatto uso della sostanza indagata al massimo 5 volte nell'ultimo anno, mentre il 25% ha contatti più frequenti (da 6 a 19 volte) e il 26% ne ha consumato più di 20 volte. Nel Veneto, la distribuzione della prevalenza degli utilizzatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) è in linea con il dato nazionale ed è dell'ordine del 25.5% (5).

A differenza di quanto accade per eroina, cocaina, stimolanti di sintesi ed alcol per i quali una parte significativa dei rischi per la salute sono ascrivibili anche a pattern di utilizzo discontinuo, sporadico/occasionale (in particolare overdose, incidenti stradali ed episodi acuti cardiovascolari), per i consumi di cannabinoidi, il rischio per la salute, in particolare quello controverso per episodi di sofferenza mentale, sembrerebbe dose/dipendente ed in particolare associato al quantitativo cumulativo di THC (TetraHydroCannabinoidi, principio attivo della cannabis) consumato prima dei 18 anni (6).

Anche a livello europeo, nonostante la maggior parte dei paesi abbia tentato di contrastare il fenomeno con attività di prevenzione per i giovani, la sua diffusione rimane preoccupante (7).

Ridurre il consumo di sostanze illecite rimane la priorità più importante tra quelle poste dalla Sanità Pubblica in Europa per questo secolo (8, 9).

In Italia, come per l'Europa, lo studio del fenomeno e la comprensione dei meccanismi del passaggio dalla sperimentazione all'uso sono diventati una condizione imprescindibile, soprattutto per la pianificazione di politiche utili alla prevenzione, al contrasto e al controllo.

Importanti sono gli studi sui fattori di rischio e sui fattori protettivi di tipo longitudinale che si legano all'uso di cannabis (10). È nota l'influenza dei pari, sia a livello diretto, attraverso modelli di consumo, sia a livello indiretto, attraverso atteggiamenti positivi verso la sostanza (11-16) e risulta più forte per le femmine che per i maschi (17, 18).

Anche l'associazione con altre sostanze e comportamenti a rischio sembra suffragare l'ipotesi della presenza di pattern comportamentali (vedi cap. 6): la cannabis si lega al consumo e abuso di fumo e alcol, a comportamenti antisociali e alla volontà di usare droghe (15-17, 19-23). Alcuni autori considerano come fattori importanti il tempo libero trascorso al bar o in discoteca (19), il vivere in famiglie monoparentali (16, 20, 24), le difficoltà a scuola (15), l'abbandono scolastico (20), i problemi di ordine psicologico (15, 16, 23, 24), l'interazione difficile e la poca comunicazione con i genitori (16). In più, per le ragazze, il frequentare una scuola pubblica e il possesso di scarse abilità scolastiche, risultano fattori altrettanto importanti (19, 36, 37).

Da un punto di vista della salute, l'uso di cannabis ha effetti negativi sia a livello fisico che a livello psicologico. (25-27). I problemi psicologici includono sintomi psicotici (25, 28, 29), difficoltà di apprendimento, di concentrazione e memoria (25-27). Questi effetti avversi sono associati a un maggior numero di incidenti, inclusi quelli stradali (25-27) e a una caduta della performance scolastica (25, 30, 31). I problemi fisici riguardano problemi respiratori, bronchiti e tossi croniche (25-27) e, per alcuni autori, anche a neoplasie polmonari (25-26). La letteratura fornisce, quindi, indicazioni chiare su quali siano gli effetti da evitare e su quali fattori poter lavorare per implementare interventi di prevenzione (32-34).

Anche per l'utilizzo di cannabis emergono forti differenze internazionali relative all'uso (ad esempio, il 30% nella Repubblica Ceca e il 5% in Grecia). In nazioni dove il consumo è più frequente sembra che l'utilizzo di cannabis avvenga in età più precoce e risulta maggiore il legame tra cannabis e altre sostanze (35).

METODI

Poiché l'uso di cannabinoidi e di altre sostanze illecite non è frequente fra i preadolescenti, è stato chiesto solo ai quindicenni di riportare la loro esperienza. Vista l'importanza della tematica per la politica socio-sanitaria, è stato utilizzato il pacchetto opzionale del protocollo internazionale, che, è più dettagliato rispetto al questionario standard e consente di approfondire l'uso di molteplici sostanze.

Ai giovani sono state rivolte due tipologie di domande: una per indagare l'uso di cannabis e di altre droghe nel corso della loro vita e l'altra per indagare il solo utilizzo di cannabis nel corso degli ultimi dodici mesi:

- *Hai mai assunto una o qualcuna delle seguenti sostanze in vita tua? Cannabis (canne, spinelli...), ecstasy, anfetamine, oppiacei (eroina, crack), cocaina, colle o solventi, LSD (acidi, funghi allucinogeni), altre droghe.*
- *Hai mai assunto cannabis (canne, spinelli...) negli ultimi 12 mesi?*

Per entrambe le domande gli studenti potevano rispondere barrando la casella su: *Mai, una o due volte, da 3 a 5 volte, da 6 a 9 volte, da 10 a 19 volte, da 20 a 39 volte, 40 volte o più.*

Le modalità relative alle risposte sul consumo di cannabis (canne, spinelli...), ecstasy, anfetamine, oppiacei (eroina, crack), medicine per tirarsi su, cocaina, colle o solventi, LSD (acidi, funghi allucinogeni), nel corso della vita e l'utilizzo di cannabis (canne, spinelli...) negli ultimi dodici mesi sono state accorpate in maniera tale da fornire la prevalenza d'uso, dicotomizzando le risposte (SI/NO).

Relativamente all'uso di altri tipi di droghe diverse dal consumo di cannabis, va pre-

cisato che, dato lo scarso numero nel campione di soggetti che ne dichiarano l'utilizzo, soprattutto per ecstasy, anfetamine, oppiacei, colle e solventi, le stime potrebbero essere meno precise. In questi casi l'intervallo di confidenza (IC) permetterà di attribuire il giusto significato alle stime.

RISULTATI E COMMENTI

Il consumo di cannabis e di altre droghe: il campione dei quindicenni

Livello regionale

In Tabella 8.1 sono presentate le stime di utilizzo di sostanze psicotrope nell'intero arco della vita, suddivise per regione e provincia. A livello regionale il 25% dei soggetti di 15 anni dichiara di aver usato cannabis (TetraHydroCannabinoidi - THC). I risultati dello studio sono in linea con quelli ottenuti dallo studio ESPAD realizzato nel 2006, che ha riscontrato tra i 15enni a livello nazionale una prevalenza del 24.5%.

Le prevalenze sull'uso di sostanze come ecstasy (1.7%) e anfetamine (1.7%) risultano essere quasi la metà di quelle riscontrate a livello nazionale (3%), mentre per l'LSD (2.6%) sono in linea con l'andamento nazionale. Per la cocaina la percentuale si attesta al 3.7%, mentre per gli oppiacei il dato risulta essere abbastanza contenuto (1.6%), ma preoccupante se messo in relazione all'età dei ragazzi e considerate le potenzialità di dipendenza dalla sostanza.

Livello Provinciale

Per quanto riguarda coloro che hanno provato la cannabis nell'intero corso della loro vita, a livello delle singole province Venezia presenta la percentuale più alta di utilizzo (29.1%), mentre all'estremo opposto troviamo la provincia di Treviso, che si allontana di quasi 4 punti percentuali (21.4%) dalla prevalenza regionale, risultando il territorio con il dato più basso delle sette province. Le restanti province oscillano tra i 28.3 punti percentuali di Padova, e i 22.4 di Belluno (tabella 8.1). Le differenze tra le province non risultano, comunque, statisticamente significative rispetto a questa sostanza. Il consumo delle altre droghe è risultato raro nei 15enni o, addirittura, assente. È il caso della provincia di Belluno, dove, il dato per l'ecstasy non viene indicato.

Andando nello specifico, notiamo che nella provincia di Rovigo, le percentuali di coloro che hanno fatto uso di ecstasy, anfetamine e cocaina risultano nettamente le più alte rispetto a quelle delle altre province e, rispettivamente, il triplo per l'ecstasy e il doppio per anfetamine e cocaina. Queste differenze, nonostante i "piccoli numeri" sono statisticamente significative o al limite della significatività statistica.

Le Aziende ULSS

La Tabella 8.2 mostra i dati riguardanti le aziende ULSS per l'utilizzo di sostanze psicotrope nel corso della vita. Per ognuna delle droghe elencate nella tabella, i confronti tra le aziende ULSS mostrano diverse differenze statisticamente significative. Per quanto riguarda la cannabis, tra le realtà locali venete il range delle proporzioni va da un minimo di 16.3% per l'ULSS 5 ad un massimo del 37.7% dell'azienda ULSS 12, che assieme all'ULSS 16, 19 e 22, è l'unica a collocarsi oltre i 30 punti percentuali. Gli altri tipi di droghe sono consumate da proporzioni nettamente inferiori rispetto alla cannabis. Se andiamo ad analizzare una ad una le altre droghe, notiamo come l'ecstasy, le anfetamine e la cocaina siano un problema soprattutto nell'ULSS 19, dove raggiungono proporzioni rispettivamente di cinque, tre e due volte superiori alle relative medie regionali. L'LSD è stata provata dal maggior numero di soggetti nell'ULSS 14 (5.7%), mentre le colle e i solventi nell'ULSS 21, dove la proporzione è tripla rispetto alla media regionale.

Il consumo di cannabis (THC) nei maschi e nelle femmine quindicenni

Livello regionale

Essendo il THC la sostanza più usata, in Tabella 8.3 e 8.4 viene approfondita l'analisi presentando anche il dato disaggregato per sesso, sia life-time (tab. 8.3) che degli ultimi 12 mesi (tab. 8.4).

Da questi confronti emerge che, sia nel corso della vita (life-time) che negli ultimi 12 mesi, i maschi utilizzano questa sostanza in maniera decisamente maggiore rispetto alle femmine, con una differenza di genere che è risultata statisticamente significativa in entrambe le analisi. La distanza percentuale tra maschi e femmine è di circa 8 punti (29% vs 21.5%) per il consumo fatto nel corso della vita, mentre la differenza è leggermente meno marcata della precedente per quanto attiene all'uso fatto negli ultimi 12 mesi. La differenza in questo ultimo caso è dell'ordine di 6 punti percentuali (24.1% per i maschi e 17.4% per le femmine).

Livello Provinciale

Per quanto riguarda le singole province, i dati sul consumo di cannabis life-time e degli ultimi 12 mesi disaggregati per i maschi e per le femmine sono presentati rispettivamente nelle Tabelle 8.3 e 8.4. Relativamente alle frequenze provinciali per l'uso che ne è stato fatto nel corso della vita, risulta che nelle realtà venete di Vicenza, Treviso, Padova e Verona, i maschi dichiarano di aver consumato cannabis in proporzione maggiore e statisticamente significativa rispetto alle femmine. Ad un'analisi, invece, intra-strato, ossia tra le femmine di tutte e sette le province, le ragazze che risiedono nella provincia di Venezia (28.1%) sono quelle che dichiarano di aver provato la cannabis almeno una volta nella vita in maniera maggiore e statisticamente

significativa rispetto a coloro che risiedono nelle altre realtà provinciali venete. Osserviamo, inoltre, che per l'uso di cannabis fatto negli ultimi 12 mesi, le province di Venezia e Padova si differenziano in maniera statisticamente significativa dalle altre per la più alta proporzione di quindicenni che dichiarano di aver consumato cannabis. La differenza tra i sessi risulta statisticamente significativa nella provincia di Treviso (26.3% per i maschi e 11.5% per le femmine) e in quella di Verona (23.3% vs 13.4% per maschi e femmine), con un maggior consumo di cannabis, quindi, tra il sesso maschile.

Tabella 8.1 Assunzione di cannabis e di altre droghe nei giovani di 15 anni nell'intero corso della vita (life-time) a livello di provincia

Campione totale																
Cannabis	Ecstasy		Anfetamine		Oppiacci		Medicine		Cocaina		Colle Solventi		LSD			
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±		
Regione	25.0	1.7	1.7	0.5	1.7	0.5	1.6	0.5	19.4	1.5	3.7	0.7	1.7	0.5	2.6	0.6
Belluno	22.4	6.3	-	-	0.6	1.1	1.8	2.0	16.6	5.6	3.5	2.8	1.2	1.6	2.4	2.3
Vicenza	22.6	3.9	1.6	1.2	0.7	0.8	1.9	1.3	26.1	4.1	3.0	1.6	1.6	1.2	2.3	1.4
Treviso	21.4	3.9	1.7	1.2	1.9	1.3	1.9	1.3	15.9	3.5	2.9	1.6	1.4	1.2	2.2	1.4
Venezia	29.1	4.2	2.5	1.4	2.3	1.4	2.0	1.3	17.6	3.5	5.0	2.0	2.9	1.6	3.4	1.7
Padova	28.3	4.1	1.1	0.9	0.6	0.7	1.3	1.0	19.1	3.6	3.4	1.7	1.5	1.1	2.6	1.4
Rovigo	22.6	5.8	5.5	3.2	3.5	2.6	1.0	1.4	17.7	5.3	6.1	3.3	0.5	1.0	3.0	2.4
Verona	25.5	4.1	0.9	0.9	2.5	1.5	1.2	1.0	19.9	3.8	3.2	1.7	2.1	1.3	2.5	1.5

Tabella 8.2 Assunzione di cannabis e di altre droghe nei giovani di 15 anni nell'intero corso della vita (life-time) a livello di Azienda ULSS

	Cannabis		Ecstasy		Anfetamine		Oppiacei		Medicinali		Cocaina		Colle Solventi		LSD	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	25.0	1.7	1.7	0.5	1.7	0.5	1.6	0.5	19.4	1.5	3.7	0.7	1.7	0.5	2.6	0.6
ULSS 1	21.4	8.8	-	-	-	-	-	-	15.5	7.7	1.2	2.3	-	-	-	-
ULSS 2	23.3	8.9	-	-	1.2	2.3	3.5	3.9	17.6	8.1	5.8	4.9	2.3	3.2	-	-
ULSS 3	18.0	7.5	1.0	2.0	2.0	2.7	1.0	2.0	15.0	7.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0
ULSS 4	22.1	8.0	2.9	3.2	-	-	1.9	2.7	28.8	8.7	4.8	4.1	1.9	2.6	1.0	1.9
ULSS 5	16.3	7.8	-	-	-	-	-	-	29.1	9.6	2.3	3.2	-	-	3.5	3.9
ULSS 6	29.9	7.5	2.1	2.3	0.7	1.4	3.5	3.1	30.1	7.5	3.5	3.0	2.8	2.7	3.5	3.0
ULSS 7	22.9	7.9	-	-	-	-	-	-	13.1	6.4	1.9	2.5	0.9	1.8	-	-
ULSS 8	20.7	7.5	4.5	3.9	4.5	3.9	5.4	4.2	12.6	6.2	5.4	4.2	3.6	3.4	5.4	4.2
ULSS 9	20.9	5.7	1.0	1.4	1.5	1.7	1.0	1.4	19.4	5.5	2.1	2.0	0.5	1.0	1.5	1.7
ULSS 10	23.8	7.3	2.4	2.6	2.4	2.6	2.3	2.6	23.6	7.4	3.9	3.4	3.9	3.4	3.9	3.4
ULSS 12	37.7	8.3	3.0	2.9	1.5	2.1	0.8	1.5	12.9	5.7	6.8	4.3	0.8	1.5	3.8	3.2
ULSS 13	23.7	8.5	-	-	1.0	2.0	1.0	2.0	16.5	7.4	-	-	3.1	3.4	-	-
ULSS 14	29.9	9.6	4.6	4.4	4.7	4.5	4.6	4.4	17.2	7.9	9.2	6.1	4.6	4.4	5.7	4.9
ULSS 15	23.5	8.4	1.0	2.0	-	-	1.0	2.0	19.8	8.0	2.1	2.9	2.1	2.8	1.0	2.0
ULSS 16	31.2	5.5	1.5	1.4	1.1	1.2	1.9	1.6	20.7	4.8	4.4	2.4	1.5	1.4	3.3	2.1
ULSS 17	25.3	8.6	-	-	-	-	-	-	14.0	6.8	2.0	2.7	1.0	2.0	2.0	2.7
ULSS 18	13.0	6.9	2.2	3.0	1.1	2.1	1.1	2.1	19.8	8.2	3.3	3.7	1.1	2.2	1.1	2.1
ULSS 19	30.8	8.8	8.4	5.3	5.6	4.4	0.9	1.8	15.9	6.9	8.4	5.3	-	-	4.7	4.0
ULSS 20	22.3	5.0	0.8	1.0	2.3	1.8	1.1	1.3	19.0	4.7	3.0	2.1	1.1	1.3	1.9	1.7
ULSS 21	28.0	9.1	2.2	3.0	2.2	3.0	2.2	3.0	17.6	7.8	4.4	4.2	5.5	4.7	4.4	4.2
ULSS 22	33.3	10.5	-	-	3.9	4.3	-	-	25.6	9.7	2.6	3.5	1.3	2.5	2.6	3.5

Tabella 8.3 Consumo di cannabis nel corso della vita (life-time) nei maschi e nelle femmine di 15 anni a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	29.0	2.6	21.5	2.2	25.0	1.7
Belluno	22.9	8.4	21.6	9.4	22.4	6.3
Vicenza	29.4	6.7	17.7	4.7	22.6	3.9
Treviso	28.6	6.3	14.7	4.7	21.4	3.9
Venezia	30.1	6.2	28.1	5.7	29.1	4.2
Padova	35.0	7.4	24.8	4.8	28.3	4.1
Rovigo	20.2	7.7	25.3	8.7	22.6	5.8
Verona	30.0	5.5	18.5	5.8	25.5	4.1

Tabella 8.4 Consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi nei maschi e nelle femmine di 15 anni a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	24.1	2.4	17.4	2.0	20.6	1.6
Belluno	16.8	7.5	17.6	8.7	17.2	5.7
Vicenza	21.7	6.0	15.4	4.5	18.0	3.6
Treviso	26.3	6.1	11.5	4.2	18.6	3.7
Venezia	27.4	6.1	22.6	5.4	24.9	4.0
Padova	28.1	7.0	22.4	4.7	24.4	3.9
Rovigo	20.2	7.7	14.7	7.1	17.6	5.3
Verona	23.3	5.1	13.4	5.1	19.4	3.7

VARIAZIONI TEMPORALI

Il consumo di cannabis (THC) nei maschi e nelle femmine di quindici anni

Livello regionale

La Tabella 8.5 presenta le variazioni temporali intercorse tra l'indagine del 2002 e l'indagine del 2006 sia per quanto riguarda il consumo di cannabis relativo all'intero corso della vita (life-time), sia in riferimento agli ultimi 12 mesi antecedenti le singole rilevazioni.

Dalla tabella è possibile notare un decremento nel 2006 di quasi 3 punti percentuali dei 15enni che nel 2002 dichiaravano di aver assunto cannabis durante la loro vita, passando così dal 27.7% al 25% (graf. 8.1). Tale diminuzione riguarda in maniera statisticamente significativa solo i maschi che oscillano dal 33.2% al 29%. Per le femmine, invece, il dato rimane omogeneo in entrambe le rilevazioni.

Anche per quanto riguarda il consumo di THC negli ultimi 12 mesi, il fenomeno si presenta in diminuzione (tab. 8.5 e graf. 8.2). Lo scarto tra le due indagini nel campione totale dei 15enni è, in questo caso, più del 4%, passando dal 25% nel 2002 al 20.6% nel 2006.

I confronti tra i sessi evidenziano una maggiore riduzione nei maschi con una diminuzione percentuale nel tempo del 6.5% (graf. 8.3) contro una più ridotta del 2.2% da parte delle femmine (graf. 8.4).

Livello provinciale

I confronti tra le due indagini inerenti l'assunzione di cannabis in entrambe le modalità (life-time e ultimi 12 mesi) coinvolgono il solo strato dei 15enni, le differenze percentuali riscontrate a livello provinciale (quasi tutte in diminuzione) raramente risultano statisticamente significative. Ciò comporta che per il consumo di cannabis life-time, l'unica provincia ad avere stime statisticamente significative è Treviso con una diminuzione del fenomeno che va dal 29% nel 2002 al 21.4% nel 2006 (tab. 8.5 e graf. 8.1).

Per l'assunzione di THC negli ultimi 12 mesi (tab. 8.5 e graf. 8.2), i confronti temporali risultano statisticamente significativi per le province di Belluno, Treviso, Verona e Rovigo, con scarti tra le due rilevazioni che vanno dal 7% all'11.4%.

Rispetto alla stratificazione per sesso, i maschi della provincia di Belluno (graf. 8.3) e le femmine della provincia di Treviso e di Verona (graf. 8.4) mostrano stime in diminuzione (statisticamente significative) con scarti di quasi 14 punti percentuali per i maschi e di quasi 9 per le femmine di entrambe le province.

Tabella 8.5 Variazioni temporali dei maschi e nelle femmine di 15 anni

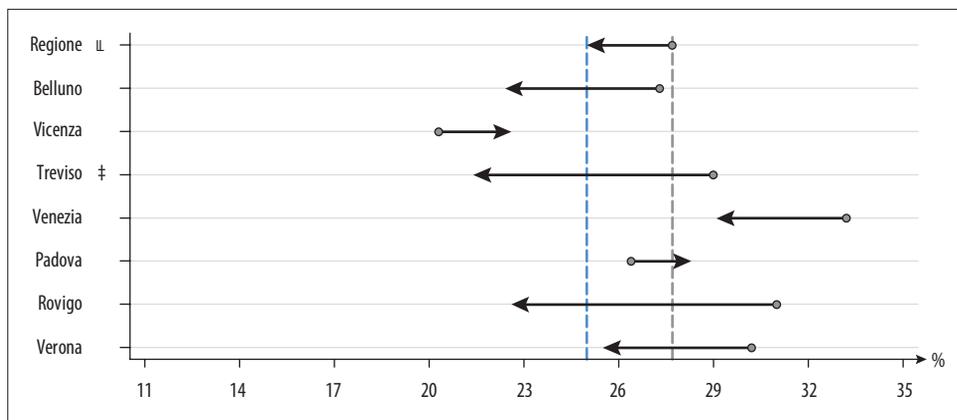
Consumo di cannabis nei giovani di 15 anni						
Anno 2002			Anno 2006			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Life-time	%	%	%	%	%	%
Regione	33.2 LL	22.0	27.7 LL	29.0 LL	21.5	25.0 LL
Belluno	31.7	20.5	27.3	22.9	21.6	22.4
Vicenza	27.0	15.4	20.3	29.4	17.7	22.6
Treviso	36.2 *	20.5 *	29.0 ‡	28.6 *	14.7 *	21.4 ‡
Venezia	37.0	30.0	33.2	30.1	28.1	29.1
Padova	31.3	20.6	26.4	35.0	24.8	28.3
Rovigo	35.7 LL	27.4	31.0	20.2 LL	25.3	22.6
Verona	34.9	25.0 LL	30.2	30.0	18.5 LL	25.5
Last 12 months	%	%	%	%	%	%
Regione	30.6 ‡	19.6 LL	25.0 ‡	24.1 ‡	17.4 LL	20.6 ‡
Belluno	30.7 LL	18.8	26.1 LL	16.8 LL	17.6	17.2 LL
Vicenza	25.1	13.3	18.3	21.7	15.4	18.0
Treviso	34.6 *	19.5 LL	27.6 ‡	26.3 *	11.5 LL	18.6 ‡
Venezia	33.5	26.5	30.0	27.4	22.6	24.9
Padova	29.4	17.5	24.0	28.1	22.4	24.4
Rovigo	33.7	25.3	29.0 LL	20.2	14.7	17.6 LL
Verona	30.0 *	22.2 ‡	26.4 LL	23.3 *	13.4 ‡	19.4 LL

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 8.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno consumato cannabis nel corso della vita (life-time)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

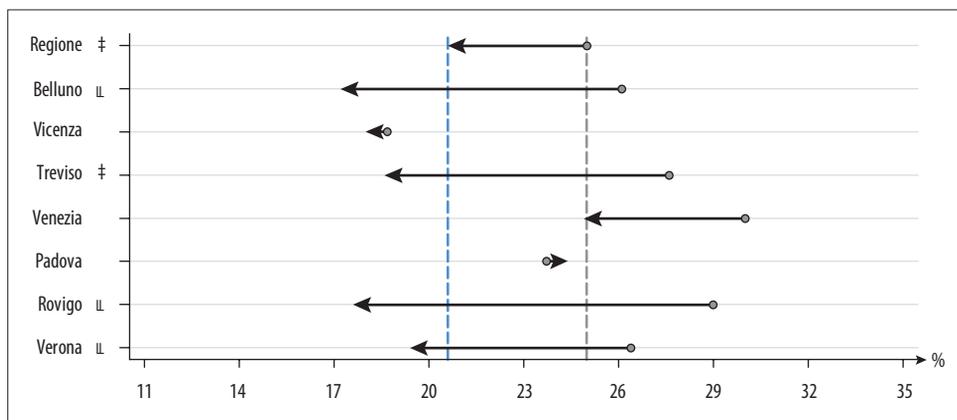
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis nel corso della vita a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis nel corso della vita a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 8.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

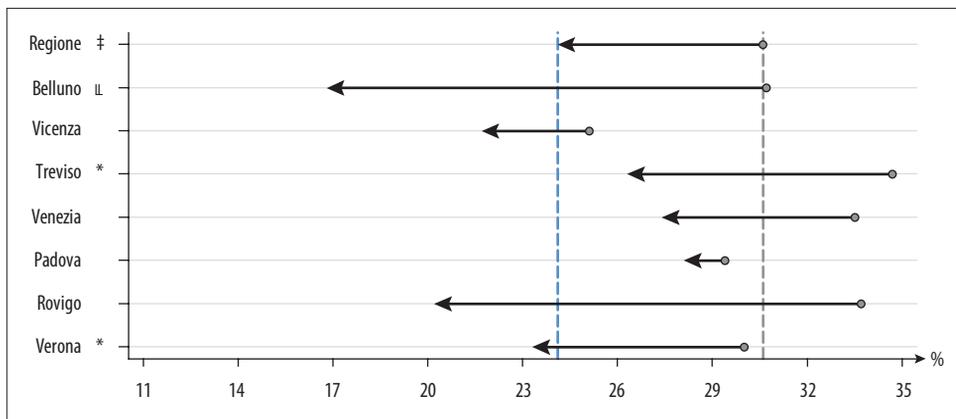
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 8.3 Variazioni temporali per i maschi di 15 anni che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

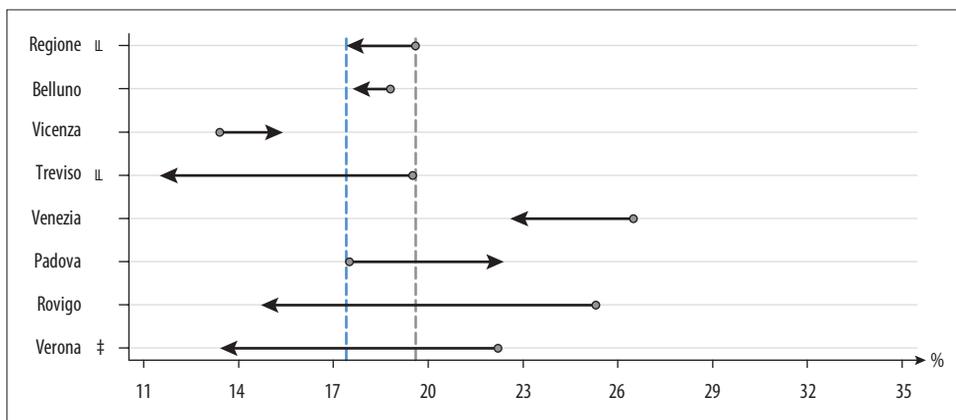
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 8.4 Variazioni temporali per le femmine di 15 anni che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno consumato cannabis negli ultimi 12 mesi a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

Molti studi hanno preso in esame l'efficacia degli interventi in quest'area. Pubblicazioni come quella di Cuijpers (32) mostrano come nelle scuole sia possibile approntare efficacemente programmi che si avvalgono di un approccio interattivo. È comunque importante che le strategie pubbliche di intervento contro la droga promuovano una cultura istituzionale idonea a contrastare l'idea della sostanziale innocuità delle droghe e l'atmosfera di "normalità" in cui il loro uso, non di rado, si diffonde, determinando un pericoloso abbassamento dell'allarme sociale, visto che tali fattori contribuiscono a determinare un oggettivo vantaggio per il mercato criminale nell'offerta di droghe.

A livello di politica europea per il contrasto dell'uso di sostanze psicoattive esistono due importanti strategie che impegnano i governi europei a promuovere iniziative sviluppate sulla base dei quattro obiettivi principali: prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno. La prima strategia, siglata nel 1999 a Helsinki dai rappresentanti nazionali degli Stati Membri, ha come asse temporale gli anni 2000-2004, mentre la seconda del 2004 si riferisce al periodo 2005-2008. L'obiettivo di entrambe è la riduzione della prevalenza globale del consumo di droga e del numero di adolescenti sotto i 18 anni alla loro prima esperienza (38).

Il Piano d'Azione Europeo 2005-2008 (39) prevede 4 obiettivi generali:

- sviluppare una risposta europea per ridurre la domanda e l'offerta;
- promuovere la consapevolezza ai giovani e alle persone per le quali la droga rientra nella normalità della vita quotidiana sulla salute e le conseguenze dell'uso di sostanza;
- considerare lo stretto legame fra la marginalizzazione economica di una parte della società europea e l'uso di droghe dall'altra parte;
- aiutare le Regioni extraeuropee a promuovere le loro economie in maniera indipendente dalla droga, oltre all'azione comune contro la coltivazione e il traffico illecito.

Il Piano d'Azione contro le Droghe discende dal Piano Europeo sulle Droghe 2005-2008 e ne rispecchia la metodologia generale e le direttive d'intervento, raggruppando le azioni programmatiche con azioni mirate a coprire le aree indicate dal Piano Europeo.

L'Azione Italiana, rileva come la fascia d'età in cui si entra in rapporto con le sostanze sia quella dell'adolescenza, in cui i giovani vivono all'interno di nuclei familiari, e che il problema, secondo le più recenti statistiche, non riguarda poche famiglie svantaggiate, ma attraversa, con diversa pesantezza, gran parte delle famiglie italiane.

Rientrano quindi a pieno titolo tra gli interventi a favore delle famiglie quelli intesi alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze, attraverso l'integrazione e la messa a sistema di tutte le azioni orientate in questo senso dei diversi soggetti protagonisti: famiglie, scuola, servizi.

Per il periodo 2000-2004, la Commissione Europea ha valutato positivamente i risultati delle azioni stabilite nel Piano di Azione (*Action Plan on Drugs*) ed ha rilevato l'esistenza di una crescente cooperazione tra gli Stati aderenti e una più chiara consapevolezza del bisogno di intraprendere azioni preventive a partire soprattutto dalle età più giovani. Per la prospettiva quadriennale 2005-2008, il Piano di Azione prevede interventi in favore della riduzione sia della domanda sia della fornitura di droghe. Nel campo della riduzione della domanda sono state identificate le seguenti azioni:

- migliorare l'accesso ai programmi di prevenzione, nonché la loro efficacia, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione;
- innalzare il livello di consapevolezza del rischio legato all'uso di sostanze psicoattive e delle loro conseguenze sulla salute;
- implementare e monitorare costantemente i programmi di intervento per la cura dei danni causati dall'uso di sostanze psicoattive;
- migliorare l'accesso ai servizi di prevenzione e trattamento dell'HIV/AIDS, epatite e altre infezioni e malattie collegate all'uso di sostanze stupefacenti.

Dai riscontri del sistema epidemiologico regionale sulle dipendenze da sostanze d'abuso, confermati dai risultati dello studio HBSC, si evince che il bisogno emergente in questo settore, che non trova adeguato intervento da parte del sistema regionale dei servizi pubblici e privati, è rappresentato dal fenomeno delle cosiddette nuove droghe o meglio delle nuove modalità di abuso di droghe da parte dei giovani. È per questo motivo che triennialità del Fondo regionale di intervento per la lotta alla droga (triennio 2006-2008), approvata dalla Giunta regionale con provvedimento n. 456 del 28 febbraio 2006, ha individuato tra le aree prioritarie di intervento per la predisposizione e la realizzazione dei "Piani triennali di intervento - Area dipendenze" le seguenti:

1. prevenzione selettiva (gruppi a rischio);
2. trattamento cocainomani e dipendenze da altre sostanze sintetiche.

	Aree prioritarie di intervento	Descrizione attività	Indicatori di verifica	
			Output	Outcome
1	Prevenzione selettiva (gruppi a rischio)	Realizzazione di interventi rivolti prevalentemente ai comportamenti giovanili emergenti di uso e abuso delle cosiddette nuove droghe, con particolare riferimento alla cocaina, nonché al poliabuso di sostanze legali (alcol) e illegali (marijuana, hashish, cocaina, ecstasy, ecc.). che si concentrano sugli individui o sui gruppi vulnerabili intervenendo negli ambienti sociali (i luoghi di aggregazione e divertimento giovanile sia formali che informali) e nei momenti di maggiore rischio (soprattutto di notte e nei week end)	n. giovani coinvolti/ n. popolazione target	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio
2	Trattamento cocainomani e dipendenze da altre sostanze sintetiche	Sperimentazione di nuovi progetti terapeutico-riabilitativo individualizzati, a livello ambulatoriale semiresidenziale e residenziale, per il trattamento della dipendenza da cocaina e altre sostanze sintetiche presso spazi giovanili e centri ambulatoriali o semi-residenziali non connotati né connotabili come servizi per le tossicodipendenze	n. casi presi in carico n. giornate di assistenza	Gradi di compensazione dei casi trattati

Le risorse a disposizione per il finanziamento dei piani triennali di intervento - Area Dipendenze - triennio 2006/2008 sono state ripartite tra le suddette aree prioritarie di intervento: 40% per la prevenzione selettiva (gruppi a rischio); 40% per il trattamento di cocainomani e dipendenze da altre sostanze sintetiche ed il 20% per la terza area (il reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o alcolodipendenti). Le Aziende ULSS del Veneto hanno presentato complessivamente 21 piani Triennali per un totale di 145 progetti territoriali così suddivisi: n. 80 per la prevenzione selettiva (gruppi a rischio), n. 38 per il trattamento di cocainomani e dipendenze da altre sostanze sintetiche e n. 27 per il reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o alcolodipendenti.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Europe, La salute dei giovani nel contesto in cui vivono - Studio sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare (HBSC): rapporto internazionale indagine 2001-2002. Edizioni Firenze, trad. it. 2006.
2. LA GRECA AM, PRINSTEIN MJ, FETTER MD, Adolescent peer crowd affiliation: linkages with health-risk behaviors and close friendship. *Journal of Pediatric Psychology*, 2001, 26, 131-43.

3. BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P, Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquete. ESCAPAD 2000, OFDT, 2000.
4. WELTE JW BARNES GM HOFFMAN JH DINTCHEFF BA Trends in adolescent alcohol and other substance use: relationships to trends in peer, parent, and school influences. *Substance Use and Misuse* 1999, 34,10, 1427-49.
5. INDAGINI ESPAD-Italia® 2000-2006, in: Ministero della Solidarietà Sociale. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2006, www.solidarietasociale.gov.it/SolidarietaSociale/evidenza/relazione+annuale+tossicodipendenze+2006.htm
6. SCHULENBERG JE, MERLINE AC, JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN JG, LAETZ VB. Trajectories of marijuana use during the transition to adulthood: the big picture based on national panel data. *J. Drug Issues*, 2005, 35, 255-279.
7. PAVIS C, CUNNINGHAM-BURLEY S, AMOS A Health related behavioural change in context: young people in transition. *Social Science and Medicine*, 1998, 47, 10, 1407-18.
8. WHO The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all. 1998.
9. WHO Regional Office for Europe *The European Health Report, 2005. Public health action for healthier children and population*. Copenhagen; WHO, 2005.
10. SAMET JM, MUNOZ A. Evolution of the cohort study. *Epidemiol. Rev*, 1998, 20, 1-14.
11. JESSOR R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12, 597-605.
12. DISHION TJ, DODGE KA. Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *J. Abnorm. Child Psychol*, 2005, 33, 395-400.
13. DISHION TJ, OWEN LD. A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influence from adolescence to adulthood. *Dev. Psycho*, 2002, 38, 480-491.
14. ELLICKSON PL, TUCKER JS, KLEIN DJ, SANER H. Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Prev. Med*, 2004, 39, 976-984.
15. VON SYDOW K, LIEB R, PFISTER H, HOFLE M, WITTCHEN HU. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*, 2002, 68, 49-64.
16. BRYANT AL, SCHULENBERG JE, O'MALLEY PM, BACHAMAN JG, JOHNSTON LD. How academic achievement, attitudes, and behaviors relate to the course of substance use during adolescence: a 6-year, multiwave national longitudinal study. *J. Res. Adolesc*, 2003, 13, 361-397.
17. AGRAWAL A, LYNSKEY MT, BUCHOLZ KK, MADDEN PAF, HEATH AC. Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences. *Preventive Medicine*, 2007, 45, 31-34.
18. GIFFORD-SMITH M, DODGE KA, DISHION TJ, MCCORD J. Peer influence in children and adolescents: crossing the bridge from developmental to intervention science. *J. Abnorm. Child Psychol*, 2005, 33, 255-265.
19. GUXENS M, NEBOT M, ARIZA C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study, *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88, 234-243.
20. AITKEN SS, DESANTIS J, HARFORD TC, CASES MF. Marijuana use among adults. A longitudinal study of current and former users. *J. Subst. Abuse*, 2000, 12, 213-226.
21. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, BEAUTRAIS AL. Cannabis and educational achievement. *Addiction* 2003, 98, 1681-1692.
22. BROOKS TL, HARRIS SK, THRALL JS, WOODS ER. Association of Adolescent Risk Behaviors With

- Mental Health Symptoms in High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31, 240-246.
23. COFFEY C, LYNSEY M, WOLFE R, PATTON GC Initiation and progression of cannabis use in a population based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction*, 2000, 95, 11, 1679-90.
 24. POIKOLAINEN K, TUULIO-HENRIKSSON A, AALTO-SETALA T, MARTTUNEN M, LONNQVIST J. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 2001, 36, 1, 85-88.
 25. ASHTON H. Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry*, 2002, 15, 247-253.
 26. KALANT H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 2002, 28, 849-863.
 27. Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland (MPH), 2002. *Cannabis 2002 Report*. Technical Report of the International Scientific Conference, Ministry of Public Health, Belgium.
 28. HENQUET C, KRABBENDAM L, SPAUWEN J, KAPLAN C, LIEB R, WITTCHEN HU, VAN OJ. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*, 2005, 330, 11.
 29. SEMPLE DM, MCINTOSH AM, LAWRIE SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J. Psychopharmacol*, 2005, 19, 187-194.
 30. MONSHOUWER K, VAN DORSSELAER S, VERDURMEN J, TER BOGT T, DE GRAAF R, VOLLEBERGH W. Cannabis use and mental health in secondary school children. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, 148-153.
 31. MACLEOD J, OAKES R, COPELLO A, CROME I, EGGER M, HICKMAN M, OPPENKOWSKI T, STOKES-LAMPARD H, DAVEY SG. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, 2004, 363, 1579-1588.
 32. CUIJPERS P. Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2003, 10, 7-20.
 33. ARNENAU L, CANNON M, POULTON R et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 325, 1212-1213.
 34. DEGENHARDT L, HALL W, & LYNSEY M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 2003, 96, 1493-1504.
 35. KOKKEVI A, NIC GABHAINN S, SPYROPOULOU M, Risk Behaviour Focus Group of the HBSC. Early Initiation of Cannabis Use: A Cross-national European Perspective, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39, 712-719.
 36. SANTINELLO M, VIENO A, MARTINI CM. La diffusione e i predittori dell'uso di alcol e tabacco in preadolescenza. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2006, 249, 3-15.
 37. VIENO A, MIRANDOLA M. Uso di sostanze alcoliche e stili genitoriali: quale relazione nell'epoca di trasformazione della famiglia? *Psicologia di Comunità*, 2006, 2, 29-42.
 38. Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, *Observatoire européen des drogues et des toxicomanies*. Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000.
 39. Piano Italiano di Azione sulle Droghe *Provvedimento 24 gennaio.2008* pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 39 del 15.2.2008.

ATTIVITÀ FISICA E COMPORTAMENTO SEDENTARIO

Chiara Verzeletti, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Susanna Morgante

Progetto regionale di lotta alla sedentarietà - Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Una regolare attività fisica contribuisce allo sviluppo di uno stile di vita sano, favorendo il mantenimento di buone funzioni metaboliche, aiutando a prevenire importanti patologie (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, malattie osteo-articolari, tumori) (1-6), rafforzando la crescita e il mantenimento di un sistema muscolo-scheletrico sano, aiutando a prevenire l'aumento della pressione sanguigna e facilitando il controllo del peso corporeo (7).

Bassi livelli di attività fisica nell'infanzia o nell'adolescenza possono creare problematiche legate alla salute, sia nel breve termine (per esempio, aumento del peso corporeo e sviluppo di problematiche legate al sovrappeso e all'obesità), sia in età adulta, aumentando il rischio di insorgenza di patologie croniche (8). Inoltre, molti autori hanno segnalato negli adolescenti, in concomitanza con l'"epidemia" di obesità, un preoccupante aumento della prevalenza del diabete di tipo 2 e delle sue complicanze (ipertensione, iperlipidemia, nefropatia, retinopatia), tutte patologie un tempo confinate all'età adulta o anziana (9,10).

Oltre a ciò va considerato che l'esercizio fisico ha un grosso impatto anche sullo svi-

luppo psicologico dell'adolescente, (11) in quanto riduce i sintomi depressivi e le alterazioni del tono dell'umore e la percezione dello stress e dell'ansia (12,13) ed incrementa l'auto-conoscenza, l'autostima, il livello di energia percepita, la qualità del sonno e la capacità di concentrazione (14). A livello emozionale, inoltre, alcune caratteristiche individuali, come depressione e bassa autostima, sono inversamente associate allo svolgimento di attività fisica (15,16).

Nonostante le evidenze presenti in letteratura relative all'efficacia dell'attività fisica per la salute, però, l'inattività fisica è in aumento tra i giovani (17). Secondo il rapporto dello "Youth Risk Behavior Surveillance", nel 2005 il 30% circa degli adolescenti negli Stati Uniti non svolgeva un adeguato livello di attività fisica (18); tendenze simili si riscontrano anche in molti paesi europei tra cui l'Italia (53).

In considerazione dei diversi contesti in cui l'adolescente è inserito, va riconosciuto al contesto familiare un ruolo fondamentale per la promozione di comportamenti salutari in adolescenza (19,20), tra cui è possibile includere anche l'attività fisica (21-23). I genitori, oltre a fornire un esempio e un modello di comportamento (24) nello svolgimento di adeguati livelli di attività fisica, costituiscono un'importante fonte di sostegno e incoraggiamento per questo tipo di attività (25); viceversa, bambini e adolescenti attivi possono fornire uno stimolo positivo al movimento per gli altri componenti della famiglia, coinvolgendoli e contribuendo così ad aumentare i loro livelli di salute fisica e di benessere psicosociale. Vivere in un ambiente familiare caratterizzato da calore e sostegno e avere un livello di autonomia adeguato al proprio stadio evolutivo, inoltre, sono caratteristiche che permettono agli adolescenti di svolgere con maggiore probabilità adeguati livelli di attività fisica (26) e di arrivare ad una migliore autoregolazione del numero di ore da dedicare allo sport (27).

Coinvolgere le famiglie, stimolarle a passare del tempo con i propri figli, supportarle nello sviluppo di buone abilità comunicative, sono quindi aspetti da rafforzare per riuscire a costruire uno stretto legame tra adolescente e famiglia, utile per lo sviluppo di una sana autostima e per lo svolgimento di una regolare attività fisica (26).

Per quanto riguarda invece le scuole (28), va sottolineato che il loro compito istituzionale è quello di promuovere e rendere possibile l'attività fisica (AF) nei giovani che le frequentano (sia nelle ore curricolari che negli spazi ricreativi e sul percorso casa-scuola); inoltre altre due funzioni sono prospettabili in un'ottica generale di salute pubblica: rendere disponibili anche al resto della popolazione le proprie palestre e i propri istruttori e divulgare fra i giovani i valori e i vantaggi dell'AF affinché se ne facciano convinti propagandisti anche con gli adulti.

Infine, oltre che da variabili individuali e familiari, lo svolgimento di attività fisica è fortemente influenzato da variabili ambientali, sia di tipo sociale che urbanistico: risultano fondamentali in questo senso il quartiere di residenza (es. superficie delle aree verdi, presenza di campi sportivi o palestre, presenza di spazi sicuri ed accoglienti per il gioco e la socializzazione, tasso di criminalità percepito) (29), le po-

litiche territoriali di trasporto e dei servizi (30) e la presenza di un ambiente sociale favorevole (i soggetti che avvertono un basso supporto sociale sono generalmente più sedentari dei soggetti inseriti con alto supporto) (31). Risulta quindi fondamentale nella lotta alla sedentarietà un'adeguata progettazione dello spazio urbano: l'impegno della collettività deve puntare a favorire condizioni strutturali adeguate (ad esempio recuperare idonei spazi per il gioco e facilitare la mobilità a piedi o in bicicletta) passando dall'episodicità alla programmazione.

Un altro elemento di grande importanza nella progettazione degli interventi per i ragazzi consiste nel sottolineare, oltre allo sport, l'AF inserita nella vita quotidiana, sotto forma di gioco oppure di cammino o di uso della bicicletta per i trasporti; tali attività hanno molte più probabilità di essere mantenute nel tempo rispetto a iniziative che richiedono strutture particolari (come palestre e piscine), riducendo inoltre moltissimo i costi connessi con l'attività.

I principali fattori che impediscono ai bambini di spostarsi a piedi o in bicicletta (ad es. sul percorso casa-scuola) sono rappresentati da: distanze troppo lunghe, timore dei rischi connessi al traffico, condizioni atmosferiche, paura di atti criminosi, politiche scolastiche che interferiscono (32).

Su questi fattori sarà necessario andare ad incidere, sia modificando le condizioni ambientali che lavorando sulla percezione di tali barriere da parte dei ragazzi e delle famiglie.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per il gioco libero nelle strade e piazze cittadine. Non verrà mai sottolineata abbastanza l'importanza per i ragazzi del gioco e il conseguente problema dell'utilizzo degli spazi urbani, sempre meno sicuri e ormai progettati su misura per gli automobilisti anziché per i bambini e gli altri "utenti deboli".

L'attività fisica, come finora evidenziato, è un fenomeno complesso. Nonostante i numerosi benefici sottolineati in letteratura, è necessario considerare anche le possibili ripercussioni negative che questo tipo di attività se praticata scorrettamente può avere: non per sconsigliarla ma piuttosto per dare indicazioni su come praticarla in maniera sicura e soprattutto per far sì che sia gradita al ragazzo (e quindi per evitare che con l'adolescenza venga abbandonata, come spesso succede). La forzatura a svolgere attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza si associa infatti ad un elevato tasso di inattività fisica in età adulta (33). Lo svolgimento di sport agonistico in età troppo precoce risulta associato a un maggior rischio di abbandono in età successive, a maggiori rischi di infortuni e a un peggioramento delle performance atletiche (34). Eccessivi livelli di attività fisica possono associarsi allo sviluppo di disturbi alimentari, soprattutto tra le ragazze (35) e a disturbi del sistema riproduttivo femminile (ne è un esempio l'amenorrea atletica) (36).

Inoltre, per soggetti poco allenati, alcune attività sportive, se svolte senza adeguata preparazione, possono aumentare il rischio di infortuni tra cui: fratture, problematiche muscolo scheletriche e alterazioni dello sviluppo (37). La gradualità e l'adegua-

tezza dell'allenamento resta quindi un fondamentale criterio di sicurezza anche per i ragazzi oltre che per adulti e anziani.

Infine, lo sviluppo di problematiche psicofisiche è strettamente collegato, oltre che allo svolgimento di un'attività fisica inadeguata o insufficiente, anche a comportamenti sedentari (per esempio il numero di ore passate davanti al computer e alla televisione), che si associano in particolar modo al sovrappeso e all'obesità (38, 39).

In letteratura prevale l'ipotesi secondo cui i comportamenti sedentari come l'uso eccessivo della televisione sono collegati ad una bassa frequenza di attività fisica (40, 41) benché comportamenti attivi e sedentari possano anche coesistere (42) e non essere necessariamente antitetici. L' American Academy of Pediatrics raccomanda quindi che i bambini non dedichino alla TV più di 1-2 ore al giorno (43). Per questo motivo è importante, nella valutazione degli stili di vita in adolescenza, considerare contemporaneamente gli indicatori relativi allo svolgimento di attività fisica e il numero di ore dedicate ad attività sedentarie (43a).

In generale, il declino delle ore dedicate allo svolgimento dell'attività fisica in adolescenza è un fenomeno ben documentato in epidemiologia (34, 21). Fattori sociali, biologici e ambientali contribuiscono a rendere più marcata questa tendenza. Se nell'infanzia la partecipazione ad attività ludico-sportive scolastiche ed extra scolastiche ricopre un ruolo fondamentale, nell'adolescenza il tempo dedicato a questo tipo di attività tende a diminuire mentre aumentano le ore trascorse con i pari e cambiano gli interessi (45).

Secondo uno studio, il tempo dedicato all'attività fisica in orario scolastico influenzerebbe poco il movimento nel tempo libero perchè le ore curricolari dedicate all'educazione fisica verrebbero compensate dallo sport svolto fuori dalla scuola (46). Molti studi di questo tipo presentano però il limite di non considerare la qualità dell'insegnamento dell'educazione fisica, aspetto che può avere un forte impatto sulla motivazione degli adolescenti a svolgere quest'attività anche nel tempo libero; i risultati emersi vanno quindi considerati all'interno di un dibattito ancora aperto (45).

In generale, in considerazione delle ore che i ragazzi trascorrono seduti a scuola e dei recenti cambiamenti sociali, si considera adeguato e raccomandabile in adolescenza lo svolgimento di almeno un'ora al giorno di attività fisica di tipo intenso/moderato (39, 47-52).

Secondo un'indagine ISTAT del 2006 sulla pratica sportiva in Italia (53), circa il 30.2% della popolazione dichiara di praticare uno o più sport con continuità o saltuariamente. Il 28.4% della popolazione, pur non praticando uno sport, svolge attività fisica di altro tipo (come fare passeggiate, nuotare o andare in bicicletta). I sedentari, ovvero coloro che dichiarano di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero, sono il 41% della popolazione. Il numero di persone sedentarie nella nostra nazione è in costante aumento, specie fra i bambini e gli anziani: la percentuale di coloro che non praticano nessun tipo di attività sportiva è passata dal 37.8% nel 1995 al 41% nel 2006. L'indagine evidenzia una diminuzione delle differenze di genere (come emerso

negli anni '80 e '90): se un tempo erano gli uomini a svolgere con maggior frequenza un'attività sportiva o fisica, ora queste differenze si stanno assottigliando.

In accordo con la letteratura internazionale (21, 45), l'indagine ISTAT evidenzia come la pratica sportiva sia fortemente legata all'età: la passione per lo sport è una caratteristica distintiva dei più giovani e cresce fino ai 14 anni (65% tra gli 11-14 anni) per poi diminuire nelle età successive. Dai 15 anni, infatti, l'interesse inizia a diminuire anche se la quota di praticanti rimane comunque consistente (il 61.9% tra i 15 e i 17 anni e oltre il 49% tra i 18 e i 24 anni).

Considerando solo la popolazione tra gli 11 e i 14 anni, secondo l'ISTAT svolgono attività fisica in modo continuativo il 62.1% dei maschi e il 46% delle femmine; saltuariamente l'11.2% dei ragazzi e il 10.5% delle ragazze e, infine, non pratica nessun tipo di attività fisica il 14.2% dei maschi e il 23.3% delle femmine.

METODI

Attività fisica

Come evidenziato nella parte introduttiva, valutare la frequenza con cui i ragazzi svolgono attività fisica è complesso.

L'indagine HBSC ha inserito domande relative al numero di giorni e di ore in cui i ragazzi svolgono attività fisica (di intensità almeno moderata) al di fuori dell'orario scolastico.

La misura di screening dell'attività fisica da moderata a energica (MVPA), adottata dallo studio HBSC, è quella messa a punto da Prochaska (54) e consiste in una domanda relativa al numero di giorni in cui gli adolescenti svolgono attività fisica moderata per almeno 60 minuti. La domanda è preceduta da una definizione di attività fisica:

- *"Attività fisica è una qualsiasi attività che fa aumentare il battito del cuore e può lasciarti senza fiato. Si può fare attività fisica facendo sport, durante l'orario scolastico, giocando con gli amici, o semplicemente andando a scuola a piedi. Altri esempi di attività fisica sono: correre, fare una camminata a passo veloce, andare sui pattini o in bicicletta, ballare, andare in skate-board, nuotare, giocare a calcio, pallacanestro, football, andare in surf. Per rispondere alla prossima domanda, somma tutto il tempo che dedichi all'attività fisica ogni giorno".*

La domanda riguarda l'attività fisica svolta durante l'ultima settimana:

- *Negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?*

Le risposte sono: *0 giorni, 1 giorno, 2 giorni,...* fino a *7 giorni*.

Un punteggio uguale o maggiore a 5 significa che il soggetto è all'interno della categoria di coloro che fanno un'ora o più di attività fisica per la maggior parte dei giorni, rientrando negli standard indicati dalle raccomandazioni delle linee guida internazionali (39, 47, 52).

Un ulteriore aspetto che è stato approfondito nell'indagine del 2006 è quello relativo alla frequenza in generale e alla durata con cui i ragazzi svolgono attività fisica intensa al di fuori dell'orario scolastico. Lo svolgimento di attività fisica intensa è stato indagato con due domande.

- *Al di fuori dell'orario scolastico, quante volte, nel tuo tempo libero, fai esercizio fisico in modo così intenso da rimanere senza fiato o sudare?*

Le risposte sono: *Ogni giorno, Da 4 a 6 volte a settimana, Da 2 a 3 volte a settimana, Una volta alla settimana, Una volta al mese, Meno di una volta al mese, Mai.*

- *Al di fuori dell'orario scolastico, quante ore a settimana, nel tuo tempo libero, fai esercizio fisico in modo così intenso da rimanere senza fiato o sudare?*

Le risposte sono: *Nessuna, Circa mezz'ora, Circa un'ora, Circa 2-3 ore, Da 4 a 6 ore, 7 ore o più.*

In questo capitolo sono presentati i dati dei giovani che hanno riferito di svolgere un'attività fisica di almeno 60 minuti per 5 o più giorni alla settimana negli ultimi 7 giorni.

Comportamenti sedentari

Come evidenziato in letteratura, oltre allo svolgimento di attività fisica regolare, anche i comportamenti sedentari (per esempio il numero di ore passate davanti al computer e alla televisione) sono associati allo sviluppo di problematiche psicofisiche (38, 39). In considerazione del tempo sempre maggiore che i ragazzi passano davanti alla televisione o al computer, risulta fondamentale approfondire il fenomeno dei comportamenti sedentari.

Le domande utilizzate per valutare l'inattività fisica riguardano: guardare la televisione (videocassette e DVD compresi), usare il computer sia per giocare sia per fare i compiti o navigare su internet.

La valutazione della frequenza e della tipologia di attività sedentarie svolte dai ragazzi è distinta per i giorni di scuola e per il fine settimana. Questa distinzione è importante per ottenere un quadro più accurato del tempo che i ragazzi dedicano

a questo tipo di attività. Il tempo dedicato ad attività sedentarie è indagato con tre domande:

- *Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno guardi la televisione (videocassette e DVD compresi)?*
- *Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili (Xbox, GameCube...)?*
- *Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno usi un computer per "chattare", navigare su Internet, scrivere e ricevere e-mail, fare i compiti ecc.?*

Quest'ultima domanda, rispetto alla precedente indagine del 2002, non indaga in modo separato il tempo trascorso davanti al computer e quello dedicato a fare i compiti, ma riunisce in una sola domanda le due dimensioni, fornendo una visione generale del fenomeno interessato.

Le risposte possibili alle tre domande, sia per i giorni di scuola che per il fine settimana sono: *Mai, Circa mezz'ora al giorno, Circa 1 ora al giorno, Circa 2 ore al giorno, Circa 3 ore al giorno, Circa 4 ore al giorno, Circa 5 ore al giorno, Circa 6 ore al giorno, Circa 7 ore o più al giorno.*

Per valutare il grado di sedentarietà sono state utilizzate le categorie di tempo determinate dal protocollo HBSC internazionale:

- livelli alti di utilizzo della televisione ≥ 4 ore al giorno;
- livelli alti di utilizzo del computer ≥ 3 ore al giorno;
- tante ore passate a fare i compiti ≥ 3 ore al giorno.

RISULTATI E COMMENTI

Attività fisica

Livello regionale

La percentuale di soggetti che svolgono attività fisica della durata di almeno un'ora al giorno per 5 o più giorni alla settimana a livello regionale (tab. 9.1) varia in ragione degli strati di età e del genere ed è più alta nella fascia totale degli 11enni (36.7%), rispetto a quella dei 13enni (34.5%) e dei 15enni (28.5% - differenza quest'ultima altamente significativa). Sono maggiormente i maschi ad essere più attivi delle femmine e questo accade in tutti e tre gli strati del campione indagato. Il declino della prevalenza degli attivi con l'età è più marcato (e anticipato) per le ragazze: a dedicare più tempo all'attività fisica sono i maschi di 11 e di 13 anni con una stima vicina ai 42 punti percentuali per entrambi gli strati e scende a 36% solo per i quindicenni.

Per le femmine, invece, l'analisi rivela che sono più attive le ragazze 11enni (31.1%) rispetto alle 13enni (26.6%) e 15enni (22.2%).

Livello provinciale

I dati a livello provinciale (tab. 9.1) evidenziano marcate differenze territoriali, e statisticamente significative.

Nello strato degli 11enni la provincia con la maggior percentuale di soggetti fisicamente attivi è Belluno (45.5%), in particolare nei maschi (52.8%), mentre la provincia di Vicenza (33.9%) ha la stima più bassa di 11enni attivi. Nella fascia dei 13enni i più occupati nell'attività fisica si dimostrano i maschi della provincia di Rovigo (48.8%) e nello strato dei 15enni, invece, risultano ancora essere i ragazzi della provincia di Belluno (35.7%).

Si evidenziano inoltre differenze statisticamente significative in relazione al genere ed agli strati di età. La differenza più ampia tra maschi e femmine si registra nella provincia di Venezia (44.7% vs 23.9%) per gli 11enni, nella provincia di Verona (45.3% vs 21.8%) per i 13enni e nelle province di Treviso (40.6% vs 19.5%) e Verona (35.3% vs 15%) per i 15enni.

Considerando le differenze percentuali intra-strato per le femmine, sono risultati statisticamente significativi i confronti tra province nella sola fascia delle 15enni ed evidenziano come l'area veneta del bellunese (32%) seguita da quella rodigina (28.2%) siano le due province con il maggior numero di femmine che praticano attività fisica di almeno un'ora al giorno per 5 o più giorni alla settimana.

Le Aziende ULSS

A livello locale, la distribuzione della prevalenza dello svolgimento di attività fisica per 5 o più giorni alla settimana è abbastanza diversificata come presentato in Tabella 9.2. Se in tutte le ULSS si conferma il dato che con il crescere dell'età diminuisca l'interesse dei ragazzi per lo svolgimento dello sport, le cifre si presentano diverse nelle singole realtà territoriali.

Per la maggioranza delle Aziende ULSS nella fascia degli 11enni, le frequenze oscillano tra il 40.7% e il 32.7%, ad eccezione delle aziende ULSS 1, 2, 7, 21 e 22 in cui più del 44% dei soggetti, fino ad una frequenza massima del 48.7%, svolge attività fisica regolare. Le ULSS a registrare il minor numero di soggetti dediti all'attività fisica sono le ULSS 3 e 13 con una stima che non supera i 27 punti percentuali.

Nello strato dei 13enni la distribuzione delle frequenze oscilla tra il 28% dell'ULSS 15 e il 42.2% dell'ULSS 7. Come per i ragazzi 11enni, nello strato dei 13enni, l'ULSS 3 presenta la minor percentuale di soggetti che svolgono regolarmente attività fisica (24.6%). Infine, nello strato dei 15enni, le frequenze sono più contenute rispetto agli altri due gruppi di età ed oscillano tra il 19.8% dell'Azienda ULSS 5 e il 39.3% delle ULSS 1 e 21. Nell'ULSS 15 si rileva la minor prevalenza del fenomeno in questa fascia d'età (17.3%).

Tabella 9.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che svolgono attività fisica della durata di almeno un'ora al giorno per 5 o più giorni la settimana a livello di provincia

Settimana tipo																		
	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	41.8	3.0	31.1	3.0	36.7	2.1	41.7	3.1	26.6	2.8	34.5	2.1	35.6	2.8	22.2	2.3	28.5	1.8
Belluno	52.8	10.4	36.7	10.8	45.5	7.6	30.6	12.5	33.5	11.7	32.2	8.5	38.8	10.3	32.0	11.1	35.7	7.6
Vicenza	41.0	7.0	26.2	6.5	33.9	4.9	43.0	7.5	22.9	6.7	33.8	5.2	38.1	7.2	23.0	5.2	29.1	4.3
Treviso	44.1	6.9	30.5	7.2	38.2	5.0	42.1	6.6	25.7	6.8	35.1	4.9	40.6	6.8	19.5	5.3	29.5	4.4
Venezia	44.7	8.0	23.9	6.9	34.2	5.4	36.2	7.6	34.7	7.5	35.5	5.3	32.3	6.3	24.8	5.6	28.3	4.2
Padova	41.4	7.5	38.4	7.9	40.0	5.4	42.1	7.4	26.2	7.1	34.7	5.2	26.9	7.2	23.1	4.8	24.4	4.0
Rovigo	38.1	11.0	33.1	11.9	35.9	8.1	48.8	13.5	29.2	11.9	38.1	9.1	38.7	10.1	28.2	9.9	34.2	7.2
Verona	35.9	6.8	35.1	6.6	35.5	4.7	45.3	7.4	21.8	5.5	33.1	4.7	35.3	6.2	15.0	5.4	27.9	4.6

Tabella 9.2 Giovani di 11, 13, 15 anni che svolgono attività fisica della durata di almeno un'ora al giorno per 5 o più giorni alla settimana a livello di Azienda ULSS

	Settimana tipo					
	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	36.7	2.1	34.5	2.1	28.5	1.8
ULSS 1	44.0	10.2	28.9	10.2	39.3	10.4
ULSS 2	48.7	11.2	36.6	14.7	29.4	9.7
ULSS 3	23.6	9.8	24.6	10.2	38.4	9.6
ULSS 4	35.1	10.9	39.6	13.8	25.0	8.3
ULSS 5	33.7	9.8	38.1	10.4	19.8	8.4
ULSS 6	39.3	8.2	33.3	7.9	31.9	7.6
ULSS 7	46.5	9.8	42.2	9.6	38.5	9.1
ULSS 8	32.7	9.1	35.4	9.4	22.3	7.7
ULSS 9	38.0	7.6	31.3	6.8	30.1	6.4
ULSS 10	38.0	10.7	36.6	11.2	29.0	7.8
ULSS 12	34.6	10.4	33.7	9.8	29.3	7.7
ULSS 13	26.9	9.8	36.0	10.9	24.7	8.6
ULSS 14	40.6	11.6	36.5	8.8	31.0	9.7
ULSS 15	39.8	9.7	28.0	8.5	17.3	7.5
ULSS 16	40.7	8.1	40.1	8.1	26.9	5.3
ULSS 17	39.0	10.9	34.7	10.8	28.0	8.8
ULSS 18	34.2	10.5	37.7	12.2	34.4	9.7
ULSS 19	39.7	11.6	38.9	11.3	31.8	8.8
ULSS 20	36.7	2.1	34.5	2.1	28.5	1.8
ULSS 21	44.0	10.2	28.9	10.2	39.3	10.4
ULSS 22	48.7	11.2	36.6	14.7	29.4	9.7

Comportamenti Sedentari

Guardare la televisione

Livello regionale

Durante i giorni di scuola guardano la televisione per più di 4 ore al giorno il 12.2% degli 11enni, il 19.1% dei 13enni e il 20.7% dei 15enni (tab. 9.3).

Analizzando la distribuzione delle frequenze nelle tre fasce d'età si evidenzia come con il crescere dello strato dell'età aumenti la prevalenza dei soggetti che trascorrono 4 o più ore al giorno davanti alla televisione.

Contrariamente a quanto osservato per la pratica sportiva, la distribuzione della sedentarietà in maschi e femmine non evidenzia differenze statisticamente significative. Le analisi intra-strato per le femmine mostrano che le differenze delle prevalenze del fenomeno sono sensibilmente maggiori e statisticamente significative tra le ragazze di 15 anni (21.7%) rispetto a quelle di 11 (11.4%), così come lo è il confronto intra-strato per i maschi: frequenze maggiori per i maschi di 13 (19.5%) e di 15 anni (19.7%) e minori per gli 11enni (13%).

Per il fine settimana, il comportamento sedentario davanti alla televisione sembra intensificarsi, tanto che le prevalenze aumentano in tutte le fasce d'età: 23.4% per gli 11enni, 27.9% per i 13enni e 25.3% per i 15enni (tab. 9.4), con differenze percentuali di genere superiori per i maschi di ogni strato considerato. Questo incremento può essere dovuto al fatto che nel weekend il tempo libero a disposizione dei ragazzi è maggiore e che, quindi, sia anche maggiore la propensione a svagarsi davanti al piccolo schermo.

Livello provinciale

La Tabella 9.3 mostra un andamento delle frequenze abbastanza diversificato. Nello strato totale degli 11enni, Rovigo (17.2%) è la provincia con la stima più alta di soggetti che durante i giorni di scuola trascorrono 4 o più ore davanti alla televisione, mentre Vicenza (9.2%) risulta la provincia con la frequenza più bassa. Per quanto riguarda i 13enni, la provincia di Verona spicca con il 22.8% di giovani dediti a questo tipo di comportamento, seguita subito dopo da quella di Venezia e di Rovigo con entrambe una prevalenza del 19%. Per i ragazzi di 15 anni, la TV è maggiormente vista nella provincia di Rovigo (26.2%) e meno in quella di Belluno (17.7%).

Considerando le differenze di genere, la maggiore differenza percentuale tra maschi e femmine si evidenzia nella realtà veneta di Rovigo per la fascia degli 11enni (11.9% vs 23.9%) e dei 15enni (22.7% vs 30.8%) e nella provincia di Verona per la fascia dei 13enni (27.5% vs 18.5%).

L'analisi del fenomeno riferita al fine settimana (tab. 9.4) mostra un innalzamento delle frequenze. Negli strati degli 11enni le province di Rovigo (30%) e di Vicenza (19.7%) fanno ancora da ponte tra il maggiore e il minor numero di soggetti interessati a trascorrere il weekend davanti alla televisione, così come avviene nella pro-

vincia di Verona (30.1%) per il gruppo di età dei 13enni. Infine, tra i ragazzi 15enni, questa volta sono i ragazzi della realtà veneta di Padova (28.7%) a guardare più frequentemente la televisione durante il fine settimana rispetto alle altre province.

Le Aziende ULSS

A livello locale, la percentuale di giovani che dichiara di guardare la televisione più di 4 ore al giorno varia notevolmente in relazione all'età e all'area locale di appartenenza sia durante i giorni della settimana che durante il fine settimana (tab. 9.5).

Considerando le ore trascorse davanti alla televisione durante i giorni di scuola, le stime oscillano, nello strato degli 11enni, tra la maggior frequenza dell'ULSS 2, pari al 21.1% e la più bassa, 2.6% fatta registrare nell'ULSS 17.

Nello strato dei ragazzi di 13 anni, la distribuzione delle frequenze ha un andamento più omogeneo che non supera, nel complesso, i 25 punti percentuali. Infine, nello strato dei 15enni la significatività statistica delle stime per i confronti percentuali tra Aziende ULSS mostra valori un po' più alti rispetto agli altri due strati considerati. Chi guarda la televisione durante i giorni di scuola con maggiore assiduità è l'ULSS 19 (34.6%), seguita dalla 15 (28.6%) e dall'ULSS 7 (27.5%), mentre il minor uso è attribuibile all'ULSS 4 (12.5%).

Analizzando la distribuzione delle frequenze, relativamente al fine settimana, emerge una situazione omogenea in tutti e tre gli strati del campione, con confronti tra stime non statisticamente significativi. Ciò che, nel complesso, è possibile evidenziare è un aumento generalizzato delle prevalenze rispetto all'andamento precedentemente descritto nei riguardi del tempo trascorso davanti alla TV durante i giorni di scuola. Le ULSS in cui il fenomeno durante il weekend è maggiormente documentato sono: l'ULSS 10 (36.7%) e 18 (35.9%) per lo strato degli 11enni; le ULSS 2 (34.1%), 5 (35.7%) e 21 (35.2%) per i 13enni ed infine l'ULSS 15 (38.8%) per lo strato dei 15enni.

Fare i compiti - Usare il computer

Livello regionale

Durante i giorni di scuola, fanno i compiti o usano il computer per più di 3 ore al giorno il 5.3% degli 11enni, il 7.7% dei 13enni e il 9.4% dei 15enni (tab. 9.3).

Analizzando la distribuzione delle frequenze nelle tre fasce d'età, si evidenzia come con il crescere dell'età aumenti la prevalenza di coloro che passano 3 o più ore al giorno davanti al PC o a fare i compiti. Questo fenomeno potrebbe essere spiegato con il maggior impegno richiesto dalla scuola con il crescere dell'età, soprattutto nel passaggio tra la scuola media e la scuola superiore, ma anche da un maggior uso di questo strumento per comunicare (mail - chat) o per conoscere / informarsi e divertirsi (internet).

Considerando complessivamente il campione, la prevalenza del fenomeno è maggiore tra i maschi di 15 anni (10.4%) e minore tra i maschi di 11 anni (5.2%).

Analizzando la frequenza durante il fine settimana, le prevalenze aumentano in due

fasce d'età: in quella degli 11enni (6.3%) e dei 13enni (9.6%), ma non nello strato dei 15enni: tempore percentuale di chi dedica a fare i compiti e ad usare il computer 3 o più ore passa dal 9.4% per i giorni di scuola all'8.3% per il fine settimana (tab. 9.4). Questo decremento (comunque non statisticamente significativo) è soprattutto a carico delle femmine 15enni con 6.1 punti percentuali rispetto, invece, ai loro coetanei maschi che si attestano su stime più alte (10.8%). Negli altri due strati del campione, la differenza di genere non è così marcata. L'analisi delle prevalenze indica un sostanziale equilibrio (differenze non statisticamente significative) tra i maschi e le femmine di 11 (6.8% vs 5.8%) e i maschi e le femmine di 13 anni (10.1% vs 9%).

Livello provinciale

La distribuzione delle frequenze di ragazzi che usano il computer o fanno i compiti per più di 3 ore al giorno durante i giorni di scuola appare molto diversificata. In Tabella 9.3 vengono presentate le stime. La provincia di Rovigo nello strato totale degli 11enni (10.2%) e in quello dei 13enni (11.4%) ha il maggior numero di soggetti che trascorrono più di 3 ore davanti al computer o a fare i compiti. Per quanto riguarda invece la provincia di Venezia, le percentuali più elevate del fenomeno risultano nello strato totale dei 15enni (14.5%). La provincia di Verona segue col 12.4%.

Considerando le differenze di genere, la maggiore differenza percentuale statisticamente significativa tra maschi e femmine si evidenzia nella provincia di Treviso nella fascia degli 11enni (3.1% vs 9.5%), mentre nelle altre province e nei rimanenti due strati le differenze non sono risultate statisticamente significative.

Per quanto concerne le stime dello stesso fenomeno, ma relative al fine settimana (tab. 9.4), la maggior prevalenza del fenomeno si riscontra ancora una volta tra gli 11enni della provincia di Rovigo (12.8%), mentre per lo strato totale dei 13enni risulta ai primi posti la provincia di Belluno (12.8%) e tra i 15enni nuovamente le province di Venezia (10.8%) e Verona (10%). In generale, all'interno del campione considerato, le ore dedicate ai compiti e all'uso del computer sia durante i giorni di scuola che durante il fine settimana varia molto in funzione dell'area geografica di appartenenza.

Le Aziende ULSS

A livello locale, la percentuale di giovani che dichiara di fare i compiti o usare il computer più di 3 ore al giorno varia notevolmente in funzione dell'età e dell'area locale di appartenenza sia durante i giorni della settimana sia durante il weekend (tab. 9.6).

Considerando il tempo trascorso durante i giorni di scuola, le frequenze oscillano nello strato degli 11enni, tra l'1.4% dell'ULSS 19 e il 9.6% dell'ULSS 21, con un picco di 13.9 punti percentuali nell'ULSS 18. Nello strato dei 13enni, si parte dal 4% delle ULSS 3 e 4 per arrivare a frequenze più elevate nelle restanti ULSS, ma che comunque non superano il 13%. Statisticamente significative sono risultate le differenze tra Aziende ULSS nello strato dei 15enni. I valori si distribuiscono in maniera molto disomogenea: frequenze basse nelle ULSS 1, 3, 4, 5, 9, 16 e 18 che non superano i

6.7 punti percentuali e frequenze decisamente superiori nelle ULSS 6, 7, 8, 10, 14, 17, 20 e 22 con stime fino al 15.4%. Solo la ULSS 12, sempre in questo strato, riporta la prevalenza più alta che è del 20.5%.

Analizzando la distribuzione delle frequenze relativamente al fine settimana, emerge un dato mancante nell'ULSS 3 nello strato degli 11enni e differenze statisticamente significative nello strato degli 11 e dei 15enni con una maggior prevalenza nella prima fascia del 17.7% nell'ULSS 18 e del 19.7% nel gruppo di età dei 15enni nell'ULSS 12.

Tabella 9.3 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che guardano la televisione, usano il computer o fanno i compiti durante i giorni di scuola a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC ±																	
Guardare la televisione																			
Regione	13.0	2.0	11.4	2.0	12.2	1.4	19.5	2.5	18.6	2.5	19.1	1.7	19.7	2.3	21.7	2.3	20.7	1.6	
Belluno	17.4	7.6	14.2	7.8	15.9	5.5	20.2	10.8	14.4	8.7	17.1	6.9	21.5	8.6	13.1	7.9	17.7	6.0	
Vicenza	10.1	4.2	8.2	4.0	9.2	2.9	17.6	5.7	19.1	6.2	18.3	4.2	15.5	5.3	21.1	5.1	18.8	3.7	
Treviso	15.0	5.0	7.4	4.1	11.6	3.3	17.2	5.1	18.5	6.0	17.8	3.9	20.8	5.6	24.4	5.8	22.7	4.1	
Venezia	20.5	6.5	9.6	4.7	15.1	4.1	16.8	5.8	21.8	6.5	19.2	4.4	19.7	5.3	21.4	5.3	20.6	3.8	
Padova	7.3	4.0	16.0	6.0	11.3	3.5	17.5	5.6	17.5	6.1	17.5	4.1	22.3	6.9	20.4	4.8	21.1	4.0	
Rovigo	11.9	7.0	23.9	11.4	17.2	6.5	23.6	11.5	15.2	8.6	19.0	7.1	22.7	8.5	30.8	10.0	26.2	6.5	
Verona	11.9	4.5	12.8	4.6	12.3	3.2	27.5	6.5	18.5	5.2	22.8	4.2	19.3	5.1	20.9	6.9	19.9	4.1	
Fare i compiti e computer																			
Regione	5.2	1.4	5.4	1.4	5.3	1.0	7.3	1.6	8.2	1.8	7.7	1.2	10.4	1.8	8.5	1.6	9.4	1.2	
Belluno	2.2	3.0	4.8	4.6	3.4	2.7	11.0	8.3	9.0	6.9	9.9	5.4	8.0	5.5	1.9	2.6	5.3	3.3	
Vicenza	5.6	3.2	3.1	2.4	4.4	2.1	3.4	2.5	7.7	4.3	5.4	2.4	8.5	4.3	4.8	2.6	6.3	2.3	
Treviso	3.1	2.5	9.5	4.6	6.0	2.5	7.8	3.7	7.9	4.1	7.8	2.8	8.5	3.9	7.1	3.5	7.8	2.6	
Venezia	7.1	4.3	5.7	3.6	6.4	2.8	7.0	4.0	8.4	4.3	7.6	2.9	16.3	5.1	13.0	4.3	14.5	3.3	
Padova	3.4	2.7	5.4	3.7	4.3	2.2	5.3	3.3	9.4	4.7	7.2	2.8	8.5	4.6	7.8	3.1	8.0	2.6	
Rovigo	9.2	7.0	11.4	8.8	10.2	5.5	9.8	8.2	12.8	8.9	11.4	6.1	5.5	4.7	8.7	6.3	6.9	3.8	
Verona	7.0	3.5	2.9	2.3	4.9	2.1	11.7	4.7	6.3	3.4	8.9	2.9	11.8	4.1	13.4	5.8	12.4	3.4	

Tabella 9.4 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che guardano la televisione, usano il computer o fanno i compiti durante il fine settimana a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	
Guardare la televisione																			
Regione	26.0	2.7	20.5	2.6	23.4	1.9	29.6	2.8	25.9	2.8	27.9	2.0	28.5	2.7	22.4	2.3	25.3	1.8	
Belluno	22.6	8.6	17.0	8.5	20.0	6.1	36.0	12.9	19.9	9.8	27.4	8.1	29.4	9.5	18.2	9.2	24.4	6.7	
Vicenza	23.3	6.0	15.9	5.3	19.7	4.1	29.1	6.9	28.2	7.1	28.7	5.0	29.3	6.7	17.1	4.7	22.0	3.9	
Treviso	26.8	6.1	20.7	6.3	24.1	4.4	29.8	6.1	29.8	7.1	29.8	4.6	31.0	6.4	25.3	5.9	28.0	4.3	
Venezia	32.1	7.5	21.9	6.7	27.0	5.0	27.6	7.0	25.7	6.9	26.7	4.9	27.7	6.1	19.2	5.1	23.1	4.0	
Padova	15.9	5.5	25.7	7.1	20.5	4.4	30.4	6.8	19.1	6.4	25.2	4.7	34.7	8.0	25.6	5.2	28.7	4.4	
Rovigo	32.6	10.9	26.8	11.7	30.0	8.0	25.9	11.6	19.1	10.1	22.2	7.7	26.3	9.2	26.8	9.9	26.5	6.7	
Verona	31.7	6.6	18.9	5.5	25.2	4.3	30.4	6.7	29.8	6.2	30.1	4.6	24.0	5.4	26.1	7.2	24.8	4.3	
Fare i compiti e uso del computer																			
Regione	6.8	1.5	5.8	1.5	6.3	1.1	10.1	1.9	9.0	1.8	9.6	1.3	10.8	1.8	6.1	1.4	8.3	1.1	
Belluno	6.9	5.4	4.8	4.6	6.0	3.6	11.9	8.4	13.7	8.3	12.8	5.9	10.1	6.2	1.7	3.3	6.4	3.8	
Vicenza	6.4	3.4	3.7	2.7	5.1	2.2	9.5	4.3	7.5	4.2	8.6	3.0	12.2	4.9	3.5	2.3	7.0	2.4	
Treviso	3.6	2.6	6.7	3.9	5.0	2.3	9.5	4.1	9.4	4.6	9.5	3.0	7.5	3.7	7.7	3.6	7.6	2.6	
Venezia	10.8	5.1	5.5	3.4	8.1	3.1	8.3	4.4	10.7	4.9	9.5	3.3	13.3	4.7	8.7	3.6	10.8	2.9	
Padova	3.9	2.8	6.7	4.0	5.2	2.4	10.9	4.6	10.1	4.9	10.6	3.3	12.7	5.3	5.1	2.6	7.7	2.5	
Rovigo	10.8	7.5	15.2	9.8	12.8	6.0	13.2	9.3	8.3	7.0	10.6	5.7	6.8	5.2	2.8	2.8	5.1	3.2	
Verona	8.8	4.0	4.8	3.1	6.8	2.5	11.1	4.7	6.7	3.4	8.8	2.9	10.5	3.9	9.2	4.8	10.0	3.1	

Tabella 9.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che guardano la televisione per più di 4 ore al giorno durante i giorni di scuola e il fine settimana a livello di Azienda ULSS

	Televisione durante i giorni di scuola						Televisione fine settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	12.2	1.4	19.1	1.7	20.7	1.6	23.4	1.9	27.9	2.0	25.3	1.8
ULSS 1	13.2	7.0	15.8	8.2	17.9	8.2	20.9	8.4	23.7	9.6	25.0	9.3
ULSS 2	21.1	9.2	19.5	12.1	17.4	8.0	20.0	9.1	34.1	14.5	23.3	8.9
ULSS 3	10.8	7.1	11.6	7.6	23.2	8.3	17.6	8.7	23.2	10.0	17.2	7.4
ULSS 4	6.7	5.6	16.7	10.5	12.5	6.4	20.3	9.2	29.2	12.9	26.9	8.5
ULSS 5	13.5	7.1	23.8	9.1	22.1	8.8	19.1	8.2	35.7	10.2	17.4	8.0
ULSS 6	7.2	4.3	20.4	6.8	18.1	6.3	21.0	6.8	27.7	7.5	24.3	7.0
ULSS 7	13.1	6.7	17.6	7.4	27.5	8.4	22.8	8.2	28.4	8.8	30.3	8.6
ULSS 8	9.8	5.8	12.1	6.4	23.2	7.8	20.4	7.8	22.2	8.2	28.6	8.4
ULSS 9	12.6	5.2	21.1	6.1	19.4	5.5	27.8	7.0	35.2	7.1	26.0	6.1
ULSS 10	20.0	8.8	21.6	9.4	21.4	7.0	36.7	10.6	31.1	10.5	27.5	7.6
ULSS 12	16.3	8.1	20.5	8.4	24.8	7.3	21.3	9.0	22.7	8.8	24.1	7.3
ULSS 13	10.3	6.7	17.3	8.6	15.5	7.2	24.4	9.5	25.7	10.0	19.6	7.9
ULSS 14	14.5	8.3	18.3	7.1	19.5	8.3	27.5	10.5	28.7	8.3	20.7	8.5
ULSS 15	19.2	7.8	12.1	6.2	28.6	8.9	20.2	7.9	20.6	7.7	38.8	9.6
ULSS 16	9.7	4.8	20.3	6.6	16.2	4.4	21.5	6.7	28.0	7.4	24.2	5.1
ULSS 17	2.6	3.6	22.7	9.5	23.0	8.2	18.2	8.6	28.0	10.2	26.0	8.6
ULSS 18	19.0	8.7	16.4	9.3	21.5	8.4	35.9	10.6	21.0	10.1	28.0	9.1
ULSS 19	12.9	7.8	25.0	10.0	34.6	9.0	15.9	8.6	25.0	10.0	25.2	8.2
ULSS 20	14.2	4.6	20.0	5.4	15.8	4.4	26.0	5.8	29.5	6.2	24.1	5.1
ULSS 21	11.8	7.3	30.7	9.6	20.4	8.2	21.9	9.5	35.2	10.0	25.0	8.9
ULSS 22	9.5	5.6	23.9	8.0	26.6	9.7	25.5	8.3	29.4	8.6	26.6	9.7

Tabella 9.6 Giovani di 11, 13 e 15 anni che usano il computer o fanno i compiti per più di 3 ore al giorno durante i giorni di scuola e il fine settimana a livello di Azienda ULSS

	Compiti e computer durante i giorni di scuola						Compiti e computer fine settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±	%	/C±
Regione	5.3	1.0	19.1	1.7	20.7	1.6	6.3	1.1	9.6	1.3	8.3	1.1
ULSS1	2.2	3.1	10.4	6.8	3.6	4.0	5.6	4.8	18.2	8.6	6.0	5.1
ULSS2	5.3	5.0	9.8	9.1	8.2	5.8	6.5	5.5	4.9	6.6	7.1	5.4
ULSS3	2.7	3.6	4.3	4.7	2.0	2.7	-	-	5.7	5.4	3.0	3.3
ULSS4	4.0	4.4	4.2	5.7	3.8	3.7	5.3	5.1	8.3	7.8	8.7	5.4
ULSS5	4.4	4.3	9.5	6.3	4.7	4.5	5.6	4.8	11.9	6.9	4.7	4.5
ULSS6	5.8	3.9	5.9	4.0	11.1	5.1	8.0	4.5	9.5	4.9	9.7	4.8
ULSS7	3.0	3.3	5.9	4.6	11.9	6.1	5.0	4.3	6.0	4.7	12.0	6.1
ULSS8	4.9	4.2	8.0	5.3	10.7	5.7	3.0	3.3	13.0	6.6	11.6	5.9
ULSS9	8.8	4.4	8.5	4.1	4.1	2.8	7.0	4.0	8.5	4.1	3.0	2.4
ULSS10	6.4	5.4	8.1	6.2	12.3	5.6	10.1	6.7	8.1	6.2	7.7	4.6
ULSS12	6.2	5.2	7.9	5.6	20.5	6.9	11.1	6.8	10.0	6.2	19.7	6.8
ULSS13	6.5	5.5	8.0	6.1	10.3	6.1	3.8	4.3	12.0	7.4	3.1	3.4
ULSS14	7.2	6.1	7.0	4.7	14.9	7.5	10.1	7.1	7.0	4.7	11.5	6.7
ULSS15	3.1	3.4	5.6	4.4	8.2	5.5	3.1	3.4	9.3	5.5	7.2	5.2
ULSS16	4.1	3.2	9.1	4.7	6.7	3.0	4.8	3.5	12.6	5.4	8.1	3.3
ULSS17	6.4	5.4	6.8	5.7	10.0	5.9	9.0	6.3	9.5	6.7	7.0	5.0
ULSS18	13.9	7.6	12.7	8.2	6.5	5.0	17.7	8.4	11.1	7.8	4.3	4.1
ULSS19	1.4	2.8	8.3	6.4	8.4	5.3	1.4	2.8	9.7	6.8	7.5	5.0
ULSS20	5.6	3.1	9.5	4.0	11.4	3.8	6.9	3.4	10.0	4.1	9.8	3.6
ULSS21	9.6	6.8	8.0	5.7	9.6	5.9	6.8	5.7	5.7	4.9	7.5	5.4
ULSS22	1.9	2.6	8.2	5.1	15.4	8.0	6.6	4.7	8.2	5.1	11.5	7.1

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

La sedentarietà e la scorretta alimentazione contribuiscono in maniera rilevante alla morbilità, alla disabilità e anche alla mortalità della popolazione. L'attività fisica è associata ad una cospicua diminuzione della mortalità generale, dell'ordine del 20-30% (6) ed è efficace nella prevenzione primaria e/o secondaria di diverse malattie croniche (cardiovascolari, metaboliche) e di alcune patologie oncologiche. È stato calcolato ad esempio che il 31% delle morti premature totali e il 21% di quelle dovute a tumori nelle non fumatrici siano correlate con sovrappeso e inattività (55) inoltre secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'inattività sarebbe responsabile di 2 milioni di morti all'anno e del 22% dei casi di cardiopatia ischemica. (56). Insufficienti livelli di attività fisica inoltre comportano costi sociali non indifferenti: ad esempio in USA le spese per l'obesità nel 2003 ammontavano a circa 74 miliardi di dollari e il governo statunitense per la sola campagna antiobesità nei bambini e negli adolescenti ha stanziato un finanziamento annuale di 11 miliardi di dollari (78). Si stima che in Europa per l'inattività si spenda annualmente 150-300 euro/cittadino (57).

Il problema della sedentarietà investe tutte le fasce d'età, ma ha implicazioni particolari per quanto riguarda i giovani, sia per il loro cospicuo interessamento che per le importanti ripercussioni sulla salute fisica oltre che su quella psicologica e sulle relazioni sociali. Ciò è tanto più inquietante in quanto il gioco e il movimento sono connaturati alla natura stessa del bambino e dell'adolescente.

Per affrontare questo problema di salute pubblica le maggiori raccomandazioni sono rivolte alle comunità, per fare in modo che promuovano la pratica dell'attività fisica in tutte le fasce d'età e che indirizzino gli interventi di promozione della salute soprattutto alla popolazione sedentaria per trasformarla in attiva.

Le linee guida dell'istituzione americana più autorevole nel campo della salute pubblica, i Centers for *Disease Control and Prevention* (CDC), destinate ai servizi di prevenzione territoriale (*Community Preventive Services*) costituiscono un esempio di raccomandazioni sui piani di intervento da adottare per incrementare la pratica dell'attività fisica e si basano sui risultati di innumerevoli studi (34). Tali raccomandazioni (*Community Guides*) (58) suggeriscono azioni di promozione dell'attività fisica incentrate su tre livelli complementari:

1. livello Informativo;
2. livello comportamentale e sociale;
3. livello strutturale e ambientale.

Gli *interventi di carattere informativo* hanno lo scopo di fornire le informazioni necessarie per motivare e rendere le persone capaci di cambiare il loro comportamento e di mantenerlo nel tempo. Il punto centrale di questo tipo di interventi è soprattutto l'acquisizione di abilità cognitive che precedono quelle comportamentali. Gli interventi utilizzano principalmente un approccio educativo per presentare sia in-

formazioni di carattere generale sulla salute sia informazioni specifiche sugli esercizi e sull'attività fisica. Un esempio di interventi di questo tipo sono le campagne informative generalizzate (*Community-Wide*), inserite in un più globale intervento di comunità, che diffondono i messaggi attraverso canali diversi: televisione, radio, giornali e inserti, posta elettronica, cartellonistica dinamica, messaggi nei cinema e nei teatri (40-46).

Altri interventi in questo campo sono quelli che incoraggiano l'uso delle scale in alternativa a quello degli ascensori. I messaggi sui benefici di questo tipo di interventi di promozione dell'attività fisica, nei centri commerciali (35-37), nelle stazioni degli autobus e dei treni (38, 36) e nelle biblioteche (39), hanno dimostrato la loro efficacia nell'incoraggiare le persone già predisposte all'attività fisica a diventare maggiormente attive e nell'informare quelle sedentarie sui reali benefici di questa pratica.

Nelle scuole elementari, medie e superiori, i progetti di informazione sui benefici dell'attività fisica sono abitualmente strutturati insieme a quelli per la nutrizione, il fumo e per alcuni tipi di malattie (ad esempio, quelle cardiovascolari). Nei paesi anglosassoni sono stati generalmente utilizzati programmi interdisciplinari che si inseriscono nel curriculum scolastico, utilizzando il corpo docente per un totale di una quindicina di lezioni annuali nelle varie discipline, quali ad esempio la matematica, le scienze, il linguaggio figurativo, gli studi sociali, ecc. (47-50).

A livello comportamentale e sociale, le azioni di promozione dell'attività fisica mirano a modificare un comportamento e a promuovere corretti stili di vita a casa, a scuola e al lavoro, puntando sul sostegno di amici e familiari. In ambito scolastico, ad esempio, gli interventi in campo comportamentale mirano ad intensificare l'attività fisica, introducendo durante le ore di educazione fisica un'attività sportiva di vigorosa intensità (che coinvolga il maggior numero possibile di studenti, in modo che tutti o quasi tutti i ragazzi siano condizionati a muoversi) oppure modificando alcune regole di gioco considerate "sedentarie" in favore di altre ritenute più attive (51-54, 59). In ambito familiare, si sono rivelati efficaci gli interventi aventi ad oggetto la riduzione delle ore trascorse davanti alla televisione o a giocare con i *video game*. I progetti hanno la struttura del concorso a premi ed incoraggiano gli studenti a non guardare la televisione per uno specificato numero di giorni, facendo leva anche sull'aiuto dei genitori (60-62).

Infine, sono di fondamentale importanza gli *interventi a livello strutturale e ambientale*, concepiti per fornire il maggior numero di opportunità e il supporto alla comunità per sviluppare un comportamento più sano.

Studi di correlazione hanno mostrato infatti che i livelli di attività fisica sono associati con fattori quali la disponibilità di un'attrezzatura sportiva in casa e la prossimità e la densità di luoghi in cui esercitare l'attività fisica vicino alla propria abitazione. Indipendentemente dalla motivazione individuale, le caratteristiche ambientali e dei quartieri che interferiscono sui livelli di attività fisica e che possono costituire materia per la pianificazione di interventi di comunità sono: il grado di illuminazione delle

strade, l'inquinamento dell'aria, il sistema dei trasporti per collegare i centri sportivi e ricreativi, la presenza di piste ciclabili, il rischio di aggressioni, l'efficienza delle forze dell'ordine (ad esempio, nel sanzionare il cosiddetto "parcheggio selvaggio" nelle zone riservate ai pedoni o alle biciclette o nel ridurre il rischio di aggressioni). Altri fattori decisivi, specie nelle fasce sociali svantaggiate, sono il senso di appartenenza alla comunità, il capitale sociale, l'equità (costo d'accesso alle strutture, loro presenza in quartieri di diverso tenore sociale) (63, 64, 31).

Ad esempio, la preoccupazione dei genitori per il traffico (oltre che per il rischio di aggressioni) è uno dei fattori che più pesantemente influenza la possibilità per i bambini di muoversi nelle città, di camminare, andare in bicicletta e giocare per strada, mentre la sola attività sportiva non è generalmente sufficiente a consentire livelli adeguati di attività fisica per i ragazzi (65).

Esempi di interventi in ambito strutturale sono quelli volti a facilitare l'accesso ai centri sportivi e ricreativi già esistenti (anche in termini di contenimento delle tariffe d'ingresso), a crearne di nuovi (66-72) e soprattutto a incentivare la presenza nell'ambiente urbano di spazi verdi adeguatamente sicuri e curati, di percorsi per il cammino e piste ciclabili, di zone pedonali o con limiti di velocità al di sotto dei 30 km orari. La progettazione urbanistica diventa quindi fondamentale e l'impegno della collettività deve puntare a favorire condizioni strutturali che consentano la mobilità sostenibile ed il gioco, passando inoltre dall'episodicità alla programmazione.

Gli interventi di promozione dell'attività fisica per i giovani

Data l'importanza della lotta alla sedentarietà nella promozione della salute, non stupisce il fatto che siano state avviate numerosissime iniziative internazionali, nazionali e locali per promuovere il movimento e gli stili di vita sani. Per quanto riguarda gli interventi rivolti ai giovani, molto rilievo è stato dato a livello internazionale alle iniziative per incrementare il cammino (e la bicicletta) sul percorso casa-scuola. Dal 1997 l'iniziativa International Walk to School (73) si è estesa fino a coinvolgere nell'intero mese di ottobre 40 paesi in tutto il mondo, tra cui l'Italia, e milioni di piccoli camminatori, anche allo scopo di sensibilizzare la comunità sul tema della sicurezza dell'ambiente in cui avvengono gli spostamenti casa-scuola.

In Europa, l'azione di potenziamento dell'attività fisica tra i giovani è stata promossa anche dal Parlamento e dal Consiglio dell'Unione per incoraggiare le partnership tra il mondo dell'istruzione ed il mondo dello sport al fine di diffondere i valori educativi e sociali dell'attività sportiva (74). Le attività e le iniziative avviate sono state svolte a livello comunitario, nazionale, regionale e locale. Le azioni sostenute nel corso del 2004 (Anno Europeo dell'Educazione attraverso lo Sport) sono state molteplici ed hanno riguardato, tra le altre cose, incontri, competizioni scolastiche europee, campagne d'informazione e promozione, sostegno finanziario, ecc.

In Italia, le iniziative di promozione dell'attività fisica (sia dirette agli adulti che ai ragazzi) sono state fino ad oggi sporadiche e non ben coordinate su scala nazionale.

All'iniziativa International Walk to School hanno aderito oltre al Veneto singoli comuni in Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Sardegna, mentre altri interventi sui ragazzi sono stati realizzati in Piemonte e in Lazio (75).

A livello regionale, la Direzione Regionale della Prevenzione del Veneto ha lanciato nel 2002 il progetto triennale "Lotta alla sedentarietà", coordinato dal Dipartimento di Prevenzione di Verona, dotandosi di una rete di referenti che hanno il compito di promuovere questa forma di prevenzione in tutte le Aziende ULSS della regione. A questa attività è stata data continuità con un secondo progetto triennale per il 2005-2007. Nell'ambito di questo progetto sono stati realizzati numerosi interventi di comunità finalizzati a promuovere l'attività motoria, descritti particolareggiatamente nel sito http://prevenzione.ulss20.verona.it/medgen_attmot.html. In particolare sono state promosse numerose iniziative per incrementare i livelli di AF nei bambini, quali:

- l'adesione (a partire dal 2005) alla campagna International Walk to School e la realizzazione di attività per stimolare i genitori a mandare i bambini a scuola a piedi o in bicicletta, concordando con le amministrazioni locali percorsi più sicuri;
- il Concorso "Piccoli cittadini per grandi strade", bandito nel 2006 per premiare il progetto più originale riguardante la promozione dell'attività fisica nella vita quotidiana, mediante interventi di riqualificazione dello spazio urbano a misura di bambino; al concorso hanno partecipato 19 progetti, in cui hanno collaborato istituzioni pubbliche e private (scuole, comuni, comitati di quartiere, associazioni ecc.);
- la partecipazione, nel 2006, alla competizione "Action within the community to improve child road safety" indetta dalla Comunità Europea e al concorso "Counteracting Obesity Award 2006" indetto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- la collaborazione in corso fra progetto di lotta alla sedentarietà e Facoltà di Architettura dell'Università di Venezia (IUAV) per la realizzazione del progetto "Individuazione di parametri urbanistici ed edilizi, qualitativi e quantitativi, per stili di vita attivi";
- la collaborazione con i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Veneto per interventi integrati sugli stili di vita (AF e alimentazione sana) nei bambini.

Sempre a livello regionale, a partire dal 2004 è stato realizzato il progetto "Piu-sport@scuola" mediante una collaborazione tra Regione, Ufficio Scolastico Regionale e Università. Il progetto mira ad incrementare le attività motorie nelle scuole (primarie e secondarie di primo e secondo grado), mettendo i giovani a contatto con gli organismi sportivi del territorio, e si sviluppa avvalendosi degli insegnanti di educazione fisica diplomati ISEF / laureati in Scienze Motorie. Vengono attivate sinergie con le associazioni sportive con l'intento di favorire l'avviamento allo sport, di diffonderne i valori e di inserire la pratica sportiva nello stile di vita fin dall'età scolare. Viene garantita la presenza di un operatore/referente per ogni scuola per alcune ore la settimana per promuovere i rapporti con le realtà locali e creare op-

portunità di pratica di varie discipline sportive. La presenza dell'insegnante di educazione fisica permette anche attività di consulenza e formazione ai docenti oltre a quelle dirette agli studenti.

A livello locale, è importante segnalare l'attivazione negli ultimi anni di specifiche attività che hanno ormai la caratteristica di interventi permanenti:

- la Provincia di Padova ha promosso il progetto "Sport a Scuola" nell'ambito del Programma Comunitario per lo sport. La finalità del progetto era di attivare, incrementare e diffondere le diverse discipline sportive mediante accordi di collaborazione e di convenzione tra le istituzioni scolastiche, le autorità pubbliche e le società sportive riconoscendo allo sport un valore educativo e formativo. Per l'attivazione del progetto sono state stipulate apposite convenzioni con le società sportive e gli istituti scolastici in modo da incrementare la partecipazione degli studenti alle attività sportive. Gli sport promossi sono stati molteplici: pallavolo, ginnastica artistica, canottaggio, baseball, rugby, equitazione, golf, vela, scherma, ciclismo, basket e sci. Per sensibilizzare e responsabilizzare i vari soggetti coinvolti, le apposite convenzioni hanno previsto contributi per le società sportive e per le scuole. Allo scopo di favorire l'autogestione delle attività sportive, le scuole sono state invitate tramite bandi pubblici a proporre autonomamente specifici progetti di iniziative sportive. Il progetto ha previsto lo scambio di buone pratiche e di know-how su tematiche riguardanti il rapporto tra l'istruzione e lo sport a scuola con particolare riferimento all'aspetto educativo-formativo. Il progetto prevedeva, inoltre, l'organizzazione di un convegno tra dirigenti sportivi, docenti delle scuole convenzionate e rappresentanti di istituzioni nazionali e comunitarie. Un apposito spazio e-learning è stato creato con pagina web dedicata (76);
- il Comune di Verona ha deliberato, nel 2006, un "Piano di sviluppo della salute del Comune di Verona" (77) all'interno del quale ha un ruolo importante la promozione dell'attività motoria, integrata con la promozione della sana alimentazione, la lotta al traffico e all'inquinamento, la lotta contro le disuguaglianze;
- in numerose Aziende ULSS e comuni veneti (tra cui Feltre, Bassano, Adria, Conselve, Camposampiero, Mestre, Martellago, Vicenza, Creazzo, S. Bonifacio, Treviso, Montecchio Maggiore, Monteforte, Verona) sono state attivate iniziative di promozione del cammino sui percorsi casa-scuola (Pedibus, Vado a scuola da solo), spesso integrate con altri interventi sulla strutturazione del territorio;
- le ULSS di Adria, Rovigo e Thiene organizzano dal 2003 l'evento Nutrilandia in cui si integrano iniziative sulla promozione del movimento e della sana alimentazione;
- il progetto Alta Salute attivato nell'ULSS di Thiene coinvolge l'intera popolazione in iniziative di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, degli incidenti e dei tumori attraverso la promozione di stili di vita sani.

Tutti questi interventi sia a livello regionale che locale evidenziano come sul territorio veneto sia presente una consolidata volontà e una concreta azione di promozione di corretti stili di vita in ogni fascia della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

1. CAINE D, MAFFULLI N. Epidemiology of children's individual sports injuries. In: Caine D, Maffulli N, Epidemiology of pediatric sports injuries: individual sports. *Medicine and Sports Science Basel*, 2005, 48, 1-7.
2. CHAKRAVARTHY MV, BOOTH FW. Eating, exercise, and "thrifty" genotypes: connecting the dots toward an evolutionary understanding of modern chronic diseases. *Journal of Applied Physiology*, 2004, 96, 3-10.
3. BOOTH FW, CHAKRAVARTHY MV, SPANGENBURG EE. Exercise and gene expression: physiological regulation of the human genome through physical activity. *The Journal of Physiology*, 2002; 543, 2, 399-411.
4. ANDERSEN L, WEDDERKOPP N, HANSEN H, COOPER A, FROBERG K. Biological cardiovascular risk factors cluster in Danish children and adolescents: The European Youth Heart Study. *Preventive Medicine*, 2003, 37, 363-367.
5. HALLAL PC, VICTORA CG, AZEVEDO MR, WELLS JC. Adolescent Physical Activity and Health: A Systematic Review. *Sports Medicine*, 2006, 36, 12, 1019-1030.
6. MORGANTE S, ET AL. Attività fisica: prevenzione delle malattie croniche. Dialogo sui Farmaci, 2007, in press.
7. UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, 1996, 215-17.
8. GORDON-LARSEN P, ADAIR L, NELSON M, POPKIN B. Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80, 569-575.
9. WEISS R, CAPRIO S. Altered glucose metabolism in obese youth. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2006 Mar; 3, 3, 233-8.
10. PINHAS-HAMIEL O, ZEITLER P. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *Lancet*, 2007 May 26, 369(9575), 1823-31.
11. LOGSTRUP S. Children and young people: the importance of physical activity [online]. European Heart Network, 2001. Available from URL: <http://www.ehnheart.org>.
12. DUNN AL, TRIVEDI MH, O'NEAL HA. Physical activity dose response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2001, 33, 6, 587-97.
13. BROMAN-FULKS JJ, BERMAN ME, RABIAN BA, ET AL. EFFECTS OF 24. OKASHA M, MCCARRON P, GUNNELL D, et al. Exposures in child- aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behavior Research and Therapy*, 2004, 42, 125-36.
14. SHILTON T, NAUGHTON G. Physical activity and children: a statement of importance and call to action from the Heart Foundation [online]. 2001, Available from URL: <http://www.heartfoundation.com>.
15. SARGRESTANO L, PAIKOFF R, HOLMBECK G, FENDRICH M: A Longitudinal Examination of Familial Risk Factors for Depression Among Inner-City African American Adolescents. *Journal of Family Psychology*, 2003, 17, 108-120.
16. NEUMARK-SZAINER D. Preventing the broad spectrum of weight related problems: working with parents to help teens achieve a healthy weight and positive body image. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2005, 37, 133-139.

17. ROST S, PATE R, SALLIS J, FREEDSON P, TAYLOR W, DOWDA M: Age and gender differences in objectively measured physical activity in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2002, 34, 350-355.
18. EATON D, KANN L, KINCHEN S, ROSS J, HAWKINS J, HARRIS W, LOWRY R, MCMANUS T, CHYEN D, SHANKLIN S. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 2006, 55, 1-108.
19. JACKSON C. Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 2002, 31, 425-432.
20. BYRNE K, HADDOCK C, POSTON W: Parenting style and adolescent smoking. *Journal of Adolescence Health*, 2002, 30, 425.
21. SALLIS JF. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000, 32, 963-75.
22. DAVISON K, CUTTING T, BIRCH L: Parents' activity-related parenting practices predict girls' physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2003, 35, 1589-1595.
23. TROST S, SALLIS J, PATE R, FREEDSON P, TAYLOR W, DOWDA M: Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 25, 277-282.
24. SPRINGER A, KELDER S, HOELSCHER D. Social support, physical activity and sedentary behavior among 6th grade girls: a cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2006, 3, 8.
25. BETTINGER J, CELENTANO D, CURRIERO F, ADLER N, MILLSTEIN S, ELLEN J. Does parental involvement predict new sexually transmitted diseases in female adolescents? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004, 158, 666-670.
26. ORNELAS IJ, PERREIRA KM, AYALA GX. Parental influences on adolescent physical activity: a longitudinal study, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2007, 4, 1-10.
27. LEWIS MA, DEVELLIS BM, SLEATH B. Social influence and Interpersonal Communication in Health Behavior. In *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* 3rd edition. Edited by: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Jossey-Bass San Francisco, CA; 2002.
28. WHO: Physical activity and health in Europe. 2006.
29. OLLMAN J, NORTON L. Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *Br J Sports Med*, 2005; 39, 892-7.
30. WAREHAM NJ, ESTHER MF, VAN SLUIJS EMF, ET AL. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proc Nutr Soc*, 2005, 64, 229-47.
31. T.STAHL ET AL. The importance of the social environment for physically active lifestyle. *Social Science and medicine*, 52, 2001, 1-10.
32. Barriers to Children Walking to or From School United States, 2004 MMWR 2004, 51, 701
33. TAYLOR WC, BLAIR SN, CUMMINGS SS, ET AL. Childhood and Suppl. 1: S22-6 adolescent physical activity patterns and adult physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31, 118-23.
34. STRICKER PR. Sports training issues for the pediatric athlete. *Pediatric Clinics of North America*, 2002, 49, 793-802.
35. BEUMONT PJ, ARTHUR B, RUSSELL JD. Excessive physical activity in dieting disorder patients: proposals for a supervised implica exercise program. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 15, 21-36.
36. ELIAKIM A, BEYTH Y. Exercise training, menstrual irregularities and bone development in children and adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2003, 16, 201-6.

37. RISSER WL. Weight-training injuries in children and adolescents. *American family physician*, 1991, 44, 2104-8.
38. VIENO A, SANITNELLO M, MARTINI CM. Epidemiologia del sovrappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia Psichiatrica e Sociale*, 2005, 14, 100-107.
39. STRONG WB, MALINA RM, BLIMKIE CJ, ET AL. Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal Pediatric*, 2005, 146, 732-7.
40. GORTMAKER SL, MUST A, SOBOL AM, ET AL. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1996, 150, 356-62.
41. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet*, 2004, 36, 9430, 257-62.
42. IDDLE SJ, GORELY T, MARSHALL SJ, ET AL. Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *Journal of the Royal Society for the promotion of Health*, 2004, 124, 1, 29-33.
43. <http://www.aap.org/family/tv1.htm>
- 43a. DALLAGO L, SANTINELLO M, DAVOLI K. La salute in preadolescenza tra utilizzo di computer e televisione. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2005, 246, 3-14.
44. MEREDITH CN, DWYER JT. Nutrition and exercise: effects on adolescent health. *Annual Review of Public Health*, 1991, 12, 309-33.
45. HILLS AP, KING NA, ARMSTRONG TP. The Contribution of Physical Activity and Sedentary Behaviours to the Growth and Development of Children and Adolescents: Implications for Overweight and Obesity. *Sports Medicine*, 2007, 37, 6, 533-545.
46. MALLAM KM, METCALF BS, KIRKBY J. Contribution of timetables physical education to total physical activity in primary school children: cross sectional study. *British Medical Journal*, 2003, 327, 592-3.
47. SLEAP M, TOLFREY K. Do 9- to 12-yr-old children meet existing physical activity recommendations for health? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2001, 33, 591-596.
48. PATE RR, FREEDSON PS, SALLIS JF, TAYLOR WC, SIRARD J, TROST SG. Compliance with physical activity guidelines: Prevalence in a population of children and youth. *Annals of Epidemiology*, 2002, 12, 303-308.
49. SPROSTON K, PRIMATESTA P. Health survey for England 2002: The health of children and young people. London: The Stationery Office, 2003.
50. CAVILL N, BIDDLE S, SALLIS JF. Health enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science*, 2001, 13, 12-25.
51. CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for school and community programmes to promote lifelong physical activity among young people [online]. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1997, 46, 1-36. Available from URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview>.
52. AL-NAKEEB Y, DUNCAN MJ, LYONS M, WOODFIELD L. Body fatness and physical activity levels of young children. *Annals of Human Biology*, 2007, 4, 1, 1-12.
53. ISTAT. Famiglia e società: la pratica sportiva in Italia, 2006. www.istat.it.
54. PROCHASKA JJ, SALLIS JF, LONG B. A physical activity screening measure for use with adolescence in primary care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2001, 71, 2, 59-73.
55. Hu FB, ET AL. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among Women. *N Engl J Med*, 2004, 351, 2694.

56. WHO. World Health Report <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en>.
57. WHO: Physical activity and health in Europe. 2006.
58. www.thecommunityguide.org.
59. VANDONGEN R, JENNER DA, THOMPSON C, ET AL. A controlled evaluation of a fitness and nutrition intervention program on cardiovascular health in 10-to 12 year-old children. *Prev Med*, 1995, 24, 9-22.
60. GORTMAKER SL, PETERSON K, WIECHA J, ET AL. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1999, 153, 409-18.
61. GORTMAKER SL, CHEUNG LW, PETERSON KE, ET AL. Impact of a school-based interdisciplinary intervention on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1999, 153, 975-83.
62. ROBINSON TN. Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1999, 282, 1561-7.
63. GILES-CORTI B ET AL. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity *Social Science and Medicine*, 2002, 54, 1793.
64. WING RR ET AL. Behavioral science research in diabetes *Diabetes Care*, 2001, 24, 117.
65. WHO: Promoting physical activity and active living in urban environments, 2006.
66. BERTERA RL. Behavioral risk factor and illness day changes with workplace health promotion: two-year results. *Am J Health Promot*, 1993, 7, 365-73.
67. BLAIR SN, PISERCHIA PV, WILBUR CS, CROWDER JH. A public health intervention model for work-site health promotion. Impact on exercise and physical fitness in a health promotion plan after 24 months. *JAMA*, 1986, 255, 921-6.
68. BROWNSON RC, SMITH CA, PRATT M, ET AL. Preventing cardiovascular disease through community-based risk reduction: the Bootheel Heart Health Project. *Am J Public Health*, 1996, 86, 206-13.
69. HEIRICH MA, FOOTE A, ERFURT JC, KONOPKA B. Work-site physical fitness programs: comparing the impact of different program design on cardiovascular risks. *J Occup Med*, 1993, 35, 510-7.
70. KING AC, CARL F, BIRKEL L, HASKELL WL. Increasing exercise among blue-collar employees: the tailoring of worksite programs to meet specific needs. *Prev Med*, 1988, 17, 357-65.
71. LINENGER JM, CHESSON CV, NICE DS. Physical fitness gains following simple environmental change. *Am J Prev Med*, 1991, 7, 298-310.
72. OSTWALD SK. Changing employees' dietary and exercise practices: an experimental study in a small company. *J Occup Med*, 1989, 31, 90-7.
73. <http://www.iwalktoschool.org/index.htm>
74. Decisione n. 291/2003/CE. Anno europeo dell'educazione attraverso lo sport 2004. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, L 43, 2003.
75. PARODI G. Un progetto di promozione dell'attività fisica nella scuola elementare sul territorio della Regione Piemonte. Atti Convegno Nazionale "La promozione dell'attività fisica nelle diverse età della vita", Bologna, 2004, www.comune.roma.it
76. www.provincia.pd.it/portal/aree_tematiche/istituzioni/relazioni_europee/sport_scuola/it.
77. www.pianoperlasalute.verona.it
78. MARCON G. Il Sole 24 ore 18.9.2007.

Chiara Verzeletti, Linda Chioffi, Oscar Cora, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Piero Vio

Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Acque - Unità di Progetto Sanità animale e Igiene Alimentare - Regione Veneto

INTRODUZIONE

La preadolescenza e l'adolescenza sono periodi caratterizzati da importanti modifiche a livello psicosociale, cognitivo e fisico (1). Il processo fisiologico di rapida crescita e sviluppo necessita di un adeguato supporto a livello nutritivo.

Oltre all'aumento della necessità di nutrienti adeguati, questa fase evolutiva è contraddistinta da un generale cambiamento nello stile di vita, che può influenzare le scelte e le abitudini alimentari (2) con importanti ripercussioni sulla salute, presente e futura.

Le abitudini alimentari inadeguate, sviluppate in adolescenza, possono avere effetti immediati sulla salute psicofisica individuale e relazionale. Si evidenzia, ad esempio, una maggior frequenza di: carie dentali, sovrappeso e obesità, alto colesterolo, alti livelli di insulina (3, 4), scarsi risultati scolastici e difficoltà psicosociali (5). Il sovrappeso (obesità) presente durante l'adolescenza tende inoltre a persistere in percentuale elevata (70-80 %) in età adulta (5a, 5b). A lungo termine, i soggetti con abitudini alimentari non salutari, presentano un maggior rischio per lo

sviluppo di patologie croniche, ne sono esempi alcune forme di cancro e malattie coronariche (6, 7).

A livello sociale, la relazione con il cibo e le abitudini alimentari hanno subito notevoli modifiche, soprattutto tra i più giovani: sempre più frequentemente i pasti sono consumati fuori casa, risulta in aumento la tendenza a saltare alcuni pasti e/o a consumare abitualmente snack, molto gustosi ma altrettanto ricchi di grassi e poveri di nutrienti fondamentali (8, 9). Altri importanti fattori a livello sociale, quali la pressione dei pari e dei mass media, le conoscenze relative all'alimentazione e l'educazione, possono influenzare i comportamenti alimentari in adolescenza (8, 9, 10).

Se in passato le abitudini alimentari erano fortemente influenzate dal contesto familiare, oggi questa relazione è molto più complessa e articolata a causa della tendenza a consumare pasti fuori casa (prevalentemente a scuola o nei fast-food) (11). Per questo motivo, nell'analisi delle abitudini alimentari, è fondamentale considerare l'influenza di più contesti, in particolare il gruppo dei pari e il setting scolastico, oltre a quello familiare.

La società occidentale, inoltre, si caratterizza per un continuo aumento dell'incidenza dell'obesità soprattutto in età evolutiva (12). Questa condizione è in gran parte il risultato di un'attività fisica ridotta e di un cambiamento nelle abitudini alimentari contraddistinto da un aumento del consumo di cibi ad alto contenuto calorico, ricchi di zuccheri e grassi saturi. L'aspetto più preoccupante è che i pattern obesogenici stanno diventando parte integrante della cultura giovanile. Recenti ricerche dimostrano come gli adolescenti percepiscano come simili i "comportamenti alimentari salutari" e i "regimi dietetici" (13-15).

Nonostante la quantità di cibo assunta quotidianamente non abbia subito sostanziali modifiche nell'ultimo decennio e la maggior diffusione di informazioni nutrizionali corrette, la qualità delle calorie e la tipologia di consumo hanno subito cambiamenti rilevanti nella direzione di abitudini alimentari non salutari. I ragazzi mangiano regolarmente snack, saltano più frequentemente la colazione, assumono eccessive quantità di carboidrati e bevono abitualmente bibite zuccherate e gassate. Inoltre, si riscontra un calo nel consumo di alimenti ricchi di vitamine e minerali (in particolar modo frutta e verdura), fondamentali per un adeguato apporto nutrizionale in adolescenza (5).

Un adeguato consumo di frutta e verdura, in sostituzione di cibi ad alto contenuto calorico, oltre ad essere una strategia efficace per il mantenimento del peso corporeo (16), è fondamentale per la riduzione del rischio di insorgenza di alcune patologie croniche (17,18). Recenti studi evidenziano un calo del consumo di frutta e verdura negli adolescenti (dal 1999 al 2004). Questa diminuzione sembra aumentare con il crescere dell'età e indipendentemente dal genere (15).

Considerando la situazione nel nostro territorio nazionale, un'indagine ISTAT riferita all'anno 2006 (19) condotta in 21.000 famiglie, evidenzia come nella popolazione italiana sia presente un consumo quotidiano di pane, pasta o riso (86.8% del cam-

pione). Rispetto al 2001, si evidenzia una lieve diminuzione del consumo di frutta (78.4% nel 2001 e 77.7% nel 2006) mentre aumenta il consumo quotidiano di verdure (49.1% nel 2001 e 50.2% nel 2006) che appare comunque scarso. Nonostante la maggioranza del campione (72.4%) dichiarò di bere più di mezzo litro di acqua al giorno, il consumo di bevande gassate è ancora elevato (57.5%) e stabile rispetto al 2001 (57.9%). Sono soprattutto i giovani che ne fanno un uso maggiore. Infatti, il consumo quotidiano di questo tipo di bevande si concentra tra i giovani di 14-17 anni (il 23.4% dichiara di berne 1-2 bicchieri al giorno) e, in particolar modo, tra i maschi (il 26.9% dichiara di berne quotidianamente 1-2 bicchieri al giorno). Anche i risultati di quest'indagine evidenziano come gli stili alimentari, soprattutto tra i più giovani, siano in una fase di cambiamento e come le abitudini alimentari stiano diventando meno salutari. Un monitoraggio dettagliato delle abitudini nutrizionali dei giovani è fondamentale per l'implementazione di progetti di prevenzione basati sui reali bisogni di preadolescenti e adolescenti.

METODI

Gli aspetti relativi agli stili alimentari sono stati indagati attraverso alcuni item e scale presenti all'interno del questionario anonimo che i ragazzi hanno compilato individualmente in classe.

In età evolutiva, l'indagine delle abitudini alimentari avviene frequentemente attraverso l'utilizzo del diario alimentare (con ripetuti riferimenti al periodo di 24 ore) e attraverso questionari dettagliati sulla frequenza dell'assunzione di cibo. Scopo della ricerca HBSC è quello di monitorare i comportamenti legati alla salute, gli stili e i contesti di vita di preadolescenti e adolescenti attraverso un unico strumento (questionario self-report) stabilito dal protocollo di ricerca internazionale.

Per questo motivo come strumenti per la rilevazione delle abitudini alimentari sono stati utilizzati, nel questionario standard item relativi alla frequenza della colazione, alla tipologia di cibi consumati durante la giornata (frutta, verdura, dolci e bibite zuccherate), al consumo di snack davanti alla TV o al computer, all'uso della televisione durante il pranzo e la cena e alla frequenza dei pasti nei fast food.

Inoltre, nell'indagine del 2006, relativamente alle abitudini alimentari si è scelto di utilizzare un pacchetto opzionale che prevede l'utilizzo di una lista più ampia di alimenti (bibite senza zucchero, latte, formaggi, latticini, cereali, pane, patatine, pesce, integratori vitaminici, pasta, riso carne, uova) rispetto a quella formulata nel questionario del 2002.

La domanda sulla frequenza della colazione valuta l'assiduità con cui i ragazzi consumano questo pasto, prevedendo risposte differenziate per i giorni di scuola e la domenica.

- *Di solito, quante volte fai colazione (si intende qualcosa di più che una tazza di latte o tè o un succo di frutta)?*

Per i giorni di scuola, le modalità di risposta sono le seguenti:

Non faccio mai colazione nei giorni di scuola; Un giorno alla settimana; Due giorni alla settimana; Tre giorni alla settimana; Quattro giorni alla settimana; Cinque giorni alla settimana; Tutti i giorni di scuola.

Per la domenica le risposte possibili sono: *Non faccio mai colazione; Di solito faccio colazione.*

Il consumo di cibi e bevande viene indagato utilizzando una sola domanda sulla frequenza settimanale dell'assunzione di frutta, verdura, dolci e bibite con l'aggiunta di zucchero.

- *Di solito, quante volte alla settimana mangi o bevi Frutta/ Verdura/Dolci (caramelle o cioccolato)/Coca cola o altre bibite con zucchero*

Le risposte per ogni alimento elencato sono: *Mai; Meno di una volta alla settimana; Una volta alla settimana; 2-4 giorni alla settimana; 5-6 giorni alla settimana; Una volta al giorno, Tutti i giorni; Più di una volta al giorno.*

Rispetto all'indagine precedente, nella rilevazione del 2006 è stata indagata sia la frequenza con cui i ragazzi guardano la TV mentre stanno pranzando o cenando, sia la frequenza con cui i giovani consumano snack quando studiano, giocano al computer o guardano la TV, sia l'assiduità con cui essi mangiano nei fast-food (11).

La descrizione di questi ultimi tre aspetti insieme all'analisi del consumo alimentare dei cibi contenuti nel pacchetto opzionale diverranno l'oggetto di una specifica pubblicazione di approfondimento dello stile alimentare degli intervistati.

Ai fini dell'analisi dei dati, le modalità della domanda sulla frequenza della colazione nei giorni di scuola sono state accorpate in maniera da ottenere la categoria "mai" per la modalità *Non faccio mai colazione nei giorni di scuola*; la categoria "non tutti i giorni" per le modalità che vanno da *Un giorno* a *Cinque giorni* e, infine, la categoria "ogni giorno" per la modalità *Tutti i giorni di scuola*.

Analogo accorpamento è stato effettuato per le modalità della domanda sulla frequenza del consumo di dolci e di bevande zuccherate (coca cola o bibite con zucchero), sono state unificate le modalità in modo da avere tre livelli: "mai/raramente" per l'accorpamento delle modalità *Mai; Meno di una volta alla settimana, Una volta alla settimana*; "non tutti i giorni" per le modalità *2-4 giorni alla settimana, 5-6 giorni alla settimana* e "ogni giorno" per l'accorpamento delle modalità *Una volta al giorno, tutti i giorni; Più di una volta al giorno*.

Per il consumo di frutta e verdura, le risposte date agli item relativi a questi due tipi di alimenti sono state considerate insieme al fine di poter stimare l'assunzione quotidiana di frutta e/o di verdura. Purtroppo questo non consente di determi-

narne l'esatto quantitativo così come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (24). Tuttavia, indagando la presenza o l'assenza giornaliera di uno dei due alimenti tra le abitudini alimentari dei giovani veneti è possibile supporre, una presunta vicinanza o lontananza dalla razione minima consigliata. Le modalità sulla frequenza del consumo di vitamine e di fibre sono state accorpate in modo da dicotomizzare l'assunzione in "consumo irregolare" (per l'insieme delle modalità *Mai; Meno di una volta alla settimana, Una volta alla settimana, 2-4 giorni alla settimana, 5-6 giorni alla settimana*) e in "consumo quotidiano" (per l'insieme delle modalità *Una volta al giorno, tutti i giorni; Più di una volta al giorno*).

In questo capitolo i dati relativi, al consumo di frutta, verdura, dolci, bevande zuccherate, nonché al consumo della colazione verranno descritti in riferimento alla modalità di assunzione quotidiana.

RISULTATI E COMMENTI

Livello regionale

Colazione

Come è già stato rilevato dalla letteratura, a livello sociale, la relazione con il cibo e le abitudini alimentari hanno subito notevoli modifiche, soprattutto tra gli adolescenti, specie di determinate fasce d'età. In una società che muta, dove i ritmi della vita sono sempre più stressanti, anche i modi di alimentarsi cambiano e si adeguano a questi nuovi ritmi. Accade, quindi, che i pasti siano sempre più frequentemente consumati fuori casa, o addirittura saltati (19), come accade per il primo pasto della giornata: la colazione, o che vengano preferiti pasti ricchi di grassi, più appetitosi, ma poveri di nutrienti fondamentali (8, 9).

L'indagine regionale HBSC, rileva una disaffezione per la prima colazione (tab. 10.1), soprattutto nel gruppo di età dei 15enni, dove solo il 59.3% del campione dichiara di fare quotidianamente colazione durante i giorni di scuola, rispetto al 68.8% dei 13enni e al 77% degli 11enni. In particolar modo, sono le femmine, in tutti e tre gli strati di età, a saltare maggiormente la colazione. Il divario tra maschi e femmine è, però, più elevato tra i 15enni (12.2 punti percentuali tra i due sessi), mentre lo è di meno tra i ragazzi di terza media (9 punti percentuali) e di soli 3 punti percentuali tra quelli di prima media (11enni).

Questo andamento viene confermato anche dall'indagine ISTAT del 2006 (19), sebbene le prevalenze indichino valori nazionali più elevati per effetto della diversa ampiezza del campione selezionato che include i giovani dagli 11 ai 17 anni, dividendoli in due scaglioni (11-14 e 15-17). Tuttavia, le stime dell'indagine ISTAT evidenziano quanto emerso nella ricerca HBSC, vale a dire una maggiore disaffezione per la colazione nelle fasce dei più grandi (77% per lo scaglione 15-17 anni) rispetto

a quella degli 11-14enni (85%), in particolar modo tra le femmine dello scaglione che va dai 15 ai 17 anni (79.5% per i maschi vs 74.6% per le femmine). La diminuita abitudine ad effettuare la prima colazione si accompagna generalmente, in base ai dati di letteratura, ad una maggior tendenza ai fuori pasto nel corso della giornata; è possibile ipotizzare anche una minore introduzione di calcio, tramite diminuito apporto di latte e latticini, proprio in coincidenza della fase di maggior accrescimento della massa ossea (aspetto questo da indagare in base ai consumi specifici).

Consumo di dolci, bibite zuccherate, frutta e verdura

Per quanto riguarda alcune abitudini alimentari quotidiane, quali il consumo di dolci, bibite zuccherate, frutta e verdura, dalla Tabella 10.2 risulta evidente un'assunzione maggiore tra i 15enni.

Rispetto ai dolci, il consumo tra i 15enni è del 31.6%, con stime omogenee tra maschi e femmine, mentre tra i 13 e gli 11enni, le prevalenze sono rispettivamente del 30.1% e del 27.6%. In questo caso, le differenze di genere, di quasi 6 punti percentuali tra l'uno e l'altro sesso, indicano un maggior consumo da parte delle femmine in entrambi gli strati. Tali confronti sono risultati statisticamente significativi.

Per le bibite zuccherate, partiamo sempre dal consumo più elevato dei giovani di seconda media superiore (15enni) che è del 22.4%, per passare, poi, al 21.6% dei 13enni e al 19.5% degli studenti di prima media (11enni). Per questo tipo di alimento, la significatività statistica dei confronti di genere fa emergere consumi più importanti tra i maschi di tutti e tre gli strati di età e distanze tra i sessi più marcate tra i giovani di 15 anni.

Quanto all'assunzione di frutta e verdura, la FAO e l'OMS hanno fissato a 400 grammi la razione minima quotidiana che ogni individuo dovrebbe assumere affinché gli venga garantito un apporto minimo indispensabile dei principali nutrienti vitaminici.

La domanda sul consumo di frutta e verdura nel questionario HBSC ha indagato l'assunzione nell'arco settimanale ed ha cercato di offrire una dimensione del fenomeno in termini di attitudine verso questi tipi di alimenti, senza riferimento alle porzioni. Rispetto ai precedenti alimenti, qui non emerge un consumo più elevato tra i 15enni. Infatti, le prevalenze nei tre strati di età si distribuiscono uniformemente, evidenziando un'assunzione giornaliera di frutta e/o verdura intorno al 49% (49.1% 11enni, 48.0% 13enni, 47.3% 15enni).

Sebbene recenti studi abbiano evidenziato un calo del consumo di frutta e verdura negli adolescenti (dal 1999 al 2004), questa diminuzione, nell'indagine HBSC, non aumenta con il crescere dell'età e le stime, come abbiamo visto, descrivono un consumo omogeneo in tutte le fasce considerate. Inoltre, tale fenomeno sembra dipendere in maniera statisticamente significativa dal genere: le femmine dichiarano di consumare più frutta e/o verdura dei maschi in ogni strato di età, con un distacco maggiore tra i maschi e le femmine di 15 anni.

Livello provinciale

Colazione

Negli strati totali del campione di 11 e di 15 anni, la distribuzione delle stime a livello provinciale risulta omogenea, mentre è abbastanza diversificata e statisticamente significativa nello strato dei 13enni (tab. 10.1). In questo strato, la provincia di Belluno (82.1%) presenta la prevalenza più alta di giovani che fanno quotidianamente la colazione durante i giorni di scuola. Anche il territorio padovano (72.1%), insieme a quello vicentino (71.2%) evidenziano frequenze elevate di ragazzi che fanno colazione rispetto all'andamento regionale (68.8%). Diversamente, la provincia di Verona risulta avere la stima più bassa (61.5%).

I confronti di genere statisticamente significativi sono quelli della provincia di Belluno tra maschi e femmine 11enni (85.4% vs 70.9%), della provincia di Vicenza tra gli 11 (77% vs 84.9%), i 13 (76% vs 65.5%) e i 15enni (71.1% vs 56.7%) e delle province di Venezia (75.1% vs 61.2%) e di Verona (69.2% vs 54.3%) tra i maschi e le femmine di terza media (13enni). Infine, nel gruppo di età dei 15enni, i confronti tra i sessi, significativi sotto l'aspetto statistico, sono quelli delle province di Treviso (76.3% vs 52.8%), Padova (63% vs 51.9%) e Verona (60.7% vs 46.1%).

Rispetto al fenomeno evidenziato in precedenza, che mostrava come il sesso femminile era, nel complesso, poco interessato al consumo del primo pasto della giornata, va notato che nella provincia di Vicenza questo andamento, come si è appena visto, non si verifica, e risulta capovolto in favore dei maschi appartenenti allo strato degli 11enni.

Consumo di dolci, bibite zuccherate, frutta e verdura

La Tabella 10.2 offre una panoramica sul consumo di dolci, bevande zuccherate, frutta e verdura a livello provinciale.

Per il consumo di dolci, la distribuzione delle stime negli strati dei 13 e dei 15enni risulta omogenea per effetto dell'assenza di significatività statistica dei confronti ed in linea con la prevalenza regionale, mentre nel gruppo d'età dei ragazzi di prima media (11enni), le frequenze assumono valori diversificati con picchi percentuali più elevati di assunzione di dolci per la provincia di Rovigo (41.3%) e percentuali, invece, più basse rispetto alla stima regionale per la provincia di Padova (23.6%).

Le differenze di genere statisticamente significative si riferiscono alla provincia di Padova tra maschi e femmine di 11 (17.2% vs 30.7%) e di 13 anni (26% vs 37.2%) e a quella di Venezia tra maschi e femmine di 15 (25% vs 39.1%).

Per quanto riguarda l'assunzione di bevande zuccherate, gli strati degli 11 e dei 15enni presentano una disomogeneità nelle frequenze statisticamente significativa e una uniformità, invece, in quello dei 13.

Nel campione totale dei ragazzi di prima media (11enni), la provincia di Rovigo (27.8%) ha la prevalenza più alta di consumo di bevande zuccherate, seguita, con quattro punti percentuali in meno, da quella di Verona (23.5%). Le realtà venete di

Padova, Venezia e Belluno risultano in linea con il dato regionale, mentre le province di Treviso (14.5%) e di Vicenza (16.8%) si attestano sotto di esso fino a 5 punti percentuali.

Nello strato totale dei 15enni, il maggior consumo di bibite con l'aggiunta di zucchero è nuovamente a carico della provincia di Rovigo (33.4%) e di quella di Verona (30.1%), mentre il minor consumo va attribuito, anche in questo caso, alla provincia di Vicenza (16.2%). Sempre in questo strato, la provincia di Rovigo e quella di Verona detengono la massima distanza percentuale tra maschi e femmine (fino a 27 punti) rispetto alle altre province.

Per gli 11 e i 13enni, i confronti tra i sessi hanno prodotto risultati statisticamente significativi nella provincia di Venezia e di Verona in entrambi gli strati, in quella di Belluno tra i maschi e le femmine 11enni e in quella di Vicenza per i ragazzi e le ragazze di terza media (13enni).

Rispetto all'abitudine di alimentarsi con frutta e verdura, il gruppo di età degli 11enni presenta una distribuzione delle stime tra province statisticamente significativa tale da far risultare Treviso (54.9%) come la provincia con il maggior consumo e Vicenza (41.7%), invece, con l'assunzione minore. Sempre in questa fascia, le differenze intra-strato e quelle di genere evidenziano che nel vicentino vi è il minor consumo di frutta e verdura tra i maschi (33.2%) e la massima distanza percentuale tra i sessi (33.2% per i maschi vs 50.9% per le femmine) rispetto agli stessi confronti con le altre province.

Per i gruppi dei 13 e dei 15enni, le distribuzioni si presentano, invece, omogenee a livello di campione totale e disomogenee nei confronti di genere.

Nello strato dei giovani di 13 anni, la massima distanza percentuale tra maschi e femmine viene rilevata nella provincia di Treviso, con uno scarto tra i sessi di 19.2 punti percentuali, mentre nel gruppo dei 15enni, il divario più ampio si registra nel bellunese, dove il consumo di frutta e/o di verdura delle femmine risulta più del doppio di quello dei maschi (32.8% per i maschi vs 70.4% per le femmine), andando, quindi, a segnare una differenza tra i generi del 37.6%.

Le Aziende ULSS

Colazione

La distribuzione delle stime a livello locale per quanto riguarda il consumo del primo pasto della giornata viene evidenziato in Tabella 10.3.

Gli 11enni delle ULSS 2, 3, 5 e 22 dichiarano di fare la colazione con una frequenza superiore all'80% (tra l'81.1% e l'87.8%), mentre più della metà delle ULSS si trova in linea con il dato regionale (77%). La prevalenza più bassa di 11enni che riferiscono di fare ogni giorno la colazione durante i giorni di scuola è dell'ULSS 14 di Chioggia (65.2%).

Nello strato totale dei giovani di terza media (13enni), la significatività statistica dei confronti evidenzia che la maggiore propensione si riscontra nell'ULSS 1 di Belluno

Tabella 10.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che fanno quotidianamente la colazione durante i giorni di scuola a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±																
Regione	78.6	2.5	75.1	2.8	77.0	1.9	73.1	2.8	64.1	3.1	68.8	2.1	65.7	2.8	53.5	2.8	59.3	2.0
Belluno	85.4	7.7	70.9	10.3	78.8	6.4	79.3	10.9	84.6	8.8	82.1	6.9	64.7	9.9	52.4	11.9	59.2	7.7
Vicenza	77.0	5.9	84.9	5.2	80.8	4.0	76.0	6.4	65.5	7.5	71.2	4.9	71.1	6.7	56.7	6.1	62.5	4.6
Treviso	79.8	5.5	72.6	7.1	76.7	4.4	70.4	6.1	66.1	7.4	68.6	4.7	76.3	5.9	52.8	6.7	64.0	4.6
Venezia	77.1	6.7	71.2	7.3	74.1	5.0	75.1	6.7	61.2	7.7	68.4	5.1	63.2	6.6	55.5	6.5	59.1	4.7
Padova	76.5	6.4	69.9	7.4	73.4	4.9	74.7	6.5	69.0	7.5	72.1	4.9	63.0	8.0	51.9	5.8	55.7	4.7
Rovigo	75.2	10.0	70.8	11.9	73.3	7.7	68.2	12.4	67.4	12.2	67.7	8.7	52.1	10.4	62.5	10.8	56.6	7.6
Verona	81.9	5.4	77.3	5.9	79.5	4.0	69.2	6.8	54.3	6.9	61.5	4.9	60.7	6.2	46.1	7.8	55.5	4.9

Tabella 10.2 Abitudini alimentari quotidiane nei maschi e nelle femmine di 11,13 e 15 anni durante i giorni di scuola a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
Dolci																			
Regione	25.2	2.6	30.3	3.0	27.6	2.0	27.5	2.8	33.1	3.0	30.1	2.1	31.0	2.8	32.2	2.6	31.6	1.9	
Belluno	23.6	8.9	31.5	10.5	27.2	6.9	20.4	10.8	34.8	11.8	28.1	8.2	27.1	9.3	37.1	11.5	31.6	7.3	
Vicenza	27.4	6.4	27.3	6.5	27.4	4.6	26.9	6.6	31.1	7.4	28.8	4.9	35.8	7.0	29.5	5.7	32.1	4.4	
Treviso	25.8	6.0	26.9	7.0	26.3	4.6	24.8	5.8	31.1	7.3	27.5	4.6	30.1	6.5	29.5	6.1	29.8	4.5	
Venezia	24.3	6.9	32.6	7.6	28.5	5.2	29.7	7.1	33.6	7.4	31.6	5.1	25.0	5.9	39.1	6.4	32.5	4.4	
Padova	17.2	5.6	30.7	7.5	23.6	4.7	26.0	6.5	37.2	7.8	31.1	5.1	26.2	7.1	31.3	5.4	29.6	4.3	
Rovigo	35.6	10.7	48.4	12.8	41.3	8.3	41.2	13.0	37.5	12.7	39.2	9.1	37.5	10.2	42.1	11.0	39.5	7.5	
Verona	28.8	6.4	29.7	6.4	29.3	4.5	28.9	6.5	30.9	6.5	30.0	4.6	34.0	6.2	27.8	7.1	31.8	4.7	
Bevande zuccherate																			
Regione	22.7	2.5	16.0	2.3	19.5	1.7	25.2	2.7	17.6	2.5	21.6	1.8	29.2	2.7	16.3	2.1	22.4	1.7	
Belluno	28.1	9.5	13.7	8.0	21.5	6.4	30.9	12.3	18.0	9.6	24.0	7.8	30.2	9.6	14.6	8.5	23.2	6.6	
Vicenza	20.4	5.7	13.1	4.9	16.8	3.8	28.3	6.7	15.0	5.8	22.2	4.6	18.6	5.7	14.6	4.4	16.2	3.5	
Treviso	14.3	4.9	14.7	5.6	14.5	3.7	22.2	5.6	16.8	5.9	19.9	4.1	26.6	6.2	17.0	5.1	21.5	4.0	
Venezia	28.6	7.2	14.1	5.5	21.3	4.6	24.7	6.7	14.8	5.4	19.9	4.4	24.7	5.9	15.4	4.8	19.7	3.8	
Padova	20.4	6.0	17.3	6.2	18.9	4.3	18.1	5.7	17.7	6.2	17.9	4.2	28.3	7.4	17.9	4.6	21.4	3.9	
Rovigo	26.0	9.7	30.2	12.0	27.8	7.6	26.9	11.1	34.0	12.4	30.6	8.4	45.0	10.4	18.2	8.1	33.4	7.2	
Verona	29.0	6.4	18.2	5.4	23.5	4.2	31.4	6.9	18.8	5.5	24.9	4.4	37.7	6.3	16.7	5.8	30.1	4.7	
Frutta e verdura																			
Regione	44.6	3.00	54.0	3.2	49.1	2.5	41.7	3.1	54.9	3.2	48.0	2.2	38.2	2.9	55.5	2.7	47.3	2.0	
Belluno	47.7	10.6	55.3	11.3	51.2	7.7	47.1	13.4	54.2	12.2	50.9	9.1	32.8	9.6	70.4	10.8	49.8	7.8	
Vicenza	33.2	6.7	50.9	7.4	41.7	5.0	38.3	7.2	50.7	8.0	43.9	5.4	35.2	7.0	56.2	6.1	47.7	4.7	
Treviso	51.8	7.0	58.8	7.7	54.9	5.2	45.5	6.7	64.7	7.5	53.5	5.1	48.3	7.0	56.6	6.6	50.5	4.8	
Venezia	47.1	8.1	52.3	8.2	49.7	5.7	37.4	7.5	51.6	7.9	44.3	5.5	41.9	6.8	57.0	6.4	55.0	4.7	
Padova	41.9	7.5	50.8	8.0	46.1	5.5	45.2	7.4	52.0	8.0	48.4	5.5	29.9	7.6	48.6	5.8	42.2	4.7	
Rovigo	47.4	11.4	55.9	12.6	51.2	8.5	49.5	13.2	56.4	12.7	53.2	9.2	34.5	10.1	56.1	11.0	43.9	7.9	
Verona	48.1	7.1	56.8	6.9	52.5	5.0	38.7	7.1	55.6	6.8	47.5	5.0	39.7	6.2	57.6	7.8	46.2	4.9	

(83.1%), nell'ULSS 2 di Feltre (80.5%) e nell'ULSS 4 dell'Alto Vicentino (79.2%). Entro il range tra il 69.9% e il 75.6% si concentrano le ULSS 3, 7, 12, 15, 16 e 19, mentre rientrano nei limiti della stima regionale (68.8%) le restanti Aziende, fatta salva la ULSS 22 che presenta la frequenza più bassa (60.6%).

Infine, nel gruppo di età dei 15enni, la distribuzione delle prevalenze mette in evidenza come tra i giovani l'abitudine a consumare questo primo pasto della giornata sia poco diffusa. Al riguardo, le stime risultano non superiori al 66.3% e uniformi tra le ULSS, eccetto due valori limite: quello dell'ULSS 7 (71.6%) che indica in positivo una maggiore diffusione del fenomeno e quello dell'ULSS 15 (48%) che, al contrario, ne mostra una minore estensione.

Consumo di dolci, bibite zuccherate, frutta e verdura

Nella Tabella 10.4 viene offerta una panoramica, a livello locale, dell'attitudine dei giovani veneti verso il consumo di dolci, bevande zuccherate e di frutta e verdura.

I confronti tra le Aziende ULSS, nello strato dei ragazzi di prima media (11enni), mostrano stime statisticamente significative e piuttosto alte di consumo di dolci. Le frequenze maggiori si riscontrano nelle ULSS 19 (46.4%), 18 (38.5%) e 10 (38%), mentre le restanti Aziende si attestano su valori che oscillano tra il 21.8% dell'ULSS 17 e il 32.4% dell'ULSS 3, tranne per l'ULSS 8 di Asolo che possiede la percentuale minore (19.4%).

Nei rimanenti due gruppi di età dei 13 e dei 15enni, la distribuzione delle stime, in entrambi gli strati, può considerarsi omogenea per effetto dell'assenza di significatività statistica dei confronti ed in sintonia con l'andamento regionale che è del 30% circa nelle due fasce d'età.

L'abitudine a consumare bevande con l'aggiunta di zucchero tra gli 11enni mostra diverse differenze statisticamente significative a livello locale: in particolare si evidenzia come nelle ULSS 10, 14, 17, 18, 19 e 21 si raggiungano valori più elevati di consumo (fino al 30%) rispetto al dato della regione (19.5%). Al contrario, il consumo più contenuto è dell'ULSS 3 di Bassano (10.8%).

Nel gruppo d'età dei 13enni, invece, le stime della quasi totalità delle ULSS venete si uniformano all'andamento regionale (21.6%), tranne un isolato scostamento a carico dell'ULSS 19 di Taglio di Po del 38.9%.

Nell'ultimo strato del campione (15enni), infine, i confronti statisticamente significativi producono valori piuttosto disomogenei tra loro tali da rilevare sia dei picchi di consumo, come quello della ULSS 22 (40.5%) che è quasi il doppio del dato regionale (22.4%) e della ULSS 18 (34.8%) che lo oltrepassa di una dozzina di punti percentuali, sia dei fenomeni di basso consumo, come quelli delle ULSS 5 (11.6%) e 3 (12%).

Il maggior consumo di dolci riscontrato nelle ULSS 10-18- 19 e di bibite zuccherate nelle ULSS 10, 14, 17, 18, 19 e 21 sembra accordarsi con la più elevata incidenza di sovrappeso/obesità rilevata in queste ULSS nel corso dello Studio Multicentrico (20) della Regione Veneto del 2004 (relativo ai bambini di 8-10 anni) e del presente studio nel 2006.

Per quanto riguarda l'assunzione di frutta e verdura, i consumi appaiono diversificati e statisticamente significativi tra i giovani di 13 e di 15 anni e omogenei tra quelli di 11 anni, sebbene in quest'ultimo strato la minore frequenza di consumo sia presente nell'ULSS 3 di Bassano (35.2%).

Analizzando la distribuzione delle stime, nello strato dei 13enni, la ULSS 4 si discosta maggiormente dalla media regionale (48%) per il suo 27% di consumo di frutta e/o verdura, seguita dalla ULSS 13 (29.3%) e 19 (32.9%). L'assunzione più elevata, invece, è presente nell'ULSS 18 di Rovigo, con una stima del 61.9%. Nel gruppo dei 15enni, infine, sono ancora le stesse ULSS 4 (33.0%) e 19 (36.8%), in aggiunta alla ULSS 14 (33.7%) a far emergere un consumo limitato di questi due alimenti, mentre i consumi maggiori (oltre il 50%) ruotano intorno alle ULSS 2, 3, 5, 6, 9, 12 e 13.

Tabella 10.3 Giovani di 11, 13 e 15 anni che fanno quotidianamente la colazione durante i giorni di scuola a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	77.0	1.9	68.8	2.1	59.3	2.0
ULSS 1	75.8	8.8	83.1	8.4	60.7	10.4
ULSS 2	84.4	8.1	80.5	12.1	56.5	10.5
ULSS 3	87.8	7.4	72.5	10.5	66.0	9.3
ULSS 4	78.7	9.3	79.2	11.5	66.3	9.1
ULSS 5	81.1	8.1	66.7	10.1	61.6	10.3
ULSS 6	77.2	7.1	68.1	7.8	59.0	8.0
ULSS 7	76.0	8.4	71.3	8.8	71.6	8.5
ULSS 8	75.5	8.3	66.0	9.3	63.4	8.9
ULSS 9	77.8	6.5	69.3	6.8	60.4	6.8
ULSS 10	78.8	9.0	65.3	10.8	62.6	8.3
ULSS 12	75.6	9.3	75.6	8.9	57.3	8.5
ULSS 13	73.1	9.8	65.3	10.8	59.4	9.8
ULSS 14	65.2	11.2	66.1	8.7	58.6	10.4
ULSS 15	73.5	8.7	71.0	8.6	48.0	9.9
ULSS 16	74.3	7.1	73.9	7.2	55.6	5.9
ULSS 17	71.4	10.1	68.9	10.5	66.0	9.3
ULSS 18	72.2	9.9	66.7	11.6	54.8	10.1
ULSS 19	78.3	9.7	69.9	10.5	58.1	9.4
ULSS 20	78.3	5.4	61.0	6.6	55.1	6.0
ULSS 21	79.5	9.3	68.6	9.8	52.1	10.1
ULSS 22	81.6	7.5	60.6	9.2	57.7	11.0

Tabella 10.4 Stima della abitudini alimentari quotidiane nei giovani di 11, 13 e 15 anni durante i giorni di scuola a livello di Azienda ULSS

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Dolci		Bevande zuccherate		Frutta e verdura		Dolci		Bevande zuccherate		Frutta e verdura		Dolci		Bevande zuccherate		Frutta e verdura	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	27.6	2.0	19.5	1.7	49.1	2.2	30.1	2.1	21.6	1.8	48.0	2.2	31.6	1.9	22.4	1.7	47.3	2.0
ULSS 1	25.6	9.0	18.7	8.0	53.3	10.3	27.3	10.0	22.1	9.3	51.9	11.2	33.7	10.2	23.8	9.1	47.6	10.7
ULSS 2	29.7	10.4	23.4	9.5	50.0	11.4	29.3	13.9	26.8	13.6	48.8	15.3	27.9	9.5	22.1	8.8	53.5	10.5
ULSS 3	32.4	10.7	10.8	7.1	35.2	11.1	27.5	10.5	29.0	10.7	45.6	11.8	33.0	9.2	12.0	6.4	52.0	9.8
ULSS 4	31.1	10.5	21.6	9.4	41.9	11.2	25.5	12.5	20.8	11.5	27.1	12.6	32.7	9.0	25.0	8.3	33.0	9.1
ULSS 5	20.0	8.3	14.4	7.3	44.4	10.3	35.3	10.2	18.8	8.3	40.0	10.4	28.2	9.6	11.6	6.8	54.7	10.5
ULSS 6	26.3	7.4	19.0	6.6	44.1	8.3	27.3	7.4	21.0	6.8	53.6	8.3	33.1	7.7	16.0	6.0	50.3	8.2
ULSS 7	23.2	8.3	13.3	6.7	62.2	9.6	27.7	8.7	13.1	6.7	54.5	9.7	32.1	8.9	15.0	6.8	44.9	9.4
ULSS 8	19.4	7.6	18.4	7.5	57.0	9.7	33.0	9.4	19.2	7.8	53.5	9.8	27.7	8.3	27.7	8.3	49.5	9.3
ULSS 9	32.5	7.3	12.7	5.2	49.1	7.8	23.7	6.3	23.2	6.2	52.8	7.4	29.5	6.4	21.0	5.7	53.8	7.0
ULSS 10	38.0	10.7	28.8	9.9	43.0	10.9	28.0	10.2	18.7	8.8	53.3	11.3	29.0	7.8	20.8	7.0	46.6	8.5
ULSS 12	25.9	9.5	14.5	7.6	59.3	10.7	34.4	9.8	16.7	7.7	47.8	10.3	35.6	8.2	16.7	6.4	55.3	8.5
ULSS 13	25.3	9.8	18.2	8.6	43.4	11.1	29.3	10.3	20.0	9.1	29.3	10.3	29.9	9.1	20.6	8.1	55.7	9.9
ULSS 14	25.0	10.3	29.4	10.8	51.5	11.9	34.8	8.7	26.1	8.0	50.4	9.2	38.4	10.3	20.7	8.5	33.7	10.0
ULSS 15	25.3	8.6	17.2	7.4	42.3	9.8	29.9	8.7	18.7	7.4	54.2	9.4	29.6	9.0	25.5	8.6	39.2	9.7
ULSS 16	23.4	6.9	15.4	5.9	45.5	8.1	31.0	7.6	16.8	6.1	44.8	8.2	34.0	5.7	20.4	4.8	42.5	5.9
ULSS 17	21.8	9.2	29.9	10.2	53.2	11.1	32.4	10.7	18.9	8.9	45.9	11.4	23.0	8.2	18.2	7.6	44.0	9.7
ULSS 18	38.5	10.8	27.8	9.9	49.4	11.2	37.7	12.2	27.4	11.1	61.9	12.0	41.3	10.1	34.8	9.7	48.4	10.3
ULSS 19	46.4	11.8	27.5	10.5	55.1	11.7	43.1	11.4	38.9	11.3	32.9	10.8	33.6	9.0	30.8	8.8	36.8	9.2
ULSS 20	31.7	6.2	21.8	5.5	55.5	6.6	28.2	6.1	22.7	5.7	54.3	6.7	27.4	5.4	24.4	5.2	50.0	6.0
ULSS 21	25.3	9.8	30.3	10.3	39.7	11.2	34.1	9.9	21.6	8.6	41.4	10.4	29.0	9.2	28.3	9.2	45.7	10.1
ULSS 22	27.4	8.5	22.9	8.0	53.8	9.5	30.0	8.6	27.5	8.4	40.6	9.3	40.5	10.8	40.5	10.8	40.5	10.8

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

L'alimentazione è uno dei fattori che più fortemente incidono sull'accrescimento, sullo sviluppo fisico e mentale, sul rendimento e sulla produttività degli individui. Pertanto, una corretta alimentazione è fondamentale per una buona qualità di vita e per invecchiare bene. La salute fisica, infatti, si conquista e si conserva mediante l'adozione di uno stile alimentare corretto, acquisito fin da giovanissimi. In quest'ottica, si inserisce l'obiettivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità volta a promuovere, nei ragazzi, la diffusione di stili di vita capaci di incidere positivamente sul loro benessere fisico e psichico.

L'idea che sta alla base di tutto questo è la convinzione che gli stili di vita siano dei modelli di comportamento in continuo cambiamento e, quindi, continuamente vagliati e reinterpretati all'interno della relazione dinamica tra le scelte individuali del soggetto e gli stimoli e le influenze che provengono dall'interazione con le varieguate situazioni sociali in cui il soggetto si trova (scuola, ambiente di lavoro, gruppo dei pari, contesto abitativo). In questi termini, la centralità sia degli stili di vita che delle condizioni socio-ambientali, nel determinare lo stato di salute e il benessere dei giovani, oltre ad essere una delle importanti acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute è anche area di studio dell'epidemiologia sociale e rappresenta un settore di intervento per lo sviluppo di politiche sociali e di salute.

In tema di educazione nutrizionale, ad esempio, la Regione del Veneto nell'ambito dei Piani Triennali Sicurezza Alimentare, sostiene nelle scuole interventi sistematici di promozione di abitudini alimentari sane attraverso le attività dei Servizi di Igiene, Alimentazione e Nutrizione (SIAN) e dei Servizi di Educazione e Promozione della Salute (SEPS). Le attività dei SIAN fanno leva anche sul miglioramento della ristorazione scolastica, con l'obiettivo di aumentare tra i diversi attori, che possono essere coinvolti nella promozione della salute (Comuni, Ditte della ristorazione; cuochi, insegnanti ed alunni, Agricoltura), la consapevolezza dell'importanza della ristorazione collettiva come momento educativo e di prevenzione, sia attraverso la scelta e la valutazione nutrizionale dei menu scolastici sia favorendo scelte coerenti in fase di pianificazione capitolare. In questo percorso è stato più recentemente inserito anche il progetto Nutrivendig che mira ad utilizzare i distributori automatici di alimenti per veicolare messaggi corretti sui comportamenti alimentari e gli stili di vita.

Lo sviluppo di strategie efficaci richiede tuttavia di comprendere meglio i comportamenti alimentari degli adolescenti e i fattori che li condizionano. Un recente rapporto (21) ha stabilito un modello che concettualizza il comportamento alimentare dell'adolescente come una funzione complessa di influenze che interagiscono a vari livelli: individuale (ad esempio biologico e psicologico), sociale (ad esempio la famiglia e i compagni), ambientale (ad esempio, la scuola e i *fast-food*) e del macrosistema sociale (ad esempio i mass media e le regole culturali e sociali). Se questo modello venisse utilizzato come struttura per definire in maniera sinergica gli interventi,

ai giovani arriverebbero gli stessi messaggi da più fonti (casa, scuola, strutture di assistenza sanitaria, organizzazioni nella comunità, mass media e agenzie di governo) e ciò contribuirebbe ad orientare meglio le loro scelte alimentari verso cibi più salutari.

Tuttavia, la letteratura evidenzia che molto spesso le abitudini alimentari trovano correlazione con la condizione socioeconomica di provenienza degli individui. Alcuni studi mostrano che i giovani appartenenti alle classi socioeconomiche più basse consumano merendine e dolci, saltano la colazione più spesso e mangiano meno frutta e verdura rispetto ai giovani appartenenti alle classi socioeconomiche più alte (22, 23). Altre ricerche suggeriscono, invece, come sia il livello educativo di padre e madre, più che le possibilità economiche, ad influenzare la qualità nutritiva dei pasti che i ragazzi fanno in casa. In particolare, esse ipotizzano che più alto è il livello di istruzione, maggiore è l'attenzione nell'utilizzo dei cibi (21). Ad ogni buon conto, sia che valgano le influenze derivanti dall'appartenenza socioeconomica, sia quelle legate al titolo di studio dei genitori, le politiche istituzionali di intervento a favore della diffusione di stili alimentari corretti tra i giovani per essere davvero efficaci dovrebbero tenere in giusta considerazione sia l'uno che l'altro di questi fattori.

BIBLIOGRAFIA

1. HEALD FP, GONG EJ. Diet, nutrition, and adolescence. In: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC, editors. *Modern nutrition in health and disease*, 9th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999, 857-67.
2. SPEAR BA. Adolescent growth and development. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102, 23-9.
3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON NUTRITION (US). *Pediatric nutrition handbook*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1998.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating*. *Morb Mort Wkly Rep*, 1996, 45, 1.
5. AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: Child and Adolescent Food and Nutrition Programs. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006, 106, 1467-1475.
- 5a. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Study: Breakfast Eating and Weight Change in a 5 Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens), 2008.
- 5b. SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA: Obesità del bambino e dell'adolescente. Consensus su prevenzione, diagnosi e terapia. Ed Scotti- Bassani, 2006.
6. LYTTLE LA. Nutritional issues for adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102, 8-12.
7. LYTTLE LA. Nutritional issues for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2003, 17, 177-89.
8. CUSATIS DC, SHANNON BM. Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*, 1996, 18, 27-34.

9. STORY M, NEUMARK-SZTAINER D, FRENCH S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002,102, 40-51.
10. PIROUZANIA M. The association between nutrition knowledge and eating behavior in male and female adolescents in the US. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 2001, 52, 127-32.
11. LIN B, GUTHRIE J, FRAZAO E. American children's diets not making the grade. *Food Review*, 2001, 24, 8-17.
12. FOOD STANDARDS AGENCY [FSA]. *Evaluation of food and nutrition competencies amongst 14-16 year olds*. London: FSA, 2004.
13. STEVENSON C, DOHERTY G, BARNETT J, MULDOON OT, TREW K. Adolescents' views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating. *Journal of Adolescence*, 2007, 30, 417-434.
14. NICHTER M. *Fat talk: What girls and their parents say about dieting*. London: Harvard University Press, 2003.
15. STORY M, NEUMARK-SZTAINER D, SHERWOOD N, STANG J, & MURRAY D. Dieting status and its relationship to eating and physical activity behaviours in a representative sample of US adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 1998, 98, 1127-1135.
16. LARSON NI, NEUMARK-SZTAINER D, HANNAN PJ, MSTAT MS. Trends in Adolescent Fruit and Vegetable Consumption, 1999-2004: Project EAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32, 147-150.
17. BAZZANO L, HE J, OGDEN L. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in U.S. adults: the first National Health and Nutrition Examination Survey epidemiologic follow-up study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002, 76, 93-9.
18. MAYNARD M, GUNNELL D, EMMETT P, FRANKEL S, SMITH G. Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57, 218 -25.
19. ISTAT. Famiglia e società: La vita quotidiana nel 2006,. *Informazioni*, (12), 2007. www.istat.it
20. STUDIO MULTICENTRICO per la rilevazione della crescita staturale-ponderale e dello stato nutrizionale della popolazione infantile del Veneto. Anno 2004. Piano Triennale Sicurezza Alimentare 2002-04. A cura del Gruppo di Lavoro Regionale "Nutrizione" e del Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica Università di Padova.
21. VIENO A, SANTINELLO M, & MARTINI CM. Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia Psichiatrica e Sociale*, 2005, 14, 100-107.
22. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf, accessed 10 February 2004).
23. HÖGLUND D, SAMUELSON G, MARK A. Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52, 784-789.
24. POMERLEAU J, LOCK K, KNAI C, MCKEE M. Effectiveness of interventions and programmes promoting fruit and vegetable intake. World Health Organization, 2005.

IMMAGINE DI SÉ, CONTROLLO DEL PESO E PESO CORPOREO

Daniela Baldassari, Chiara Verzeletti, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Piero Vio*, Giampietro Rupolo**

* *Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Acque - Unità di Progetto Sanità animale e Igiene Alimentare - Regione Veneto*

** *Direzione Piani e Programmi Socio-Sanitari - Regione Veneto*

INTRODUZIONE

La preadolescenza e l'adolescenza sono caratterizzate da consistenti trasformazioni sia a livello fisico sia psichico (ne sono esempi la maturazione sessuale, lo sviluppo dei processi di pensiero e delle relazioni con la famiglia). L'adattamento sociale e la personalità dell'adolescente sono fortemente influenzate dalla percezione che l'individuo ha del proprio corpo e dall'impressione che crede di provocare negli altri (1).

La relazione tra l'immagine di sé e la propria autostima viene consolidata in questa fase evolutiva (2). Per immagine corporea si intende la relazione, la percezione e gli atteggiamenti che una persona ha verso sé stessa e il proprio corpo ed è strettamente collegata all'autostima, all'auto-conoscenza, ai comportamenti alimentari e fisici, all'esperienza sessuale e alla stabilità emotiva (3).

L'insoddisfazione corporea e le patologie peso-correlate sono tra le problematiche più frequenti in preadolescenza e adolescenza (4). Risultano, inoltre, associate a problematiche psicologiche tra cui i disturbi del comportamento alimentare (5) e la depressione maggiore (6).

L'insoddisfazione corporea e le alterazioni dell'immagine corporea non hanno ancora un'eziologia pienamente conosciuta. Le motivazioni che portano ad un'immagine corporea inadeguata sono, infatti, riconducibili a molteplici fattori tra cui: il rapporto con i pari, le influenze e le relazioni familiari, l'influenza dei media e la competizione sociale (7). Questi fattori possono favorire atteggiamenti negativi verso il proprio corpo e promuovere strategie inadeguate per la perdita di peso e altri comportamenti alimentari non salutari (8). Nonostante l'incidenza relativa all'insoddisfazione corporea sia maggiore nelle femmine (9), recentemente si è riscontrato un aumento di questa problematica anche tra i maschi (10).

Considerando l'età dei soggetti, la letteratura internazionale sottolinea come le problematiche collegate al peso e all'insoddisfazione corporea insorgano sempre più precocemente (11).

L'insoddisfazione corporea può motivare l'individuo allo svolgimento di diete o all'attuazione di altri tipi di comportamento per perdere peso corporeo che, se svolti senza un adeguato controllo medico, possono provocare conseguenze negative sulla salute come: depressione, ansia, irritabilità, problemi metabolici, nutrizionali ed endocrini (9,12).

Diete troppo prolungate o diete di tendenza (che non forniscono un adeguato apporto di nutrienti), lo svolgimento di un eccessivo esercizio fisico, l'uso di lassativi e altre forme comportamentali, come il vomito autoindotto e l'assunzione di sostanze illegali, sono tra le più comuni strategie inadeguate di mantenimento del peso utilizzate in adolescenza (13).

I risultati del programma contro l'obesità P.A.C.E. (Patient-centered Assessment and Counselling for Exercise) (3) dimostrano come siano soprattutto le femmine e i giovani in sovrappeso a riportare maggiori problematiche relative all'immagine corporea e all'autostima rispetto ai maschi e ai coetanei normopeso.

L'aumento del peso corporeo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un'epidemia globale, con pesanti conseguenze per la sanità pubblica (14) e una delle principali preoccupazioni in ambito di salute pubblica (19).

Il fenomeno è in continuo aumento soprattutto in età evolutiva (15,16). Questa condizione è in gran parte il risultato di un'attività fisica ridotta e di un cambiamento nelle abitudini alimentari. In alcune regioni la percentuale di bambini e preadolescenti in sovrappeso è drasticamente aumentata fino a triplicarsi rispetto agli anni '80 (17). In Europa i bambini a rischio sono 14 milioni, 3 milioni dei quali sono da considerarsi obesi (18).

L'aumento del peso corporeo sta diventando uno dei più importanti disturbi nutrizionali nei paesi occidentali e l'incremento dell'incidenza di soggetti obesi e in sovrappeso durante l'infanzia e l'adolescenza (20) sta ponendo questa fase del ciclo di vita al centro di un fervente dibattito sull'implementazione di programmi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari.

Rispetto ai coetanei normopeso, i ragazzi in sovrappeso o obesi (21):

- presentano abitudini alimentari irregolari che contribuiscono al mantenimento dell'eccesso di peso;
- riportano più frequentemente sintomi somatici e psicologici;
- hanno una situazione scolastica più problematica. Soprattutto nei maschi si riscontra una maggior frequenza di violenza subita e isolamento da parte dei pari.

Al riguardo, la *British Medical Association* (BMA) ha prodotto due rapporti, riassunti e integrati in quello del 2005 (22), che mettono in risalto l'importanza di un corretto stile alimentare e di una regolare attività fisica a partire già dall'infanzia quali strumenti di prevenzione dell'insorgenza dell'obesità e delle malattie ad essa correlate (malattie cardiache, problemi endocrini, polmonari, ortopedici, gastrointestinali e disturbi neurologici) (22, 23, 24). Il *Libro Verde* della Commissione delle Comunità Europee rappresenta un ulteriore tentativo di "Promuovere le diete sane e l'attività fisica in una dimensione europea per la prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche" (25).

L'importanza del fenomeno dell'obesità in età evolutiva solleva, inoltre, importanti questioni circa la sua definizione, risultando più complessa rispetto a quella degli adulti, a causa delle fasi di sviluppo e quindi dei rapidi mutamenti fisiologici legati alle diverse età dei soggetti in crescita (26). Dal punto di vista metodologico, l'indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI), definito sulla base del rapporto tra peso ed altezza elevata al quadrato, è riconosciuto come una valida ed affidabile misura di massa corporea (27, 28), sebbene risulti meno preciso della misurazione plicometrica. Attualmente è il più utilizzato per la rilevazione delle misure antropometriche su ampi gruppi di popolazione, data la semplicità di rilevazione e l'elevata associazione che presenta rispetto al grasso corporeo (29).

Un punto critico per i ricercatori è la scelta del criterio di classificazione, vale a dire la soglia decisionale (cut-off) oltre cui definire l'obesità e il sovrappeso per la popolazione infantile e adolescenziale. Se per gli adulti si è raggiunto uno standard comune tra i vari paesi¹, per i bambini e gli adolescenti il dibattito internazionale non è ancora giunto a soluzioni univocamente definite. I valori del BMI per gli adulti sono stati stabiliti considerando specifici fattori di rischio di mortalità osservati sugli adulti, mentre per i bambini e gli adolescenti sono ancora carenti le ricerche longitudinali a riguardo. Data la mancanza di un accordo univoco sulla definizione di obesità in adolescenza (14), risulta opportuno utilizzare curve di età e sesso specifiche.

Sulla base di queste considerazioni, l'International Obesity Task Force (IOTF) (30) ha proposto dei cut-off età e sesso specifici per la definizione di sovrappeso e obesità in adolescenza, strettamente collegati alle categorie degli adulti (per il sovrappeso BMI=25-30 e per l'obesità BMI>30). La peculiarità di questa categorizzazione consiste nel presentare curve specifiche in base al genere e all'età dei ragazzi, utilizzabili

1. Classificazione raccomandata dall'OMS del BMI: soglia di 30 per l'obesità e 25 per il sovrappeso.

in diversi contesti culturali². Esistono altri criteri di classificazione del BMI in età evolutiva, per esempio, i CDC³ e il NCHS⁴ (31) hanno creato cut-off età e sesso specifici che permettono di identificare anche i ragazzi a rischio di sovrappeso in età adulta, ma questi parametri si basano su dati raccolti solo negli Stati Uniti. Altre ricerche utilizzano come riferimento dati nazionali, maggiormente rappresentativi della popolazione di riferimento, e individuano nell'85° percentile il limite per il sovrappeso e nel 95° percentile il limite per l'obesità (32). Entrambi i criteri non permettono, però, il confronto con dati internazionali.

La validità in ambito epidemiologico dei cut-off proposti dallo IOTF è in fase di sperimentazione in vari paesi, tra i quali l'Italia. Nonostante la sua estesa diffusione, alcuni studi (33-35) hanno rilevato che nelle femmine tale approccio è incapace di predire l'obesità, per la presenza di molti falsi negativi. Inoltre, pochi studi hanno valutato il sistema di classificazione basato sul BMI rispetto alla reale capacità e accuratezza diagnostica di identificare il livello di adiposità degli adolescenti. La maggior parte degli studi dimostra il grado di correlazione, ma non entra nel dettaglio della stima delle classificazioni scorrette (falsi positivi e falsi negativi) (35).

All'interno dei nostri confini nazionali, uno studio condotto da Cacciari e colleghi (36), svolto su un campione rappresentativo di soggetti dai 2 ai 20 anni di età, ha prodotto differenti cut-off sulla base della distribuzione dei pesi ed altezze dei soggetti campionati; tali cut-off risultano differenti da quelli elaborati da Cole (30). Lo studio Italiano ha, inoltre, diversificato le distribuzioni del BMI in relazione alla localizzazione geografica Centro-Nord e Sud Italia, dando differenti parametri per la definizione di sovrappeso e di obesità. Non vi è nell'articolo un'indicazione specifica, come invece è presente nel lavoro di Cole, per l'uso dei cut-off in situazioni di indagini sulla popolazione. Tuttavia, questa classificazione sembra molto utilizzata e promettente in ambito clinico (36).

Malgrado i problemi legati alla sua definizione, esiste un sostanziale consenso circa il costo sociale che gravita intorno all'obesità e al sovrappeso. Le conseguenze economiche di tale fenomeno sono particolarmente significative. Secondo le stime, nell'Unione Europea circa il 7% dei costi sanitari (14) può essere attribuito all'obesità, e tale percentuale è inevitabilmente destinata ad aumentare in futuro. Pur non essendo disponibili dati dettagliati per tutti i paesi dell'UE, vari studi sottolineano che il costo economico dell'obesità è piuttosto elevato: secondo una relazione elaborata nel 2001 dal *National Audit Office* del Regno Unito, solo in Inghilterra l'obesità era causa di 18 milioni di giorni di malattia e 30.000 decessi prematuri, corrispondenti a costi sanitari diretti annui di almeno 500 milioni di GBP (37). Negli Stati Uniti i *Centers for Disease Control and Prevention* (Centri per il controllo e la prevenzione delle

2. I cut-off sono ottenuti da campioni nazionalmente rappresentativi di sei paesi differenti: Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti.

3. Centers of Disease Control.

4. National Center for Health Statistics.

malattie) hanno stimato i costi sanitari collegabili all'obesità a 75 miliardi di dollari (38). Tali costi diretti non tengono conto della riduzione di produttività dovuta alla disabilità e ai decessi prematuri.

Un'analisi effettuata dall'Istituto svedese per la sanità pubblica conclude che nell'Unione Europea il 4.5% dei DALY (disability adjusted lifeyears - anni di vita persi) viene perduto a causa di un'alimentazione scorretta, con un ulteriore 3.7% dovuto all'obesità ed un 1.4% dovuto alla mancanza di attività fisica, formando un totale del 9.6% rispetto al 9% attribuibile al fumo (39). Secondo una recente ricerca longitudinale (con un follow up di 31 anni) condotta da England e colleghi (40) su un campione di 227.000 soggetti, i ragazzi con BMI elevato in adolescenza sono maggiormente a rischio di morte prematura (prima dei 58 anni). La probabilità di decesso aumenta proporzionalmente alla crescita del BMI⁵ (40) e il rischio di mortalità prematura risulta correlato al BMI in età adolescenziale (ma non al BMI da adulti). Nonostante in letteratura siano ancora poche le ricerche che utilizzano follow-up a lungo termine (40,41), i dati a nostra disposizione sottolineano la necessità di agire con progetti di prevenzione in età evolutiva sia per evitare che la situazione cronicizzi in età adulta, con importanti conseguenze sul benessere individuale, sia per ridurre i costi a lungo termine a carico del sistema sanitario.

METODI

Il questionario HBCS ha rilevato la percezione di sé in termini di peso corporeo, di dieta e di comportamenti attuati per controllare il peso.

Una sola domanda valutava l'immagine di sé.

■ *Pensi che il tuo corpo sia ...?*

Le risposte possibili sono: *Decisamente troppo magro; Un po' troppo magro; Più o meno della taglia giusta; Un po' troppo grasso; Decisamente troppo grasso*. Le ultime due modalità della domanda sono state accorpate al fine di poter indagare l'insoddisfazione del peso corporeo da parte dei ragazzi.

La valutazione di eventuali comportamenti dietetici è articolata in due item, che fanno riferimento rispettivamente agli ultimi 12 mesi e al presente.

■ *Ti sei messo a dieta, hai cambiato stile alimentare, o hai fatto qualche cosa per controllare il tuo peso negli ultimi 12 mesi?*

5. Rispetto ai soggetti normopeso, i soggetti sovrappeso hanno il 30% di probabilità in più di morte prematura, mentre la percentuale è dell'80% circa per i soggetti obesi.

Le risposte sono: *No, Si per un po' di giorni, Si per una settimana, Si per più di una settimana ma meno di un mese, Si per un mese, Si per più di un mese ma meno di sei mesi, Si per sei mesi o più.*

■ *In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?*

Le risposte possibili sono: *No, il mio peso è quello giusto; No, ma dovrei perdere qualche chilo; No, perché dovrei mettere su qualche chilo; Sì.*

In questo rapporto riportiamo i dati relativi all'ultima risposta come un indicatore della dieta e del comportamento per controllare il peso nel presente.

Per raccogliere informazioni sulla statura e sul peso di ogni studente è stato chiesto loro:

■ *Quanto pesi senza vestiti?*

■ *Quanto sei alto senza scarpe?*

Questi dati (peso/altezza) sono stati utilizzati per calcolare l'indice di massa corporea autoriferito dai soggetti intervistati - peso (kg) / [altezza (m)]². In letteratura internazionale alcune ricerche hanno dimostrato la validità delle misure autoriferite di peso e altezza in adolescenza, anche se i ragazzi tendono a sovrastimare la loro altezza e a sottostimare il loro peso corporeo (42, 43, 44, 45).

Per la valutazione della prevalenza di obesità e sovrappeso con le misure autoriferite di peso e altezza sono stati utilizzati due tipi differenti di cut-off. La prima serie è stata utilizzata con riferimento al lavoro di Cole et al. (2000). Sono stati selezionati, come suggerito dall'autore, i cut-off relativi alle età di 11.5, 13.5, 15.5. Al fine di validare la scelta di questi parametri, sono state calcolate le età medie del campione per ogni strato (11.7 per gli 11enni; 13.7 per i 13enni e 15.9 per i 15enni) che sono risultate, in effetti, sovrapponibili (tavola. 1).

La seconda serie di cut-off è stata, invece, desunta dal lavoro di Cacciari et al (2006). I cut-off divisi in relazione al sesso e all'età sono anch'essi presentati nella Tavola 1.

Infine, mancando in letteratura dati sufficientemente consistenti e robusti sulla validità del BMI come strumento diagnostico per questo tipo di popolazione (sensibilità, specificità e validazione in diversi paesi e popolazioni), si è preferito parlare di "rischio di sovrappeso" e "rischio di obesità".

Lavori di validazione del BMI, calcolato in questo modo, sono stati effettuati sia in Gran Bretagna che in Italia. Grazie alla collaborazione dei Servizi di Igiene Alimentazione e Nutrizione (SIAN) della Regione Veneto, la survey HBSC 2006 si è avvalsa della collaborazione di operatori addestrati che, in base ad uno specifico protocollo, hanno effettuato la rilevazione oggettiva del peso e dell'altezza. Tale rilevazione ha consentito di comparare il dato rilevato con quello riferito dagli studenti intervistati e di comprenderne il grado di distorsione per apportare le dovute correzioni.

Tavola 1 Cut-off suggeriti da Cole (2000) e Cacciari (2006) in relazione a genere ed età

	Soglie decisionali Cole et al. (2000)				Soglie decisionali Cacciari et al. (2006)			
	Centro-Nord							
	Sovrappeso		Obesità		Sovrappeso		Obesità	
Età	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
11.5	21.20	20.89	26.05	25.58	24.0	22.5	29.5	28.8
13.5	22.98	22.27	28.20	27.25	24.9	23.9	29.6	29.5
15.5	24.17	23.60	29.29	28.60	25.0	24.7	29.9	29.8

RISULTATI E COMMENTI

Immagine di sé

Livello regionale

Sono i giovani di 15 anni che manifestano il maggior grado di insoddisfazione per il proprio peso corporeo (33.5%) rispetto a quelli di 13 (29.4%) e di 11 anni (27.6%). A lamentare questo disagio sono soprattutto le femmine quindicenni (44.5%) che al confronto con i loro coetanei maschi (21.4%) hanno stime che si distanziano di quasi il doppio. Sostanzialmente simili, invece, le frequenze tra maschi e femmine nei restanti due strati del campione (tab. 11.1).

Tutti i confronti a livello regionale sono risultati statisticamente significativi.

Livello provinciale

I dati più diversificati si concentrano nello strato dei 15enni, dove i confronti tra le province all'interno del campione totale e i confronti di genere risultano statisticamente significativi, mentre non lo sono negli altri due gruppi di età (11 e 13 anni).

A livello di stima totale, il fenomeno dell'insoddisfazione del proprio peso corporeo tra i 15enni è maggiore nella provincia di Venezia (36.6%) e di Padova (36.9%), mentre è minore in quella di Vicenza (26.8%).

I confronti di genere, riferiti sempre alla stessa fascia di età, rilevano che le province con un maggior distacco tra maschi e femmine sono quelle di Vicenza (20.2% maschi vs 48.1% femmine) e di Treviso (17.7% vs 45.4%). Sono risultati statisticamente significativi i soli confronti di genere nello strato dei 13enni per le province di Padova, Rovigo e Verona, per le quali il fenomeno dell'insoddisfazione del proprio peso corporeo è, ancora una volta, più marcato tra le femmine, in particolare tra le ragazze

della realtà veneta del rodigino (45.8%) rispetto ai maschi loro coetanei (21.5%). Per gli 11enni, i confronti tra le province, sia a livello di stima totale che di genere, non hanno prodotto una significatività statistica tale da evidenziarne un andamento di-somogeneo tra le stesse province (tab. 11.1).

Le Aziende ULSS

Nella Tabella 11.2 vengono presentate le prevalenze del fenomeno indagato a livello di Aziende ULSS.

Nello strato totale del campione degli 11enni, i confronti tra le percentuali delle Aziende ULSS rilevano la presenza di una maggiore insoddisfazione (statisticamente significativa) del proprio peso corporeo nelle ULSS 7, 8, 10, 13, 17, 18 e 19 con prevalenze che vanno dal 30.4% al 37.2%. Per le restanti Aziende sociosanitarie locali, le frequenze rimangono tra i 22.4 punti percentuali dell'ULSS 2 di Feltre e i 28.9 punti percentuali dell'ULSS 6 di Vicenza.

Per quanto riguarda il gruppo d'età dei 13enni la distribuzione delle stime ha un andamento piuttosto omogeneo. In questo strato le analisi non sono risultate statisticamente significative.

Infine, nello strato del campione totale dei 15enni, le prevalenze rilevano un grado di insoddisfazione del proprio peso corporeo più elevato rispetto agli strati precedenti. I confronti tra le ULSS sono statisticamente significativi.

La massima insoddisfazione è presente nell'ULSS 3 di Bassano con una stima del 45% e dell'ULSS 12 Veneziana (41.7%). Per la maggior parte delle restanti Aziende ULSS (5, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21), le frequenze oltrepassano i 30 punti percentuali per arrestarsi sotto il 39%. La stima più bassa di 15enni insoddisfatti è stata rilevata nell'Azienda ULSS 22 di Bussolengo (22.8%).

Diete e comportamenti per il controllo del peso

Livello regionale

Come abbiamo avuto modo di accennare nell'introduzione di questo capitolo, l'insoddisfazione corporea può motivare l'adolescente allo svolgimento di diete o all'attuazione di altri tipi di comportamento per perdere peso corporeo (9,12).

In questa sezione viene indagato questo tipo di comportamento e i risultati, a livello regionale, evidenziano che in adolescenza il fenomeno del controllo del peso corporeo è maggiore rispetto, invece, a quanto accade in preadolescenza.

Infatti, i giovani di 15 anni riferiscono di seguire diete o di adottare comportamenti per dimagrire (tab. 11.3) con una prevalenza del 19%, superiore di quasi 5 punti percentuali al campione degli 11 e dei 13enni (14.5%).

Nonostante, recentemente, la letteratura abbia prodotto evidenze a favore di un aumento di questa problematica anche tra i maschi (10), l'incidenza relativa all'in-

soddisfazione corporea è maggiore nelle femmine. I test di significatività statistica condotti per confrontare i dati per genere a livello regionale, confermano questo fenomeno sia nello strato dei 13enni, dove la differenza tra maschi e femmine è di oltre 9 punti percentuali (10% vs 19.4%), sia nello strato dei 15enni. In questo caso la percentuale delle femmine (27.8%) a dieta o che riferisce di adottare comportamenti per dimagrire è esattamente tre volte quella dei maschi (9.2%).

Livello provinciale

Quasi tutte le province venete, nello strato del campione totale degli 11enni, presentano frequenze omogenee, molto vicine alla stima regionale (tab. 11.3), tranne per la provincia di Verona che ha la prevalenza più bassa (12.8%) e la provincia di Padova che, invece, ha la stima più alta (16.7%). In questo strato, le differenze tra maschi e femmine tendono ad uniformarsi (i confronti di genere non sono risultati statisticamente significativi).

Sostanziali differenze tra maschi e femmine si possono, invece, rilevare sia nello strato dei 13 che in quello dei 15enni, con confronti tra province significativi sotto l'aspetto statistico.

Una netta differenza tra maschi e femmine di 13 anni, per i comportamenti di controllo del peso corporeo, è presente nella provincia di Vicenza (9.7% vs 20.1%), di Treviso (10.1% vs 20.1%), di Venezia (8.4% vs 19.1%) e di Verona (9.8% vs 22.3%). Differenze ancora più marcate le ritroviamo nello strato del campione dei 15enni, dove la distanza maggiore tra maschi e femmine si rileva nella provincia di Vicenza (4.9% vs 30.3%) e di Rovigo (9.2% vs 34.1%) con un distacco tra i due sessi di 25 punti percentuali.

Le Aziende ULSS

La Tabella 11.4 mostra le frequenze dei giovani veneti che dichiarano di seguire diete o di adottare comportamenti per dimagrire.

Prendendo ad analisi lo strato degli 11enni, dai confronti (risultati statisticamente significativi) si evidenzia come il fenomeno indagato sia maggiormente presente in quattro Aziende ULSS: la 3 di Bassano, la 13 di Dolo, la 14 di Chioggia e la 17 di Este, con una prevalenza, per ciascuna di esse, di oltre i 20 punti percentuali. Per le restanti ULSS, le stime rimangono entro un range che va dall'8.6% dell'ULSS 12 Veneziana al 17.6% dell'ULSS 4 dell'Alto Vicentino, ad eccezione dell'ULSS 10 che presenta la frequenza più bassa (3.8%).

Per quanto riguarda lo strato dei 13enni, la distribuzione delle prevalenze dimostra una certa omogeneità tra le Aziende ULSS, con valori non lontani dalla stima regionale, mentre per lo strato dei 15enni, le prevalenze hanno un andamento più altalenante, passando dai 10.6 punti percentuali dell'ULSS 4 ad oltre i 24 punti percentuali delle ULSS 5, 12, 14 e 17.

I confronti tra i tre strati del campione (11, 13, 15 anni) statisticamente significativi

sono quelli delle ULSS 5, 8, 10 e 12, per le quali il fenomeno delle diete o dei comportamenti per dimagrire messi in atto dagli adolescenti veneti segue una linea ascendente (la frequenza è minore tra gli 11enni e si intensifica nello strato dei 13enni e ancora di più in quello dei 15enni) e dell'ULSS 14 dove però la stima degli 11enni è maggiore di quella dei 13enni e inferiore di soli 3 punti percentuali rispetto a quella dei 15enni.

Tabella 11.1 Maschi e Femmine di 11, 13 e 15 anni insoddisfatti del loro peso corporeo a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±																
Regione	26.6	2.7	28.8	2.9	27.6	2.0	23.4	2.7	26.0	3.1	29.4	2.0	21.4	2.4	44.5	2.8	33.5	1.9
Belluno	24.3	8.9	26.9	10.1	25.5	6.7	18.4	10.3	28.6	11.2	23.8	7.7	16.4	7.8	40.3	11.5	27.1	7.0
Vicenza	28.3	6.3	24.2	6.3	26.3	4.5	26.3	6.7	36.7	7.7	31.0	5.1	20.2	5.8	48.1	6.2	26.8	4.6
Treviso	23.6	5.9	35.2	7.4	28.7	4.7	23.0	5.7	29.7	7.1	25.8	4.5	17.7	5.3	45.4	6.7	32.2	4.5
Venezia	29.2	7.4	28.5	7.3	28.8	5.2	21.7	6.5	33.0	7.4	27.1	4.9	30.1	6.3	42.1	6.4	36.6	4.5
Padova	32.0	7.0	25.7	7.1	29.0	5.0	24.0	6.3	38.2	7.8	30.5	5.0	24.4	7.0	43.4	5.8	36.9	4.6
Rovigo	29.9	10.2	38.0	12.6	33.5	8.0	21.5	11.0	45.8	12.9	34.5	8.8	23.7	8.8	47.0	11.1	33.7	7.2
Verona	20.0	5.6	29.3	6.3	24.7	4.3	23.5	6.5	40.4	6.7	32.4	4.7	18.0	4.8	42.8	7.8	27.0	4.4

Tabella 11.2 Giovani di 11,13 e 15 anni insoddisfatti del loro peso corporeo a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	27.6	2.0	29.4	2.0	33.5	1.9
ULSS 1	27.8	9.3	22.1	9.3	27.4	9.5
ULSS 2	22.4	9.4	26.8	13.6	26.7	9.4
ULSS 3	22.7	9.5	27.1	10.4	45.0	9.8
ULSS 4	24.3	9.8	39.6	13.8	26.9	8.5
ULSS 5	27.8	9.3	32.1	10.0	38.8	10.4
ULSS 6	28.9	7.6	28.5	7.6	37.1	7.9
ULSS 7	31.3	9.1	22.8	8.2	29.9	8.7
ULSS 8	31.1	8.9	26.3	8.7	36.6	8.9
ULSS 9	25.6	6.8	26.9	6.6	30.6	6.5
ULSS 10	30.4	10.1	28.4	10.3	35.1	8.2
ULSS 12	25.9	9.5	28.1	9.3	41.7	8.4
ULSS 13	32.5	10.5	25.3	9.8	31.3	9.3
ULSS 14	26.5	10.5	27.7	8.3	36.8	10.1
ULSS 15	27.8	8.9	29.9	8.7	37.8	9.6
ULSS 16	27.1	7.3	28.9	7.5	34.3	5.7
ULSS 17	37.2	10.7	36.0	10.9	39.0	9.6
ULSS 18	34.2	10.5	34.9	11.8	34.4	9.7
ULSS 19	31.9	11.0	33.3	10.9	33.6	9.0
ULSS 20	24.8	5.7	31.3	6.3	26.7	5.3
ULSS 21	23.3	9.7	32.6	9.9	35.1	9.7
ULSS 22	25.5	8.3	32.7	8.8	22.8	9.3

Tabella 11.3 Maschi e Femmine di 11, 13 e 15 anni che seguono diete o adottano comportamenti per dimagrire a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	14.5	2.2	14.2	2.3	14.4	1.6	10.0	1.8	19.4	2.5	14.5	1.6	9.2	1.7	27.8	2.5	19.0	1.6
Belluno	10.8	6.4	18.7	8.9	14.4	5.4	9.2	7.7	14.9	8.6	12.3	5.9	9.4	6.1	22.9	9.7	15.4	5.6
Vicenza	15.4	5.1	13.8	5.2	14.6	3.6	9.7	4.4	20.1	6.3	14.5	3.8	4.9	3.2	30.3	5.7	20.0	3.8
Treviso	12.5	4.6	14.4	5.5	13.4	3.5	10.1	4.0	20.1	6.2	14.3	3.5	8.0	3.8	24.4	5.8	16.6	3.7
Venezia	14.5	5.7	14.2	5.7	14.4	4.1	8.4	4.4	19.1	6.3	13.6	3.8	12.7	4.5	31.7	6.1	22.9	4.0
Padova	18.0	5.8	15.3	5.8	16.7	4.1	10.9	4.6	17.3	6.1	13.9	3.7	9.6	4.6	24.3	4.9	19.3	3.7
Rovigo	15.0	7.9	14.6	9.3	14.8	6.0	15.0	9.5	15.3	9.2	15.2	6.6	9.2	5.9	34.1	10.6	20.0	6.0
Verona	13.1	4.8	12.5	4.6	12.8	3.3	9.8	4.1	22.3	5.6	16.3	3.6	10.2	3.9	28.6	7.1	16.9	3.7

Tabella 11.4 Giovani di 11,13 e 15 che seguono diete o adottano comportamenti per dimagrire a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	14.4	1.6	14.5	1.6	19.0	1.6
ULSS 1	16.7	7.7	13.0	7.5	14.3	7.5
ULSS 2	11.7	7.2	12.2	10.0	17.4	8.0
ULSS 3	20.0	9.1	18.6	9.1	21.0	8.0
ULSS 4	17.6	8.7	10.4	8.6	10.6	5.9
ULSS 5	10.0	6.2	15.3	7.7	24.7	9.2
ULSS 6	11.9	5.5	14.4	5.8	22.2	6.8
ULSS 7	12.1	6.4	15.7	7.1	14.8	6.7
ULSS 8	12.7	6.5	10.0	5.9	22.5	7.8
ULSS 9	14.4	5.4	16.5	5.5	13.3	4.8
ULSS 10	3.8	4.2	17.6	8.7	19.1	6.7
ULSS 12	8.6	6.1	13.5	7.1	24.1	7.3
ULSS 13	24.4	9.5	13.3	7.7	23.7	8.5
ULSS 14	20.9	9.7	8.8	5.2	24.1	9.0
ULSS 15	14.4	7.0	15.0	6.8	13.3	6.7
ULSS 16	16.0	6.0	12.6	5.4	20.7	4.8
ULSS 17	21.8	9.2	16.0	8.3	24.0	8.4
ULSS 18	13.9	7.6	14.3	8.6	18.3	7.9
ULSS 19	15.9	8.6	16.7	8.6	22.4	7.9
ULSS 20	11.8	4.2	18.3	5.2	16.7	4.5
ULSS 21	9.6	6.8	14.6	7.3	20.2	8.1
ULSS 22	16.0	7.0	15.6	6.8	15.2	7.9

Rischio di sovrappeso e rischio di obesità secondo le soglie di Cole et al. (2000)

Livello regionale

La dimensione del rischio di sovrappeso e del rischio di obesità nella popolazione giovanile veneta di 11, 13 e 15 anni è presentata nella Tabella 11.5. Le stime sono basate sui cut-off stabiliti da Cole et al. (2000) (Tavola 1). A livello regionale, coloro che risultano maggiormente a rischio di sovrappeso sono i giovani 11enni per il 21.1%. Il fenomeno tende a diminuire se si passa nello strato totale dei 13enni (17.4%) e ancora di più in quello dei 15enni (16.1%). In tutti e tre gli strati per età del campione i confronti di genere evidenziano frequenze più alte e statisticamente significative nei maschi che nelle femmine, con una distanza più ampia tra i sessi nel gruppo di età dei 15enni (21.4% per i maschi vs 11.5% per le femmine).

Rispetto al rischio di obesità, lo strato maggiormente interessato da questa problematica è nuovamente quello degli 11enni (4.8%), seguito, per ordine di importanza del rischio, da quello dei 15enni (3.3%) e, da ultimo, dallo strato dei 13enni (3%). I maschi, in tutti i tre gruppi di età, presentano prevalenze maggiori rispetto alle femmine, con distanze tra i due sessi vicine al 3%, fatta eccezione per lo strato dei 15enni, dove i maschi e le femmine sono separati da un solo punto percentuale.

Da questi risultati si potrebbe supporre che la fascia preadolescenziale degli 11enni, soprattutto quella maschile, presti, in questa fase della crescita, ancora poca attenzione al proprio corpo. Infatti, nella presente indagine gli 11enni che dichiarano di essere insoddisfatti del proprio peso corporeo (tab. 11.1), lo sono in percentuale minore rispetto agli altri due gruppi di età, a significare, probabilmente, che percepiscono la propria fisicità come normale o non problematica.

Livello provinciale

La distribuzione delle frequenze tra le province venete relativa al rischio di sovrappeso può considerarsi omogenea per i tre strati del campione di 11, 13 e 15 anni ed in linea con la stima regionale (tab. 11.5). I soli dati che si distinguono dagli altri in termini di maggiore ampiezza del fenomeno sono quelli della provincia di Padova nel gruppo di età degli 11enni e della provincia di Rovigo nello strato totale dei 15enni.

Sono risultate statisticamente significative le differenze di genere per la provincia di Padova tra i maschi e le femmine di 11 (34.8% vs 18.3%), 13 (23.4% vs 12.3%) e di 15 anni (22.2% vs 11.4%), per quelle di Treviso tra i maschi e le femmine di 13 anni (21.9% vs 8.4%) ed infine per le province di Vicenza (21.6% vs 12.2%) e Venezia (22.3% vs 10.4%) per i maschi e le femmine 15enni.

Il rischio di obesità produce altrettanta uniformità nella distribuzione delle stime tra le province, tranne che per alcune realtà venete, come Venezia e Rovigo nello strato degli 11 e dei 15enni con prevalenze più elevate delle altre province.

Per i confronti di genere, le province di Vicenza e di Treviso nel gruppo dei 13enni

presentano stime per le quali il fenomeno indagato tra maschi e femmine ha la stessa prevalenza (4% per maschi e femmine della provincia di Vicenza e 6% per quelli di Treviso). Tali confronti sono risultati statisticamente significativi, come pure i confronti intra-strato per le femmine di 13 e di 15 anni. Nello specifico, sono maggiormente a rischio di obesità, rispetto all'andamento regionale, le ragazze tredicenni della provincia di Treviso e di Vicenza e le 15enni della realtà veneta di Belluno, Rovigo e Padova (tab. 11.5).

Le Aziende ULSS

A livello di Aziende ULSS il rischio di sovrappeso, secondo le soglie di Cole et al. (2000), è evidenziato in Tabella 11.7. La distribuzione delle frequenze nello strato degli 11enni è abbastanza diversificata: si passa dalla stima più bassa dell'ULSS 4 del 13.3% a quella più elevata dell'ULSS 17 del 40%. Tutte le altre Aziende ULSS si situano prevalentemente tra i 15 e i 25 punti percentuali.

Nello strato dei 13enni, i valori percentuali si riducono rispetto a quelli dello strato precedente e si allineano alla stima regionale (17.4%), tranne per le ULSS 5, 17, 19 e 21 che presentano frequenze più elevate che vanno dal 26 al 32%, mentre per la ULSS 18 la prevalenza del fenomeno indagato risulta essere la più bassa (9.8%).

In riferimento, invece, al gruppo di età dei 15enni, l'unico dato da evidenziare per la più bassa frequenza rilevata rispetto all'andamento complessivo delle ULSS è quello relativo all'Azienda ULSS 10 (9.6%).

Considerando il rischio di obesità (tab. 11.7), i confronti tra ULSS sono risultati statisticamente significativi in tutti e tre gli strati del campione. Alcuni valori, però, sono assenti, ad esempio mancano nell'ULSS 4 per lo strato degli 11enni e nell'ULSS 5 per il campione di 13 e di 15 anni.

Analizzando in dettaglio l'andamento delle frequenze per ULSS, nel gruppo d'età dei più giovani (11enni), le stime si distribuiscono in modo piuttosto disomogeneo, evidenziando valori percentuali bassi tra l'1.4% e il 2.6% nelle ULSS 7, 12, 15 e 21 e valori percentuali in linea con la stima regionale (4.8%) nelle restanti ULSS, fatta eccezione per le ULSS 10 (8.5%), 13 (8.9%), 14 (11.1%) e 19 (14.5%) che evidenziano frequenze più elevate.

Nello strato degli studenti di terza media (13enni), le ULSS 2, 17, 18 e 21 superano del doppio l'andamento regionale, mentre lo dimezzano le ULSS 6, 13, 16, 19, 20 e 22. Infine, nella fascia del campione dei 15enni, la maggior parte delle Aziende ULSS (1, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 22) presenta stime che rilevano un rischio di obesità contenuto (dallo 0.8% al 2.3%), mentre altre (ULSS 3, 10, 18, 21) evidenziano un rischio più marcato, con prevalenze comprese tra il 6.3% e l'8.8%.

Per quanto riguarda le differenze percentuali tra i tre strati totali del campione, i confronti tra i gruppi di età di 11, 13 e 15 anni sono risultati statisticamente significativi per la ULSS 18 di Rovigo, dove il rischio di obesità è maggiore tra i 15enni (7.9%), rispetto ai 13enni (5.9%) e agli 11enni (4.8%).

Rischio di sovrappeso e rischio di obesità secondo le soglie di Cacciari et al. (2006)

Livello regionale

Secondo i parametri di Cacciari et al. (2006) (Tavola 1), il rischio di sovrappeso e il rischio di obesità nella popolazione del campione veneto di 11, 13 e di 15 anni (tab. 11.6) sembra essere inferiore rispetto a quello individuato con i cut-off di Cole et al. (2000). Infatti, con le soglie di Cacciari et al. (2006), gli 11enni a rischio di sovrappeso (12.3%), lo sono con quasi 9 punti percentuali in meno rispetto ai parametri precedenti (vedi tab. 11.5). Lo stesso può essere detto sia per lo strato dei 13enni (rischio sovrappeso del 9.6% e distanza di 7.8 punti percentuali tra le due soglie), sia per quello dei 15enni (rischio sovrappeso dell'11% e distanza di 6.1 punti percentuali). Ciò che rimane costante sia in Cole et al. (2000) che in Cacciari et al. (2006) è l'alta percentuale di maschi a rischio, rispetto alle femmine, in tutti e tre gli strati del campione, anche se, va ricordato, che con Cacciari la distanza tra maschi e femmine si riduce di almeno 2 punti percentuali, in particolar modo nel gruppo dei 13 e dei 15enni.

Anche per quanto riguarda il rischio di obesità, con i parametri di Cacciari et al. (2006) si è in presenza di un abbassamento delle prevalenze, della media di 2 punti percentuali in tutti e tre gli strati totali (tab. 11.6). Con l'applicazione delle soglie di Cole et al. (2000), i soggetti maggiormente a rischio di obesità erano risultati essere gli 11enni (tab. 11.5), mentre ora lo sono i 15enni.

La mancanza di significatività statistica dei confronti tra maschi e femmine nello strato dei 15 e degli 11enni fa rilevare la sovrapposibilità delle stime tra i due sessi, mentre vi è una sostanziale differenza tra maschi e femmine nello strato dei 13enni che, per effetto della significatività statistica delle analisi, risultano più a rischio i maschi 13enni (1.8%) delle femmine loro coetanee (0.7%). Se indaghiamo, infine, la presenza del rischio di obesità dal punto di vista dei confronti intra-sesso, notiamo che tra le femmine il problema è più marcato nelle 15enni (2.3%), rispetto alle 13 (0.7%) e 11enni (1.2%), ciò che, invece, non accade con l'uso dei cut-off di Cole et al. (2000) per i quali le ragazze più interessate dal problema sono le 11enni.

Livello provinciale

La Tabella 11.6 mostra una distribuzione delle frequenze del rischio di sovrappeso e del rischio di obesità per le province uniforme ed omogenea in ciascuno degli strati totali del campione e conforme alle stime regionali.

Prevalenze diversificate sono, invece, presenti nei confronti di genere per quanto riguarda il rischio di sovrappeso, dove la significatività statistica delle comparazioni tra maschi e femmine vale per la maggior parte delle province dei tre gruppi di età. Tra gli 11enni, la più ampia distanza tra i sessi è documentata nella provincia di Padova (24.9% per i maschi vs 5.9% per le femmine) e di Rovigo (22.3% vs 4.6%),

mentre nello strato dei 13enni, le differenze più rilevanti sono presenti tra i maschi e le femmine della provincia di Vicenza (12.3% vs 3.7%) e di Treviso (12.1% vs 3.8%). In quello dei 15enni, i confronti da evidenziare sono tra i ragazzi e le ragazze dell'area veneziana (16.5% vs 7.3%), padovana (17% vs 9.1%) e veronese (14.4% vs 6.1%).

Rispetto al rischio di obesità, molti dati sono assenti, ma si tratta della sola fascia femminile. Nello specifico, mancano nello strato delle femmine 11enni della provincia di Padova e Verona, in quello delle 13enni della provincia di Vicenza Treviso e Venezia e nel gruppo di età delle 15enni della provincia di Belluno. Come accennato in precedenza, le distribuzioni delle stime negli strati totali degli 11, 13 e 15enni sono in linea con l'andamento regionale e tali da non evidenziare andamenti altalenanti tra province. Ciò che, invece, vale rilevare in alcuni strati del campione, dal punto della significatività statistica delle analisi, sono i confronti intra-strato per le femmine. Tra le 13enni, il rischio di obesità è più elevato nella provincia di Rovigo (3.7%) e di Vicenza (2.6%), quando, invece, si trova appena accennato in quella di Verona (1.1%). Tra le 15enni, la provincia di Rovigo (6.1%), seguita da quella di Padova (4.2%) risultano essere le aree geografiche maggiormente interessate da questo problema, mentre quella con la minor frequenza è la provincia di Venezia (0.7%).

Tabella 11.5 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di sovrappeso o a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000) a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	
Rischio di sovrappeso																			
Regione	24.0	3.0	17.8	2.8	21.1	2.1	21.2	2.9	13.1	2.5	17.4	1.9	21.4	2.6	11.5	1.9	16.1	1.6	
Belluno	20.8	9.8	17.0	9.7	19.1	7.0	18.6	11.7	16.8	10.0	17.6	7.6	20.1	9.4	9.2	7.8	15.2	6.3	
Vicenza	24.8	7.3	16.3	6.3	20.5	4.8	19.9	6.8	12.0	6.0	16.4	4.6	21.6	6.4	12.2	4.3	16.0	3.7	
Treviso	21.7	6.4	17.0	6.7	19.6	4.6	21.9	6.1	8.4	5.0	16.6	4.3	18.0	5.9	13.6	4.7	15.6	3.7	
Venezia	19.4	7.3	16.1	6.8	17.8	5.0	21.6	7.7	13.8	6.6	17.7	5.1	22.3	6.1	10.4	4.2	15.7	3.6	
Padova	34.8	8.5	18.3	7.7	27.3	5.9	23.4	7.0	12.3	5.8	18.1	4.6	22.2	7.5	11.4	3.9	15.0	3.7	
Rovigo	26.0	11.2	19.5	10.8	23.0	7.9	13.5	8.0	19.6	11.7	16.4	7.0	28.4	9.7	9.1	6.6	20.2	6.4	
Verona	20.6	6.4	21.3	6.7	20.9	4.6	21.6	6.9	15.6	5.7	18.6	4.5	21.0	5.6	9.8	5.1	17.0	4.1	
Rischio di obesità																			
Regione	6.2	1.7	3.3	1.4	4.8	1.1	4.2	1.4	1.6	0.9	3.0	0.9	3.8	1.1	2.9	1.0	3.3	0.7	
Belluno	6.9	5.9	2.7	5.1	5.0	4.0	7.1	7.7	1.7	3.3	4.1	4.0	4.5	4.5	4.5	4.5	2.5	2.5	
Vicenza	5.2	3.7	3.4	2.9	4.3	2.4	4.0	3.5	4.0	3.5	2.2	2.0	2.9	2.5	2.1	1.8	2.4	1.5	
Treviso	5.7	3.6	2.5	2.8	4.3	2.4	6.0	3.5	6.0	3.5	3.6	2.1	2.3	2.2	2.5	2.1	2.4	1.5	
Venezia	9.7	5.4	4.3	3.8	7.0	3.3	3.3	3.3	2.0	2.4	2.6	2.0	4.8	2.9	2.3	2.0	3.4	1.7	
Padova	5.7	4.1	2.0	2.8	4.0	2.6	4.2	3.3	3.2	3.1	3.7	2.3	4.7	3.5	4.2	2.7	4.4	2.1	
Rovigo	10.9	7.1	4.6	5.4	8.0	4.6	6.3	7.4	2.9	5.6	4.7	4.7	5.8	4.9	6.8	6.1	6.3	3.8	
Verona	3.8	3.0	4.0	3.4	3.9	2.3	1.7	2.0	2.2	2.2	2.0	1.5	3.8	2.2	3.1	3.2	3.5	1.8	

Tabella 11.6 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di sovrappeso o a rischio di obesità secondo i parametri di Cacciari et al. (2006) a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	
Rischio di sovrappeso																			
Regione	17.8	2.7	6.2	1.8	12.3	1.7	12.5	2.3	6.3	1.8	9.6	1.5	14.1	2.2	8.3	1.6	11.0	1.3	
Belluno	15.7	9.0	3.8	5.2	10.3	5.6	18.9	11.8	5.7	6.3	11.6	6.4	12.2	7.7	6.1	6.6	9.4	5.2	
Vicenza	18.9	6.6	3.7	3.2	11.3	3.8	12.3	5.6	3.7	3.6	8.5	3.5	13.1	5.3	8.6	3.7	10.5	3.1	
Treviso	14.9	5.5	6.3	4.3	11.2	3.7	12.1	4.8	3.8	3.8	8.8	3.3	10.1	4.6	9.8	4.1	10.0	3.1	
Venezia	17.2	6.9	5.7	4.4	11.3	4.1	9.7	5.4	7.1	4.9	8.4	3.7	16.5	5.4	7.3	3.6	11.4	3.2	
Padova	24.9	7.7	5.9	4.6	16.3	4.9	14.2	5.7	9.7	5.2	12.1	3.9	17.0	6.7	9.1	3.5	11.7	3.2	
Rovigo	22.3	10.4	4.6	5.4	14.2	6.4	10.2	8.1	5.2	6.4	7.8	5.3	16.3	7.9	7.3	5.7	12.4	5.1	
Verona	13.4	5.4	10.5	5.2	12.0	3.7	13.3	5.9	7.3	4.1	10.3	3.6	14.4	4.8	6.1	4.4	11.4	3.5	
Rischio di obesità																			
Regione	1.1	0.7	1.2	0.8	1.2	0.5	1.8	1.0	0.7	0.5	1.3	0.6	2.3	0.9	2.3	0.9	2.3	0.6	
Belluno	1.3	2.4	2.7	5.1	1.9	2.7	-	-	1.7	3.3	0.9	1.8	3.6	4.2	-	-	2.0	2.3	
Vicenza	1.5	2.1	1.4	1.9	1.4	1.4	2.6	2.9	-	-	1.4	1.6	2.3	2.3	1.2	1.4	1.7	1.2	
Treviso	0.6	1.3	1.7	2.3	1.1	1.2	1.8	2.0	-	-	1.1	1.2	1.1	1.6	2.5	2.1	1.9	1.4	
Venezia	1.0	1.9	2.3	2.7	1.7	1.7	2.0	2.7	-	-	1.0	1.4	1.5	1.7	0.7	1.0	1.1	0.9	
Padova	1.6	2.2	-	-	0.9	1.2	1.4	1.9	0.8	1.5	1.1	1.2	3.4	2.9	4.2	2.7	3.9	2.0	
Rovigo	2.0	2.8	2.3	4.4	2.1	2.5	3.7	5.5	2.9	5.6	3.3	3.9	3.9	4.0	6.1	6.0	4.8	3.5	
Verona	0.5	0.9	-	-	0.2	0.5	1.1	1.5	1.4	1.6	1.3	1.1	2.4	1.8	2.5	3.0	2.4	1.6	

Tabella 11.7 Giovani di 11,13 e 15 anni a rischio di sovrappeso o a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000) a livello di Azienda ULSS

	Rischio di sovrappeso						Rischio di obesità					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	21.1	2.1	17.4	1.9	16.1	1.6	4.8	1.1	3.0	0.9	3.3	0.7
ULSS 1	16.9	9.1	14.5	8.3	18.2	9.3	3.1	4.2	2.9	4.0	1.5	2.9
ULSS 2	21.3	10.3	22.6	14.7	10.5	6.9	6.6	6.2	6.5	8.7	3.9	4.4
ULSS 3	21.7	10.4	16.9	9.6	17.8	7.9	3.3	4.5	3.4	4.6	7.8	5.5
ULSS 4	13.3	12.2	18.5	14.7	16.7	7.7	-	-	3.7	7.1	2.2	3.0
ULSS 5	25.0	10.3	26.9	12.1	19.7	9.0	4.4	4.9	-	-	-	-
ULSS 6	19.1	7.2	12.4	6.1	12.5	5.7	6.1	4.4	1.8	2.4	0.8	1.5
ULSS 7	15.6	8.1	16.4	8.9	15.4	7.4	2.6	3.6	3.0	4.1	1.1	2.1
ULSS 8	17.4	7.7	19.6	7.9	17.0	7.1	6.5	5.0	3.1	3.4	1.9	2.6
ULSS 9	23.9	7.7	13.6	5.7	14.5	5.2	3.4	3.3	4.3	3.4	3.4	2.6
ULSS 10	17.9	10.0	19.1	11.3	9.6	5.4	8.9	7.5	4.3	5.8	8.8	5.2
ULSS 12	18.0	9.7	17.2	9.7	20.8	7.3	1.6	3.2	3.4	4.7	1.7	2.3
ULSS 13	16.9	8.7	18.6	9.1	15.9	7.6	8.5	6.5	1.4	2.8	2.3	3.1
ULSS 14	22.2	12.2	13.3	7.7	14.5	7.6	11.1	9.2	2.7	3.6	1.2	2.3
ULSS 15	24.7	9.9	18.0	8.0	14.8	7.7	1.4	2.7	4.5	4.3	1.9	4.7
ULSS 16	23.8	8.3	14.5	6.6	11.1	4.1	5.0	4.2	1.8	2.5	3.6	2.4
ULSS 17	40.0	14.3	26.2	10.7	21.9	8.3	6.7	7.3	6.2	5.8	5.2	4.4
ULSS 18	23.8	10.5	9.8	8.2	22.5	8.7	4.8	5.3	5.9	6.5	7.9	5.6
ULSS 19	21.0	10.1	32.1	12.2	15.0	7.0	14.5	8.8	1.8	3.5	5.0	4.3
ULSS 20	20.9	6.1	13.1	5.2	15.1	4.7	2.9	2.5	1.3	1.7	4.0	2.6
ULSS 21	23.9	12.3	27.3	10.7	20.3	8.9	2.2	4.2	6.1	5.8	6.3	5.4
ULSS 22	19.8	8.7	23.5	9.2	18.1	8.9	6.2	5.2	1.2	2.4	1.4	2.7

Rischio di sovrappeso e rischio di obesità considerati congiuntamente

Livello regionale

In questa sezione intendiamo offrire una panoramica globale della problematica legata al peso corporeo, considerando come congiunte le prevalenze del rischio di sovrappeso e del rischio di obesità (tab. 11.8). Secondo i parametri di Cole et al. (2000), gli 11enni a rischio di sovrappeso/obesità sono il 25.9%, mentre i 13 e i 15enni sono rispettivamente il 20.4% e il 19.4%.

I confronti di genere evidenziano differenze statisticamente significative in tutti e tre gli strati del campione. Nel gruppo di età dei giovani 11enni, i maschi superano di 9 punti percentuali la stima delle femmine (30.3% vs 21.2%) e di quasi 11 punti, invece, in quello dei 13enni (25.4% vs 14.7%) e dei 15enni (25.2% vs 14.4%).

Applicando le soglie di Cacciari et al. (2006), è a rischio di sovrappeso/obesità il 13.4% degli 11enni, il 10.9% degli studenti di terza media e il 13.3% dei 15enni. Anche in questo caso, sono sempre i maschi a mostrare una prevalenza più alta in tutti e tre gli strati, ma si tratta di distanze tra maschi e femmine che non vanno oltre i 7 punti percentuali, tranne per il gruppo degli 11enni (tab. 11.8).

Livello provinciale

In base ai cut-off di Cole et al. (2000), la distribuzione delle frequenze del rischio sovrappeso/obesità tra province risulta disomogenea e diversificata nello strato degli 11enni per effetto della significatività statistica dei confronti ed omogenea nei restanti due (11 e 15 anni). In base a ciò, le province che maggiormente si diversificano dalle altre sono Padova (31.3%) e Rovigo (31.1%) per la più alta prevalenza di rischio (tab. 11.8). Tra i 13enni, invece, è presente una certa uniformità delle stime che segue l'andamento regionale, così come accade tra i 15enni, fatta eccezione per la provincia di Rovigo che, anche in questo strato, supera la media regionale di quasi 7 punti percentuali.

Per i confronti di genere, sono risultate statisticamente significative le differenze tra maschi e femmine della provincia di Padova nel gruppo di età degli 11 (40.4% vs 20.3%) e dei 13enni (27.6% vs 15.5%), quella tra maschi e femmine della provincia di Treviso (27.9% vs 8.4%) e quelle di tutte le province nello strato dei 15enni. In questo gruppo di età, la massima distanza percentuale tra i due sessi è quella di Rovigo (34.2% vs 15.9%), seguita dalla provincia di Belluno (24.7% vs 9.2%).

Secondo l'uso dei parametri di Cacciari et al. (2006), l'uniformità della distribuzione delle stime è in buona parte presente in tutti e tre gli strati del campione (tab. 11.8). Si differenziano da questo andamento omogeneo Padova nello strato degli 11 e dei 13enni e Rovigo in quello dei 15enni (tab. 11.8). Le differenze percentuali tra maschi e femmine sono statisticamente significative nella provincia di Vicenza, Treviso, Venezia, Padova e Rovigo per il gruppo dei più giovani (11enni); in quelle di Vicenza e di Treviso, dov'è presente la massima distanza percentuale tra i sessi di terza media (13enni) e nelle province di Venezia e di Verona tra i 15enni.

Le Aziende ULSS

Il rischio di sovrappeso/obesità secondo i parametri di Cole et al. (2000) appare nella tabella 11.9. Nei tre strati totali del campione, le frequenze si distribuiscono in maniera abbastanza altalenante. Nella fascia dei giovani 11enni la prevalenza più alta di rischio è presente nella ULSS 17 con il 46.7%, a seguire le ULSS 5, 14 e 19 col 29.4%, 33.3% e 35.5%. Nei limiti dell'andamento regionale (25.9%) si situano le restanti Aziende ULSS, fatta eccezione per la ULSS 4 che presenta la più bassa stima del fenomeno indagato (13.3%).

Rispetto allo strato degli studenti di terza media (13enni), la massima frequenza è dell'ULSS 19 (33.9%), accompagnata dalle ULSS 21 (33.3%) e 17 (32.3%). Al di sotto di 5-6 punti percentuali dalla stima regionale (20.4%) si collocano le Aziende ULSS 6, 14, 16, 18 e 20. Per le altre, il rischio di sovrappeso/obesità oscilla dal 17.4% al 26.9%.

Nell'ultimo strato del campione (15enni), solo la ULSS 18 raggiunge la frequenza del 30.3%, mentre il valore più basso è presente nella ULSS 6 di Vicenza.

I confronti tra strati statisticamente significativi sono dell'ULSS 15, dove il rischio sovrappeso/obesità decresce col crescere dell'età (26%, 22.5% e 19.8% rispettivamente per gli 11, 13 e i 15enni) e dell'ULSS 18, dove, al contrario, la stima dei 15enni supera quella degli strati inferiori (28.6%, 15.7% e 30.3% per 11, 13 e 15enni).

Tabella 11.8 Frequenza nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni del rischio di sovrappeso e del rischio di obesità considerati congiuntamente a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	
Cole et al. (2000)																			
Regione	30.3	3.2	21.2	3.0	25.9	2.2	25.4	3.0	14.7	2.6	20.4	2.0	25.2	2.7	14.4	2.1	19.4	1.7	
Belluno	27.7	10.8	19.7	10.6	24.1	7.6	25.7	13.1	18.5	10.4	21.7	8.2	24.7	10.0	9.2	7.8	17.7	6.6	
Vicenza	30.0	7.7	19.7	6.7	24.8	5.2	23.9	7.3	12.0	6.0	18.6	4.9	24.6	6.6	14.3	4.6	18.5	3.9	
Treviso	27.3	6.9	19.6	7.0	23.9	5.0	27.9	6.6	8.4	5.0	20.2	4.6	20.2	6.1	16.1	5.1	17.9	3.9	
Venezia	29.2	8.4	20.5	7.4	24.7	5.6	24.9	8.1	15.8	6.8	20.4	5.3	27.2	6.5	12.7	4.6	19.2	3.9	
Padova	40.4	8.8	20.3	8.0	31.3	6.2	27.6	7.4	15.5	6.4	21.9	5.0	26.9	8.0	15.7	4.6	19.4	4.1	
Rovigo	36.9	12.0	24.2	11.6	31.1	8.5	19.9	10.4	22.5	12.5	21.1	8.1	34.2	10.2	15.9	8.6	26.3	7.0	
Verona	24.4	6.8	25.3	7.2	24.8	5.0	23.4	7.1	17.8	6.0	20.6	4.7	24.9	5.8	12.9	5.9	20.6	4.3	
Cacciari et al. (2006)																			
Regione	18.9	2.7	7.5	2.0	13.4	1.7	14.3	2.5	7.0	1.9	10.9	1.6	16.4	2.3	10.6	1.8	13.3	1.5	
Belluno	17.0	9.3	6.5	7.1	12.2	6.1	18.9	11.8	7.4	7.0	12.5	6.6	15.8	8.5	6.1	6.6	11.4	5.6	
Vicenza	20.5	6.8	5.1	3.7	12.7	4.0	14.8	6.1	3.7	3.6	9.9	3.8	15.5	5.6	9.8	3.9	12.1	3.3	
Treviso	15.5	5.6	8.0	4.8	12.2	3.8	13.8	5.1	3.8	3.6	9.9	3.4	11.3	4.8	12.3	4.5	11.8	3.3	
Venezia	18.1	7.1	8.0	5.1	12.9	4.4	11.7	6.0	7.1	4.9	9.4	3.9	18.0	5.6	8.1	3.7	12.5	3.3	
Padova	26.5	7.9	5.9	4.6	17.2	5.0	15.5	5.9	10.5	5.4	13.1	4.0	20.3	7.1	13.3	4.2	15.7	3.7	
Rovigo	24.3	10.6	6.9	6.9	16.4	6.7	13.9	9.5	8.1	8.4	11.1	6.4	20.2	8.5	13.4	8.0	17.2	5.9	
Verona	13.8	5.4	10.5	5.2	12.2	3.8	14.5	6.1	8.8	4.3	11.6	3.7	16.8	5.0	8.6	5.2	13.9	3.7	

Tabella 11.9 Frequenza nei giovani di 11, 13 e 15 anni del rischio di sovrappeso e del rischio di obesità considerati congiuntamente secondo i cut-off di Cole et al. (2000) a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	25.9	2.2	20.4	2.0	19.4	1.7
ULSS 1	20.0	9.7	17.4	8.9	19.7	9.6
ULSS 2	27.9	11.3	29.0	16.0	14.5	7.9
ULSS 3	25.0	11.0	20.3	10.3	25.6	9.0
ULSS 4	13.3	12.2	22.2	15.7	18.9	8.1
ULSS 5	29.4	10.8	26.9	12.1	19.7	9.0
ULSS 6	25.2	7.9	14.2	6.4	13.3	5.9
ULSS 7	18.2	8.6	19.4	9.5	16.5	7.6
ULSS 8	23.9	8.7	22.7	8.3	18.9	7.5
ULSS 9	27.4	8.1	17.9	6.3	17.9	5.6
ULSS 10	26.8	11.6	23.4	12.1	18.4	7.1
ULSS 12	19.7	10.0	20.7	10.4	22.5	7.5
ULSS 13	25.4	10.1	20.0	9.4	18.2	8.1
ULSS 14	33.3	13.8	16.0	8.3	15.7	7.8
ULSS 15	26.0	10.1	22.5	8.7	19.8	8.7
ULSS 16	28.7	8.8	16.4	6.9	14.7	4.6
ULSS 17	46.7	14.6	32.3	11.4	27.1	8.9
ULSS 18	28.6	11.2	15.7	10.0	30.3	9.6
ULSS 19	35.5	11.9	33.9	12.4	20.0	7.8
ULSS 20	23.8	6.4	14.4	5.4	19.1	5.1
ULSS 21	26.1	12.7	33.3	11.4	26.6	9.7
ULSS 22	25.9	9.5	24.7	9.4	19.4	9.1

VARIAZIONI TEMPORALI

Rischio di sovrappeso e rischio di obesità secondo le soglie di Cole et al. (2000)

Livello regionale

Le Tabelle 11.10 e 11.11 presentano le variazioni temporali intercorse tra la rilevazione effettuata nel 2002 e quella del 2006 per ogni strato, provincia e genere sul rischio di sovrappeso e rischio di obesità secondo i cut-off di Cole.

Rischio sovrappeso

Per quanto riguarda il dato totale a livello regionale sul rischio di sovrappeso, si può vedere che per tutti e tre gli strati c'è stato un aumento nelle percentuali (tab. 11.10 e graf. 11.1, 11.2 e 11.3): sono gli undicenni ad aver avuto l'incremento maggiore (5%) passando dal 16.1% di ragazzi a rischio sovrappeso nel 2002, fino ad arrivare ad una percentuale di 21.1 nel 2006; mentre i ragazzi di 13 anni e quelli di 15 hanno avuto un aumento del 3.3% e 3.2% rispettivamente, facendo così ipotizzare che in parte l'aumento di BMI riscontrato tra i ragazzi sia dovuto verosimilmente anche ad un "effetto coorte" che vede le generazioni più giovani comunque più a rischio rispetto ai propri predecessori.

All'interno del gruppo dei maschi le variazioni temporali fanno registrare un incremento statisticamente significativo in tutti gli strati: i ragazzi di 11 anni presentano l'aumento maggiore rispetto agli altri strati, si è passati dal 17.6 % nel 2002 al 24.0% nel 2006 con un aumento di 6.4 punti percentuali.

Le ragazze invece presentano divari minori rispetto ai maschi; la variazione maggiore si registra tra le quindicenni con un aumento del 3.9% contro l'aumento del 3.5% delle undicenni mentre le tredicenni non presentano variazioni statisticamente significative.

Rischio obesità

Essendo la prevalenza di obesità contenuta in termini assoluti e coinvolgendo, pertanto, basse numerosità nei diversi strati del campione, le differenze riscontrate (tutte in aumento) raramente risultano significative da un punto di vista statistico quando si vanno a considerare aggregati più piccoli della popolazione (definiti dal genere, dalle province, etc.).

A livello regionale, comunque, le prevalenze del rischio di obesità presentano un andamento delle stime simile a quello del sovrappeso e statisticamente significativo: gli undicenni hanno avuto l'incremento maggiore passando dal 3.0% del 2002 al 4.8% del 2006, i 15enni hanno avuto un incremento dell'1.7%, mentre per i 13enni non vi sono state variazioni statisticamente significative (tab. 11.11 e graf. 11.4, 11.5, 11.6).

Se si analizzano separatamente i generi, si vede che per entrambi vi sono stati degli incrementi statisticamente significativi nel solo gruppo dei 15enni: per i maschi si registra un aumento dell'1.8% passando dal 2% del 2002 al 3.8% del 2006, mentre per le ragazze l'aumento nel 2006 è stato dell'1.7%.

Nel caso degli 11enni l'unica variazione statisticamente significativa è avvenuta per le femmine dove dall'1.3% del 2002 si passa al 3.3% del 2006; infine nello strato dei 13enni le differenze valgono solamente per i maschi con un incremento nel 2006 dell'1.8%.

Livello provinciale

In tabella 11.10 e 11.11 vengono riportati i dati relativi al rischio di sovrappeso e obesità suddivisi per provincia e sesso.

Rischio sovrappeso

Considerando lo strato totale degli undicenni, le province con variazioni statisticamente significative sono Vicenza, Verona, Padova e Treviso; tra queste gli aumenti maggiori sono avvenuti a Vicenza e Verona col 7.7% e 8.2% rispettivamente. (graf. 11.1)

Per i ragazzi di 13 anni (graf. 11.2) l'unica provincia con variazioni statisticamente significative è Treviso (+8%); infine per gli studenti di seconda superiore (15 anni) le province con valori statisticamente significativi sono Vicenza, Venezia e Rovigo con aumento, rispettivamente, del 4.9%, 3.7% e 12.6%, quest'ultima variazione è anche la più elevata di tutti gli strati. (graf. 11.3).

Se si considera il gruppo dei maschi, gli unici cambiamenti statisticamente significativi sono avvenuti nelle province di Vicenza e Padova per i ragazzi di 11 anni con aumenti dell'11.5% e 10.5%; per i ragazzi di 13 anni l'unica provincia con cambiamenti significativi a livello statistico è Treviso (+10.7%); infine nello strato dei quindicenni si è avuto un aumento nel 2006 di 7 punti percentuali a Venezia e dell'1.1% a Padova. Considerando le femmine, le province con valori statisticamente significativi sono Verona per i primi due strati (11 e 13 anni) entrambi con un aumento del 8% e Treviso per le studentesse di seconda superiore (15 anni) con un aumento dell'1%.

Rischio obesità

Le province che sono risultate statisticamente significative sono Venezia e Rovigo per lo strato degli 11enni con incrementi per il 2006 di oltre 4.3 punti percentuali e di 5.7 punti rispettivamente, mentre nel caso dei quindicenni sono Venezia, Padova e Rovigo con incrementi del 2%, 3.2% e 4.2%. La provincia di Treviso nello strato dei 13enni è l'unica a riportare una variazione statisticamente significativa di 2.4 punti in percentuale (tab. 11.11 e graf. 11.4, 11.5 e 11.6).

Se analizziamo i sessi separatamente, è la provincia di Venezia la sola a presentare tra i maschi di 11 e 15 anni variazioni statisticamente significative. I confronti tra le due

indagini evidenziano un aumento a favore del 2006 di circa 5.5 punti percentuali per il primo strato e 4.3 punti per i quindicenni. Nel caso dei 13enni maschi la provincia di Vicenza è l'unica ad avere un aumento statisticamente significativo del 3.5%. Per quanto riguarda le femmine, la provincia di Treviso per le undicenni e quella di Rovigo per le quindicenni hanno avuto un aumento statisticamente significativo tra le due indagini rispettivamente del 2.5% e 6.8%.

Tabella 11.10 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di sovrappeso secondo i cut-off di Cole et al. (2000)

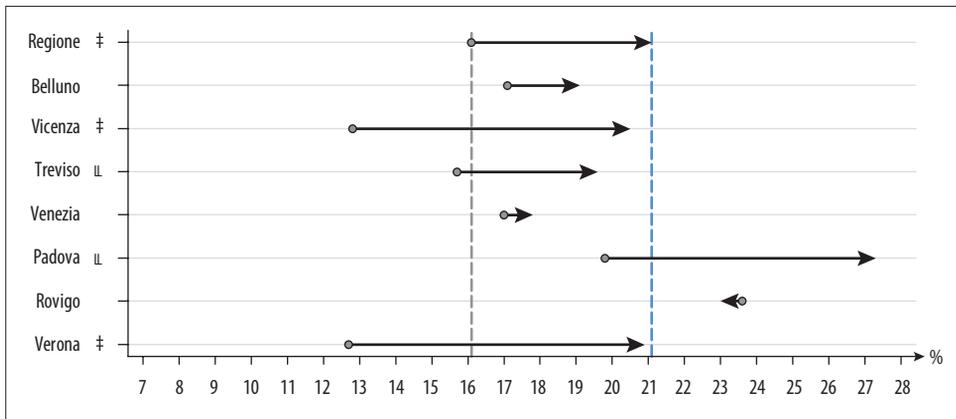
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	17.6 ‡	14.5 ‡	16.1 ‡	24.0 ‡	17.8 ‡	21.1 ‡
Belluno	16.3	17.9	17.1	20.8	17.0	19.1
Vicenza	13.3 LL	12.3	12.8 ‡	24.8 LL	16.3	20.5 ‡
Treviso	18.0	13.1 *	15.7 LL	21.7	17.0 *	19.6 LL
Venezia	18.3	15.8	17.0	19.4	16.1	17.8
Padova	24.3 LL	14.9	19.8 LL	34.8 LL	18.3	27.3 LL
Rovigo	26.6	19.4	23.1	26.0	19.5	23.0
Verona	12.3	13.3 ‡	12.7 ‡	20.6	21.3 ‡	20.9 ‡
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	16.7 ‡	11.2	14.1 ‡	21.2 ‡	13.1	17.4 ‡
Belluno	13.2	8.6 *	11.2 *	18.6	16.8 *	17.6 *
Vicenza	17.4 *	13.1	15.3	19.9 *	12.0	16.4
Treviso	11.2 ‡	6.6	8.6 ‡	21.9 ‡	8.4	16.6 ‡
Venezia	14.3	9.8	12.3	21.6	13.8	17.7
Padova	17.5	16.1	16.8	23.4	12.3	18.1
Rovigo	16.8	21.4	18.5	13.5	19.6	16.4
Verona	23.1	7.6 ‡	16.0	21.6	15.6 ‡	18.6
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	18.0 ‡	7.6 ‡	12.9 ‡	21.4 ‡	11.5 ‡	16.1 ‡
Belluno	20.7	8.1	15.9	20.1	9.2	15.2
Vicenza	15.4	7.8	11.1 LL	21.6	12.2	16.0 LL
Treviso	17.7	5.2 ‡	11.8	18.0	13.6 ‡	15.6
Venezia	16.3 ‡	7.6	12.0 ‡	22.3 ‡	10.4	15.7 ‡
Padova	21.1 ‡	7.9	15.1	22.2 ‡	11.4	15.0
Rovigo	8.9	6.7	7.6 LL	28.4	9.1	20.2 LL
Verona	20.3	9.7	15.4	21.0	9.8	17.0

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 11.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni a rischio di sovrappeso secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

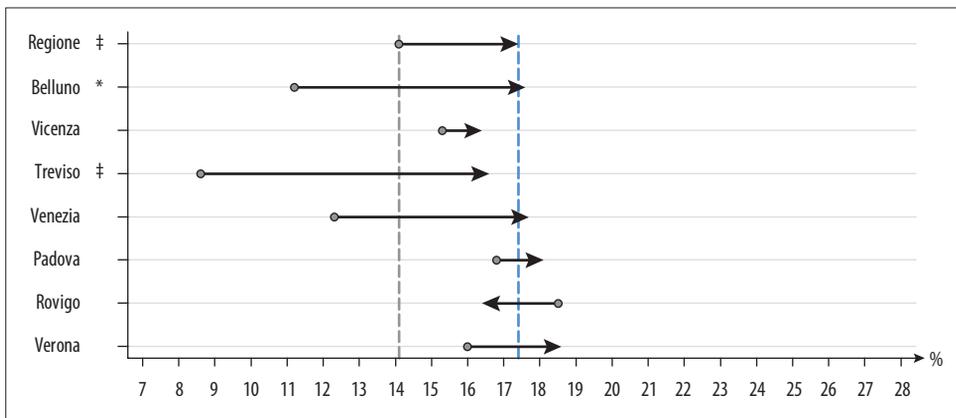
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 11.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni a rischio di sovrappeso secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

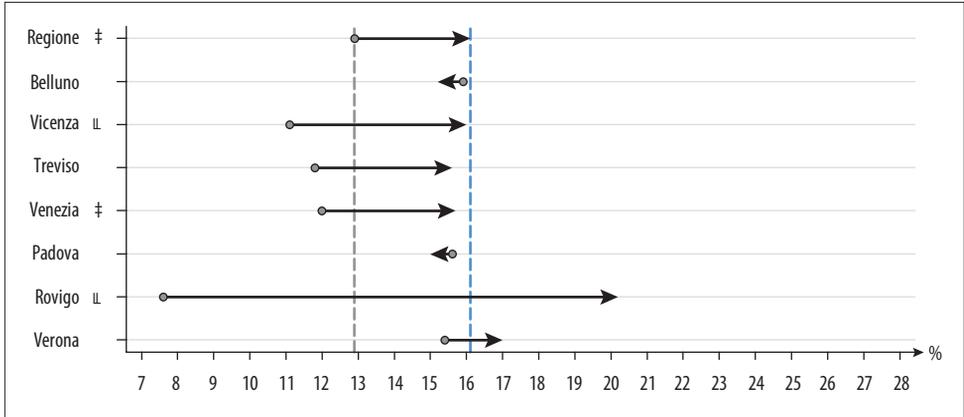
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 11.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni a rischio di sovrappeso secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

†† Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Tabella 11.11 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)

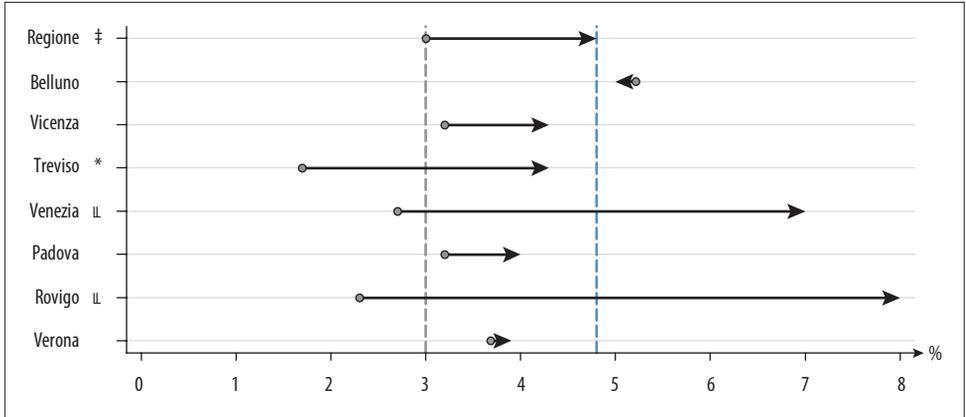
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	4.6	1.3 ‡	3.0 ‡	6.2	3.3 ‡	4.8 ‡
Belluno	9.5	1.5	5.2	6.9	2.7	5.0
Vicenza	4.0	2.5	3.2	5.2	3.4	4.3
Treviso	3.1	- LL	1.7 *	5.7	2.5 LL	4.3 *
Venezia	4.2 LL	1.2	2.7 LL	9.7 LL	4.3	7.0 LL
Padova	4.9	1.3	3.2	5.7	2.0	4.0
Rovigo	4.4	- *	2.3 LL	10.9	4.6 *	8.0 LL
Verona	5.1	1.9	3.7	3.8	4.0	3.9
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	2.4 LL	1.6	2.0	4.2 LL	1.6	3.0
Belluno	1.4	-	0.8 *	7.1	1.7	4.1 *
Vicenza	0.5 LL	2.7 *	1.5	4.0 LL	4.0 *	2.2
Treviso	2.0 *	0.5 *	1.2 LL	6.0 *	6.0 *	3.6 LL
Venezia	4.0	3.7	3.9	3.3	2.0	2.6
Padova	3.6	1.6	2.6	4.2	3.2	3.7
Rovigo	- *	2.2	0.8	6.3 *	2.9	4.7
Verona	3.4	0.5	2.1	1.7	2.2	2.0
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	2.0 ‡	1.2 LL	1.6 ‡	3.8 ‡	2.9 LL	3.3 ‡
Belluno	1.4	1.9	1.6	4.5	4.5	2.5
Vicenza	1.9	0.8	1.3	2.9	2.1	2.4
Treviso	2.8	1.2	2.0	2.3	2.5	2.4
Venezia	0.5 ‡	0.4 *	0.4 ‡	4.8 ‡	2.3 *	3.4 ‡
Padova	0.7 *	1.8	1.2 ‡	4.7 *	4.2	4.4 ‡
Rovigo	4.9	- LL	2.1 LL	5.8	6.8 LL	6.3 LL
Verona	3.8	2.3	3.1	3.8	3.1	3.5

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 11.4 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

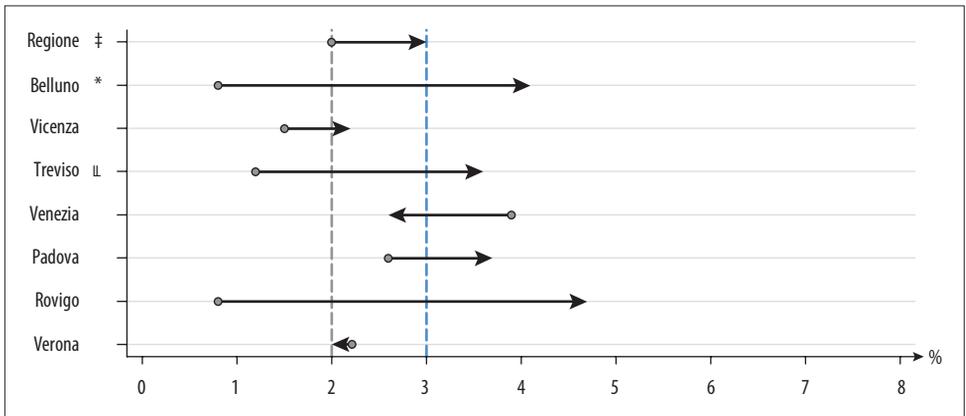
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002.

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006.

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 11.5 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

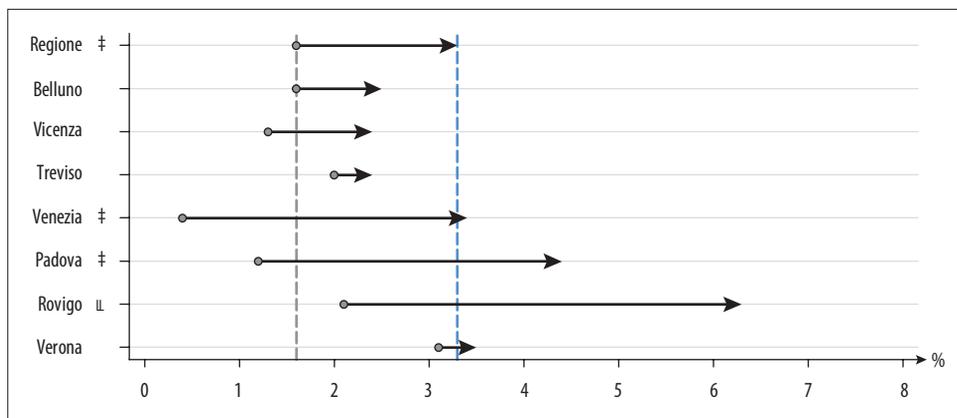
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002.

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006.

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 11.6 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002.

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006.

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Rischio di sovrappeso e rischio di obesità considerati congiuntamente

Livello regionale

In Tabella 11.12 vengono presentati i dati relativi al rischio di sovrappeso e al rischio di obesità considerati in un'unica modalità per campione totale e sesso. Questo livello di aggregazione costituisce forse il dato più significativo da un punto di vista sostanziale, sia perché estende la categoria a rischio (cosa opportuna pensando la giovane età dei soggetti coinvolti nella rilevazione) sia perché consente di lavorare su numerosità più consistenti, evitando, nei confronti temporali, i problemi di significatività statistica dovuti "ai piccoli numeri", già evidenziati nei commenti proposti relativamente ai dati sull'obesità. Inoltre l'aggregazione consente di fornire una stima del bisogno di intervento in termini di salute pubblica da parte dei policy maker sui servizi in generale e su quelli socio-sanitari in particolare rispetto a questa popolazione.

Per quanto riguarda le stime relative al campione totale per le due indagini, ci sono stati incrementi statisticamente significativi per tutti e tre gli strati: nel caso degli undicenni la variazione si attesta sul 6.8% passando da un valore di 19.1% nel 2002 e arrivando al 25.9% del 2006. Per gli studenti di terza media (13 anni) l'aumento si è

attestato sui 4.2 punti percentuali, valore che sale al 4.9% per l'ultimo strato (15 anni) (graf. 11.7, 11.8 e 11.9).

Nel caso dei maschi per i primi due strati di 11 e 13 anni si è avuto un incremento nel rischio congiunto di 8.1 e di 6.2 punti percentuali rispettivamente e di 5.2 nei maschi di 15 anni.

Per le femmine le variazioni statisticamente significative valgono nello strato delle 11enni e 15enni dove al confronto tra le due indagini, l'aumento è stato rispettivamente del 5.4% e 5.5%.

Livello provinciale

A livello provinciale (tab. 11.12) nel campione totale del gruppo degli undicenni le province che presentano valori statisticamente significativi sono Vicenza, Treviso, Padova e Verona; in tutti i casi si è rilevato un aumento di oltre 8 punti percentuali tranne che nel caso di Treviso che ha avuto un aumento del 6.5% (graf. 11.7).

Se si considerano le percentuali relative alle ragazze di 11 anni solo la provincia di Verona ha prodotto risultati significativi a livello statistico con un incremento di 10.1 punti in percentuale nel 2006, mentre per quanto riguarda i loro coetanei maschi, le variazioni statisticamente significative si riferiscono alle province di Vicenza e Padova con aumenti del 12.8% e 11.2% ma con prevalenze che differiscono di 10 punti percentuali. Per i tredicenni sia per il campione totale (graf. 11.8) che per i maschi, l'unica provincia a presentare variazioni statisticamente significative è Treviso con un aumento del 10.49% e del 14.8 % rispettivamente. Per le femmine l'unico cambiamento significativo a livello statistico si è registrato a Verona con un incremento di 9.7% punti percentuali nel 2006.

Infine per lo strato totale dei quindicenni, le province con scostamenti statisticamente significativi sono Vicenza, Venezia e Treviso con aumenti del 6.2%, 6.7% e 16.6% rispettivamente (graf. 11.9). Nel caso dei maschi l'unica provincia a presentare variazioni statisticamente significative è Venezia, nella quale si è passati dal 16.8% del 2002 al 27.2% del 2006 con un aumento quindi di 10.4 punti percentuali, mentre per le femmine Treviso è l'unica provincia con variazioni statisticamente significative (+9.7%).

Osservando i grafici di seguito riportati, come già per sovrappeso e obesità, si può qui cogliere in forma ancora più evidente, un fenomeno "regressivo" nel tempo delle diverse province verso la media regionale. I maggiori incrementi infatti (con l'unica eccezione di Padova) vengono tendenzialmente registrati in quelle province che presentavano nel 2002 livelli più contenuti rispetto alla media regionale. Quest'andamento andrebbe a supportare l'ipotesi sollevata da alcuni autori di un vero e proprio fenomeno epidemico dell'obesità che tende a omogeneizzare i comportamenti (e le prevalenze) sui diversi territori (46-51).

Tabella 11.12 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente secondo i cut-off di Cole et al. (2000)

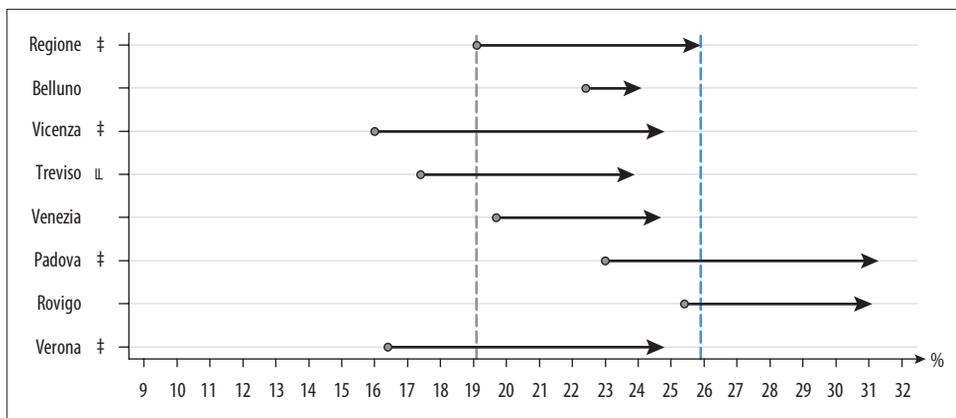
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	22.2 ‡	15.8 ‡	19.1 ‡	30.3 ‡	21.2 ‡	25.9 ‡
Belluno	25.8	19.3	22.4	27.7	19.7	24.1
Vicenza	17.2 ‡	14.8	16.0 ‡	30.0 ‡	19.7	24.8 ‡
Treviso	21.1	13.1	17.4 LL	27.3	19.6	23.9 LL
Venezia	22.5	16.9	19.7	29.2	20.5	24.7
Padova	29.2 LL	16.2	23.0 ‡	40.4 LL	20.3	31.3 ‡
Rovigo	31.0	19.4	25.4	36.9	24.2	31.1
Verona	17.4 *	15.2 ‡	16.4 ‡	24.4 *	25.3 ‡	24.8 ‡
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	19.2 ‡	12.9	16.2 ‡	25.4 ‡	14.7	20.4 ‡
Belluno	14.5	8.6 *	12.0	25.7	18.5 *	21.7
Vicenza	17.9	15.7	16.8	23.9	12.0	18.6
Treviso	13.1 ‡	7.0	9.8 ‡	27.9 ‡	8.4	20.2 ‡
Venezia	18.3	13.5	16.2	24.9	15.8	20.4
Padova	21.1 *	17.7	19.4	27.6 *	15.5	21.9
Rovigo	16.8	23.6	19.4	19.9	22.5	21.1
Verona	26.5	8.1 ‡	18.1	23.4	17.8 ‡	20.6
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	20.0 ‡	8.9 ‡	14.5 ‡	25.2 ‡	14.4 ‡	19.4 ‡
Belluno	22.1	10.1	17.4	24.7	9.2	17.7
Vicenza	17.4	8.6	12.3 LL	24.6	14.3	18.5 LL
Treviso	20.4	6.4 ‡	13.9	20.2	16.1 ‡	17.9
Venezia	16.8 ‡	8.0	12.5 ‡	27.2 ‡	12.7	19.2 ‡
Padova	21.8	9.7	16.4	26.9	15.7	19.4
Rovigo	13.8	6.7	9.7 LL	34.2	15.9	26.3 LL
Verona	24.1	12.1	18.5	24.9	12.9	20.6

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 11.7 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

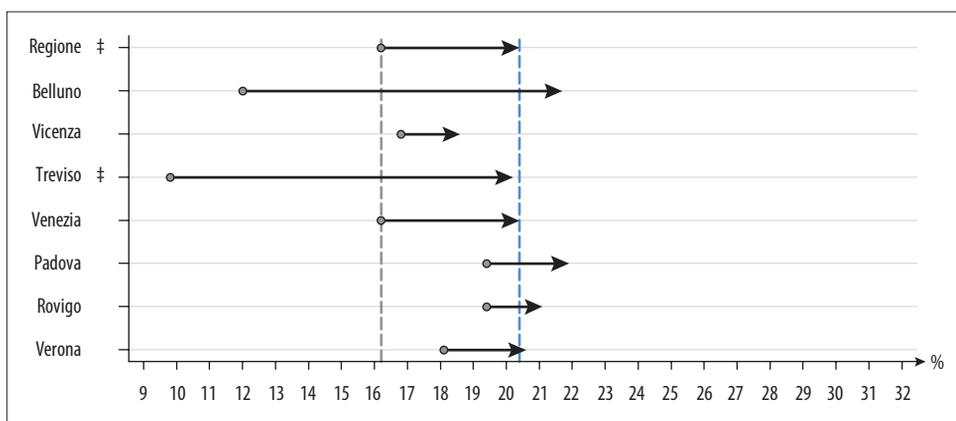
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002.

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006.

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 11.8 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

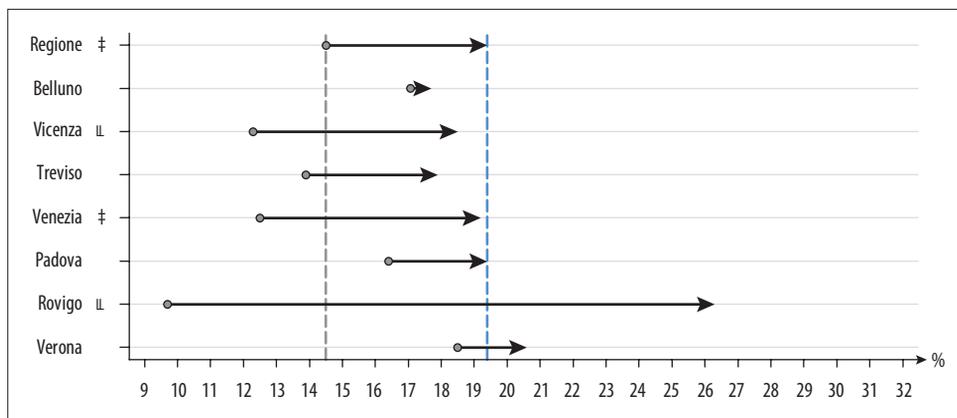
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002.

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006.

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 11.9 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2002.

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi a rischio sovrappeso a livello regionale, indagine 2006.

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

Prevenire il sovrappeso e l'obesità richiede un approccio integrato di promozione della salute, che riunisca incentivi a stili di vita sani, azioni di lotta alle disparità sociali ed economiche, considerazione del contesto fisico e l'impegno a perseguire obiettivi sanitari tramite politiche comunitarie. Un approccio di questo tipo coinvolge una serie di ambiti politici (ad es. agricoltura, pesca, istruzione, sport, tutela dei consumatori, imprese, ricerca, aspetti sociali, mercato interno, ambiente e audiovisivo) e ne richiede un sostegno attivo.

Concentrare l'attenzione sui bambini e sui giovani è la prima prerogativa da adottare, in quanto è durante l'infanzia e l'adolescenza che vengono effettuate importanti scelte riguardanti lo stile di vita, che determinano i rischi sanitari in età adulta. Per tale motivo è indispensabile indirizzare i bambini verso comportamenti sani. A questo riguardo, le scuole rappresentano un punto chiave negli interventi di promozione della salute, in quanto possono contribuire alla tutela della salute dei bambini incentivando, ad esempio, l'alimentazione sana e l'attività fisica, amici alleati contro l'insorgenza dell'obesità. Vi sono prove sempre più evidenti del fatto che un'alimentazione sana migliora anche la capacità di concentrazione e di apprendimento. Inol-

tre, le scuole hanno la potenzialità di incoraggiare i bambini a svolgere attività fisica giornaliera (52).

A livello comunitario, la Commissione Europea sta elaborando una serie di strategie per affrontare i principali fattori che determinano lo stato di salute, inclusi l'alimentazione e l'obesità. In tale contesto si inseriscono le proposte del Libro verde per l'avvio di ampie consultazioni e dibattiti approfonditi ai quali partecipano le istituzioni comunitarie, gli Stati membri e la società civile, al fine di identificare i possibili contributi a livello comunitario alla promozione di uno stile di vita sano e corretto (53).

Vari Stati membri stanno già attuando strategie nazionali o programmi d'azione nel settore dell'alimentazione, dell'attività fisica e della salute per prevenire il problema dell'obesità.

Taluni Stati come l'Irlanda (54) e la Spagna (55) hanno creato strategie nazionali di lotta all'obesità, con il coinvolgimento dell'amministrazione pubblica, di esperti indipendenti, dell'industria alimentare, del settore dell'attività fisica. La Francia ha avviato nel 2001 un programma nazionale quadriennale per l'alimentazione sana (56) che comprende una vasta gamma di misure a livello intersettoriale, al fine di ridurre la diffusione dell'obesità e del sovrappeso. Più di recente, nel marzo 2005, il Parlamento sloveno ha approvato un programma nazionale di politica dell'alimentazione per il periodo 2005-2010 (57). Nei Paesi Bassi il tema dell'obesità è considerato una delle priorità della politica nazionale di prevenzione sanitaria (58). L'alimentazione e l'attività fisica sono citate anche quale area d'intervento importante per la sanità pubblica nel Libro bianco del Regno Unito "Optare per la salute: agevolare le scelte salutari" pubblicato nel novembre 2004 (59). Infine, la Germania ha istituito una piattaforma nazionale per l'alimentazione e l'attività fisica (60).

Va da sé che le azioni più efficaci si basano sulla promozione di una strategia integrata e globale. Una strategia coerente e completa, che renda le scelte salutari disponibili, accessibili e invitanti, prende in considerazione sia l'inserimento delle tematiche relative al problema del sovrappeso e dell'obesità in tutte le politiche pertinenti a livello locale, regionale, nazionale ed europeo, sia la creazione del necessario contesto di sostegno, sia l'elaborazione e l'applicazione di strumenti adeguati a valutare l'impatto delle altre politiche, in particolare, sulla salute alimentare e sull'attività fisica.

A livello regionale, la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità potrebbe essere inserita nella prassi dei competenti servizi sanitari (SIAN). I servizi sanitari ed i professionisti che vi operano hanno enormi possibilità di migliorare la comprensione da parte dei pazienti delle relazioni che intercorrono tra alimentazione, attività fisica e salute, nonché di indurre i necessari cambiamenti nello stile di vita. Inoltre, si potrebbe agire in favore della riduzione delle disparità economiche. Le scelte alimentari sono determinate sia dalle preferenze individuali che da fattori socioeconomici (61, 41). La posizione sociale, il reddito e l'istruzione sono fattori decisivi per le scelte alimentari e l'atteggiamento nei confronti dell'attività fisica. Alcuni quartieri non incoraggiano lo svolgimento di attività fisica e non dispongono di strutture ricreative:

tali situazioni colpiscono maggiormente le persone svantaggiate, dato che spesso esse non possono permettersi di usare mezzi di trasporto o non possono accedervi. Inoltre un grado d'istruzione inferiore ed un accesso più limitato alle informazioni pertinenti riducono la capacità di effettuare scelte informate.

Da ultimo, le politiche dei trasporti e dell'urbanistica potrebbero intervenire per fare in modo che l'attività fisica rientri nella routine giornaliera. Fornire piste ciclabili e pedonali sicure verso le scuole potrebbe rivelarsi uno strumento di efficace lotta alla preoccupante tendenza al sovrappeso e all'obesità nei bambini.

BIBLIOGRAFIA

1. CECERE F, D'ANGERIO S, DI MARCO E, PEDONE R, SCOTESI A, TRIPOVIC Y. Quando si è in guerra con il cibo. In: *La preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*, Piccin Editore, Padova, 2007.
2. MENDELSON BK, WHITE DR. Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 1985, 21:90-96.
3. HUANG JS, NORMAN GJ, ZABINSKI MF, CALFAS K, PATRICK K. Body Image and Self-Esteem among Adolescents Undergoing an Intervention Targeting Dietary and Physical Activity Behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40, 245-251.
4. GOLAN M, CROW S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 2004, 62, 39-50.
5. OHRING R, GRABER JA, BROOKS-GUNN J. Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 2002 31, 404-15.
6. STICE E, BEARMAN SK. Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: a growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 2001, 37, 597- 607.
7. LAWRIE Z, SULLIVAN EA, DAVIES PSW, HILL RJ. Body change strategies in children: Relationship to age and gender, *Eating Behavior*, 2007, 8, 357-363.
8. FIELD AE, CHEUNG L, WOLF AM, HERZOG DB, GORTMAKER SL, COLDITZ GA. Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 1999, 103.
9. NEUMARK-SZTAINER D, HANNAN PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: Results from a national survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 154, 569-577.
10. POPE HG, GRUBER AJ, MANGWETH B, BUREAU B, DECOL C, JOUVENT R. Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 1297-1301.
11. SANDS R, TRICKER J, SHERMAN C, ARMATAS C, MASCHETTE W. Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*, 1997, 21, 159-166.
12. STICE E, HAYWARD C, CAMERON RP, KILLEN JD, TAYLOR CB. Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000, 109, 438-444.
13. CALDERON LL, YU CK, JAMBAZIAN P. Dieting practices in high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 2004, 104, 1369-1374.
14. WORLD HEALTH ORGANISATION (1998). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.

15. FLEGAL, KM, CARROLL, MD, OGDEN, CL, JOHNSON, CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*, 2002, 288, 1723-1724.
16. POPKIN, BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*, 2002, 5, 93-103.
17. LOBSTEIN 2004 International Obesity Task Force estimates, issued at the European Congress on Obesity, 2004.
18. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
19. LIVINGSTONE B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *European Journal of Pediatrics*, 2000, 159, 14-34.
20. BERG IM, SIMONSSON B, RINGQVIST I. Social background, aspects of lifestyle, body image, relations, school situation and somatic and psychological symptoms in obese and overweight 15-years old boys in a country in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Care*, 2005, 23, 95-101.
21. LOBSTEIN T, FRELUT ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 2003, 4, 195-200.
22. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. Board of Science. Preventing childhood obesity, 2005.
23. ERIKSSON JG, FORSÉN T & BARKER DJP et al. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ*, 2001, 322, 949-53.
24. STRAUSS RS. Childhood obesity. *Current Problem Pediatric*. 1999, 29, 1-29.
25. COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE. Libro Verde. Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche. Bruxelles, 2005.
26. DANUBIO ME, DE SIMONE M, PERSICILLO MR, GRUPPIONI G, VECCHI F. Accrescimento e stile di vita: studio trasversale su base di popolazione. *Italian Journal of Sport Sciences*, 2005, 12, 1, 47-60.
27. MUST A, JACQUES PF, DALLAL GE, BAJEMA CJ & DIETZ WH. Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents: a follow-up of the Harvard Growth Study 1922 to 1935. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327, 1350-1355.
28. NIETO FJ, SZKLO M & COMSTOCK GW. Childhood weight and growth rate as a predictors of adult mortality. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 136, 201-213.
29. GARGIULO L, GIANICOLO E, BRESCIANINI S. Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza, in Atti del Convegno "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute". Istat Roma 10-12 settembre 2002.
30. COLE TJ, BELLIZZI M, FLEGAL K & DIETS W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000, 320, 1-6.
31. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (2002). CDC growth charts: United States, August 2002. (<http://www.cdc.gov/growthcharts/>).
32. GORDON-LARSEN P, LINDA S ADAIR LS, NELSON MC, POPKIN, BM. Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: the National Longitudinal Study of Adolescent Health, 2004, 80, 596-575.
33. FU WP, LEE HC, NG CJ, ET AL. Screening for childhood obesity: international vs population-specific definitions. Which is more appropriate? *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2003, 27, 1121-6.
34. REILLY JJ, DURSTY AR, EMMETT PM. Identification of the obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology: *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2000, 24, 1623-7.
35. NEOVIUS MG, LINNÉ YM, BARKELING BS & ROSSNER SO. Sensitivity and specificity of classification systems for farness in adolescents. *Am J Clin Nutr*, 2004, 80, 597-603.
36. CACCIARI E, MILANI S, BALSAMO A, SPADA E, BONA G, CAVALLO L, CERUTTI F, GARGANTINI L,

- GREGGIO N, TONINI G & CICOGNANI A. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2-20y). *J. Endocrinol. Invest.*, 2006, 29, 581-593.
37. NATIONAL AUDIT OFFICE. Tackling obesity in England. 2001, http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/oo-01/0001220.pdf.
 38. FINKELSTEIN EA. State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obesity Research*, 2004, 12, 18-24.
 39. Cause determinanti delle patologie nell'Unione Europea. Stoccolma, Istituto nazionale di sanità pubblica, 1997; citato da: Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Regional Publications European Series, No. 96. <http://www.who.int/document/E82161.pdf>.
 40. ENGELAND A, BJØRGE T, SOGAARD AJ, AND TVERDAL A. Body Mass Index in Adolescence in Relation to Total Mortality: 32-Year Follow-up of 227,000 Norwegian Boys and Girls. *American Journal of Epidemiology*, 2003,157, 517-523.
 41. PARSONS TJ, POWER C, LOGAN S. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders*, 1999, 23, 8, 1-107.
 42. LEE K, VALERIA B, KOCHMAN C, LENDERS CM. Self-assessment of Height, Weight and Sexual Maturation: Validity in Overweight Children and Adolescent, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 39, 346-352.
 43. ABRAHAM S, LUSCOMBE G, BOYD C, OLESEN I. Predictors of the accuracy of self-reported height and weight in adolescent female school student. *International Journal of Eating Disorders*, 2004, 36, 1, 76-82.
 44. HIMES JH, FARICY A. Validity and reliability of self-reported stature and weight of US adolescents. *American Journal of Hum Biol*, 2001, 13, 2, 255-260.
 45. WANG Z, PATTERSON CM, HILLS AP. A comparison of self-reported and measured height, weight and BMI in Australian adolescents. *Australian N Z J Public Health*, 2002, 26, 5, 473-478.
 46. NEWBOLD RR, PADILLA-BANKS E, SNYDER RJ, PHILLIPS TM, JEFFERSON WN. Developmental Exposure to Endocrine Disruptors and the obesity epidemic. *Reprod Toxicol*, 2007, 23, 3, 290-296.
 47. OKEN E, GILLMAN MW. Fetal origins of obesity. *Obes Res*, 2003, 11, 496-506.
 48. RUBENSTEIN AH. Obesity: a modern epidemic. *Trans Am Clin Climatol Assoc*, 2005, 116, 103-113.
 49. FLEGAL KM, CARROL MD, OGDEN CL, JOHNSON CL. *JAMA*, 2002, 288, 1723-1727.
 50. KOPELMAN PG. Obesity as a medical problem. *Nature*, 2000, 404, 635-643.
 51. DEGHAN M, DANESH NA, MERCHANT AT. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 2005, 4, 24, doi: 10.1186/1475-2891.
 52. UNIVERSITÀ DI PADERBORN, ET AL. (2004). Studio sugli stili di vita e la sedentarietà dei giovani e sul ruolo dello sport nel contesto dell'istruzione quale strumento di equilibrio.
 53. CACCIARI E, MILANI S, BALSAMO A, SPADA E, BONA G, CAVALLO L, CERUTTI F, GARGANTINI L, GREGGIO N, TONINI G & CICOGNANI A. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2-20y). *J. Endocrinol. Invest.*, 2006, 29, 581-593.
 54. <http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>.
 55. <http://www.msc.es/home.jsp>.
 56. <http://www.sante.gouv.fr/>.
 57. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>.
 58. <http://ww.minvws.nl/>.
 59. http://dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor.
 60. <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>.
 61. *Food and health in Europe: a new basis for action*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO regional publications. European series n.96).

Martina Furegato, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Massimo Mirandola

Revisore: Michele Gangemi
Associazione Culturale Pediatri

INTRODUZIONE

Nelle società industrializzate le malattie della bocca sono fra quelle più diffuse (1), anche se l'incidenza della carie in bambini e adolescenti nella maggior parte dei Paesi europei è diminuita costantemente negli ultimi tre decenni, nonostante l'apporto medio di zuccheri sia rimasto quasi immutato (2-6).

Ma quali sono i fattori responsabili di questo trend positivo? Sembra che il merito sia di una migliore igiene orale (denti spazzolati più spesso e utilizzo di filo interdentale) e del fluoro. La carie si forma quando vari fattori si verificano simultaneamente. Innanzitutto, il dente deve avere una predisposizione alla carie. In secondo luogo, deve essere presente la placca dentale, cioè quei batteri che fermentando i carboidrati, producono acidi che a loro volta erodono lo smalto del dente. Infine, perché possano essere fermentati dai batteri, devono essere presenti i carboidrati. Ognuno di questi fattori è a sua volta condizionato da altri fattori. Per esempio, la presenza di fluoro aiuta la remineralizzazione ed altera la struttura del dente; questo fa sì che la superficie del dente sia meno attaccabile dalla carie. Anche la frequenza con cui si mangia è un fattore importante: più spesso si mangia e più frequentemente i batteri hanno l'opportunità di fermentare i carboidrati. Anche la saliva fa la sua parte neu-

tralizzando gli acidi, fornendo i minerali per la remineralizzazione e contribuendo a pulire più velocemente la bocca dal cibo (7-10).

Per molto tempo l'alimentazione è stata considerata un fattore responsabile dell'insorgenza della carie, in particolare l'assunzione di zuccheri. Studi recenti indicano come questo fattore non sia più così tanto evidente. Mentre è stata dimostrata la relazione tra carie e consumo di carboidrati, il diretto collegamento tra l'apporto di zucchero e la carie sta perdendo credibilità nella maggior parte dei Paesi europei. Oggi, gli scienziati sostengono che il ruolo dell'alimentazione nella formazione della carie sia meno importante rispetto al comportamento individuale di pulizia.

Una buona igiene orale e l'utilizzo di fluoro vengono oggi ritenuti i principali fattori per la prevenzione dentale (8-13).

Nonostante il trend positivo sovraesposto, i denti sono una causa comune di dolore (14) e sono all'origine di varie forme di disabilità e compromissione della vita sociale. Come succede nel caso di altre malattie in altre parti del corpo, una scarsa igiene orale limita le scelte personali e le opportunità di socializzazione e diminuisce il grado di soddisfazione per la propria vita (15, 16). Inoltre, mantenendo un'accurata igiene orale e assumendo fluoro i problemi dentali si possono prevenire (1, 8-10, 17, 18).

La pulizia dei denti rimane, quindi, la principale forma di prevenzione per tutta la popolazione in generale e la frequenza con cui viene raccomandato di farla è di due volte al giorno: al mattino e alla sera (18-20).

L'educazione dei ragazzi e dei loro genitori (o di chi si prende cura di loro) riguardo alla prevenzione o al trattamento dei disturbi dentali deve essere pianificata molto precocemente e dovrebbe coinvolgere anche la scuola e non solo la famiglia (17). Questo tipo di accorgimento dovrebbe generare, in prospettiva, una diminuzione dei disturbi e, conseguentemente, degli interventi di cura. Questi ultimi (estrazioni ed operazioni chirurgiche) creano, molto spesso, delle ricadute negative (13, 14) che aggravano le famiglie di costi notevoli.

Tenuto conto del fatto che in letteratura sono emerse forti differenze sociali nella diffusione dei problemi dentali, le disuguaglianze nello stato di salute dovrebbero diventare il fattore più importante per chi vuole agire sul problema (21).

METODI

Tutte le indagini HBSC hanno valutato le abitudini riguardo all'igiene orale ponendo la seguente domanda:

■ *Quante volte ti lavi i denti?*

Le risposte possibili sono: *più di una volta al giorno; una volta al giorno; almeno una*

volta alla settimana, ma non ogni giorno; meno di una volta alla settimana; mai.

In questo lavoro vengono presentati i risultati riguardanti i giovani che si lavano i denti più di una volta al giorno.

RISULTATI E COMMENTI

Giovani che si lavano i denti più di una volta al giorno

Livello regionale

In Tabella 12.1 vengono presentate le percentuali relative ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni che si lavano i denti più di una volta al giorno.

Se si considera il livello regionale, si nota che l'abitudine di lavarsi i denti è abbastanza radicata nei ragazzi in tutte e tre gli strati del campione, con percentuali che tendono ad aumentare al crescere dell'età (60.4% per gli 11enni, 64.6% per i 13enni e 66.6% per i 15enni). Le differenze sono risultate statisticamente significative.

Anche i confronti di genere sono da considerarsi rilevanti a livello statistico per tutti gli strati d'età, con frequenze maggiori per le femmine rispetto ai maschi. Nel caso degli undicenni, la differenza tra i sessi è di 10.5 punti percentuali (55.4% per i maschi vs 65.9% per le femmine), mentre per i 13enni la distanza si amplifica, passando dal 56.2% dei maschi al 73.8% delle loro coetanee; infine per i quindicenni, lo scarto si fa ancora più elevato, contrapponendo il 57.1% dei maschi contro il 75.1% delle ragazze.

Le differenze intra-sesso sono risultate statisticamente significative solo per le femmine e mostrano, anche in questo caso, come l'incremento percentuale delle stime segua il crescere dell'età.

Livello provinciale

Analizzando la distribuzione delle frequenze tra le province (tab. 12.1) nel campione totale dei giovani di 11, 13 e 15 anni, le differenze sono risultate statisticamente significative nei gruppi dei ragazzi di 13 e 15 anni.

Nello strato degli studenti di terza media inferiore (13enni), la provincia di Rovigo si attesta con la percentuale più elevata (76.7%), seguita da quella di Venezia (71.1%), mentre la provincia che possiede la stima più bassa è quella di Vicenza (58.4%), con uno scarto più ampio nei confronti della realtà di Rovigo di 18.3 punti percentuali.

Nel gruppo dei quindicenni, il numero più alto di studenti che dichiarano di lavarsi i denti più volte al giorno è presente nella provincia di Venezia (73.2%) e di Vicenza (70.2%). Al contrario, la minor frequenza si ascrive alla provincia di Verona (61.9%), che si colloca al di sotto della stima regionale di 5 punti percentuali.

Le differenze tra i sessi nello strato degli undicenni sono risultate statisticamente

significative per le province di Belluno, Venezia, Rovigo e Verona. In tutti questi confronti, le ragazze hanno riportato percentuali più elevate rispetto ai loro coetanei maschi e la differenza più elevata si riferisce alla provincia di Rovigo, con uno scarto tra i generi di quasi 30 punti percentuali (58.5% vs 87.4%).

Per lo strato degli studenti di 13 anni, i confronti sono risultati statisticamente significativi in tutte le province tranne per quelle di Belluno e Padova. Le variazioni più ampie si riferiscono alle realtà venete di Verona (48.4% vs 72.1%) e Vicenza (48.0% vs 70.7%), entrambe con uno scarto tra maschi e femmine rispettivamente del 23.7% e del 22.7%.

Anche per i ragazzi di seconda superiore (15enni), le differenze tra i sessi sono risultate significative a livello statistico nella maggior parte delle province (tranne Belluno e Rovigo). Gli scarti di maggiore entità si riferiscono alla provincia di Padova e Venezia. I maschi quindicenni di Padova dichiarano di lavarsi i denti nel 48.6% dei casi contro il 71.2% delle coetanee, mentre la variazione della provincia di Venezia contrappone il 62.4% dei maschi all'82.5% delle ragazze.

Se andiamo ad analizzare il modo in cui si distribuiscono le stime all'interno degli strati delle sole femmine è possibile notare come la significatività statistica dei confronti metta in evidenza percentuali elevate nella provincia di Belluno per le 11enni, in quella di Rovigo per le 13enni e nella provincia di Venezia per le più grandi (15enni).

Le Aziende ULSS

La Tabella 12.2 presenta le prevalenze del fenomeno indagato a livello di ULSS.

Gli strati che hanno evidenziato variazioni statisticamente significative sono quello dei tredicenni e quello degli studenti di 15 anni. Nel primo caso, la percentuale più alta è dell'ULSS 10, con l'81.3% di ragazzi che riferisce di lavarsi i denti più volte al giorno, mentre il valore più basso (45.8%) è presente nell'ULSS 4 dell'Alto Vicentino. Come si può notare, la differenza tra le due Aziende ULSS è molto elevata (35.5 punti percentuali) e questo porta a pensare che nel territorio veneto vi sia un diverso grado di interesse per la propria igiene orale.

Infine, nello strato dei quindicenni, il massimo della cura dentale sembra essere presente nell'ULSS 13 di Dolo. Infatti l'82.5% dei 15enni dichiara di avere cura dei propri denti in misura maggiore rispetto a quelli appartenenti all'ULSS 15 dell'Alta Padovana che appare la realtà locale con la stima più bassa (50%), tanto da distanziarsi di 32.5 punti percentuali dal valore più alto.

Tabella 12.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che si lavano i denti più di una volta al giorno a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	55.4	3.0	65.9	3.0	60.4	2.2	56.2	3.1	73.8	2.8	64.6	2.1	57.1	2.9	75.1	2.4	66.6	1.9
Belluno	57.3	10.3	75.7	9.4	65.7	7.2	62.8	13.0	74.8	10.7	69.3	8.4	59.1	10.4	72.2	10.4	65.0	7.5
Vicenza	54.6	7.1	59.6	7.2	57.0	5.0	48.0	7.5	70.7	7.3	58.4	5.4	58.7	7.3	77.9	5.1	70.2	4.3
Treviso	56.2	6.8	62.5	7.6	59.1	5.1	58.4	6.6	75.0	6.8	65.4	4.8	58.3	6.9	71.8	6.1	65.4	4.6
Venezia	53.0	8.0	67.7	7.6	60.3	5.6	62.7	7.5	80.0	6.3	71.1	5.0	62.4	6.6	82.5	5.0	73.2	4.1
Padova	57.3	7.4	64.1	7.8	60.5	5.4	60.5	7.3	67.8	7.5	63.9	5.3	48.6	8.2	71.2	5.4	63.5	4.6
Rovigo	58.5	11.1	87.4	8.5	71.4	7.6	66.6	12.7	85.6	9.1	76.7	7.9	57.0	10.6	70.9	10.7	63.0	7.6
Verona	54.3	7.0	68.5	6.4	61.6	4.8	48.4	7.3	72.1	6.1	60.7	4.9	55.2	6.5	73.5	7.0	61.9	4.9

Tabella 12.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che si lavano i denti più di una volta al giorno a livello di Azienda ULSS

	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	60.4	2.2	64.6	2.1	66.6	1.9
ULSS 1	67.0	9.7	72.7	10.0	65.9	10.3
ULSS 2	63.6	10.7	63.4	14.7	63.5	10.2
ULSS 3	53.3	11.3	60.0	11.5	54.5	9.8
ULSS 4	57.3	11.2	45.8	14.1	71.3	8.8
ULSS 5	54.9	10.2	58.8	10.5	74.1	9.3
ULSS 6	60.4	8.3	64.5	8.0	76.1	7.0
ULSS 7	60.4	9.5	63.7	9.3	65.4	9.0
ULSS 8	56.3	9.6	62.6	9.5	58.6	9.2
ULSS 9	59.7	7.6	67.8	6.9	70.6	6.4
ULSS 10	58.8	10.8	81.3	8.8	62.0	8.4
ULSS 12	58.5	10.7	77.5	8.7	75.6	7.4
ULSS 13	60.3	10.9	57.3	11.2	82.5	7.6
ULSS 14	64.7	11.4	66.7	8.7	69.8	9.7
ULSS 15	56.1	9.8	57.9	9.4	50.0	9.9
ULSS 16	70.3	7.4	76.8	6.9	71.1	5.4
ULSS 17	46.2	11.1	48.0	11.3	67.7	9.2
ULSS 18	73.4	9.7	76.2	10.5	56.3	10.4
ULSS 19	67.1	11.0	77.8	9.6	76.0	8.2
ULSS 20	63.8	11.3	68.1	6.3	66.3	5.7
ULSS 21	54.7	11.3	55.1	10.3	62.0	9.9
ULSS 22	61.3	9.3	51.9	9.4	55.3	11.2

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

La salute orale è considerata una componente essenziale della salute generale ed ha un'importanza rilevante per la qualità della vita. Per questo motivo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha ideato un programma attivo di salute orale, rivolto principalmente ai bambini e agli anziani. In particolare, l'OMS europeo ha stabilito l'obiettivo "niente carie" per il 90% dei bambini di 5-6 anni entro il 2020 (22), poiché l'abitudine di lavarsi i denti sembra rimanere piuttosto stabile durante l'adolescenza: un fatto molto importante in una prospettiva di educazione alla salute.

La Regione Veneto, nell'ambito dei Programmi di Tutela della salute in età evolutiva (23) fa rientrare tutti i soggetti di età compresa fra gli 0 e i 16 anni ed evidenzia come la classe di età più rilevante per la valutazione dell'andamento generale della malattia cariosa sia quella dei 12 anni.

I dati attualmente presenti nel database OMS fanno emergere una diminuzione della prevalenza della carie dentale osservata nelle ultime decadi. Tuttavia, i dati epidemiologici evidenziano anche la necessità di esperire nuove strategie operative di prevenzione, diagnosi e terapia attraverso i piani di intervento sulla popolazione ad alto rischio per ottenere risultati efficaci.

Nelle ULSS del Veneto gli specialisti ambulatoriali odontoiatri, così come i servizi odontoiatrici delle ULSS recentemente transitati al territorio, con le risorse umane e strutturali già esistenti sono in grado di ottenere soluzioni efficaci a breve/medio termine sui determinanti responsabili della carie dentale e al contempo di fornire dati epidemiologici sulla patologia orale nel Veneto, permettendo di implementare ulteriori obiettivi e strategie conseguenti.

Pertanto risulta prioritario per la Regione Veneto mettere in atto azioni atte a:

- modificare gli stili di vita, anche in termini di educazione alimentare, come l'assunzione di bevande zuccherate in età molto precoce e di alimenti che lasciano residui sulla dentatura;
- educare una corretta igiene orale a livello familiare e di comunità;
- promuovere programmi di formazione nelle scuole (asilo, scuole elementari), con la presenza di una igienista dentale che istituisce corsi sull'igiene orale ai bambini;
- informare attraverso i media;
- formare a distanza, via internet.

Poiché in Italia esiste la figura del Pediatra di libera scelta che ha in carico tutti i bambini dalla nascita, una ulteriore raccomandazione, in termini di politiche sociali, potrebbe essere quella di sfruttare al meglio tale opportunità.

I bilanci di salute (visite filtro programmate indipendentemente dalla patologia intercorrente) potrebbero rappresentare l'occasione ideale per sottolineare l'importanza di una corretta alimentazione e igiene orale, unitamente alla tecnica della sigillatura dentale e alla supplementazione di fluoro. Tale messaggio risulterebbe utile e reiterabile nelle successive visite.

BIBLIOGRAFIA

1. HONKALA E, ET AL. A case study in oral health promotion. In: The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels and Luxemburg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
2. TRUIN GJ, ET AL. Caries prevalence amongst schoolchildren in The Hague between 1969 and 1993. *Caries Research*, 1994, 28, 176-80.
3. VARGAS CM, CRALL JJ, SCHNEIDER DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *Journal of the American Dental Association*, 1998, 129, 1229-1238.
4. MARTHALER TM. Caries status in Europe and predictions of future trends. *Caries Research*, 1990, 24, 381-396.
5. VON DER FEHR FR, HAUGEJORDEN O. The start of caries decline and related fluoride use in Norway. *European Journal of Oral Science*, 1997, 105, 21-26.
6. BROWN LJ. Trends in total caries experience: permanent and primary teeth. *Journal of the American Dental Association*, 2000, 131, 1, 93-100.
7. HOLT R, ROBERTS G, SCULLY C. ABC of oral health: dental damage, sequelae, and prevention. *British Medical Journal*, 2006, 320, 1717-1719.
8. VAN LOVEREN C. Diet and Dental Caries: cariogenicity may depend more on oral hygiene using fluorides than on diet or type of carbohydrates. *Eur. J. Paed. Dentistry* 2000, 1, 2, 123-158.
9. Nutrition, Diet and Oral Health for the 21st Century. *Inter Dental J.* 6/01, Suppl.
10. KONIG KG. Diet and Oral Health. *Inter. Dental J.* 2000, 50, 162-174
11. ADDY M, ET AL. The effect of tooth-brushing frequency, tooth-brushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dental Health*, 1990, 7, 237-247.
12. KUUSELA S, ET AL. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993-1994. *Journal of Dental Research*, 1997, 76, 1-9.
13. DAVIES R, BEDI R, CRISPAN S. ABC of oral health: Oral health care for patients with special needs. *British Medical Journal*, 2006, 321, 495-498.
14. REISINE S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 1985, 75, 27-30.
15. SHAW W, MEEK S, JONES D. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*, 1980, 7, 75-80.
16. SMITH J, SHEIMAN A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1979, 7, 305-310.
17. JACKSON RJ, NEWMAN HN, SMART GJ, STOKES E, HOGAN JI, BROWN C, ET AL. The effects of a supervised toothbrushing programme on the caries increment of primary school children, initially aged 5-6 years. *Caries Res* 2005, 39, 2, 108-15.
18. DEERY C, HEANUE M, DEACON S, ROBINSON PG, WALMSLEY AD WORTHINGTON H, ET AL. The effectiveness of manual versus powered toothbrushes for dental health: a systematic review. *J Dent*, 2004, 32, 3, 197-211.
19. SHEIHAM A. Prevention and control of periodontal disease. In: KLAVAN B., et al., eds. International conference on research in the biology of periodontal disease. Chicago, University of Illinois, 1977, 309-376.
20. FRANDSEN A. Mechanical oral hygiene practices. State of the science review. In: LOE H, KLEIN-

- MAN DV, eds. Dental plaque control measures and oral hygiene practices. Oxford, IRL Press, 1986, 93-116.
21. TRUIN GJ, ET AL. Time trends in caries experience of 6- and 12-year-old children of different socioeconomic status in The Hague. *Caries Research*, 1998, 32, 1-4.
 22. WHO. Health 21 - health for all in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen European Health for All, Series no. 6, 1999.
 23. D.G.R. n.2227 del 9.08.2002.

BULLISMO E VITTIMIZZAZIONE

Michela Castellan, Cristina Toniolo, Lorenza Dallago, Martina Furegato,
Daniela Baldassari, Massimo Mirandola

Revisore: Fernando Cerchiaro

Osservatorio regionale permanente sul fenomeno del Bullismo - USR - Regione Veneto

INTRODUZIONE

Come abbiamo precedentemente sottolineato (cap. 3), durante l'adolescenza i pari assumono maggior importanza e svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo socio-emotivo dei giovani (1). Purtroppo, non sempre le relazioni con i pari sono di tipo positivo, talvolta sono frutto di tensione, aggressione e difficoltà: un esempio di questo è dato dal bullismo. Il bullismo, come definito da Olweus (2), consiste nell'essere esposti ad una azione negativa che una o più persone ripetono nel tempo. Il termine bullismo è stato, quindi, adottato dalla letteratura internazionale per definire una specifica modalità relazionale nella quale uno dei protagonisti dell'interazione (il bullo), avvalendosi della propria superiorità (fisica, di status, ecc.), si trova nelle condizioni di prevaricare l'altro (la vittima) in modo intenzionale, persistente e strumentale (3,4). Intenzionalità, disequilibrio e persistenza sono quindi le tre caratteristiche fondamentali di questo tipo di prepotenza (3, 5). Ripetuti atti di bullismo rafforzano le relazioni di potere tra i bulli e le loro vittime: i primi conquistano potere e i secondi lo perdono. In questa situazione, i bambini, vittime di atti di bullismo, diventano, via via, incapaci di difendersi (6). Il bullismo include un ampio spettro

di aggressioni, sia verbali (preferite dalle femmine) che fisiche (preferite dai maschi) ed attualmente anche virtuali (7), attraverso l'invio di messaggi calunniosi, via SMS o e-mail, creando siti offensivi, o diffondendo le umiliazioni inflitte realmente, attraverso videofonini o pubblicando il materiale in internet. Infatti, nonostante il bullismo non sia un fenomeno nuovo ma abbia caratterizzato intere generazioni, esso assume configurazioni diverse grazie all'aiuto delle nuove tecnologie (8). Inoltre, il bullismo, fenomeno che sembrava arginato all'interno del contesto scolastico, appare oggi allargarsi per andare a coinvolgere anche altre aree del vicinato e le stesse case dei soggetti coinvolti (9).

Il bullismo è un fenomeno internazionale, include sia nazioni in via di sviluppo che nazioni occidentali, con livelli che vanno dal 9% al 54% della popolazione scolastica (10-16). Questo dato sottolinea come sia un fenomeno diffuso (10a) e legato a lotte di potere e a manifestazioni di forza che da sempre e in ogni luogo caratterizzano l'essere umano. Non per questo però il fenomeno del bullismo deve essere ignorato o sottovalutato, oppure ancora banalizzato, considerandolo una normale manifestazione dei soggetti in età evolutiva. Questa minimizzazione, che viene spesso portata avanti da chi dovrebbe invece intervenire (insegnanti, presidi, genitori) è forse uno dei fattori principali che ostacola una vera cultura della prevenzione (17, 18).

Le azioni di bullismo possono essere dirette (spingere, colpire, minacciare) oppure indirette (spargere voci, escludere qualcuno): queste ultime sono le più difficili da individuare e da considerare bullismo (3).

Le ricerche hanno sottolineato come tale forma di relazione, indipendentemente da come essa venga perpetrata (direttamente, indirettamente, verbalmente, fisicamente o virtualmente) comporti esiti negativi sia per chi aggredisce, il bullo (19), sia per chi subisce l'aggressione, la vittima (1). Essere vittima sembra associato a maggiori problemi psicologici, a peggior salute e a difficoltà nel fronteggiare lo stress (19-20), che possono sfociare in veri e proprie patologie – ansia, depressione, bassa autostima – (21, 22, 40). Essere un bullo è stato associato a problemi accademici, di esternalizzazione, violenza e delinquenza, che si protraggono anche negli anni successivi ed in età adulta (23). Vi sono inoltre i cosiddetti bulli-vittima, soggetti che subiscono l'aggressione e nel contempo la mettono in atto con altri, che sembrano avere i problemi sia dei bulli che delle vittime, e da recenti studi appaiono quelli a maggior rischio. Tali problemi includono: (a) problemi di condotta, scolastici e/o relazionali (24); (b) problemi presenti e futuri di tipo psicologico e psicopatologico (25-26); (c) maggior probabilità di continuare atti di bullismo in età successive (11).

Considerando i comportamenti a rischio, sono i bulli, e soprattutto i bulli vittima a mettere in atto maggiori comportamenti a rischio, mentre le vittime hanno livelli paragonabili ai non coinvolti: questo dato conferma come i comportamenti a rischio in età precoce non siano tanto utilizzati come strategia di coping, quanto come modalità di trasgredire le regole comuni (11).

Per molti anni si è pensato che il fenomeno del bullismo fosse un fenomeno che si

esauriva con l'età: molti studi longitudinali stanno però evidenziando come questo non sia vero, e come, soprattutto i casi più difficili permangano per anni e tendono a rafforzarsi più che a scomparire (27). Alle scuole superiori sembra che il fenomeno si specializzi, ma non scompaia: diminuiscono le forme più lievi e saltuarie ma persistono, e talvolta si inacerbiscono le forme più dure e deleterie (28). Inoltre, in tarda adolescenza e in età adulta, il bullismo si ripropone, spesso celato sotto altri nomi (mobbing, violenza coniugale, abuso, razzismo, vandalismo): l'essenza del fenomeno di prevaricazione costante su un individuo più debole e indifeso permane (16).

Molti sono gli studi che hanno cercato di comprendere quali fattori favorissero lo sviluppo di questo fenomeno. Tra le diverse variabili prese in considerazione per comprendere come tale fenomeno si sviluppi vi sono sia variabili individuali (spesso si parla di "analfabetismo emotivo e sociocognitivo" di incapacità sociali che accomunano bulli e vittime, e di caratteristiche specifiche delle due figure), ma soprattutto variabili contestuali (l'ambiente di vita, le norme del quartiere di residenza, il clima educativo familiare, le dinamiche di classe, le regole della scuola, gli spazi a disposizione degli studenti, il coinvolgimento degli studenti nell'organizzazione scolastica, la cultura in generale, ecc.) (29, 30, 37-39).

Il fenomeno del bullismo è quindi da considerarsi multifattoriale (31, 40), e fortemente legato alle caratteristiche dei contesti di vita dei giovani. Per questo le iniziative volte a debellarlo dovrebbero evitare di focalizzarsi solo sui principali attori (bulli e vittime), ma coinvolgere fortemente i contesti di vita dei giovani attraverso modifiche strutturali e di relazione (1, 16-18, 32-35).

METODI

Le domande sul bullismo usate in questa indagine sono quelle sviluppate da Olweus (18). La definizione di bullismo precedeva le domande rivolte agli studenti: *uno studente è oggetto di bullismo quando un altro studente, o gruppo di studenti, gli fa o dice qualcosa di spiacevole. Si tratta di bullismo anche quando uno studente viene ripetutamente stuzzicato in un modo che non gli piace, oppure quando viene escluso apposta. Non è bullismo quando due studenti, che hanno più o meno la stessa forza o potenza, litigano o si picchiano. Non è bullismo nemmeno quando lo stuzzicare avviene in modo amichevole e per scherzo.*

Dalla definizione seguivano due domande, una relativa al fatto di commettere atti di bullismo nei confronti degli altri e l'altra al fatto di essere vittime del bullismo:

- *Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola nell'ultimo paio di mesi?*
- *Quante volte hai subito atti di bullismo a scuola nell'ultimo paio di mesi?*

Le risposte possibili per entrambe le domande erano sovrapponibili: *Non ho mai fatto il bullo con altri studenti (o non ho mai subito atti di bullismo) a scuola nell'ultimo paio di mesi; Una volta o due; 2 o 3 volte al mese; Una volta alla settimana circa; Più volte alla settimana.*

Per il fenomeno del bullismo e della violenza subita, i dati presentati in questo capitolo sono il risultato della creazione di tre categorie: "mai" (modalità *Non ho mai fatto il bullo con altri studenti (o non ho subito atti di bullismo)*), "almeno una volta" (accorpamento *Una volta o due; 2 o 3 volte al mese; Una volta alla settimana circa; Più volte alla settimana*), "due o tre volte al mese o più" (modalità *2 o 3 volte al mese; Una volta alla settimana circa; Più volte alla settimana*) (36).

Con la domanda

■ *Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?*

Le risposte possibili sono: *Non mi sono mai azzuffato o picchiato; Una volta; Due volte; Tre volte; Quattro volte o più.*

È stata valutata la violenza fisica in cui i soggetti possono essere incorsi. Anche in questo caso, le stime sul fenomeno delle risse sono state ottenute mediante la creazione di tre categorie: "mai" (modalità *Non mi sono mai azzuffato o picchiato*), "almeno una volta" (accorpamento *Una volta; Due volte; Tre volte; Quattro volte o più*), "tre volte o più" (accorpamento *Tre volte; Quattro volte o più*).

RISULTATI E COMMENTI

Bullismo nei confronti dei compagni di scuola

Livello regionale

La Tabella 13.1 evidenzia la distribuzione del campione di giovani veneti di 11, 13 e 15 anni che dichiarano di aver partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola nei due mesi precedenti la rilevazione.

Le percentuali di coloro che rispondono di aver perpetrato atti di bullismo almeno una volta sono più alte tra i 13enni (28.6%) rispetto agli 11 (21.3%) e ai 15enni (25.9%) senza distinzione di genere (33.5% per i maschi e 32.1% per le femmine). Negli altri due strati, le distanze tra maschi e femmine sono decisamente più ampie, tali da raggiungere i 12 punti percentuali tra gli 11enni e i 15 punti percentuali tra i 15enni.

Tra coloro che dichiarano di averlo fatto più frequentemente ("2/3 volte al mese o più") sono ancora i giovani 13enni che riportano la frequenza più alta (8.3%), contro percentuali più basse e quasi simili negli altri due strati (5.7% per gli 11enni e il 5.2%

per i 15enni). Le differenze percentuali di genere, per questa modalità, si collocano in una posizione di netta superiorità per i maschi rispetto alle femmine e questo vale per tutti e tre gli strati di età.

Livello provinciale

Dall'analisi dei dati provinciali per la modalità "aver partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente", la distribuzione delle frequenze risulta piuttosto omogenea nei primi due strati del campione totale (di 11 e di 13 anni) ed in linea con l'andamento regionale e molto altalenante in quello dei 15enni (tab.13.1). Infatti, nel campione totale dei giovani di seconda media superiore, la significatività statistica delle analisi pone le province di Venezia (28.9%), Verona (28.8%) e Padova (28.4) come le aree dove il fenomeno è più marcato rispetto a Belluno (16.1%) e a Rovigo (22.1%) dove, invece, è meno sviluppato.

Le analisi per genere, riferite sempre alla stessa modalità (tab. 13.1), mostrano che le differenze maggiori e statisticamente significative si registrano: a Venezia tra i maschi e le femmine di 11 (37.0% vs 12.6%) e di 15 anni (38.0% vs 21.1%); a Padova nello strato dei 13 (38.1% per i maschi vs 18.2% per le femmine) e dei 15enni (42.2% per i maschi vs 21.2% per le femmine) ed infine a Vicenza tra studenti e studentesse di 15 anni (33.1% vs 16.5%).

Le analisi tra province sugli studenti che hanno partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente 2/3 volte o più nei due mesi precedenti l'indagine evidenziano una differenza statisticamente significativa nello strato dei quindicenni. In particolare, da una partecipazione minima dei giovani bellunesi (3.0%) si arriva ad una più marcata dei veneziani pari all'11.2% seguita dai padovani con il 9.9%. Le restanti province dimostrano valori equivalenti.

Nonostante negli altri due strati del campione totale le stime provinciali non siano risultate statisticamente significative, va evidenziato, comunque, che tra i 13enni la provincia di Rovigo registra una frequenza di atti di bullismo di quasi 17 punti percentuali.

Rispetto al genere, le differenze più ampie e statisticamente significative tra maschi e femmine sussistono nello strato dei 15enni nella provincia di Vicenza (11.8% vs 4.5%), Venezia (16.8% vs 6.4%) e Padova (17.0% vs 6.2%). Infine, le analisi intra-strato per le femmine mostrano che l'area provinciale di Rovigo ha la più alta percentuale di ragazze 13enni (13.6%) che dichiarano di aver compiuto atti di bullismo 2/3 volte o più nei due mesi precedenti l'indagine rispetto alle restanti province. Tali confronti si sono dimostrati significativi dal punto di vista statistico.

Le Aziende ULSS

La Tabella 13.2 evidenzia le differenze percentuali presenti nelle 21 Aziende ULSS della Regione Veneto rispetto agli atti di bullismo compiuti a scuola ai danni di altri studenti nel campione considerato. Nella modalità "almeno una volta", queste per-

centuali risultano statisticamente significative per i tredicenni e per i quindicenni. All'interno dello strato dei 13enni, la distribuzione delle stime risulta piuttosto disomogenea, con un range di variazione tra un minimo registrato nell'ULSS 1 di Belluno (16.9%) e un massimo dell'ULSS 19 di Taglio di Po (44.4%). Rispetto alla media regionale del 28.6%, le Aziende ULSS che si discostano maggiormente sono le ULSS 3, 5, 6, 10, 14, 18 e 21, con valori superiori ai 30 punti percentuali.

Nello strato dei quindicenni, infine, è riconoscibile lo stesso andamento. I fenomeni più importanti di bullismo agito (oltre i 30 punti percentuali) si registrano nelle ULSS 4, 10, 12, 14, 21 e 22, mentre le stime più basse sono presenti nell'ULSS 1 di Belluno (10.7%) e nell'ULSS 5 dell'Ovest Vicentino (11.6%).

Per quanto riguarda coloro che hanno partecipato a fenomeni di prepotenza "2/3 volte al mese o più", le stime sono maggiormente diversificate e statisticamente significative nello strato totale dei 15enni. Ricordando l'assenza di casi registrata nell'ULSS 1 di Belluno, il campo di variazione va dal 2% dell'ULSS 17 di Este al 25.3% dell'ULSS 21 di Legnago.

A fronte di una media regionale dell'8.2%, le ULSS che vanno oltre tale dato sono le Aziende ULSS 12, 14, 15, 16, 19, 20 e 22.

Tabella 13.1 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che hanno partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola nei due mesi precedenti a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
almeno una volta																			
Regione	27.0	2.7	15.2	2.3	21.3	1.8	33.5	2.9	32.1	2.7	28.6	2.0	33.7	2.8	18.9	2.2	25.9	1.8	
Belluno	26.4	9.3	15.1	7.9	21.2	6.3	24.1	11.5	14.2	8.6	18.8	7.1	20.6	8.1	10.7	6.9	16.1	5.5	
Vicenza	22.7	6.0	12.8	4.9	18.0	3.9	34.1	7.0	26.7	7.0	30.7	5.0	33.1	6.9	16.5	4.6	23.2	4.0	
Treviso	24.8	6.0	19.7	6.2	22.6	4.3	28.1	6.1	23.4	6.6	26.1	4.5	30.1	6.4	18.4	5.2	24.0	4.1	
Venezia	37.0	7.8	12.6	5.4	24.8	5.0	34.4	7.3	21.3	6.3	28.1	4.9	38.0	6.6	21.1	5.3	28.9	4.2	
Padova	24.6	6.5	14.0	5.6	19.7	4.4	38.1	7.2	18.2	6.2	28.9	4.9	42.2	8.1	21.2	4.7	28.4	4.3	
Rovigo	31.9	10.5	19.3	10.7	26.3	7.5	38.7	12.8	35.5	12.3	37.0	8.9	25.6	8.9	17.5	8.0	22.1	6.1	
Verona	26.2	6.2	16.1	5.1	21.1	4.0	34.6	7.0	24.2	5.8	29.2	4.6	34.2	6.1	19.4	6.3	28.8	4.5	
2/3 volte al mese o più																			
Regione	7.1	1.6	4.2	1.3	5.7	1.0	9.9	1.8	6.5	1.6	8.3	1.2	11.4	1.8	5.2	1.2	8.2	1.1	
Belluno	5.7	4.8	5.3	5.1	5.5	3.5	10.9	8.3	1.5	2.9	5.9	4.2	3.8	3.3	1.9	2.6	3.0	2.2	
Vicenza	5.6	3.3	2.7	2.4	4.2	2.1	6.3	3.4	8.1	4.2	7.1	2.7	11.8	4.7	4.5	2.6	7.4	2.5	
Treviso	6.5	3.4	6.4	3.8	6.5	2.6	7.7	3.6	8.0	4.2	7.8	2.8	8.0	3.8	5.0	2.9	6.4	2.3	
Venezia	10.1	4.8	4.7	3.4	7.4	2.9	10.9	4.8	4.5	3.3	7.9	3.0	16.8	5.0	6.4	3.1	11.2	2.9	
Padova	9.2	4.3	2.7	2.6	6.1	2.6	10.6	4.5	4.7	3.4	7.9	2.9	17.0	6.1	6.2	2.9	9.9	2.9	
Rovigo	8.1	5.7	3.9	5.3	6.2	3.9	20.4	10.2	13.6	9.0	16.8	6.7	8.5	5.5	4.6	4.3	6.8	3.7	
Verona	4.7	3.0	4.4	2.9	4.6	2.1	11.8	5.1	6.7	3.4	9.1	3.0	9.5	3.7	4.8	3.4	7.8	2.7	

Tabella 13.2 Giovani di 11,13 e 15 anni che hanno partecipato ad atti di bullismo contro un altro studente a scuola nei due mesi precedenti a livello di Azienda ULSS

Regione	Almeno una volta						2/3 volte al mese o più					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	21.3	1.8	28.6	2.0	25.9	1.8	5.7	1.0	8.3	1.2	8.2	1.1
ULSS 1	24.2	8.8	16.9	8.4	10.7	6.6	7.7	5.5	6.5	5.5	-	-
ULSS 2	16.9	8.4	22.0	12.7	25.6	9.2	2.6	3.6	4.9	6.6	8.1	5.8
ULSS 3	23.0	9.6	38.6	11.4	27.0	8.7	2.7	3.7	10.0	7.0	7.0	5.0
ULSS 4	18.7	8.8	22.9	11.9	30.8	8.9	2.7	3.6	2.1	4.0	7.7	5.1
ULSS 5	20.9	8.4	31.8	9.9	11.6	6.8	5.5	4.7	9.4	6.2	3.5	3.9
ULSS 6	12.2	5.4	30.9	7.7	22.9	6.9	5.0	3.6	7.2	4.3	9.7	4.8
ULSS 7	22.0	8.1	18.6	7.6	25.7	8.2	5.0	4.3	3.9	3.8	7.3	4.9
ULSS 8	23.0	8.3	26.3	8.7	21.4	7.6	5.0	4.3	7.1	5.1	4.5	3.8
ULSS 9	22.6	6.5	29.5	6.7	25.0	6.1	8.2	4.3	10.2	4.5	7.1	3.6
ULSS 10	18.8	8.6	36.5	11.0	31.3	7.9	8.8	6.2	8.1	6.2	9.9	5.1
ULSS 12	26.8	9.6	22.2	8.6	31.1	7.9	12.2	7.1	6.7	5.2	15.2	6.1
ULSS 13	29.5	10.1	23.0	9.6	18.6	7.7	1.3	2.5	8.1	6.2	3.1	3.4
ULSS 14	19.1	9.3	33.9	8.7	39.1	10.3	7.4	6.2	8.7	5.2	19.5	8.3
ULSS 15	18.6	7.7	29.9	8.7	28.6	8.9	2.1	2.8	15.9	6.9	13.3	6.7
ULSS 16	15.3	5.9	28.7	7.4	31.7	5.5	6.3	4.0	4.9	3.5	11.4	3.8
ULSS 17	29.9	10.2	29.3	10.3	21.0	8.0	11.7	7.2	4.0	4.4	2.0	2.7
ULSS 18	23.1	9.4	33.3	11.6	18.3	7.9	5.1	4.9	14.3	8.6	5.4	4.6
ULSS 19	30.4	10.9	44.4	11.5	29.0	8.6	21.7	9.7	22.2	9.6	19.6	7.5
ULSS 20	20.1	5.3	27.8	6.0	25.9	5.3	15.1	4.7	21.7	5.5	18.4	4.7
ULSS 21	27.0	10.1	31.5	9.6	35.2	9.8	24.3	9.8	21.3	8.5	25.3	8.9
ULSS 22	19.8	7.6	28.4	8.5	30.4	10.1	15.1	6.8	16.5	7.0	22.8	9.3

Vittime di bullismo a scuola

Livello regionale

Nel paragrafo precedente abbiamo evidenziato come fossero i maschi, a prescindere dall'età e dal numero di volte, i soggetti che più di tutti avevano partecipato ad atti di bullismo. In particolare la classe d'età con la maggiore partecipazione era risultata quella dei tredicenni.

Nel caso invece delle vittime di bullismo a scuola, secondo la modalità "almeno una volta negli ultimi due mesi" (tab. 13.3), la distribuzione delle frequenze a livello regionale evidenzia una prevalenza maggiore nello strato totale degli undicenni (29.6%) e una configurazione del fenomeno che scende al crescere dell'età.

Se analizziamo le differenze di genere, lo scarto maggiore tra maschi e femmine si registra nel campione degli 11enni, dove i maschi si scostano dalle femmine di oltre 18 punti percentuali, mentre negli altri due strati di età (13 e 15 anni) le differenze si aggirano intorno al 3%.

Se consideriamo coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo 2/3 volte o più negli ultimi due mesi (tab. 13.3), il fenomeno si attesta al 7.8% per gli 11enni, al 5.7% per i 13enni e al 3.5% per i 15enni, con differenze di genere più marcate tra gli 11enni e quasi simili tra i 15enni.

Livello provinciale

Nella Tabella 13.3 sono presentate le percentuali provinciali di coloro che negli ultimi due mesi hanno subito un sopruso a scuola. La distribuzione delle frequenze tra le province per la modalità "almeno una volta" appare omogenea nel campione totale degli 11 e dei 13enni ed in linea con la stima regionale (29.6% e 23.3%), mentre si presenta discontinua e statisticamente significativa in quello dei 15enni. In quest'ultimo strato, il maggior numero di vittime di bullismo a scuola viene rilevato nella provincia di Verona (20.8%) e in quella di Treviso (16.8%), mentre la stima più bassa si registra nella provincia di Rovigo (10.6%).

L'analisi delle differenze di genere, evidenzia una significatività statistica che vale in tutte e sette le province del solo strato degli 11enni. In particolare, la distanza più ampia tra maschi e femmine è presente nel territorio veneziano con uno scarto tra i sessi di oltre i 28 punti percentuali (46.1% vs 17.9%); a seguire la provincia di Padova con una distanza tra maschi e femmine del 20% (42.6% vs 22.5%).

Per i fenomeni di sopruso subiti 2/3 volte o più nei due mesi precedenti (tab. 13.3), le stime non sono risultate significative per nessuno dei 3 strati di età considerati, anche se va rilevato che la provincia di Belluno presenta, al contempo, sia una prevalenza alta del fenomeno tra gli undicenni (9.7%), che una minore nel campione totale dei tredicenni (2.3%).

Le differenze di genere risultate statisticamente significative sono presenti nel solo strato degli 11enni, dove la massima ampiezza tra maschi e femmine viene indi-

viduata nella provincia di Belluno, con una differenza tra i sessi di quasi 11 punti percentuali. Per le restanti province, le distanze percentuali relative ai confronti di genere appaiono meno marcate di quelle riscontrate nella precedente modalità di risposta "almeno una volta".

Le Aziende ULSS

In questo paragrafo analizziamo come si posiziona il fenomeno del bullismo subito all'interno delle diverse Aziende ULSS della Regione Veneto. Questa distribuzione è rappresentata nella Tabella 13.4.

Per la modalità di risposta "almeno una volta negli ultimi due mesi", i confronti tra le realtà locali sono risultati statisticamente significativi in tutti e tre gli strati del campione totale di 11, 13 e 15 anni.

Prendendo ad esame i giovani di prima media inferiore (11enni), la distribuzione delle stime evidenzia un aspetto altalenante con valori percentuali di bullismo subito oltre il 35% nelle ULSS 2, 4, 12, 16, 21, ed un picco massimo del 47.4% nella ULSS 17 di Este.

Nello strato dei 13enni, la percentuale più alta si registra nell'ULSS 19 (38.9%), mentre la più bassa è presente nell'ULSS 1 di Belluno (10.4%). Rispetto alla media regionale del 23.3%, le Aziende ULSS che maggiormente si discostano sono le ULSS 3 (32.9%), 6 (28.8%), 15 (29.9%), 17 (28.0%) e 21 (30.3%). Infine, nel campione totale dei 15enni si assiste ad una ulteriore oscillazione, passando da valori bassi nelle ULSS 6, 13 e 19 che si dimezzano rispetto alla stima della Regione (15.4%), a valori che superano il 20%, come accade nelle ULSS 14, 21 e 22.

L'approfondimento sulle risposte date alla modalità 2/3 volte al mese o più (tab. 13.4) evidenzia come, nel complesso, la percentuale massima tra le ULSS decresca al crescere dell'età.

In particolare, nello strato degli undicenni la soglia massima è pari al 14.1% dell'ULSS 17 di Este, nei tredicenni scende al 9.6% (ULSS 14 di Chioggia) fino ad arrivare al 6.4% dell'ULSS 7 Pieve di Soligo nei quindicenni.

Tabella 13.3 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che hanno subito atti di bullismo a scuola nei due mesi precedenti a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
almeno una volta																			
Regione	38.2	3.0	20.1	2.6	29.6	2.0	24.6	2.7	21.9	2.7	23.3	1.9	17.3	2.2	13.7	1.9	15.4	1.5	
Belluno	38.7	10.2	23.2	9.3	31.6	7.1	16.4	9.9	13.0	8.4	14.6	6.4	13.0	6.9	10.5	7.2	11.9	5.0	
Vicenza	31.9	6.6	19.1	5.8	25.8	4.5	24.4	6.5	26.7	7.1	25.4	4.8	12.1	4.8	11.7	3.9	11.9	3.0	
Treviso	35.0	6.6	21.8	6.4	29.2	4.7	21.4	5.5	19.6	6.1	20.6	4.1	19.2	5.5	14.6	4.7	16.8	3.6	
Venezia	46.1	8.0	17.9	6.2	32.0	5.4	28.7	7.0	18.2	6.1	23.6	4.7	17.1	5.0	12.0	4.3	14.4	3.2	
Padova	42.6	7.4	22.5	6.7	33.2	5.2	25.1	6.4	28.1	7.2	26.5	4.8	18.6	6.4	13.6	4.1	15.3	3.5	
Rovigo	34.3	10.8	14.6	8.8	25.6	7.4	26.1	11.4	28.4	11.2	27.3	8.0	12.6	7.0	8.0	6.2	10.6	4.8	
Verona	38.0	6.8	19.9	5.5	28.8	4.5	25.8	6.4	17.9	5.2	21.7	4.1	20.7	5.3	21.1	6.5	20.8	4.1	
2/3 volte al mese o più																			
Regione	10.7	1.9	4.6	1.3	7.8	1.2	6.6	1.6	4.7	1.3	5.7	1.0	3.8	1.1	3.2	1.0	3.5	0.7	
Belluno	14.6	7.4	3.7	4.1	9.7	4.5	3.2	4.5	1.5	2.9	2.3	2.6	4.3	4.3	0.9	1.8	2.8	2.5	
Vicenza	10.8	4.4	5.6	3.4	8.3	2.8	6.6	4.1	5.1	3.3	5.9	2.7	2.6	2.3	2.4	1.9	2.5	1.5	
Treviso	10.0	4.1	4.7	3.2	7.7	2.7	6.2	3.3	3.4	2.7	5.1	2.2	4.5	2.9	3.5	2.4	4.0	1.9	
Venezia	11.9	5.3	5.1	3.5	8.5	3.2	6.5	3.6	5.1	3.4	5.8	2.5	3.2	2.3	3.1	2.3	3.1	1.6	
Padova	12.4	4.9	4.5	3.3	8.8	3.1	8.9	4.2	5.9	3.8	7.5	2.9	5.8	3.6	3.9	2.3	4.6	2.0	
Rovigo	10.2	6.7	1.9	3.7	6.5	4.1	6.6	6.8	7.3	6.3	7.0	4.6	3.2	3.7	1.7	3.3	2.5	2.6	
Verona	7.6	3.7	3.8	2.6	5.6	2.3	5.4	3.5	4.0	2.6	4.7	2.2	3.7	2.4	3.7	3.4	3.7	2.0	

Tabella 13.4 Giovani di 11,13 e 15 anni che hanno subito atti di bullismo a scuola nei due mesi precedenti a livello di Azienda ULSS

Regione	Almeno una volta						2/3 volte al mese o più					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	29.6	2.0	23.3	1.9	15.4	1.5	7.8	1.2	5.7	1.0	3.5	0.7
ULSS 1	30.0	9.5	10.4	6.8	10.7	6.6	12.2	6.8	1.3	2.5	2.4	3.3
ULSS 2	35.1	10.7	22.0	12.7	14.0	7.3	6.5	5.5	4.9	6.6	3.5	3.9
ULSS 3	21.9	9.5	32.9	11.0	15.0	7.0	5.5	5.2	2.9	3.9	5.0	4.3
ULSS 4	34.7	10.8	21.3	11.7	12.5	6.4	9.3	6.6	8.5	8.0	1.0	1.9
ULSS 5	12.1	6.7	14.5	7.6	11.6	6.8	4.4	4.2	6.0	5.1	2.3	3.2
ULSS 6	30.9	7.7	28.8	7.5	9.7	4.8	11.5	5.3	5.8	3.9	2.1	2.3
ULSS 7	34.7	9.3	19.6	7.7	19.3	7.4	13.9	6.7	4.9	4.2	6.4	4.6
ULSS 8	28.4	8.8	14.0	6.8	15.2	6.6	3.9	3.8	5.0	4.3	1.8	2.5
ULSS 9	26.9	6.9	25.6	6.4	16.8	5.2	6.9	3.9	5.1	3.3	4.6	2.9
ULSS 10	17.7	8.4	23.0	9.6	16.8	6.4	3.8	4.2	1.4	2.6	1.5	2.1
ULSS 12	39.8	10.5	22.2	8.6	12.9	5.7	8.4	6.0	8.9	5.9	5.3	3.8
ULSS 13	33.8	10.6	26.7	10.0	8.2	5.5	10.4	6.8	5.3	5.1	1.0	2.0
ULSS 14	33.3	11.1	23.5	7.7	23.0	8.8	11.6	7.6	9.6	5.4	4.6	4.4
ULSS 15	15.3	7.1	29.9	8.7	17.3	7.5	2.0	2.8	7.5	5.0	4.1	3.9
ULSS 16	38.9	8.0	23.8	7.0	14.0	4.1	11.1	5.1	9.1	4.7	4.1	2.4
ULSS 17	47.4	11.1	28.0	10.2	15.0	7.0	14.1	7.7	5.3	5.1	6.0	4.7
ULSS 18	25.3	9.6	22.2	10.3	12.0	6.6	6.3	5.4	6.3	6.0	3.3	3.6
ULSS 19	25.7	10.2	38.9	11.3	8.4	5.3	7.1	6.0	8.3	6.4	0.9	1.8
ULSS 20	29.2	6.0	17.9	5.2	16.5	4.5	5.5	3.0	4.7	2.9	2.3	1.8
ULSS 21	36.5	11.0	30.3	9.6	26.4	9.1	8.1	6.2	6.7	5.2	5.5	4.7
ULSS 22	24.5	8.2	23.1	8.0	25.3	9.6	4.7	4.0	2.8	3.1	5.1	4.8

Violenza fisica

Livello regionale

A livello regionale il fenomeno sulla violenza fisica evidenzia che i giovani che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta nei 12 mesi precedenti la rilevazione sono il 37.1% degli undicenni, il 36% dei tredicenni e il 30.1% dei quindicenni (tab. 13.5). Il fenomeno, come si vede, riguarda in percentuale maggiore i giovani di prima e di terza media inferiore rispetto a quelli più grandi di seconda media superiore e ciò può essere spiegato col fatto che col crescere dell'età le forme di violenza fisica lasciano il posto a forme indirette, come l'esclusione o la violenza di tipo verbale.

Le differenze di genere sono risultate statisticamente significative in tutti e tre gli strati e mostrano come le prevalenze dei maschi siano sempre più del doppio di quelle delle femmine (51.6% dei maschi vs 21.3% delle femmine tra gli 11enni, 49.9% dei maschi vs 20.6% delle femmine tra i 13enni, 45.2% dei maschi vs 16.4% delle femmine tra i 15enni).

Lo stesso andamento tra maschi e femmine si evidenzia anche quando si vanno ad indagare gli episodi di violenza avvenuti 3 o più volte al mese (tab. 13.5), con un maggiore divario tra i sessi rispetto alla modalità precedente.

Analizzando il fenomeno dal punto di vista della stratificazione per età, si riscontra una diminuzione sensibile delle percentuali quando si passa dagli undicenni (12.7%) ai tredicenni (9.6%) fino ai quindicenni (7.6%).

Livello provinciale

Le differenze provinciali rispetto agli episodi di violenza fisica avvenuti almeno una volta negli ultimi 12 mesi (tab. 13.5) risultano piuttosto omogenee nei primi due strati del campione totale di 11 e di 13 anni, mentre appaiono molto più diversificate e statisticamente significative nello strato dei quindicenni.

Nello specifico, le province che più si distanziano dalla stima regionale (30.1%) nello strato dei 15enni sono: la provincia di Treviso, che con il 24.9% risulta essere il territorio con la minore quota di episodi rilevati e Verona che, invece si caratterizza come la provincia con la quota più alta (37.4%).

Negli altri due gruppi di età (11 e 13 anni), sebbene le differenze tra province non si siano dimostrate statisticamente significative, si è rilevato che la maggiore prevalenza del fenomeno è presente tra gli 11enni della provincia di Rovigo (42.7%) e tra i 13enni della provincia di Venezia (39.2%).

Rispetto al genere, le differenze tra maschi e femmine sono significative in tutti e tre gli strati d'età; a livello generale il fenomeno è presente maggiormente nei maschi, in particolare questo divario è più ampio tra gli undicenni della provincia di Belluno (58.8% vs 15.6%), tra i tredicenni della provincia di Rovigo (56.7% vs 20.1%) e tra i quindicenni provinciali quella di Treviso (42.4% vs 9%).

Per gli episodi di violenza avvenuti 3 o più volte negli ultimi 12 mesi (tab. 13.5) non vi sono differenze statisticamente significative tra le province nei tre strati di età a livello di campione totale, mentre risulta statisticamente significativa l'analisi intrastrato delle femmine 15enni, dove Rovigo si presenta come la provincia con la minor prevalenza in assoluto (0.7%) rispetto alle altre realtà provinciali.

Il confronto tra i sessi si è rivelato statisticamente significativo in tutte le province in tutti e tre gli strati di età, ad eccezione di Rovigo e Verona per i tredicenni.

Si rileva, anche in questo caso, come le prevalenze dei maschi siano nettamente superiori a quelle delle femmine, le quali non raggiungono valori superiori al 9% in nessuno dei tre strati di età e come il margine percentuale di ampiezza tra i sessi sia quasi lo stesso in tutte le province nei tre strati di età considerati.

Le Aziende ULSS

A livello territoriale, i confronti delle stime tra ULSS (tab. 13.6) risultano statisticamente significativi per entrambe le modalità nelle fasce degli 11 e dei 15enni.

Le percentuali appaiono molto disomogenee: tra gli 11enni che dichiarano di essersi azzuffati almeno una volta, la frequenza più elevata si registra nell'ULSS 17 di Este (57.9%), mentre quella più bassa è presente nell'ULSS 22 di Bussolengo (28.3%). Quest'ultimo territorio è anche quello in cui la prevalenza è massima tra i quindicenni (43%), mentre l'ULSS13 di Mirano è quella che fa registrare il valore minimo in questa fascia d'età (17.5%).

Passando, invece, a considerare gli atti di violenza fisica con una frequenza di 3 o più volte nell'arco dell'ultimo anno (tab. 13.6), tra gli 11enni le ULSS della provincia di Padova si caratterizzano per la maggior variabilità. Infatti, la significatività statistica delle analisi evidenzia che, se da un lato, l'ULSS 15 è quella che registra il valore minimo (6.1%) rispetto a tutte le altre realtà locali, l'ULSS 17, di contro, con il suo 26.3% rappresenta il valore massimo. A seguire, per importanza di episodi di violenza dichiarati, sono le ULSS 4 (24.0%), 10 e 14 (con la stessa prevalenza 18.8%).

Per quanto riguarda, invece, lo strato dei giovani di terza media inferiore (13enni), la distribuzione delle stime tra le ULSS segue un andamento omogeneo, mentre diventa più fluttuante e significativa sotto l'aspetto statistico nel gruppo dei giovani di 15 anni. Per questo strato, le realtà locali che maggiormente dimostrano percentuali oltre la stima regionale (7.6%) sono le ULSS 2 (11.6%), 12 (10.6%) e 20 (10.2%). In termini di bassa frequenza del fenomeno, con prevalenze inferiori al 4.5%, fanno risalto, invece, le ULSS 1, 6, 13 e 19.

Tabella 13.5 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno nei 12 mesi precedenti a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
almeno una volta																			
Regione	51.6	3.0	21.3	2.6	37.1	2.1	49.9	3.1	20.6	2.6	36.0	2.2	45.2	2.9	16.4	2.0	30.1	1.9	
Belluno	58.8	10.3	15.6	8.2	39.0	7.5	44.5	13.3	14.5	8.8	28.4	8.2	37.1	9.9	14.4	7.7	26.9	6.7	
Vicenza	52.5	7.0	18.1	5.6	36.0	4.9	43.8	7.4	23.6	6.9	34.6	5.2	44.9	7.3	16.5	4.6	28.0	4.2	
Treviso	49.9	6.9	21.3	6.4	37.3	5.0	48.5	6.7	18.2	6.0	35.7	4.9	42.4	6.9	9.0	3.9	24.9	4.2	
Venezia	54.0	8.0	23.1	6.8	38.5	5.5	53.8	7.7	23.5	6.7	39.2	5.4	43.1	6.8	16.9	4.8	29.0	4.2	
Padova	53.3	7.5	25.0	7.0	40.1	5.4	48.6	7.4	14.6	5.7	32.9	5.1	47.4	8.2	21.8	4.9	30.5	4.4	
Rovigo	51.0	11.3	32.2	12.1	42.7	8.3	56.7	13.3	20.1	9.7	37.3	8.9	48.1	10.4	17.5	8.0	34.9	7.3	
Verona	46.8	7.0	18.7	5.4	32.5	4.6	55.7	7.2	23.6	6.0	39.1	4.9	49.0	6.4	17.1	6.0	37.4	4.9	
3 o più volte																			
Regione	18.0	2.3	6.9	1.6	12.7	1.5	13.4	2.1	5.4	1.5	9.6	1.3	11.8	1.9	3.9	1.1	7.6	1.1	
Belluno	19.0	8.4	5.9	5.1	13.0	5.2	14.8	9.5	3.0	4.1	8.5	5.0	9.5	5.9	2.8	3.2	6.5	3.6	
Vicenza	19.2	5.6	6.8	3.7	13.2	3.5	11.1	4.4	4.8	3.5	8.2	2.9	10.0	4.4	4.2	2.4	6.5	2.3	
Treviso	18.1	5.3	6.9	4.0	13.2	3.5	13.1	4.5	4.3	3.2	9.4	3.0	14.2	4.9	2.8	2.2	8.3	2.7	
Venezia	21.3	6.5	9.0	4.6	15.1	4.0	13.0	5.0	7.0	4.0	10.1	3.3	11.3	4.3	3.5	2.3	7.1	2.4	
Padova	17.0	5.6	7.5	4.3	12.6	3.6	14.8	5.3	2.7	2.6	9.2	3.1	12.4	5.2	5.5	2.8	7.9	2.6	
Rovigo	17.3	8.4	4.0	4.7	11.4	5.2	18.3	9.8	7.1	6.1	12.3	5.7	10.8	6.6	0.7	1.4	6.4	3.9	
Verona	14.6	5.0	5.4	3.1	9.9	3.0	13.6	5.1	7.7	3.7	10.5	3.1	12.0	4.0	3.8	3.1	9.0	2.8	

Tabella 13.6 Giovani di 11,13 e 15 anni che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno nei 12 mesi precedenti a livello di Azienda ULSS

Regione	Almeno una volta						3 o più volte					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	37.1	2.1	36.0	2.2	30.1	1.9	12.7	1.5	9.6	1.3	7.6	1.1
ULSS 1	43.3	10.2	29.9	10.2	19.0	8.4	13.3	7.0	11.7	7.2	3.6	4.0
ULSS 2	31.6	10.5	24.4	13.1	40.7	10.4	11.8	7.3	2.4	4.7	11.6	6.8
ULSS 3	32.0	10.6	40.0	11.5	30.0	9.0	8.0	6.1	11.4	7.5	8.0	5.3
ULSS 4	44.0	11.2	39.6	13.8	37.5	9.3	24.0	9.7	6.3	6.8	8.7	5.4
ULSS 5	30.0	9.5	28.6	9.7	20.9	8.6	8.9	5.9	6.0	5.1	7.0	5.4
ULSS 6	37.0	8.1	33.1	7.8	25.0	7.1	12.3	5.5	10.1	5.0	4.2	3.3
ULSS 7	40.0	9.6	31.4	9.0	30.6	8.7	13.0	6.6	5.9	4.6	7.4	4.9
ULSS 8	34.0	9.1	33.0	9.2	22.3	7.7	10.7	6.0	8.0	5.3	8.9	5.3
ULSS 9	38.1	7.5	39.0	7.2	23.9	6.0	15.0	5.5	11.9	4.8	8.1	3.8
ULSS 10	45.0	10.9	48.6	11.4	35.1	8.2	18.8	8.6	17.6	8.7	9.9	5.1
ULSS 12	38.6	10.5	28.9	9.4	34.1	8.1	10.8	6.7	6.7	5.2	10.6	5.3
ULSS 13	31.2	10.3	42.7	11.2	17.5	7.6	14.3	7.8	5.3	5.1	1.0	2.0
ULSS 14	43.5	11.7	36.8	8.9	28.7	9.5	18.8	9.2	13.2	6.2	5.7	4.9
ULSS 15	35.7	9.5	38.3	9.2	32.7	9.3	6.1	4.7	10.3	5.8	8.2	5.4
ULSS 16	35.7	7.9	32.2	7.7	31.0	5.5	11.2	5.2	7.7	4.4	7.7	3.2
ULSS 17	57.9	11.1	28.0	10.2	27.0	8.7	26.3	9.9	12.0	7.4	8.0	5.3
ULSS 18	40.5	10.8	32.3	11.6	35.5	9.7	10.1	6.7	9.7	7.4	7.5	5.4
ULSS 19	47.8	11.8	49.3	11.6	32.7	8.9	14.5	8.3	19.7	9.3	3.7	3.6
ULSS 20	32.6	6.2	36.0	6.5	37.4	5.8	9.6	3.9	8.1	3.7	10.2	3.6
ULSS 21	41.3	11.1	37.5	10.1	26.4	9.1	12.0	7.4	11.4	6.6	7.7	5.5
ULSS 22	28.3	8.6	42.2	9.3	43.0	10.9	9.4	5.6	13.8	6.5	7.6	5.8

VARIAZIONI TEMPORALI

Bullismo nei confronti dei compagni di scuola

Livello Regionale

Dalla Tabella 13.7 emerge come gli atti di bullismo compiuti a scuola almeno una volta contro altri studenti nei due mesi precedenti siano in diminuzione rispetto all'indagine del 2002. Questa tendenza vale in maniera statisticamente significativa per tutti e tre gli strati di età e per entrambi i sessi. Nel gruppo degli 11enni la riduzione percentuale del fenomeno è di 10 punti (si passa dal 31.4% del 2002 al 21.3% del 2006), mentre tra i 13enni il calo tocca i 14 punti percentuali (42.6% vs 28.6%), per attestarsi intorno ai 7 nel gruppo dei 15enni (32.6% vs 25.9%). I Grafici 13.1, 13.2 e 13.3 mostrano l'avvenuta diminuzione del bullismo rispettivamente tra i giovani di 11, 13 e 15 anni. In riferimento al genere, il maggior divario percentuale tra le due indagini è presente tra i maschi 13enni con uno scarto di oltre il 16% (49.8% nel 2002 vs 33.5% nel 2006) e tra le femmine di 11 anni che dal 26% scendono al 15.2%, riportando una variazione temporale di 10.8 punti percentuali.

Livello Provinciale

Per i confronti temporali a livello provinciale (tab. 13.7), i test di significatività statistica sono risultati validi per la maggior parte delle province venete. Nello strato degli 11 e dei 13enni, sei province su sette, tranne Rovigo, riportano un calo che va dal 7.9% al 15.2% per il gruppo degli 11enni e dall'11.4% al 22.6% per quello dei 13enni (graf. 13.1, 13.2). In riferimento all'ultimo strato sono, invece, quattro le province statisticamente significative: Treviso, Padova e Verona, con Belluno che presenta lo scarto più ampio tra le due indagini di oltre il 20% (graf. 13.3).

Vittime di bullismo a scuola

Livello Regionale

Anche per gli episodi di bullismo subito, i confronti temporali fanno emergere la stessa tendenza riscontrata in precedenza, vale a dire una diminuzione percentuale in tutti e tre gli strati di età (tab. 13.8). Scende nel 2006 di 9 punti, fissandosi al 29.6%, la stima che nella prima rilevazione posizionava gli 11enni al 38.6% (graf. 13.3). Lo stesso accade per i 13enni, dove la riduzione percentuale nel tempo arriva al 10%, passando, così, dal 33% al 23.3% (graf. 13.4), mentre per i 15enni la variazione temporale si mostra vicino al 5%, con un'oscillazione che va dal 20.1% al 15.4% (graf. 13.6). In riferimento al genere, i maschi e le femmine di tutti e tre gli strati dimostrano di aver subito atti di bullismo in percentuale minore rispetto all'indagine del 2002, in particolar modo i maschi 13enni, con una differenza tra le

due rilevazioni di quasi 9 punti percentuali, e le femmine di 11 anni, con un divario di oltre il 12%.

Livello Provinciale

Nella Tabella 13.8 vengono presentate le variazioni temporali a livello provinciale. Nel gruppo degli 11enni, i confronti statistici tra le due indagini hanno evidenziato una marcata diminuzione degli episodi di bullismo subiti in tutte le province venete, tranne Padova, con un calo che va dal 9.7% della provincia di Belluno al 13.4% di quella di Rovigo (graf. 13.4). In riferimento allo strato dei 13enni, le province che riportano confronti statisticamente significativi sono quattro: Vicenza, Treviso, Padova e Verona, con una diminuzione nel 2006 che parte da un minimo di 6.8 punti percentuali ed arriva ad un massimo di 16 (graf. 13.5). Infine, nel gruppo dei 15enni, la riduzione degli episodi riguarda in maniera statisticamente significativa le sole province di Vicenza e di Padova, con un calo rispettivamente del 4.6% e del 6.2% (graf. 13.6).

Tabella 13.7 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

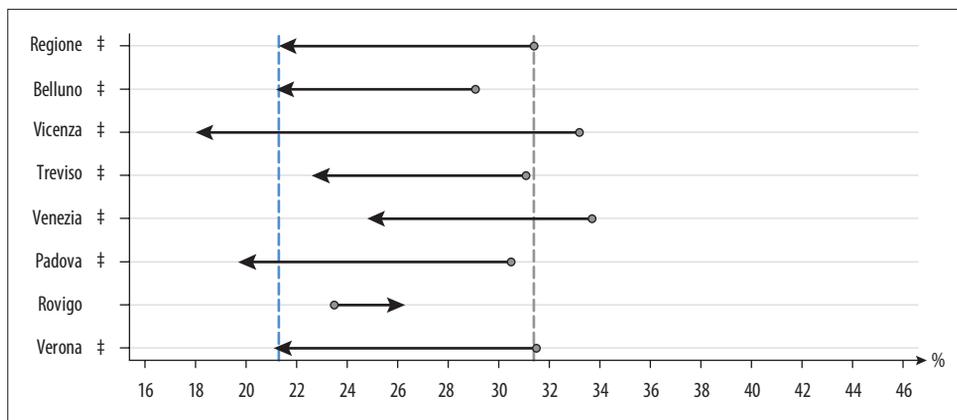
Aver partecipato ad atti di bullismo almeno una volta nei due mesi precedenti						
Anno 2002			Anno 2006			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	36.2 ‡	26.0 ‡	31.4 ‡	27.0 ‡	15.2 ‡	21.3 ‡
Belluno	31.1 *	27.6 ‡	29.1 ‡	26.4 *	15.1 ‡	21.2 ‡
Vicenza	41.8 ‡	24.7 ‡	33.2 ‡	22.7 ‡	12.8 ‡	18.0 ‡
Treviso	36.3 LL	25.3	31.1 ‡	24.8 LL	19.7	22.6 ‡
Venezia	37.1	30.4 ‡	33.7 ‡	37.0	12.6 ‡	24.8 ‡
Padova	35.4 LL	25.2 ‡	30.5 ‡	24.6 LL	14.0 ‡	19.7 ‡
Rovigo	27.0	19.9	23.5	31.9	19.3	26.3
Verona	36.5 ‡	25.6 ‡	31.5 ‡	26.2 ‡	16.1 ‡	21.1 ‡
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	49.8 ‡	34.6 ‡	42.6 ‡	33.5 ‡	32.1 ‡	28.6 ‡
Belluno	54.6 ‡	24.0	41.4 ‡	24.1 ‡	14.2	18.8 ‡
Vicenza	49.7 ‡	36.3 LL	43.2 ‡	34.1 ‡	26.7 LL	30.7 ‡
Treviso	49.1 ‡	36.1 LL	42.0 ‡	28.1 ‡	23.4 LL	26.1 ‡
Venezia	44.9 *	32.7 *	39.5 ‡	34.4 *	21.3 *	28.1 ‡
Padova	56.5 ‡	36.4 ‡	46.1 ‡	38.1 ‡	18.2 ‡	28.9 ‡
Rovigo	52.1	36.3	45.7	38.7	35.5	37.0
Verona	46.1 LL	34.1 LL	40.7 ‡	34.6 LL	24.2 LL	29.2 ‡
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	39.3 LL	25.6 ‡	32.6 ‡	33.7 LL	18.9 ‡	25.9 ‡
Belluno	45.9 ‡	22.3 *	36.8 ‡	20.6 ‡	10.7 *	16.1 ‡
Vicenza	34.8	24.6 LL	29.0 *	33.1	16.5 LL	23.2 *
Treviso	39.4 *	21.9	31.2 LL	30.1 *	18.4	24.0 LL
Venezia	40.2	20.2	30.1	38.0	21.1	28.9
Padova	39.1	33.3 ‡	36.5 LL	42.2	21.2 ‡	28.4 LL
Rovigo	38.1	22.7	29.3	25.6	17.5	22.1
Verona	40.2	30.5 ‡	35.8 LL	34.2	19.4 ‡	28.8 LL

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 13.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente nei due mesi precedenti



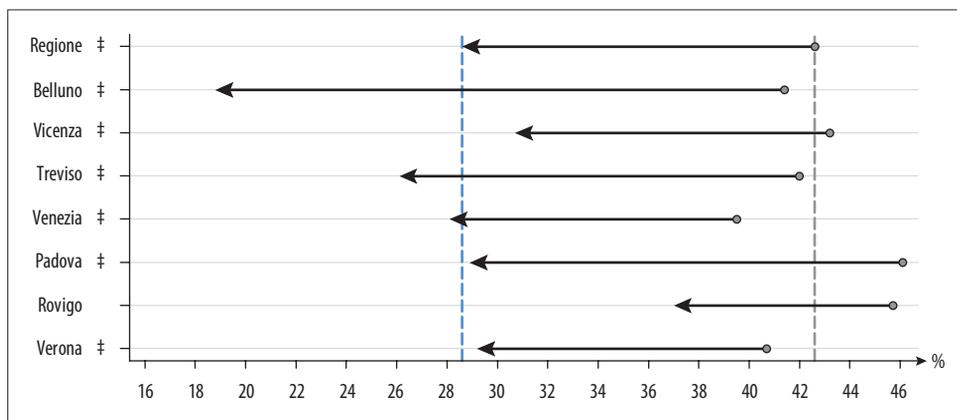
* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale, indagine 2002; Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale, indagine 2006; Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 13.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente nei due mesi precedenti



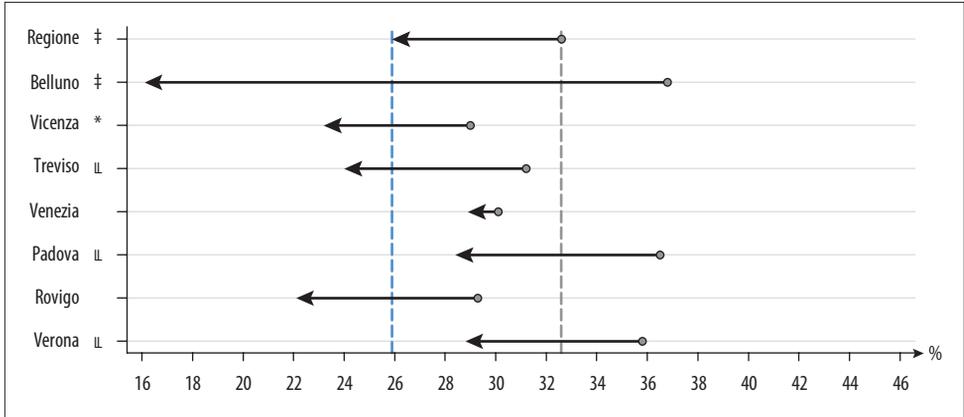
* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale, indagine 2002; Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale, indagine 2006; Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 13.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente nei due mesi precedenti



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale, indagine 2002; Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale, indagine 2006; Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Tabella 13.8 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

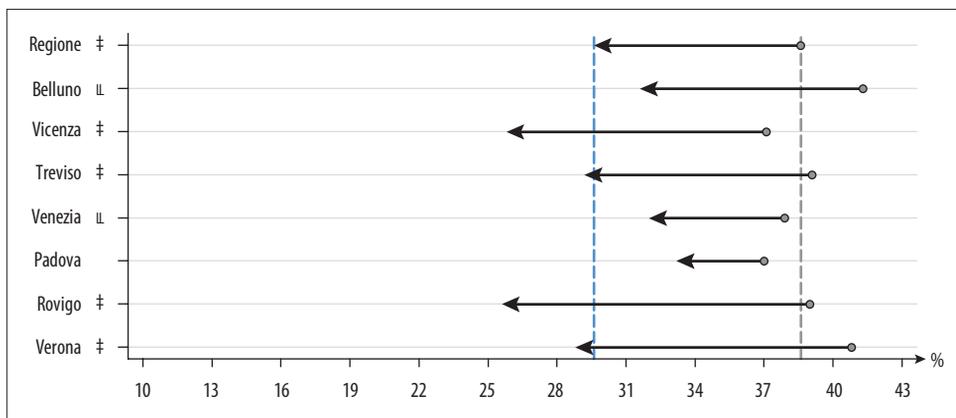
Aver subito atti di bullismo almeno una volta nei due mesi precedenti						
	Anno 2002			Anno 2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	44.7 ‡	32.4 ‡	38.6 ‡	38.2 ‡	20.1 ‡	29.6 ‡
Belluno	51.7 LL	32.6	41.3 LL	38.7 LL	23.2	31.6 LL
Vicenza	44.3 ‡	29.9 ‡	37.1 ‡	31.9 ‡	19.1 ‡	25.8 ‡
Treviso	46.8 LL	30.5 *	39.1 ‡	35.0 LL	21.8 *	29.2 ‡
Venezia	42.4	33.6 ‡	37.9 LL	46.1	17.9 ‡	32.0 LL
Padova	43.4	30.2	37.0	42.6	22.5	33.2
Rovigo	44.7 *	32.2 *	39.0 ‡	34.3 *	14.6 *	25.6 ‡
Verona	43.4	37.6 ‡	40.8 ‡	38.0	19.9 ‡	28.8 ‡
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	33.4 ‡	32.4 ‡	33.0 ‡	24.6 ‡	21.9 ‡	23.3 ‡
Belluno	20.1	30.4 *	24.5	16.4	13.0 *	14.6
Vicenza	35.1 ‡	29.0	32.2 LL	24.4 ‡	26.7	25.4 LL
Treviso	29.6 *	37.9 ‡	34.2 ‡	21.4 *	19.6 ‡	20.6 ‡
Venezia	30.5	20.8	26.3	28.7	18.2	23.6
Padova	35.6 LL	34.7	35.2 ‡	25.1 LL	28.1	26.5 ‡
Rovigo	38.7	39.3	39.0 *	26.1	28.4	27.3 *
Verona	38.7 ‡	36.1 ‡	37.5 ‡	25.8 ‡	17.9 ‡	21.7 ‡
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	22.8 ‡	17.4 ‡	20.1 ‡	17.3 ‡	13.7 ‡	15.4 ‡
Belluno	26.5 LL	12.4	21.1 *	13.0 LL	10.5	11.9 *
Vicenza	21.6 LL	12.8 *	16.5 ‡	12.1 LL	11.7 *	11.9 ‡
Treviso	25.1	16.8	21.2 *	19.2	14.6	16.8 *
Venezia	22.3	16.7	19.5	17.1	12.0	14.4
Padova	23.4	19.3	21.5 LL	18.6	13.6	15.3 LL
Rovigo	13.3	21.5 LL	17.9 *	12.6	8.0 LL	10.6 *
Verona	22.4	22.6	22.5	20.7	21.1	20.8

* Variabile significativa per $p < 0.10$

LL Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Grafico 13.4 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola nei due mesi precedenti



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

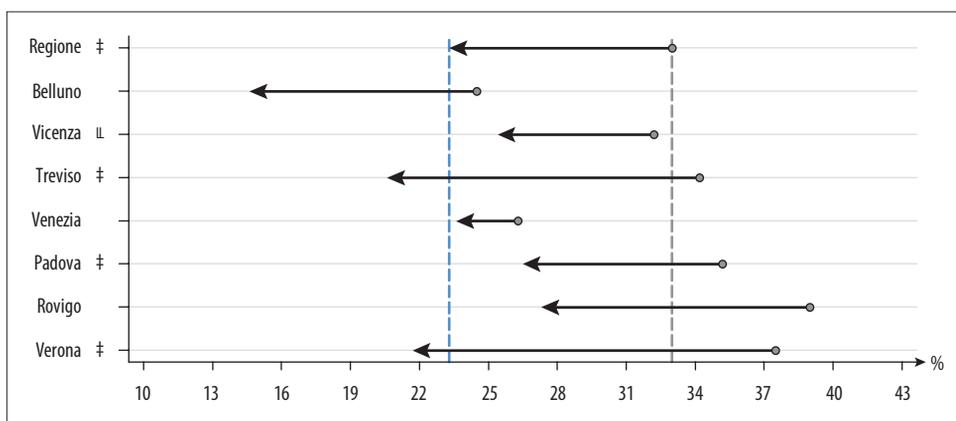
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 13.5 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola nei due mesi precedenti



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

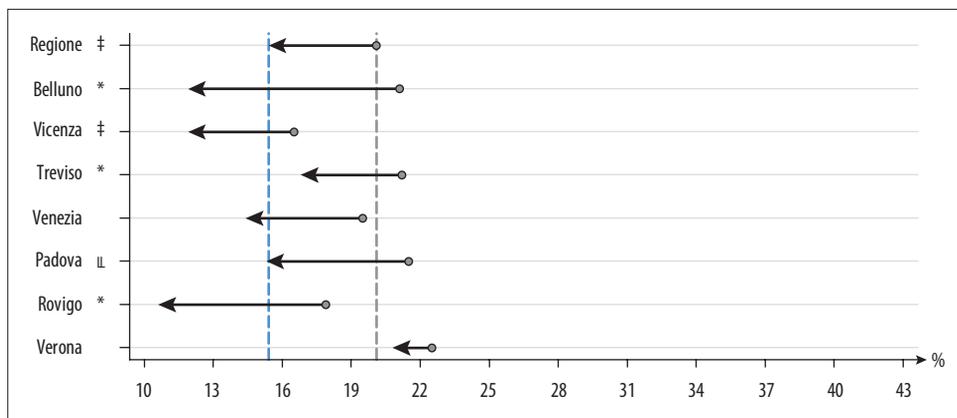
‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

Grafico 13.6 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola nei due mesi precedenti



* Variabile significativa per $p < 0.10$

ll Variabile significativa per $p < 0.05$

‡ Variabile significativa per $p < 0.01$

Linea tratteggiata grigia: frequenza di ragazzi che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola a livello regionale, indagine 2002;

Linea tratteggiata blu: frequenza di ragazzi che hanno subito almeno una volta atti di bullismo a scuola a livello regionale, indagine 2006;

Le frecce indicano le variazioni temporali (verso destra aumento e verso sinistra diminuzione) intercorse tra le due indagini.

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

L'apporto degli strumenti istituzionali

Gli studi più recenti di psicologia dello sviluppo, in particolare quelli relativi ai fattori di rischio, oramai rifiutano ipotesi esplicative deterministiche o uncausali del fenomeno del bullismo a favore di modelli probabilistici e multicausali (41, 42, 5). La maggior parte degli interventi conosciuti a livello locale, nazionale ed internazionale considerano infatti il bullismo come un problema sistemico che, per essere compreso, ha bisogno di essere analizzato sotto diversi aspetti. È dunque utile identificare i fattori di rischio ambientale e individuale che lo amplificano, oltre che i fattori di prevenzione e di riparazione che lo limitano. Il contesto sociale, l'educazione, lo stato psicologico ed emozionale e i problemi fisici sono tutti elementi di elevata rilevanza per la descrizione e l'approfondimento del fenomeno. La famiglia, il gruppo dei pari, la scuola e la comunità sono, in primis, i contesti target su cui incentrare le politiche sociali per renderlo meno violento e meno attraente, per una migliore convivenza e per un vero patto di conoscenza (43, 44).

Assodato che il bullismo non è determinato solamente dal temperamento del sin-

golo individuo o dall'educazione, ma è *sempre* un fenomeno sociale, come tale va interpretato ed affrontato: non bisogna infatti dimenticare che bullo e vittima sono notevolmente condizionati dall'ambiente circostante, che nutre nei loro confronti anche pressanti aspettative "attendendosi" comportamenti e reazioni specifiche. In sostanza, si vengono a creare delle "etichette" – o reputazioni – che l'individuo non riesce a scuotersi di dosso: il ruolo di "bullo" o di "vittima" diventa un segno di riconoscimento, un distintivo, un modo per affermare la propria identità agendo in base alle aspettative altrui (45, 46).

Sull'importanza delle dinamiche implicate nel bullismo l'opinione pubblica è da tempo sensibilizzata e forte è l'attenzione dei massmedia a fronte di casi eclatanti; ciò tuttavia comporta il rischio di creare uno stato di allarme nelle famiglie e nella società, che sovente si risolve nell'addossarsi reciproche responsabilità o in invocazioni alla "tolleranza zero", quasi a trovarsi in presenza di "gesti criminali" e non di azioni di giovani in difficile crescita e in inevitabile – per quanto problematico e sovente doloroso – cambiamento. Nonostante taluni aspetti critici, le risposte istituzionali del Ministero dell'Interno e della Pubblica Istruzione all'attenzione mediatica e alla reale preoccupazione dei cittadini, hanno condotto ad alcune significative azioni in termini di politiche educative e sociali volte al contrasto del bullismo, differenziandosi così dalle passate prassi quando eventi pur gravi, o la diffusione di indicazioni scientifiche sulla portata sociale del fenomeno, erano d'interesse per la cronaca ma non ancora bastevoli all'avvio di opportune politiche di intervento socio-sanitario. Merita allo scopo ricordare che il Ministro Fioroni, sensibilizzato all'importanza di un approccio globale al problema, all'inizio del 2007 (D.M. 16/07) ha emanato le linee di indirizzo generali per fronteggiare il bullismo nonché le indicazioni delle azioni da avviare a livello nazionale e regionale per la prevenzione e il contrasto del fenomeno attraverso la valorizzazione del ruolo degli insegnanti, dei dirigenti scolastici, del personale amministrativo, tecnico ed ausiliario e dei genitori.

La direttiva ministeriale suggerisce un piano di intervento strategico su più fronti, teso a potenziare e costruire contesti di ascolto e di dialogo, promuovendo l'informazione e la formazione in servizio: a livello nazionale prevedendo una campagna di comunicazione con azioni mirate per ogni ordine e grado di scuola; a livello regionale e locale favorendo il protagonismo delle singole istituzioni scolastiche. Allo scopo presso ciascun Ufficio Scolastico Regionale è stato istituito un *Osservatorio Regionale Permanente sul Fenomeno del Bullismo*, con funzioni di monitoraggio costante, di supporto alle attività promosse dalle scuole singolarmente o in collaborazione con altre strutture e istituzioni operanti nel territorio, di collegamento con le diverse istituzioni che, a livello nazionale e locale, si occupano della qualità della scuola e di educazione alla legalità. L'Osservatorio Permanente sul Fenomeno del Bullismo del Veneto, ponendosi all'interno di una cornice interpretativa ampia che non trascuri il tema ben più impegnativo, ma anche maggiormente significativo, della qualità dello stare bene a scuola, si è orientato secondo alcuni principi/criteri che annoverano:

- a) la promozione di una cultura del benessere a scuola di allievi, docenti e genitori, nella linea di assicurare una efficace relazione educativa con le nuove generazioni;
- b) il rifuggire da modelli informativi/formativi “a cascata”, sostanzialmente imposti, per favorire invece la diffusione delle buone prassi già realizzate in molte scuole, la valorizzazione delle capacità di progettazione autonoma delle scuole, l’impiego di tecniche e metodologie attive che favoriscano l’incontro e il dialogo reciproco tra le componenti della comunità scolastica;
- c) la promozione di confronti scientifici per arricchire e favorire lo scambio di progetti di ricerca e di esperienze educative;
- d) il lavoro di rete nel territorio con i diversi soggetti a dimensione educativa e sociale – Scuole Autonome, Enti locali, ASL, Magistratura, Forze dell’Ordine, Tribunale dei Minori, Stampa, Ordine dei giornalisti, ecc. – nella consapevolezza che la sinergia tra le differenti agenzie (laiche e religiose) finalizzate al sostegno e alla cura delle nuove generazioni, è la carta vincente di ogni azione formativa e preventiva.

Interventi educativi di prevenzione e di contrasto

Poiché appare relativamente meno complicato lavorare nelle scuole piuttosto che agire sulle più ampie problematiche implicate a livello familiare e sociale, gli interventi in ambito scolastico rappresentano indubbiamente lo strumento più utilizzato per ridurre il bullismo a scuola. Diverse le applicazioni sperimentate: dalla trasformazione delle aree ricreative per una miglior loro supervisione agli interventi sui programmi curricolari, dai percorsi di supporto fra coetanei sino a precipue politiche scolastiche (44, 47).

Alcune note che possiamo trarre dai più eclatanti fatti di cronaca, supportate dai dati della ricerca più recente, suggeriscono le più urgenti traiettorie da percorrere per potenziare gli interventi di prevenzione e di contrasto al fenomeno. Innanzitutto è importante che siano affrontate e riconosciute le nuove e diverse forme di bullismo. Nel cyberbullying, ad esempio, il ricorso alle nuove tecnologie da parte dei persecutori per inferire sulla vittima va sempre più estendendosi in circuiti extrascolastici connotandosi per aspetti del tutto specifici: la vittima non può sottrarsi alle vessazioni in nessun modo e continua a subire angherie e diffamazioni attraverso messaggi sul cellulare, sul computer o su siti internet (48). D’altra parte, comportamenti di molestia sessuale e di violenza nelle prime esperienze sentimentali, emergono sempre più come modalità di prevaricazione significativa tra adolescenti e preadolescenti (49). È altresì importante superare la dicotomia “bulli” e “vittime”, prevedendo invece attività di riflessione all’interno del gruppo classe che coinvolgano i ruoli di gregario e di spettatore, così da potenziare comportamenti positivi nei supporter del carnefice o da trasformare gli spettatori in difensori del perseguitato. Solo sensibilizzando

la cosiddetta maggioranza silenziosa è infatti possibile rompere il circolo vizioso su cui si fonda il fenomeno di prevaricazioni e soprusi tra pari, da cui è sempre più difficile liberarsi.

E ancora, un peso notevole, nel determinare l'evoluzione del bullismo è l'intervento precoce: sino ai 4-6 anni il ruolo di bullo non è infatti ancora stabile – e ancor meno lo è quello di vittima designata – ciò suggerendo che un intervento anticipato può contribuire a rompere il circolo vizioso che supporta il fenomeno (50).

L'affrontare queste nuove forme di bullismo implica necessariamente l'elaborazione di metodiche consone alle loro precipue caratteristiche, a scapito dell'inevitabile insuccesso di qualsiasi percorso educativo intrapreso: per certi aspetti, infatti, queste forme di bullismo appaiono sempre più radicalizzarsi nel loro manifestarsi in comportamenti oramai trasversali a numerose condizioni (scuola ed extrascuola, relazioni tra compagni, relazioni affettive), assumendo sempre più un carattere di crescente rischio.

Per quanto riguarda *le strategie educative per arginare il fenomeno*, la soluzione sta soprattutto nella promozione di una cultura e di una atmosfera di democrazia e di uguaglianza, attraverso la creazione di un corpus di regole di convivenza condivise e stabilite, *a cui tutti*, docenti, alunni e genitori, possano fare riferimento. In particolare, nella scuola primaria, dove si riscontra la maggior frequenza di atti di bullismo (date le caratteristiche evolutive tipiche dell'età), occorre valorizzare la prevenzione creando una consapevolezza diffusa tra docenti ed alunni, abbassando la soglia di tolleranza nei confronti di questo tipo di comportamento che riduce drasticamente le opportunità di una convivenza civile. Nelle scuole secondarie, invece, contribuiscono a limitare il bullismo la maturazione di una coscienza morale, freni maggiori imposti dai genitori e la più elevata capacità di resistenza delle vittime (33, 34). Se la presenza del fenomeno risulta fortemente correlata al clima e alla dinamica interna al gruppo, sul piano degli interventi, diventa prioritario agire a livello di gruppo-classe e di sistema scolastico nel suo complesso al fine di incidere sulle dinamiche interpersonali che sono alla base di condotte riprovevoli e di relazioni negative tra compagni. Arginare le prepotenze a scuola è dunque possibile, addirittura provando a percorrere strade diverse (51, 52).

Una possibilità è quella di mettere a punto un progetto antibullismo che riguardi il sistema scolastico nel suo complesso, attraverso programmi molto articolati che coinvolgano insegnanti, personale non docente, genitori e tutti gli alunni, non solo quelli designati come bulli e come vittime. L'obiettivo, oltre arrestare subito le prepotenze, è quello di cambiare la politica scolastica ed il clima culturale complessivo, onde scoraggiare sul nascere l'emissione del comportamento prepotente. Per riferire solamente alcuni tra i più noti, programmi simili sono stati attuati con risultati significativi in Norvegia (3, 53), Inghilterra (54, 55), Australia (56), Canada (57).

Anche in Italia, oramai da una quindicina d'anni si stanno diffondendo ovunque significative esperienze di prevenzione e di intervento le quali, pur nella loro diversità

rispetto al livello a cui si collocano (singoli individui, gruppo classe, comunità scolastica, comunità locale) e alla tipologia d'intervento (approccio curricolare, approcci di potenziamento delle abilità emotive e sociali, approcci di potenziamento di promozione della convivenza sociale) offrono confortanti e preziosi modelli per progettare, attivare e monitorare efficaci piani attuativi contro i soprusi e le prepotenze a scuola (34, 58, 59, 60).

Indubbiamente, e con questo concludiamo, la ricerca scientifica non manca di evidenziare come l'approccio che meglio garantisce risultato nel ridurre il fenomeno sia quello istituzionale, ovvero quello che interessa l'organizzazione scolastica nel suo complesso (47): i progetti italiani che hanno realizzato percorsi a questo livello, dopo circa tre anni di intervento hanno portato ad una riduzione di oltre il 50% del fenomeno (5, 58). Questo perché, come s'è detto, il bullismo coinvolge non solo il gruppo dei pari ma anche il contesto culturale entro cui si manifesta, la natura dei rapporti tra scuola e famiglia, il corpus valoriale della società d'appartenenza. Detto approccio, definibile nei termini di "politica scolastica", si riferisce all'elaborazione di un articolato piano operativo caratterizzato dalla capacità di assicurare tutti i soggetti coinvolti, alunni, famiglie, docenti), rispetto all'impegno della scuola medesima nell'individuare la più efficace soluzione in connessione e collaborazione con tutte le agenzie del territorio, così da potersi realmente connotare come *progetto educativo di comunità*.

BIBLIOGRAFIA

1. ESPELAGE DL, SWEARER SM. Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School Psychology Review*, 2003, 32, 365-383.
2. OLWEUS D. Stability of Aggressive Reaction Patterns in Males: A Review. *Psychological Bulletin*, 1979, 86, 4, 852-875.
3. OLWEUS D. *Bullismo a scuola*. Firenze, Giunti, 1996.
4. CRAIG WM, PEPLER DJ. Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Can J Psychiatry*, 2003, vol 48, No 9.
5. MENESINI E. *Bullismo che fare? Prevenzione e strategie d'intervento nella scuola*. Firenze: Giunti, 2000.
6. LYZNICKI JM, MCCAFFREE MA, ROBINOWITZ CB, Childhood Bullying: Implications for Physicians. *American Medical Association*, 2004, 70, 9.
7. SMITH PK, OWIE H, OLAFSSON RF, LIEFOOGHE AP, ALMEIDA A, ARAKI H, DEL BARRIO C, COSTABILE A, DEKLEVA B, HOUNDOUMADI A, KIM K, OLAFSSON RP, ORTEGA R, PAIN J, PATERAKI L, SCHAFFER M, SINGER M, SMORTI A, TODA Y, TOMASSON H, WENXIN Z. Definition of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Dev*, 2002, 73, 4, 1119-33.
8. RASKAUSKAS J, STOLTZ AD. Involvement in Traditional and Electronic Bullying Among Adolescents, *Developmental Psychology*, 2007, Vol. 43, No. 3, 564-575.

9. YBARRA ML, MITCHELL KJ. Youth engaging in online harassment: Associations with caregiver-child relationships, Internet use, and personal characteristics. *Journal of Adolescence*, 2004, 27, 319-336.
10. NANSEL TR, CRAIG W, OVERPECK MD, SALUJA G, RUAN J. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviours and psychosocial adjustment. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2004, 158, 730-736.
- 10.a DUE P, HOLSTEIN BE, LYNCH J. ET AL. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European journal of Public Health*, 2005, 15, 128-132.
11. LI H, FLISHER AJ, LOMBARD CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students *Child Abuse & Neglect*, 2007, 31, 161-171.
12. RIGBY K, SLEE P. Bullying among Australian children: reported behaviour and attitudes to victims. *Journal of Social Psychology*, 1991, 131, 615-627.
13. CRAIG WM, PETERS D, KONARSKI R, *Bullying and victimization among Canadian school children*. Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, 1998.
14. BOULTON MJ, UNDERWOOD K, Bully/Victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 1992, 62, 73-87.
15. SMITH PK, SHARPE S. The problem of school bullying. In: SMITH PK, SHARPE S, eds. *School bullying*. London, Routledge, 1994.
16. OLWEUS D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a schoolbased intervention program. In: PEPLER D, RUBIN K, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1991, 411-448.
17. BUCCOLIERO E, MAGGI M. *Bullismo, bullismi. Le prepotenze in adolescenza*, Angeli, Milano, 2005.
18. OLWEUS D. School-yard bullying Grounds for intervention. *School Safety*, 1987, 6, 4-11.
19. NANSEL TR, OVERPECK M, PILLA RS, RUAN WJ, SIMONS-MORTON B, SCHEIDT, P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285, 2094-2100.
20. KOCHENDERFER-LADD B, SKINNER K. Children's coping strategies: Moderators of the effects of peer victimization? *Developmental Psychology*, 2002, 38, 267-278.
21. GRILLS AE, OLLENDICK TH. Peer victimization, global selfworth, and anxiety in middle school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2002, 31, 59-68.
22. YBARRA ML. Linkages between depressive symptomatology and Internet harassment among young regular internet users. *CyberPsychology & Behavior*, 2004, 7, 247-257.
23. PERREN S, HORNUNG R. Bullying and delinquency in adolescence: Victims' and perpetrators family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 2005, 64, 51-64.
24. JUVONEN J, GRAHAM S, SCHUSTER MA. Bullying among young adolescents: The strong, the weak and the troubled. *Pediatrics*, 2003, 112, 1231-1237.
25. FEKKES M, PIJPERS FIM, VERLOOVE-VANHORICK SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, 2004, 144, 17-22.
26. KALTIALA-HEINO R, RIMPELA M, RANTANEN P, RIMPELA A. Bullying at school-an indicator of adolescents at risk for mental disorders, *Journal of Adolescence*, 2000, 23, 661-674.
27. SOURANDER A, HELSTELÄ L, HELENIUS H, PIHA J Persistence of bullying from childhood to adolescence--a longitudinal 8-year follow-up study, *Child Abuse and Neglect*, 2000, 24, 7, 873-881.

28. MENESINI E, NOCENTINI A. *Bullismo e comportamento a rischio in adolescenza*. Lucca, Assessorato Pubblica Istruzione, 2003.
29. FONZI A. *Il gioco crudele. Studi e ricerche sui correlati psicologici del bullismo*. Firenze: Giunti, 1999.
30. GINI G. *Il bullismo. Le regole della prepotenza tra caratteristiche individuali e potere nel gruppo*. Roma: Edizioni Carlo Amore, 2005.
31. DISHION TJ, FRENCH DC, PATTERSON GR. The development and ecology of antisocial behaviour. In Cicchetti D. e Cohen D.J., *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, Vol. 2 (PP. 421-471). New York: Wiley, 1995.
32. TELEFONO AZZURRO - EURISPES. VI *Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2005*. www.eurispes.it/index.asp www.azzurro.it/home.asp?channel=5.
33. FONZI A. *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola, dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento*. Firenze: Giunti, 1997.
34. MENESINI E. *Bullismo: Le azioni efficaci della scuola. Percorsi italiani alla prevenzione e all'intervento*. Trento: Erickson, 2003.
35. SMITH PK, ANANIADOU K, COWIE H, Interventions to reduce school bullying. *Can J Psychiatry*, 48, 9, October, 2003.
36. CURRIE C, ROBERTS C., MORGAN A, SMITH R, SETTERTOBULTE W., SMADAL O, BARNEKOW RASMUSSEN V. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. WHO Europe, 2004.
37. MIRANDOLA M, BALDASSARI D. (a cura di) I Giovani in Veneto. Approfondimento dei risultati dell'indagine Health Behavior in School-aged Children 2002 dell'OMS, 2006.
38. VIENO A, Santinello M, Martini CM. Il bullismo: fattori individuali e contestuali, *Psicologia Sociale*, 2006, 3, 531-551.
39. VIENO A, GINI G, SANTINELLO M, MIRANDOLA M. Bullismo e vittimizzazione: il ruolo degli stili genitoriali durante la fase preadolescenziale, *Terapia Familiare*, 2007, 84, 31-51.
40. MIOLA G, MIRANDOLA M. SANTINELLO M, (a cura di). Salute e Scuola. Approfondimento dei risultati dell'indagine HBSC 2002 sui giovani di 11, 13 e 15 anni. Cierre edizioni, 2006.
41. OLWEUS D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a schoolbased intervention program. In: Pepler D, Rubin K., eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1991, 411-448.
42. PEPLER D, CRAIG W. Making a difference in bullying. LaMarsh report. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
43. FONZI A. Bullismo. La storia continua... In: *Psicologia contemporanea*, 2006, 197, 28-39.
44. SMITH PK. Bulli in classe: sviluppi nel Regno Unito e a livello internazionale. In: *Cittadini in crescita*, Scaricabile dal sito www.minori.it. Firenze: Istituto degli Innocenti, 2007, 1, 1-11.
45. SALMIVALLI C, LAGERSPETZ KMJ, BJORKQVIST K, OSTERMAN K. & KAUKIAINEN A. Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. In: *Aggressive Behavior*, 1996, 22, 1-15.
46. SALMIVALLI C, LAPPALAINEN M, LAGERSPETZ KMJ. Stability and change of behavior in connection with bullying in schools: a two year follow up. *Aggressive Behavior*, 1998, 24, 205-218.
47. MENESINI E. Vecchie e nuove forme di bullismo. Dall'evoluzione del fenomeno ai modelli di intervento a scuola. In: *Cittadini in crescita*, Scaricabile dal sito www.minori.it. Firenze: Istituto degli Innocenti, 2007, 1, 29-47.
48. CAMPBELL MA. Cyber bullying: An older problem in a new guise? In: *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 2005, 15, 68-76.

49. PEPLER D, CRAIG W, CONNOLLY J, HENDERSON K. Bullying sexual harassment, dating violence and substance use among adolescents. In: Werkele C., Wall A.M. (eds), *The violence and addiction equation*, New York: Brunner-Routledge, 2001, 153-168.
50. MONKS CM, SMITH PK & SWETTENHAM J. Aggressors, victims and defenders in preschool: peer, self and teacher reports. In: *Merrill-Palmer Quarterly*, 2003, 49, 453-469.
51. MENESINI E. Strategie antibullismo. In: *Psicologia contemporanea*, 200, 3-11, 2007.
52. CAROVITA S. *L'alunno prepotente*. Brescia: La Scuola, 2004.
53. GALLOWAY DM, ROLAND E. Is the direct approach to reducing bullying always the best?, In: Smith P.K., Pepler D., Rigby K. (eds.), *Bullying in school: how successful can interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press, 2004, 37-54.
54. SHARP S, SMITH PK (eds.) (1994). *Tackling bullying in your school. A practical handbook for teachers*. London: Routledge. (Trad. it. *Bulli e prepotenti nella scuola. Prevenzione e tecniche educative*, Trento: Erickson, 1995).
55. SMITH DJ, SCHNEIDER BH, SMITH PK, ANANIADOU K. The effectiveness of Whole-school anti-bullying programs: a synthesis of evaluation research. In: *School Psychology Review*, 2004, 33, 547-560.
56. RIGBY K. *Bullying in schools: And what to do about it*. Melbourne: Acer, 1996.
57. PEPLER D, CRAIG W, O'CONNELL P, ATLAS R, CHARACH A. Making a difference in bullying: evaluation of a systemic school-based programme in Canada. In: Smith P.K., Pepler D, Rigby K. (eds.), *Bullying in Schools: How successful can Interventions be?* Cambridge: Cambridge University Press, 2004, 125-140.
58. LAZZARIN MG, ZAMBIANCHI E. (a cura di) *Pratiche didattiche per prevenire il bullismo a scuola*. Milano: Franco Angeli, 2004.
59. BUCCOLIERO E, MAGGI M. *Bullismo, bullismo. Le prepotenze in adolescenza dall'analisi dei casi agli strumenti di intervento*. Milano: Franco Angeli, 2005.
60. MAGGI M, BUCCOLIERO E, (a cura di). *Progetto bullismo L'esperienza e il confronto di quattro progetti di prevenzione*. Piacenza: Editrice Berti, 2006.

Martina Furegato, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Massimo Mirandola

Revisore: Luigi Bertinato

Servizio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali - Regione Veneto

INTRODUZIONE

Nonostante dal 1972 in molti paesi sia diminuita la mortalità dovuta a lesioni accidentali, gli infortuni, che nell'ultima metà del XX secolo hanno preso il posto delle malattie infettive, rimangono la prima causa di morte in tutte le fasce d'età da uno a 34 anni e un'importante causa di perdita di anni di vita potenziali prima dei 65 anni d'età (1, 2, 3).

Si stima che entro il 2020 gli infortuni saranno causa di disabilità maggiore dei problemi cardiovascolari, dei problemi respiratori e dei disagi cerebrovascolari.

Nonostante questo, solo recentemente gli infortuni sono stati riconosciuti un problema sanitario pubblico (4).

La mortalità associata agli infortuni, la perdita della qualità della vita e l'elevato costo economico delle cure mediche sono solo alcuni degli aspetti che rendono gli infortuni uno dei problemi di maggiore priorità per la salute degli adolescenti (5).

Quando si parla di infortuni è necessario distinguere due categorie: quella degli infortuni intenzionali, come l'omicidio in tutte le sue forme (guerra, violenza, terrorismo) e il suicidio e quella degli infortuni non intenzionali che comprendono tutte le altre forme di infortunio (soffocamenti, avvelenamenti, ustioni, attività sportive,

domestiche, ecc.) (4, 6). A queste due categorie sono ascrivibili oltre il 70% di tutte le morti giovanili ed il 17% delle ospedalizzazioni (6-8).

Tra i vari tipi di infortuni vanno annoverati anche gli incidenti da traffico, responsabili, da soli, di oltre un milione di morti ogni anno (28). Si stima che ogni giorno, nel mondo, più di 1000 giovani sotto i 25 anni di età siano vittime di incidenti stradali. Inoltre, gli incidenti stradali sono la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni e la seconda causa di morte tra quelli tra i 10 e i 14 anni di età (29).

Tra gli adolescenti la frequenza di infortuni è determinata da più fattori quali l'età, il sesso, le attività sportive praticate, il contesto socioeconomico e alcuni comportamenti considerati più a rischio d'altri. Ma tra i 10 e i 14 anni, quando i bambini entrano nell'adolescenza, il rischio di infortuni aumenta drammaticamente (9-14).

Gli infortuni sono più frequenti in adolescenza e in infanzia, perchè in quella fase della crescita si è in presenza di una maggior debolezza scheletrica (10) ed anche perchè vi è una maggiore propensione da parte dei più giovani nel ricercare novità, nel credersi invincibili, nell'essere impulsivi e temerari (15). Tali caratteristiche, solitamente, portano ad una errata percezione dei rischi e delle conseguenze dei comportamenti e fanno ignorare o sottovalutare l'importanza dei dispositivi di sicurezza e per questo incrementano, nei giovani, la messa in atto di azioni pericolose per la propria salute (11, 15, 16).

Diversi studi in più Paesi hanno dimostrato che lo sport è una delle principali cause di infortunio tra gli adolescenti. In questo caso il numero di infortuni è strettamente connesso al sesso e alla tipologia di attività svolta ed i luoghi in cui più di frequente si verificano infortuni sono le palestre, gli spazi ricreativi e le scuole (17). Esistono due tipologie di infortuni sportivi, quelli acuti e quelli cronici o da sopruso (6, 10, 18) che possono causare danni anche gravi e che, però, risultano prevedibili e prevenibili, per es. attraverso una strumentazione e preparazione adeguata degli sportivi e degli allenatori, ecc.

Il contesto socioeconomico è un altro fattore rilevante; alcuni studi hanno riscontrato una sua relazione con l'incidenza degli infortuni (19) ed in generale è stata evidenziata una consistente relazione tra la povertà e gli infortuni (20). I soggetti più svantaggiati sembrerebbero avere una maggior propensione al rischio, data spesso da scarse conoscenze e da contesti abitativi poco sicuri.

Altro elemento da considerare sono i comportamenti con fattori di rischio multipli, di sicuro interesse per l'eziologia sociale dell'infortunio (21).

Oltre ad essere la principale causa di morte nei bambini e negli adolescenti, alcuni tipi di infortuni determinano in prospettiva un notevole abbassamento della qualità della vita, nonché un elevato costo economico per la società. A livello individuale, gli infortuni possono arrecare dolore, sofferenza, perdita di produttività e inconvenienti per le vittime e le loro famiglie. Forme più gravi di infortunio possono causare disabilità permanente e richiedere importanti cure mediche o di riabilitazione.

L'impatto degli infortuni sulla società può essere calcolato finanziariamente con i

costi delle cure, la riabilitazione e le perdite in produttività. Negli Stati Uniti all'inizio degli anni '90, per esempio, gli infortuni ai giovani hanno determinato perdite economiche pari a dieci miliardi di dollari all'anno (22, 23).

Negli ultimi anni anche in Italia il fenomeno degli infortuni e, più in particolare, quello degli incidenti domestici ha assunto dimensioni tali da determinare un altrettanto importante costo sociale in ragione delle risorse impiegate per l'assistenza ai disabili e di quelle perdute a causa della invalidità permanente e dei decessi (24, 25). Oltre ai costi diretti, legati all'infortunio e alle cure sono da considerarsi anche i costi indiretti, generalmente sostenuti dalle famiglie, oltre che dal paziente, che tuttavia hanno ripercussioni anche sul contesto sociale più ampio.

METODI

Per valutare la frequenza degli infortuni (26, 27), ai giovani è stata posta una sola domanda preceduta da una definizione di infortunio.

Molti giovani hanno degli infortuni o si fanno male facendo attività come lo sport o durante delle "risse", e questo può accadere in posti diversi come la strada o la propria casa. Sono infortuni anche l'avvelenamento o le ustioni (bruciature). Non sono infortuni le malattie come il morbillo o l'influenza. Le domande che seguono riguardano gli infortuni che puoi aver avuto negli ultimi 12 mesi.

■ *Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un infermiere/a?*

Le risposte possibili erano: *Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, 1 volta, 2 volte, 3 volte, 4 o più volte.*

In conformità alla maggior parte delle indagini di settore, l'arco temporale scelto per la rilevazione degli infortuni è l'anno antecedente alla compilazione del questionario. L'arco temporale è sicuramente un elemento determinante quando si interpretano i dati, poiché un periodo di tempo troppo esteso potrebbe compromettere il corretto ricordo. D'altra parte, però, trattandosi di incidenti che hanno coinvolto un medico o un infermiere, si ritiene abbastanza probabile che il ricordo da parte dei ragazzi possa essere preciso.

Per ottenere la stima della prevalenza del fenomeno è stata dicotomizzata la variabile in modo da avere la modalità: "nessun infortunio" ad indicare l'assenza del fenomeno e "almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi" ad indicarne la presenza. A livello di frequenza, invece, sono state accorpate le modalità in modo da avere tre categorie "mai" (*Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi*), "una volta" (*1 volta*) e "due o più volte" (accorpamento di *2 volte, 3 volte, 4 o più volte*).

RISULTATI E COMMENTI

Livello regionale

In Tabella 14.1 vengono presentate le frequenze relative agli infortuni nei quali sono incorsi i ragazzi durante i 12 mesi precedenti l'indagine. Per quanto riguarda coloro che dichiarano di aver avuto almeno un infortunio, i confronti tra gli strati totali del campione di 11, 13 e 15 anni evidenziano stime che non variano in maniera statisticamente significativa tra un gruppo e l'altro, con valori che oscillano tra il 46% e il 49%; stesso comportamento per le frequenze relative a più di due infortuni nel corso dell'anno, con percentuali più basse (intorno al 20%), ma distribuite in maniera altrettanto omogenea tra i gruppi d'età. La differenza tra le due modalità fa capire che, in realtà, i ragazzi hanno avuto, nella maggior parte dei casi, un solo infortunio.

Se si vanno ad analizzare le differenze di genere, si riscontrano degli scostamenti statisticamente significativi per entrambi gli indicatori di interesse e per tutti gli strati. Lo scostamento maggiore si registra nello strato dei quindicenni per la modalità "aver avuto almeno un infortunio nel corso dell'ultimo anno", dove i maschi superano le femmine di 18 punti percentuali (55.6% vs 37.7%).

Livello provinciale

Analizzando le frequenze a livello provinciale (tab. 14.1) si riscontra che i valori più elevati per la modalità "avere avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi", si riferiscono alla provincia di Rovigo per gli undicenni (58.4%) e a quella di Verona per il gruppo dei 13enni (53.5%), dove i confronti tra le province nei due strati di riferimento sono risultati statisticamente significativi. Nel gruppo dei 15enni, invece, i confronti non hanno prodotto la significatività statistica richiesta per evidenziare una differenziazione nella distribuzione delle frequenze.

Per la modalità "due o più infortuni", l'unico strato a presentare differenze statisticamente significative tra le province è quello degli undicenni, dove la provincia di Rovigo si attesta nuovamente con il valore più elevato (32.1%).

Esaminando le percentuali relative ai maschi che hanno subito almeno un infortunio, non vi sono differenze statisticamente significative in nessuno dei tre strati, mentre per la seconda modalità sia gli undicenni che i quindicenni presentano distribuzioni piuttosto disomogenee. Ciò è particolarmente evidente tra i maschi di prima media inferiore (11enni), dove la differenza più ampia tra le province (20 punti percentuali) in termini di maggiore/minore frequenza di infortuni si verifica nelle realtà provinciali di Rovigo (40.1%) e di Vicenza (20.2%).

Nel caso delle femmine, per entrambe le variabili le stime si distribuiscono in maniera omogenea in tutti gli strati.

Se si va ad analizzare le differenze tra i sessi per la modalità avere avuto almeno un infortunio, le province che presentano una distanza maggiore e statisticamente significativa tra i generi, sono: Treviso per gli undicenni, con uno scarto di 21 punti

percentuali tra maschi e femmine (55.3% vs 34.1%) e la provincia di Rovigo per i ragazzi di 15 anni con una differenza del 28% (58.4% per i maschi vs 30.8% per le femmine).

Nel caso della modalità "due o più infortuni", le province che hanno una distanza tra maschi e femmine più elevata sono: Rovigo per gli undicenni, con uno scarto di 18 punti percentuali tra i sessi (40.1% vs 22.3%) e Treviso per i maschi e le femmine di seconda media superiore (15enni), con una distanza del 20.5% (29.4% vs 8.9%).

Complessivamente, nei tre strati di entrambe le modalità sono sempre i maschi a presentare percentuali più elevate rispetto alle femmine.

Le Aziende ULSS

Le percentuali relative agli infortuni suddivise per ULSS sono presentate in Tabella 14.2.

Per la modalità "aver avuto almeno un infortunio nel corso dell'anno precedente", la distribuzione delle frequenze all'interno delle Aziende ULSS si presenta uniforme in tutti e tre gli strati del campione di 11, 13 e 15 anni, non essendoci differenze significative sotto l'aspetto statistico.

Ciononostante, è possibile descrivere la frequenza degli infortuni (almeno un infortunio) rilevando che per gli studenti di prima media inferiore (11anni), il valore più elevato appartiene all'ULSS 18 di Rovigo (60.8%); per lo strato dei 13enni l'ULSS 20 di Verona (57.1%) e, infine, per lo strato dei 15enni il valore più elevato si registra nell'ULSS 22 di Bussolengo (61.5%).

Anche nel caso dell'aver avuto due o più infortuni, le stime risultano omogenee all'interno dei tre strati.

Per i ragazzi di 11 anni il valore più elevato è nuovamente presente nell'ULSS 18 di Rovigo (35.4%); per quelli di terza media inferiore (13enni) la percentuale più elevata è dell'ULSS 10 (25.7%), mentre per il gruppo dei più grandi (15enni) la ritroviamo nell'ULSS 21 di Legnago (26.7%).

Tabella 14.1 Frequenza degli infortuni nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni durante i 12 mesi precedenti a livello di provincia

	11 anni						13 anni						15 anni						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	
Almeno un infortunio																			
Regione	55.9	3.0	41.5	3.2	49.0	2.2	53.9	3.1	42.2	3.2	48.4	2.2	55.6	2.9	37.7	2.7	46.2	2.0	
Belluno	61.3	10.1	40.4	11.1	51.9	7.7	42.3	13.2	29.7	11.3	35.5	8.7	47.5	10.4	44.4	11.3	46.1	7.8	
Vicenza	48.9	7.0	37.5	7.1	43.4	5.0	50.0	7.5	42.7	7.9	46.7	5.4	48.4	7.3	36.7	6.0	41.5	4.7	
Treviso	55.3	6.9	34.1	7.4	45.9	5.2	50.7	6.7	43.2	7.8	47.5	5.1	55.1	7.0	34.5	6.4	44.3	4.8	
Venezia	61.0	7.9	41.9	8.0	51.3	5.7	55.3	7.7	40.2	7.7	48.0	5.5	56.5	6.8	35.9	6.3	45.5	4.7	
Padova	59.4	7.4	45.2	8.0	52.7	5.5	54.6	7.4	41.1	7.9	48.3	5.5	61.3	8.0	42.8	5.7	49.1	4.7	
Rovigo	64.1	10.8	51.5	12.7	58.4	8.3	57.0	13.1	45.2	13.0	50.7	9.3	58.4	10.3	30.8	10.0	46.7	7.6	
Verona	52.7	7.0	46.5	7.0	49.6	5.0	61.9	7.1	45.8	6.8	53.5	5.0	58.5	6.3	37.6	7.7	50.8	5.0	
Due o più infortuni																			
Regione	26.0	2.7	16.4	2.4	21.4	1.8	22.2	2.6	13.5	2.2	18.1	1.7	25.6	2.6	13.4	1.9	19.2	1.6	
Belluno	24.3	8.9	18.3	8.8	21.6	6.3	22.5	11.2	11.0	7.7	16.3	6.7	19.5	8.2	15.3	8.8	17.6	6.0	
Vicenza	20.2	5.7	13.8	5.1	17.1	3.9	18.1	5.7	14.8	5.6	16.6	4.0	19.4	5.8	13.9	4.3	16.1	3.5	
Treviso	26.4	6.1	11.5	5.0	19.8	4.1	20.3	5.4	15.1	5.7	18.1	4.0	29.4	6.4	8.9	3.8	18.7	3.8	
Venezia	33.3	7.6	19.2	6.3	26.2	5.0	22.3	6.3	10.1	4.7	16.4	4.0	23.4	5.8	13.4	4.5	18.0	3.6	
Padova	25.7	6.6	19.6	6.4	22.8	4.6	25.2	6.5	14.0	5.6	20.0	4.4	32.8	7.9	15.9	4.2	21.6	3.9	
Rovigo	40.1	11.3	22.3	10.6	32.1	8.1	26.6	11.7	17.7	10.1	21.8	7.7	32.2	9.8	12.5	7.3	23.7	6.6	
Verona	22.6	5.9	16.5	5.1	19.5	3.9	25.1	6.4	13.0	4.5	18.8	3.9	24.8	5.6	14.1	5.3	20.8	4.1	

Tabella 14.2 Frequenza degli infortuni nei giovani di 11, 13 e 15 anni durante i 12 mesi precedenti a livello di Azienda ULSS

Regione	Almeno un infortunio						Due o più infortuni					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	49.0	2.2	48.4	2.2	46.2	2.0	21.4	1.8	18.1	1.7	19.2	1.6
ULSS 1	56.7	10.2	36.4	10.7	45.2	10.65	18.9	81.0	16.9	8.4	19.0	8.4
ULSS 2	44.7	11.2	34.1	14.5	47.7	10.6	25.0	9.7	14.6	10.8	15.1	7.6
ULSS 3	45.8	11.5	49.3	11.8	42.4	9.7	22.2	9.6	18.8	9.2	20.2	7.9
ULSS 4	37.3	10.9	33.3	13.3	42.3	9.5	17.3	8.6	8.3	7.8	15.4	6.9
ULSS 5	37.4	9.9	50.0	10.7	40.7	10.4	11.0	6.4	20.2	8.6	15.1	7.6
ULSS 6	49.6	8.4	51.8	8.3	40.6	8.0	17.5	6.4	17.3	6.3	14.7	5.8
ULSS 7	45.0	9.7	42.2	9.6	43.1	9.3	18.0	7.5	16.7	7.2	17.4	7.1
ULSS 8	48.0	9.7	52.0	9.8	45.5	9.2	22.5	8.1	23.0	8.2	19.6	7.4
ULSS 9	44.6	7.7	46.8	7.4	43.9	6.9	18.9	6.1	15.0	5.3	18.9	5.5
ULSS 10	51.2	11.0	56.8	11.3	43.0	8.6	22.5	9.1	25.7	10.0	14.8	6.2
ULSS 12	43.9	10.7	48.9	10.3	44.4	8.4	28.0	9.7	12.2	6.8	19.5	6.7
ULSS 13	54.5	11.1	41.3	11.1	43.3	9.9	24.7	9.6	12.0	7.4	15.5	7.2
ULSS 14	59.4	11.6	47.8	9.1	54.0	10.5	31.9	11.0	20.0	7.3	24.1	9.0
ULSS 15	48.4	9.9	44.9	9.4	50.0	9.9	23.7	8.5	18.7	7.4	24.5	8.5
ULSS 16	54.5	8.1	54.2	8.2	50.0	6.0	22.1	6.7	21.8	6.8	21.1	4.9
ULSS 17	55.3	11.2	41.9	11.2	45.4	9.8	22.4	9.4	18.9	8.9	18.2	7.6
ULSS 18	60.8	10.8	50.8	12.3	46.1	10.2	35.4	10.5	22.2	10.3	25.3	8.9
ULSS 19	52.9	11.9	50.0	11.5	47.7	9.5	23.5	10.1	20.8	9.4	19.6	7.5
ULSS 20	47.0	6.6	57.1	6.7	46.2	6.0	20.3	5.5	23.3	5.7	18.6	4.7
ULSS 21	46.7	11.3	47.2	10.4	45.6	10.3	24.0	9.7	13.5	7.1	26.7	9.1
ULSS 22	55.2	9.5	51.8	9.4	61.5	10.8	16.2	7.0	13.9	6.5	21.8	9.2

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

Dall'indagine HBSC del 2006 a livello regionale è emerso che quasi il 50% degli intervistati ha avuto almeno un infortunio nei 12 mesi precedenti. Il problema è risultato importante in tutte e tre le fasce d'età indagate, con percentuali più alte nei maschi rispetto alle femmine. Rispetto a ciò, pochi altri fattori hanno un impatto così grande sulla salute della popolazione, ma nonostante tale evidenza, gli infortuni spesso non vengono considerati un problema di salute pubblica.

La ricerca HBSC, seppur con i limiti legati alle caratteristiche delle modalità di rilevazione del dato sugli infortuni, stabilite dal protocollo internazionale, ha permesso di definire l'infortunio come un problema importante per la salute dei giovani.

Gli infortuni sono frequentemente percepiti come eventi accidentali. Alcune ricerche hanno invece evidenziato che molti sono prevedibili e quindi evitabili. Questo è il punto di partenza per sviluppare politiche volte alla prevenzione degli infortuni e, contemporaneamente, alla promozione della sicurezza (30).

Una delle maggiori cause di infortunio tra i giovani è lo sport. L'età, il sesso e il tipo di sport praticato sono tutti elementi che incidono moltissimo sul tipo di infortunio e sulla sua gravità (31). Gli infortuni sportivi avvengono prevalentemente nelle palestre, nelle scuole e nei luoghi ricreativi e la loro elevata incidenza richiede senz'altro un intervento. Al fine di promuovere una campagna preventiva è necessario, però, l'identificazione di profili di riferimento per gli infortuni relativi ad ogni sport (31).

Gli infortuni extrascolastici legati allo sport sono sicuramente superiori a quelli che avvengono in ambito scolastico, ma il numero degli infortuni registrati nelle scuole rimane, comunque, troppo alto in rapporto all'elevata supervisione e presenza del personale insegnante a scuola (32). Per questo motivo, uno dei principali target delle politiche di prevenzione dell'infortunio e di promozione della sicurezza dovrebbero essere le istituzioni scolastiche e in particolare alcune specifiche tipologie di scuole, quali ad esempio gli istituti professionali.

Gli infortuni su strada sono anch'essi un'altra grande causa di mortalità e morbilità giovanile. È emerso che le cause di un numero elevato di incidenti stradali sono da ricondurre alla mancata osservanza di semplici norme di sicurezza. L'uso delle cinture di sicurezza, dei seggiolini per bambini e la riduzione dell'assunzione di alcol sono tra le misure più importanti nel ridurre il numero di infortuni e di morti per incidente (30).

Carenti sembrano essere anche gli studi relativi alle caratteristiche dei luoghi dove avvengono gli incidenti. In uno studio canadese sono stati raccolti dati relativi alle caratteristiche dei luoghi dove gli incidenti si sono verificati e sembra che il terreno erboso possa costituire un elemento di maggiore rischio rispetto al terreno sabbioso. In sostanza molti sembrano essere ancora gli elementi che dovrebbero essere considerati all'interno del contesto ambientale e sociale (33).

L'abitudine all'uso di misure di sicurezza può essere promossa da strategie legislati-

ve e da campagne educative, come quelle, ad esempio, perseguite da tempo dalla Regione Veneto e rilanciate nel 2005 per la realizzazione di progetti di prevenzione degli incidenti da traffico mediante l'estensione e lo sviluppo di una rete di agenzie impegnate sul fronte della formazione alla sicurezza stradale nelle scuole. Progetti sperimentali del tipo "Pensasicuro.net" destinati ad una fascia da 0 a 15 anni sono stati il risultato di una pianificazione su base locale interessata a ridurre l'incidenza degli infortuni nei giovani attraverso azioni di sensibilizzazione dei principali fattori di rischio.

Negli ultimi anni ha assunto molta importanza l'eziologia sociale nello studio degli infortuni. Sono molti i determinanti sociali che possono influenzare il rischio di infortunio. Alcuni gruppi sociali sono esposti ad un rischio maggiore rispetto ad altri. La criminalità, la violenza, i comportamenti a più fattori di rischio e la povertà sono solo alcuni degli elementi che determinano un incremento del rischio di infortunio (34). Se il rischio di infortunio è influenzato da specifici determinanti sociali, la prevenzione dell'infortunio e la promozione della sicurezza sono influenzate dal substrato socioculturale. Non vi è sempre la stessa disponibilità da parte della società ad accettare l'infortunio come un problema importante per la salute pubblica. Al di là delle interpretazioni, sul piano della salute pubblica occorre fare riferimento alla differenza di genere rispetto agli interventi che dovrebbero essere pianificati.

L'importanza della prevenzione dell'infortunio dovrebbe essere considerata una questione fondamentale legata alla salute dei giovani, di cui tener conto nella fase di creazione delle politiche nazionali ed internazionali di tutela dei giovani.

Infine, varie strategie di prevenzione sono state sviluppate per affrontare l'infortunio nell'adolescente. Fra queste vi sono strategie educative per ridurre i rischi e promuovere un comportamento sicuro, l'applicazione delle leggi e delle procedure intese a proteggere i bambini e i giovani, e strategie ingegneristiche rivolte a rendere più sicuri gli ambienti in cui vivono i giovani. Sebbene tutto ciò possa risultare efficace, lo sviluppo di una politica pubblica richiede informazioni di base sulla dimensione e diffusione del problema per essere d'aiuto nella pianificazione e gestione delle priorità degli interventi. Il monitoraggio del problema nel tempo potrà servire alla valutazione.

Occorre, quindi, ricercare indagini che hanno utilizzato lo stesso strumento in altri Paesi europei o del nord America per utili confronti, in particolare riguardo all'età in cui i giovani hanno accesso all'uso del motorino, e raccogliere anche riferimenti di politiche regionali o nazionali che sono state valutate e che hanno prodotto risultati positivi. Un confronto tra l'utilizzo precoce di sostanze stupefacenti ed il verificarsi di infortuni durante la settimana potrebbe evidenziare possibili correlazioni tra i due fenomeni.

BIBLIOGRAFIA

1. NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Annual summary of births, marriages, divorces, and deaths: United States, 1993. *Monthly vital statistics report*, 1994, vol. 42, No 13, MD: National Center for Health Statistics.
2. WISQARSTM (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) [database online]. Atlanta GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2004 (<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>, accessed 14 January 2004).
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Years of potential life lost before age 65_United States, 1990 and 1991. *MMWR*, 1993, 42, 251-253.
4. I BARRY PLESS, BRENT E, HAGEL. Injury prevention: a glossary of terms. *J Epidemiol Community Health*, 2005, 59, 182-185.
5. MILLER TR, ROMANO EO, SPICER RS. The cost of childhood unintentional injuries and the value of prevention. *Future Child*; 2000 Spring-Summer; 10, 1, 137-63.
6. YI PAN S, DESMEULES M, MORRISON H, SEMENCIW R, UGNAT AM, THOMPSON W, MAO Y. Adolescent Injury Deaths and Hospitalization in Canada: Magnitude and Temporal Trends (1979 -2003), *Journal of Adolescent Health*, 2007, 41, 84-92.
7. RICHARD J, BONNIE CAROLYN E, FULCO CATHARYN T. Liverman Institute of Medicine Committee on Injury Prevention and Control. *Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 1999.
8. BLUM RW, NELSON-MMARI K. The health of young people in a global context. *J Adolesc Health*, 2004, 35, 402-18.
9. DI SCALA C, GALLAGHER SS, SCHNEPS SE. Causes and outcomes of pediatric injuries occurring at school. *J Sch Health*, 1997, 67, 9, 384-9.
10. RAISSAKI M, APOSTOLAKI E, KARANTANAS AH. Imaging of sports injuries in children and adolescents *European Journal of Radiology*, 2007, 62, 86-96.
11. PICKETT W. Injuries. In: Boyce W, ed. *Young People in Canada: Their Health and Well-being* (Cat. No. H39-498/2004E). Ottawa, ON: Health Canada, 2004.
12. MERRICK J, KANDEL I, BIRNBAUM L, ET AL. Adolescent injury risk behavior. *Int J Adolesc Med Health*, 2004, 16, 207-13.
13. PICKETT W, SCHMID H, BOYCE WF, ET AL. Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2002, 156, 786 -93.
14. KYPRI K, CHALMERS DJ, LANGLEY JD. Adolescent injury mortality in New Zealand and opportunities for prevention. *Int J Adolesc Med Health*, 2002, 14, 27- 41.
15. KELLEY AE, SCHOCHET T, LANDRY CF. Risk taking and novelty seeking in adolescence: introduction to Part I. *Ann N Y Acad Sci*, 2004, 1021, 27-32.
16. MATHEWS J, ZOLLINGERT, PRZYBYLSKI M, BULL M. The association between risk-taking behaviour and the use of safety devices in adolescents. *Annu Proc Assoc Adv Automot Med*, 2001, 45, 23-36.
17. WILLIAM JM, WRIGHT P, CURRIE CE, BEATTIE TF. Sports related injuries in Scottish adolescents aged 11-15. *Br J Sports Med*, 1998, 32, 4, 291-6.
18. CARR K. Musculoskeletal injuries in young athletes. *Clin Family Pract* 2003, 5, 385-415. Anderson SJ. Sports injuries. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2005, 35, 4, 110-64.
19. WILLIAM JM, CURRIE CE, WRIGHT P, ELTON RA, BEATTIE TF. Socioeconomic status and adolescent injuries. *Soc. Sci Med.*, 1997, 44, 12, 1881-91.
20. FAELKER T, PICKETT W, BRISON RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada. *Inj Prev.*, 2000, 6, 3, 203-8.

21. PICKETT W, SCHMID H, BOYCE WF, SIMPSON K, SCHEIDT PC, MAZUR J, MOLCHO M, KING MA, GODEAU E, OVERPECK M, ASZMANN A, SZABO M, HAREL Y. Multiple risk behavior and injury: an international analysis of young people. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 2002, 156, 8, 786-93.
22. MAX W, RICE DP, MACKENZIE EJ. The lifetime cost of injury. *Inquiry*, 1990, 27, 4, 332-343.
23. DANSCECO ER, MILLER TR, SPICER RS. Incidence and costs of 1987-1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*, 1995, 85, 99-104.
24. MINISTERO DELLA SANITÀ. Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e comunicazione ai Cittadini. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese. 2000. Incidenti Domestici, 2001, 175-177.
25. MINISTERO DELLA SALUTE. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2002-2004. Ridurre gli incidenti e la invalidità, 2002, 79-81.
26. CURRIE CE, ET AL. Incidence and distribution of injury among schoolchildren aged 11-15. *Injury Prevention*, 1996, 2, 1, 21-25.
27. SCHEIDT PC, ET AL. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health*, 1995, 85, 7, 932-938.
28. PEDEN M, ET AL. Eds. The world report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004.
29. TOROYAN T, PEDEN M. (eds). Youth and Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2007.
30. PLESS B, HAGEL BE. INJURY PREVENTION: A GLOSSARY OF TERMS. *J. EPIDEMIOLOG COMMUNITY HEALTH*, 2005, 59, 182-185.
31. WILLIAM JM, WRIGHT P, CURRIE CE, BEATTIE TF. Sports related injuries in Scottish adolescents aged 11-15. *Br J Sports Med.*, 1998, 32, 4, 291-6.
32. Miller TR, Spider RS. How safe are our schools? *American Journal of Public Health*, 1998, 88, 3, 413-8.
33. LAFOREST S, ROBITAILLE Y, DORVAL D, LESAGE D, PLESS B. Severity of fall injuries on sand or grass in playgrounds. *J. Epidemiol. Community Health*, 2000, 54, 475-477.
34. FAELKER T, PICKETT W, BRISON RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada. *Inj Prev.*, 2000, 6, 3, 203-8.

Martina Furegato, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Massimo Mirandola

Revisore: Francesco Gallo

Servizio Famiglia - Direzione dei Servizi Sociali - Regione Veneto

INTRODUZIONE

L'adolescenza è una fase della vita in cui i giovani prendono piena consapevolezza della propria sessualità e sviluppano interessi per il sesso opposto diversi rispetto alle età precedenti. Uno dei principali compiti evolutivi dell'adolescenza riguarda, infatti, il consolidamento dell'identità in generale e di quella sessuale in particolare. I cambiamenti fisici, collegati alla pubertà, che caratterizzano questo periodo, rendono l'adolescente fisicamente capace alle prime esperienze sessuali: è però necessario che questa capacità fisica si colleghi anche ad una maturazione affettiva ed emotiva (1, 2, 3).

L'ingresso nella vita sessuale adulta costituisce una delle tappe fondamentali del più generale processo di maturazione che conduce la persona ad abbandonare l'infanzia per assumere le responsabilità della vita adulta ed ha importanti conseguenze sulle modalità di relazione con gli altri e di immagine di sé (4, 5). In ogni cultura e in ogni epoca storica la fase adolescenziale è caratterizzata da un allargamento della sfera sociale e dalla ricerca di un legame di coppia. Da sempre tale legame svolge diverse funzioni psicologiche: aiuta l'adolescente a diventare autonomo, favorendo il distacco emotivo dai genitori e garantendo un adeguato sostegno, facilita la

consapevolezza della propria identità sessuale, fornendo un'importante conferma all'immagine di sé, alla propria autostima e all'identità di ruolo sessuale, aiuta a realizzare una sintesi tra tenerezza e sensualità (6).

Negli ultimi anni tale importante esperienza ha subito notevoli cambiamenti (7-13): l'inizio dell'attività sessuale si è gradualmente spostato verso età più precoci, si è verificato un incremento di gravidanze in età minorile e di infezioni sessualmente trasmesse ed è aumentato l'uso di alcol o di droghe congiuntamente all'attività sessuale.

Questi fattori non possono essere considerati fattori disgiunti, ma rappresentano aspetti collegati del comportamento sessuale giovanile oggi: l'avvicinamento precoce alla sessualità si lega infatti ad un minor uso di preservativi e di altri contraccettivi e ad un alto rischio di gravidanze e di malattie sessualmente trasmissibili. La precocità della prima esperienza sessuale si associa, infatti, ad esperienze non pianificate e non protette e, soprattutto, ad altri comportamenti a rischio (10, 14-15). I ragazzi che si avvicinano troppo precocemente alla sessualità e che la considerano una sfida da superare per affermare la propria volontà e libertà sono maggiormente propensi a non utilizzare i contraccettivi e ad associare l'esperienza sessuale all'uso di sostanze (10, 16-19). Per questo motivo tale comportamento in età precoce è spesso analizzato alla stregua dell'abuso di sostanze o di violenza. Sebbene la sessualità sia per la maggior parte delle persone un aspetto importante e sano della propria vita, lo stesso comportamento messo in atto per "oltrepassare i limiti imposti dagli adulti", per sperimentare nuove sensazioni, appare più simile ai comportamenti a rischio che a una normale fase dello sviluppo (20, 21).

La relazione tra comportamenti a rischio e sessualità precoce appare quindi frequente nelle recenti ricerche (22, 23), associata inoltre a problemi relazionali con i pari e i genitori (24). Gli studi fanno rilevare come la salute sessuale incida fortemente sul benessere individuale e sociale degli adolescenti, nonché sulla qualità della loro vita presente e futura (5, 10): tale relazione risulta negativa se la sessualità è troppo precoce e poco sicura (23, 25, 26, 27).

È noto che l'ambiente in cui i ragazzi crescono determina un certo tipo di comportamento sessuale: il clima relazionale che si respira in famiglia, la natura dei rapporti con le figure parentali, il reddito familiare, il grado di educazione, la religiosità sono tutti fattori in grado di influenzare l'attività sessuale degli adolescenti (28-29), senza dimenticare l'influenza del contesto scolastico (30). Alcuni studi, infatti, hanno evidenziato come il rischio di gravidanza sia maggiore tra le ragazze che non amano la scuola (14). Inoltre, le considerazioni e le aspettative personali che i giovani hanno nei riguardi della vita scolastica e del loro futuro sono risultate predittive di gravidanze future (30). Raphael (5) ha rilevato che l'adozione di un comportamento a rischio è maggiormente prevedibile tra quegli adolescenti che considerano il proprio futuro come contornato da poche opportunità di riuscita piuttosto che tra coloro che si reputano capaci e competenti. I giovani con una bassa percezione di riuscita

nella vita vedono poche alternative future da giustapporre ad una precoce attività sessuale o all'uso di una contraccezione ragionata (17).

La prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, la cui incidenza annuale viene stimata essere intorno ai 333 milioni di casi nel mondo (escludendo l'AIDS), è un'altra importante priorità per il XXI secolo (31). Le malattie infettive però non sono le uniche conseguenze di un'attività sessuale non protetta. Insieme alle malattie, le gravidanze nelle minori di età sono uno tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico tra gli adolescenti nel mondo (32). Inoltre esistono chiari riferimenti in letteratura sulla relazione esistente tra comportamenti a rischio legati alla sfera sessuale in età adolescenziale e lo stato di salute in età adulta (5). Malattie sessualmente trasmesse e gravidanze indesiderate nelle minori, sono largamente prevenibili attraverso sforzi coordinati tra scuola, famiglia, e strutture sanitarie. Lo sviluppo di interventi educativi di provata efficacia richiede però una maggiore conoscenza della natura e dell'estensione del fenomeno, ma soprattutto richiede una profonda conoscenza dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio (33). Inoltre, sebbene molti studi evidenzino una certa confusione anche per le concezioni più basilari legate alla sessualità in adolescenza, gli interventi preventivi dovrebbero andare oltre a momenti di tipo informativo, sviluppando progetti più globali sul tema, prendendo in esame gli aspetti sociali e individuali del fenomeno (34-35).

METODI

L'indagine HBSC del 2001/2002 ha inserito nel questionario una serie di domande standardizzate sulla salute sessuale, destinate ai soli giovani di 15 anni, provenienti dall'indagine *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) sul comportamento giovanile a rischio negli Stati Uniti condotta dall'istituzione americana più autorevole nel campo della salute pubblica: i *Centers for Disease Control and Prevention* (36).

Queste domande, sottoposte ad esaustive interviste pilota per verificarne la comprensione, sono state usate per più di un decennio negli Stati Uniti (37, 11) dove hanno prodotto dati affidabili.

Per la delicatezza delle domande qui di seguito riportate ma, soprattutto, per la bassa frequenza di rapporti sessuali negli adolescenti più giovani, le fasce d'età di 11 e di 13 anni non sono state intervistate.

- *Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche "fare l'amore", "far sesso"...)*

Le risposte possibili erano: *Si, No*.

- *L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, tu o il tuo partner avete usato un preservativo?*

Le risposte possibili erano: *Non ho mai avuto rapporti sessuali completi, Sì, No.*

Questo quesito dà dei suggerimenti per aiutare il giovane a capire il significato del termine "rapporto sessuale". Studi sulla validità delle domande hanno dimostrato che le risposte date da soli sono accurate (38) e che la maggior parte dei giovani interpreta i suggerimenti come indicativi di rapporto vaginale.

- *L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, quale/i metodo/i avete usato per evitare una gravidanza?*

Le risposte possibili erano: *Non ho mai avuto rapporti sessuali completi; Non abbiamo usato alcun metodo per evitare la gravidanza; La pillola; Il preservativo; Spray o schiuma spermicida; Coito interrotto (ritirare il pene dalla vagina prima dell'eiaculazione); Altri metodi; Non saprei.*

Com'è possibile notare, il rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmesse (IST) attraverso altre forme di comportamento sessuale non viene rilevato. Inoltre, chiedendo ai giovani se abbiano mai avuto un rapporto sessuale, non si individuano i soggetti che al momento della domanda erano sessualmente attivi e, quindi, a rischio di gravidanza o di contrarre un'infezione sessualmente trasmessa (IST).

Morris et al. (39) ricordano che gli adolescenti hanno difficoltà a ricordare l'uso che fanno dei contraccettivi, anche se si tratta di brevi periodi di tempo, per la non regolarità dell'utilizzo. Inoltre, gli adolescenti potrebbero usare sporadicamente il preservativo, la pillola anticoncezionale o altri metodi, a seconda della situazione o del partner con cui hanno un rapporto sessuale. Infine, se si chiede qual è il loro comportamento tipico, è più probabile che le risposte degli intervistati (sia adulti che giovani) siano influenzate da quelli che sarebbero i comportamenti socialmente accettati o che rientrano nei canoni della desiderabilità sociale.

RISULTATI E COMMENTI

Esperienza del rapporto sessuale

Livello regionale

In Tabella 15.1 vengono presentate le frequenze a livello regionale dei giovani che hanno avuto rapporti sessuali.

Com'è possibile notare, questa esperienza è stata vissuta dal 27.0% del campione to-

tale dei quindicenni e in percentuale simile sia dai maschi (27.3%) che dalle femmine (26.6%), con confronti di genere non statisticamente significativi.

Livello provinciale

I confronti tra le province venete (statisticamente significativi) sono riportati in Tabella 15.1 e presentano stime più elevate in corrispondenza della provincia di Rovigo, con il 38.5% dei ragazzi che riferisce di avere avuto rapporti sessuali completi. Diversamente, la prevalenza più bassa si rileva nella provincia di Treviso (21.7%) con una distanza di oltre 5 punti percentuali dalla media regionale (27.0%).

Rispetto al genere, le prevalenze rispecchiano l'andamento regionale in termini di scarto percentuale tra i sessi, tranne per la provincia di Padova dove il confronto, statisticamente significativo, tra i maschi e le femmine evidenzia una distanza di 10.4 punti percentuali (35.2% vs 24.8%).

Se si analizzano, invece, i due sessi separatamente, si può facilmente notare una certa disomogeneità tra le varie province: all'interno dello strato dei maschi, il valore più basso si trova in corrispondenza della provincia di Belluno (17.7%) che differisce di circa 18 punti percentuali dal valore più alto delle province di Padova e di Rovigo (35.2% per entrambe). Il confronto all'interno del gruppo delle femmine 15enni mette in risalto come le province di Rovigo (42.1%) e di Treviso (19.7%) rappresentino i due estremi della distribuzione.

Le Aziende ULSS

Le prevalenze relative al fenomeno dell'esperienza del rapporto sessuale completo a livello di ULSS sono presentate nella Tabella 15.2.

Le differenze che intercorrono tra le varie Aziende ULSS sono risultate statisticamente significative e gli estremi evidenziano una notevole distanza percentuale: si passa da un valore minimo di 19.8 punti percentuali dell'ULSS 13 di Dolo, fino ad incontrare i quasi 37 punti percentuali delle ULSS 12 e 22 per arrivare, poi, al valore più alto di 42.1% dell'ULSS 19 di Taglio di Po.

Per la maggior parte delle restanti realtà locali, le frequenze si attestano sotto la stima regionale (27.0%).

Uso di contraccettivi

Livello regionale

Il preservativo, la pillola, il coito interrotto

Nella Tabella 15.3 si riportano le percentuali di giovani quindicenni che hanno fatto uso di metodi contraccettivi durante il loro ultimo rapporto sessuale completo.

Tra i ragazzi 15enni che hanno già avuto esperienze sessuali nella loro vita, il 78.1% di essi risponde di aver utilizzato il preservativo, con una prevalenza maggiore nei ma-

schi (82.5%) rispetto alle femmine (74.0%). Questo dato è sensibilmente più elevato rispetto all'uso di altri metodi come la pillola (11.7%) e il coito interrotto (30.3%). Analizzando le differenze che intercorrono tra i maschi e le femmine nell'uso di questi ultimi due metodi contraccettivi, si nota che nel caso della pillola i valori sono sovrapponibili, mentre nell'ultimo caso le differenze, (statisticamente significative), evidenziano una percentuale maggiore tra le femmine (35.8%) rispetto al sesso opposto (24.2%).

Livello provinciale

Il preservativo

Se si considerano le frequenze distinte per provincia, nell'uso del preservativo non si riscontrano variazioni statisticamente significative e la distribuzione delle stime tra le realtà venete assume un andamento piuttosto omogeneo.

In tutte le province, la percentuale di risposta dei maschi è sempre superiore a quella delle femmine, anche se va notato che l'unica ad avere differenze con significatività statistica tra i sessi è Vicenza: il 92.5% dei ragazzi risponde di aver usato il preservativo durante il loro ultimo rapporto sessuale, contro l'80% delle ragazze.

La pillola

I dati relativi ai quindicenni che hanno risposto di aver utilizzato la pillola come metodo contraccettivo presentano delle differenze significative a livello statistico tra le varie province: la stima più elevata è quella di Venezia (18.9%) che è più del doppio di quella di Belluno (7.7%) e 11 volte quella di Verona (1.7%).

Per i confronti di genere, le variazioni percentuali tra i sessi non sono significative dal punto di vista statistico, mentre lo diventano a livello di analisi intra-sesso. Nello specifico, all'interno del gruppo dei maschi il divario massimo (19 punti percentuali) si riscontra tra la provincia di Verona (2.7%) e quella di Venezia (21.6%). La stessa cosa accade all'interno del gruppo delle femmine, dove la differenza maggiore è nuovamente tra la provincia di Verona, nella quale nessuna ragazza ha dichiarato di utilizzare questo metodo, e la provincia di Venezia (16.9%).

Il coito interrotto

Sebbene questo metodo abbia una copertura contraccettiva molto bassa, la distribuzione delle stime a livello provinciale indica che esso viene ugualmente praticato dai quindicenni, in particolar modo dai giovani della provincia di Belluno (46.2%), seguiti da quelli di Rovigo (38.7%) e dai ragazzi di Verona (37.1%).

Scendendo nel dettaglio delle differenze di genere, troviamo delle distanze tra i sessi statisticamente significative nelle province di Belluno, Vicenza e Treviso: la prima di queste presenta il divario maggiore, con una differenza di quasi 30 punti percentuali tra i maschi e le femmine (29.4% vs 59.1%).

Al contrario dell'uso del preservativo, in questo caso sono le ragazze ad utilizzare questo metodo contraccettivo in percentuale maggiore rispetto ai loro coetanei di sesso opposto.

Sia all'interno del gruppo dei maschi che in quello delle ragazze, vi sono significative differenze (dal punto di vista statistico) che dividono le varie province: per i maschi, il divario più ampio si riscontra tra le province di Vicenza e Verona (12.8% vs 34.7%), mentre nel caso delle femmine la differenza maggiore, di quasi 35 punti percentuali, vede contrapposte le province di Padova (24.7%) e Belluno (59.1%).

Tabella 15.1 Giovani quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	27.3	2.5	26.6	2.4	27.0	1.7
Belluno	17.7	7.6	29.7	10.4	22.9	6.3
Vicenza	22.8	6.1	26.6	5.4	24.7	4.1
Treviso	23.9	6.0	19.7	5.3	21.7	4.0
Venezia	25.5	5.9	31.0	6.0	28.4	4.2
Padova	35.2	7.4	24.8	4.8	28.4	4.1
Rovigo	35.2	9.1	42.1	9.9	38.5	6.7
Verona	30.2	5.6	23.7	6.3	27.6	4.2

Tabella 15.2 Giovani quindicenni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di Azienda ULSS

Regione	Campione totale 15 anni	
	%	IC±
	27.0	1.7
ULSS 1	23.8	9.1
ULSS 2	22.1	8.8
ULSS 3	23.0	8.2
ULSS 4	25.0	8.3
ULSS 5	22.1	8.8
ULSS 6	27.1	7.3
ULSS 7	24.8	8.1
ULSS 8	20.9	7.6
ULSS 9	20.4	5.6
ULSS 10	25.0	7.5
ULSS 12	36.8	8.2
ULSS 13	19.8	8.0
ULSS 14	29.9	9.6
ULSS 15	22.4	8.3
ULSS 16	32.5	5.6
ULSS 17	23.0	8.2
ULSS 18	34.4	9.7
ULSS 19	42.1	9.4
ULSS 20	26.0	5.3
ULSS 21	24.2	8.8
ULSS 22	36.7	10.6

Tabella 15.3 Giovani quindicenni che hanno fatto uso di contraccettivi durante il loro ultimo rapporto sessuale a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
Preservativo (condom)	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	82.5	4.1	74.0	4.5	78.1	3.1
Belluno	94.1	11.2	77.3	17.5	84.6	11.3
Vicenza	92.5	8.2	80.0	9.7	84.8	6.9
Treviso	80.9	11.3	69.8	13.7	75.6	8.9
Venezia	83.3	9.9	73.2	10.3	77.6	7.3
Padova	85.2	9.5	75.0	9.7	79.2	7.0
Rovigo	75.0	14.1	65.0	14.8	69.7	10.3
Verona	76.9	9.4	75.6	13.1	76.5	7.6
Pillola	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	11.3	3.5	12.0	3.4	11.7	2.4
Belluno	5.9	11.2	9.1	12.0	7.7	8.4
Vicenza	15.0	11.1	12.7	8.2	13.6	6.6
Treviso	15.6	10.6	11.9	9.8	13.8	7.3
Venezia	21.6	11.3	16.9	8.7	18.9	6.9
Padova	7.4	7.0	12.3	7.5	10.2	5.3
Rovigo	13.9	11.3	15.4	11.3	14.7	8.0
Verona	2.7	3.6	-	-	1.7	2.4
Coito interrotto	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	24.2	4.7	35.8	5.0	30.3	3.5
Belluno	29.4	21.7	59.1	20.6	46.2	15.7
Vicenza	12.8	10.5	28.6	11.2	22.5	8.1
Treviso	15.9	10.8	42.9	15.0	29.1	9.6
Venezia	29.4	12.5	32.4	10.9	31.1	8.2
Padova	15.1	9.6	24.7	9.9	20.6	7.1
Rovigo	28.6	15.0	47.5	15.5	38.7	11.0
Verona	34.7	10.8	41.5	15.1	37.1	8.8

IMPLICAZIONI DI POLITICA SOCIO-SANITARIA

La salute sessuale e riproduttiva svolge un ruolo cruciale nello sviluppo sociale ed economico di qualsiasi comunità. La promozione della salute sessuale e la lotta ai problemi relativi ad essa sono divenuti delle priorità in molti paesi (40).

L'emergenza dell'infezione pandemica del virus dell'HIV, l'aumento della frequenza delle malattie sessualmente trasmesse e il riconoscimento dell'importanza delle problematiche di violenza hanno evidenziato la necessità di considerare la salute sessuale un'area di lavoro specifica da affrontare con interventi anche a livello intersettoriale.

Negli Stati Uniti l'indagine YRBSS (*Youth Risk Behavior Surveillance System*) sottopone a monitoraggio sei categorie di comportamenti a rischio per la salute. Una di queste riguarda i comportamenti sessuali in relazione alle gravidanze indesiderate e alla diffusione delle infezioni sessualmente trasmesse. L'indagine ha messo in evidenza come i problemi relativi alla salute sessuale abbiano un impatto sulla morbilità e sui problemi sociali dei giovani (41).

La promozione di una corretta educazione sessuale negli adolescenti mediante lo sviluppo di programmi efficaci nella comunità e nella scuola dipende, in buona parte, dalla capacità di acquisire informazioni sulla natura e l'entità del comportamento sessuale tra i giovani (42). Ci sono sempre maggiori evidenze che spiegano come gli interventi più efficaci, in particolare quelli di tipo ecologico, non si limitino solamente a ridurre i fattori di rischio, ma siano finalizzati anche a promuovere i fattori protettivi (43).

Inoltre, la pratica operativa dimostra come la promozione della salute sessuale debba passare anche attraverso una educazione all'affettività e alla relazione.

La maggior parte dei modelli tradizionali di promozione della salute sessuale e di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse si basano sui modelli cognitivo-comportamentali che mirano ad incrementare, in un individuo, le conoscenze su un determinato fenomeno per modificarne l'atteggiamento. Tali modelli presuppongono che sia possibile cambiare le strutture cognitivo-attitudinali di una persona che stanno alla base di un particolare comportamento. Per esempio, questi modelli postulano che un individuo, sufficientemente informato sulla gravità di una data infezione (o delle implicazioni di una gravidanza), sulla propria esposizione personale al rischio di contrarre tale infezione (o concepimento), nonché sui mezzi per prevenirla, necessariamente si attiverà per ridurre il rischio di contrarre l'infezione (o la gravidanza). Molti programmi di prevenzione basati su questi schemi hanno anche usato il *counselling* e altri approcci educativi per influenzare i valori, le percezioni, le motivazioni e gli atteggiamenti di un individuo al fine di incoraggiarlo ad adottare stili di vita sani.

Tuttavia, diversi studi hanno fatto notare che questi modelli vanno incontro ad alcuni limiti (44). Il più importante di tutti è la non considerazione delle variabili di carattere

inter-personale e socio-contestuale che, come ben si sa, sono ritenute determinanti nell'influenzare lo sviluppo delle intenzioni e degli atteggiamenti nelle persone.

Sulla base dell'attuale letteratura, i fattori intra-personali che sono stati associati alla salute sessuale degli adolescenti sono: l'autostima, l'immagine di sé e della propria corporeità, la percezione dell'autocontrollo e della propria vulnerabilità; gli stili di vita e i comportamenti a rischio; l'affettività e la capacità di relazionarsi con l'altro diverso da sé (maschile e femminile); gli atteggiamenti verso i genitori, gli insegnanti e la scuola; la partecipazione e il rendimento scolastico.

Studi dimostrano che promuovere l'autostima e una corretta immagine di sé negli adolescenti può aiutarli a ritardare l'inizio della loro prima esperienza sessuale e ad assumere un atteggiamento positivo nei confronti dell'uso del preservativo come metodo di contraccezione (45).

L'istituzione americana più autorevole nel campo della salute pubblica, i *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), diffondono programmi (*Advocates for youth, Science*) di promozione della salute sessuale e riproduttiva dei giovani per ritardare l'esordio della prima esperienza sessuale e per incrementare l'uso della contraccezione nella prevenzione della gravidanza e del rischio di contrarre infezioni (46).

Tali programmi, concepiti per un pubblico di giovani dai 9 ai 20 anni di età e della durata massima di tre mesi, hanno rivelato la loro efficacia in vari ambiti: educativo, territoriale, clinico. I metodi e le tecniche utilizzate sono molteplici: discussione di gruppo, studio di casi, lezioni frontali, *peer education*, *role-play*, ritiri formativi in strutture residenziali, uso di video, studio di campagne di prevenzione, coinvolgimento di figure adulte.

Nella Regione Veneto, i progetti di prevenzione dell'infezione dell'HIV nella popolazione adolescenziale sono stati attuati dai Servizi di Educazione e Promozione della Salute (SEPS) di alcune Aziende Socio-Sanitarie Locali, in particolare dall'Azienda ULSS 4 dell'Alto Vicentino, dall'Azienda ULSS 12 Veneziana, dalle Aziende ULSS 13 di Mirano e ULSS 19 di Adria che hanno lavorato in maniera sinergica nell'improntare modelli informativi ed educativi di intervento nelle scuole (47, 48).

Tra gli obiettivi specifici, quelli di comportamento hanno mirato a facilitare l'adozione di modi di agire preventivi dell'infezione da HIV e ad aumentare la disponibilità ad affrontare correttamente la tematica con gli adolescenti da parte delle figure intermedie significative (insegnanti, operatori socio-sanitari, rappresentanti degli studenti).

Gli obiettivi educativi, invece, sono stati tesi ad aumentare le conoscenze sul tema modificando gli atteggiamenti connessi; a fornire strumenti aggiornati, didatticamente efficaci e facilmente applicabili da parte delle figure intermedie; ad intervenire sulle fasi di strutturazione dei pregiudizi e delle resistenze alla modifica di comportamenti a rischio, ed infine, a promuovere una riflessione sui temi dell'integrazione sociale delle persone sieropositive.

La metodologia adottata si è focalizzata sulle attività di apprendimento delle abilità

preventive (lavoro a piccoli gruppi, *role-play*, ecc.); sulla formazione degli operatori coinvolti e delle figure intermedie significative, attraverso corsi di formazione che utilizzano sia momenti teorici sia metodologie attive (lezioni, discussioni in piccoli gruppi, simulazioni) e sul passaggio di informazioni corrette ed aggiornate, utilizzando materiali didattici su diversi supporti (testi, volantini, lucidi, videocassette, CD ROM) studiati ad hoc, di facile comprensione e fruizione da parte degli studenti.

Va da sé che l'ambito scolastico si sta dimostrando il terreno più fertile per approntare interventi di prevenzione, poiché in esso interagiscono i tre sistemi di riferimento per il bambino e l'adolescente: il gruppo dei pari, gli insegnanti e i genitori.

Con la legge 162/90 è stato affidato alle scuole di ogni ordine e grado il compito di prevenire l'insorgenza dei fenomeni di disagio e di cosiddetta "devianza minorile". Grazie a questa legge sono nati, nel corso dell'ultimo decennio, il "Progetto Giovani" (49); le iniziative "20 studenti", i Centri di Informazione e Consulenza per le scuole superiori; il "Progetto Ragazzi 2000" (50) per le scuole medie inferiori; il "Progetto Genitori" (sostituito dal "Programma Famiglia" a seguito della Direttiva Ministeriale n.463/98) ed il "Progetto Arcobaleno" per le scuole materne. Contemporaneamente si è formata una rete di referenti che operano all'interno dei singoli istituti scolastici con il compito di promuovere, coordinare e organizzare, ai diversi livelli, le attività di Educazione alla Salute.

In numerose scuole le attività di Educazione alla Salute hanno assunto importanza crescente. L'Educazione alla Salute, dov'è organizzata, ha dato la possibilità di trattare argomenti che di solito le materie curriculari non prevedono, ha reso fattibili delle esperienze che andavano al di là dei consueti programmi ministeriali. Sono affrontati temi quali l'educazione sessuale, la prevenzione delle tossicodipendenze, dell'alcolismo e del tabagismo e la prevenzione dell'AIDS. Temi importanti e attuali indagati soprattutto dal punto di vista della promozione della salute e quindi da esperti di settore.

Oltre a ciò la Regione del Veneto con DGR n. 392 del 11.02.05 ha approvato l'Atto di indirizzo ed organizzazione di Consultori familiari e con la DGR n. 389 del 11.02.05 il Progetto Regionale dei Consultori Familiari Pubblici, al fine di rafforzare, a circa trenta anni dall'attuazione della legge regionale 28/77 sui Consultori, tutte quelle funzioni relative alla salute del singolo, della coppia e della famiglia nella sua interezza. In particolare, sono stati creati anche degli spazi dedicati agli adolescenti (ad esempio: Consultorio adolescenti, Spazio adolescenti, Consultorio giovani, ecc.) che costituiscono attività già consolidate e altamente qualificate in molte realtà e che svolgono funzioni di prevenzione, di consulenza e di assistenza sia di tipo sanitario sia di tipo psicologico e sociale. Con la DGR n. 2644 del 07/08/2007 viene chiesto ai Consultori Familiari di progettare e attivare percorsi di educazione sessuale. Ed inoltre con la DGR n. 2640 del 07/08/2007 e la DGR n. 3923 del 04/12/2007 viene dato spazio e avvio a varie progettualità relative all'adolescenza nelle varie ULSS del Veneto.

Anche molti Enti locali del Veneto, sotto la spinta della legge regionale 29 e dell'ex

legge nazionale 285/97, attraverso i Centri Giovani e l'Operativa di Comunità, hanno messo in moto percorsi di promozione della salute, di educazione all'affettività e alla relazione e di prevenzione a tutte quelle forme di disagio e di comportamenti scorretti che vanno ad incidere sulla salute dell'adolescente.

BIBLIOGRAFIA

1. BRENDGEN M, VITARO F, DOYLE A B, MARKIEWICZ D & BUKOWSKI, WM. Same-sex peer relations and romantic relationships during early adolescence: Interactive links to emotional, behavioral, and academic adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 2002, 48, 77-103.
2. LERNER RM, & CASTELLINO DR. Contemporary developmental theory and adolescence: Developmental systems and applied developmental science. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31, 122-135.
3. PETTER G. Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza. Firenze: La Nuova Italia 1998.
4. CROSNOE R & NEEDHAM B. Holism, Contextual Variability, and the Study of Friendships in Adolescent Development. *Child Development*, 75, 2004, 264-279.
5. RAPHAEL D. Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings and proposed research agendas. *Journal of Adolescents Health*, 1996, 19, 6-16.
6. ROSS J, GODEAU E, DIAS S, VIGNES C, GROSS L. Setting politics aside to collect cross-national data on sexual health of adolescent sexual health in young people - Findings from the HBSC study, SEICUS Report, 2004, vol. 32, 4, 28-34.
7. BOWIE C, FORD N, Sexual behaviour of young people and the risk of HIV infection. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1989, 43, 61-65.
8. NOVICK LF, TERAN S, DOLBEAR G, Sexually transmitted disease in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24, 4, 133-138.
9. NICHOLS HB, HARLOW BL. Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58, 402-406.
10. TUCKER JS, ELLICKSON PL, ORLANDO M, KLEIN DJ. Cigarette smoking from adolescence to young Adulthood: women's developmental Trajectories and Associates outcomes. *Women's Health Issues*, 2006, 16, 30-37.
11. BRENER N, LOWRY R, KANN L, KOLBE L, LEHNHERR J, JANSSEN R & JAFFE H. Trends in sexual risk behaviors among high school students - United States, 1991-2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 5, 38, 856-859.
12. GRUNBAUM JA, KANN L, KINCHEN SA, ROSS JG, GOWDA VR, COLLINS JL, & KOLBE LJ. Youth risk behaviour surveillance - United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 5, 1-62.
13. IRWIN CE, BURG SJ, & UHLER CART C. America's Adolescents: Where Have We Been, Where Are We Going? *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31, 91-121.
14. BONELL C, ALLEN E, STRANGE V, COPAS A, OAKLEY A, STEPHENSON JOHNSON A. The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59, 223-230.

15. CROSBY R, LEICHLITER JS, BRACKBILL R. Longitudinal prediction of sexually transmitted diseases among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18, 4, 312-317.
16. BONINO S. Tra volante e ottovolante. La guida pericolosa. *Psicologia Contemporanea*, 1999, 154, 18-25.
17. FLANIGAN BJ, HITCH M.A. Alcohol use, sexual intercourse and contraception: an exploratory study. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31, 3, 6-40.
18. ROBERTSON JA, PLANT MA. Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22, 1, 75-78.
19. TRAEEN B, LUNDIN KVALEM I. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996, 9, 7, 995-1006.
20. PARKES A, WIGHT D, HENDERSON M, HART G. Explaining Associations between Adolescent Substance Use and Condom Use. *Journal of Adolescent Health* 40. 2007, 180.e1-180.e18.
21. COTTON S, MILLS L, SUCCOP PA, BIRO FM, & ROSENTHAL S. Adolescent Girls' Perceptions of the Timing of Their Sexual Initiation: "Too Young" or "Just Right"? *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34, 453-458.
22. BIGLAN A, METZLER CW, WIRT R, ARY D, NOELL J, OCHS L, FRENCH C, & HOOD D. Social and behavioral factors associated with high risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 1990, 13, 245-61.
23. GUO J, CHUNG I, HILL KG, ET AL. Developmental relationships between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. *J Adolesc Health*, 2002, 31, 354-62.
24. RINK E, TRICKER R, HARVEY M. Onset of Sexual Intercourse Among Female Adolescents: The Influence of Perceptions, Depression, and Ecological Factors. *Journal of Adolescent Health*, 2007.
25. VESELY SK, WYATT VH, & OMAN RF. The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34, 356-65.
26. KAHN JA, ROSENTHAL S, SUCCOP P, HO GYF, & BURK R. Mediators of the association between age of first sexual intercourse and HPV infection in young women. *Pediatrics*, 2002, 109, 1, 24-43.
27. O'DONNELL L, O'DONNELL CR & STUEVE A. Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: The reach for health study. *Family Planning Perspective*, 2001, 33, 268-75.
28. KOTCHICK BA, SHAFFER A, FOREHAND R, & MILLER KS. Adolescent sexual risk behaviour: multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 2001, 21, 493-519.
29. TURNER R, IRWIN C, TSCHANN J, & MILLSTEIN S. Autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviours in early adolescence. *Health Psychology*, 1993, 12, 200-208.
30. CARTER M, MCGEE R, TAYLOR B, WILLIAMS S. Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 2007, 30, 51-62.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Regional Office for Europe Health 21:the health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series No. 6*, 1999.
32. WORLD BANK. (1993). *World development Report*. Washington 1993.
33. BRENNER ND, COLLINS JL, KANN L, WARREN CW, WILLIAMS BI. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141, 6, 575-80.
34. WYNN LL, FOSTER AM, TRUSSELL J. Sex, that act, intercourse, doing it: the language of sexual health in e-mails to the emergency contraception website *Contraception*, 2007, 76, 157-178.
35. SHORT MB, YATES JK, BIRO F, ROSENTHAL SL. Parents and Partners: Enhancing Participation in Contraception Use *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2005, 18, 379-383.
36. KOLBE LJ, KANN L, COLLINS JL. Overview of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Public Health Reports*, 1993, 108, (Supplement 1), 2-10.

37. BRENER N, ET AL. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 14, 6, 575-580.
38. ORR DP, FORTENBERRY JD, BLYTHE M. Validity of self-reported sexual behaviors in adolescent women using biomarker outcomes. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24, 261-266.
39. MORRIS L, WARREN CW, ARAL SO. Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes. *Public Health Reports*, 1993, 108, (Suppl. 1), 31-36.
40. Accelerating progress towards the attainment of international reproductive health goals. A framework for implementing the WHO Global Reproductive Health Strategy. Department of Reproductive Health and Research - World Health Organization, 2006.
41. EATON DK, KANN L, KINCHEN S, ROSS J, HAWKINS J, HARRIS WA, LOWRY R, MCMANUS T, CHYEN D, SHANKLIN S, LIM C, GRUNBAUM JA, WECHSLER H. Youth risk behavior surveillance - United States, 2005. *MMWR Surveill Summ*. 2006, 55, 5, 1-108.
42. ROSS J, GODEAU E, DIAS S, VIGNES C, GROSS L. Setting politics aside to collect cross-national data on sexual health of adolescent sexual health in young people - Findings from the HBSC study, SEICUS Report, 2004, vol. 32, 4, 28-34.
43. Risk and Protective Factors affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries. An analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world. Department of Child and Adolescent Health and Development Family and Community Health. World Health Organization, 2004.
44. MATICKA-TYNDAL E. Can we? Have We? Prevention of sexual transmission of HIV. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1995, 4, 2, 79-10.
45. CHEESBROUGH S, INGHAM R, & MASSEI D. A review of the international evidence on preventing and reducing teenage conceptions: The United States, Canada, Australia and New Zealand. London, GB: Health Education Authority, 1999.
46. Rapporto: Science and Success: Sex Education and Other Programs That Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infection. Advocates for youth, Science, www.cdc.gov/reproductivehealth/AdolescentReproHealth/index.htm.
47. DGR n.3158/1999 "Progetti di Educazione alla Salute presentati dalle Aziende ULSS del Veneto per gli anni 1998/99. Riparto."
48. DGR n.2583/2001 "Progetti di Educazione alla Salute: modalità per l'assegnazione dei finanziamenti regionali" - Progetti presentati dalle Aziende ULSS - Riparto dei contributi per l'anno 2001.
49. CIRCOLARE del Ministero della Pubblica Istruzione n.241 del 2 agosto 1991.
50. CIRCOLARE del Ministero della Pubblica Istruzione n.240 del 2 agosto 1991.

PROSPETTIVE PER IL FUTURO

I sistemi socio-sanitari hanno sempre più bisogno di informazioni attendibili e valide per la pianificazione di politiche di intervento. La Commissione Europea, sia nei precedenti Programmi di salute pubblica sia, in particolare, nell'attuale Programma di azione comunitaria nel campo della salute (2008-2013), ha dato un'importanza notevole a progetti finalizzati al miglioramento dei sistemi epidemiologici ed informativi sulla salute delle popolazioni nei paesi membri.

Le risorse a disposizione sono in generale sempre più scarse ed è ormai comunemente noto come un errato investimento di risorse in un settore non costituisca solo uno spreco, ma anche un danno alla collettività, in quanto l'uso alternativo della stessa risorsa potrebbe produrre *output* diversi per fasce di popolazione diverse.

Disporre di informazioni valide costituisce un plusvalore perchè consentono il monitoraggio prospettico ed il confronto con realtà locali, regionali, nazionali ed internazionali a condizione, però, che esse siano raccolte con procedure standardizzate. Un obiettivo prioritario è costituito dalla possibilità di includere i dati in sistemi informativi complessi in grado di fornire indicatori che permettano l'interscambio di informazioni ed il loro utilizzo da parte di vari utenti.

Allo stato attuale non si dispone in tutto il territorio italiano di indagini correnti di popolazioni per la rilevazione sistematica di fattori di rischio, stili di vita e variabili ambientali e contestuali, a differenza di quanto avviene in quasi tutti i Paesi europei e nel Nord America, anche se alcune sperimentazioni promosse recentemente dal Ministero della Salute - CCM oggi sono in atto, relativamente agli adulti con il sistema di sorveglianza "PASSI" e sui bambini delle elementari con il progetto pilota "OKKIO".

Sotto questo aspetto, la ricerca HBSC si pone come strumento importante col quale ricavare dati di tipo ambientale, contestuale nonché individuale su una fascia della

popolazione poco studiata: quella giovanile, dove il monitoraggio dei comportamenti e dei contesti in cui essi si realizzano diventa un obiettivo per ogni sistema di sanità pubblica che non veda tra i suoi orizzonti solo piani di prevenzione delle malattie, ma si prefigga di condurre politiche di intervento in grado di incidere anche sui fattori comportamentali e sui contesti di vita. Sulla scorta di tali evidenze, lo sviluppo di indagini sui fattori di rischio ecologico-comportamentali in fasce specifiche della popolazione, come quella giovanile consente di rilevare l'insorgenza di possibili comportamenti a rischio già ad uno stadio precoce della loro manifestazione. In questo modo, si producono dati preziosi per coloro che, a vario titolo, sono chiamati a progettare interventi o a decidere politiche di promozione della salute in diversi contesti.

Il fatto di aver voluto poi spingere l'impegno dell'osservazione nell'indagine veneta anche a livello di Unità socio-sanitaria locale è un preciso segnale della volontà di rendere queste informazioni utili al processo programmatico di azioni di salute anche al livello più operativo (e per questo in molti casi più importante), appunto quello locale.

La letteratura scientifica classifica i determinanti della salute in quattro grandi categorie: genetici, sociali, economici e ambientali. Generalmente i determinanti ambientali sono strutturalmente correlati con buona parte dei determinanti sociali ed economici. In questa ottica, è doveroso notare che, per quanto riguarda i determinanti genetici, vi sono già grandi investimenti su scala internazionale e, a parte le implicazioni etiche, il loro impatto è atteso principalmente nei settori diagnostico e terapeutico. Per quanto riguarda invece la prevenzione dei fattori di rischio, questa è già patrimonio delle attuali strategie di lotta alle malattie e riduzione della mortalità nella maggior parte degli stati europei ed anche nel Veneto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce ai Paesi membri di non limitare lo sforzo solo nel settore preventivo, ma di muovere verso una strategia di promozione della salute basata sulla integrazione delle azioni volte a condizionare i determinanti della Salute, quest'ultima intesa non semplicemente come assenza di malattia, ma come completo stato di benessere bio-psico-sociale.

È oramai convinzione consolidata che la salute, oltre a costituire un aspetto fondamentale della qualità della vita degli individui, sia anche un bene essenziale per lo sviluppo sociale ed economico. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono comprometterla. Questa è la visione che ha ispirato la stesura del lavoro.

Considerare la Salute come un bene sociale, significa assumere che gli individui e i gruppi possono diventare soggetti attivi nel suo perseguimento, quando siano messi nella condizione di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi.

In questa logica, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario e di altri singoli settori (istruzione, trasporti, occupazione ecc.), ma

è primaria responsabilità della politica. Vari studi (1-4) hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto della salute. I fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni fisiche dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%.

Si capisce, allora, come gli stili di vita, nel determinare lo stato di salute e il benessere dei giovani e la loro futura salute di uomini, rappresentino solo una delle importanti acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute. La vera sfida è l'azione sulle condizioni di vita in cui i giovani si trovano a crescere.

Il nostro scopo è stato quello di fornire un contributo informativo per quanti si trovino nella condizione di sviluppare programmi e politiche e di decidere azioni in favore dei giovani.

Probabilmente, siamo riusciti solo in parte in questo intento, ma riteniamo che con il succedersi delle indagini, le considerazioni e le informazioni che vengono prodotte saranno, verosimilmente, sempre più complete ed articolate, con approfondimenti anche rispetto alle tendenze dei comportamenti. Ciò si è reso possibile già a partire da questa seconda indagine, dove i confronti temporali hanno consentito una valutazione dei fenomeni indagati in termini di crescita o di decrescita rispetto a quanto rilevato nel 2002.

Se, da un lato, il rapporto sui dati del 2006 contiene qualche informazione rassicurante sulla salute dei giovani, dall'altro lato resta ancora molto da fare. Il coinvolgimento dei giovani nelle politiche che li riguardano resta, comunque, la priorità da realizzare.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAHAM H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Millbank Quarterly*, 2004, 82,101-24.
2. NAZROO JY. Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20, 714-34.
3. KILLORAN A, AND KELLY MP. Towards an evidence approach to tackling health inequalities: the English experience. *Health Education Journal*, 2004, 63, 7-14.
4. Office for National Statistics (ONS). Living in Britain: results from the 2002 General Household Survey. London: Stationery Office, 2004.

ELENCO DELLE SCUOLE PARTECIPANTI ALLA RICERCA HBSC IN VENETO

BELLUNO

Centro di Formazione Professionale Istituto Scolastico LEONARDO DA VINCI

Via F. Ostilio - BELLUNO

Istituto Professionale Commerciale (St.) SEZ. I.P.S.S.C.T.

Via Fabbro, 30 - loc. PELOS di VIGO DI CADORE - VIGO DI CADORE

Istituto Professionale per l'Agricoltura (St.) ANTONIO DELLA LUCIA

Via Vellai, 41 - FELTRE

Istituto Magistrale (P.) VITTORINO DA FELTRE

Via Montegrappa, 1 - FELTRE

Istituto Magistrale (St.) G. RENIER

Via C. Marchesi, 71 - BELLUNO

Istituto Tecnico Industriale (St.) G. SEGATO

Via J. Tasso, 11 - BELLUNO

Istituto Tecnico Industriale (St.) L. NEGRELLI

Via C. Colombo, 11 - Loc. BOSCARIZ di FELTRE - FELTRE

Istituto Tecnico Industriale per geometri

Via Colombo, 18 - FELTRE

Liceo Scientifico (St.) DAL PIAZ

Via Boscariz , 2 - FELTRE

Liceo Scientifico (St.) G. GALILEI

Via Gregorio XVI , 33 - BELLUNO

Scuola Secondaria di IA° (St.) IPPOLITO NIEVO

Via Mur di Cadola , 12 - BELLUNO

Scuola Secondaria di IA° (St.) SEBASTIANO RICCI

Via Cavour, 2 - BELLUNO

Scuola Secondaria di IA° (St.) TIZIANO

P.le Martiri della Libertà, 3 - PIEVE DI CADORE

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Attilio Tissi, 19 - CENCENIGHE AGORDINO

Scuola Secondaria di IA° (St.) DINO BUZZATTI

Via Carducci, 6 - CAPRILE di ALLEGHE - ALLEGHE

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Galilei - LENTIAI

Scuola Secondaria di IA° (St.) GINO ROCCA

Via A. Fusinato, 14 - FELTRE

Scuola Secondaria di IA° (P.) VITTORINO DA FELTRE

Via Montegrappa, 1 - FELTRE

Scuola Secondaria di IA° (St.) MARCO DA MELO

Via Sant'Andrea, 4 - MEL

VICENZA

Centro di Formazione Professionale ENGIM VENETO SCUOLA ALBERGHIERA

Via G. Rumor - TONEZZA DEL CIMONE

Istituto Professionale per l'Agricoltura (St.) PAROLINI

Via San Bortolo, 19 - BASSANO DEL GRAPPA

Istituto Professionale Commerciale (S.) REMONDINI

Via Travettore, 33 - BASSANO DEL GRAPPA

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.) G.B.GARBIN

Via Tito Livio, 7 - SCHIO

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.) L. LUZZATTI

Via A. de Gasperi, 1 - VALDAGNO

Istituto Professionale Commerciale (St.) Istit.Prof.Serv.Comm. Tur. A. DA SCHIO

Via Cappellari, 21 - VICENZA

Istituto Comprensivo GIURIOLO

Contrà Riale - VICENZA

Istituto d'Arte (St.) G. DE FABRIS

Via Giove - NOVE

Istituto Magistrale (Par.) FARINA

Via IV Novembre, 30 - VICENZA

Istituto Superiore (St.) G. G. TRISSINO

Via G.Marzotto, 1 - VALDAGNO

Istituto Tecnico Agrario (St.) A. TRENTIN

Via Bonioli, 9 - LONIGO

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) L. e V. PASINI

Via T.Livio, 1 - SCHIO

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) U. MASOTTO

Via Marconi, 1 - NOVENTA VICENTINA

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) PIOVENE

Corso San Felice - VICENZA

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) DA VINCI

Via A.Fortis, 3 - ARZIGNANO

Istituto Tecnico Industriale (St.) FERMI

Via S.Croce - BASSANO DEL GRAPPA

Istituto Tecnico Industriale (St.) S. DE PRETTO

Via XXIX Aprile, 40 - SCHIO

Istituto Tecnico per Attività Sociali (S.) BOSCARDIN

Via Baden Powell, 35 - VICENZA

Liceo Classico (St.) Liceo Classico F. CORRADINI

Via 1° Maggio, 15 - THIENE

Liceo Classico (S.) Scient./Ling. G. G. TRISSINO

Lungo A. Manzoni, 18 - VALDAGNO

Liceo Classico (St.) A. PIGAFETTA

Contrà Cordenons, 1 - VICENZA

Liceo Scientifico (S.) J. DA PONTE

Viale San T. d'Aquino - BASSANO DEL GRAPPA

Liceo Scientifico (St.) G.B. QUADRI

Via Baden Powell, 33 - VICENZA

Scuola Secondaria di IA° (St.) BELLAVITIS

Via Colombare, 4 - BASSANO DEL GRAPPA

Scuola Secondaria di IA° (St.) MARCONI

piazza A. Moro - CASSOLA

Scuola Secondaria di IA° (St.) REGGENZA 7 COMUNI

Via Monsignor Bortoli, 1 - ASIAGO

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Marconi, 3 - POVE DEL GRAPPA

Scuola Secondaria di IA° (S.) G. PASCOLI

Via Mons. P. Bicego, 2 - VALLI DEL PASUBIO

Scuola Secondaria di IA° (St.) NODARI

Via Matteotti, 26 - LUGO DI VICENZA

Scuola Secondaria di IA° (S.) LAVERDA

P.tta degli Alpini, 12 - BREGANZE

Scuola Secondaria di IA° (S.) BATTISTELLA

Via Vercelli, 1 - SCHIO

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Bonazzi - ARZIGNANO

Scuola Secondaria di IA° (St.) A. FRANK

Via Zannato - MONTECCHIO MAGGIORE

Scuola Secondaria di IA° (St.) FOGAZZARO

Via Roma, 29 - TRISSINO

Scuola Secondaria di IA° (St.) MELEDO

Via D. Chiesa, 9/B - SAREGO

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Chiesa, 8 - GRUMOLO DELLE ABBADESSE

Scuola Secondaria di IA° (S.) U. FOSCOLO

Via Torri, 29 - Loc. Torri di ARCUGNANO - ARCUGNANO

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Aldo Moro, 7 - TORRI DI QUARTESOLO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. BORTOLAN

Via Piovene, 31 - VICENZA

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Europa, 45 - CAMISANO VICENTINO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. ZANELLA

Via Centro Studi - SANDRIGO

TREVISO

Centro di Formazione Professionale ASS. LA NOSTRA FAMIGLIA

Via Costa Alta, 37 - CONEGLIANO

Centro di Formazione Professionale ENGIM VENETO BRANDOLINI

(sede staccata Turazza Treviso) Via Brandolini, 6 - ODERZO

Istituto Professionale Alberghiero (St.) I.P.S.S.A.R.

Via Caduti di Cefalonia, 19 - TREVISO

Istituto Professionale Femminile (St.) I.P.S.S.S.

Via Cal di Breda, 108 - TREVISO

Istituto Professionale Industria e Artigianato (S.) GALILEO GALILEI

Via Avenale, 6 - CASTELFRANCO VENETO

Istituto Professionale per l'Agricoltura (St.) DOMENICO SARTOR

Via Postioma, 17 - CASTELFRANCO VENETO

Istituto d'Arte (St.)

Via Maschietto, 14 - VITTORIO VENETO

Istituto Magistrale (S.)

Via Caccianiga, 5 - TREVISO

Istituto Tecnico Commerciale (St.)

Via del lavoro, 14 - CONEGLIANO

Istituto Tecnico Commerciale e per geometri (S.)

Via Verdi, 40 - CASTELFRANCO VENETO

Istituto Tecnico Commerciale e per geometri (St.)

Via Sansovino, 6 - MONTEBELLUNA

Istituto Tecnico Commerciale (Par.) FILIPPIN

Via Cardinal Maffi, 2 - Via S.Giacomo, 4 - PADERNO DEL GRAPPA

Istituto Tecnico Commerciale e per geometri (S.)

Via Masotti, 2 - ODERZO

Istituto Tecnico Commerciale (St.)

Piazza della Vittoria, 3/4 - TREVISO

Istituto Tecnico I FLAMINIO

Via Cavour, 5 - VITTORIO VENETO

Istituto Tecnico per il Turismo (S.)

Via G. Galilei, 6 - CONEGLIANO

Liceo Classico (S.) GIORGIONE

Via Verdi, 25 - CASTELFRANCO VENETO

Liceo Classico (S.) ANTONIO CANOVA

Via Mura di San Teonisto, 16 - TREVISO

Liceo Scientifico (St.) MARCONI

Via J. F. Kennedy, 12 - CONEGLIANO

Liceo Scientifico (St.)

Via F. Barbiero, 82 - MOGLIANO VENETO

Liceo Scientifico (St.)

Viale Europa, 32 - TREVISO

Scuola Secondaria di IA° (S.) L. DA PONTE

Via dello Stadio, 5 - VITTORIO VENETO

Scuola Secondaria di IA° (St.) SACCON

Via A. De Gasperi, 48 - SAN VENDEMIANO

Scuola Secondaria di IA° (St.) I. NIEVO

Viale Rimembranza, 7 - SERNAGLIA DELLA BATTAGLIA

Scuola Secondaria di IA° (St.) T. VECELLIO

Via Garibaldi, 8 - COLLE UMBERTO

Scuola Secondaria di IA° (P.) BALBI VALIER

Via Sartori, 47 - PIEVE DI SOLIGO

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Viale Papa Giovanni XXIII, 6 - CASTELCUCCO

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Via XXV Aprile, 8 - Loc. ONIGO di PEDEROBBA - PEDEROBBA

Scuola Secondaria di IA° (St.) S. FLORIANO

Via Postioma di San Floriano, 10 - CASTELFRANCO VENETO

Scuola Secondaria di IA° (St.) GIORGIONE

Via Volta ,3 - CASTELFRANCO VENETO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. SARTO

Viale Battisti, 6 - CASTELFRANCO VENETO

Scuola Secondaria di IA° (St.) L. STEFANINI

Viale terza Armata, 35 - TREVISO

Scuola Secondaria di IA° (St.) TOTI DAL MONTE

Via Gagliardi, 9 - MOGLIANO VENETO

Scuola Secondaria di IA° (St.) COLETTI

Via Santa Bona Nuova, 110 - TREVISO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. GIRARDINI

Viale Europa, 16 - MOTTA DI LIVENZA

Scuola Secondaria di IA° (St.) A. VIVALDI

Via Peschiere, 16 - CASIER

Scuola Secondaria di IA° (S.) I. NIEVO

Via Tommaseo, 4 - PONTE DI PIAVE

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via J.F.Kennedy, 5 - FONTANELLE

Scuola Secondaria di IA° (S.) G. CORAZZIN

Via Marangona - ARCADE

Scuola Secondaria di IA° (P.) IST. CANOS.

V.le Europa, 20 - MADONNA del GRAPPA di TREVISO - TREVISO

VENEZIA

Centro di Formazione Professionale CNOS FAP C.F.P. DON BOSCO

Via XIII Martiri - SAN DONÀ DI PIAVE

Centro di Formazione Professionale IPEA

Via garza, 4 - SAN DONÀ DI PIAVE

Endo-Fap Mestre istituto BERNA

Via Bissuola - MESTRE

Istituto Professionale Commerciale (S.) I.P.S.S.C.T. C. MUSATTI

Via rinascita, 3 - DOLO

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.) Sup. IPSIA MATTEI

Via G. Leopardi, 15 - SANTO STINO DI LIVENZA

Istituto Professionale Industriale e Attività Marinare (St.) Sup. IPSAM CINI

Via A. Moro, Borgo San Giovanni - CHIOGGIA

Istituto Magistrale (St.) MARCO BELLI

Piazza Marconi, 10 - PORTOGRUARO

Istituto Magistrale (St.) Sup. GOLDONI

Via Togliatti - B.GO S.GIOVANNI di CHIOGGIA - CHIOGGIA

Istituto Superiore (St.) VERONESE

Via Togliatti - CHIOGGIA

Istituto Tecnico Commerciale (St.)

Via C. Frasio, 27 - DOLO

Istituto Tecnico Industriale (S.) Sup. RIGHI

Via Aldo Moro, 1097 - CHIOGGIA

Istituto Tecnico Industriale (St.) Sup. VOLTERRA

Via Milano, 9 - SAN DONÀ DI PIAVE

Istituto Tecnico Industriale (S.) Sup. PACINOTTI

Via Caneve, 93 - MESTRE

Istituto Tecnico Industriale (S.) Sup. ZUCCANTE

Via Baglioni, 22 - VENEZIA

Istituto Tecnico Industriale (St.) Sup. LEVI

Via Matteotti - MIRANO

Istituto Tecnico Nautico (St.) Sup. VENIER

Castello, 787 - VENEZIA

Istituto Tecnico per il Turismo (S.) F. ALGAROTTI (sede COLETTI)

Cannaregio, 2991 - VENEZIA

Istituto Tecnico per il Turismo (St.) Sup. GRITTI

Muratori, 7 - MESTRE VENEZIA

Liceo Artistico (St.) Sup.

Dorsoduro, 1012 - VENEZIA

Liceo Classico e scientifico (St.) Sup. XXV APRILE

Corso Martiri della Libertà 13, PORTOGRUARO

Liceo Classico (S.) Sup. SEZ. ASS.

Via Matteotti - Loc. CORNER - MIRANO

Liceo Linguistico (Par.) S. LUIGI

Via Fratelli Bandiera, 1 - ERACLEA

Liceo Psicopedagogico (S.) Sup. TOMMASEO

Dorsoduro, 1073 - Loc. Marco Polo - VENEZIA

Liceo Scientifico (S.) Sup. MAJORANA

Via Matteotti - MIRANO

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. S. D. SAVIO

Via Domenico Savio, 1 - FOSSALTA DI PIAVE

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. G. D'ANNUNZIO

Via Nausicaa, 18 - JESOLO

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. IESOLO ITALO CALVINO

Pizza Matteotti, 12 - JESOLO

Scuola Secondaria IA° (St.) Med. D. BERTOLINI

Via Liguri, 32 - PORTOGRUARO

Scuola Secondaria IA° (S.) Med. D. ALIGHIERI

S. Marco, 3042 - VENEZIA

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. F. MOROSINI

S. croce, 1882 - VENEZIA

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. E. FERMI

Via Tiepolo, 8 - ZELARINO

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. CARPACCIO

Via Pisani, 1 - CAVALLINO-TREPORTI

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. P. LOREDAN

Sest. Scarpa - VENEZIA

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med.

Via Loredan, 51 - STRA'

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. A. GRAMSCI

Via Matteotti, 51 - CAMPONOGARA

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. G. PASCOLI

Via G.B. Rossi, 20 - NOALE

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. G. LEOPARDI

Via E. Toti, 33 - MIRA

Scuola Secondaria di IA° (St.) Med. S. PELLICO

Calle Veronese, 856 - CHIOGGIA

PADOVA

Centro di Formazione Professionale e di Orientamento ETTORE BENTSIK

Via Nicolò da Lonigo - PADOVA

Centro di Formazione Professionale ENAIP Veneto

Via V. Emanuele II - PIAZZOLA SUL BRENTA

Educando (St.) SAN BENEDETTO

Via S. Benedetto, 16 - MONTAGNANA

Istituto Professionale Alberghiero (St.) J. DA MONTAGNANA

Via Adua, 7 - MONTAGNANA

Istituto Professionale Commerciale (St.) G. VALLE

Via Tiziano Minio, 13 - PADOVA

Istituto Professionale Industria e Artigianato (S.) MARIANO FORTUNY

Via Bonora, 5 - CAMPOSAMPIERO

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.) BERNARDI

Via Manzoni, 76 - PADOVA

Istituto comprensivo BUONARROTI

V.le Po, 20 - RUBANO

Istituto d'Arte (S.)

V.le dello Sport, 28 - CITTADELLA

Istituto Magistrale (St.) F. FUSINATO - Sez. Aggregata

Via Monte Santo - PADOVA

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) E. DE NICOLA

Via Parini, 10/c - PIOVE DI SACCO

Istituto Tecnico Commerciale (St.) P.F. CALVI

Via S.Chiera, 10 - PADOVA

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) L.B. ALBERTI

Via A. Pillon, 4 - ABANO TERME

Istituto Tecnico Commerciale (S.) E. MATTEI

Via L.Traverso, 6 - CONSELVE

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) J.F. KENNEDY

Via A. De Gasperi, 20 - MONSELICE

Istituto Tecnico Femminile (St.) P. SCALCERLE

Via Delle Cave, 174 - PADOVA

Istituto Tecnico Industriale (St.) A. MEUCCI

Via V.Alfieri, 58 - CITTADELLA

Istituto Tecnico Industriale NATTA

Via Leopardi, 14/A - PADOVA

Liceo Classico (St.) G.B. FERRARI

Via dell'atleta, 1 - ESTE

Liceo Classico (St.) C. MARCHESI

V.le Codalunga, 1 - PADOVA

Liceo Scientifico (St.) R. DA PIAZZOLA

Via Dante, 4 - PIAZZOLA SUL BRENTA

Liceo Scientifico (S.)

C.so V.Emanuele II', 50 - PADOVA

Liceo Scientifico (St.) I. NIEVO

Via G.Barbarigo, 38

PADOVA

Scuola Magistrale (P.)

Riviera San Benedetto, 88 - PADOVA

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. TARTINI

Via G.Vicentini, 21 - NOVENTA PADOVANA

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Via Tito Livio, 1 - ALBIGNASEGO

Scuola Secondaria di IA° (St.) PAPA GIOVANNI XXIII

V.le delle Olimpiadi, 27 - MASERÀ DI PADOVA

Scuola Secondaria di IA° (St.) A. DORIA

V.le Pascoli - RONCAGLIA di PONTE SAN NICOLÒ - PONTE SAN NICOLÒ

Scuola Secondaria IA° (P.) DON BOSCO

Via S. Camillo De Lellis, 4 - PADOVA

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Roma - CARCERI

Scuola Secondaria di IA° (S.) A. PILONATO

Via Mazzini, 8 - ILc. CAPOLUOGO di VO' - VO'

Scuola Secondaria di IA° (S.) A. MORO

Via Roma, 69 - DUE CARRARE

Scuola Secondaria di IA° (St.) NICOLÒ TOMMASEO

Via Mons. Beggiato, 48 - CONSELVE

Scuola Secondaria di IA° (S.) ENRICO CATERINO DAVILA

Via S.Francesco, 2 - PIOVE DI SACCO

Scuola Secondaria di IA° (S.)

V.le Melzi, 9 - CORREZZOLA

Scuola Secondaria di IA° (S.) GIACOMO LEOPARDI

Vicolo Serravalle, 4 - PONTELONGO

Scuola Secondaria di IA° (S.) DON BOSCO

Via A.De Gasperi, 45 - Loc. MARSANGO - CAMPO SAN MARTINO

Scuola Secondaria di IA° (St.) D. PELLEGRINI

V.le Europa, 41 - GALLIERA VENETA

Scuola Secondaria di IA° (St.) "G.UNGARETTI"

V.le Europa, 14 - BORGORICCO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. DA CAVINO

Via G. da Cavino, 2 - CAMPODARSEGO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. PARINI

Via Filippetto, 12 - CAMPOSAMPIERO

Scuola Secondaria di IA° (St.) T. TODESCO

Via G.Leopardi, 16 - PADOVA

Scuola Secondaria di IA° (St.) BRIOSCO

Via Lippi, 11 - PADOVA

ROVIGO

ENAIIP VENETO S. GIUSEPPE ARTIGIANO

Via Mazzini - PORTO VIRO

Istituto Professionale Alberghiero (St.)

Via A.Moro - ADRIA

Istituto Professionale Commerciale (S.) IS

Via S.Francesco, 33 - ADRIA

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.)

Viale Stazione, 45 - BADIA POLESINE

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.)

V.le Alfieri, 43 - ROVIGO

Istituto Magistrale (St.) IM "C. ROCCATI"

Via Carducci, 8 - ROVIGO

Istituto Tecnico Commerciale EDMONDO DE AMICIS

Via Parenzo, 16 - ROVIGO

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.)

Via Marconi, 2-11 - PORTO VIRO

Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri (St.) MADDALENA

Via Dante, 17 - ADRIA

Istituto Tecnico Industriale (St.) F. VIOLA

Via De Gasperi, 21 - ROVIGO

Liceo Scientifico (St.)

V.le U. Maddalena, 24 - ADRIA

Scuola Secondaria di IA° (St.) S.M. G. BONIFACIO

Via Mozart, 1 - ROVIGO

Scuola Secondaria di IA° (St.) D. ALIGHIERI

Via Amendola, 29 - OCCHIOBELLO

Scuola Secondaria di IA° (St.) BADALONI

Via E. De Amicis, 135 - TRECENTA

Scuola Secondaria di IA° (St.) R. CATTANEO

Via Vittorio Emanuele II, 26 - CANARO

Scuola Secondaria di IA° (St.) ALESSANDRO MANZONI

Via Ragazzi del '99, 28 - ADRIA

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 2 - PORTO VIRO

Scuola Secondaria di IA° (St.) CA ZULIANI

Via Caleffi, 6 - PORTO TOLLE

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Via Mantovani, 23 - ARIANO NEL POLESINE

VERONA

Centro di Formazione Professionale Associazione CNOS/FAP TUSINI

Strada di Sem - BARDOLINO

Centro di Formazione Professionale EAIP. Veneto

Via Biondani Bencivenga (ex Lugadige Galtarossa) - VERONA

Istituto Professionale Commerciale (St.) M. MINGHETTI

Via Frattini, 45 - LEGNAGO

Istituto Professionale Commerciale (St.) C. ANTI

Via Magenta, 7B - VILLAFRANCA DI VERONA

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.) E. FERMI

P.le Guardini, 2 - VERONA

Istituto Professionale per l'Agricoltura (St.) ETTORE STEFANI

Via Bixio, 49 - LEGNAGO

I.P. per l'Agricoltura (St.) ETTORE STEFANI

Via Ospedale - VILLAFRANCA DI VERONA

Istituto Magistrale (St.) C. MONTANARI

Vicolo Stimate, 4 - VERONA

Istituto Magistrale (St.) G. VERONESE

Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 28 - SAN BONIFACIO

Istituto Magistrale (Par.) SEGHETTI

P.zza Cittadella, 10 - VERONA

Istituto Tecnico Agrario (St.) M.A. BENTEGODI

Viale Dell'agricoltura, 1 - BUTTAPIETRA

Istituto Tecnico Commerciale (St.) MARCO POLO

Via G.B. Moschini, 11-B - VERONA

Istituto Tecnico Commerciale (S.)

Via Gandhi, 2/4 - CEREA

Istituto Tecnico Commerciale (St.) e Geometri MATTEO RICCI

Via Bixio, 49 - LEGNAGO

Istituto Tecnico Industriale (St.) GUGLIELMO MARCONI

P.le R.Guardini,1 - VERONA

Istituto Tecnico Industriale (St.) L. DAL CERO

Via Camporosolo, 151 - SAN BONIFACIO

Istituto Tecnico Industriale (Par.) SAN ZENO

Via Don Minzoni, 50 - VERONA

Istituto Tecnico Industriale (St.)

Via Magenta, 7B - VILLAFRANCA DI VERONA

Liceo Classico (St.) G. COTTA

Viale dei Tigli, 50 - LEGNAGO

Liceo Classico (Par.) DON BOSCO

Via Antonio Provolo, 16 - VERONA

Liceo Scientifico (St.) MESSEDAGLIA

Stradone Maffei, 3 - VERONA

Liceo Scientifico (St.)

Via Moschini, 11/A - VERONA

Scuola Secondaria di IA° (S.) BATTISTI - PARONA - ALIGHIERI

Via Mercantini, 20 - VERONA

Scuola Secondaria di IA° (St.) FINCATO - ROSANI - KING - GIOVANNI XXIII

Via Badile, 95 - VERONA

Scuola Secondaria di IA° (S.) BONTURI - PIUBELLO

Via Fiume - SAN BONIFACIO

Scuola Secondaria di IA° (St.) - SANTA LUCIA

Via Mons. Bellomi , 5 - VERONA

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. MARCONI

Via Ca dei Sordi - SAN GIOVANNI LUPATOTO

Scuola Secondaria di IA° (St.) A. CESARI

Via Marconi, 76 - CASTEL D'AZZANO

Scuola Secondaria di IA° (St.) G. ZANELLA

Via G. Pascoli - MONTEFORTE D'ALPONE

Scuola Secondaria di IA° (St.)

Via Friuli - ARCOLE

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Pzza Marconi - VERONELLA

Scuola Secondaria di IA° (P.) A. ALEARDI

Via Segantini, 20 - VERONA

Scuola Secondaria di IA° (St.) I. NIEVO

Via Stazione - CASTAGNARO

Scuola Secondaria di IA° (St.) F. CIPRIANI

Via Galilei, 6 - NOGARA

Scuola Secondaria di IA° (St.) F. CAPPÀ

Via F.lli Bandiera, 8 - BOVOLONE

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Via A. Moro, 12 - OPPEANO

Scuola Secondaria di IA° (St.) L. DA VINCI

Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 13 - BUSSOLENGO

Scuola Secondaria di IA° (St.) DON LORENZO MILANI

Via Campagnol, 8 - SOMMACAMPAGNA

Scuola Secondaria di IA° (S.)

Via Grola - SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA

Scuola Secondaria di IA° (S.) ANNA FRANK

Via Giosuè Carducci, 10 - Loc. LUGAGNANO di SONA - SONA

Scuola Secondaria di IA° (S.) VIRGILIO

Via Pergolesi, 13 - SONA

ISBN 978-88-8314-483-7



Libro non in vendita.

Gli operatori interessati potranno farne richiesta a:
pubblicazioni@crpps.org