

Foto in copertina:

Nella nostra infanzia c'è sempre un momento in cui una porta si apre e lascia entrare l'avvenire.

Graham Greene

ISBN 978-88-95351-48-3



9 788895 351483

Libro non in vendita.

Gli operatori interessati potranno farne richiesta a:
pubblicazioni@crrps.org

Indagine 2010

I Giovani in Veneto

 REGIONE DEL VENETO

I Giovani in Veneto

Approfondimento dei risultati dell'indagine
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
sui giovani di 11, 13 e 15 anni





Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto
Direzione Generale



Regione del Veneto

I Giovani in Veneto

Approfondimento dei risultati dell'indagine
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010
dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
sui giovani di 11, 13 e 15 anni

*A cura di Massimo Mirandola, Stefano Campostrini,
Martina Furegato, Daniela Baldassari*



PRPS
Programma Regionale
per la Promozione della Salute
Regione Veneto ULSS 20 -Verona



HBSC
Health Behaviour
in School-Aged Children Network



Azienda ULSS 20 di Verona

Copyright 2010 Regione del Veneto
Pubblicazione senza scopo di lucro

Per informazioni e commenti contattare

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS)
Via Marconi 27/F 37122 Verona (VR) Italy
Tel: +39 045 8012242 Fax: +39 045 8008011
www.crrps.org E-mail: info@crrps.org

A cura di

Massimo Mirandola, Stefano Campostrini, Martina Furegato, Daniela Baldassari.

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 978-88-95351-48-3

Indice

Presentazione	VII
Ringraziamenti	IX
Autori	X
Revisori	XI
Premessa	XIII
Avvertenze per il lettore	XV

SEZIONE I

La ricerca HBSC I

CAPITOLO I

Elementi teorici e metodologici della ricerca	3
Descrizione generale della ricerca	3
Obiettivi e scopi	4
Le nazioni coinvolte	5
Descrizione del campione	6
Il questionario	9
Le analisi dei dati	10
Bibliografia	11

SEZIONE II

Le condizioni di vita dei giovani 13

Introduzione	15
Bibliografia	22
<i>Summary</i>	24

CAPITOLO 2

Famiglia 25

Introduzione	25
Metodi	27
Risultati e commenti	28
Implicazioni di politica socio-sanitaria	39
Bibliografia	44
<i>Summary</i>	48

CAPITOLO 3	
Gruppo dei pari	51
Introduzione	51
Metodi	53
Risultati e commenti	53
Variazioni temporali	64
Implicazioni di politica socio-sanitaria	70
Bibliografia	72
<i>Summary</i>	74
CAPITOLO 4	
Scuola	75
Introduzione	75
Metodi	76
Risultati e commenti	77
Variazioni temporali	85
Implicazioni di politica socio-sanitaria	90
Bibliografia	93
<i>Summary</i>	96
SEZIONE III	
La salute dei giovani e gli stili vita	99
Introduzione	101
Bibliografia	105
<i>Summary</i>	106
CAPITOLO 5	
Salute e benessere psicofisico	107
Introduzione	107
Metodi	108
Risultati e commenti	109
Variazioni temporali	117
Implicazioni di politica socio-sanitaria	123
Bibliografia	125
<i>Summary</i>	127
CAPITOLO 6	
Consumo di tabacco	129
Introduzione	129
Metodi	132
Risultati e commenti	133
Variazioni temporali	141
Implicazioni di politica socio-sanitaria	150
Bibliografia	154
<i>Summary</i>	158

CAPITOLO 7	
Consumo di alcol	161
Introduzione	161
Metodi	163
Risultati e commenti	164
Variazioni temporali	179
Implicazioni di politica socio-sanitaria	200
Bibliografia	202
<i>Summary</i>	204
CAPITOLO 8	
Uso di cannabis e di altre droghe	207
Introduzione	207
Metodi	209
Risultati e commenti	210
Variazioni temporali	216
Implicazioni di politica socio-sanitaria	222
Bibliografia	225
<i>Summary</i>	227
CAPITOLO 9	
Attività fisica e comportamento sedentario	229
Introduzione	229
Metodi	231
Risultati e commenti	232
Implicazioni di politica socio-sanitaria	246
Bibliografia	249
<i>Summary</i>	253
CAPITOLO 10	
Abitudini alimentari	255
Introduzione	255
Metodi	256
Risultati e commenti	257
Variazioni temporali	270
Implicazioni di politica socio-sanitaria	276
Bibliografia	278
<i>Summary</i>	280
CAPITOLO 11	
Immagine di sé, controllo del peso e peso corporeo	283
Introduzione	283
Metodi	285
Risultati e commenti	287
Variazioni temporali	303
Implicazioni di politica socio-sanitaria	314
Bibliografia	316
<i>Summary</i>	319

CAPITOLO 12	
Igiene orale	321
Introduzione	321
Metodi	323
Risultati e commenti	323
Implicazioni di politica socio-sanitaria	327
Bibliografia	329
<i>Summary</i>	331
CAPITOLO 13	
Bullismo e vittimizzazione	333
Introduzione	333
Metodi	335
Risultati e commenti	336
Variazioni temporali	345
Implicazioni di politica socio-sanitaria	356
Bibliografia	361
<i>Summary</i>	364
CAPITOLO 14	
Infortuni	367
Introduzione	367
Metodi	368
Risultati e commenti	369
Implicazioni di politica socio-sanitaria	374
Bibliografia	376
<i>Summary</i>	378
CAPITOLO 15	
Salute sessuale	379
Introduzione	379
Metodi	381
Risultati e commenti	381
Implicazioni di politica socio-sanitaria	385
Bibliografia	389
<i>Summary</i>	393
Prospettive per il futuro	395
Bibliografia	397
Appendice	
Elenco delle scuole partecipanti alla ricerca HBSC in Veneto	399

Presentazione

La grande diffusione dei comportamenti a rischio in età adolescenziale nella nostra cultura, indica chiaramente come lo sviluppo dell'adolescente si configuri come un processo che si manifesta in un contesto sociale e culturale che presenta al tempo stesso limiti e restrizioni, ma anche opportunità e risorse.

Per questo motivo è importante poter individuare i fattori o i determinanti ambientali che maggiormente si associano ai comportamenti a rischio per promuovere corretti e salubri stili di vita.

Infatti, cercare di comprendere e di migliorare le condizioni che influenzano la salute psico-fisica dei nostri giovani adolescenti diventa una priorità da perseguire che però non può più essere obiettivo esclusivo del solo sistema socio-sanitario.

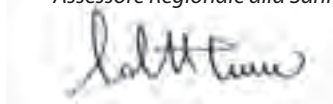
È ormai chiaro che, in una società sempre più complessa e competitiva, questo risultato è raggiungibile solo con il pieno contributo e l'apporto di tutte le forze attive della società e con la partecipazione diretta di tutte le agenzie sociali che promuovono il miglioramento della salute e dello stile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

Alla luce di queste riflessioni, la presente ricerca, realizzata dalla Regione Veneto in collaborazione con la 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 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, seppur nei limiti delle risorse disponibili, diviene anche un irrinunciabile mezzo di lettura della realtà sociale e culturale veneta di grande interesse non solo per gli operatori che sono coinvolti nelle azioni di pianificazione e di intervento delle politiche sociali, ma anche per coloro che hanno l'onere di governare i processi decisionali determinanti un impatto sulla salute dei cittadini.

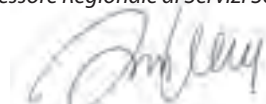
Luca Coletto

Assessore Regionale alla Sanità



Remo Sernagiotto

Assessore Regionale ai Servizi Sociali



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, 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 Luigi Casagrande, Direttore Amministrativo; Dott.ssa Chiara Bovo, Direttore Sanitario; Dottor Angelo De Cristan, Direttore dei Servizi Sociali.

Autori

Daniela Baldassari

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Eva Baldassari

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Stefano Campostrini

Dipartimento di Statistica, Università Ca' Foscari, Venezia

Sara Carbone

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Martina Furegato

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Lorenzo Gios

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Massimo Mirandola

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Cristina Tosoni

Programma Regionale per la Promozione della Salute (ex CRRPS), Azienda ULSS 20, Regione del Veneto, Verona

Revisori

Luigi Bertinato

Servizio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali – Regione del Veneto

Fernando Cerchiaro

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

Linda Chioffi

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione – Azienda ULSS 20 di Verona

Anna Corti

Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali – Regione del Veneto

Michela Frezza

Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali – Regione del Veneto

Francesco Gallo

Servizio Famiglia – Direzione dei Servizi Sociali – Regione del Veneto

Michele Gangemi

Associazione Culturale Pediatri

Mariuccia Lorenzi

Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza, Giovani e Famiglia – Regione del Veneto

Federica Michieletto

Direzione per la Prevenzione – Regione del Veneto

Gianna Miola

Ufficio IV – Ordinamenti scolastici – Formazione, Diritto allo studio
MIUR Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

Susanna Morgante

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

Claudio Pilloni

Ambulatorio di ortodonzia – Distretto 3 – Azienda ULSS 20 di Verona

Lorenzo Rampazzo

Servizio tutela salute mentale – Direzione regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
Regione del Veneto

Valeria Rebonato

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione – Azienda ULSS 20 di Verona

Gianpaolo Trevisi

Polizia di stato – Questura di Verona

Piero Vio

Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Acque – Unità di Progetto Sanità Animale e Igiene
Alimentare – Regione del Veneto

Premessa

La ricerca HBSC si propone di raccogliere informazioni sui comportamenti a rischio dei ragazzi e dei giovani che vivono nel Veneto in base a un ampio ventaglio di fattori – ambientali, sociali, culturali, economici e personali – in grado di influire più o meno pesantemente sul loro stato di salute.

La Regione del Veneto è molto interessata allo sviluppo di un argomento come questo che proietta verso il futuro. Anzi, questo impegno spiega anche le ragioni che, fin dal 2000, hanno indotto la Regione ad avviare, di concerto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una serie di programmi di sanità pubblica destinati a promuovere più corretti stili di vita da parte degli adolescenti.

In primis, c'è il fatto che la Regione del Veneto ha adottato e vuole applicare in concreto lo storico concetto dell'Oms secondo cui la salute non è soltanto assenza di malattia, ma un più generale stato di benessere dell'individuo inserito nel proprio habitat e nel proprio contesto esistenziale. In secondo luogo, è stato ampiamente dimostrato un fenomeno particolare: i ragazzi che sperimentano e ripetono nella vita quotidiana comportamenti a rischio tendono ad espandere questi modelli negativi verso più aree contemporaneamente.

Ecco perché, tra chi fuma e consuma alcool, è più facile rilevare la presenza di ragazzi che fanno pure uso di sostanze ad azione psicotropa o che sono sessualmente promiscui.

Ecco anche perché ipotizzare una strategia di prevenzione primaria fondata solo su "ricette" singole e monotematiche non basta più, ma va integrata con una cultura articolata della prevenzione che guardi alla complessità degli stili di vita e delle forme comportamentali con interventi trasversali, collegati su più ambiti dell'agire umano. Il significato e, soprattutto, l'importanza di questa ricerca risiedono, quindi, innanzitutto, nel tentativo di ridefinire modelli di prevenzione della salute di ispirazione ecologica per poter effettuare valutazioni ed analisi della popolazione giovanile basate su un protocollo, condiviso a livello internazionale, di raccolta e interpretazione dei dati con cui fornire risultati comparabili anche in senso prospettico.

Occuparsi della salute dei giovani resta, infatti, un compito primario e fondamentale per tutta la società, poiché in gioco non c'è solo il futuro delle nuove generazioni, ma la stessa sopravvivenza dell'umanità. Per questo confidiamo che la nostra ricerca, grazie al profilo di dati ed elementi di riflessione che rivestono indubbio interesse, possa stimolare un ampio dibattito attorno alle problematiche e alle politiche della salute riferite ai giovani, all'interno e all'esterno dell'Europa.

La comprensione delle dinamiche in atto tra i giovani e i giovanissimi del Veneto diventa determinante per individuarne esigenze, bisogni, disagi, cause di disorientamento, e mettere a fuoco i molti tasselli di una realtà composita da decifrare il più esattamente possibile nei diversi codici familiari e sociali, se si vuole che chi è deputato a garantire la tutela della salute possa fare leva su un sistema di sorveglianza e di monitoraggio puntuale, preciso e foriero di risultati positivi.

La speranza è che questo studio possa offrire in questo senso un utile contributo.

Dott. Domenico Mantoan
Segretario Regionale Sanità del Veneto

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Mantoan', is centered below the typed name and title.

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 pubblico 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 alle

rilevazioni precedenti (2002, 2006): 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 tre 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.

Massimo Mirandola, Stefano Campostrini,
Martina Furegato, Daniela Baldassari

Sezione I

La ricerca HBSC

Capitolo 1 Elementi teorici e metodologici della ricerca

Massimo Mirandola, 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 (OMS). 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). I tre gruppi di 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, regionale e locale;
- 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;

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.

- stabilire e rafforzare lo sviluppo di una rete internazionale di esperti in questo campo.

Le nazioni coinvolte

Nella ricerca del 2010 sono coinvolte 43 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. A partire dal 2002, la Regione Veneto ha continuato a raccogliere i dati con una successione quadriennale (nel 2006 e nel 2010), in contemporanea con le altre nazioni europee, inclusa l'Italia. I dati, quindi, sono sempre stati raccolti sia a livello regionale, dalla Regione Veneto sia a livello nazionale dal gruppo italiano HBSC, coordinato dal prof. Franco Cavallo dell'Università di Torino, utilizzando il protocollo internazionale di ricerca e i relativi aggiornamenti per i periodi di raccolta dati 2001-2002, 2005-2006 e 2009-2010.

L'aderenza al protocollo internazionale di ricerca da parte di tutte le 43 nazioni coinvolte è fondamentale per produrre dati confrontabili tra i diversi stati partecipanti, in termini di omogeneità delle procedure di campionamento e di raccolta dei dati.

Tabella 1.1 Elenco delle nazioni partecipanti alla ricerca HBSC

NAZIONI COINVOLTE NELLA RICERCA 2009-2010		
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	42. Albania
43. Armenia		

* Primo anno di partecipazione alla ricerca internazionale

Descrizione del campione²

L'universo di riferimento per l'indagine HBSC dell'OMS è costituito dai ragazzi in età scolare 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, i tre gruppi 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", ossia l'unità primaria di riferimento, 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 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 sia rappresentativo della popolazione di riferimento rispetto alle variabili di stratificazione.

Caratteristiche del campione

Complessivamente sono state selezionate 450 classi, pari a 361 scuole. Tutte le scuole contattate hanno aderito alla ricerca.

Per ogni gruppo di età i questionari compilati in classe sotto la supervisione dell'insegnante di riferimento sono stati:

- 3.048 per i ragazzi di 11 anni
- 3.040 per i ragazzi di 13 anni
- 3.014 per i ragazzi di 15 anni

per un totale di 9.102 questionari compilati dagli studenti provenienti dalle scuole secondarie di primo grado e da tutte le tipologie di Istituti scolastici

2. Le procedure di campionamento sono state effettuate dalla dott.ssa Martina Furegato e dalla dott.ssa Enrica Castellani del Programma Regionale per la Promozione della Salute della Regione Veneto, su dati ufficiali ISTAT riferiti all'ultimo Censimento della Popolazione Italiana – anno 2001.

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

secondari di secondo grado esistenti in Veneto (Istituti professionali, tecnici, magistrali, d'arte, Centri di Formazione Professionale, Licei).

Una volta raccolti, i questionari sono stati controllati per verificarne la loro validità.

Seguendo i criteri stabiliti dal protocollo di ricerca internazionale, sono stati invalidati ed esclusi dall'analisi 362 questionari (26 per gli 11enni, 22 per i 13enni e 314 per i 15enni), ossia il 4% del campione totale.

Il campione finale è costituito, quindi, da 8.740 studenti così distribuiti:

- 3.022 provenienti dal gruppo degli 11enni (34.6%),
- 3.018 provenienti dal gruppo dei 13enni (34.5%) e
- 2.700 da quello dei 15enni (30.9%).

La Tabella 1.2 mostra la composizione del campione suddiviso per gruppo di età e per genere. All'interno dei giovani di 11 e di 13 anni, i maschi sono leggermente in maggioranza rispetto alle femmine (maschi 11enni 51.9% vs femmine 11enni 48.1%; maschi 13enni 50.9% vs femmine 13enni 49.1%). Nel gruppo dei 15enni sono, invece, le femmine (52.3%) ad essere in maggior numero rispetto ai loro coetanei maschi (47.7%).

I dati ISTAT (4) relativi alla Popolazione residente al 1° Gennaio 2009 riportano una sostanziale omogeneità rispetto al campione HBSC nella distribuzione tra maschi e femmine all'interno dei tre strati d'età

Tabella 1.2 Distribuzione del campione per gruppi di età e genere

	11 anni		13 anni		15 anni		Campione totale	
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%
Maschi	(1.570)	51.9	(1.536)	50.9	(1.288)	47.7	(4.394)	50.3
Femmine	(1.452)	48.1	(1.482)	49.1	(1.412)	52.3	(4.346)	49.7
Totale	3.022	100	3.018	100	2.700	100	8.740	100

In linea con le indicazioni protocollari internazionali HBSC, le età medie del campione regionale HBSC così ottenuto sono le seguenti: 11.45 per lo strato degli 11enni, 13.52 per quello dei 13enni e 15.54 per lo strato dei 15enni.

Provenienza del campione

La Tabella 1.3 illustra il luogo di nascita della popolazione campionata. L'89.2% del campione totale dichiara di essere nato in Italia, il 9.6% riferisce di essere nato all'estero e l'1.2% non ha risposto alla domanda.

Tabella 1.3 Luogo di nascita del campione totale

Nati in Italia		Nati all'estero		Non rispondenti	
(N)	%	(N)	%	(N)	%
(7.795)	89.2	(844)	9.6	(101)	1.2

Approfondendo l'analisi dei giovani nati all'estero, le aree geografiche di maggiore provenienza del nostro sottocampione sono: l'Est Europa con il 49.8% di soggetti, l'Asia e l'Estremo Oriente con una provenienza del 14.0%, il Nord Africa e Medio Oriente col 10.4% di nati, il Centro e Sud America con il 9.4%, l'Africa sub sahariana col 6.0%, l'Europa Occidentale con una provenienza del 5.7% ed, infine, l'America del Nord con lo 0.2% di nati (tab. 1.4).

Tabella 1.4 Paese di provenienza dei nati all'estero

Paese di provenienza nati all'estero	Campione totale	
	(N)	%
Est Europa	(420)	49.8
Asia ed Estremo Oriente	(118)	14.0
Nord Africa e Medio Oriente	(88)	10.4
Centro e Sud America	(79)	9.4
Africa sub sahariana	(51)	6.0
Europa Occidentale	(48)	5.7
America del Nord	(2)	0.2
non rispondenti	(38)	4.5
Totale giovani nati all'estero	(844)	100

Scendendo ancora più nel dettaglio dei dati sopra esposti, la Tabella 1.5 mostra la distribuzione dei giovani nati all'estero a livello di provincia.

Nelle aree geografiche di maggior provenienza del nostro sottocampione (Est Europa; Asia e dell'Estremo Oriente; Nord Africa e Medio Oriente) è possibile evidenziare come la percentuale più alta di soggetti nati nei paesi dell'Europa dell'Est si trovi nelle province di Treviso (21.2%) e di Vicenza (20.9%), quest'ultima risulta ulteriormente importante anche per la maggior frequenza di nati in Asia ed Estremo Oriente (26.3%). Infine, per i giovani nati nei paesi del Nord Africa e Medio Oriente, è la provincia di Verona che raccoglie la percentuale più alta (23.9%).

Tabella 1.5 Distribuzione per provincia dei giovani nati all'estero

Paese di nascita	BL	PD	RO	TV	VE	VI	VR	totale
	%	%	%	%	%	%	%	%
Europa Occidentale	(4) 8.3	(7) 14.6	(1) 2.1	(13) 27.1	(9) 18.7	(7) 14.6	(7) 14.6	(48) 100
Est Europa	(22) 5.2	(72) 17.1	(17) 4.0	(89) 21.2	(68) 16.2	(88) 20.9	(64) 15.2	(420) 100
Asia ed Estremo Oriente	(8) 6.8	(18) 15.2	(6) 5.1	(23) 19.5	(14) 11.9	(31) 26.3	(18) 15.2	(118) 100
Nord Africa e Medio Oriente	(4) 4.5	(17) 19.3	(8) 9.1	(17) 19.3	(8) 9.1	(13) 14.8	(21) 23.9	(88) 100
Africa sub sahariana	(2) 3.9	(7) 13.7	-	(10) 19.6	(6) 11.8	(16) 31.4	(10) 19.6	(51) 100
America del Nord	-	-	-	-	(2) 100.0	-	-	(2) 100
Centro e sud America	(5) 6.3	(9) 11.4	(1) 1.3	(19) 24.0	(11) 13.9	(21) 26.6	(13) 16.5	(79) 100

Il questionario

La ricerca HBSC è uno studio con dati raccolti attraverso questionari auto-compilati, 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, è composto da domande standard, obbligatorie per tutte le nazioni coinvolte, ed è suddiviso nelle seguenti quattro aree 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;
4. stato di salute: sintomi psicofisici, soddisfazione rispetto alla propria vita, salute percepita, indice di massa corporea. I risultati legati alla salute pos-

sono a loro volta innescare circoli viziosi o virtuosi che influenzano le risorse individuali o sociali e la messa in atto di determinati comportamenti.

Per l'approfondimento di alcune tematiche, le nazioni coinvolte hanno la possibilità di ampliare il questionario utilizzando le domande opzionali contenute nel Protocollo di Ricerca Internazionale, sotto forma di "pacchetti opzionali" che indagano nel dettaglio le problematiche oggetto dello studio HBSC.

Le analisi dei dati

I dati riportati in questo volume si riferiscono all'indagine HBSC svoltasi su tutto il territorio veneto nel periodo 2009-2010. 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 sono state utilizzate le procedure del software STATA 11 (5) 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 distribuzioni delle prevalenze è stato utilizzato l'adjusted Wald test per ipotesi lineari semplici e composite. Nella descrizione dei dati delle tabelle, le differenze commentate per ogni livello di analisi sono supportate dalla significatività statistica osservata inferiore al 5%.

Per la valutazione della significatività dei cambiamenti rilevati tra i periodi temporali (2001-2002, 2005-2006 e 2009-2010) 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 e/o delle differenze riscontrate. 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 10%.

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 PS, LEMESHOW S. Sampling of Populations: Methods and Applications 3rd Edition Wiley, 1999.
4. <http://demo.istat.it/pop2009/index.html>
5. Survey Data Reference Manual, Stata Press, 2009.

Summary

Premise

This publication is aimed at a heterogeneous public made up of policy makers, and service operators at different levels who are involved in the planning of programmes and services geared to young people aged 11, 13 and 15 years.

Drafting the report we have tried to use simple language so that people without specific expertise in the area of population studies can understand. Nonetheless, the investigation methods and statistics used are quite sophisticated; in particular, the use of confidence intervals for the estimates, calculated taking into account the sample selection based on clusters, and the resulting inflational effect on the standard error for the dependence of observations enable the reader to assign the right meaning and the right “weight” to the estimates. Comments on data are in a descriptive style, referring as little as possible to inferences and interpretations of the estimates, making the datum clear and unambiguous. The stratification of subjects of 11, 13 and 15 years of age, makes generalization possible only in these strata. We therefore did not make overall estimates, which would be totally out of line with the type of sampling strategy adopted here.

Methods

The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study is a trans-national survey of the WHO on the health and lifestyle behaviour of adolescents, conducted using data collected via self-administered questionnaires handed out in class by the teacher, with the prior consent of the parents. The target community comprised school children of 11, 13 and 15 years of age.

The Veneto sample, in compliance with the guidelines set out by the international HBSC research protocol, was selected using a cluster sampling procedure, in which the “cluster” is the school class; this means that the questionnaire was administered to each child in the class selected. The classes were selected by two-stage sampling: during the first stage those schools with a probability proportional to their size (in terms of number of classes) were selected, and during the second stage two classes were chosen at random (a first-year and a third-year class) for each junior high school, and a second-year class for every high school. The final sample comprised 361 schools with 450 classes, making a total of 8.740 subjects from all the various types of schools in the Veneto Region (professional, vocational and technical Institutes, teaching colleges, professional training centres, grammar schools). This total guarantees the estimates at the level of the Local Health Authorities or LHAs (the planning unit of the Veneto Social and Healthcare System).

Sezione II

Le condizioni di vita dei giovani

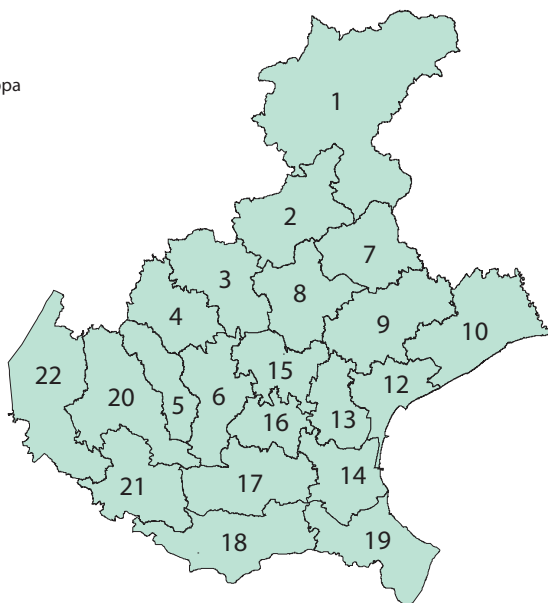
Legenda

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 di salute del 1948 (1) di "stato di completo benessere bio-psico-sociale", contenuta nel mandato istitutivo dell'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 al suo sviluppo. La salute è diventata negli anni sempre più un bene pubblico da valutare non solo in relazione al singolo individuo o al sistema sanitario, con la considerazione dei fattori di rischio classici, ma anche e soprattutto come risultato (*outcome*) di politiche che le diverse autorità locali, regionali e nazionali mettono in atto a vari livelli.

La salute da bene individuale e biologico è dunque divenuta sempre più un bene collettivo e sociale e, caratterizzandosi come oggetto sociale, è entrata anche nel dominio di studio delle scienze sociali. Si sono così venuti 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'OMS, che considera la salute come prodotto di più determinanti, risorsa e aspetto fondamentale dei diritti umani.

Pertanto, 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 contesto fisico, sociale, comportamentale ed ecologico. In questo modello olistico, la promozione della salute gioca una parte fondamentale. Promuovere la salute deve voler dire coinvolgere altri settori che contribuiscono alla salute del singolo e della collettività, come l'educazione, la nutrizione, l'ambiente e il sistema politico e sociale. Ne consegue che la considerazione dell'ambiente solo in termini fisici presenta limiti profondi, perché non tiene conto adeguatamente anche degli aspetti sociali che invece lo caratterizzano fortemente in termini ecologici.

L'adozione di questo nuovo approccio "olistico" implica la necessità di poter disporre di metodi scientificamente affidabili e nello stesso tempo condi-

visi e partecipati per misurare i livelli di salute e soprattutto confrontare l'impatto di differenti politiche di intervento per la promozione della salute.

Negli anni sono state proposte metodologie di valutazione d'impatto – sia di politiche che di progetti – che hanno avuto il merito di porre il concetto di salute come elemento guida, tenendo in considerazione i determinanti ambientali o contesti di vita. Si tratta di metodologie quali l'*Health Impact Assessment* (HIA), l'*Health Need Assessment* (HNA), l'*Environmental Impact Assessment* (EIA) e il *Social Impact Assessment* (2-4).

Tra queste metodologie quella che sembra più promettente, anche se abbastanza recente, è l'*Health Impact Assessment* (HIA).

L'HIA nasce all'interno di una più ampia strategia comunitaria definita *Health in All Policies Approach* (HiAP) che mette la salute al centro di tutte le politiche europee e promuove la difesa della salute pubblica attraverso azioni intersettoriali congiunte e sinergiche. Tale strategia è radicata nella "*Council Resolution on ensuring Health Protection in all Community Policies and Activities*" del 1999 e conseguentemente nell'Agenda di Lisbona del 2000 (5), ed è stata ulteriormente sviluppata e concretizzata attraverso il co-finanziamento da parte della Commissione Europea di progetti e appalti specificatamente rivolti a questo obiettivo nel corso dei due successivi Programmi di azione comunitaria in materia di salute pubblica dal 2003 fino ad oggi (6). Questi programmi europei fanno specifico riferimento a questa strategia e la includono nelle priorità dei Piani di lavoro annuali. Per esempio, il Work Plan 2010 promuove studi sull'impatto economico dell'integrazione della salute in altre politiche, compresa la valutazione degli effetti sulla salute di questa strategia allo scopo di offrire ai *policy maker* argomenti a favore di *partnership* e sinergie con altre politiche che hanno un impatto sulla salute, come per esempio le politiche sociali, le politiche dei trasporti, le politiche dell'ambiente ecc., per creare opportunità di cooperazione (*win-win*) tra i vari settori in favore dell'obiettivo ultimo comune rappresentato dalla protezione della salute (7-9).

L'HIA rappresenta lo strumento principe da utilizzare all'interno dell'*Health in all Policies Approach*: si tratta infatti di una articolata metodologia che consente di pensare in termini di sistema globale il processo di pianificazione delle azioni per promuovere la salute e può essere applicata a tre livelli: di politica, di programma e di progetto.

La politica (*policy*) viene intesa come la strategia secondo cui il governo (centrale o locale) un settore o un'organizzazione cerca di raggiungere gli obiettivi che ha stabilito. Per programma invece si intende un insieme di attività collegate che danno attuazione alla politica, mentre il progetto è da considerarsi una componente di un programma (10).

Più in particolare, l'HIA è un processo multidisciplinare ed intersettoriale, caratterizzato dall'ampia partecipazione della comunità e basato sull'utilizzo di metodiche sia qualitative sia quantitative che permettono di valutare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione da politiche, programmi e progetti, anche in settori non sanitari, come ad es. l'ambiente, l'urbanistica, i trasporti e la viabilità (10).

Questo approccio, pertanto, analizza sia le conseguenze dirette sul benessere della collettività, sia quelle indirette derivanti da una modifica dei molteplici determinanti della salute ed è particolarmente attento alle disuguaglianze socio-economiche. Le informazioni fornite dall' HIA sono, quindi, fondamentali per la definizione di politiche pubbliche, in quanto consentono di evitare o correggere tempestivamente eventuali effetti negativi che potrebbero generare o aggravare le cosiddette "iniquità in salute" (*health inequalities*) e di potenziare quelli positivi di tali politiche (11). In sintesi, quindi, gli obiettivi principali dell' HIA sono: a) il miglioramento della conoscenza del potenziale impatto sulla salute di politiche o programmi che altri settori, diversi da quello sanitario, possono produrre; b) l'informazione e il coinvolgimento di chi deve prendere le decisioni nonché della popolazione coinvolta nel piano di azione (la popolazione che vive sull'area target); c) la facilitazione e la promozione della variazione di proposte progettuali per ottenere la riduzione del danno sulla salute e la massimizzazione degli effetti positivi, minimizzando le iniquità in salute per gli individui.

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 (12) 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 (13, 14).

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 e i fattori intermedi ad essa legati. La posizione sociale, infatti, essendo il frutto di una relazione complessa tra status socioeconomico, 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 (13).

Sempre più studi hanno dimostrato la relazione tra i contesti e le condizioni di vita e 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 (15). 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 (16-22).

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 (23).

Precedenti rapporti HBSC (24, 25) 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 multi-settoriale 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 (26), che descrive i livelli di influenza che diversi settori possono avere sulla possibilità individuale di preservare la propria salute (fig. 1).

La Figura 1 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 (27) analizza questi livelli di influenza in relazione alle decisioni politiche di quanti sono interessati alla riduzione delle ineguaglianze di salu-

Figura 1 The policy rainbow

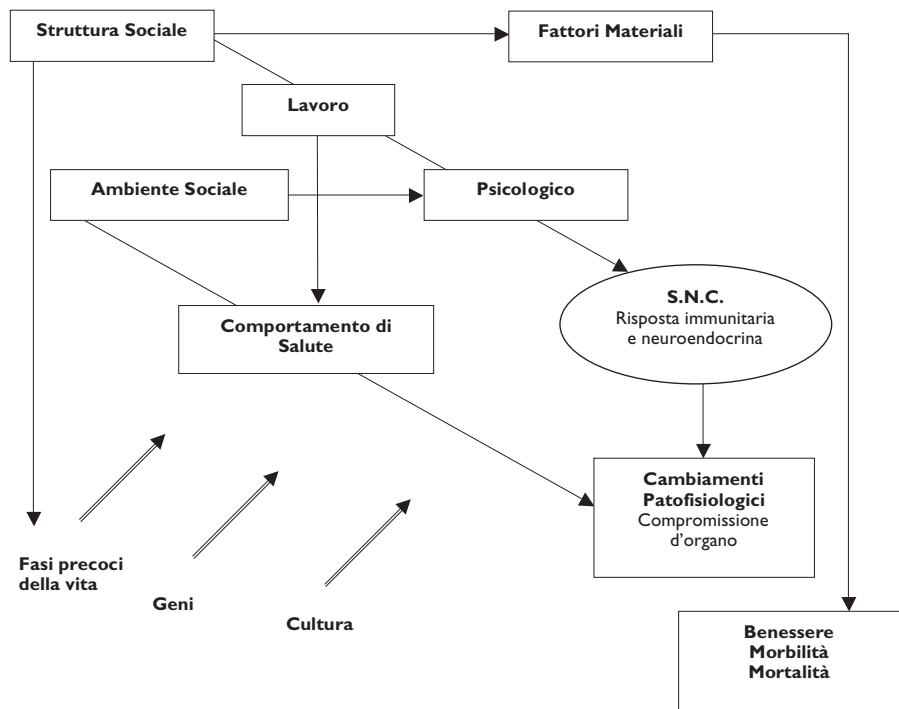


Fonte: adattato da Dahlgren (26)

te. 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, ma da vari settori sociali ed in particolare dall'azione politica. Le circostanze in cui le persone 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.

Figura 2 Determinanti sociali della Salute



Fonte: adattato da Marmot e Brunner (28)

Un altro modello di riferimento per l'analisi dell'impatto dei determinanti sociali ed economici sulla salute è quello descritto da Marmot e Brunner (28) in una recente pubblicazione (fig. 2). 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, includendo anche l'influenza del patrimonio genetico, delle prime esperienze di vita e dei fattori culturali.

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.

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. WHO <http://www.who.int/about/en/index.html>
2. HAD, Health Needs Assessment – a practical guide, Health Development Agency, London, 2005a.
3. ICGP, Inter-organizational Committee on Guidelines and Principles of Social Impacts, “Guidelines and Principles of Social Impact Assessment”, *Impact Assessment*, 1994, 12 (2), 107-152.
4. AA.VV., Canadian Handbook on Health Impact Assessment: Vol.1 The Basics, Vol.2 Approaches and Decision Making, Vol.3 The Multidisciplinary Team, Vol.4 Health Impacts by Industry Sector, Canada, Ministry of Health, 2003.
5. European Commission, Lisbon strategy for growth and jobs. <http://ec.europa.eu/growthandjobs/>
6. Unione Europea, Programma d’azione comunitaria in materia di sanità pubblica 2003-2008, Decisione del Parlamento Europeo e del Consiglio 1786/2002/CE, Gazzetta ufficiale L 271 del 09.10.2002, 2002.
7. Unione Europea, Council resolution of 18 November 1999 on ensuring health protection in all Community policies and activities, *Official Journal of the European Communities*, C86/3 2000.
8. European Observatory on Health Systems and Policies, Health in All Policies, Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.
9. Unione Europea, 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, 2007.
10. AA.VV., Resource for Health Impact Assessment. NHS Executive, Vol.I, London, October 2000.
11. HASSAN A, BIRLEY MH, GIROULT EZ, ZGHONDI R, KHAN MZ. Environmental Health Impact Assessment of development Projects. A practical guide for the WHO Easter Mediterranean Region, EMRO, 2006.
12. WILKINSON R, MARMOT M. Social determinants of health: The solid facts. Copenhagen: World Health Organization, 2003. Retrieved from www.who.dk/document/E81384.pdf
13. GRAHAM H, KELLY MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London: Health Development Agency, 2004.
14. HOUSE JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21th century prospects. *J Health Soc Behav.*, 2002, 43, 2, 125-42.
15. HOLLAND P, ET AL. Life course influences on health in early old age. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 6).
16. BARKER DJP. Mothers, babies and disease in later life, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
17. RUTTER M, RUTTER M. Developing minds: challenge and continuity across the life span. London: Penguin Books, 1993.

18. 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.
19. 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.
20. HARAKEH Z, SCHOLTE RH, DE VRIES H, ET AL. Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction*. 2005, 100, 6, 862-70.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. KING A, ET AL. The health of youth: a cross-national survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, 69 http://www.euro.who.int/Information-Sources/Publications/Catalogue/20010911_53, accessed 28 January 2004).
25. 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).
26. DAHLGREN G. European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Volume II – Intersectoral action for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
27. WHITEHEAD M. Tackling health inequalities: a review of policy initiatives. In: Benzval M, Judge K, Whitehead M, eds. Tackling inequalities in health: an agenda for action. London, Kings Fund, 1995.
28. 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.

Summary

The living conditions of young people

From the outset, the HBSC Study tried to understand the health and lifestyles of adolescents by analysing how social, environmental and psychological factors affect health. Experience and exposure to environmental contingencies during the course of a lifetime, in particular for young people, give rise to long-term consequences on health and could cause health inequalities.

The research results highlighted how the family, school, friends and socio-economic conditions are key contexts which connect health and lifestyles in the young.

Especially at the age of development, due to the extreme malleability of biological systems, cognitive, emotional and sensorial inputs from the environment influence brain responses to such a degree that a lack of affection, or an environment which is lacking in, or without, stimuli can jeopardise an individual's future and schooling, and expose him or her to numerous risks, including social emargination. Conversely, good lifestyles, with a healthy diet and good eating habits, physical exercise and refraining from smoking are all associated with parental and peer-group respect on the one hand, and a high socio-economic and educational level on the other. Research indicates that the educational level of parents and their socio-economic status is a determining factor for children and adolescents when asked to evaluate the quality of their life and psycho-physical wellbeing, and their relationship to school, teachers, parents and peer groups.

Capitolo 2 Famiglia¹

Daniela Baldassari, Cristina Tosoni, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Francesco Gallo
*Servizio Famiglia – Direzione dei Servizi Sociali
Regione del Veneto*

Introduzione

La cultura contemporanea fornisce una definizione condivisa di famiglia che poggia sull'imprescindibile e strutturale legame tra educazione e famiglia, al punto da considerare l'educazione matrice generativa della famiglia.

Nella famiglia i figli costruiscono la loro individualità per diventare soggetti sociali. L'educazione che avviene in seno alla famiglia ha un ruolo fondamentale nello sviluppo armonioso di queste due sfere cruciali (personale e sociale) per la costruzione di un'identità adulta sana ed equilibrata (1).

Se si guarda a come si diventa famiglia si vede come ogni famiglia sia caratterizzata da relazioni fra persone che creano dei vincoli che si evolvono, riorganizzandosi attraverso il superamento di "eventi critici" appartenenti al ciclo di vita familiare. È all'interno della sfera familiare che ogni individuo apprende le fondamentali conoscenze rispetto alla salute e ai comportamenti ad essa legati e che si rafforzano numerosi comportamenti riguardanti sia la cura personale (igiene, attività fisica, alimentazione) sia la sfera interpersonale (abilità sociali, autostima ed autoefficacia) (2).

La famiglia come sistema dinamico e complesso è caratterizzata sia da aspetti relazionali che strutturali i quali risentono del particolare sviluppo sociale, culturale e storico in cui sono inseriti (3, 4).

Sebbene in Italia sia presente una profonda e radicata tradizione religiosa che promuove e sostiene la famiglia di tipo tradizionale, fondata sul matrimonio, negli ultimi decenni si sta assistendo alla formazione di nuove tipologie familiari.

Oltre, quindi, alla struttura familiare di tipo tradizionale, è riscontrabile 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

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

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 7.6% nel 2002-2003 all'8.1% nel 2008 (5). Considerando la realtà del Nord-Est la percentuale di famiglie monoparentali nel 2008 si attesta al 12%, mentre in Veneto è dell'11.2%. I nuclei monoparentali in Italia sono composti soprattutto da donne. Le donne sole con figli sono nel 39.6% dei casi separate o divorziate. Nella maggior parte dei nuclei monogenitore vive un solo figlio (69.6%), nel 25.8% dei casi i figli sono due e solo nel 4.6% sono tre o più.

Un'altra tipologia di aggregazione familiare è la famiglia "ricostituita", il cui 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.

In Italia la percentuale di famiglie ricostituite è passata dal 4.8% nel 2002-2003 al 5.6% nel 2007-2008, mentre nel Nord-Est la percentuale di persone separate o divorziate nel 2008 è pari al 38.4%. Altri cambiamenti importanti riguardano l'ampiezza delle famiglie italiane: sono diminuite le coppie con figli, passando dal 40.8% nel 2002-2003 al 37.9% nel 2007-2008 (5).

Molte ricerche hanno cercato di capire se vivere in una famiglia non tradizionale fosse una condizione di "rischio" per il bambino o l'adolescente. Alcune di queste hanno evidenziato come il vivere in una famiglia tradizionale possa essere considerato un fattore protettivo per la salute, mentre il vivere in famiglie monogenitoriali e ricostituite possa considerarsi un potenziale fattore di rischio (6-10) con un aumento dei problemi emotivi e comportamentali (11-13, 14) insieme alla comparsa di morbilità psichiatrica (15, 16) 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) (17-20, 21). È stato inoltre evidenziato come la struttura familiare di tipo monoparentale si associ positivamente a comportamenti alimentari non salutari come: saltare la colazione e il pranzo, consumare meno frutta e verdura, frequentare maggiormente i fast food (22, 23).

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 (24-27).

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 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. (28-31).

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 (32), può svolgere una funzione protettiva rispetto allo sviluppo di sintomi depressivi (33, 34), a comportamenti antisociali (6, 35-37), alla scarsa autostima (38, 39), a problemi scolastici (40-42) e a problemi legati ad una distorta percezione della propria immagine corporea (43). Una difficile comunicazione con i genitori si associa, invece, a maggiori comportamenti a rischio e a un maggior numero di sintomi psico-fisici (20, 44-48). 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 (49, 50).

I molteplici studi presenti in questa introduzione, pur offrendo prospettive di analisi differenti, mettono in luce l'importanza della famiglia come luogo di crescita e di sviluppo dei figli e come sia necessario affiancare un qualificato intervento dei servizi sociali a sostegno delle madri e dei padri, affinché il luogo famiglia possa effettivamente rappresentare un ambiente educativo favorevole alla crescita dell'individuo.

Metodi

Struttura familiare

La domanda standard che indaga la struttura familiare chiede di indicare quali persone (mamma, papà, matrigna, patrigno, nonno, nonna, fratelli, sorelle) vivono nella casa in cui lo studente "vive la maggior parte del tempo". Indagata anche la possibilità: "vivo in una comunità alloggio o casa famiglia"; "vivo con qualcun altro o in qualche altro posto".

Creazione delle categorie: *Famiglia tradizionale* (entrambi i genitori); *Famiglia monogenitoriale* (un solo genitore); *Famiglia ricostituita* (moglie/compana del padre, marito/compano della madre).

Comunicazione e attività con i genitori

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

Per l'indagine della comunicazione "Facile", sono state considerate le modalità: *Molto facile; Facile;*

Per l'indagine della comunicazione "Difficile", sono state considerate le modalità: *Molto difficile; Difficile;*

Domanda opzionale: *Quanto spesso tu e la tua famiglia fate le seguenti cose*

insieme? Guardare la TV o un video insieme; Giocare a un gioco da tavolo insieme; Fare sport insieme; Sedersi e parlare di qualcosa insieme.

Indagata la frequenza "Regolare", considerando le modalità: *Ogni giorno; La maggior parte dei giorni.*

Risultati e commenti

Struttura familiare, comunicazione e attività con i genitori

Livello regionale

Attraverso la domanda sulla composizione del nucleo familiare dello studente, la ricerca HBSC ha fornito una stima sul territorio veneto delle tre maggiori tipologie di struttura familiare: famiglia tradizionale, famiglia monogenitoriale e famiglia ricostituita (per le singole definizioni si veda la sezione dei Metodi).

La Tabella 2.1 mostra come a vivere in una famiglia tradizionale, insieme ad entrambi i genitori, sia quasi il 79% degli 11 e dei 13enni e l'83.1% dei 15enni, con differenze statisticamente significative tra gli strati. Queste prevalenze sono notevolmente più elevate rispetto a quelle relative alla famiglia monogenitoriale (intorno all'11.5%) e alla famiglia ricostituita (intorno al 2.7%). Per queste due tipologie di struttura familiare le stime non si differenziano tra gli strati di età in quanto i confronti tra le età del campione di 11, 13 e 15 anni non sono risultati statisticamente significativi e, quindi, si può parlare di una sostanziale omogeneità delle prevalenze tra le classi di età.

Per la famiglia monogenitoriale, i dati HBSC confermano quelli emersi dall'indagine ISTAT del 2008 secondo cui la percentuale di famiglie monoparentali in Veneto è pari all'11.2% (5).

Insieme all'indagine sulla struttura familiare è stata indagata la qualità della comunicazione (facile o difficile) con i genitori.

La Tabella 2.2 riporta i dati sulla comunicazione "facile" con il padre e con la madre ed evidenzia come il 66.6% del campione degli 11enni ritenga di comunicare facilmente con il proprio padre, ma che dichiara di riuscirci maggiormente con la propria madre (83.9%). Lo stesso vale per i 13enni che dichiarano di parlare di più con la mamma (74.4%) che con il papà (50.0%). Anche per i 15enni la comunicazione risulta più facile con la figura materna (65.3%) rispetto a quanto lo sia con la figura paterna (42.1%). Considerando questo andamento, se è pur vero che la comunicazione si fa facile o più facile a seconda che avvenga con il padre o con la madre, è altrettanto vero che essa diminuisce con entrambi i genitori mano a mano che i ragazzi crescono di età. Infatti, la Tabella 2.2 mostra come, sia con la madre che con il padre, le stime diminuiscano all'aumentare delle classi di età del campione.

Per quanto riguarda le differenze di genere, emerge che a dialogare più facilmente con il papà siano in percentuale maggiore i maschi rispetto alle femmine (tab. 2.2). Questa diversità è presente in tutti e tre gli strati di età del campione, con differenze statisticamente significative tra i sessi.

Tipologie di strutture familiari

Comunicazione facile con i genitori

Anche per la comunicazione con la madre sono i maschi sia di 11, che di 13 e di 15 anni ad avere le percentuali più alte di dialogo rispetto alle femmine loro coetanee, ma in questo caso le differenze tra i sessi (statisticamente significative in ogni strato di età) sono di pochi punti percentuali, mentre nella comunicazione con il padre gli scarti tra le prevalenze dei maschi e quelle delle femmine di 11, 13 e 15 anni erano molto ampi: tra i 16 e i 24 punti percentuali (tab. 2.2).

Oltre alla comunicazione "facile" con i genitori, per completezza è stata creata anche la Tabella 2.3 sulla comunicazione "difficile". In questo caso, però, i dati, risultando complementari a quelli appena descritti in Tabella 2.2, sono lasciati alla visione del lettore, specificando che nelle differenze percentuali tra i tre strati di età del campione e nelle differenze tra i maschi e le femmine di 11, 13 e di 15 anni, i confronti sono risultati statisticamente significativi per ambedue le figure genitoriali.

Per comprendere meglio le dinamiche familiari, la ricerca HBSC ha, inoltre, indagato il grado di coinvolgimento tra genitori e figli. Come prima attività esplorata, è stato chiesto ai ragazzi di riferire se guardano regolarmente (ogni giorno, o la maggior parte dei giorni) la televisione o un video con la propria famiglia (tab. 2.4). I risultati delle analisi evidenziano come il gruppo di età dei 13enni svolga in percentuale maggiore questa attività con i propri genitori (54.5%), rispetto al gruppo degli 11enni (49.3%) e a quello dei 15enni (52.1%). Tra gli 11 e i 13enni, inoltre, i confronti di genere fanno emergere delle differenze statisticamente significative tra i sessi tali da rilevare nei maschi una più alta adesione a guardare la TV con la famiglia rispetto alle femmine.

Altra attività indagata è lo svolgimento di un gioco da tavolo (tab. 2.4). In questo caso, il gruppo più coinvolto è quello degli 11enni (13.5%) che si differenzia di oltre 7 punti percentuali da quello dei 13enni (6%) e di 11 punti dal gruppo dei 15enni (2.4%) il quale appare il meno attratto a questo tipo di attività familiare. In tutti e tre gli strati di età del campione i confronti di genere hanno prodotto differenze statisticamente significative con percentuali maggiori nei maschi di 11, 13 e 15 anni rispetto alle femmine.

Per quanto riguarda l'attività sportiva condivisa con la famiglia (tab. 2.5), il 12.6% degli 11enni riferisce di praticarla regolarmente con i genitori a differenza dell'8.4% dei 13enni e del 3.6% dei 15enni. Anche in questo caso si assiste ad una maggiore partecipazione da parte dei maschi di 11, 13 e 15 anni rispetto a quella delle femmine loro coetanee. Le differenze che qui sono emerse tra i confronti del campione degli 11, dei 13 e dei 15enni preso nella sua totalità, così come i confronti tra i maschi e le femmine nei tre strati di età sono risultate statisticamente significative.

Infine, come ultima attività è stato indagato il tempo passato insieme a parlare di qualcosa (tab. 2.5). Emerge che il 45.8% degli 11enni (senza differenze percentuali tra maschi e femmine) riferisce di sedersi regolarmente con i genitori a parlare di qualcosa insieme, mentre i 13enni lo fanno in percentuale inferiore (41.3%) e ancor meno i 15enni (37.2%). Per i 13 e i 15enni, le analisi statistiche rivelano un maggior interesse verso questo tipo di attività da parte delle femmine rispetto ai maschi.

Attività svolte
con
i genitori:

Guardare la
TV o un video

Fare un gioco
da tavolo
insieme

Fare sport
insieme

Passare del
tempo a
parlare di
qualcosa

Da quanto finora descritto emerge che, nel complesso, sono i 15enni a riferire di essere meno coinvolti nello svolgimento di attività con la famiglia come quelle di guardare la televisione, giocare insieme ad un gioco da tavolo, fare sport o di sedersi e parlare di qualcosa insieme. Fatta eccezione per quest'ultima attività in cui sono le femmine 15enni a farlo con una prevalenza maggiore, sono i maschi ad essere più coinvolti in tutte le altre attività descritte.

Livello provinciale

Tipologie di strutture familiari

Per il territorio provinciale veneto, i dati sulla struttura familiare presenti in Tabella 2.1 possono considerarsi in sintonia con quelli della Regione. Infatti, i risultati dei confronti percentuali tra le province all'interno dei tre strati di età non sono risultati statisticamente significativi per nessuna delle tre tipologie di struttura familiare indagate. Ciò significa che sia per l'indagine sulla famiglia tradizionale che per quella monogenitoriale e per quella ricostituita, le distribuzioni percentuali delle province nei gruppi degli 11, 13 e 15enni risultano omogenee e senza scostamenti dalle stime regionali.

Comunicazione facile con i genitori

Andando, poi, a vedere come si distribuiscono i dati provinciali sulla comunicazione con i genitori, anche in questo caso non si rilevano confronti statisticamente significativi in nessun gruppo di età sia che si tratti della comunicazione con la madre che di quella con il padre. Ciò vale per entrambi i tipi di comunicazione con i genitori: sia facile che difficile (tab. 2.2 e 2.3). In sintesi, per la tematica della comunicazione, le prevalenze delle province si uniformano alle loro medie regionali presenti in ogni singola classe di età. Questo vuol dire che sull'aspetto della comunicazione facile o difficile con il padre o con la madre non emergono prevalenze provinciali più alte o più basse di altre, ma solo distribuzioni omogenee.

Diversa è la situazione per i confronti di genere relativi al dialogo con il padre, sia che si tratti della comunicazione facile che di quella difficile (tab. 2.2 e 2.3). Nei confronti della figura genitoriale paterna, la significatività statistica dei confronti fa emergere delle marcate differenze tra i maschi e le femmine in tutte le province per ogni strato di età. Tuttavia, il gruppo di età a presentare gli scarti più ampi tra i sessi è quello dei 13enni, dove le differenze tra maschi e femmine raggiungono in alcune province quasi i 30 punti percentuali, come, ad esempio, nella provincia di Belluno (67.9% per i maschi vs 38.0% per le femmine) e in quella di Venezia (65.8% per i maschi vs 36.95% per le femmine).

Per quanto riguarda, invece, il dialogo (sia facile che difficile) con la madre, le uniche differenze statisticamente significative tra la comunicazione dei maschi e quella delle femmine sono da attribuire alla provincia di Treviso nello strato degli 11enni e alle province di Padova e di Rovigo nello strato dei 13enni, dove le femmine sia di 11 che di 13 anni comunicano con più difficoltà rispetto ai maschi loro coetanei. Ciò significa, che nelle restanti province, dove i confronti non sono risultati statisticamente significativi, il dialogo con la madre risulta uguale tra maschi e femmine.

Ad uno sguardo sulle dinamiche familiari in termini di attività svolte con i genitori, si evidenziano delle distribuzioni altalenanti e diversificate rispetto

alla stima regionale (52.1%) nel solo strato dei 15enni per l'attività di guardare la TV o un video con la famiglia (tab. 2.4). In questo strato, la significatività statistica dei confronti tra province fa emergere Venezia come il territorio con la prevalenza più alta (62.2%) di 15enni (maschi e femmine in percentuale uniforme) che svolgono questo tipo di attività insieme ai genitori.

Attività svolte
con
i genitori:

Guardare la
TV o un video

Nei gruppi degli 11 e dei 13enni, come accennato, le distribuzioni percentuali tra le province si uniformano alla loro medie regionali che sono del 49.3% per gli 11enni e del 54.5% per i 13enni.

Le uniche differenze statisticamente significative tra maschi e femmine sono presenti nella provincia di Treviso, dove i maschi sia di 11 che di 15anni riferiscono di guardare la televisione o un video insieme alla famiglia in percentuale maggiore rispetto alle femmine loro coetanee, così come nella provincia di Venezia nel gruppo dei 13enni.

Per l'attività di giocare ad un gioco da tavolo insieme alla famiglia (tab. 2.4), i comportamenti degli 11 e dei 13enni non presentano diversificazioni percentuali tra le province, in quanto i confronti territoriali non sono risultati statisticamente significativi, eccetto per quelli dello strato dei 15enni dove a fronte di una stima Regionale del 2.4% si contrappongono quelle delle province di Venezia (5.3%) e di Padova (1.1%) rispettivamente per la più alta e la più bassa prevalenza di giovani (maschi e femmine senza differenziazioni percentuali) che si dedicano regolarmente al gioco da tavolo con la famiglia.

Fare un gioco
da tavolo
insieme

Nello strato degli 11 e dei 13enni questa attività sembra non presentare delle differenze tra maschi e femmine in quasi tutte le province venete, tranne per Rovigo, dove i maschi sia di 11 che di 13anni giocano ad un gioco da tavolo con i genitori in percentuale maggiore rispetto alle femmine loro coetanee, così come accade nelle province di Vicenza e di Treviso nei confronti tra i ragazzi e le ragazze 13enni.

L'attività di fare sport insieme tutti i giorni, o perlomeno la maggior parte dei giorni, (tab. 2.5) ricopre un ruolo altrettanto importante all'interno della famiglia. Questa modalità di stare insieme sembra non diversificarsi tra le province venete allorché si considera il campione preso nella sua globalità all'interno dei tre strati di età. Pertanto si è in presenza di distribuzioni percentuali omogenee tra le province ed in linea con le medie regionali che sono del 9.2% per gli 11enni, del 5.7% per i 13enni e del 3.6% per i 15enni. Tuttavia, i risultati delle analisi statistiche per i confronti di genere fanno emergere delle differenze molto marcate tra i maschi e le femmine, soprattutto nello strato degli 11enni. Nello specifico, in quasi tutte le province del primo gruppo di età (tranne Vicenza), i maschi 11enni fanno di gran lunga più sport con i genitori rispetto alle femmine loro coetanee. Significativo è il caso della provincia di Belluno dove il 24.4% dei maschi 11enni riferisce di svolgere questa attività con la famiglia contro il solo 4.2% delle femmine. Nello strato dei 13enni, ad eccezione di Belluno e di Treviso dove non ci sono differenze statisticamente significative tra i sessi, gli scarti tra i maschi e le femmine si riducono di ampiezza rispetto a quelli dei ragazzi dello strato precedente. Lo stesso fenomeno della riduzione di ampiezza si verifica anche nello strato dei 15enni, tra i

Fare sport
insieme

Passare del tempo a parlare di qualcosa

maschi e le femmine delle province di Vicenza, Venezia, Padova e Rovigo dove sono, in ogni caso, i maschi ad avere le prevalenze più alte e a dimostrare, quindi, di passare la maggior parte dei giorni a fare sport con i genitori.

Infine, per l'attività di sedersi e parlare di qualcosa insieme ai genitori (tab. 2.5), si è in presenza di distribuzioni percentuali tra le province uniformi in ogni strato di età. Pertanto, in ogni classe di età i comportamenti dei ragazzi sia di 11 che di 13 e di 15 anni nelle singole province si allineano alle loro stime regionali (45.8% per gli 11enni, 41.3% per i 13enni, 37.2% per i 15enni). Anche a livello di confronti di genere, non risultano differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine, salvo per la provincia di Treviso dove nel gruppo dei 13enni le femmine riferiscono di sedersi e parlare di qualcosa con la famiglia ogni giorno o la maggior parte dei giorni più dei maschi e per la provincia di Venezia tra i maschi e le femmine 15enni.

Comunicazione difficile con i genitori

Le Aziende ULSS

Considerando le difficoltà che i figli sperimentano nel comunicare con i genitori, risulta importante vedere anche a livello di Aziende locali le percentuali di dialogo difficile sia con la madre che con il padre (tab. 2.6). Iniziando dalle difficoltà di comunicazione con la figura paterna, i confronti percentuali statisticamente significativi tra Ulss sono quelli all'interno dello strato degli 11 e dei 13enni, mentre in quello dei 15enni le distribuzioni risultano uniformi ed in linea con la frequenza regionale (57.9%).

Nel gruppo degli 11enni, la fluttuazione delle prevalenze rispetto alla stima della Regione (33.4%) fa emergere la Ulss 19 di Taglio di Po (43.3%) come l'Azienda con la percentuale più alta di difficoltà comunicativa col padre, seguita dalle Ulss 6 e 17 per le loro stime attestata al 40%. Similmente, nel gruppo dei 13enni è ancora la Ulss 19 (63.9%) a presentare il livello più alto di difficoltà di dialogo con il padre, con un distacco di quasi 14 punti percentuali dalla media regionale (50.0%), seguita, questa volta, dalla Ulss 4 dell'Alto Vicentino con il 61.8% di difficoltà.

Nei riguardi della madre (tab. 2.6), i confronti tra Ulss sono risultati statisticamente significativi in ogni gruppo di età del campione. Ciò significa che le distribuzioni percentuali tra le Aziende locali si diversificano, allontanandosi, talvolta, dalle stime regionali che sono del 16.1% per gli 11enni, del 25.6% per i 13enni e del 34.7% per i 15enni.

Andando a considerare il gruppo degli 11enni, si nota come ad avere più difficoltà di comunicazione con la madre siano nuovamente gli 11enni della Ulss 19 (23.7%), mentre coloro che hanno meno difficoltà sono gli 11enni della Ulss 4 (9.6%). Nello strato dei 13enni risultano maggiormente in difficoltà i ragazzi della Ulss 2 di Feltre (39.2%), seguiti da quelli della Ulss 10 del Veneto Orientale con una prevalenza al 33.1%. Infine, nello strato dei 15enni si dimostrano con un dialogo più difficile i ragazzi dell'Azienda 9 di Treviso (46.2%) che insieme ai 15enni delle Ulss 12, 14 e 17 evidenziano stime oltre il 40% di difficoltà comunicativa con la figura materna.

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	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Famiglia tradizionale						
REGIONE	78.9	1.8	78.8	1.8	83.1	1.8
Belluno	73.7	6.6	78.2	7.8	82.7	5.2
Vicenza	79.4	4.2	81.6	3.9	84.9	3.1
Treviso	79.3	3.6	80.6	3.0	81.5	4.5
Venezia	81.4	3.8	77.5	4.4	83.4	4.6
Padova	80.1	3.8	78.1	4.5	82.1	4.3
Rovigo	76.9	7.2	80.2	5.5	87.5	4.6
Verona	76.0	5.6	76.1	4.9	82.3	5.1
Famiglia monogenitoriale						
REGIONE	11.0	1.3	12.6	1.4	10.8	1.5
Belluno	11.0	3.6	11.7	4.2	9.7	2.2
Vicenza	9.7	2.4	11.5	2.8	9.3	2.2
Treviso	9.9	3.4	12.2	2.7	12.7	5.0
Venezia	9.6	3.1	13.4	3.6	10.3	3.3
Padova	12.0	2.3	12.4	3.3	12.6	3.0
Rovigo	11.4	4.4	8.7	3.8	6.9	2.1
Verona	13.6	3.6	14.4	3.5	10.3	4.4
Famiglia ricostituita						
REGIONE	2.2	0.5	3.1	0.7	3.0	0.7
Belluno	3.2	2.6	4.4	3.8	1.8	2.5
Vicenza	1.8	1.0	2.1	1.0	3.5	1.6
Treviso	2.4	1.2	3.5	1.1	3.1	1.9
Venezia	2.9	1.4	2.4	1.0	2.8	1.5
Padova	1.1	0.9	2.2	1.5	2.5	1.4
Rovigo	1.7	1.6	2.5	4.7	2.9	2.2
Verona	2.8	1.6	5.0	2.5	3.5	2.3
Altro						
REGIONE	7.9	1.2	5.5	1.1	3.1	0.7
Belluno	12.1	5.0	5.8	3.8	5.8	4.4
Vicenza	9.1	3.3	4.8	2.1	2.3	1.2
Treviso	8.4	2.3	3.6	2.2	2.7	1.5
Venezia	6.0	2.2	6.7	2.2	3.5	2.0
Padova	6.7	1.9	7.3	2.6	2.8	1.6
Rovigo	9.9	2.7	8.7	4.3	2.7	2.6
Verona	7.6	3.4	4.5	2.8	3.8	1.7

Tabella 22 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che comunicano con i propri genitori a livello di provincia

FACILE COMUNICAZIONE CON IL PADRE																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	74.3	2.5	76.5	8.3	73.8	6.3	76.9	4.0	73.0	5.9	70.0	6.7	73.1	7.3	77.1	6.0
Femmine	58.3	2.7	59.7	11.1	62.3	6.7	53.8	6.7	55.6	7.9	61.2	4.1	56.9	11.2	57.5	6.3
Totale	66.6	1.8	68.0	4.8	68.0	5.5	66.2	4.2	64.8	4.5	65.7	3.4	65.9	7.9	67.7	3.5
13 ANNI																
Maschi	61.7	2.9	67.9	7.7	59.7	4.0	59.7	6.0	65.8	8.0	63.4	6.0	55.7	8.5	60.2	8.9
Femmine	38.2	2.7	38.0	12.4	35.5	6.7	44.9	5.4	36.9	7.1	34.6	3.8	32.0	6.6	40.3	7.1
Totale	50.0	2.2	53.5	9.9	48.2	4.6	52.1	4.2	52.1	6.1	48.8	4.3	43.6	4.6	50.0	6.6
15 ANNI																
Maschi	52.5	3.1	51.5	7.2	49.2	8.7	54.1	6.8	51.3	8.4	54.3	6.7	52.0	15.2	53.5	6.7
Femmine	32.1	2.7	31.7	10.8	35.5	4.9	30.6	5.2	29.0	8.3	21.7	3.8	32.5	8.0	42.7	6.0
Totale	42.1	2.3	42.8	7.7	41.1	4.7	40.1	3.2	40.7	5.8	39.3	5.6	41.8	9.5	49.0	5.2

FACILE COMUNICAZIONE CON LA MADRE																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	84.7	2.1	74.4	9.5	85.7	4.1	83.8	4.8	85.2	5.0	83.7	5.8	84.6	6.4	87.1	4.1
Femmine	83.1	2.0	87.5	8.7	85.7	4.0	76.3	5.6	87.8	3.7	82.9	3.9	79.3	8.0	82.9	4.6
Totale	83.9	1.4	81.1	5.1	85.7	2.7	80.3	3.6	86.4	3.3	83.3	3.9	82.2	5.1	85.1	2.5
13 ANNI																
Maschi	76.4	2.6	77.6	10.0	72.7	5.7	75.6	6.2	75.4	7.5	79.6	4.6	81.9	9.3	77.6	5.8
Femmine	72.4	2.5	73.1	11.2	71.0	6.1	75.1	5.0	70.7	6.3	71.3	5.4	65.1	8.4	74.9	6.6
Totale	74.4	1.7	75.4	9.1	71.9	3.5	75.4	3.7	73.2	5.5	75.4	3.1	73.4	8.6	76.2	4.3
15 ANNI																
Maschi	66.6	3.1	69.1	4.7	63.5	4.9	61.2	7.9	64.2	7.1	68.6	7.9	74.4	9.0	70.8	7.3
Femmine	64.0	2.8	62.2	11.5	66.5	4.5	61.2	7.4	65.3	7.5	61.0	7.4	62.2	7.5	66.8	6.6
Totale	65.3	2.1	66.0	6.9	65.3	2.8	61.2	5.1	64.7	5.2	65.2	4.3	68.0	5.4	69.1	6.0

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

DIFFICILE COMUNICAZIONE CON IL PADRE																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	25.7	2.5	23.5	8.3	26.2	6.3	23.1	4.0	27.0	5.9	30.0	6.7	26.9	7.3	22.9	6.0
Femmine	41.7	2.7	40.3	11.1	37.7	6.7	46.2	6.7	44.4	7.9	38.8	4.1	43.1	11.2	42.5	6.3
Totale	33.4	1.8	32.0	4.8	32.0	5.5	33.8	4.2	35.2	4.5	34.3	3.4	34.1	7.9	32.3	3.5
13 ANNI																
Maschi	38.3	2.9	32.1	7.7	40.3	4.0	40.3	6.0	34.2	8.0	36.6	6.0	44.3	8.5	39.8	8.9
Femmine	61.8	2.7	62.0	12.4	64.5	6.7	55.1	5.4	63.1	7.1	65.4	3.8	68.0	6.6	59.7	7.1
Totale	50.0	2.2	46.5	9.9	51.8	4.6	47.9	4.2	47.9	6.1	51.2	4.3	56.4	4.6	50.0	6.6
15 ANNI																
Maschi	47.5	3.1	48.5	7.2	50.8	8.7	45.9	6.8	48.7	8.4	45.7	6.7	48.0	15.2	46.5	6.7
Femmine	67.9	2.7	68.3	10.8	64.5	4.9	69.4	5.2	71.0	8.3	78.3	3.8	67.5	8.0	57.3	6.0
Totale	57.9	2.3	57.2	7.7	58.9	4.7	59.9	3.2	59.3	5.8	60.7	5.6	58.2	9.5	51.0	5.2
DIFFICILE COMUNICAZIONE CON LA MADRE																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	15.3	2.1	25.6	9.5	14.3	4.1	16.2	4.8	14.8	5.0	16.3	5.8	15.4	6.4	12.9	4.1
Femmine	16.9	2.0	12.5	8.7	14.3	4.0	23.7	5.6	12.2	3.7	17.1	3.9	20.7	8.0	17.1	4.6
Totale	16.1	1.4	18.9	5.1	14.3	2.7	19.7	3.6	13.6	3.3	16.7	3.9	17.8	5.1	14.9	2.5
13 ANNI																
Maschi	23.6	2.6	22.4	10.0	27.3	5.7	24.4	6.2	24.6	7.5	20.4	4.6	18.1	9.3	22.4	5.8
Femmine	27.6	2.5	26.9	11.2	29.0	6.1	24.9	5.0	29.3	6.3	28.7	5.4	34.9	8.4	25.1	6.6
Totale	25.6	1.7	24.6	9.1	28.1	3.5	24.6	3.7	26.8	5.5	24.6	3.1	26.6	8.6	23.8	4.3
15 ANNI																
Maschi	33.4	3.1	30.9	4.7	36.5	4.9	38.8	7.9	35.8	7.1	31.4	7.9	25.6	9.0	29.2	7.3
Femmine	36.0	2.8	37.8	11.5	33.5	4.5	38.8	7.4	34.7	7.5	39.0	7.4	37.8	7.5	33.2	6.6
Totale	34.7	2.1	34.0	6.9	34.7	2.8	38.8	5.1	35.3	5.2	34.8	4.3	32.0	5.4	30.9	6.0

Tabella 2.4 Attività svolte insieme alla famiglia dai maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a livello di provincia

GIUOCARE LA TV O UN VIDEO INSIEME																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	52.2	3.0	51.1	10.7	54.0	6.9	53.9	8.0	51.4	6.9	47.5	5.5	57.9	10.9	52.5	7.4
Femmine	46.1	2.8	43.7	9.5	49.8	6.8	43.2	5.4	50.1	6.9	43.9	5.6	58.4	6.7	41.8	7.4
Totale	49.3	2.1	47.4	6.2	51.9	5.0	49.0	5.3	50.8	5.0	45.7	4.0	58.1	7.9	47.4	4.7
13 ANNI																
Maschi	57.3	2.6	57.8	9.8	51.8	5.5	55.7	6.6	61.5	6.4	59.4	5.3	58.8	7.6	58.6	6.3
Femmine	51.6	2.9	54.5	9.8	45.5	5.3	51.5	5.2	48.0	6.7	53.3	5.6	52.9	7.2	57.4	8.5
Totale	54.5	2.1	56.2	7.4	48.8	3.8	53.5	4.5	55.1	5.4	56.3	4.1	55.8	4.2	58.0	6.0
15 ANNI																
Maschi	54.4	4.0	48.1	13.3	52.8	5.4	57.0	6.3	64.9	8.6	53.3	7.4	53.1	13.2	47.8	11.9
Femmine	49.8	3.7	50.0	15.7	44.0	7.0	46.0	8.4	59.3	8.3	53.1	7.7	58.8	8.2	47.8	10.3
Totale	52.1	2.9	48.9	11.8	47.6	4.5	50.5	6.8	62.2	7.0	53.2	5.9	56.0	8.3	47.8	7.7
GIUOCARE A UN GIOCO DA TAVOLO INSIEME																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	15.5	1.8	18.1	5.5	16.4	4.6	13.6	3.4	14.4	4.1	15.7	4.6	23.7	7.0	14.6	4.0
Femmine	11.4	1.7	11.9	8.9	11.0	3.2	15.8	4.7	10.3	3.9	8.8	3.2	13.4	6.7	10.9	3.5
Totale	13.5	1.2	14.9	4.9	13.7	2.7	14.6	2.8	12.5	3.1	12.3	2.7	19.1	5.2	12.8	3.0
13 ANNI																
Maschi	7.2	1.3	5.6	4.7	7.7	2.3	7.9	4.1	7.3	3.4	6.1	2.1	8.8	5.2	7.1	3.4
Femmine	4.8	1.1	6.0	4.5	3.9	2.4	2.6	1.8	7.1	2.4	5.6	2.7	1.2	2.3	5.6	3.1
Totale	6.0	1.0	5.8	3.8	6.0	1.9	5.2	2.5	7.2	2.2	5.8	1.8	5.0	1.9	6.3	2.9
15 ANNI																
Maschi	3.3	1.1	2.4	2.8	1.3	1.4	6.1	3.5	8.2	2.9	1.7	1.9	1.2	2.0	0.9	1.2
Femmine	1.4	0.7	1.6	2.8	1.7	1.8	0.6	0.9	2.1	1.8	0.5	0.9	3.4	4.1	1.8	1.5
Totale	2.4	0.7	2.0	2.6	1.5	1.2	2.8	1.8	5.3	2.1	1.1	1.2	2.3	2.5	1.3	1.0

Tabella 2.5 Attività svolte insieme alla famiglia dai maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a livello di provincia

FARE SPORT INSIEME															
REGIONE	%	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
		IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%
11 ANNI															
Maschi	12.6	1.6	24.4	13.5	9.3	3.4	14.7	4.0	11.7	3.0	10.4	3.3	18.7	8.5	12.7
Femmine	5.6	1.4	4.2	3.5	6.1	3.2	6.6	2.7	4.3	2.9	6.2	2.7	3.7	3.8	5.5
Totale	9.2	1.1	13.9	6.7	7.7	2.6	10.9	2.4	8.2	2.1	8.4	2.4	12.0	5.5	9.2
13 ANNI															
Maschi	8.4	1.5	7.0	3.9	7.6	3.4	8.7	3.9	9.3	2.9	8.3	2.8	10.1	7.9	8.2
Femmine	2.9	1.0	6.6	4.5	2.0	1.6	4.7	3.4	1.3	1.4	2.9	2.1	1.2	2.1	2.8
Totale	5.7	1.0	6.8	3.8	5.0	1.9	6.6	2.7	5.5	1.5	5.6	2.0	5.6	4.1	5.5
15 ANNI															
Maschi	5.1	1.2	4.1	3.3	5.6	3.3	4.0	3.2	7.2	3.3	4.2	2.3	4.6	4.6	4.7
Femmine	2.1	0.8	6.6	7.6	1.7	1.4	2.8	1.9	1.8	1.8	1.0	1.4	1.1	2.0	2.8
Totale	3.6	0.7	5.2	3.7	3.3	1.7	3.3	1.6	4.7	2.0	2.7	1.6	2.8	3.1	3.9
SEDESI E PARLARE DI QUALCOSA INSIEME															
REGIONE	%	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
		IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%
11 ANNI															
Maschi	45.9	2.9	42.8	8.5	44.8	6.6	45.2	7.3	49.4	5.9	44.3	5.6	49.4	9.5	45.9
Femmine	45.6	2.8	40.9	11.8	48.6	6.7	46.6	6.0	44.9	6.6	39.0	4.5	45.8	8.2	49.8
Totale	45.8	2.0	41.8	3.8	46.7	5.9	45.9	2.9	47.3	4.9	41.7	4.0	47.8	6.9	47.7
13 ANNI															
Maschi	38.4	2.8	39.2	9.5	42.5	4.5	36.8	7.7	40.4	7.4	39.7	4.2	29.4	12.8	34.1
Femmine	44.3	2.9	40.9	9.1	42.5	7.6	51.4	5.8	45.4	6.5	41.5	7.5	39.3	8.0	42.5
Totale	41.3	2.1	40.0	8.0	42.5	5.0	44.4	5.3	42.8	5.7	40.6	3.6	34.4	7.5	38.4
15 ANNI															
Maschi	34.6	3.3	36.7	17.1	33.0	7.1	34.5	8.1	31.3	5.3	39.3	7.8	35.2	15.8	33.8
Femmine	39.8	2.7	42.6	5.1	38.0	5.5	40.5	5.2	44.5	8.3	36.5	7.0	38.8	9.2	39.8
Totale	37.2	2.1	39.3	10.2	35.9	4.7	38.1	4.8	37.6	4.4	38.0	5.4	37.1	7.7	36.3

Tabella 26 Giovani di 11, 13 e 15 anni che comunicano con difficoltà con i propri genitori a livello di Azienda ULSS

Regione	Padre						Madre					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	33.4	1.8	50.0	2.2	57.9	2.3	16.1	1.4	25.6	1.7	34.7	2.1
ULSS 1	30.5	5.5	44.0	14.9	58.0	12.7	22.2	6.9	14.8	7.3	31.8	7.6
ULSS 2	34.3	8.1	50.5	9.8	56.1	4.3	13.9	5.4	39.2	9.9	37.2	12.0
ULSS 3	28.3	7.7	42.9	4.1	52.6	10.5	18.2	7.2	21.9	7.2	35.6	4.0
ULSS 4	24.1	5.0	61.8	4.9	63.5	7.0	9.6	2.4	30.3	5.8	31.4	6.3
ULSS 5	29.9	13.0	50.0	5.9	63.2	9.1	14.4	8.2	25.7	7.3	37.5	6.5
ULSS 6	40.1	9.6	51.6	10.2	57.4	8.5	14.8	3.0	31.8	6.2	34.5	4.8
ULSS 7	37.3	3.9	55.8	9.2	59.3	5.7	20.9	7.2	30.1	7.5	31.1	7.9
ULSS 8	29.5	5.4	42.4	5.3	59.2	5.6	15.0	7.5	21.3	5.5	34.0	8.4
ULSS 9	34.7	7.9	47.6	5.9	60.8	5.0	22.4	3.8	24.1	5.4	46.2	6.0
ULSS 10	33.3	8.4	56.6	8.9	61.6	12.3	14.3	4.7	33.1	11.9	28.5	7.8
ULSS 12	36.0	6.3	37.5	11.1	58.8	10.6	10.6	5.3	21.5	8.8	41.5	8.7
ULSS 13	37.0	7.3	51.2	7.0	61.2	10.5	16.3	7.4	25.2	8.4	31.3	10.2
ULSS 14	29.5	12.9	40.5	8.7	53.2	11.4	17.9	7.1	28.0	7.7	41.0	8.3
ULSS 15	34.3	7.8	53.0	7.3	60.7	10.1	19.4	5.9	21.9	6.3	32.1	6.7
ULSS 16	32.6	3.7	52.6	5.9	59.9	9.3	11.5	6.4	27.6	4.6	33.8	7.2
ULSS 17	40.0	6.5	52.3	9.8	62.5	7.2	21.1	6.2	23.4	4.9	41.3	6.3
ULSS 18	30.3	8.3	53.2	2.5	53.7	11.9	15.2	5.1	26.9	11.9	32.0	7.7
ULSS 19	43.3	11.4	63.9	11.2	67.9	9.1	23.7	9.5	26.0	7.9	32.1	4.1
ULSS 20	30.9	5.4	57.4	7.8	47.7	8.1	13.0	2.9	27.4	5.8	28.2	9.6
ULSS 21	36.3	9.0	51.0	5.4	62.1	5.4	23.3	4.1	24.0	8.7	37.3	6.1
ULSS 22	32.7	4.2	38.4	9.2	51.1	6.1	13.9	4.4	18.2	5.9	32.1	9.1

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 sui criteri 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, (51) 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 neoliberaliste.

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 con-

siderata 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 del Veneto, sta cercando di dare una risposta efficace e tempestiva a queste problematiche adolescenziali attraverso l'adozione di varie deliberazioni regionali quali la n° 2464 del 07/08/2007, n° 3827 del 27/11/2007, n° 3923 del 04/12/2007, n° 1733 del 24/06/2008, n° 3914 del 09/12/2008, n° 3915 del 09/12/2008, n° 4254 del 30/12/2008, n° 1483 del 19.05.2009, n° 2571 del 04.09.2009, n° 2168 del 14.07.2009, n°3721 del 30.11.2009, 4054 del 22.12.2009 e la n° 215 del 03.02.2010. 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. ALBANESE O, LA FORTUNE L, DANIEL MF, DOUDIN PA, PONS F. (a cura di). Competenza emotiva tra psicologia ed educazione. Franco Angeli, 2006.
2. 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.
3. BRONFENBRENNER U. The ecology of human development. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
4. BARBAGLI M, CASTIGLIONI M, DALLA ZUANNA G. Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti. Bologna, il Mulino, 2004.
5. ISTAT. Indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana, 2009.
6. ARDELT M, DAY L. Parents, Siblings, and Peers: Close Social Relationships and Adolescent Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 2002, 22, 310-349.
7. 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.
8. COLEY RL. Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*, 2001, 56, 743-753.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. KING V. The Antecedents and Consequences of Adolescents' Relationships With Stepfathers And non-resident Fathers. *Journal of Marriage and Family*, 2006, 68, 910-928.
14. KANTOJÄRVI L, JOUKAMAA M, MIETTUNEN J, LÄKSY K, HERVA A, KARVONEN JT, TAANILA A, VEIJOLA J. Childhood family structure and personality disorders in adulthood. *Eur Psychiatry*, 2008, 23(3):205-11.
15. 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.
16. ISCHWARTZ 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.
17. MILLER BC, BENSON B, GALBRAITH K. Family relationships and adolescent pregnancy risk: a research synthesis. *Developmental Review*, 2001, 21, 1-38.

18. CARLSON MJ. Family Structure, Father Involvement and Adolescent Behavioral Outcome. *Journal of Marriage and Family*, 2006, 68, 137-154.
19. 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.
20. 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.
21. HEMOVICH V, CRANO WD. Family structure and adolescent drug use: an exploration of single-parent families. *Subst Use Misus*, 2009, 44 (14):2099-113.
22. PEARSON N, ATKIN AJ, BIDDLE SJ, GORELY T, EDWARDSON C. Parenting styles, family structure and adolescent dietary behaviour. *Public Health Nutr.*, 2009, 3:1-9.
23. STEWART SD, MENNING CL. Family structure, non resident father involvement, and adolescent eating patterns. *Adolesc Health*, 2009, 45(2):193-201.
24. EURISPES, Telefono Azzurro. 3. Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, Roma, EURISPES, 2002.
25. OLIVERIO-FERRARSI A. Il terzo genitore. Cortina, Milano, 1997.
26. RICCIO B. Nuovi volti della famiglia. – Tra libertà e responsabilità. Claudiana Editrice, Torino, 1997.
27. 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.
28. 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.
29. BROWN SL. Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography*, 2006, 43, 447-461.
30. HOFFMAN JP. Family structure, community context and adolescent problem behaviours. *Journal of Youth Adolescence*, 2006, 35, 867-880.
31. 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.
32. 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.
33. FIELD T, DIEGO M, SANDERS C. Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 2002, 37, 121-130.
34. HART CN, KELLEHER KJ, DROTAR D, & SCHOLLED SH. Parent-Provider Communication and Parental Satisfaction with Care of Children with Psychosocial Problems. *Patient Educ Couns.*, 2007, 68(2): 179-185.
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. MILLER-DAY M, & KAM JA. More than Just Openness: Developing and Validating a Measure of Targeted Parent-Child Communication about Alcohol. *Health Commun.*, 2010, 25(4): 293-302.
38. 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.
39. WONG MM, NIGG JT, ZUCKER RA, PUTTLER LI, FITZGERALD HE, JESTER JM, GLASS JM, ADAMS K. Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: a prospective study from preschool to adolescence. *Child Dev.*, 2006, 77(4):1016-33.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. SABBAH HA, VERECKEN CA, ELGAR FJ, NANSEL T, AASVEE K, ABDEEN Z, OJALA K, AHLUWALIA N, & MAES L. Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescents in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 2009, 9: 52.
44. 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
45. DALLAGO L, SANTINELLO M. Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2006, 2, 241-261.
46. MORRISON GL, ECCLES JS. Stage-Environment Fit During Adolescence: Trajectories of Family Relations and Adolescent Outcomes, *Developmental Psychology*, 2007, 43, 2, 522-537.
47. 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.
48. SCHUSTER MA, EASTMAN KL, CORONA R. Talking Parents, Healthy Teens: A Website-based Program for Parents to Promote Adolescent Sexual Health. *Prev Chronic Dis.*, 2006, 3(4): A126.
49. 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.

50. 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.
51. DONATI P, COLOZZI I. Il privato sociale che emerge: realtà e dilemmi, il Mulino, Bologna, 2004.
52. DDL n.8 del 14/02/2006. Linee di Indirizzo e Interventi per la Promozione e il Sostegno della Famiglia.

Summary

Family

Introduction

The Family is perhaps the most important context for the development of a child, and according to some, it represents the scenario from which health-related principles emerge. Within the family sphere during infancy numerous behaviour patterns regarding personal care (hygiene, exercise, diet), and interpersonal relations (social skills, self-esteem and self-efficiency) are learned. As a result of economic, cultural and social changes taking place over the last decades of the 20th Century, the family structure has undergone dramatic change. The number of one-parent families due to divorce and the separation of parents has increased, and the moving in of a new partner into the family sphere has meant that many young people have had to deal with increasingly complex and varied living situations. ISTAT (the National Institute of Statistics) data show that the percentage of boys and girls who live with one parent increased from 7.6% in 2002-2003 to 8.1% in 2008.

Results

At the regional level:

- *the majority of young people live with both parents: the highest rate (83.1%) is in the group of 15-year olds, whereas the figure is more or less the same for 11 (78.9%) and 13 (78.8%) year olds;*
- *adolescents, in all three strata, find it easier to talk to their mothers about things that worry them; the ease of dialogue with parents depends on the sex. Boys of all three strata find it easier to talk with their fathers compared to their mothers; the ease of dialogue with both parents is less problematic at 11 years of age, but becomes more difficult as the children grow up.*
- *The main activities that young people perform within their families with a frequency between 40% and 50% are the following: watching TV or a video and sitting down and talking about something, whereas less performed activities include practising sport and playing board games. With reference to the above-mentioned activities, the strata of 15-year olds, females in particular, is the less involved in practising activities within the family.*

Comments

The low rate of one-parent families and new family units is associated with the existence of a profound, deep-rooted religious tradition, which in Italy, promotes and sustains marriage, and consequently the traditional type of family.

As both literature and this study show, the greater ease of dialogue with parents among 11-years olds can be explained by the fact that at this age there is not yet a need to distinguish oneself from adults, as in adolescence. In addition, relationships with mother and father are experienced with greater harmony and little conflict.

The complexity which accompanies this rather delicate phase in development requires the activation of programmes, strategies of prevention and timely treatment geared towards adolescents and carried out by social and healthcare operators. These operators need to talk constantly with the families, and be aware of the cultural changes which families are constantly subjected to, without forgetting the emerging reality of immigrant families from different parts of the world.

Capitolo 3 Gruppo dei pari¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Mariuccia Lorenzi
*Osservatorio regionale Infanzia, Adolescenza,
Giovani e Famiglia – Regione del Veneto*

Introduzione

Il gruppo dei pari è una forma di aggregazione sociale spontanea tipica dell'età adolescenziale e giovanile che riveste una grande importanza nel processo di crescita degli individui (1). Nel momento in cui gli adolescenti avvertono il giusto bisogno di prendere le distanze dalla famiglia e dalla scuola per cercare una propria dimensione individuale più autonoma il gruppo offre accoglienza, protezione e riconoscimento per la nuova identità che essi vanno formando: ciò li aiuta a non sentirsi più figli o allievi, ma individui liberi di sperimentare nuove regole, nuovi modi di stare in relazione, nuove dimensioni quali l'autonomia, l'espressività, l'affettività, la sessualità, la creatività, l'affermazione personale (2-4).

Da un punto di vista evolutivo, il gruppo dei pari è determinante per la crescita, perché in esso si possono realizzare le dinamiche sociali più svariate. Negli adolescenti il gruppo riveste grande importanza perché contribuisce a dare sicurezza, in un periodo in cui si sperimentano molti cambiamenti. 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. Inoltre, il tempo che i ragazzi trascorrono con i coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti (genitori o insegnanti) sembra essere determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (11, 12). Le interazioni sociali tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extra-familiare.

In aggiunta, uno studio recente conferma quanto già sostenuto in lette-

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

ratura circa l'azione positiva del gruppo dei pari per la cura e il recupero di soggetti affetti da severe e persistenti malattie mentali (13).

Tuttavia, il gruppo dei pari non ha sempre una valenza positiva. Infatti spesso si assiste alla costituzione del gruppo-branco, che può sfociare, specie in situazioni di disagio sociale, in bande di giovani che trovano nella forza della loro unione il coraggio di commettere reati o ad atti di abuso di sostanze (14-17). Dalla letteratura emerge che il tipo di pari che si frequentano e la sub-cultura alla quale essi aderiscono possono rendere conto del tipo di influenze cui essi sono sottoposti: talvolta tale pressione è positiva, mentre altre volte può risultare negativa (18, 19). Considerando, quindi, l'importanza del gruppo dei pari e la tendenza dei giovani ad omologarsi a quelli che considerano loro amici, appare chiaro come chi frequenta, ad esempio, pari a rischio, come 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 (16, 20).

Davanti a questo concetto di "pressione dei pari" che fino a qualche anno fa appariva preponderante in letteratura, da qualche anno se ne sta facendo strada un altro e che prende in considerazione l'aspetto della "selezione dei pari" (peer selection) come diversa possibile spiegazione della conformità comportamentale tra amici (21-25). Con selezione dei pari si intende la funzione attiva del soggetto nello scegliere gli amici ai quali vuole assomigliare, sulla base delle proprie aspirazioni personali e caratteristiche individuali.

In quest'ottica, il gruppo dei pari diventa l'ambito a cui naturalmente l'adolescente fa ricorso per cercare di emanciparsi dal gruppo familiare di origine e costituisce l'occasione di un'esperienza fondamentale, una sorta di laboratorio sociale in cui il ragazzo si sente coinvolto in prima persona in interazione con gli altri. Il tempo trascorso con il gruppo da lui scelto gli garantisce la presenza di un'area di relazioni formativa e particolarmente significativa rispetto al costituirsi della sua identità: si sta insieme per stare insieme e si ricava gratificazione dalla possibilità di consumare il tempo in un ambito di rapporti simmetrici in un'accentuazione di valore del presente che consente l'emancipazione dal passato e la progettazione per il futuro, in una situazione in cui il bisogno di comunicare, di cercare valori condivisibili vengono accolti e trovano risposte.

È evidente da ciò come l'articolazione sociale del contesto in cui i ragazzi vivono giochi un ruolo fondamentale nella possibilità che i ragazzi stessi hanno di scegliere il gruppo più affine. In contesti sociali poveri o svantaggiati le possibilità di scelta si riducono drasticamente, condizionando, quindi, le alternative a disposizione dell'adolescente. In molti piccoli paesi la decisione di continuare la scuola superiore costituisce anche un'alternativa rispetto alla scelta di gruppi dei pari diversi e non disponibili nel contesto di origine.

Metodi

Avere amici veri

Domanda standard: Attualmente quanti amici veri, maschi e femmine, hai?

Considerazione della modalità: Tre o più per indagare il numero di amici veri dello stesso sesso rispettivamente nei maschi e nelle femmine.

Tempo trascorso con gli amici dopo la scuola

Domanda standard: Di solito, quanti giorni alla settimana stai con i tuoi amici subito dopo la scuola?

Accorpamento delle modalità: da 4 a 6 per indagare il numero di pomeriggi trascorsi.

Domanda standard: Di solito, quante sere a settimana esci con i tuoi amici?

Accorpamento delle modalità: da 4 a 7 per indagare il numero di sere trascorse.

Modi di comunicazione tra amici

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

Domanda opzionale di approfondimento sulle singole forme di comunicazione: Al telefono, Via SMS, Via e-mail e un'estensione alla comunicazione su facebook.

Considerazione della modalità: Tutti i giorni per entrambe le domande.

Risultati e commenti

Gli amici veri, i pomeriggi e le sere trascorsi con gli amici dopo la scuola, il loro modo di comunicare (telefono o on-line)

Livello regionale

Gli studi in letteratura individuano nel cut-off di tre o più amici veri dello stesso sesso la dimensione entro cui definire un gruppo ragionevolmente ampio nel quale hanno luogo specifici processi e determinate dinamiche sociali che sarebbero precluse a realtà di uno o al massimo due amici veri. L'indagine HBSC assume come elemento di indagine quanto sottolineato dalle evidenze scientifiche circa l'importanza di avere amici veri soprattutto in preadolescenza. Infatti, è nel gruppo degli 11enni che la ricerca HBSC rileva le frequenze più elevate e questo vale sia per i maschi che per le femmine (tab. 3.1). Questo bisogno si vede, poi, decrescere quando si considerano le risposte dei 13enni, per affievolirsi ulteriormente nei 15enni.

Amici veri
dello stesso
sesso

Tempo trascorso con gli amici dopo la scuola

È nell'ultimo strato di età (15enni) che si concentra la prevalenza maggiore di risposte sui pomeriggi e le sere trascorse con gli amici dopo la scuola. La significatività statistica dei confronti suddivisi per strati di età in riferimento sia al campione totale che per confronti di genere mostra come i 15enni, soprattutto i maschi, abbiano più possibilità dei 13 e ancora di più rispetto agli 11enni di aggregarsi più di 4 pomeriggi o sere alla settimana (tab. 3.2). È indubbio come a quell'età gli adolescenti godano di una maggiore autonomia che, invece, manca ancora ai preadolescenti.

Dalle analisi dei dati, risulta, inoltre, che i 15enni (66.2%) sono anche i ragazzi che ogni giorno comunicano maggiormente rispetto agli 11 (21.1%) e ai 13enni (51.8%) e che, nel complesso, comunicano più le femmine dei maschi in tutti e tre gli strati di età del campione (tab. 3.3).

Forme specifiche di comunicazione:

Telefono, e-mail, SMS, facebook

Dettagliando le forme specifiche di comunicazione, vediamo che il telefono è la forma di comunicazione preferita dai 13enni (22.5%), senza distinzioni di genere, mentre la via degli SMS è quella più intrapresa dai 15enni (62.7%), in particolar modo dalle femmine (59.2% per le femmine vs 40.7% per i maschi) (tab. 3.4).

Quanto all'uso quotidiano delle e-mail, i 13 (8.4%) e i 15enni (8.9%) evidenziano stime uniformi, con differenze statisticamente significative tra i sessi di due punti percentuali circa in entrambi gli strati, mentre rispetto all'uso della comunicazione su facebook, questa diventa il mezzo più adottato dai 15enni (24.2%), facendo emergere ampie distanze percentuali (statisticamente significative) rispetto altri due gruppi di età (6.0% per gli 11enni e 13.6% per i 13enni), ma manifestando una certa omogeneità tra l'uso di facebook che viene fatto dai maschi e quello fattone dalle femmine (sia di 11, che 13 e di 15 anni, si veda tab. 3.5).

Confronti temporali sul tema della comunicazione tra giovani

Rimanendo ancora in tema di comunicazione, in Tabella 3.8 si vede, inoltre, come il fenomeno si sia modificato nel corso del tempo. Le variazioni temporali intercorse tra le tre indagini HBSC svolte con cadenza quadriennale (2002, 2006, 2010) indicano che dalla prima rilevazione ad oggi la comunicazione, considerata nel suo insieme (telefono, SMS, e-mail), è aumentata in tutti e tre gli strati del campione in maniera statisticamente significativa, ma in particolar modo in quello dei 15enni che dal 51.2% del 2002 è salita al 66.2% del 2010. Nello strato degli 11enni, sebbene tra il 2006 e il 2010 non si possa parlare di un incremento nell'uso dei mezzi di comunicazione, tuttavia l'aumento va considerato rispetto alla rilevazione HBSC del 2002, dove, come si è detto, i confronti sono risultati statisticamente significativi. Vale notare come la comunicazione mediante l'uso quotidiano di telefono, SMS, e-mail si mantenga una prerogativa delle femmine rispetto ai maschi in tutti e tre gli strati di età.

Per una più completa rappresentazione della Tabella 3.8 si veda il grafico 3.1 e la figura 3.1 nella sezione "Variazioni temporali" di questo capitolo.

Amici veri dello stesso sesso

Livello provinciale

I confronti tra province per la tematica legata alla dimensione relazionale, vale a dire quella che indaga il numero di amici veri dello stesso sesso posse-

duti, fanno rilevare distribuzioni percentuali senza alcuna differenziazione tra le realtà venete nei tre strati di età analizzati, sia per maschi che per femmine e quindi in linea con l'andamento regionale (tab. 3.1).

Riguardo ai pomeriggi trascorsi con gli amici dopo la scuola, la significatività statistica dei confronti rileva delle differenze percentuali nel solo gruppo dei 15enni e mostra come siano i ragazzi (soprattutto i maschi rispetto alle femmine) della provincia di Rovigo a passare più di 4 pomeriggi con gli amici dopo la scuola rispetto ai giovani delle altre province (tab. 3.2). Nell'indagine sulle sere passate con gli amici, non si evidenziano differenze statisticamente significative tra le province a livello di campione totale nei tre strati di 11, 13 e 15 anni, mentre risultano differenze nei confronti di genere nelle seguenti province: Verona, tra maschi e femmine dello strato degli 11enni; Treviso, Venezia e Padova tra i sessi del gruppo dei 13; Belluno e Padova tra i maschi e le femmine di 15 anni (tab. 3.2).

Tempo trascorso con gli amici dopo la scuola

Nell'ambito, poi, della comunicazione quotidiana, sono presenti differenze tra province statisticamente significative in tutti e tre gli strati di età del campione considerato nel suo insieme.

Comunicazione tra giovani

Anche per quanto riguarda i confronti tra i sessi si è in presenza di differenze statisticamente significative, ad eccezione delle province di Vicenza, Treviso e Padova nello strato degli 11enni, dove c'è sostanziale omogeneità tra il comportamento dei maschi e quello delle femmine sull'uso dei mezzi di comunicazione (tab. 3.3). Ciò che va evidenziato in Tabella 3.3 è l'entità del fenomeno della comunicazione nella provincia di Rovigo che registra una percentuale superiore rispetto a tutte le altre province nei tre strati, soprattutto da parte delle femmine.

Passando ad analizzare in dettaglio i mezzi attraverso i quali i giovani si tengono in contatto tra loro, notiamo disomogeneità percentuali nel solo gruppo dei 15enni per la comunicazione telefonica, con Venezia che ha la stima più alta (24.2%), senza, però, riportare differenze percentuali tra i maschi e le femmine (tab. 3.4).

Telefono

Confronti statisticamente significativi a livello di campione totale consentono di rilevare che rispetto ai giovani delle altre realtà venete, la via degli SMS è il mezzo più usato dai giovani della provincia di Rovigo in tutti e tre gli strati di età (tab. 3.4). Per questa tematica tutte le province sono risultate statisticamente significative nelle analisi delle differenze di genere negli strati dei 13 e dei 15enni, con prevalenze di uso degli SMS più alte nelle femmine rispetto ai maschi.

SMS

Per l'uso quotidiano delle e-mail, sono presenti differenziazioni percentuali tra le province nel solo strato degli 11enni, ma a livello di campione totale e non di genere. In questo strato la provincia con la prevalenza più alta di ragazzi che comunicano tramite e-mail è quella di Vicenza (6.2%), mentre la stima più bassa va rilevata nella provincia di Belluno (1.4%). Nei restanti due strati, le prevalenze si distribuiscono con omogeneità seguendo l'andamento regionale (tab. 3.5). Infine, per i contatti su facebook, le analisi statistiche sui test di confronto non evidenziano in alcuno strato una differenziazione percentuale tra province a livello di campione totale, ma differenze statistica-

E-mail

Facebook

Confronti
temporali
sul tema della
comunicazio-
ne tra giovani

mente significative tra maschi e femmine delle province di Vicenza e Venezia negli 11enni; di quelle di Vicenza e Treviso nei 13enni ed ancora di Treviso nei 15enni, dove si distinguono le femmine sui maschi (tab. 3.5).

Per una comprensione delle modificazioni temporali avvenute tra le tre indagini sulla tematica ora affrontata si rinvia il lettore alla Tabella 3.8, dove i simboli posti a fianco di ogni prevalenza indicano il grado di significatività statistica dei vari confronti. Com'è possibile notare dalla Tabella, sono risultate statisticamente significative la maggior parte delle province dello strato dei giovani 13enni, (tranne la provincia di Treviso) e di quello dei 15enni (ad eccezione della provincia di Belluno). Nel gruppo degli 11enni il confronto tra le tre indagini è stato possibile per tre sole province: Vicenza, Rovigo e Verona. L'andamento generale è quello di un aumento nel 2010 della comunicazione in generale rispetto all'indagine del 2002.

Inoltre, i grafici 3.1, 3.2, 3.3 e la figura 3.1 presenti nella sezione "Variazioni temporali" consentono di visualizzare i cambiamenti avvenuti sul territorio veneto.

Le Aziende ULSS

A causa della ridotta frequenza dei dati, le uniche tematiche che a livello di Aziende Ulss verranno qui di seguito descritte sono quelle inerenti il tempo trascorso dai giovani dopo l'orario scolastico e il modo in cui gli adolescenti comunicano tra di loro attraverso l'uso del telefono, degli SMS, o mediante l'invio di e-mail.

Pomeriggi
trascorsi
con gli amici
dopo la scuola

Dalla Tabella 3.6 i confronti tra Ulss (statisticamente significativi in tutti e tre gli strati di età del campione di 11, 13 e 15anni) mostrano distribuzioni altalenanti per l'indagine del numero di pomeriggi alla settimana trascorsi dopo la scuola. Le Ulss che presentano le stime più alte, distanziandosi anche di molto da quelle della Regione (talvolta fino a circa 18 punti percentuali) sono: la Ulss 5 (45.4%) nello strato degli 11enni, le Ulss 12 (42.3%) e 14 (41.7%) in quello dei 13enni e le Ulss 1 (54.0%) e 14 (54.8%) nello strato dei 15enni.

Sere
trascorse
con gli amici
dopo la scuola

Rispetto alla possibilità di trascorrere 4 o più sere alla settimana con gli amici, i confronti percentuali effettuati tra le Ulss all'interno di ogni singolo gruppo di età hanno evidenziato che per il campione totale degli 11, dei 13 e dei 15enni non ci sono differenze percentuali tra le Aziende locali e che, quindi, le stime possono considerarsi omogenee tra di loro (tab. 3.6).

Oltre a questo tipo di analisi che vede confrontate tra di loro tutte le 21 Ulss all'interno di ogni singolo gruppo di età (vale a dire, tutte le 21 Ulss all'interno sia dello strato degli 11enni, che di quello dei 13 e dei 15enni), sono state effettuate analisi diverse per confrontare non più le 21 Ulss tra di loro, ma i tre gruppi di età, ma in questo caso all'interno di ogni singola Azienda Ulss (vale a dire, il confronto tra i ragazzi di 11 con quelli di 13 e di 15enni all'interno della Ulss 1, della Ulss 2, ecc.).

I risultati mostrano che, in contrapposizione alla tendenza regionale precedentemente descritta in Tabella 3.2, per la quale ad uscire la sera erano maggiormente i 15enni, nella Ulss 4 dell'Alto vicentino (tab. 3.6) emerge, in-

vece, che sono i 13enni (14.0%) ad avere più possibilità di uscita rispetto ai 15 (8.8%) e agli 11enni (4.2%) e che nella Ulss 10 del Veneto orientale, le uscite serali tra 13 e 15enni si eguagliano. Queste differenze percentuali tra gli strati in riferimento alle Ulss considerate sono risultate statisticamente significative.

Per quanto riguarda la tematica della comunicazione tra giovani, la significatività statistica dei confronti ha evidenziato differenze percentuali statisticamente significative tra le Aziende Ulss in tutti e tre gli strati di età di 11, 13 e di 15 anni).

Lasciando al lettore la possibilità di analizzare uno ad uno gli andamenti delle Aziende locali, vale sottolineare quello della Ulss 18 di Rovigo che in tutti e tre i gruppi di età ha mostrato le percentuali più alte, dove lo scostamento maggiore rispetto alle stime regionali si registra nello strato degli 11enni, con una differenza di quasi 13 punti percentuali (tab. 3.7).

Per una visione completa di come si è modificata nel tempo la comunicazione tra gli adolescenti, si veda la figura 3.1 che offre una panoramica in termini di variazioni temporali anche a livello locale.

La comunica-
zione tra i
giovani

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

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
Maschi	81.9	2.1	82.1	8.5	82.1	5.3	85.0	3.9	77.5	5.4	82.7	5.2	87.5	6.0	80.3	4.7	
Femmine	74.1	2.5	75.6	8.3	75.1	5.0	75.2	6.4	72.3	6.2	73.9	4.8	73.3	10.7	73.9	6.7	
13 ANNI																	
Maschi	77.5	2.4	78.0	8.1	77.9	5.4	76.2	6.1	77.4	5.1	77.7	7.1	76.9	7.5	78.0	4.7	
Femmine	71.0	2.6	55.3	12.5	67.6	6.0	71.3	4.8	74.7	7.8	71.3	5.0	68.1	11.1	74.5	6.0	
15 ANNI																	
Maschi	70.9	3.1	69.9	10.7	71.8	6.7	63.0	7.4	71.3	7.8	73.7	5.3	68.8	9.8	73.6	8.3	
Femmine	61.4	3.2	69.1	8.2	63.7	4.6	61.4	7.8	57.7	7.5	63.1	8.4	54.1	7.3	60.5	9.6	

Tabella 3.2 Giovani di 11, 13 e 15 anni che trascorrono il tempo con gli amici dopo la scuola a livello di provincia

4 O PIÙ POMERIGGI ALLA SETTIMANA

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	30.6	2.7	33.6	9.2	35.3	6.5	26.9	5.1	28.2	5.1	31.4	5.4	37.8	12.8	28.5	8.4
Femmine	25.2	2.8	28.6	8.5	27.0	6.8	16.6	5.3	30.7	7.6	23.0	6.6	27.0	10.0	27.5	5.5
Totale	28.0	1.9	31.0	5.4	31.1	5.1	22.1	4.3	29.4	4.3	27.4	3.8	33.0	10.2	28.0	3.8
13 ANNI																
Maschi	37.9	3.1	38.4	8.8	37.3	6.6	33.4	5.4	43.3	7.0	37.8	7.7	38.2	12.5	37.7	8.8
Femmine	30.6	2.5	35.5	9.3	24.3	4.9	32.8	5.7	36.4	6.6	26.9	5.8	26.2	10.8	33.5	4.9
Totale	34.3	2.1	37.0	3.5	31.2	4.9	33.1	4.8	40.0	5.0	32.3	4.9	32.1	7.3	35.5	4.7
15 ANNI																
Maschi	45.2	3.3	57.2	11.0	43.5	7.6	41.3	7.0	49.1	7.5	39.9	6.6	56.1	11.4	46.0	8.0
Femmine	29.4	2.9	29.0	12.7	26.8	4.1	23.0	5.4	31.0	6.1	32.6	7.4	39.1	12.2	34.7	10.6
Totale	37.2	2.6	44.8	10.5	33.7	4.7	30.5	5.5	40.5	6.6	36.6	5.5	47.2	10.0	41.3	7.1

4 O PIÙ SERE ALLA SETTIMANA

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	6.0	1.4	7.2	5.1	6.5	3.4	4.9	2.2	4.4	2.7	7.4	3.4	5.6	4.9	6.7	4.4
Femmine	3.8	1.1	6.3	6.0	4.6	3.1	3.0	2.6	2.9	1.8	4.7	2.0	4.0	3.9	3.2	2.1
Totale	5.0	1.0	6.8	3.5	5.5	2.4	4.1	1.8	3.7	1.6	6.1	1.9	4.9	3.1	5.0	3.0
13 ANNI																
Maschi	8.7	1.8	8.1	4.2	9.2	3.4	10.4	4.4	12.2	4.5	6.8	4.2	5.1	5.0	6.2	4.9
Femmine	4.1	1.2	6.3	7.2	5.6	3.1	4.2	3.9	4.2	2.7	2.3	1.9	2.9	2.9	3.9	2.2
Totale	6.4	1.2	7.2	3.6	7.5	2.6	7.2	3.5	8.5	2.9	4.5	2.2	4.0	2.4	5.0	2.4
15 ANNI																
Maschi	10.0	2.1	7.7	6.1	10.9	5.8	7.7	3.8	11.2	5.4	11.2	6.3	10.3	5.6	9.3	3.5
Femmine	5.3	1.6	-	-	4.9	2.9	5.7	3.2	8.0	4.8	3.5	2.4	8.2	3.0	5.0	5.7
Totale	7.6	1.4	4.3	3.3	7.4	3.1	6.5	2.6	9.7	4.0	7.7	3.7	9.2	3.5	7.5	3.3

Tabella 3.3 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

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
Maschi	18.6	2.2	17.3	7.9	20.4	4.2	17.1	6.1	17.0	5.5	22.5	5.1	22.3	6.8	15.6	4.5	
Femmine	23.7	2.8	29.1	9.2	23.9	6.9	18.4	4.1	25.9	6.5	21.1	5.5	38.4	6.9	25.0	8.8	
Totale	21.1	1.9	23.3	7.5	22.2	4.5	17.7	4.0	21.2	4.4	21.8	4.3	29.6	4.6	20.1	5.2	
13 ANNI																	
Maschi	42.9	2.8	37.4	9.5	41.5	4.8	42.5	6.7	41.5	5.5	43.7	6.3	50.0	9.8	44.7	8.6	
Femmine	60.8	2.9	54.0	7.5	58.2	5.0	57.9	7.8	68.3	5.8	59.5	7.1	69.7	7.5	61.2	6.9	
Totale	51.8	2.0	45.4	5.6	49.4	3.0	50.5	4.6	54.1	5.2	51.7	4.9	59.9	7.0	53.1	5.7	
15 ANNI																	
Maschi	56.2	3.0	45.1	12.5	53.2	6.5	52.7	7.3	57.5	6.0	57.9	8.3	69.7	11.9	58.4	6.1	
Femmine	75.9	2.5	65.3	10.2	73.7	4.3	74.6	5.7	83.8	3.9	71.9	6.8	79.2	7.8	78.6	6.4	
Totale	66.2	2.1	53.9	9.7	65.3	3.6	65.6	4.0	69.9	4.4	64.3	6.6	74.7	7.5	66.9	5.3	

Tabella 3.4 Forme specifiche di comunicazione quotidiana tra amici a livello di provincia

REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
		%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																
Maschi	13.0	1.9	12.9	6.1	12.2	3.6	10.4	5.0	12.6	3.8	15.1	4.9	24.8	8.2	11.8	3.5
Femmine	16.4	2.3	16.5	7.4	16.5	5.1	18.2	5.5	16.0	6.2	16.2	4.7	15.3	6.9	15.2	6.4
Totale	14.6	1.5	14.7	5.8	14.4	3.6	14.0	3.3	14.2	3.9	15.7	3.7	20.5	5.9	13.4	3.1
13 ANNI																
Maschi	21.2	2.2	21.2	4.2	17.9	3.9	18.1	5.2	25.5	5.0	26.3	5.3	20.6	8.4	21.0	5.7
Femmine	23.8	2.7	28.7	13.0	21.4	6.1	24.4	6.7	22.3	6.0	28.6	5.9	23.2	12.2	21.0	6.1
Totale	22.5	1.9	20.3	7.1	19.5	3.5	21.4	4.8	24.0	3.9	27.5	3.9	21.9	7.5	21.0	4.7
15 ANNI																
Maschi	19.3	2.8	15.9	6.7	19.3	5.3	16.2	7.0	22.8	5.7	21.4	6.5	33.2	7.7	15.1	6.4
Femmine	19.8	2.5	12.6	5.9	17.8	4.4	20.1	5.6	25.7	6.3	21.2	6.2	12.6	6.7	18.8	8.1
Totale	19.6	2.1	14.5	3.9	18.4	3.5	18.5	4.6	24.2	4.4	21.3	5.6	22.5	5.5	16.6	6.4
VIA SMS																
REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
		%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																
Maschi	15.5	2.1	15.1	9.0	18.1	4.4	15.2	4.8	13.2	5.3	18.3	5.1	23.6	8.7	10.9	4.2
Femmine	19.1	2.5	25.8	7.5	20.3	6.2	14.9	5.4	19.3	6.0	16.4	4.9	34.2	10.6	19.7	6.2
Totale	17.3	1.8	20.6	7.2	19.2	4.2	15.1	4.4	16.1	3.5	17.4	4.2	28.4	7.2	15.1	4.5
13 ANNI																
Maschi	40.7	2.7	29.8	6.2	38.7	4.3	40.8	6.1	40.7	6.0	40.9	7.6	44.1	9.0	44.0	7.1
Femmine	59.2	2.9	50.4	9.9	54.8	6.0	57.1	9.1	61.6	7.1	60.5	6.5	69.7	8.0	61.5	5.4
Totale	49.8	2.2	39.7	5.8	46.3	3.7	49.2	5.4	50.6	5.8	50.7	5.8	57.0	7.7	52.8	4.7
15 ANNI																
Maschi	52.4	3.0	39.5	11.2	51.5	7.8	49.7	5.4	55.1	8.3	50.9	6.2	61.1	13.9	54.9	5.9
Femmine	72.8	2.8	64.1	11.6	72.2	4.8	72.1	5.6	80.6	4.1	68.2	9.5	78.4	8.5	71.9	7.9
Totale	62.7	2.3	50.3	9.3	63.7	4.3	63.0	4.3	67.2	5.8	58.9	6.9	70.1	8.2	62.1	5.3

Tabella 3.6 Giovani di 11, 13 e 15 anni che trascorrono il tempo con gli amici dopo la scuola a livello di Azienda ULSS

Regione	Quattro o più pomeriggi alla settimana						Quattro o più sere alla settimana					
	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI		11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	28.0	1.9	34.3	2.1	37.2	2.6	5.0	1.0	6.4	1.2	7.6	1.4
ULSS 1	29.5	8.5	37.0	5.6	54.0	8.5	5.7	4.6	8.5	4.9	5.7	4.1
ULSS 2	33.3	2.3	37.1	2.5	31.7	14.6	8.4	4.9	5.2	4.6	2.4	4.5
ULSS 3	27.4	8.7	22.2	9.3	31.9	5.7	7.5	3.9	2.6	2.3	3.6	3.0
ULSS 4	20.2	6.0	29.9	7.9	31.6	6.7	4.2	2.9	14.0	5.1	8.8	4.1
ULSS 5	45.4	7.3	30.5	11.5	32.1	6.5	5.3	3.1	8.4	4.0	10.1	7.0
ULSS 6	31.3	9.2	37.7	7.9	37.1	11.0	5.4	5.6	5.9	4.5	7.3	6.8
ULSS 7	24.4	5.6	30.8	6.6	27.2	5.9	4.2	2.8	5.8	2.8	4.4	2.2
ULSS 8	15.6	6.6	25.8	6.7	33.6	8.6	3.8	2.3	6.1	3.8	7.8	5.4
ULSS 9	25.1	6.8	38.9	7.3	30.2	9.9	4.1	3.4	8.6	7.0	6.7	4.1
ULSS 10	24.8	7.2	34.2	7.1	41.5	7.9	1.3	1.6	8.2	4.3	8.2	5.6
ULSS 12	31.4	7.1	42.3	9.1	39.8	13.3	3.6	3.1	5.8	4.7	13.4	9.1
ULSS 13	29.5	6.8	39.6	7.3	33.1	12.9	6.0	3.0	9.7	4.6	10.4	6.6
ULSS 14	29.3	13.1	41.7	16.0	54.8	5.4	5.3	3.5	9.5	8.5	3.2	5.9
ULSS 15	26.8	5.7	26.2	8.9	35.6	6.9	7.1	4.7	3.3	4.0	6.6	8.7
ULSS 16	27.6	7.3	36.2	7.6	37.0	10.5	5.4	2.1	5.7	3.7	8.3	4.5
ULSS 17	29.5	5.6	32.9	10.0	37.3	7.1	5.0	3.7	3.9	3.8	7.8	4.0
ULSS 18	33.9	11.8	30.6	8.5	47.2	12.8	5.6	4.2	4.5	3.1	8.1	4.8
ULSS 19	30.6	19.4	35.6	13.6	47.4	14.9	3.2	2.9	2.7	3.1	11.5	3.0
ULSS 20	30.2	6.0	37.4	8.1	44.9	11.3	4.7	5.3	5.0	3.7	8.5	5.7
ULSS 21	26.3	7.1	27.9	4.1	36.2	8.0	6.1	3.9	7.1	5.6	6.0	4.3
ULSS 22	25.5	4.7	36.4	6.0	37.8	11.4	5.1	3.2	4.0	3.5	6.5	3.8

Tabella 3.7 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	21.1	1.9	51.8	2.0	66.2	2.1
ULSS 1	23.9	10.0	44.1	5.8	58.0	9.4
ULSS 2	22.4	11.1	47.4	10.6	48.2	17.7
ULSS 3	26.5	7.0	49.0	6.6	65.2	7.5
ULSS 4	14.1	3.9	49.7	6.4	66.7	7.3
ULSS 5	16.3	7.2	44.9	6.4	64.5	9.5
ULSS 6	27.8	8.9	51.9	4.6	64.9	5.2
ULSS 7	17.9	7.6	43.4	4.8	62.5	3.9
ULSS 8	14.5	4.7	49.4	8.8	68.1	8.7
ULSS 9	19.8	7.0	54.9	6.6	65.8	6.3
ULSS 10	13.9	3.6	54.8	9.2	75.7	5.8
ULSS 12	28.3	4.5	50.0	11.1	65.1	9.8
ULSS 13	17.9	9.0	58.4	5.6	70.6	6.0
ULSS 14	30.8	11.1	50.6	9.1	69.4	9.0
ULSS 15	26.6	9.6	54.3	8.4	59.6	8.0
ULSS 16	17.8	4.2	52.0	8.6	67.5	11.8
ULSS 17	19.3	5.9	47.7	9.7	64.7	11.5
ULSS 18	33.9	2.9	60.4	7.0	74.8	10.8
ULSS 19	19.4	4.7	58.9	16.8	74.4	4.1
ULSS 20	18.7	7.5	55.1	8.7	67.7	8.6
ULSS 21	23.2	10.3	59.1	7.7	69.7	6.0
ULSS 22	20.9	9.2	47.2	8.5	64.2	7.8

Variazioni temporali

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

La Tabella 3.8, i grafici 3.1, 3.2, 3.3 e la figura 3.1 presenti in questa sezione consentono la lettura delle variazioni temporali intercorse tra le indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 relativamente alla comunicazione quotidiana tra giovani tramite telefono, via SMS o e-mail.

Per la spiegazione dei dati della Tabella 3.8 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

Tabella 3.8 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

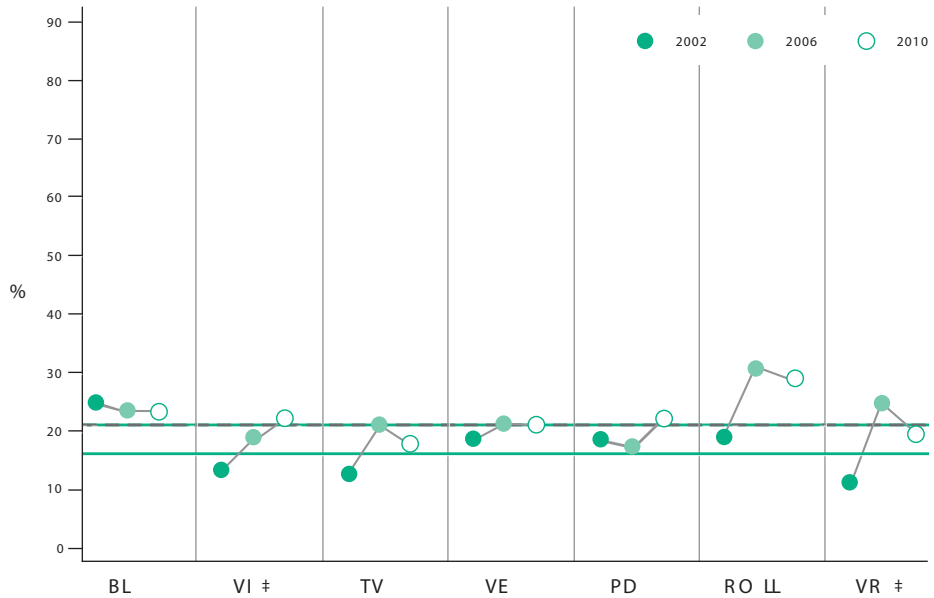
		2002			2006			2010		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
11 anni	Regione	12.9#	19.2II	16.0#	16.0#	26.9II	21.2#	18.6#	23.7II	21.1#
	Belluno	15.7	32.7	24.9	11.3	37.7	23.5	17.3	29.1	23.3
	Vicenza	11.4II	15.2	13.3#	14.4II	23.2	18.6#	20.4II	23.9	22.2#
	Treviso	8.9#	17.5	12.9	13.8#	30.3	21.1	17.1#	18.4	17.7
	Venezia	15.4	22.0	18.7	18.6	24.6	21.6	17.0	25.9	21.2
	Padova	15.8II	20.4	18.0	12.9II	21.5	16.9	22.5II	21.1	21.8
	Rovigo	16.9	22.2II	19.4II	18.8	45.9II	30.9II	22.3	38.4II	29.6II
	Verona	11.0II	13.8#	12.3#	21.5II	28.4#	25.0#	15.6II	25.0#	20.1#
13 anni										
Regione		31.1#	48.8#	39.5#	39.0#	60.8#	49.3#	42.9#	60.8#	51.8#
	Belluno	24.3	43.7	32.7II	31.5	42.5	37.4II	37.4	54.0	45.4II
	Vicenza	33.0	45.1#	38.9#	41.7	58.1#	49.2#	41.5	58.2#	49.4#
	Treviso	30.5II	51.9	42.2	32.6II	56.9	42.9	42.5II	57.9	50.5
	Venezia	37.3	57.7II	46.2#	34.1	58.3II	45.7#	41.5	68.3II	54.1#
	Padova	29.0#	42.2#	35.7#	40.2#	65.8#	51.9#	43.7#	59.5#	51.7#
	Rovigo	36.3	52.9II	42.9#	43.8	78.0II	62.1#	50.0	69.7II	59.9#
	Verona	26.8#	50.1II	37.2#	47.6#	64.0II	56.1#	44.7#	61.2II	53.1#
15 anni										
Regione		40.4#	62.3#	51.2#	45.0#	67.6#	56.9#	56.2#	75.9#	66.2#
	Belluno	35.8	59.1	44.6	43.1	65.9	53.4	45.1	65.3	53.9
	Vicenza	36.4#	54.6#	46.9#	36.1#	62.0#	51.5#	53.2#	73.7#	65.3#
	Treviso	41.3II	59.8#	50.0#	48.8II	64.2#	56.9#	52.7II	74.6#	65.6#
	Venezia	44.8#	66.8#	55.9#	43.1#	68.9#	57.0#	57.5#	83.8#	69.9#
	Padova	43.4#	64.9	53.2#	48.0#	71.3	63.4#	57.9#	71.9	64.3#
	Rovigo	34.1#	63.5II	51.1#	47.0#	74.2II	58.8#	69.7#	79.2II	74.7#
	Verona	38.7#	67.1#	51.8#	47.8#	72.3#	56.7#	58.4#	78.6#	66.9#

* Differenza significativa per p < 0.10

II Differenza significativa per p < 0.05

Differenza 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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

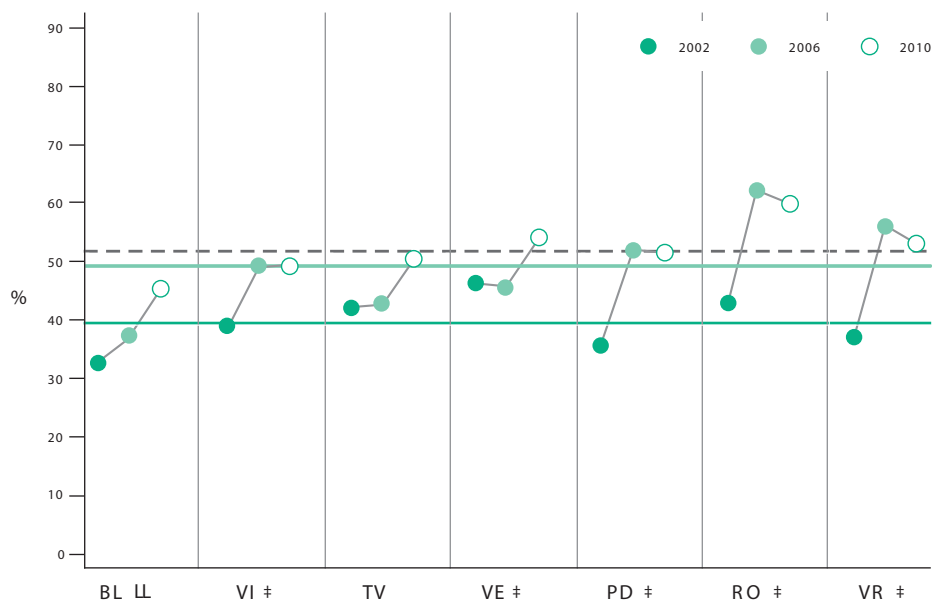
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

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

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

- - - Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

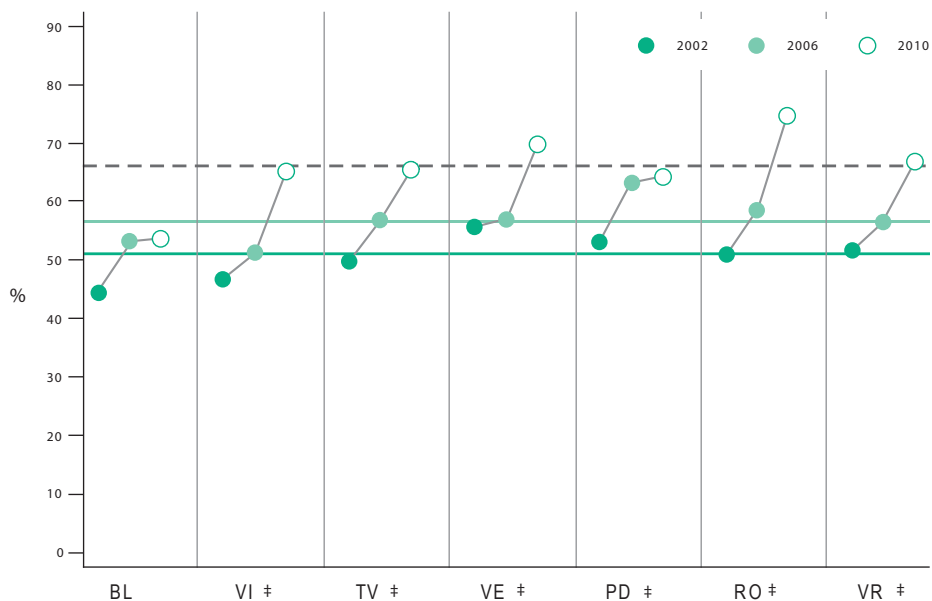
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

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

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

- - - Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

† Differenza significativa per $p < 0.05$

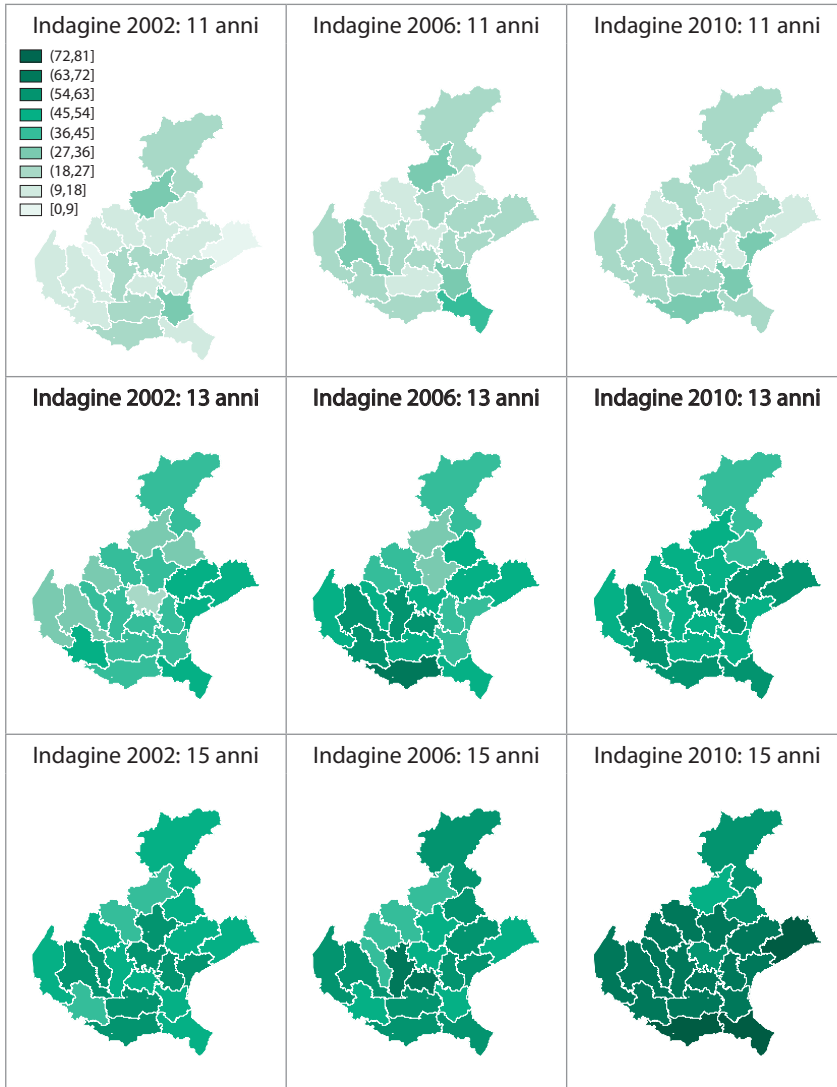
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

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

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

- - - Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS: indagine 2010, livello regionale.

Figura 3.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che comunicano ogni giorno con gli amici al telefono, via e-mail o SMS



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. CESARE FREDDI. La funzione del gruppo in adolescenza. Il gruppo dei pari, terapeutico e di classe. I seminari di Area G. 2005, Franco Angeli.
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. LAIBLE DJ, CARLO G, ROESCH SC. Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy and social behaviours. *J Adolesc.*, 2004, 27, 6: 703-16.
12. VALKENBURG PM, JOCHEN P. Preadolescents' and Adolescents' Online Communication and Their Closeness to Friends *Developmental Psychology*, 2007, 43, 2, 267-277.
13. FUKUI S, DAVIDSON LJ, HOLTER MD, RAPP CA. Pathways to Recovery (PTR): Impact of Peer-Led Group Participation on Mental Health Recovery Outcomes. *Psychiatr Rehabil J.*, 2010 Summer; 34 (1):42-8.
14. 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).
15. SETTERTOLU 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).
16. CLARK AE, LOH'EACY. "It wasn't me, it was them!" Social influence in risky behavior by adolescents *Journal of Health Economics*, 2007, 26, 763-784.
17. ENGELS R CME, SCHOLTE R HJ, VAN LIESHOUT CFM, DE KEMP R AT, OVERBEEK G. Pe-

- er group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviours*, 2006, 31, 440–449.
18. 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.
 19. COHEN J. High school subculture and the adolescent world. *Adolescence*, 1979, 14, 55, 491-502.
 20. SUSSMAN S, POKHREL P, ASHMORE RD, BROWN BB. Adolescent peer group identification and characteristics: A review of the literature. *Addictive Behaviours*, 2007, 32, 1602-1627.
 21. SIEVING RE, PERRY CL, WILLIAMS CL. Do friendships change behaviours, or do behaviours change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 26, 27-35.
 22. BONINO, ET AL. *Adolescenti e rischio*, Giunti, 2003.
 23. 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.
 24. 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.
 25. SIMONS-MORTON B, CHEN RS. Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Additive Behaviours*, 2006, 31, 1211-1223.

Summary

Peer groups

Introduction

During adolescence peer groups have been found to be the main point of reference for the adolescent who looks for social and emotional support outside the family in an attempt to acquire greater independence. The peer group also conditions lifestyles and attitudes to health, influencing and reinforcing rules and values, establishing a cultural and social identity and providing models of behaviour.

Results

At the regional level:

- *starting from the group of 11-year olds up to the group of 15-year olds, the percentages of young people who have three or more real friends of the same sex are decreasing in a statistically significant way for both boys and girls. A significantly higher frequency of boys with three or more real friends of the same sex has been recorded compared to girls of the same age;*
- *the percentages of adolescents who spend their time with friends (four or more afternoons and evenings a week) increase as we move from one stratum to another (11-13-15 year olds) and the girls have lower percentages of positive responses compared to boys;*
- *the percentage of young people who report daily contact with friends by electronic means of communication (telephone, e-mail, facebook or SMS) increases with the higher stratum; at all ages girls use these means of communication to contact friends more than their male counterparts and this gender-based difference seems to increase with age. Specifically, SMS is the most used way young people adopt for communicating, in particular by 15-year olds (62.7%) and it is followed by the use of facebook (15-year olds 24.2%).*
-

Comments

Peer groups are fundamental parts of the walk of life of each and every adolescent as he or she searches for his or her own identity.

In the Veneto Region and in its provinces, relations with friends increase with the higher stratum. This result is to be expected as young people broaden their circle of contacts during puberty.

A number of factors could affect the onset and rapidity with which this process occurs: cultural norms, traditions, opportunities. The opportunities that foster contacts among friends could, in turn, be influenced by the school system and by activities organised during freetime, especially among the group of 11-year olds. Recently, electronic means of communication have become more and more widespread among young people. This type of contact among peers could add a whole new dimension to exposure to and the influence of friends.

Capitolo 4 Scuola¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Gianna Miola
Ufficio IV – Ordinamenti scolastici
Formazione-Diritto allo studio
MIUR Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

Introduzione

Fin da sempre la scuola è stata definita una comunità di dialogo, di ricerca, di esperienza sociale, informata ai valori democratici e volta alla crescita della persona in tutte le sue dimensioni.

Il compito formativo che le viene assegnato si traduce sia nella promozione da parte dei giovani di competenze nel settore umanistico, scientifico e tecnico, sia nella preparazione alla vita sociale. Vivere nella società moderna richiede infatti conoscenze complesse che solo in parte possono essere trasmesse dalla famiglia. I quattro “pilastri fondamentali per l’educazione”, indicati da J. Delors all’UNESCO in termini di “imparare a conoscere, imparare a fare, imparare a vivere insieme, imparare ad essere” (1), si sono tradotti nella Raccomandazione europea del 18.12.2006 relativa alle ‘Competenze chiave’ per l’Apprendimento permanente (2), competenze che anche l’Italia ha considerato la base di un obiettivo strategico del rinnovato sistema dell’istruzione e della formazione, affinché i cittadini possano attivamente partecipare allo spazio sociale ed economico (3).

Gli adolescenti che frequentano la scuola la vivono come un percorso naturale per la loro formazione, ne comprendono l’influenza che avrà sul loro futuro, giudicandola un’esperienza difficile da affrontare. Ciò significa che, sebbene la percezione della scuola possa differire in base al sesso, all’età e all’etnia (4), il suo impatto sulla vita dei giovani rimane rilevante.

La percezione del contesto e dell’esperienza scolastica può esercitare una forte influenza sullo sviluppo emotivo e comportamentale in preadolescenza ed adolescenza. Ciò è dimostrato da svariati studi che evidenziano come gli studenti con scarso o debole legame affettivo con la scuola siano più esposti a manifestare comportamenti aggressivi e delinquenti (5, 6), a rischiare

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

l'abbandono scolastico (7-9), a contrarre gravidanze in adolescenza (10), a riportare inadeguati risultati scolastici (11).

Diverse ricerche hanno anche dimostrato come le esperienze negative vissute a scuola costituiscano un fattore di rischio rispetto al consumo di sostanze (12-17), così come l'insuccesso scolastico possa essere legato all'insorgenza di patologie di ordine depressivo (18). Va rilevato, inoltre, come il diverso grado di riuscita scolastica influisca sullo stato di salute percepito: uno scarso rendimento scolastico predice uno stato di salute scadente (19, 20) il gradimento scolastico, le caratteristiche della scuola e il clima scolastico in generale, influiscono sulla salute e gli stili di vita ad essa collegati (21, 22, 23). Considerando i dati della letteratura, è verosimile affermare che i giovani cui piace la scuola siano soddisfatti di loro stessi e godano di un elevato benessere psicofisico percepito, mentre i giovani insoddisfatti possono più probabilmente manifestare sintomi da stress. Questo a sua volta può causare disturbi di salute percepiti e una scarsa soddisfazione della propria vita. La relazione è bidirezionale: i giovani con minori disturbi di salute percepiti e più soddisfatti della propria vita vanno anche meglio a scuola (24-27).

Aspetti importanti del contesto scolastico sono la qualità del rapporto con gli insegnanti e con i pari. La relazione studente-insegnante è considerata come una delle componenti che più contribuiscono all'adattamento scolastico dell'adolescente (28, 29) e, quindi, anche al suo benessere globale. Una relazione positiva con il corpo docente è associata al successo scolastico (26). Una positiva dinamica con i pari consente, invece, di mostrare come avere amici a scuola sembri aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (30), favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (31-33), mentre il sentirsi soli e meno apprezzati dai compagni fa ridurre il desiderio di essere coinvolti nelle attività scolastiche e peggiora i risultati scolastici (34-36). Da tutto ciò emerge quanto la scuola sia un'istituzione fondamentale per porre in essere azioni di riduzione dei fattori di rischio e di aumento dei fattori protettivi per la salute degli adolescenti, in quanto, se si adotta una prospettiva ecologica di sviluppo sociale, i ragazzi fanno propri i modelli di comportamento sociale o antisociale, messi in atto nell'ambiente in cui vivono (37-42).

Metodi

Gradimento e rendimento scolastico

Domanda standard: *Attualmente, cosa pensi della scuola?*

Considerazione della modalità: *Mi piace molto.*

Domanda opzionale: *Indica quanto sei d'accordo sulle seguenti affermazioni: La nostra scuola è un bel posto dove stare; Sento di appartenere a questa scuola; Mi sento sicuro in questa scuola.*

Considerazione delle modalità: *Sono molto d'accordo, Sono d'accordo.*

Domanda standard: *Secondo te, cosa pensano i tuoi insegnanti del tuo rendimento scolastico rispetto a quello dei tuoi compagni di classe?*

Considerazione della modalità: *Molto buono, Buono.*

Sostegno dei compagni di classe

Domanda standard: *Indica quanto sei d'accordo sulla seguente affermazione: La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile.*

Considerazione delle modalità: *Sono molto d'accordo, Sono d'accordo.*

Stress da attività scolastica

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

Considerazione delle modalità: *Abbastanza, Molto.*

Risultati e commenti

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

Livello regionale

Lo strato di età del campione che maggiormente apprezza la scuola è quello degli 11enni (76.7%), cui segue, in modo decrescente, lo strato dei 13 (54.8%) e quello dei 15enni (57.5%). Questi due gruppi di età si differenziano in maniera statisticamente significativa solo di alcuni punti percentuali l'uno dall'altro (tab. 4.1). Emerge, inoltre, che ad amare la scuola sono soprattutto le femmine rispetto ai maschi in tutti e tre i gruppi di età (differenze statisticamente significative).

Nella rilevazione HBSC del 2010, oltre al gradimento per la scuola, è stato indagato anche l'aspetto dell'appartenenza alla propria sede scolastica e quello della sua sicurezza. Come mostra la Tabella 4.2, sono sempre gli 11enni che, in percentuale maggiore rispetto ai 13 e ai 15enni, reputano la scuola un bel posto dove stare, ma sono anche coloro che in essa percepiscono un maggior senso di appartenenza e che dichiarano che la scuola è un posto sicuro. Queste tre dimensioni (piacevolezza, senso di appartenenza e di sicurezza) pare si affievoliscano, in maniera statisticamente significativa, allorché i ragazzi si apprestano a frequentare le scuole medie superiori (ora le scuole secondarie di II grado). Infatti, il gruppo dei 15enni riporta stime sensibilmente più basse del campione degli 11enni, distanziandosi da quest'ultimo di 25 punti percentuali (tab. 4.2).

Per la tematica sulla scuola come luogo piacevole dove stare e su quella inerente il senso di appartenenza alla scuola emerge che nei gruppi di 11 e

Gradimento
scolastico

Senso di
appartenenza,
di sicurezza,
scuola come
un bel posto
dove stare

di 13 anni sono le femmine a presentare prevalenze più alte di gradimento e senso di appartenenza rispetto ai maschi, mentre nel gruppo dei 15enni le stime sono pressoché simili. Per quanto riguarda la dimensione che indaga il senso di sicurezza percepito a scuola, nei primi due strati del campione di 11 e 13 anni, le femmine superano percentualmente i maschi, cosa che, invece, non accade nel gruppo dei 15enni dove sono i maschi a sentirsi più protetti a scuola delle femmine loro coetanee. Tali differenze di genere ora emerse nei tre gruppi di età sono risultate statisticamente significative.

Rendimento scolastico

Andando a considerare la percezione del proprio rendimento scolastico (tab. 4.3), si nota che rispondono di andare bene o molto bene a scuola lo strato degli 11enni (65.3%) e in misura minore i 15enni (40.8%). Sono presenti differenze di genere statisticamente significative tra i tre strati di età e, anche in questo caso, sono le femmine di tutti e tre i gruppi del campione a percepirsi con un rendimento migliore rispetto ai maschi.

Stress da attività scolastica

I dati presenti in Tabella 4.3 sullo stress da attività scolastica indicano come i 15enni (50.5%), in particolar modo le femmine (56.3%) rispetto ai maschi (44.4%), siano il gruppo che risente maggiormente e, in maniera statisticamente significativa, del carico scolastico. Per gli altri due strati, la percezione dello stress si riduce al 46.4%, per i 13enni e al 39.6% per gli 11enni. Il confronto tra i sessi in questi due strati non è risultato significativo e lo stress da attività scolastica percepito può, quindi, considerarsi percentualmente simile tra i maschi e le femmine di 11 e di 13 anni.

Disponibilità e gentilezza tra compagni di scuola

Oltre agli aspetti di tipo individuale, legati al contesto scolastico, è stato indagato anche quello relazionale, vale a dire dell'alunno con i propri compagni di scuola. La Tabella 4.4 mostra i risultati della valutazione dei giovani sul grado di disponibilità e di accoglienza percepito tra pari. In sintonia con quanto descritto precedentemente, gli 11enni, oltre ad andare bene a scuola e a valutare positivamente l'ambiente scolastico, sono anche coloro che in percentuale maggiore si sentono bene con i propri compagni (73.8%). Vi è, in maniera omogenea sia nei maschi che nelle femmine di 11 anni, la percezione di vivere la relazione tra pari in un clima di gentilezza e di disponibilità, mentre al lato opposto e, ad una distanza di quasi 10 punti percentuali da loro, si trovano i 15enni che dichiarano di non avvertire questo clima di disponibilità nella misura del 64.3%.

Confronti temporali sulla tematica stress da attività scolastica

Tra tutte le dimensioni appena evidenziate, quella risultata statisticamente significativa nel confronto temporale tra le tre rilevazioni HBSC del 2002, 2006 e 2010, è la dimensione che indaga lo stress da attività scolastica.

La Tabella 4.5 evidenzia come la percezione di stress sia calata globalmente, fino a 6 punti percentuali, nel 2010 rispetto all'indagine del 2006, ma non a quella del 2002.

Questa diminuzione è presente in tutti e tre gli strati di età del campione ed è particolarmente evidente nello strato dei 15enni. Vale sottolineare che le analisi statistiche sui confronti temporali evidenziano che negli strati dei 13 e dei 15enni le variazioni temporali sia a livello regionale che provinciale sono risultate statisticamente significative sulle tre rilevazioni (2002-2006-2010),

mentre nello strato degli 11enni la diminuzione di stress si è rivelata statisticamente significativa solo in relazione alle ultime due indagini (del 2006 e del 2010) sia a livello di Regione che a livello di province, dove, però, il confronto nello strato degli 11enni ha dato significatività statistica solo per la provincia di Rovigo, fatta eccezione per Padova, dove il confronto temporale si è reso possibile sulle tre rilevazioni (2002-2006-2010).

Di conseguenza, nello strato degli 11enni, per effetto della mancanza della significatività statistica dei confronti temporali sulle tre annualità di rilevazione della maggior parte delle province venete, nella sezione “Variazioni temporali” il grafico rappresentativo dei ragazzi 11enni non viene realizzato. Per contro, i grafici 4.1 (strato dei 13enni) e 4.2 (strato dei 15enni), così come la figura 4.1, integrano la Tabella 4.5, offrendo al lettore una panoramica più estesa e unitaria dei cambiamenti avvenuti nel tempo su tutto il territorio veneto.

Livello provinciale

Andando a commentare le distribuzioni delle prevalenze a livello provinciale sul gradimento della scuola, rileviamo un andamento lineare e omogeneo tra le province in tutti e tre gli strati del campione di 11, 13 e di 15 anni considerato globalmente (tab. 4.1). Ciò significa che le distribuzioni delle stime delle province sono in sintonia con quelle regionali, senza manifestare picchi percentuali in ascesa o in discesa rispetto ad esse. Per i confronti tra maschi e femmine, vanno evidenziate, invece, differenze (statisticamente significative) nei gruppi di 11 e di 13 anni, con scarti tra i sessi anche di ampia portata, tanto da raggiungere in alcune province i 20 punti percentuali, così come accade, ad esempio, tra i maschi (45.6%) e le femmine (65.1%) della provincia di Verona nello strato dei 13enni. Rispetto al gruppo dei 15enni, quasi tutte le province riportano percentuali simili di gradimento scolastico tra maschi e femmine ad eccezione della provincia di Treviso e di Venezia, dove, come si è detto, il gradimento è maggiore nelle femmine.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati sul rendimento scolastico, la Tabella 4.3 presenta distribuzioni altalenanti e differenziate (sotto l'aspetto della significatività statistica) solo nel gruppo dei 15enni, dove a dichiarare di andare bene o molto bene a scuola sono i ragazzi di Rovigo (47.7%) e di Verona (45.4%), ma senza rilevare differenze percentuali di genere. Per contro, le province che in questo strato di età presentano differenziazioni statisticamente significative tra maschi e femmine sono quelle di Vicenza e di Treviso per le quali le ragazze, come già emerso, si trovano ad avere percentuali di rendimento scolastico superiori a quelle dei maschi.

Negli strati del campione totale degli 11 e dei 13enni, i confronti percentuali tra le realtà provinciali sono da considerarsi omogenei e nella direzione delle stime regionali. Per quanto riguarda, invece, i confronti tra i sessi, nel gruppo dei 13enni si è in presenza di differenze statisticamente significative in quasi tutte le province (tranne Belluno e Venezia), mentre nel gruppo degli 11enni vi è differenza tra maschi e femmine nella sola provincia di Belluno.

Nella stessa Tabella 4.3 sono presentati i dati sullo stress da attività sco-

Gradimento
scolastico

Rendimento
scolastico

Stress da
attività
scolastica

lastica. Non emergono, in alcuno strato di età del campione globalmente considerato, differenze statisticamente significative nei confronti tra province, mentre si riscontrano ampi scarti tra maschi e femmine nel gruppo degli 11enni della provincia di Belluno e di Vicenza, dove sono i maschi a risultare maggiormente stressati e nel gruppo dei 15enni delle realtà di Belluno, Vicenza, Treviso e di Padova, nelle quali lo stress da carico scolastico viene percepito, in questo caso, in percentuale più alta dalle femmine anziché dai maschi.

Disponibilità e
gentilezza tra
compagni di
scuola

Infine, la Tabella 4.4 mostra le distribuzioni relativamente alla tematica legata alla dimensione relazionale tra compagni di scuola. Nel primo e nell'ultimo gruppo di età del campione (11 e 15enni), i confronti tra province non sono risultati statisticamente significativi. Ciò significa che non emergono, in questi due strati, province con stime più alte o più basse di altre e che, in sostanza, la percezione degli 11 e dei 15enni di vivere relazioni positive tra pari è simile in tutto il territorio veneto. Ciò vale anche per i confronti di genere, per i quali non vanno evidenziate differenze statisticamente significative tra maschi e femmine sia che si tratti degli 11 che dei 15enni.

Passando a considerare il campione dei 13enni, dapprima preso nel suo insieme e poi suddiviso per maschi e femmine, va evidenziata la provincia di Treviso che, analizzata nel suo complesso, riporta la stima più alta (77.1%) di giovani che riferiscono di relazionarsi in un clima di gentilezza e di disponibilità. Sempre in questo strato, i soli confronti di genere statisticamente significativi sono quelli tra i maschi e le femmine 13enni della provincia di Padova e di Belluno, dove la differenza tra i sessi è di 2 punti percentuali per la prima e di 3.5 per la seconda.

Confronti
temporali
sulla tematica
dello stress
da attività
scolastica

Per quanto riguarda la valutazione nel tempo dello stress da attività scolastica, la Tabella 4.5 evidenzia come nel gruppo degli 11enni la provincia di Padova sia la sola ad essere risultata statisticamente significativa nei confronti delle tre rilevazioni HBSC del 2002, 2006 e del 2010. Come spiegato sopra nello spazio dedicato ai commenti dei risultati per il livello regionale, la diminuzione nel 2010 rispetto al 2006 è stata pari a 0.5 punti percentuali.

Nel gruppo dei 13enni, invece, si assiste ad un aumento del numero delle province risultate statisticamente significative nei confronti tra le tre indagini. Il riferimento è per la provincia di Belluno, Vicenza, Padova e Verona. In quest'ultima provincia, la percentuale di stress, anziché diminuire nel 2010, come accade, invece, nelle altre province, si innalza di 1 punto percentuale rispetto alla rilevazione del 2006.

Infine, nello strato dei 15enni, quasi tutte le realtà provinciali sono risultate statisticamente significative nel confronto temporale delle tre indagini HBSC, (ad eccezione di due province: Belluno e Venezia), ma a differenza dell'andamento generale di diminuzione della percezione da stress per attività scolastica, la provincia di Treviso registra un innalzamento nel 2010 della prevalenza di stress di circa 1 punto e mezzo percentuale rispetto alla rilevazione del 2006.

Nella sezione "Variazioni temporali" sono presentati i grafici 4.1 e 4.2 rispettivamente per lo strato dei 13 e dei 15enni insieme alla figura 4.1 ad integrazione della Tabella 4.5.

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

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI																
Maschi	71.1	2.8	61.3	12.8	71.8	8.1	72.2	7.5	78.0	6.3	69.9	5.7	71.0	10.0	66.5	4.6
Femmine	82.7	2.6	84.7	7.1	85.9	4.6	81.9	5.1	81.9	6.9	81.2	5.8	89.0	6.6	80.3	8.1
Totale	76.7	2.1	73.3	7.3	78.9	4.3	76.7	5.0	79.8	5.5	75.4	4.8	79.1	7.0	73.1	5.2
13 ANNI																
Maschi	47.4	2.9	41.0	8.0	49.0	5.6	50.8	8.3	44.8	6.3	49.4	6.6	40.9	12.6	45.6	7.2
Femmine	62.3	3.3	55.5	10.0	65.4	6.3	65.3	8.4	52.3	7.3	63.1	5.3	59.8	8.1	65.1	9.9
Totale	54.8	2.4	48.0	7.1	56.7	3.9	58.3	6.8	48.4	5.2	56.3	4.7	50.6	9.2	55.5	6.4
15 ANNI																
Maschi	53.0	3.9	60.7	11.1	56.8	8.0	53.0	11.6	40.7	7.0	56.8	5.8	55.6	5.9	55.1	10.2
Femmine	61.9	3.6	59.2	8.6	60.7	7.5	67.9	7.5	55.9	9.3	59.2	8.7	62.6	15.4	64.4	8.8
Totale	57.5	2.7	60.0	7.9	59.1	5.9	61.8	7.3	47.9	6.4	57.9	4.4	59.2	10.1	59.0	7.0

Tabella.42 Considerazioni sulla scuola nei giovani di 11, 13 e 15 anni a livello di regione

LA NOSTRA SCUOLA È UN BEL POSTO DOVE STARE																	
			11 anni				13 anni				15 anni						
			Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine				
			%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	Totale				
REGIONE	2.9	71.0	2.9	75.0	2.3	49.1	3.4	55.2	3.7	52.1	2.9	50.2	4.5	51.1	4.2	50.6	3.6
SENTO DI APPARTENERE A QUESTA SCUOLA																	
			11 anni				13 anni				15 anni						
			Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine				
			%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	Totale				
REGIONE	2.8	65.7	2.4	68.2	2.0	54.0	2.9	61.8	3.1	57.8	2.3	54.7	3.7	53.0	3.6	53.9	2.8
MI SENTO SICURO IN QUESTA SCUOLA																	
			11 anni				13 anni				15 anni						
			Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine				
			%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	Totale				
REGIONE	2.7	69.1	3.0	71.8	2.1	54.2	3.0	64.0	3.1	59.1	2.3	58.4	3.8	55.1	3.8	56.7	2.8

Tabella 4.3 Rendimento a scuola e stress da attività scolastica nei giovani di 11, 13 e 15 anni a livello di provincia

ANDARE BENE O MOLTO BENE A SCUOLA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	62.3	3.0	54.3	15.9	60.3	8.2	63.0	6.2	69.2	5.7	59.2	7.5	58.1	6.1	62.9	6.7
Femmine	68.6	2.8	68.7	10.7	69.8	5.6	69.6	6.6	68.0	6.2	64.7	6.2	65.8	10.1	71.1	7.6
Totale	65.3	2.2	61.8	9.7	65.1	6.0	66.1	4.6	68.6	4.1	61.9	5.7	61.6	6.2	66.8	4.4
13 ANNI																
Maschi	45.8	2.6	48.4	14.1	46.6	4.5	41.6	6.5	50.2	5.2	44.1	6.1	39.7	6.8	47.1	6.8
Femmine	56.2	2.8	58.8	10.2	60.3	5.2	50.8	6.1	53.6	5.5	54.5	6.1	57.3	10.5	60.8	7.4
Totale	51.0	1.9	53.4	9.3	53.1	3.1	46.4	4.8	51.8	4.6	49.4	5.1	48.7	6.5	54.0	4.0
15 ANNI																
Maschi	38.2	3.0	42.7	7.6	34.6	6.2	32.4	6.4	34.0	7.3	39.8	6.3	47.6	6.5	44.2	6.4
Femmine	43.3	2.8	45.0	9.8	47.7	4.8	43.5	6.3	36.3	6.9	38.9	4.7	47.8	8.9	46.9	8.6
Totale	40.8	2.3	43.7	5.8	42.3	4.4	39.0	4.7	35.1	5.4	39.4	3.8	47.7	4.3	45.4	6.6
SENTIRSI STRESSATI DALL'ATTIVITÀ SCOLASTICA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±			
11 ANNI																
Maschi	41.0	3.2	50.8	7.4	46.0	6.1	43.5	9.4	36.4	6.8	37.7	6.4	42.3	12.7	38.7	8.2
Femmine	38.2	3.2	27.7	12.7	37.3	5.7	41.9	7.3	35.1	8.4	42.5	6.1	41.3	19.5	35.6	8.4
Totale	39.6	2.5	38.8	5.2	41.6	4.6	42.7	6.8	35.8	5.8	40.0	4.5	41.8	12.7	37.2	6.4
13 ANNI																
Maschi	45.5	2.9	43.9	10.0	45.2	5.9	45.6	7.9	45.1	6.9	44.6	6.9	47.0	10.6	46.8	6.4
Femmine	47.3	3.2	44.6	16.1	51.8	7.0	44.3	7.8	45.3	7.1	46.1	9.1	55.7	10.9	47.6	5.6
Totale	46.4	2.4	44.3	10.2	48.3	4.8	44.9	5.5	45.2	6.2	45.4	6.5	51.5	8.9	47.2	4.7
15 ANNI																
Maschi	44.4	3.1	34.6	8.0	41.9	7.1	45.1	6.4	48.1	7.0	45.0	8.0	47.2	16.6	43.8	6.5
Femmine	56.3	4.6	64.5	13.0	56.5	7.5	58.7	10.8	45.6	10.3	63.7	7.6	57.9	15.0	54.4	14.8
Totale	50.5	3.0	47.7	11.0	50.6	6.6	53.1	7.9	46.9	6.3	53.6	6.6	52.8	12.8	48.2	7.6

Tabella 4.4 Giovani di 11, 13 e 15 anni che pensano che i loro compagni siano gentili e disponibili a livello di provincia

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Trevviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
Maschi	73.7	2.6	72.9	10.8	76.3	5.3	71.1	6.5	73.3	5.9	78.5	5.0	81.8	5.1	67.5	6.8	
Femmine	73.9	2.9	74.3	9.7	78.9	6.1	71.2	6.5	71.6	9.1	68.7	5.8	67.9	10.3	79.4	6.2	
Totale	73.8	2.1	73.6	8.1	77.6	3.5	71.2	5.8	72.5	6.0	73.7	4.2	75.6	4.8	73.3	4.9	
13 ANNI																	
Maschi	70.7	2.8	71.1	11.1	67.8	5.2	77.3	5.4	67.3	6.9	69.6	6.6	67.2	9.1	72.6	7.5	
Femmine	68.7	3.0	74.7	13.2	69.6	6.4	76.9	4.7	56.7	9.1	67.6	7.1	62.8	13.2	70.4	6.2	
Totale	69.7	2.2	72.9	11.6	68.6	5.0	77.1	3.8	62.3	5.6	68.6	4.7	65.0	8.2	71.5	4.9	
15 ANNI																	
Maschi	65.0	3.7	65.2	14.0	59.7	9.4	67.9	5.8	61.6	8.0	68.0	7.9	64.6	9.1	67.0	10.5	
Femmine	63.7	3.1	63.7	17.0	65.5	6.8	66.0	8.0	59.3	7.0	61.7	8.1	67.7	7.4	63.8	5.6	
Totale	64.3	2.4	64.6	13.1	63.1	5.7	66.8	5.5	60.5	4.1	65.0	6.0	66.2	6.9	65.6	6.7	

Variazioni temporali

Frequenza nel sentirsi stressati dall'attività scolastica

In questa sezione vengono presentati i dati del confronto temporale tra le tre indagini HBSC 2002, 2006, 2010 relativamente alla tematica dello stress percepito dai giovani veneti in ordine all'attività scolastica. La Tabella 4.5 contiene i dati di questi confronti sia a livello regionale che a livello provinciale, evidenziando per ogni realtà provinciale i gradi di significatività statistica. Lo stesso vale per i grafici 4.1 e 4.2 rispettivamente per il gruppo dei 13 e dei 15enni, mentre la figura 4.1 offre una mappatura per tutti e tre gli strati di età, rappresentando in maniera globale tutto il territorio veneto anche a livello di Aziende Ulss.

Come già evidenziato nella sezione "Risultati e commenti", nello strato degli 11enni per effetto della mancanza, a livello provinciale, della significatività statistica dei confronti temporali sulle tre annualità di rilevazione, il grafico rappresentativo di quello strato non è stato realizzato.

Per la spiegazione dei dati della Tabella 4.5 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove, nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia, vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

Tabella 4.5 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

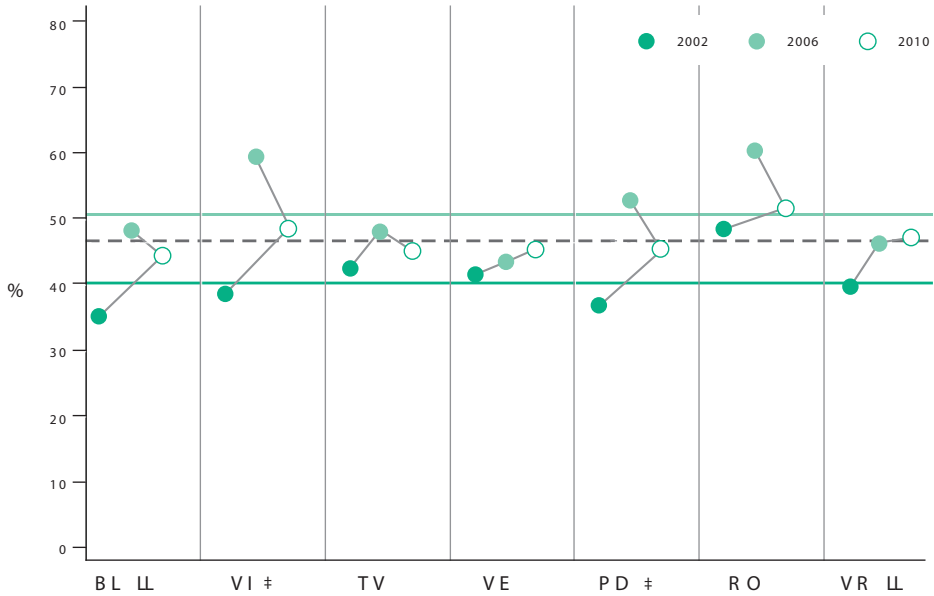
11 anni	2002						2006						2010					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Regione	42.4	35.0	39.0	46.1†	41.6*	44.0†	41.0†	50.8	38.2*	39.6†								
Belluno	38.3	32.2	35.0	48.8	34.5	42.1	50.8	27.7	38.8									
Vicenza	52.0	40.1	46.0	47.2	43.7	45.5	46.0	37.3	41.6									
Treviso	41.4	36.6	39.1	47.9	40.5	44.7	43.5	41.9	42.7									
Venezia	36.3	32.6	34.4	37.6	47.9LL	42.8	36.4	35.1LL	35.8									
Padova	37.1	29.0†	33.1LL	44.1	36.5†	40.5LL	37.7	42.5†	40.0LL									
Rovigo	52.7	42.5	47.4	70.3†	45.4	59.5†	42.3†	41.3	41.8†									
Verona	43.0	34.4	39.0	45.7	40.1	42.8	38.7	35.6	37.2									
13 anni																		
Regione	41.0†	39.0†	40.0†	48.8†	52.1†	50.4†	45.5†	47.3†	46.4†									
Belluno	45.3	22.1†	35.4LL	42.3	53.1†	48.1LL	43.9	44.6†	44.3LL									
Vicenza	36.0	41.0†	38.2†	57.3†	61.8†	59.4†	45.2†	51.8†	48.3†									
Treviso	42.0	43.0	42.5	48.3	47.0	47.7	45.6	44.3	44.9									
Venezia	42.0	41.5	42.0	41.5	45.2	43.3	45.1	45.3	45.2									
Padova	39.0	35.0†	37.0†	50.1	55.9†	52.8†	44.6	46.1†	45.4†									
Rovigo	44.1	52.0	47.2	58.5	62.1	60.4	47.0	55.7	51.5									
Verona	44.0	35.2†	40.0LL	44.6	47.6†	46.2LL	46.8	47.6†	47.2LL									
15 anni																		
Regione	36.0†	45.4†	41.0†	50.5†	61.9†	56.5†	44.4†	56.3†	50.5†									
Belluno	37.1	51.0	42.2	47.4	62.0	54.0	34.6	64.5	47.7									
Vicenza	37.0	47.0†	42.5†	60.5†	62.9†	61.9†	41.9†	56.5†	50.6†									
Treviso	37.0*	40.0†	38.4†	47.8*	55.1†	51.7†	45.1*	58.7†	53.1†									
Venezia	33.5†	48.4	41.0*	44.6†	58.6	52.2*	48.1†	45.6	46.9*									
Padova	38.0†	49.0†	42.8†	57.3†	63.9†	61.7†	45.0†	63.7†	53.6†									
Rovigo	25.3LL	33.2†	30.0†	41.5LL	74.9†	55.9†	47.2LL	57.9†	52.8†									
Verona	37.0†	44.5†	40.3†	49.0†	67.1†	55.6†	43.8†	54.4†	48.2†									

* Differenza significativa per p < 0.10

LL Differenza significativa per p < 0.05

† Differenza significativa per p < 0.01

Grafico 4.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

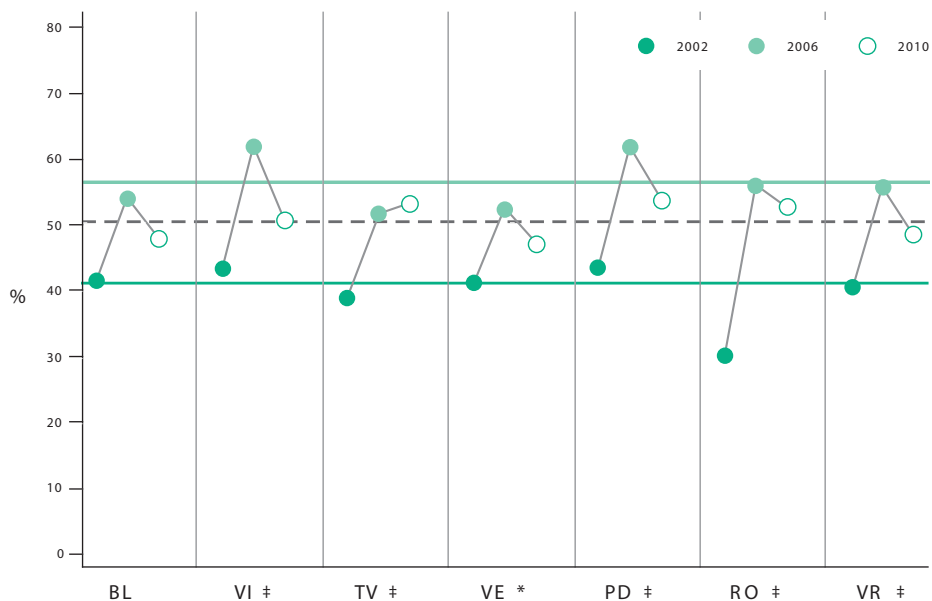
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

— Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica. Indagine 2002, livello regionale;

— Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica. Indagine 2006, livello regionale;

- - - Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica. Indagine 2010, livello regionale.

Grafico 4.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica



* Differenza significativa per $p < 0.10$

† Differenza significativa per $p < 0.05$

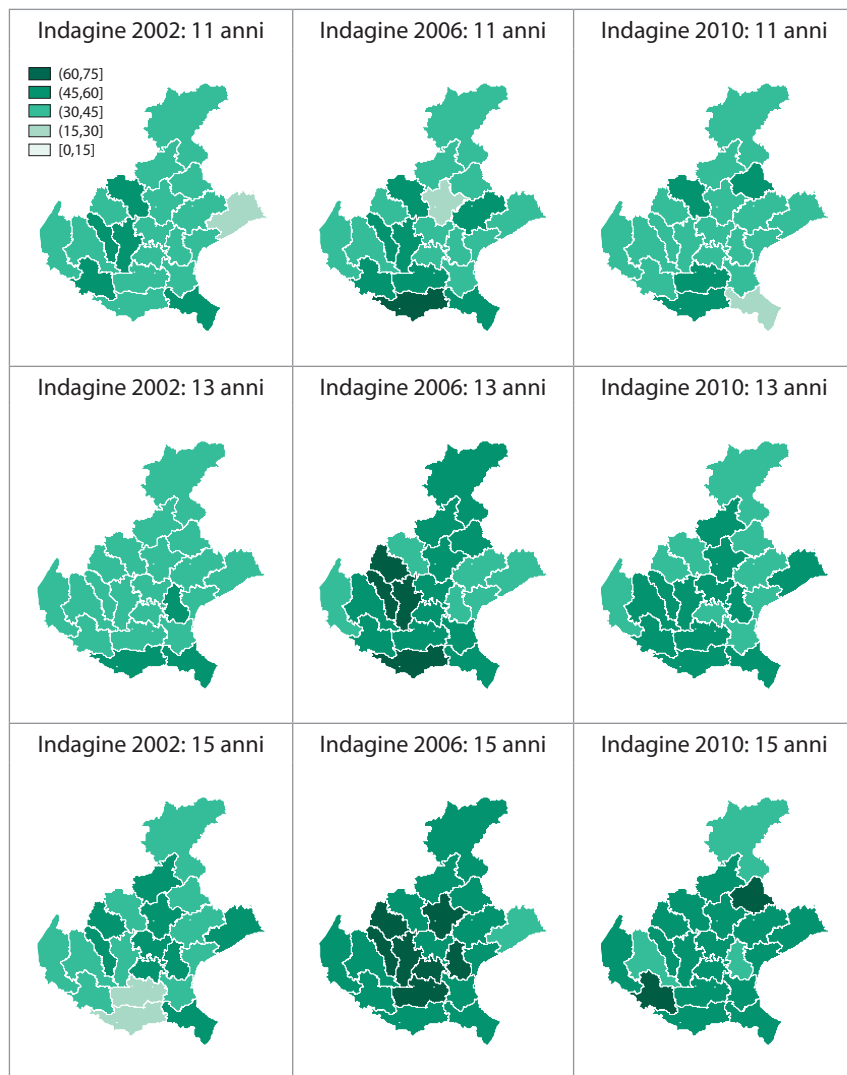
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

— Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica. Indagine 2002, livello regionale;

— Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica. Indagine 2006, livello regionale;

- - - Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che si sentono stressati dall'attività scolastica. Indagine 2010, livello regionale.

Figura 4.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che si sentono stressati dall'attività scolastica



Implicazioni di politica socio-sanitaria nell'ambito dell'educazione alla salute

Sempre più emerge, a livello europeo e mondiale, il grande ruolo che esercita la scuola nei sistemi educativi: la sua influenza sullo stile di vita dei giovani è stata pienamente riconosciuta (38). Questo ha portato in Europa allo sviluppo di "Healthy School Concept" (39), più tardi riformulato come "Health Promoting School Concept", ovvero come promozione della salute in termini di pianificazione e strategie complessive per assicurare un livello di benessere a scuola cui contribuisce interamente tutto l'ambiente, considerato sotto l'aspetto della sicurezza, delle relazioni, del piano di istruzione, delle attività educative complementari, dei rapporti con il territorio. Si tratta cioè di assumere una visione globale del concetto di salute che possa tradursi in una pluralità di attenzioni, che richiede agli insegnanti di essere proattivi in una serie di aree che vanno al di là del curriculum formale.

Secondo questa visione, la crescita delle scuole, in termini di ambienti atti a promuovere la salute, dipenderà dai programmi di formazione professionale che potranno essere attuati nell'ottica di una stretta connessione tra educazione e salute.

Di fatto si assiste ad un fenomeno interessante: anche in Italia, su impulso dei due Ministeri, quello dell'Istruzione e quello della Salute, che nel gennaio 2007 hanno siglato un protocollo d'intesa volto a rafforzare la cooperazione all'interno di un programma denominato "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", l'educazione alla salute a scuola si sta spostando da una visione tradizionale, basata sulla preparazione individuale e su programmi informativi ed educativi, spesso affidati alle strutture delle Aziende Sanitarie Locali, verso una concezione più ampia, caratterizzata da un approccio che si definisce ecologico. Essa è diventata un punto fondamentale nelle politiche educative, poiché si riconosce il protagonismo delle scuole nel fornire le conoscenze e le abilità necessarie agli individui per l'autonoma gestione del sé. Ecco perché le scuole stesse sono sollecitate ad assumere un ruolo attivo nella costruzione di un ambiente positivo alla luce dell'obiettivo principale: coinvolgere tutti gli attori della comunità scolastica (studenti, personale, genitori) unitamente ai servizi sanitari, sociali e culturali del territorio, nell'individuare quali aspetti del clima scolastico abbiano bisogno di essere migliorati per progettare e attuare interventi qualitativamente più apprezzabili (40).

Tra gli ambiti maggiormente studiati, oltre all'educazione alimentare e all'attività fisica, 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 libertà di espressione e imparzialità dei docenti costituiscano elementi fondanti della comunità stessa (7). Alcune ricerche hanno evidenziato che frequentare un ambiente scolastico in cui si percepisca 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 o dei fenomeni di bullismo che coinvolgono talora anche alunni provenienti da ambiti socio-economici e culturali elevati. Risulta da tutti gli studi, ma anche dall'esperienza diretta degli operatori scolastici – si vedano a tal proposito gli Osservatori sulla condizione giovanile attivati da molti USR (Uffici Scolastici Regionali) tra i quali quello del Veneto – che gli studenti che vivono la scuola come una comunità l'apprezzano maggiormente, sono motivati, registrano minori assenze, mostrano atteggiamenti meno distruttivi e conseguono risultati migliori. Legami deboli con le istituzioni sono considerati una causa importante di delinquenza tra i giovani; all'opposto, un elevato senso di comunità all'interno della scuola è associato ad un numero inferiore di studenti che fanno uso di droghe o che manifestano comportamenti di delinquenza (41).

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 tal senso, favorire l'apprendimento cooperativo, promuovere azioni di partenariato tra scuole, attivare azioni di formazione dei rappresentanti di classe, dare a tutti gli studenti maggiore voce in capitolo nel momento di prendere decisioni riguardo agli obiettivi di apprendimento, al metodo per raggiungerli e alla valutazione, potrebbe servire a interessarli di più e a farli sentire più responsabili dell'attività scolastica. Si verifica, infatti – e le recenti indagini ministeriali sui livelli di apprendimento lo confermano (cfr. prove INVALSI e prove OCSE-PISA) – che, laddove gli studenti abbiano avuto un ruolo attivo nel decidere ed organizzare le attività, le scuole hanno riportato risultati migliori. L'attenzione che l'Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto rivolge ai fenomeni di disagio giovanile – che culminano a volte in atti di vandalismo o in profili di comportamento riprovevoli sul piano disciplinare – conferma che per lo più essi si verificano in scuole in cui minore è la capacità dei docenti di attivare pratiche didattiche coinvolgenti e motivanti. Per tale motivo viene messa in campo una molteplice e variegata attività, coordinata dall'Osservatorio regionale, volta ad incentivare la partecipazione degli studenti anche grazie alle iniziative promosse da un lato da parte delle Consulte studentesche, dall'altro dal Forum dei genitori.

Si veda, ad esempio, quanto viene svolto a livello di peer education, di formazione degli studenti rappresentanti di classe, di aggiornamento dei docenti referenti d'Istituto per la condizione giovanile, grazie ad una molteplicità di iniziative che valorizzano anche i linguaggi non verbali e multimediali, dalla musica, al teatro, all'utilizzo delle nuove tecnologie, strumentazioni e ambiti privilegiati dagli adolescenti di oggi. In questi anni tale progettualità si è ampiamente estesa e rafforzata, poiché le istituzioni scolastiche hanno ben compreso che occorre attivare dinamiche di ascolto e logiche propositive nei confronti dei più giovani i quali, come bene evidenzia la ricerca, soprattutto tra i 13 e 15 anni, attraversano momenti di forte cambiamento interiore, alla ricerca della propria identità.

Non vi è dubbio che la partecipazione facilita i rapporti dei giovani nella comunità scolastica, fra cui quelli con i loro pari (42), rapporti che giocano un ruolo fondamentale nella promozione della sicurezza personale, dell'autostima, della socialità, del rispetto delle regole della comunità, in una parola del benessere. Bisogna tener conto tuttavia – e ciò complica le osservazioni emerse – che le scuole differiscono tra loro sotto il profilo organizzativo, strutturale e per la loro composizione. Il fatto che esse 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. Ecco perché nelle recenti analisi sui risultati di apprendimento è stato introdotto anche lo studio dell'ambiente di provenienza degli alunni, quale variabile che influenza decisamente i risultati stessi.

È ormai riconosciuto che ragazzi provenienti da famiglie con un elevato stato socioeconomico vanno meglio a scuola e hanno meno problemi di salute, incontrando in misura minore fattori di rischio sul piano della salute. Proprio per questo è necessario l'apporto di tutto il personale della scuola, non solo dei docenti, perché le scuole possano progettare e realizzare un piano di educazione alla salute veramente efficace. Le recenti ricerche (43) dimostrano infatti come i docenti, nonostante gli sforzi che si stanno compiendo, nella prassi quotidiana siano in buona parte ancora legati ad un concetto curricolare dell'educazione, difficilmente ne sappiano cogliere gli aspetti correlati alle relazioni e al clima di classe e di istituto e con qualche difficoltà riescano a cooperare con il personale non docente e con il contesto territoriale.

Le scuole pertanto devono essere sostenute per costruire una corretta politica educativa (analisi dei bisogni, definizione delle priorità e partnership) e per sviluppare modalità utili a realizzare una condivisione globale e reale della cultura della promozione della salute tra tutto il personale.

Per tali motivazioni la Rete europea delle scuole per la promozione della salute (ENHPS), nata dalla Carta di Ottawa (44), propone un approccio olistico alla promozione della salute e dell'ambiente, sottolineando la necessità di un'intesa fattiva tra Ministro dell'Istruzione e Ministero della Salute, all'interno dei rinnovati programmi di istruzione proposti dai piani di riforma del sistema scolastico perseguiti, in questi anni, da un gran numero di Paesi d'Europa.

Bibliografia

1. DELORS J. Nell'educazione un tesoro. Rapporto all'UNESCO della Commissione Internazionale sull'Educazione per il XXI secolo. 1997.
2. RICHEN DS, HERSH SALGANIK L. (a cura di). Agire le competenze chiave. Scenari e strategie per il benessere consapevole, 2007.
3. Cfr. Allegato 2 – Competenze chiave di cittadinanza da acquisire al termine dell'istruzione obbligatoria, in Il nuovo obbligo d'istruzione, 2007.
4. DING C, HALL A. Gender, ethnicity, and grade differences in perceptions of school experiences among adolescents. *Studies in Educational Evaluation*, 2007, 33, 159-174.
5. SIMONS-MORTON BG, CRUMP AD, HAYNIE DL, SAYLOR KE. Student-school bonding and adolescent problem behavior. *Health Education Research*, 1999, 1, 99-107.
6. CHEN X, HUANG X, CHANG L, WANG L. LI D. Aggression, social competence, and academic achievement in Chinese children: a 5 year longitudinal study. *Dev Psychopathol.*, 2010, 22(3):583-92.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. MARCHANT GJ, PAULSON SE, 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.
12. 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.
13. 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.
14. JOHNSON CC, JOHNSON KA. High-risk Behavior among Gay Adolescents: Implications for Treatment and Support. *Adolescence*, 2000, 35, 140, 141-165.
15. NOVAK SP, CLAYTON RR. The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking: a multilevel analysis. *Health Psychology*, 2001, 20, 3, 196-207.
16. VOELKL KE, FRONE MR. Predictors of substance use at school among high school students. *Journal of Educational Psychology*, 2000, 92, 583-592.

17. 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.
18. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Identification and management in primary, community and secondary care. The British Psychological Society, 2005, London.
19. ZHANG JJ, LI NX, LIU CJ. Associations between poor health and school-related behavior problems at the child and family levels: a cross-sectional study of migrant children and adolescents in southwest urban China. *J Sch Health*, 2010, 80(6):296-303.
20. HU F, MA YH, HU LM, DENG XL, MEI JF. Studi on the relationship of family functioning and subjective well-being of junior-high school students. *Beijing Da Xue Xue Bao*, 2010, 18; 42(3):323-9.
21. 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.
22. 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.
23. MITCHELL MM, BRADSHAW CP, LEAF PJ. Student and teacher perceptions of school climate: a multilevel exploration of patterns of discrepancy. *J Sch Health*, 2010, 80(6):271-9.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. SAWYER MG, GUIDOLIN M, SCHULZ KL, MCGINNES B, ZUBRICK SR, BAGHURST PA. The mental health and wellbeing of adolescents on remand in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*, 2010, 44(6):551-9.
28. 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.
29. 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.
30. WENTZEL KR, CALDWELL K. Friendships, peer acceptance, and group membership: Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 1997, 68, 1198-1209.
31. WENTZEL KR. Sociometric status and academic adjustment in middle school: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 2003, 23, 5-28.
32. DILALLA L. F, MULLINEAUX PY. The effect of classroom environment on problem behaviors: A twin study. *Journal of School Psychology*, 2007, 10, 1016.

33. 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.
34. 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*, 2006, 98, 1-13.
35. 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.
36. GUAY F, BOIVIN M, & HODGES E. Predicting change in academic achievement: A model of peer experiences and self-system processes. *Journal of Educational Psychology*, 1999, 91, 1, 105-115.
37. 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.
38. KICKBUSH I. Approaches to an ecological base for public health. *Health Promotion International*, 1989, 4, 265-268.
39. YOUNG I, & WILLIAMS T. *The Healthy School*. Scottish Health Education Group, 1989.
40. European Network of Health Promoting Schools ENHPS [web site]. ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 2 February 2004).
41. 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.
42. 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).
43. JOURDAN D, MANNIX McNAMARA P, SIMAR C, GEARY T, POMMIER J. Factors influencing the contribution off staff to health education, in *Health Educ. Res.*, 2010, 25(4): 519-530.
44. Cfr. <http://ec.europa.eu/health>

Summary

School

Introduction

School is a vital place of learning. Adolescence is the period in which many aspects of the personality are formed. Individuals acquire behavioural habits which may have positive or negative impacts on health and may significantly condition health later in adulthood. It is readily acknowledged that the school environment conditions quality of life, as young people attend school for at least 9 to 10 years, spending 6 to 8 hours a day there. The situation for young people is comparable to that of adults in the workplace. The psychological aspects of the work environment influence health as perceived by adults and consequently their lifestyles. Similarly, daily life at school conditions the health and psycho-physical wellbeing of young people, even if the precise nature of the relationship is less clear.

Results

At the regional level:

- *the number of children who enjoy school, at the regional level, tends to decrease as children get older (11-year olds 76.7%, 13-year olds 54.8% and 15-year olds 57.5%). On the whole, girls enjoy school more than boys;*
- *a higher percentage of 11-year olds, as opposed to 13-year olds and 15-year olds, believe that school is a good place to stay. In addition, they feel it is safe and they perceive a higher sense of belonging in it. Also in this case, as opposed to males, females positively regard school.*
- *similarly, with respect to school performance, the percentage of young people who claim to be doing well or very well at school decreases as children get older and also in this case girls claim to be doing well or very well at school more than boys;*
- *stress reported at school vary between strata, ranging from 39.6% of 11-year olds to 46.4% of 13-year olds and to 50.5% of 15-year olds. In this last age group, perception of school stress is stronger among females.*
- *as regards perceived support, 11-year olds (73.8%) tend to admit that their classmates are kind and helpful more than 13 (69.7%)-and 15 (64.3%)-year olds; there are no differences between boys and girls in all strata.*

Comments

The fact that the girls report enjoying school more and doing well in class shows that school is not experienced in the same way by everyone. The analysis of the influence that school has on young people's health ought to take this fact into account.

The perception of support among classmates along with the consideration that school is not only a nice place to stay at but also a safe environment generating sense of belonging are important for the psycho-physical wellbeing of young

people, especially as they grow older. This could be seen as a protection against the negative effects of stress at school on health.

Health Education in schools has changed from a traditional view based on individual understanding and on information and educational programmes, to a broader vision characterised by a more ecological approach to health promotion. Health Education in schools has become a fundamental starting point in health promotion policies. In this regard, schools are protagonists in providing the know-how and necessary skills to individuals, giving them an active role in the building of a positive environment. Health Promotion in schools has the main objective of involving all the actors of the school community (pupils, school personnel, parents and health service personnel assigned to schools), and of identifying which aspects of the school climate need improving, so as to design and implement actions accordingly.

Sezione III

La salute dei giovani e gli stili vita

La salute dei giovani e gli stili vita

Eva Baldassari, Massimo Mirandola

Introduzione

Nella nostra società il giovane, pur avendo ormai acquisito capacità cognitive e sessuali pari a quelle adulte, deve attraversare un lungo periodo di preparazione, che è caratterizzato da una condizione di indeterminazione e di sospensione tra il mondo dei bambini, a cui non appartiene più, e il mondo degli adulti, a cui di fatto non partecipa ancora. In tutte le società occidentali la transizione all'età adulta è sempre più posticipata nel tempo. Normalmente si enfatizzano i disagi che derivano da questa condizione di inconsistenza sociale; tuttavia occorre considerare che essa è anche ricca di opportunità, poiché offre uno spazio di preparazione e di prova al riparo da decisioni precoci e definitive, mentre permette l'elaborazione di valori e di scelte personali che non è consentita nelle culture semplici. Di conseguenza, ad una maggiore libertà individuale e a maggiori risorse sociali ed economiche si contrappone una rapida modificazione di modelli, valori, stili di vita, ruoli familiari e professionali, che richiede da parte degli adolescenti, per essere affrontata con successo, maggiore autonomia e maggiori capacità decisionali (1).

La grande diffusione dei comportamenti a rischio in età adolescenziale nella nostra cultura, così come il fatto che molti di essi tendano, nella maggior parte dei casi, a scomparire o a ridursi indica chiaramente che non è possibile interpretarli in termini di psicopatologia individuale, né come espressione di psicopatologia sociale. Così come non sono interpretabili in senso psicopatologico, questi comportamenti non possono essere spiegati come il risultato della meccanica ripetizione di modelli ambientali, offerti dai pari. Di conseguenza, il modello più consono da adottare nel valutare i comportamenti a rischio nell'adolescenza sembrerebbe quello ascrivibile alla concezione sistemica, interazionista e costruttivista, secondo la quale lo sviluppo dell'adolescente si configura come *azione nel contesto*, per sottolineare l'importanza dell'operato dell'individuo, che non è plasmato passivamente dagli eventi ambientali, né mosso semplicemente da disposizioni innate. Da questo punto di vista, l'azione dell'adolescente è sempre dotata di significato, di finalità di intenzionalità, di riflessività e si sviluppa in un dato contesto sociale e cul-

turale che offre al tempo stesso limiti e restrizioni, ma anche opportunità e risorse (2).

Quindi, per comprendere le funzioni dei comportamenti a rischio occorre fare riferimento alla relazione tra l'adolescente e il suo contesto di vita; le azioni a rischio, infatti, al pari di quelle salutari sono modalità dotate di senso, utilizzate in uno specifico momento della vita e in un particolare contesto, per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi. Di conseguenza, anche i comportamenti pericolosi hanno uno scopo ed una funzione: per quanto dannosi sul piano fisico, psicologico o sociale, essi rappresentano agli occhi dell'adolescente, in un preciso momento del suo cammino evolutivo, una risposta ai diversi problemi e ai diversi compiti di sviluppo, spesso non chiari e definiti, che nascono nell'interazione con il mondo sociale.

I comportamenti, anche i più irrazionali, sono, di fatto, il risultato di una scelta, di una valutazione, di una ricerca di adattamento. Comprendere le loro funzioni è quindi essenziale per poter offrire all'adolescente l'opportunità di raggiungere i medesimi obiettivi senza mettere a repentaglio il proprio benessere (1).

Alcune ricerche, tuttavia, 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 (3), minori difficoltà nelle relazioni con i pari (4), maggiori livelli di salute mentale e assenza di comportamenti devianti (5). Comprendere ciò che distingue gli utilizzatori sperimentali da quelli abituali diventa, quindi, un importante aspetto per evitare i danni a breve e a lungo termine provocati dal consumo di sostanze alla salute dei giovani.

Per questo motivo, sono sempre più numerose le strategie preventive messe in atto dalle agenzie di salute pubblica ed in particolare di promozione della salute nello sforzo di ridurre il consumo di sostanze specie tra i giovani. Di fondamentale importanza per queste strategie preventive è la possibilità di individuare i fattori o i determinanti ambientali e le componenti genetiche individuali che maggiormente si associano ai comportamenti a rischio.

Poiché tali determinanti, che possono più facilmente indurre a comportamenti a rischio, oppure proteggere da tali pericoli, sono oggetto di studio ed intervento della Promozione della Salute, prima di passare alla disamina dei diversi stili di vita nei giovani, si ritiene utile approfondire i concetti cardine e gli strumenti utilizzati da questa branca della Salute Pubblica.

La Promozione della Salute, intesa secondo il paradigma "olistico" promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e sancito con la Carta di Ottawa (6) è un processo che permette alla popolazione di aumentare il controllo dei fattori che determinano la loro salute al fine di migliorarla e sostenerla (6). Il suo valore innovativo sta nel fatto che ambiti disciplinari molto diversi tra loro, che riguardano scienze sia biologiche che socio-ambientali, trovano possibilità di sviluppo e integrazione nell'azione diretta a modificare non solo i fattori che si associano alle patologie, ma soprattutto ciò che real-

mente determina e favorisce la salute. Per questo essa rappresenta un'estensione dei metodi utilizzati dalla Sanità Pubblica.

Pertanto, non si tratta di un'unica disciplina formalizzata sul piano teorico, ma di un complesso e articolato insieme di strumenti sviluppati per migliorare il controllo della comunità locale su tutti i settori che hanno un impatto sulla salute: dalle normative alle scelte politiche, economiche, urbanistiche e sociali riguardanti un determinato territorio.

Infatti, come ben spiegato da Padovan et al. (7), l'evoluzione dei concetti relativi alla Promozione della Salute negli ultimi vent'anni, puntualizzata dalle numerose dichiarazioni internazionali promosse dall'OMS, mette in evidenza uno scenario profondamente modificato rispetto al passato in cui è necessario tenere conto dei nuovi soggetti portatori di interessi, spesso contrastanti, nei confronti della salute, delle opportunità fornite dalla comparsa sulla scena di nuovi partner, del cambiamento dei modelli teorici di riferimento con le conseguenti ricadute di natura scientifica e professionale.

Questo cambiamento richiede la ridefinizione e differenziazione dei concetti di Educazione Sanitaria e di Promozione alla Salute e il cambiamento di prospettiva: dai problemi di salute degli individui e della popolazione alla popolazione stessa che affronta problemi di salute mentre vive, lavora e passa il tempo libero in diversi ambienti e organizzazioni. Emerge la necessità di valutare con attenzione l'influenza che l'ambiente fisico e sociale esercita sulla salute umana, con particolare riferimento all'analisi delle organizzazioni in cui la gente vive e lavora, nonché il ruolo che svolgono i fattori personali come gli stili di vita, i fattori ereditari, le competenze per la salute, le motivazioni personali e l'adattamento all'ambiente.

Lo sviluppo della teoria della Promozione della Salute ha determinato la necessità di differenziare le attività di Educazione Sanitaria e di Promozione della Salute all'interno di un quadro teorico di riferimento comune che si basa sull'analisi dei fattori che influenzano la salute umana. La Promozione della Salute tende alla modifica positiva dell'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono per migliorare la loro salute, mentre l'Educazione Sanitaria si prefigge di modificare le conoscenze, i comportamenti individuali relativi alla salute e alla malattia, le capacità personali di prevenire le malattie e di utilizzare i servizi sanitari, nonché di accrescere la consapevolezza sul ruolo che i fattori sociali, politici e ambientali esercitano sulla salute (7). L'Educazione alla Salute ha costituito, soprattutto nel passato recente, uno degli strumenti maggiormente utilizzati per 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.

A questo riguardo, la letteratura scientifica internazionale sta producendo sempre maggiori evidenze circa la necessità di riconoscere e di modificare altri elementi, diversi dai fattori comportamentali e dagli stili di vita, quali appunto i determinanti sociali, economici ed ambientali della salute, poiché la considerazione di questi ultimi può migliorare notevolmente la capacità di impatto dei programmi tradizionali di intervento.

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 fautori delle politiche sociali, fornendo loro argomenti di grande interesse per la Salute Pubblica.

Bibliografia

1. BONINO S. Il Fascino del rischio negli adolescenti. Giunti Editore, Firenze – Milano, 2005.
2. BONINO S, CATTELINO E, CIAIRANO S. Adolescenti e rischio. Giunti Editore, Firenze – Milano, 2003.
3. LATIMER W, ZUR J. Epidemiologic trends of adolescent use of alcohol, tobacco, and other drug. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 2010 Jul, 19(3), 451-64.
4. 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.
5. 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.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998. www.who.int/hpr/NPH/docs
7. PADOVAN MT, PILATI G, MONZANI A. I programmi delle attività territoriali: promozione della salute e sviluppo di comunità, *Studi Zancan.*, 3: 9-24, 2004.

Summary

Young people's health and lifestyles

To understand the functioning of risk behaviour, the relationship between the adolescent and his/her world needs to be understood – this behaviour, as much as healthy behaviour, has a sense within the context of this world and serves the purpose of reaching of important personal and social objectives. However, research has shown that youngsters who abstain from risky behaviour have fewer health and social problems.

Therefore public health authorities are increasingly engaged in preventive actions and in promoting health to the young, in an attempt to combat risky behaviour. Of fundamental importance in this sense is the ability to identify the environmental factors and individual genetic components that are most associated with risky behaviour.

These factors are currently being studied by Health Promotion, based on the holistic paradigm of the World Health Organization (WHO) and sanctioned by the Ottawa Charter enabling populations to increase their control over factors that impact on health, to improve and maintain it. The innovative value of Health Promotion derives from the fact that it is an extension of the methods used by health authorities, bringing together very different disciplines such as biology and social and environmental sciences, where actions can be developed and directly applied to modify the factors impacting on pathologies and which have a genuine outcome for health.

International scientific literature is producing more and more evidence of the importance of identifying and changing factors other than behaviour and lifestyles, such as the social, economic and environmental elements of health, because they are able to provide a better theatre for health-improvement programmes.

This section deals with the following themes: health and psycho-physical wellbeing, tobacco and alcohol consumption, the use of cannabis and other drugs, exercise and sedentary behaviour, eating habits, self-image, weight control, oral hygiene, bullying and physical violence, accidents and finally sexual health; the objective is to promote and facilitate the monitoring at the regional level of lifestyles linked to health and to provide support in terms of action planning and action to social policy-makers, providing them with topics of great interest for public health.

Capitolo 5 Salute e benessere psicofisico¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Michele Gangemi
Associazione Culturale Pediatri

Introduzione

Deve essere assolutamente tenuto al centro dell'attenzione che ormai da svariati decenni anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è orientata verso un concetto olistico di salute (1). Più esplicitamente, l'OMS da tempo definisce salute "uno stato soggettivo di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente l'assenza di malattie.

Questa condizione può essere colta attraverso la comprensione di diverse componenti: fisica, psichica, emotiva, relazionale, ideologico-valoriale (detta anche spirituale), sociale.

Per il National Institute for Clinical Excellence (NICE) la promozione del benessere sociale ed emotivo include: la felicità e la fiducia in se stessi e la non sperimentazione di sentimenti depressivi (benessere emotivo); un senso di autonomia e controllo sulla propria vita, abilità di problem solving, resilienza, presenza e partecipazione alla vita relazionale (benessere psicologico); l'abilità di avere buoni rapporti con altri e di evitare comportamenti distruttivi, delinquenza, violenza e bullismo (benessere sociale) (2).

Numerose sono le ricerche che in questi anni sono state effettuate allo scopo di capire atteggiamenti e comportamenti dei preadolescenti, degli adolescenti e dei giovani. Dall'insieme di queste ricerche sono emerse interessanti indicazioni sul rapporto che gli adolescenti hanno con la salute.

Infatti, un giovane su cinque è un "antisalutista", il quale aderisce a comportamenti riconosciuti come rischiosi e, anche se è insoddisfatto del proprio stato di salute, continua a mantenere delle abitudini dannose, poco consapevoli e, talvolta, "fataliste" (3-5).

Deve essere sempre ricordato, però, che l'adolescente si trova in una vera e propria fase di trasformazione da bambino ad adulto e che, quindi, molti

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

comportamenti borderline tra insoddisfazione e sofferenza patologica sono il frutto di questa transizione.

Gli studi in letteratura evidenziano come gli adolescenti siano, infatti, più soggetti a piccoli disturbi e a malesseri che, nel complesso, influenzano la qualità della vita, con una serie di disturbi multipli (6-8). Non va dimenticato, inoltre, il sorgere di una patologia in forte espansione, la depressione, che tende a presentarsi a partire dall'età di 6 anni per raggiungere la sua massima espansione in adolescenza e manifestarsi soprattutto tra le femmine (9).

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 (10-12), le relazioni sociali (21), le attività svolte (13).

Variabili di natura contestuale possono essere ritenute altrettanto importanti nell'influenzare lo stato di salute dei giovani. Recenti studi confermano quando già sostenuto in letteratura circa la relazione tra la salute mentale e lo status socio economico familiare (SES). Bassi livelli di SES si associano positivamente ad uno scadente stato di salute mentale e a uno scarso rendimento scolastico (14), così come una struttura familiare monogenitoriale si associa ad un aumento di problemi comportamentali e a una diminuzione delle riuscite scolastiche (15-18).

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" (19) 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 (20).

Tuttavia, risulta chiaro come sia importante rilevare la percezione che i ragazzi hanno della propria salute, poiché è da queste narrazioni che sono individuabili le situazioni di malessere a cui noi tutti dobbiamo fare fronte per comprenderle e, il più possibile, per risolverle.

Metodi

Stato di salute percepito

Domanda standard: *"Diresti che la tua salute è: Eccellente, Buona, Discreta o Scadente?"*

Accorpate e indagate le modalità: *Discreta e Scadente.*

Disturbi di salute percepiti

Domanda standard: "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?"

Accorpare e indagare le modalità: Più di una volta alla settimana, Circa ogni giorno.

Cura dei disturbi percepiti (solo per 15enni)

Domanda standard: "Nell'ultimo mese: quante volte hai preso medicine o farmaci per i seguenti disturbi? Mal di testa, Mal di stomaco, Difficoltà ad addormentarti, Nervosismo, Altro?"

Accorpare e indagare le modalità: Sì, una volta; Sì, più di una volta.

Risultati e commenti

Autovalutazione della propria salute, disturbi di salute percepiti e loro cura

Livello regionale

È stato chiesto ai giovani veneti di definire il proprio stato di salute e come si può notare dalla Tabella 5.1, in media l'11.5% dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiara, in maniera omogenea e senza differenze statisticamente significative tra gli strati del campione, di avere una salute discreta o scadente, ma con ampie differenze di genere (statisticamente significative) nei gruppi dei 13 e dei 15enni, in particolar modo a carico delle femmine. Infatti, a fronte dell'8.3% dei maschi 13enni si contrappone il 15.3% delle femmine loro coetanee e lo stesso vale per i maschi 15enni (8.3%) rispetto alle ragazze 15enni (14.7%).

Andando, poi, ad indagare l'aspetto della sintomatologia, emerge che a soffrire di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta alla settimana è il 45% del campione: percentuale, questa, che si distribuisce omogeneamente in tutti e tre gli strati di età, mentre si differenzia, in maniera statisticamente significativa, nei confronti tra i sessi in tutti e tre gli strati d'età (11, 13 e 15 anni) (tab. 5.2). Infatti, a dichiarare di soffrire di due o più disturbi di salute percepiti più di una volta alla settimana sono maggiormente le femmine. Nelle femmine 15enni questa percentuale raggiunge la prevalenza del 60.9%.

I disturbi maggiormente lamentati dai 15enni (specie dalle femmine) rispetto agli altri due strati di età sono l'irritabilità, il nervosismo e il sentirsi giù di morale (tab. 5.3). Il mal di testa, invece, è un disturbo omogeneamente distribuito tra i tre gruppi di età, mentre la difficoltà ad addormentarsi e la percezione di avere la testa che gira, così come il mal di stomaco, sono sintomi maggiormente avvertiti dagli 11enni (senza differenze percentuali tra maschi e femmine ad eccezione del mal di stomaco, sofferto soprattutto dalle femmine).

stato di salute
percepito

soffrire di due
o più disturbi
di salute

tipologie di
disturbi di
salute
percepiti

tipologie di
farmaci
utilizzati

Ai soli ragazzi 15enni la ricerca HBSC ha approfondito la dimensione dell'uso di farmaci in base alla tipologia di sintomi da loro percepiti. Risulta, che il 54.2% delle femmine 15enni, contro il 39% dei maschi, ricorre a tipologie di farmaci per lenire il mal di testa e che il 30.4% di esse, contro il 16% dei maschi fa uso di prodotti farmacologici per lenire il mal di stomaco (tab. 5.4). I farmaci assunti per curare il nervosismo (4.8%) e altri sintomi non specificati (18.7%), evidenziano prevalenze che non si differenziano a livello di genere.

Ad una valutazione di come si sia modificata nel tempo la percezione in generale della propria salute nei giovani, si nota che essa varia da strato a strato (tab. 5.7). Se nei gruppi degli 11 e dei 13enni la percentuale di avere una salute discreta o scadente aumenta nel 2010 di 1.6 punti percentuali per entrambi gli strati rispetto al 2002, nel gruppo dei 15enni la prevalenza scende, mostrando un miglioramento del proprio stato di salute. Infatti, si passa dal 17.1% del 2002 all'11.5% del 2010, con 5.6 punti percentuali di diminuzione. Nelle femmine 15enni il distacco tra le tre indagini è abbastanza ampio: lo stato di salute discreto o scadente dichiarato nel 2002 era del 24.0%, mentre quello riferito nel 2010 è del 14.7% (oltre i nove punti percentuali in meno).

confronti
temporali
sulla tematica:
percezione
del proprio
stato di salute

Va evidenziato che per gli strati degli 11 e dei 15enni i confronti temporali sono risultati statisticamente significativi per le tre indagini HBSC 2002-2006-2010, a livello regionale e nella maggior parte delle province, soprattutto nello strato dei 15enni, mentre per il gruppo dei 13enni il confronto temporale è risultato statisticamente significativo solo per le ultime due indagini 2006-2010 e solo a livello regionale. Infatti, in questo strato nessuna provincia è risultata statisticamente significativa ai confronti.

Per questo motivo, nella sezione "Variazioni temporali" di questo capitolo sono stati realizzati solo due grafici: quello per gli 11enni (graf. 5.1) e quello per i 15enni (graf. 5.2), mentre la figura 5.1 offre una visualizzazione completa per tutti e tre gli strati di età nelle tre indagini HBSC effettuate.

Livello provinciale

stato di salute
percepito

I confronti percentuali tra le province venete relativamente alla percezione del proprio stato di salute sono risultati statisticamente significativi nel solo strato dei 13enni, mostrando distribuzioni differenziate tra le province, in cui la frequenza più alta di ragazzi che dichiarano di avere una salute discreta o scadente si trova nella provincia di Vicenza (14.0%) come mostra la Tabella 5.1. Nei rimanenti due gruppi di età (11 e 15enni) le distribuzioni permangono omogenee nel territorio ed in linea con la media regionale dell'11.5%.

Relativamente ai confronti di genere, si è in presenza di una differenziazione statisticamente significativa tra i sessi dello strato dei 13enni nelle province di Verona, Venezia Treviso e Vicenza e nei 15enni nelle province di Vicenza, Venezia Padova Rovigo e Verona, con stime più alte nelle femmine sia di 13 che di 15 anni rispetto ai maschi loro coetanei.

soffrire di due
o più disturbi
di salute

Per quanto riguarda l'aspetto della sintomatologia, la Tabella 5.2 descrive una distribuzione fluttuante e statisticamente significativa solo nel gruppo degli 11enni, con la provincia di Padova che a livello di campione totale ha la

stima più alta (51.9%) di 11enni che avvertono due o più disturbi di salute più di una volta alla settimana. Sempre in questo strato di età, solo le province di Venezia e di Padova riportano differenze di genere statisticamente significative con prevalenze più alte a carico delle femmine rispetto ai maschi. Negli altri due strati del campione di 13 e di 15 anni, le distribuzioni percentuali tra le province risultano omogenee e seguono l'andamento regionale senza particolari scostamenti da esso. Nei confronti di genere, in questi due gruppi (13 e 15enni) sono presenti differenze statisticamente significative in tutte le province.

Ad uno sguardo alle modificazioni temporali per la tematica legata allo stato di salute percepito, i confronti temporali risultano statisticamente significativi tra le tre indagini a livello provinciale riguardano solo alcune province (tab. 5.7). Si è in presenza di significatività statistica nella sola provincia di Vicenza per lo strato degli 11enni dove vi è un aumento dello stato di salute percepito come discreto o scadente (dal 7.1% del 2002 al 12.1% del 2010) e in nessuna provincia per quello dei 13enni. Nell'ultimo gruppo (15enni), invece, aumenta il numero delle province dove i confronti temporali risultano statisticamente significativi: si tratta di tutte le province ad eccezione di Belluno e di Rovigo. L'andamento generale è quello di un miglioramento del proprio stato di salute, soprattutto nella provincia di Verona che presenta la differenza più ampia tra le province (dal 19.0% del 2002 al 10.6% del 2010, 8.4 punti percentuali di distacco tra la prima e l'ultima rilevazione). La simbologia a fianco di ogni provincia mostra il grado di significatività ottenuta nei confronti. Ciò vale anche per i simboli presenti nei grafici 5.1 e 5.2 delle "Variazioni temporali di questo capitolo.

confronti temporali sulla tematica percezione del proprio stato di salute

Le Aziende ULSS

Nei paragrafi precedenti è stato mostrato come a livello regionale la percezione del proprio stato di salute risultasse in percentuale omogenea in tutti e tre i gruppi di età del campione, attestandosi su una media dell'11.5%.

Di contro, a livello di Aziende Ulss, talvolta, è possibile imbattersi in andamenti diversi da quello appena delineato ed avere Ulss che superano in alcuni strati di età la media regionale anche di 8 punti percentuali. È il caso della Ulss 14, dove il 18.3% dei 13enni lamenta una salute discreta o scadente contro l'11.8% degli 11enni e il 4.8% dei 15enni. Similmente, nelle Ulss 1 e 20 i 13enni superano la media regionale, differenziandosi anche rispetto altri due gruppi di età. La Tabella 5.5 è in grado di mostrare queste differenze. Lo stesso vale per le Ulss 4 e 9 dove, in questo caso, sono i 15enni ad avere le percentuali più elevate, sia rispetto alla Regione che agli altri strati di età degli 11 e dei 13enni.

differenze tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni di ogni Ulss sulla percezione del proprio stato di salute e sulla sintomatologia

Anche per quanto riguarda la tematica della sintomatologia, alcune Ulss si comportano in maniera diversa rispetto all'andamento di omogeneità descritto per la Regione (tab. 5.6) per la quale si evidenziava una media del 46% per tutti e tre gli strati di età. A significare che a livello regionale sia gli 11 che i 13 e i 15enni soffrono di due o più disturbi di salute percepiti in percentuale simile tra loro.

differenze
tra le Ulss

A livello di Aziende locali accade, invece, che per la Ulss 21 è presente una differenza percentuale (statisticamente significativa) più alta nello strato dei 13enni (54.8%) rispetto allo strato degli 11 (43.3%) e dei 15enni (53.7%), mentre nelle Ulss 2, 5 e 9 il gruppo di età che lamenta di soffrire di due o più disturbi di salute in percentuale maggiore è quello dei 15enni rispetto al gruppo dei 13 e degli 11enni (tab. 5.6).

differenze tra
le Ulss nella
percezione
dello stato di
salute e della
sintomatologia
dei ragazzi di
11, 13 e di
15 anni

Ritornando alla tematica sulla percezione del proprio stato di salute (tab. 5.5), una ulteriore descrizione di come si differenziano le percentuali delle Ulss tra loro all'interno dei singoli strati di età va riferita allo strato dei 13 e dei 15enni, dove in questi due gruppi di età i confronti percentuali tra le 21 Aziende Ulss dimostrano delle distribuzioni fluttuanti e diversificate (sotto l'aspetto della si presenta come l'Azienda con la frequenza più alta di tutte le altre di ragazzi che dichiarano di percepirsi con una salute discreta o scadente, mentre nel gruppo dei 15enni è la Ulss 12 (16.9%) ad avere la prevalenza maggiore.

Relativamente, invece, alla tematica della sintomatologia, è nel gruppo degli 11 e dei 15enni, che le distribuzioni delle Ulss si differenziano tra loro in maniera statisticamente significativa: nel gruppo degli 11enni la Ulss 15 (58.6%) evidenzia la prevalenza di sintomatologia più alta rispetto alle altre Ulss, mentre in quello dei 15enni vanno evidenziate le prevalenze delle Ulss 5 (59.7%) e 9 (59.6%), come mostra la Tabella 5.6.

Per la descrizione delle modificazioni temporali a livello di Aziende Ulss, la figura 5.1 mostra le variazioni avvenute nel corso delle tre indagini HBSC 2002, 2006 e 2010 su tutto il territorio veneto relativamente al fenomeno della percezione della propria salute dichiarata discreta o scadente.

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

SALUTE DISCRETA O SCADENTE																
TI ANNI	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
maschi	11.0	1.7	8.9	5.4	13.6	5.3	10.5	2.9	8.0	3.3	11.6	4.6	7.4	6.2	12.1	3.4
femmine	11.7	2.0	10.0	9.3	10.7	4.6	8.4	4.4	12.8	3.8	17.5	5.6	16.1	10.6	8.6	3.6
Totale	11.3	1.4	9.4	4.6	12.1	4.2	9.5	2.4	10.3	2.5	14.5	3.8	11.3	7.0	10.5	1.8
13 ANNI																
Maschi	8.3	1.4	6.3	7.2	10.8	3.4	5.9	2.7	7.3	3.2	9.7	4.0	5.4	5.1	8.5	2.8
Femmine	15.3	2.1	15.6	6.2	17.6	4.0	10.9	3.3	15.5	5.6	16.4	4.9	13.5	8.0	16.5	5.8
Totale	11.8	1.3	10.8	4.0	14.0	3.0	8.5	1.9	11.2	3.8	13.0	2.9	9.7	3.9	12.5	2.9
15 ANNI																
Maschi	8.3	1.8	8.4	4.1	8.4	3.7	12.9	5.5	7.9	3.5	4.9	3.2	7.8	6.7	8.2	3.9
Femmine	14.7	1.9	8.4	8.3	14.4	3.3	13.0	3.0	16.1	5.4	16.7	5.6	21.3	6.1	13.9	4.9
Totale	11.5	1.4	8.4	4.0	12.0	2.6	13.0	2.8	11.8	3.7	10.3	4.0	14.8	5.6	10.6	3.2

Tabella 5.2 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

REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
		%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
DUE O PIÙ DISTURBI DI SALUTE																
11 ANNI																
maschi	41.0	3.0	39.0	7.4	47.0	7.9	40.1	5.6	35.8	6.1	45.5	6.7	44.5	9.4	36.2	7.3
femmine	47.9	3.0	39.5	10.7	43.7	7.5	49.4	6.3	47.2	6.7	58.5	4.3	50.9	9.5	42.6	7.8
totale	44.4	2.0	39.2	6.9	45.3	5.0	44.4	3.8	41.1	3.8	51.9	3.9	47.4	7.4	39.3	5.1
13 ANNI																
maschi	37.3	2.6	29.2	10.6	38.6	5.4	34.0	5.9	40.3	7.2	40.8	6.0	27.8	7.0	36.9	5.6
femmine	55.6	2.9	60.0	4.0	56.4	7.6	52.0	5.4	53.2	6.2	56.6	6.4	59.6	10.1	57.2	8.2
totale	46.4	2.1	44.2	6.1	47.0	4.6	43.5	4.2	46.4	4.4	48.7	5.3	43.9	7.9	47.3	5.6
15 ANNI																
maschi	33.4	3.4	26.8	9.1	30.8	8.0	36.9	9.3	33.7	10.7	35.4	5.8	36.6	12.4	31.7	6.8
femmine	60.9	3.6	57.1	17.5	55.9	6.6	65.5	6.7	59.7	9.0	67.6	8.7	61.5	10.0	57.1	10.9
totale	47.4	3.3	40.2	10.8	45.9	6.7	53.9	8.1	46.2	8.1	50.2	7.4	49.7	10.3	42.3	7.6

Tabella 5.3 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	24.1	2.2	32.6	2.6	28.2	1.9	19.9	2.1	35.4	2.5	27.6	1.6	14.8	2.3	41.1	3.0	28.1	2.6
Mal di stomaco	14.1	1.7	19.5	2.3	16.7	1.4	7.7	1.2	17.9	2.0	12.7	1.2	8.8	1.8	17.5	2.3	13.2	1.7
Mal di schiena	12.0	1.8	14.5	1.9	13.2	1.2	12.1	1.8	18.2	2.1	15.1	1.3	15.1	2.4	20.5	2.4	17.8	1.7
Giù di morale	26.2	2.5	30.5	2.7	28.3	1.8	24.6	2.3	41.2	2.7	32.8	2.0	22.5	2.5	47.2	3.4	35.0	2.8
Irritabile	22.8	2.5	23.3	2.6	23.0	1.7	22.9	2.5	31.8	2.5	27.3	1.8	22.6	2.5	40.2	3.0	31.5	2.3
Nervoso	28.3	2.6	27.9	2.5	28.1	1.8	27.6	2.4	37.7	2.6	32.6	1.8	28.1	2.7	46.9	3.2	37.6	2.5
Difficoltà ad addormentarsi	22.5	2.6	23.6	2.4	23.0	1.6	17.0	2.1	20.8	2.5	18.9	1.7	12.1	1.8	22.6	2.8	17.4	1.9
Testa che gira	15.9	1.9	16.9	1.9	16.4	1.4	9.6	1.6	17.8	1.9	13.7	1.2	9.2	2.0	20.0	2.3	14.7	1.7

Tabella 5.4 Maschi e femmine di 15 anni che hanno assunto farmaci nell'ultimo mese per tipologia di sintomo – stima regionale

	15 anni					
	maschi		femmine		totale	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Farmaci per il mal di testa	39.0	3.3	54.2	3.0	46.7	2.6
Farmaci per il mal di stomaco	16.0	2.4	30.4	2.7	23.3	2.0
Farmaci per addormentarsi	3.4	1.2	5.0	1.3	4.2	1.0
Farmaci per nervosismo	4.1	1.3	5.6	1.4	4.8	1.0
Farmaci per altro sintomo non specificato	17.4	2.5	20.1	2.4	18.7	1.8

Tabella 5.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che definiscono la propria salute discreta o scadente a livello di Azienda ULSS

	SALUTE DISCRETA O SCADENTE					
	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	11.3	1.4	11.8	1.3	11.5	1.4
ULSS 1	11.8	6.8	13.2	5.6	5.7	0.6
ULSS 2	5.8	3.4	7.2	2.8	12.2	8.2
ULSS 3	11.6	4.8	10.6	3.6	10.9	5.6
ULSS 4	6.1	3.5	12.1	7.2	15.3	4.9
ULSS 5	10.1	5.3	16.4	6.9	12.4	4.4
ULSS 6	17.0	9.6	15.8	4.8	10.3	4.8
ULSS 7	8.3	4.6	8.8	4.9	12.7	4.2
ULSS 8	9.7	4.7	10.5	3.6	11.5	7.3
ULSS 9	10.0	3.3	7.1	2.0	14.1	3.1
ULSS 10	13.2	3.8	20.8	9.2	13.2	5.8
ULSS 12	10.9	2.9	8.8	3.6	16.9	7.7
ULSS 13	8.6	5.7	6.0	3.8	9.1	5.7
ULSS 14	11.8	8.8	18.3	7.8	4.8	3.1
ULSS 15	17.6	9.2	14.2	6.0	9.8	5.6
ULSS 16	14.0	4.7	10.9	3.6	8.4	6.0
ULSS 17	9.3	4.3	11.8	5.5	15.2	8.8
ULSS 18	8.3	6.9	8.4	3.7	13.9	7.1
ULSS 19	18.3	13.0	12.5	9.5	16.7	8.0
ULSS 20	9.7	2.6	14.8	3.0	8.5	3.6
ULSS 21	8.8	3.5	11.1	3.3	11.6	5.8
ULSS 22	12.4	2.9	9.8	6.1	13.5	6.5

Tabella 5.6 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

	DUE O PIÙ DISTURBI DI SALUTE					
	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	44.4	2.0	46.4	2.1	47.4	3.3
ULSS 1	43.8	9.6	42.2	5.9	32.6	9.5
ULSS 2	32.7	5.1	47.3	11.8	51.3	17.1
ULSS 3	44.7	8.5	39.2	7.8	44.4	12.0
ULSS 4	38.7	13.8	46.8	9.6	54.5	9.5
ULSS 5	39.9	10.4	48.0	4.2	59.7	9.9
ULSS 6	52.8	4.0	51.0	8.8	33.3	10.7
ULSS 7	42.1	5.8	41.6	6.2	55.2	11.4
ULSS 8	50.7	7.7	40.0	9.1	44.2	12.6
ULSS 9	41.4	4.6	46.7	5.3	59.6	13.1
ULSS 10	42.9	6.7	50.0	6.6	53.1	11.2
ULSS 12	41.4	7.5	45.5	9.0	47.5	18.4
ULSS 13	40.5	7.0	45.3	7.8	40.5	13.6
ULSS 14	40.8	4.5	47.0	6.5	43.5	15.4
ULSS 15	58.6	6.3	51.7	9.7	51.2	11.2
ULSS 16	50.0	5.8	49.1	8.7	48.3	12.9
ULSS 17	48.2	6.9	42.6	10.5	52.7	10.0
ULSS 18	48.1	8.2	44.9	9.1	45.8	11.7
ULSS 19	45.9	15.4	41.7	15.3	57.7	16.7
ULSS 20	34.5	7.7	47.0	8.8	40.2	12.0
ULSS 21	43.3	3.6	54.8	8.5	53.7	6.9
ULSS 22	45.0	5.3	44.2	8.7	40.3	11.4

Variazioni temporali

Autovalutazione della propria salute

In questa sezione vengono riportati i dati sulle variazioni temporali avvenute nel corso delle tre indagini HBSC effettuate. La Tabella 5.7 mostra i dati di tali modificazioni, riportando in ogni strato di età e per ogni provincia il grado di significatività statistica dei confronti espressa attraverso la simbologia e la sua rispettiva legenda. I grafici 5.1 e 5.2, insieme alla figura 5.1 aiutano a visualizzare meglio i cambiamenti temporali avvenuti.

Va evidenziata l'assenza del grafico rappresentativo del gruppo dei 13enni per la mancanza di significatività statistica dei confronti temporali delle tre indagini sia a livello di Regione che a livello di provincia.

Per la spiegazione dei dati della Tabella 5.7 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

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

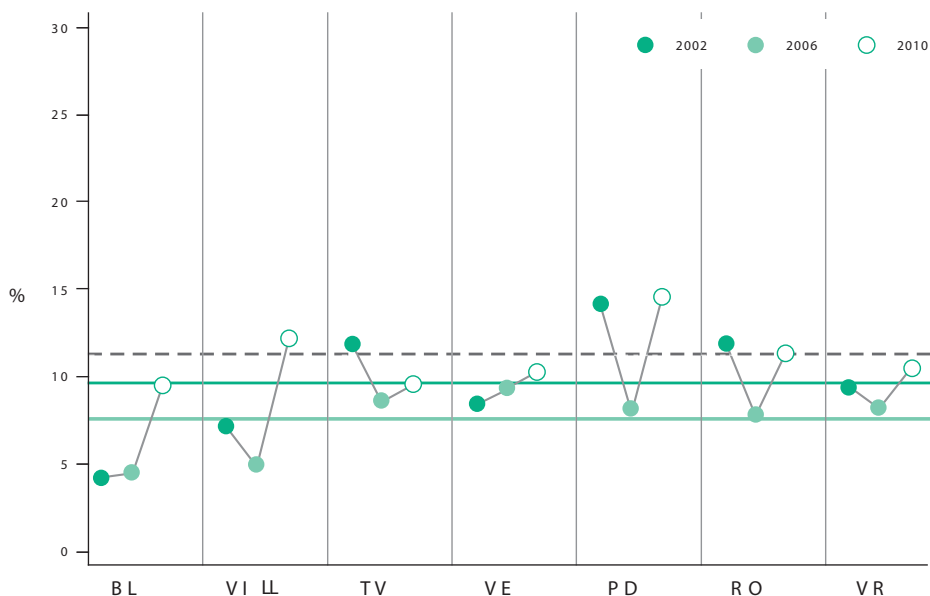
11 anni	2002						2006						2010						
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		
	%		%		%		%		%		%		%		%		%		
Regione	8.0#		11.6		9.7#		6.1#		9.2		7.6#		11.0#		11.7		11.3#		
Belluno	6.1	2.4LL	10.3	4.1	7.1LL	4.7	4.6#	4.1LL	5.3	4.4	5.0LL	8.9	10.0LL	10.7	12.1LL	9.4			
Vicenza	3.8#		9.9	14.0	11.8	5.4	12.3	9.4	8.5	9.3	8.0	10.5	8.4	9.5	10.3	14.5			
Treviso	4.4	12.3	11.0	17.5	14.1	6.7	9.5	8.1	7.8	7.4	11.6	16.1	11.3	11.3	10.5	14.5			
Venezia	11.0	13.5	10.3	13.5	11.8	3.3	13.2	10.1	8.2	12.1	8.6	10.5	11.3	10.5	11.3	14.5			
Padova	10.3	8.0	10.5	9.4	9.4	6.1	10.1	8.2	10.5	11.3	10.5	11.3	10.5	11.3	10.5	11.3			
Rovigo	10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		
Verona	10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		
Verona	10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		10.5		
13 anni																			
Regione	7.0	13.8	7.0	10.2	7.7	13.0LL	10.2LL	8.3	15.3LL	11.8LL									
Belluno	4.9	12.1	8.0	8.0	5.6	6.1	5.9	6.3	15.6	10.8									
Vicenza	6.3	13.2	9.6	9.6	7.8	15.7	11.5	10.8	17.6	14.0									
Treviso	8.3	13.7	11.3	11.3	8.6	13.5	10.7	5.9	10.9	8.5									
Venezia	5.9	15.5	10.1	10.1	6.9	15.8	11.2	7.3	15.5	11.2									
Padova	6.1	14.0	10.2	10.2	8.3	12.9	10.4	9.7	16.4	13.0									
Rovigo	8.1	14.4	10.6	10.6	1.9	8.8	5.6	5.4	13.5	9.7									
Verona	8.9	13.2	10.8	10.8	8.6	10.7	9.7	8.5	16.5	12.5									
15 anni																			
Regione	10.4#	24.0#	17.1#	7.4#	20.7#	14.4#	8.3#	14.7#	11.5#										
Belluno	9.2	13.9	11.0	5.3	15.7	10.0	8.4	8.4	8.4	8.4									
Vicenza	8.4	24.0#	17.3LL	6.6	20.0#	14.6LL	8.4	14.4#	12.0LL										
Treviso	12.5	22.8#	17.3LL	4.7#	19.0#	12.3LL	12.9#	13.0#	13.0LL										
Venezia	6.9	26.1#	16.5LL	8.4	20.8#	15.1LL	7.9	16.1#	11.8LL										
Padova	12.3#	23.8	17.5#	7.5#	23.2	17.9#	4.9#	16.7	10.3#										
Rovigo	7.9	22.6	16.4	14.6	18.5	16.3	7.8	21.3	14.8										
Verona	12.9	26.2#	19.0#	8.1	21.8#	13.2#	8.2	13.9#	10.6#										

* Differenza significativa per p < 0.10

LL Differenza significativa per p < 0.05

Differenza significativa per p < 0.01

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

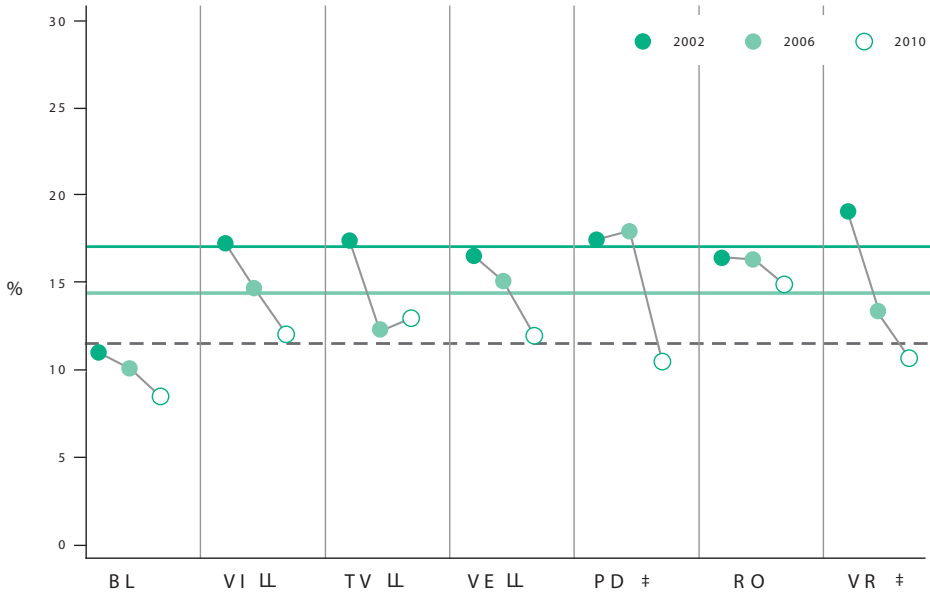
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che percepiscono la propria salute discreta o scadente. Indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che percepiscono la propria salute discreta o scadente. Indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che percepiscono la propria salute discreta o scadente. Indagine 2010, livello regionale.

Grafico 5.2 Variazioni temporali per ragazzi di 15 anni che percepiscono la propria salute discreta o scadente



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

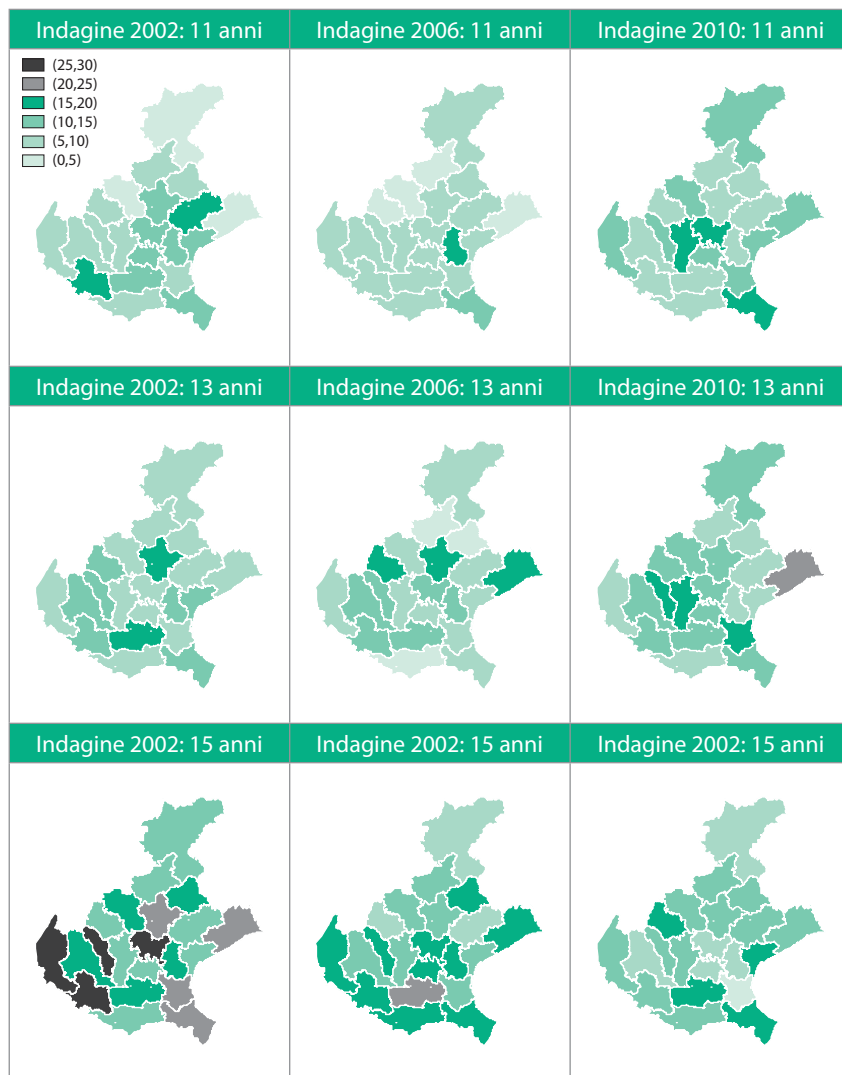
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che percepiscono la propria salute discreta o scadente. Indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che percepiscono la propria salute discreta o scadente. Indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che percepiscono la propria salute discreta o scadente. Indagine 2010, livello regionale.

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



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 (22). 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 (20) e, in assenza di una diagnosi precisa, fungono da indicatore di un basso livello di salute (22).

La cronicizzazione di questi disturbi, che spesso si manifestano anche in modo concomitante, ha effetti sia a breve termine che a lungo termine (23-29). 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 (30).

Le cause di questi disturbi non sono ancora chiare. Ci sono sempre maggiori evidenze che spiegano come lo stress giochi un ruolo importante (20). L'effetto cumulativo di piccoli eventi di stress giornalieri, l'esposizione cronica a situazioni di violenza (31), la vittimizzazione (32-35), 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 (34-36).

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.

Il secondo rapporto Supplementare alle Nazioni Unite sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia (37) raccomanda in particolare di garantire la presenza omogenea in tutto il territorio na-

zionale di un sistema integrato di servizi di Neuropsichiatria Infantile, in grado di operare in coerente sinergia con pediatri, pedagogisti clinici ed altre figure professionali riconosciute al fine di garantire un approccio il più possibile multidisciplinare al tema del disagio psichico. Di grande importanza risulta, inoltre, riorientare la formazione dei pediatri di famiglia e dei Medici di Medicina Generale nell'ambito della salute mentale e del disagio psicosociale.

Bibliografia

1. OTTAWA CHARTER, For Health Promotion. WHO, Geneva, 1986.
2. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Promoting children's social and emotional wellbeing, 2008. www.nice.org.uk.
3. DI CLEMENTE RJ, HANSEN WB, PONTON LE. Handbook of adolescent health risk behaviour. Plenum Press, New York. 1996
4. SHEDLER J, BLOCK J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychol.*, 1990, 45, 612-30.
5. ASHTON H. Cannabis or health? *Curr. Opin. Psychiatry*, 2002, 15, 247-253.
6. 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.
7. RAVENS-SIEBERE U, ET AL. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 2008 (doi: 10.1093/europub/ckn001, accessed 8 February 2008).
8. HETLAND J, TORSHEIM T, AARO LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(3):223-230.
9. NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. Identification and management in primary, community and secondary care. The British Psychological Society, 2005, London.
10. MARTIN T, KIRKCALDY B, SIEFEN G. Antecedents of adult wellbeing: adolescent religiosity and health. *Journal of Managerial Psychology*, 2003, 18, 5, 453-470.
11. 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.
12. MELAND E, HAUGLAND S, BREIDABLIK HJ. Body image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res.*, 2006. Epub ahead of print.
13. CHEN E, MARTIN AD, MATTHEWS KA. Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Social Science & Medicine*, 2006, 62, 2161-2170.
14. HEMPHILL SA, TOUMBOUROU JW, SMITH R, KENDALL GE, ROWLAND B, FREIBERG K, WILLIAM JW. Are rates of school suspension higher in socially disadvantaged neighbourhoods? An Australian study. *Health Promot J Austr.*, 2010, 21(1): 12-8.
15. JORONEN K, ÅSTEDT-KURKI P. Familial contribution to adolescent subjective wellbeing International. *Journal of Nursing Practice*, 2005, 11, 3, 125-133.
16. 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.
17. MAGNUSON K, BERGER LM. Family structure States and Transitions: Associations with Children's Wellbeing During Middle Childhood. *J Marriage Fam.*, 2009, 1, 71(3):575-591.
18. SAWYER MG, GUIDOLIN M, SCHULZ KL, MCGINNES B, ZUBRICK SR, BAGHURST PA. The mental health and wellbeing of adolescents on remand in Australia. *Aust NZ J Psychiatry*, 2010, 44(6):551-9.

19. URSIN H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioural Medicine*, 1997, 4, 2, 105-116.
20. 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.
21. VIENO A, SANTINELLO M, LENZI M, BALDASSARI, D & MIRANDOLA M. Health Status in Immigrants and Native Early Adolescents in Italy. *Journal of Community Health*, 2009, 34, 181-187.
22. SANTINELLO M, VIENO A, CAVALLO F. Lo stato di salute dei preadolescenti italiani. *Epidemiologia e Prevenzione*, 2005, 29, 101-105.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. MANNIX LK, DIAMOND M, LODER E. Women and headache: a treatment approach based on life stages. *Cleve Clin J Med*, 2002, 69, 488-500.
28. WEYDERT JA, BALL TM, DAVIS MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. *Pediatrics*, [serial online], 2003, 111:e1.
29. HOWARD RF. Current status of pain management in children. *JAMA*, 2003, 290, 2464-2469.
30. AARO H, PARONEM O, ARO S. Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry*, 1987, 22, 171-176.
31. MARTINEZ P, & RICHTERS JE. The NIMH community violence project II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 1993, 56, 55-65.
32. KARIN-NATVIG G, ALBREKTSEN G, QVARNSTROM U. Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of Health Psychology*, 2001, 6, 365-377.
33. RIGBY K. Peer victimisation at school and the health of secondary school students. *British Journal of Educational Psychology*, 1999, 69, 95-104.
34. DEW T, HUEBNER ES. Adolescents'perceived quality of life: An exploratory investigation. *Journal of School Psychology*, 1994, 32, 185-199.
35. 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.
36. GREENSPOON PJ, SAKLOFSKE DH. Confirmatory factor analysis of the multidimensional students'life satisfaction scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1998, 25, 965-971.
37. www.gruppocrc.net

Summary

Health and psycho-physical wellbeing

Introduction

Health is an important resource and the health of young people in particular can be considered a good indicator of the wellbeing of society as a whole.

Adolescence is a period characterised by numerous changes, both physical and psychological; it is a very important phase for determining the current and future state of health of the individual and more often than not, it is mistakenly considered to be a healthy period due to the absence of chronic or serious pathologies.

Studies in literature highlight how adolescents are subject to small ailments and disturbances which, on the whole, influence the quality of life. It is widely thought that the lack of wellbeing among young people produces effects both in the short-term and in the long run, with repercussions on future society. The perception of health is an important element in the description of the state of health of young people. The concept of health is forged during childhood and adolescence. The estimation of one's state of health is the result of the interaction between different aspects such as the style and conditions of life and the state of health.

Results

At the regional level:

- *the percentage of young people who consider their level of health to be discrete or poor vary only according to sex but not to age, which remains homogeneous in the three age strata with an average of 11.5%.*
- *the poorest state of health can be found to a great extent among girls of 13 and 15-years old, whereas in 11 years old strata percentages do not differ between genders.*
- *similarly, the percentage of young people who report suffering from two or more health disturbances more than once a week vary only according to sex and is higher among girls; the estimations for girls increase as the stratum goes up: 11 (47.9%) – 13 (55.6%) – 15 (60.9%), whereas the estimations for boys decline: 11 (41.0%) – 13 (37.3%) – 15 (33.4%).*
- *disturbances mainly lamented by 15-year olds (females in particular) as opposed to the remaining two age strata include irritability, nerviness and being in low spirits. In addition, females, at a higher percentage than males, resort to medicines for soothing suffered disturbances.*

Comments

When young people are asked to talk about the worries they have about their health, generally many of them refer to somatic and psychological disturbances. In general, health disturbances tend to manifest themselves simultaneously, and can be seen to be a syndrome in which the individual suffers from two or more disturbances at the same time. Psychosomatic disturbances tend to reduce the per-

ception of one's state of health. Health perception and disturbances influence the perceived quality of life. The causes of such disturbances are still unclear. There is increasing evidence to explain how stress plays an important role. The cumulative effect of small, daily stressful events, the chronic exposure to violent situations, victimization, cultural aspects, lifestyles and habits and other factors seem to have a role in determining the insurgence of psychosomatic disturbances.

Capitolo 6 Consumo di tabacco¹

Eva Baldassari, Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Federica Michieletto
Direzione Prevenzione – Regione del Veneto

Introduzione

In letteratura il tabacco è menzionato fra le sostanze psicoattive. Sono definite psicoattive tutte quelle sostanze, naturali o di sintesi, capaci di incidere sul sistema nervoso, alterandone l'assetto biochimico e di provocare, quindi, modificazioni nell'umore, nella percezione, nell'attività mentale e nel comportamento di una persona. Oltre al tabacco, trattato in questo capitolo, tra di esse troviamo anche l'alcol (Cap. 7) e le sostanze illecite come cannabis (Cap. 8) e marijuana. Queste tre tipologie di sostanze vengono consumate per la prima volta da molte persone nel corso dell'adolescenza. Il tabacco, l'alcol e le sostanze come la marijuana, pur essendo tutte sostanze psicoattive, hanno effetti diversi sul sistema nervoso centrale e godono di una diversa considerazione sociale in virtù delle valenze che rivestono. Dal punto di vista degli effetti sul sistema centrale, il tabacco ha un effetto eccitante e stimolante, l'alcol ha un effetto depressivo (1) e la marijuana ha effetti sedativi, euforizzanti e psichedelici (2). La diversa considerazione sociale delle differenti sostanze psicoattive contribuisce a far sì che la loro assunzione rappresenti per gli adolescenti significati diversi: per esempio, il consumo di tabacco o di alcol, essendo socialmente accettato e consentito dalla legge, rappresenta per gli adolescenti un simbolo dell'essere adulti, anche se solo esteriore, mentre l'illegalità della marijuana porta ad associarne il consumo a significati di trasgressione e ribellione nei confronti del mondo adulto. Il consumo di tabacco, per la sua grande diffusione fra gli adolescenti e gli adulti, è il comportamento a rischio percepito come meno grave di tutti: non è associato, infatti, a comportamenti devianti, sembra non comportare danni immediati, come accade nel caso di guida pericolosa o abuso di alcol, ed è socialmente ben tollerato. Tuttavia, è stato ampiamente dimostrato che il consumo di ta-

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenzo Gios, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

bacco è un comportamento nocivo per la salute con effetti a breve e a lungo termine. Da una parte la nicotina, al pari di altre sostanze psicoattive, agisce sul sistema nervoso centrale e sui centri della ricompensa, dall'altra il fumo è altamente correlato a malattie cardiovascolari e polmonari ed aumenta il rischio di sviluppare certi tipi di cancro (1).

Il consumo di tabacco è annoverato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità tra le cause principali di morbidità e mortalità nei paesi industrializzati, tanto da essere definito "epidemia". Nel XX secolo l'epidemia da tabacco ha ucciso 100 milioni di persone in tutto il mondo. Nel corso del XXI secolo, tale epidemia potrebbe ucciderne un bilione. Inoltre, nel mondo un terzo della popolazione adulta è esposta al fumo passivo e tale esposizione uccide 600.000 persone ogni anno (3, 4).

Secondo i dati nazionali dell'indagine multiscopo ISTAT relativa al 2008, il 22.2% della popolazione con più di 14 anni dichiara di fumare sigarette, sigari o pipa.

La quota dei fumatori è più alta fra gli uomini (28.6%) rispetto alle donne (16.3%), ma nei confronti relativi al 2007 si registra una sostanziale stabilità del fenomeno, sia per i maschi che per le femmine. Guardando alla fascia d'età compresa tra i 14 e 17 anni, secondo i dati ISTAT 2008, complessivamente i fumatori maschi e femmine sono il 7.5% (maschi 9,9% vs femmine 5.0%) (5).

Secondo il Rapporto DOXA per il 2010 elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che complessivamente registra una tendenza in diminuzione, i giovani fumatori di età compresa tra i 15 e i 24 anni rappresentano il 21.9%. Proprio in quest'ultima fascia d'età l'indagine ha rilevato che il 34.5% inizia a fumare prima dei 15 anni e il 50.8% tra i 15 e i 17 anni: complessivamente, l'85.3% dei ragazzi inizia a fumare prima del 18° anno di età, quando frequentano la scuola. Secondo i dati il 73.4% dei giovani fumatori inizia sotto l'influenza degli amici (6).

Da uno studio di trend (2002–2008) condotto negli Stati Uniti da un'agenzia del governo federale sulla popolazione adolescente compresa tra i 12 e 17 anni emergono dati che confermano studi precedenti e contemporanei: la prevalenza di consumo di sigarette (riferito all'ultimo mese) è in diminuzione a partire dal 2002 in entrambi i sessi in modo quasi uniforme; il consumo di altri prodotti a base di tabacco, come i sigari, il tabacco masticato (smokeless tabacco) e il tabacco per pipa, resta invece stabile, così come stabile rimane la percentuale di fumatori "recenti" (7).

Da uno studio su un campione di adolescenti che dichiaravano di fare uso di droghe è emerso che la gran parte di loro erano in precedenza fumatori di sigarette (8). Inoltre, i risultati di una campagna federale per la lotta al fumo tra gli adolescenti (9) hanno messo in luce che il rischio di dipendenza da tabacco si sviluppa in tempi molto brevi, anche solo dopo poche settimane o giorni dal primo approccio con questa sostanza.

Questi dati ed evidenze sottolineano l'importanza e l'urgenza di arginare e ritardare il più possibile con misure preventive la diffusione di questo comportamento a rischio tra gli adolescenti, poiché è stato dimostrato che

posporre l'età della prima sigaretta riduce il rischio che si diventi poi fumatori regolari e aumenta la probabilità di successo dei tentativi di smettere (8, 9). Considerando il fatto che la precocità d'inizio si lega ad una minore possibilità di abbandono di tale comportamento, rischiando di diventare una vera e propria dipendenza, essa è risultata essere il maggiore predittore di problemi, sia a livello fisico che psicosociale (10), assumendo un'estrema rilevanza per chi si occupa di salute. La precocità d'inizio all'uso di sostanze, infatti, ha come effetti a breve termine più importanti quelli di associarsi alla riduzione della performance scolastica, di promuovere l'uso di più sostanze contemporaneamente e la messa in atto di altri comportamenti a rischio (non utilizzo del preservativo, comportamenti violenti, tentativi di suicidio) (11-14).

Per questo motivo, sono sempre più numerose le strategie preventive messe in atto dalle agenzie di salute pubblica ed in particolare di promozione della salute nello sforzo di ridurre il numero di fumatori ed il consumo di tabacco e di altre sostanze, specie tra i giovani (4, 8).

Di fondamentale importanza per queste strategie preventive è la possibilità di individuare i fattori ambientali e genetici che maggiormente si associano a tale comportamento a rischio. Per esempio, alcuni studi sui gemelli dimostrano che i fattori ambientali hanno un considerevole impatto sulla scelta di iniziare a fumare, mentre i fattori genetici hanno maggiore peso nella successiva scelta di passare ad un consumo più elevato (15). Altri studi, però, hanno riscontrato evidenze contrastanti. Per esempio, uno studio recente condotto negli Stati Uniti su coppie di gemelli ha indagato l'influsso di fattori sociali ed istituzionali a livello della scuola e dell'ambiente scolastico sulla scelta di iniziare a fumare e sulla quantità giornaliera di sigarette, indicando, da una parte, l'influenza genetica sull'esordio di questo comportamento a rischio e, dall'altra, l'influenza del livello scuola sulla quantità di sigarette fumate (16).

Tra i fattori ambientali che sono risultati correlati al rischio di iniziare a fumare in adolescenza, in particolar modo, sembrano essere importanti: avere genitori fumatori o comunque persone che fumano nel proprio ambiente familiare (17-20, 8); la pressione dei pari o avere un amico intimo fumatore (20, 18); la percezione del fumo come strada verso la ribellione e l'indipendenza; l'influenza della pubblicità specificatamente rivolta ai giovani (18, 7); il basso rendimento scolastico (20, 18); lo scarso coinvolgimento in altre attività ricreative (sportive, religiose) e, infine, il vivere in una comunità violenta (20). Inoltre sono da menzionare: l'indipendenza economica (21), i disturbi psichici come la sindrome da deficit d'attenzione (ADHD) e i sintomi depressivi (22, 8), l'abuso e le violenze subite da piccoli (23).

Tra i maggiori fattori protettivi sono stati individuati gli 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 e di monitorare efficacemente i loro comportamenti (20, 24). A tal proposito, i Centers for Disease Control and Prevention hanno individuato delle strategie per rafforzare i fattori protettivi tra gli adolescenti incentrate sul concetto di *School Connectedness*, la percezione da parte degli adolescenti di un legame forte con la scuola radicato

nella convinzione che all'interno dell'ambiente scolastico i loro coetanei e gli adulti si interessano al loro apprendimento e a loro come persone (25).

Oltre a ciò, è interessante sottolineare come le percezioni e gli atteggiamenti degli adolescenti siano determinanti nella decisione di esporsi ai rischi legati al consumo di questa sostanza.

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 (26). Uno studio più recente ha messo in luce come, ad esempio, la forte percezione dei rischi provocati dal fumo passivo influisca sulla scelta da parte dei giovani di non fumare (27).

Inoltre, uno studio condotto in Svezia tra adolescenti di 13, 15 e 17 anni ha indagato la percezione e le aspettative degli adolescenti rispetto all'atteggiamento e alla condotta dei genitori nei confronti del consumo di tabacco da parte dei figli, mettendo in risalto il forte ruolo preventivo che i giovani attribuiscono ai genitori e l'importanza che i giovani danno alle misure preventive non punitive (28).

Il fumo di tabacco non è solo prerogativa dei maschi e quello che un tempo appariva un consumo prevalentemente maschile, sta ora diventando equamente diffuso anche tra le ragazze e le donne: per esempio in Italia, i dati dell'ISS per il 2010 mostrano come il divario tra maschi e femmine si sia drasticamente ridotto (5,9 milioni di uomini e 5,2 milioni di donne) (6). Alcuni studi, addirittura hanno evidenziato un sorpasso delle adolescenti rispetto ai maschi loro coetanei (29).

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 (30, 31-40)). 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 (41, 42). Le femmine, invece, sono maggiormente condizionate dalla pressione sociale e sembrano più suscettibili alle influenze sociali da parte di genitori e amici (41-45): il vantaggio del fumo è per loro ben chiaro e riguarda la facilitazione delle relazioni sociali. Infine, alcuni studi hanno approfondito le differenze di genere rispetto alla capacità di smettere di fumare, mettendo in risalto la necessità di intensificare le misure preventive nei confronti degli adolescenti maschi rispetto alle femmine (46, 47).

Metodi

Domanda standard: *Qualche volta hai fumato tabacco? (almeno una sigaretta, sigaro o pipa)?*

Domanda standard: *E attualmente quanto spesso fumi?*

Considerazione della modalità: *Tutti i giorni per l'indagine sul "consumo quotidiano"*

Domanda opzionale: *Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?*

Accorpamento delle modalità: *6-10 sigarette al giorno, 11-20 sigarette al giorno, Più di 20 sigarette al giorno per l'indagine sul consumo di "6 o più sigarette al giorno"*

Risultati e commenti

Aver provato a fumare, consumo quotidiano di tabacco

Livello regionale

Dalla Tabella 6.1 emerge come la sperimentazione al fumo dei 15enni (55.8%) sia più del doppio di quella dei 13enni (24.9%) e si manifesti con una grande differenza (statisticamente significativa nei tre strati) rispetto a quella che, invece, viene dichiarata dagli 11enni (5.6%).

Tuttavia, per il campione dei 15enni non appaiono differenze di genere statisticamente significative, mentre queste sono presenti nei primi due strati di età (11 e 13enni), dove i valori più alti di consumo di tabacco si riscontrano nei maschi sia di 11 che di 13 anni rispetto alle femmine loro coetanee.

Nell'indagine sul consumo di tabacco quotidiano, esso appare quasi assente nel campione degli 11 (0.6%) e dei 13enni (2.6%), ma è ben presente in quello dei 15enni (16.0%), rimanendo omogeneo tra i maschi e le femmine di tutti e tre gli strati di età (tab. 6.2).

Rispetto al numero di sigarette fumate ogni giorno (tab. 6.3), lo 0.4% del campione totale degli 11enni fuma 6 o più sigarette quotidianamente, a differenza del 2.2% del campione dei 13enni e del 9.1% di quello dei 15enni. Non sono presenti differenze statisticamente significative tra maschi e femmine sia di 11 che di 13 e di 15 anni.

Ad una visione più articolata nel tempo, partendo dalla sperimentazione al fumo, si vede dalla Tabella 6.7 come la stessa sia diminuita in tutti e tre gli strati del campione nel corso delle tre indagini HBSC del 2002, 2006, 2010.

La diminuzione più importante è avvenuta nel gruppo dei 13 e dei 15enni, con un calo nel 2010 rispettivamente di 12 e di quasi 8 punti percentuali rispetto all'indagine del 2002. I confronti temporali a livello regionale sulla condizione di aver sperimentato almeno una volta nella vita il fumo di sigaretta sono risultati statisticamente significativi in tutti e tre gli strati. Tuttavia, relativamente al consumo quotidiano di tabacco, la significatività statistica dei confronti tra le tre annualità (2002, 2006, 2010) è risultata solo nello strato dei 15enni, manifestando, anche in questo caso, un calo nel 2010 di quasi 4 punti percentuali rispetto alla prima rilevazione HBSC del 2002 (tab. 6.8). Ciò spiega la presenza di un unico grafico (per i 15enni, graf. 6.4) nella sezione

aver provato
a fumare
qualche volta
nella vita

consumo
quotidiano di
tabacco

6 o più
sigarette al
giorno

confronti tem-
porali sulla
sperimenta-
zione al fumo
e sul consumo
quotidiano di
tabacco

“Variazioni temporali” su questo fenomeno, mentre per la sperimentazione al fumo, la visualizzazione grafica risulta completa per tutti e tre i gruppi di età.

Livello provinciale

Le distribuzioni percentuali delle province venete per la tematica della sperimentazione al fumo assumono un andamento omogeneo negli strati del campione totale degli 11 e dei 15enni e uno altalenante, con significatività statistica in quello dei 13enni (tab. 6.1). Ciò significa che in quest’ultimo gruppo di età alcune province come Venezia, Rovigo e Vicenza, avendo una prevalenza prossima al 30% si allontanano dalla stima regionale (24.9%). Inoltre, a livello di confronti di genere nelle province di Belluno, Vicenza e Verona sono presenti differenze che mostrano una sperimentazione maggiore nei maschi 13enni rispetto alle femmine loro coetanee e, invece, una sperimentazione indifferenziata tra i sessi delle restanti province.

Estendendo i confronti di genere al gruppo degli 11enni, troviamo differenze tra i sessi nelle province di Belluno, Vicenza, Treviso, Padova e Rovigo, mentre nei 15enni la sperimentazione al fumo si differenzia solo a Belluno, facendo emergere sia negli 11 che nei 15enni prevalenze più alte nei maschi.

Rispetto al consumo quotidiano di tabacco (tab. 6.2), si assiste ad una omogeneità delle prevalenze tra le province negli strati del campione di 13 e di 15 anni sia a livello di campione totale sia nelle analisi delle differenze di genere, con stime che si allineano alle medie regionali. Negli 11enni, invece, la distribuzione delle prevalenze si diversifica tra le province, mettendo in risalto un’assenza di soggetti con l’abitudine quotidiana al fumo nelle province di Venezia e Rovigo e la presenza, invece, nella provincia di Belluno del maggior numero di fumatori quotidiani (2.1%) rispetto alle altre realtà venete e rispetto alla stima regionale (0.6%).

Relativamente alla quantità di sigarette assunte ogni giorno, i confronti statisticamente significativi per i quali è possibile notare differenze tra province sono presenti nei 13enni solo a livello di campione totale (tab. 6.3), dove il consumo più alto si trova nella provincia di Rovigo (4.8%), senza, però, differenziarsi tra i maschi e le femmine. Nei restanti gruppi degli 11 e dei 15enni, le distribuzioni percentuali risultano omogenee tra le province ed in linea alle frequenze regionali che sono dello 0.4% per gli 11enni e del 9.1% per i 15enni.

I confronti temporali tra le tre indagini sui fenomeni finora indagati sono riassunti nelle Tabelle 6.7 e 6.8. Il lettore potrà facilmente individuare, attraverso la simbologia posta a fianco di ogni percentuale, le province che sono risultate statisticamente significative e valutare, ad esempio, come, partendo dalla Tabella 6.7, nel gruppo degli 11enni l’unica provincia risultata statisticamente significativa sia la provincia di Venezia con un calo tra la prima e l’ultima rilevazione di 1 punto percentuale.

Nel gruppo dei 13enni, invece, quasi tutte le province sono risultate statisticamente significative, ad eccezione di Belluno, Venezia e Rovigo. Come si può notare, le diminuzioni nel tempo sono percentualmente più elevate rispetto a quelle del primo gruppo di età. In particolare, la provincia che nello

aver provato a fumare qualche volta nella vita

consumo quotidiano di tabacco

6 o più sigarette al giorno

confronti temporali sulla sperimentazione al fumo e sul consumo quotidiano di tabacco

strato dei 13enni ha avuto la diminuzione maggiore è quella di Padova, con una differenza di 18 punti percentuali tra il 2002 e il 2010. Infine, nello strato dei 15enni, le province di Belluno, Treviso e Venezia non hanno riportato alcuna significatività statistica nei confronti temporali, mentre tra le restanti, Verona è quella in cui va evidenziato il calo più ampio (quasi 13 punti percentuali rispetto agli 11 delle altre province).

Per la tematica sul consumo quotidiano di tabacco, la Tabella 6.8 risulta interessante dal punto di vista della significatività statistica dei confronti temporali solo per il gruppo dei 15enni, dove, a presentare il calo maggiore rispetto all'indagine del 2002 è la provincia di Rovigo che dal 31.1% è scesa nel 2010 al 18.4% (quasi 13 punti percentuali in meno).

Fungono da supporto alle Tabelle 6.7 e 6.8 i grafici 6.1, 6.2, 6.3, 6.4 e le figure 6.1 e 6.2 presenti nella sezione "Variazioni temporali" che offrono una visione più estesa della diminuzione avvenuta su tutto il territorio veneto nel corso delle tre rilevazioni HBSC..

Le Aziende ULSS

Per la sperimentazione al fumo, i confronti percentuali tra Ulss (tab. 6.4) risultati statisticamente significativi sono quelli nei gruppi di età degli 11 e dei 13enni, mentre nel gruppo dei 15enni la distribuzione delle prevalenze tra le Ulss si presenta omogenea, senza far emergere fenomeni di sperimentazione al fumo minori o maggiori in una realtà locale piuttosto che in un'altra, ed in linea con la stima regionale (55.8%).

aver provato
a fumare
qualche volta
nella vita

Per contro, nel gruppo degli 11enni, la Ulss con la prevalenza più alta di giovani che hanno provato a fumare è la Ulss 3 (11.0%), seguita dalla Ulss 17 (10.7%), mentre nel gruppo dei 13enni, la stima maggiore si trova nella Ulss 10 con il 32.0% (tab. 6.4).

Per la tematica sul consumo quotidiano di tabacco (tab. 6.5), i risultati dei confronti tra Ulss hanno evidenziato distribuzioni altalenanti e diversificate nei primi due gruppi di età ed una omogenea in quello dei 15enni. Nello specifico, tra gli 11enni si assiste ad una mancanza di dati nelle Ulss 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21 e 22, mentre nelle sette Ulss restanti, dove il fenomeno è presente, l'Azienda con la stima più alta è la Ulss 1 di Bassano con una prevalenza del 3.5%, allontanandosi dalla media regionale (0.6%) di quasi 3 punti percentuali. Nel gruppo dei 13enni, invece, il dato manca nella Ulss 9 di Treviso e la prevalenza più alta si trova nella Ulss 6 di Vicenza (5.2%) aumentando esattamente del doppio la stima regionale (2.6%).

consumo
quotidiano di
tabacco

A causa della scarsità dei dati, non è stato possibile fornire a livello di Aziende Ulss le stime sul numero di sigarette fumate ogni giorno.

Nella sezione "Variazioni temporali" le figure 6.1 e 6.2 offrono un orientamento globale, su tutto il territorio veneto, di come si è modificata nel tempo sia la sperimentazione al fumo sia l'abitudine quotidiana al tabacco con una estensione della mappatura fino al livello locale.

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

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
maschi	7.8	1.7	13.4	12.1	8.1	3.7	8.1	3.6	4.0	2.8	8.1	3.5	10.6	6.4	8.6	5.1	
femmine	3.1	1.0	2.1	2.6	3.6	2.8	4.0	2.7	2.0	2.0	2.5	2.2	2.8	3.3	3.8	2.3	
totale	5.6	1.1	7.6	7.0	5.8	2.7	6.2	2.7	3.1	1.7	5.4	2.0	7.1	4.7	6.3	2.9	
13 ANNI																	
maschi	28.0	3.0	27.9	13.0	33.5	5.7	25.9	5.4	33.0	7.9	24.5	5.9	26.1	8.3	23.6	8.8	
femmine	21.7	2.7	22.8	9.9	22.4	7.1	17.1	5.7	27.1	6.8	19.2	5.4	33.6	11.9	21.1	6.5	
totale	24.9	2.2	25.4	10.3	28.3	4.7	21.3	4.1	30.2	5.7	21.8	4.0	29.9	4.5	22.3	6.3	
15 ANNI																	
maschi	55.1	3.7	56.9	9.4	55.7	9.3	54.5	8.9	61.5	5.6	50.9	7.7	54.8	11.8	52.9	9.7	
femmine	56.5	3.7	45.6	10.8	57.8	8.7	58.2	7.1	60.4	8.0	52.8	10.7	60.4	9.9	53.4	8.3	
totale	55.8	2.8	52.0	10.0	56.9	6.8	56.7	6.2	61.0	4.9	51.8	6.9	57.7	9.5	53.1	7.2	

Tabella 6.2 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente a livello di provincia

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	1.0	0.8	4.3	5.3	0.6	0.8	1.4	1.4	-	-	-	-	-	3.4		
femmine	0.2	0.2	-	-	-	-	0.6	1.1	-	0.3	0.6	-	-	-		
totale	0.6	0.4	2.1	2.6	0.3	0.4	1.0	0.9	-	0.1	0.3	-	-	1.4	1.8	
13 ANNI																
maschi	3.2	1.2	2.8	3.4	4.6	4.1	2.0	1.8	4.4	2.8	3.1	2.0	2.1	2.7	2.2	1.9
femmine	2.1	1.0	2.7	4.8	2.0	1.6	0.7	0.9	2.6	2.2	1.0	1.1	4.1	3.5	3.6	4.0
totale	2.6	0.8	2.8	2.6	3.4	2.6	1.3	1.3	3.6	1.8	2.0	1.0	3.1	2.0	2.9	2.0
15 ANNI																
maschi	15.9	3.1	19.8	6.8	12.8	4.7	15.8	9.1	17.2	7.1	17.5	6.9	18.1	7.8	14.5	8.5
femmine	16.2	3.0	9.7	6.7	15.6	5.0	17.4	8.0	18.9	6.5	17.5	7.5	18.6	6.7	12.3	7.1
totale	16.0	2.3	15.4	6.3	14.4	3.8	16.7	6.2	18.0	5.1	17.5	5.8	18.4	6.0	13.6	6.5

Tabella 6.3 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che fumano 6 o più sigarette al giorno a livello di provincia

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI															
maschi	0.7	0.5	-	1.1	1.2	0.8	1.2	0.4	0.7	-	-	1.2	2.0	1.3	1.7
femmine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
totale	0.4	0.3	-	0.5	0.6	0.4	0.6	0.2	0.4	-	-	0.6	1.2	0.7	0.9
13 ANNI															
maschi	2.7	1.0	-	4.0	2.9	2.8	2.0	3.3	2.7	1.6	1.5	4.2	4.9	2.3	1.9
femmine	1.6	1.0	1.4	1.9	1.8	0.3	0.7	2.2	1.8	-	-	5.3	4.6	3.1	4.0
totale	2.2	0.7	0.7	3.0	2.1	1.5	1.2	2.8	1.5	0.8	0.7	4.8	2.5	2.7	2.0
15 ANNI															
maschi	10.3	2.1	11.5	9.4	4.2	8.0	4.4	11.3	4.2	10.8	4.7	11.2	6.2	10.9	6.3
femmine	8.0	2.1	7.3	6.5	3.6	10.8	5.9	8.9	4.6	8.1	5.2	5.5	4.6	5.9	4.7
totale	9.1	1.6	9.7	7.7	2.8	9.7	4.0	10.2	3.3	9.5	3.8	8.2	4.7	8.8	4.5

Tabella 6.4 Giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita a livello di Azienda ULSS

Regione	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	5.6	1.1	24.9	2.2	55.8	2.8
ULSS 1	8.2	11.1	25.8	16.3	56.8	11.0
ULSS 2	6.7	4.7	24.7	6.5	45.1	16.0
ULSS 3	11.0	5.3	21.7	7.5	54.7	10.8
ULSS 4	1.2	1.4	30.2	11.0	57.6	11.1
ULSS 5	2.6	1.8	20.9	7.8	55.8	17.4
ULSS 6	7.4	5.9	35.3	7.1	58.6	13.2
ULSS 7	8.4	4.4	19.8	9.4	54.8	7.4
ULSS 8	5.8	2.8	18.7	7.2	51.1	9.1
ULSS 9	5.3	4.9	23.9	5.2	61.3	10.6
ULSS 10	5.7	3.7	32.0	12.0	58.5	4.5
ULSS 12	2.9	2.6	29.3	11.0	62.7	12.5
ULSS 13	1.8	2.4	27.4	6.7	64.2	6.4
ULSS 14	1.3	2.2	28.9	12.6	54.8	12.5
ULSS 15	7.1	3.7	18.4	3.7	52.9	9.8
ULSS 16	2.1	2.1	26.1	6.9	50.3	12.2
ULSS 17	10.7	2.7	19.0	10.0	53.2	11.2
ULSS 18	7.3	6.1	30.4	5.9	61.0	12.4
ULSS 19	6.7	6.2	28.8	5.4	50.6	6.8
ULSS 20	6.7	4.9	21.7	10.4	54.6	11.7
ULSS 21	7.9	4.4	22.7	9.4	52.3	4.8
ULSS 22	5.0	3.8	23.0	9.7	51.1	11.9

Tabella 6.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente a livello di Azienda ULSS

	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	0.6	0.4	2.6	0.8	16.0	2.3
ULSS 1	3.5	3.8	3.2	3.7	15.9	5.8
ULSS 2	-	-	2.1	3.5	14.6	12.9
ULSS 3	1.4	1.6	1.3	1.5	10.1	5.4
ULSS 4	-	-	2.5	1.9	18.2	8.6
ULSS 5	-	-	3.2	2.8	13.8	7.2
ULSS 6	-	-	5.2	7.0	15.2	7.5
ULSS 7	3.0	2.5	1.2	1.4	8.8	4.1
ULSS 8	-	-	3.6	3.4	12.1	7.6
ULSS 9	0.6	1.1	-	-	24.0	10.6
ULSS 10	-	-	4.1	3.2	17.7	5.1
ULSS 12	-	-	2.1	1.9	21.7	13.7
ULSS 13	-	-	3.6	3.1	16.2	7.1
ULSS 14	-	-	4.9	5.8	14.5	12.1
ULSS 15	-	-	1.3	1.5	16.9	10.3
ULSS 16	-	-	2.3	1.6	16.1	9.7
ULSS 17	0.7	1.3	2.6	2.6	21.4	5.4
ULSS 18	-	-	2.7	2.0	17.9	8.1
ULSS 19	-	-	4.1	4.9	19.5	7.7
ULSS 20	2.7	3.2	3.6	3.7	13.1	11.0
ULSS 21	-	-	3.2	1.7	16.3	8.7
ULSS 22	-	-	1.7	1.6	13.0	8.4

Variazioni temporali

Aver provato a fumare e consumo quotidiano di tabacco

In questa sezione vengono presentati i dati dei confronti temporali tra le tre indagini HBSC 2002, 2006, 2010 relativamente alla tematica della sperimentazione del fumo e del consumo quotidiano di tabacco.

Le Tabelle 6.7 e 6.8 contengono rispettivamente i dati di questi confronti sia a livello regionale che a livello provinciale, evidenziando per ogni realtà veneta i gradi di significatività statistica. Lo stesso vale per i grafici 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4, mentre le figure 6.1 e 6.2 offrono una mappatura per tutti e tre gli strati di età, rappresentando in maniera globale tutto il territorio veneto anche a livello di Aziende Ulss.

Come specificato nella sezione dei “Risultati e commenti” relativamente al consumo quotidiano di tabacco, la significatività statistica dei confronti tra le tre rilevazioni HBSC (2002, 2006, 2010) è risultata solo nello strato dei 15enni, spiegando, perciò, la presenza di un unico grafico (per i 15enni, graf. 6.4).

Per il commento dei dati delle Tabelle 6.7 e 6.8 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione “Risultati e commenti” dove nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

Tabella 6.7 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

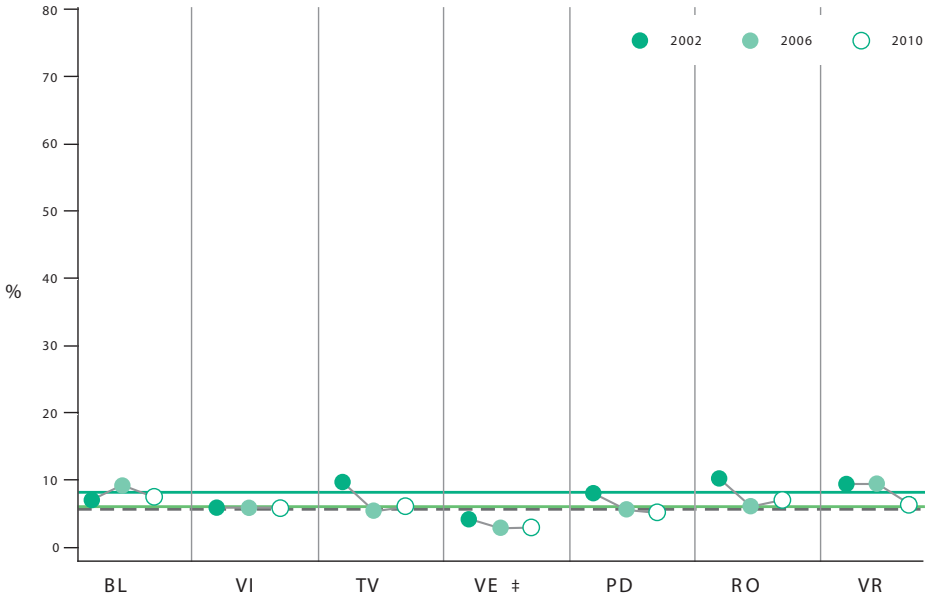
11 anni	2002						2006						2010					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Regione	12.7‡	3.3	8.1‡	7.6‡	4.2	6.0‡	7.8‡	3.1	5.6‡									
Belluno	12.2	2.9	7.1	9.7	8.6	9.2	13.4	2.1	7.6									
Vicenza	10.0	1.8	5.8	8.7	2.8	5.8	8.1	3.6	5.8									
Treviso	14.1	4.7	9.6	5.9	4.5	5.3	8.1	4.0	6.2									
Venezia	10.9‡	3.6	4.2‡	3.8‡	1.9	2.9‡	4.0‡	2.0	3.1‡									
Padova	13.9	1.8	8.1	8.0	2.7	5.5	8.1	2.5	5.4									
Rovigo	15.2	4.8	10.2	7.8	3.8	6.0	10.6	2.8	7.1									
Verona	13.4	4.3	9.3	10.8	8.1	9.4	8.6	3.8	6.3									
13 anni																		
Regione	40.7‡	33.1‡	37.1‡	28.2‡	23.1‡	25.8‡	28.0‡	21.7‡	24.9‡									
Belluno	39.3	17.6	29.9	25.7	8.0	16.2	27.9	22.8	25.4									
Vicenza	41.7*	33.4‡	37.6‡	22.0*	20.1‡	21.1‡	33.5*	22.4‡	28.3‡									
Treviso	37.2‡	37.5‡	37.4‡	29.5‡	30.3‡	29.8‡	25.9‡	17.1‡	21.3‡									
Venezia	38.2‡	32.7	35.8	26.7‡	25.6	26.1	33.0‡	27.1	30.2									
Padova	44.0‡	35.7‡	39.8‡	28.8‡	12.9‡	21.5‡	24.5‡	19.2‡	21.8‡									
Rovigo	39.2*	26.0	34.0	38.3*	28.9	33.2	26.1*	33.6	29.9									
Verona	43.0‡	33.1‡	38.5‡	32.6‡	28.0‡	30.2‡	23.6‡	21.1‡	22.3‡									
15 anni																		
Regione	63.1‡	64.4‡	63.7‡	61.0‡	60.5‡	60.7‡	55.1‡	56.5‡	55.8‡									
Belluno	62.0	46.3	56.0	43.6	48.5	45.8	56.9	45.6	52.0									
Vicenza	63.1	62.8	62.9‡	65.5	59.3	61.8‡	55.7	57.8	56.9‡									
Treviso	62.8*	60.9	61.9	55.6*	61.4	58.6	54.5*	58.2	56.7									
Venezia	62.0	70.3‡	66.2	58.4	68.3‡	63.7	61.5	60.4‡	61.0									
Padova	61.8‡	63.7‡	62.7‡	69.2‡	58.1‡	61.9‡	50.9‡	52.8‡	51.8‡									
Rovigo	66.4	69.8	68.4‡	64.7	58.0	61.8‡	54.8	60.4	57.7‡									
Verona	65.7‡	66.0‡	65.8‡	62.2‡	58.9‡	61.0‡	52.9‡	53.4‡	53.1‡									

* Differenza significativa per p < 0.10

‡ Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza significativa per p < 0.01

Grafico 6.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

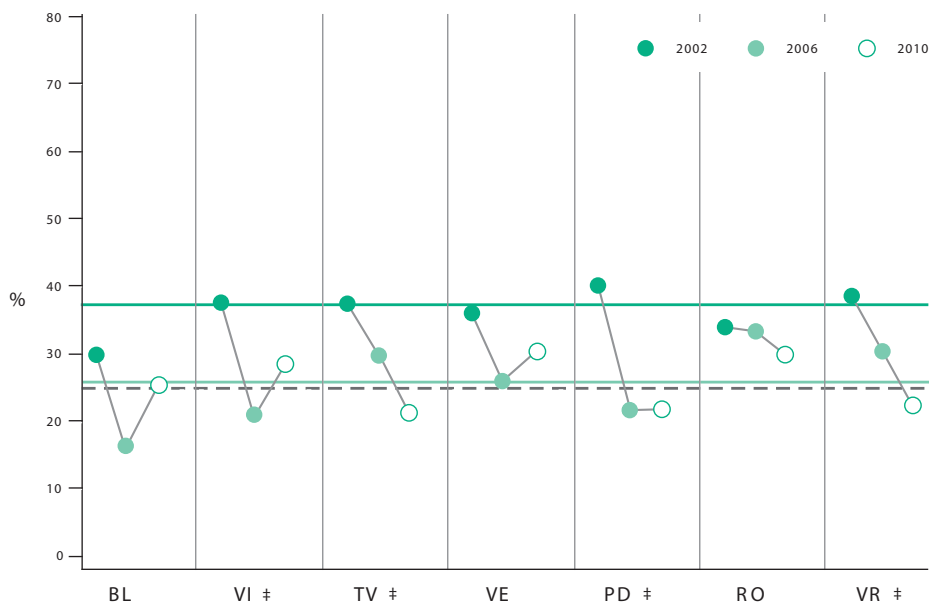
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 6.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita



* Differenza significativa per $p < 0.10$

† Differenza significativa per $p < 0.05$

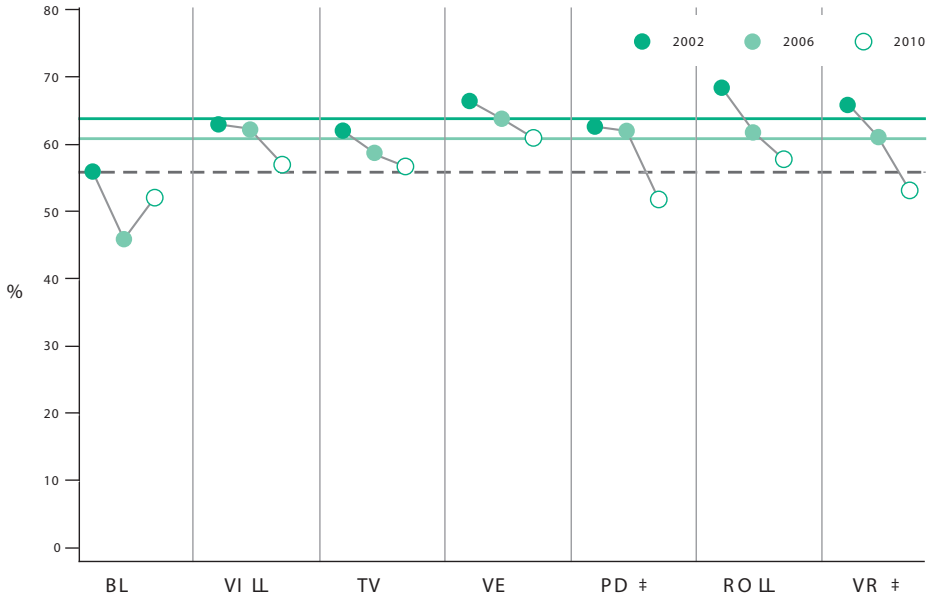
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 6.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita: indagine 2010, livello regionale.

Figura 6.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno provato a fumare qualche volta nella loro vita

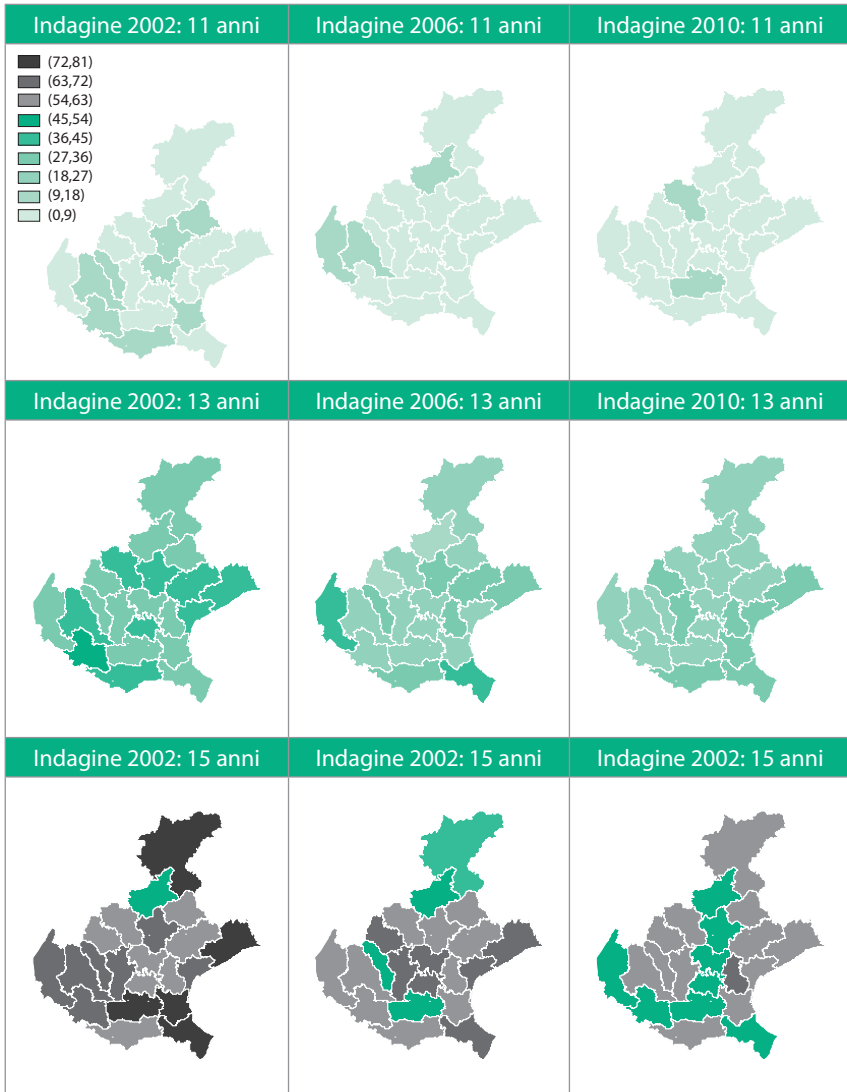


Tabella 6.8 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

CONSUMO QUOTIDIANO DI TABACCO

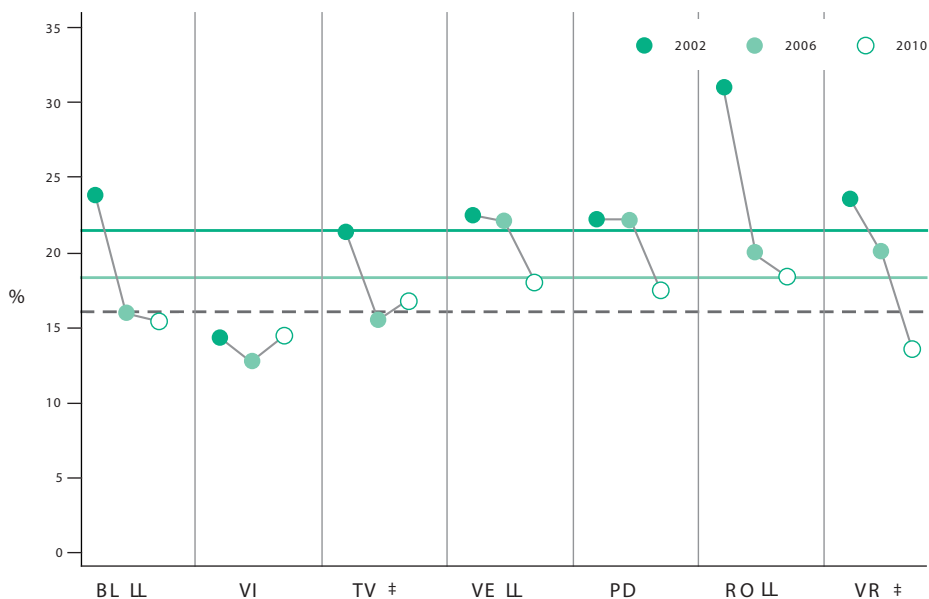
11 anni	2002			2006			2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Regione	0.8	0.2	0.5	0.5	-	0.3	1.0	0.2	0.6
Belluno	1.6	-	0.7	-	-	-	4.3	-	2.1
Vicenza	-	-	-	0.5	-	0.2	0.6	-	0.3
Treviso	-#	0.6	0.3LL	-#	-	-LL	1.4#	0.6	1.0LL
Venezia	1.7	0.6	1.1LL	2.2	-	1.1LL	-	-	-LL
Padova	0.4	-	0.2	-	-	-	-	0.3	0.1
Rovigo	3.9	-	2.0	1.6	-	0.9	-	-	-
Verona	0.5	-	0.3	-	-	-	2.6	-	1.4
13 anni									
Regione	4.4	2.2	3.4	2.8	1.9	2.4	3.2	2.1	2.6
Belluno	1.2	1.6	1.4	3.4	1.5	2.4	2.8	2.7	2.8
Vicenza	3.3	2.7	3.0	3.0	0.7	2.0	4.6	2.0	3.4
Treviso	6.3LL	1.5	3.6	3.0LL	0.6	2.0	2.0LL	0.7	1.3
Venezia	6.4	1.9	4.4	1.2	2.9	2.0	4.4	2.6	3.6
Padova	4.7	2.4	3.5	1.5	-	0.8	3.1	1.0	2.0
Rovigo	5.9	-	3.5	8.5	4.2	6.2	2.1	4.1	3.1
Verona	2.9	3.2	3.0	3.7	4.0	3.9	2.2	3.6	2.9
15 anni									
Regione	23.1#	19.7#	21.4#	19.7#	17.1#	18.3#	15.9#	16.2#	16.0#
Belluno	24.8	22.2	23.8LL	12.1	20.6	15.9LL	19.8	9.7	15.4LL
Vicenza	17.3	12.2	14.4	14.3	11.6	12.7	12.8	15.6	14.4
Treviso	24.5#	17.8	21.3#	15.6#	15.3	15.5#	15.8#	17.4	16.7#
Venezia	23.4	21.4	22.4LL	22.5	21.8	22.1LL	17.2	18.9	18.0LL
Padova	22.2	22.3	22.2	26.5	19.9	22.1	17.5	17.5	17.5
Rovigo	31.9LL	30.5	31.1LL	19.9LL	20.1	19.9LL	18.1LL	18.6	18.4LL
Verona	24.8#	22.0#	23.5#	22.5#	15.9#	20.1#	14.5#	12.3#	13.6#

* Differenza significativa per p < 0.10

LL Differenza significativa per p < 0.05

Differenza significativa per p < 0.01

Grafico 6.4 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che fumano quotidianamente



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

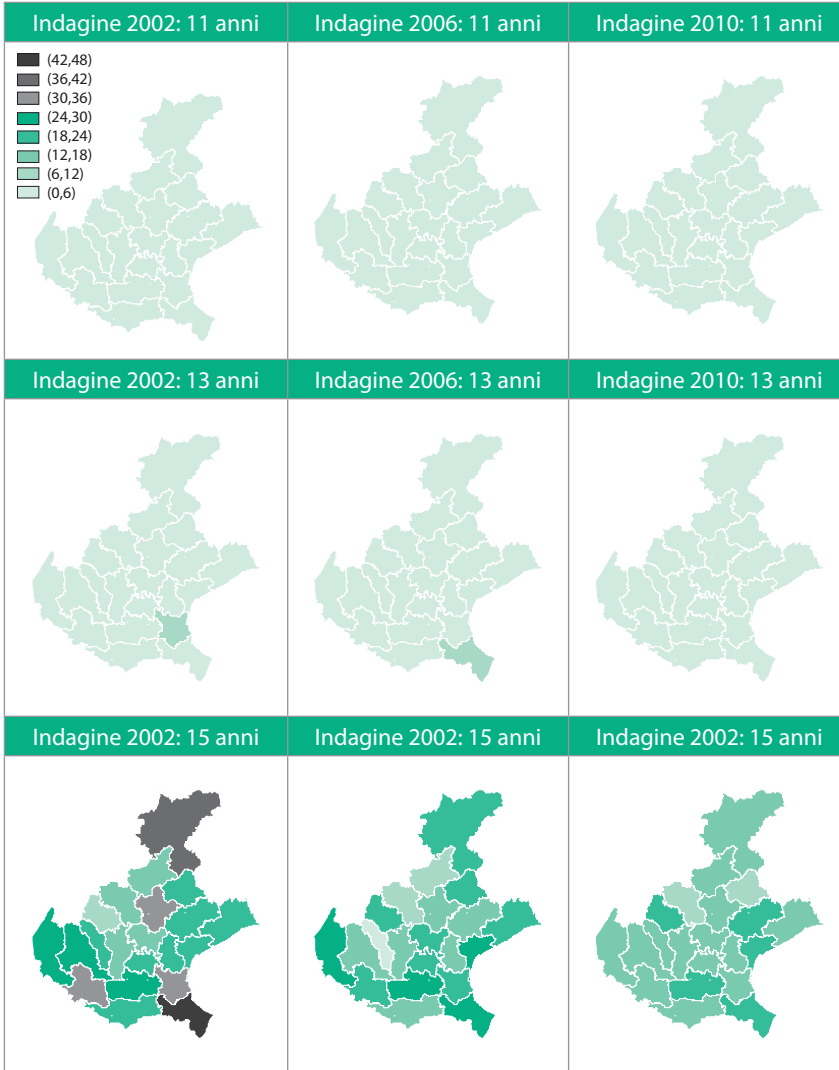
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di fumare quotidianamente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di fumare quotidianamente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di fumare quotidianamente: indagine 2010, livello regionale.

Figura 6.2 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che fumano quotidianamente



- (42,48)
- (36,42)
- (30,36)
- (24,30)
- (18,24)
- (12,18)
- (6,12)
- (0,6)

Implicazioni di politica socio-sanitaria

La lotta al tabacco è stata, per la Comunità Europea, fin dal 1985 (anno di avvio del Programma "Europe Against Cancer") 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" (48). 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 (49).

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, entrato in vigore il 27 febbraio 2005 che vede oggi la partecipazione di 171 Paesi (51). Anche l'Italia ha ratificato la Convenzione nel 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 (50, 52), 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 so-

ciali (genitori, insegnanti, operatori sanitari, agenzie educative ecc.) che a vario titolo ne fanno parte.

A livello locale, la Regione del Veneto, fin dagli anni 80, è impegnata in azioni di contrasto al tabagismo. Dal 2001 ad oggi ha approvato strategie annuali di prevenzione delle patologie tabacco-correlate. Il Programma Regionale di Prevenzione delle Patologie tabacco-correlate attuale (DGR n. 4022 del 22 dicembre 2009) si articola in quattro Aree Progettuali:

- 1) Educazione e promozione della salute a scuola;
- 2) Disassuefazione dal fumo, mediante l'attivazione degli operatori dei servizi socio-sanitari regionali e del volontariato a vario titolo coinvolti;
- 3) Protezione dal fumo passivo e sostegno della normativa negli ambienti pubblici e privati di vita, lavoro e svago;
- 4) Attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione generale in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco.

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.

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 (53).

In considerazione di ciò la Regione del Veneto sostiene una serie di progettualità, sperimentate e validate, 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.

Progetti di prevenzione del tabagismo rivolti alle scuole.

- Progetto: *C'era una volta ... e poi vissero sani e contenti*. Si tratta di un progetto triennale 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: *Liberi di scegliere*. È un percorso rivolto a ragazzi dagli 11 ai 14 anni, strutturato in cinque unità dette “Attivazioni”, destinate all’utilizzo autonomo degli insegnanti per la conduzione dell’intervento in classe. Un’altra parte è dedicata agli strumenti di valutazione del programma ed una terza parte riguarda approfondimenti teorici. Infine, c’è un’area riguardante alcuni strumenti operativi per attività laboratoriali integrative.
- Concorso Europeo: *Smoke Free Class Competition (SFC)*. Caratteristica del Concorso, rivolto ai ragazzi dagli 11 ai 15 anni, è l’invito all’azione: i ragazzi si impegnano individualmente e come classe a non fumare per un periodo di sei mesi. SFC contribuisce così a prevenire e ritardare l’approccio al fumo.
- Progetto: *Insider – dietro la verità*. Il progetto, rivolto alle scuole secondarie di II°, 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 la possibilità 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 se inserite in contesti ambientali coerenti liberi dal fumo e supportati dalla famiglia e dalla comunità locale. A tal proposito, è stata predisposta la guida: *Verso una scuola libera dal fumo* per aiutare i dirigenti scolastici nel loro compito di controllo del fumo di tabacco a scuola secondo i principi della promozione degli ambienti liberi dal fumo.

I dati presentati nel capitolo devono farci riflettere sul fatto che si assiste ad una diffusa diminuzione sia degli sperimentatori che dei fumatori abituali, soprattutto tra i quindicenni. Questo potrebbe essere anche coerente con l’introduzione della normativa più restrittiva per il controllo del fumo negli ambienti chiusi. Stiamo assistendo negli ultimi anni ad un lento cambiamento culturale nei confronti del fumo di tabacco: rendere, infatti, difficile trovare spazi in cui fumare liberamente ha avuto senz’altro il vantaggio di creare alcune difficoltà, che se da una parte possono indurre il fumatore a tentare di smettere, dall’altra potrebbero porre nei giovani qualche perplessità nell’iniziare. Il fumare non è più un comportamento così libero e socialmente accettato perché risponde a dei vincoli comportamentali da rispettare.

Pertanto, questo è un momento quanto mai propizio per continuare con azioni di prevenzione di dimostrata efficacia che aiutino i giovani a scegliere comportamenti corretti. In particolare, nell’ottica del programma ministeriale “Guadagnare Salute” (54), gli interventi di salute pubblica dovrebbero affrontare in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio (tabacco, abuso di alcol, sedentarietà, scorretta alimentazione), ponendo attenzione

non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali.

Fondamentale è stimolare la responsabilità individuale, affinché il ragazzo-cittadino diventi partner attivo nel miglioramento del proprio stato di salute; per ottenere questo risultato, le istituzioni e la società civile devono impegnarsi, collaborando tra loro, oltrechè ad informare ed educare, a facilitare le scelte salutari, sostenendo l'adozione di comportamenti corretti.

Bibliografia

1. JULIEN RM. A. Primer of Drug Action. W.H. Freeman and Company, New York (tr. It. Droghe e farmaci psicoattivi), Zanichelli, Bologna, 1997.
2. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition ©1994, pp 150, 345, 485.
3. WHO Report on the global tabacco epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
4. WHO Report on the global tabacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. Geneva, World Health Organization, 2009.
5. ISTAT. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana, anno 2008. *Informazioni* n.7, 2009.
6. ISS Rapporto annuale sul fumo Doxa 2010. <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1>.
7. OFFICE OF APPLIED STUDIES, SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. The National Survey on Drug Use and Health Report. Trends in Tobacco Use among Adolescents: 2002 to 2008. <http://oas.samhsa.hhs.gov>. Last update Oct 2, 2009.
8. ROSEN IM, MAURER DM. Reducing Tobacco Use in Adolescents, *Am Fam Physician*, 2008, Feb, 15, 77(4):483-490.
9. Campaign for Tobacco-Free Kids. Annual Report 2008. www.tobaccofreekids.org.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. KIM DS, KIM HS. Early initiation of alcohol drinking, cigarette smoking, and sexual intercourse linked to suicidal ideation and attempts: findings from the 2006 Korean Youth Risk Behaviour Survey. *Yonsei Med J.*, 2010, Jan 31, 51(1):18-26.
15. FOWLER T, LIFFORD K, SHELTON K, ET AL. Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use. *Addiction*, 2007, March 1, 102(3): 413-422.
16. BOARDMAN JD, SAINT ONGE JM, HABERSTICK BC, ET AL. Do Schools Moderate the Genetic Determinants of Smoking? *Behav Genet.*, 2008, May, 38(3):234-246.
17. GILMAN SE, RENDE R, BOERGERS J, ET AL. Parental smoking and adolescent smoking initiation: an intergenerational perspective on tobacco control. *Pediatrics*, 2009, February, 123(2): e274-e281.

18. KUNDER SA, PRICE JH, JORDAN T, ET AL. Cigarette Smoking among Adolescents in Northwest Ohio: Correlates of Prevalence and Age at Onset. *Int J Environ Res Public Health*, 2008, December, 5(4): 278-289.
19. AMERICAN LUNG ASSOCIATION. Why Kids Start. February, 2010. www.lungusa.org.
20. 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.
21. RAMCHAND R, LALONGO NS, CHILCOAT HD. The effect of working for pay on adolescent tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2007, 97 (11), 2056-2062.
22. 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.
23. 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.
24. SANTINELLO M, CRISTINI F, SCACCHI L, ALTOÈ G, LENZI M, BALDASSARI D. At-risk behaviour in immigrant and non-immigrant young adolescents: "immigrant paradox?" In Molcho M. "Foreign-born Children in Europe: An Overview from the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study", International Organization for Migration (IOM), Brussels, 2009, 25-29.
25. CDC. Adolescent health. Strategies for Increasing Protective Factors Among Youth. <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/AdolescentHealth/connectedness.h>
26. KROPP RY, HALPERN-FELSHER BL. Adolescents' beliefs about the risks involved in smoking "light" cigarettes. *Pediatrics*, 2004, 114, 4, 445-51.
27. SONG AV, GLANTZ SA, AND HALPERN-FELSHER BL. Perceptions of Second-hand Smoke Risks Predict Future Adolescent Smoking Initiation. *J Adolesc Health*, 2009 Dec, 45(6):618.
28. NILSSON M, WEINEHALL L, BERGSTROM E, ET AL. Adolescent's perceptions and expectations of Parental Action on Children's Smoking and Snus Use; National Cross Sectional Data from Three Decades. *BMC Public Health*, 2009, 9:74.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. HARAKEY Z, SCHOLTE RH, DE VRIES H, ET AL. Parental rules and communication: their association with adolescent smoking. *Addiction*, 2005, 100, 6, 862-70.
 36. KODL MM, MERMELSTEIN R, Beyond modelling: parenting practices, parental smoking history, and adolescent cigarette smoking. *Addict Behav.*, 2004, 29, 1, 17-32.
 37. 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.
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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.
 41. HOVING C, REUBSAET A, DE VRIES A. Predictors of smoking stage transitions for adolescent boys and girls. *Preventive Medicine*, 2007, 44, 485-489.
 42. 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.
 43. 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.
 44. 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.
 45. ENGELS RCME, FINKENAUER C, KERR M, STATTIN H. Illusions of parental control: parenting and smoking onset in Dutch and Swedish adolescents. *J. Appl. Soc. Psychol.*, 2005, 35, 1912-1935.
 46. ELLIS JA, PERL SB, DAVIS K. Gender Differences in Smoking and Cessation Behaviours Among Young Adults After Implementation of Local Comprehensive Tobacco Control. *Am J Public Health*, 2008 February, 98(2): 310-316.
 47. HAZEMBA A, SIZIYA S, MUULA AS, AND RUDATSIKIRA E. Gender Specific Factors Associated with Having Stopped Smoking Among In-school Adolescents in Ukraine: Results from the Global Youth Tobacco Survey 2005. *BMC Res Notes*, 2010, 3:76.
 48. Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future. Aspect Consortium Report, October 2004 (EC Directorate for Health and Consumer Protection).
 49. ISTAT, Indagine Multiscopo Anno 2001: Aspetti della vita quotidiana, 2002.
 50. 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.
 51. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en/>). and US high school students, *Addictive Behaviours*, 2007, 32, 2087-2098.

52. Effective Health Care. Bollettino bimestrale sull'efficacia degli interventi sanitari, vol. 4, n.3 maggio-giugno, 2000.
53. PORCELLATO L, DUGDILL L, SPRINGETT J, ET AL. Primary school children's perception of smoking: implications for health education. *Health Education Research*, 1999, 14, 7-83.
54. www.ccm-network.it e www.regione.veneto.it/prevenzione

Summary

Tobacco consumption

Introduction

The consumption of tobacco is listed by the World Health Organization (WHO) among the leading causes of morbidity and mortality in industrial countries, so much so that it uses the word "epidemic". In the twentieth century, the tobacco epidemic killed 100 million people the world over. In addition, worldwide a third of adults is exposed to passive smoke, which kills 600.000 people a year. Nevertheless, from a study of trends (2002-2008) carried out in the United States by a Federal government agency on adolescents between the ages of 12 and 17, it seems that the consumption of cigarettes fell almost uniformly among both boys and girls from 2002 onwards.

Results

At the regional level:

- at age 11, only 5.6% of the overall sample report having tried smoking, whereas 24.9% of 13-year olds, and 55.8% of 15-year olds have already tried it; in the 11 and 13-year strata a greater percentage of boys compared to girls have tried smoking, while a substantial overlapping of data is evident in the case of 15-year olds;
- the rate of daily tobacco use concerns 0.6% of 11-year olds, 2.6% of 13-year olds and 16% of 15-year olds; these percentages highlight the net gap between the three groups and the fact that the regular use of tobacco is something which is associated predominantly with 15-year old adolescents.
- in terms of the number of cigarettes smoked, 9.1% of 15-year olds say they smoke 6 or more a day, compared to 2.2% of 13-year olds and 0.4% of 11-year olds. In the 15-year old groups the percentages for boys and girls were 10.3% and 8.0%.
- comparing the results of the HBSC surveys for 2002, 2006 and 2010, tobacco consumption fell, particularly among 15-year olds, with the results for 2010 down almost 4% on 2002.

Comments

Other specific studies on smokers in the developmental stage point to the existence of a number of factors which contribute to the consumption of tobacco among the young, i.e., behaviour, attitudes and the expectations of parents and of the peer group. More recently, a series of research studies has confirmed that anti-smoking practices, the good example of parents, as well as the importance of setting boundaries, of family models and the quality of relations between parents and children all play a fundamental role in preventing tobacco consumption among adolescents.

Compared to the relationship with the peer group, the imitation of social models

and the influence of the image (or prototype) that adolescents have of their peers who smoke play an important role in the decision of young people to start smoking.

Of fundamental importance and urgency is the need to prevent or delay until as late as possible the spread of tobacco use among adolescents, because the later the first cigarette the less likelihood of becoming a regular smoker and the better the ability to quit. Addiction is associated with early starting and this is a good predictor of future physical and psycho-social problems and hence is highly relevant for healthcare professionals. In the short-term early tobacco use impairs scholastic performance, leads to substance abuse of different kinds and to other forms of risky behaviour (not using a condom, violence, attempted suicide).

Public healthcare agencies increasingly seek to prevent early starts and to promote health as a value among the young, targeting smoking and other substance abuse.

Capitolo 7 Consumo di alcol¹

Sara Carbone, Lorenzo Gios, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Michela Frezza*, Anna Corti*

**Servizio Prevenzione delle Devianze, Servizi Sociali
Regione del 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, ma mai confermato, 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.

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 (5, 6).

Si stima che siano oltre 60.000 i soggetti alcolodipendenti presi in carico dai 455 Servizi alcolologici territoriali del Sistema sanitario nazionale, con circa 5000 nuovi alcolodipendenti l'anno; le regioni con il maggior numero di assistiti sono la Lombardia e il Veneto (7).

Dal Rapporto Italia redatto da Eurispes nel 2010 l'alcol risulta essere all'origine del 25% della mortalità giovanile dei ragazzi e del 10% delle ragazze (7).

Inoltre, in Italia la mortalità per incidente stradale correlata al consumo di alcol viene stimata tra il 30% e il 50% del totale degli incidenti.

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Sara Carbone, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

L'uso d'alcol è diffuso 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 fa 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 (8). A tal proposito, il consumo di alcol sembra essere 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 (9).

Secondo il "Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della preadolescenza" redatto da Telefono Azzurro e Eurispes (10) 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); intorno ai 13-14 anni inizia il consumo tra amici (1, 8). Nel secondo momento, la valenza attribuita alla bevanda cambia radicalmente: l'alcol non è più considerato bevanda quotidiana, come avveniva in famiglia, ma funge da "preparatore" ad eventi come concerti, partite sportive o serate in discoteca, assumendo quindi il ruolo di "facilitatore" delle relazioni sociali (11).

Attualmente (12) il nostro Paese detiene il primato negativo dell'età più bassa del primo contatto con l'alcol: l'età media in cui avviene l'iniziazione all'alcol è 12 anni e mezzo, rispetto ai 14.6 della media europea.

Tale dato dovrebbe essere tenuto in debita considerazione, poiché la ricerca ha già dimostrato come ad una maggiore precocità del primo contatto con l'alcol si associ una maggiore probabilità di divenire "binge drinkers" in età più avanzata (13).

Il "binge drinking" è l'assunzione di 5 o più bevande alcoliche ingerite in sequenza in almeno un'unica occasione nelle ultime due settimane (14).

Secondo i dati più recenti presentati dall'ISTAT (15), dal 2003 la quota di coloro che adottano questa modalità è ormai un dato stabile e i minorenni sono il gruppo più a rischio, in quanto la capacità di metabolizzare adeguatamente l'alcol dipende anche dallo sviluppo fisico complessivo.

Le 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% (5).

L'approccio dei giovani all'alcol assomiglia sempre più ad un "eccesso ritualizzato" (7).

Tali dati confermano il consolidarsi di un modello di consumo di tipo nord europeo, basato principalmente su occasioni di consumo al di fuori dei pasti.

In particolare, considerando la fascia d'età tra i 14 e i 17 anni, tra il 1999 ed il 2009 questa modalità di consumo passa dal 15.4% al 18.9%. Il consumo di alcol fuori pasto cresce maggiormente per le ragazze (dal 12,8% al 17.4%),

ma rimane più diffuso tra i maschi (attualmente al 20.4%). Il cambiamento riguarda anche il tipo di bevande consumate: accanto alla riduzione dei consumatori di solo vino e birra, l'ISTAT riporta un aumento del numero di coloro che consumano anche altri alcolici, come aperitivi, amari e superalcolici, cambiamento che riguarda soprattutto i giovani fino a 24 anni (15).

Infine, l'analisi del fenomeno dovrebbe comprendere una riflessione anche sulla vendita e la pubblicità degli alcolici. 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 (16).

Nonostante una recente rassegna, condotta su studi longitudinali che analizzano l'effetto della pubblicità sul consumo di alcolici da parte dei giovani, concluda che tra messaggi pubblicitari e scelta di bere non sia possibile stabilire alcuna relazione causale (17), la ricerca riporta anche evidenze diverse.

La diffusione della pubblicità, 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 infatti favorirne il consumo e l'abuso (18, 19).

Metodi

Assunzione di alcol

Domanda standard: *Attualmente con che frequenza bevi alcolici tipo birra, vino o superalcolici (per es. grappa, whisky, vodka, limoncello e simili)?*

Utilizzo delle risposte: *Ogni giorno* per effettuare una stima della frequenza del consumo quotidiano; *Ogni settimana* per rilevare il consumo settimanale.

Diverse tipologie di alcolici indagate: vino, birra, superalcolici e lo spritz.

Accorpamento delle modalità di risposta: *Ogni giorno, Ogni settimana* per rilevare il consumo regolare dei diversi tipi di bevande.

Ubbriachezza

Domanda standard: *Qualche volta hai bevuto tanto da essere davvero ubriaco?*

Risposte prese in considerazione: *"Sì" (che comprende da Sì, una volta fino a Sì, più di 10 volte).*

Assunzione di alcol nel fine settimana

Domanda standard: *Nell'ultima settimana, in quali giorni ti è capitato di bere bevande alcoliche?*

Risposte prese in considerazione: *sabato e/o domenica* sono state utilizzate per stimare la frequenza del consumo di alcolici nel fine settimana.

Binge drinking

Domanda standard: *Considera gli ultimi 12 mesi. Ti è mai capitato di consumare 6 bicchieri o più di bevande alcoliche, anche diverse, in un'unica occasione (una serata, una festa, da solo, ecc...)?*

Sono state analizzate le frequenze relative alla risposta Sì.

Motivazioni al consumo di alcol (solo per 15enni)

Domanda opzionale: *Se pensi a tutte le occasioni durante le quali, nel corso degli ultimi 12 mesi, hai consumato alcol (birra, vino, superalcolici ecc...) sapresti indicare quante volte lo hai fatto?*

Utilizzo e accorpamento delle risposte: per ognuna delle diverse opzioni, *Per meglio goderti una festa, Perché aiuta se si è nervosi, Per tirarti su di morale quando sei giù, Perché ti piace la sensazione che provi, Per essere ubriaco/a, Perché è più divertente quando si è in compagnia, Perché ti piacerebbe far parte di un certo gruppo, Perché così le feste sono più belle, Per dimenticare i tuoi problemi, Semplicemente perché ti piace, Perché tu possa piacere agli altri, Per non sentirti escluso/a*, sono state prese in considerazione le risposte "A volte" e "Quasi sempre", accorpate in qualità di risposta affermativa.

Risultati e commenti

Frequenza dell'uso di alcolici

Livello regionale

consumo
quotidiano e
settimanale di
alcolici

Dalla Tabella 7.1 è possibile notare come il consumo quotidiano di alcol sia più diffuso nei 15enni (4.3%), rispetto agli altri due strati d'età presi in considerazione, e come siano i maschi, in tutti e tre gli strati d'età, a riportare con maggiore frequenza questo comportamento.

Passando ad esaminare il consumo settimanale, si registrano percentuali nettamente più elevate rispetto all'uso quotidiano: un 15enne su quattro (26.8%) dichiara di assumere alcolici ogni settimana.

Questo dato è in linea con la descrizione del fenomeno fornita dalla letteratura (1, 8), secondo cui il consumo con gli amici ha inizio verso i 14 anni d'età, informazione che consente di comprendere una frequenza maggiore in questo strato del campione.

Sia per il consumo quotidiano che per quello settimanale, le differenze tra i tre strati d'età considerati globalmente e le differenze tra maschi e femmine sono risultate statisticamente significative.

consumo
regolare
diverse
bevande

Per quanto riguarda il consumo regolare (da ogni giorno fino a ogni settimana) di diversi tipi di bevande, le Tabelle 7.2 e 7.3 riportano le frequenze del consumo di birra, vino, superalcolici e della bevanda ormai degna di attenzione nel territorio veneto: lo spritz.

La bevanda preferita dagli 11enni è lo spritz, il cui consumo è riportato con una percentuale molto bassa (2.1%), i 13enni mostrano di preferire la bir-

ra (4.7%), che risulta al secondo posto nelle preferenze dei 15enni, con una percentuale pari al 19.4%, superata appunto dallo spritz, che un 15enne su quattro (23.6%) beve regolarmente.

Analizzando il fenomeno nel tempo, possiamo notare che nell'arco temporale 2002-2010 il consumo quotidiano di alcol ha registrato un' apprezzabile diminuzione, statisticamente significativa in tutti e tre gli strati di età (tab. 7.9).

Le Tabelle 7.10, 7.11 e 7.12, i grafici e le figure inserite nell'apposita sezione "Variazioni temporali" del presente capitolo presentano in dettaglio le differenze delle stime relative al consumo delle diverse tipologie di alcolici e di superalcolici. La significatività statistica dei confronti tra gli strati totali delle tre rilevazioni dell'indagine HBSC evidenzia una diminuzione del consumo in tutti e tre gli strati di età per la birra, il vino e i superalcolici.

In particolare, le variazioni più importanti riguardano lo strato dei 15enni: dal 2002 il consumo di birra è calato di oltre 10 punti percentuali, passando dal 31.6% all'attuale 19.4%; il consumo di vino si è quasi dimezzato (dal 21.1% del 2002 all'11% del 2010) e il dato riguardante il consumo regolare di superalcolici è altrettanto confortante, poiché la percentuale attuale di 15enni corrisponde all'11.8%, contro il 25.2% del 2002.

Livello provinciale

I dati di confronto provinciale per il consumo quotidiano di alcolici a livello di campione totale risultano statisticamente significativi solo nello strato dei 13enni con distribuzioni percentuali diversificate tra le province, mentre negli altri due strati di età le prevalenze si presentano in linea con le stime della Regione distribuendosi in maniera omogenea tra di loro.

Dalla Tabella 7.1 è possibile notare come nello strato dei 13enni la provincia con le percentuali più elevate di consumo di alcol quotidiano sia quella di Vicenza (3.6%).

Nei confronti di genere, lo strato dei 15enni presenta differenze statisticamente significative in tutte le province eccetto Verona. La più ampia differenza tra maschi e femmine 15enni si registra nella provincia di Treviso con uno scarto tra i sessi di quasi 9 punti percentuali.

I dati riguardanti il consumo settimanale (tab. 7.1) evidenziano un andamento in linea con quelli del consumo quotidiano, vale a dire distribuzioni diversificate con differenze statisticamente significative tra le province nel solo strato dei 13enni, dove la provincia con il maggior consumo settimanale di alcol è quella di Vicenza (10.6%).

Per quanto riguarda le differenze di genere all'interno dei diversi strati, è importante notare che nello strato dei 15enni sono presenti ampie differenze statisticamente significative tra i sessi che vanno da un minimo di 11 fino a 21 punti percentuali, come nella provincia di Rovigo, dove i maschi consumano settimanalmente più del doppio di alcol rispetto alle femmine loro coetanee (38.4% vs 17.3%).

Le Tabelle 7.2 e 7.3 illustrano il consumo regolare di birra, vino, superalcolici e spritz a livello provinciale.

confronti
temporali

consumo
quotidiano
di alcolici

consumo
settimanale di
alcolici

consumo
regolare
di birra

Se si raffrontano i dati riguardanti il consumo di birra (tab. 7.2) nelle diverse province del Veneto, le differenze risultano statisticamente significative solo nello strato dei 13enni. Per questo strato, sono i giovani che risiedono nella provincia di Rovigo a registrare il maggior numero di preferenze per questa bevanda (8.1%).

Analizzando le differenze di genere, va segnalato che risultano statisticamente significative in tutte le province per il solo strato dei 15enni: per il consumo di birra, la più ampia differenza tra i sessi si registra nella provincia di Rovigo, con uno scarto di quasi 20 punti percentuali tra i maschi e le femmine (28% vs 8.7%).

consumo
regolare
di vino

Per quanto riguarda il consumo regolare di vino (tab. 7.2), le differenze tra le province non sono risultate statisticamente significative per nessuno dei tre strati d'età del campione. Ciò significa che le distribuzioni percentuali delle province negli strati degli 11, dei 13 e dei 15enni considerati come campione globale sono in linea con quelle della Regione e si ripartiscono con omogeneità all'interno dei propri strati di età.

Sono risultate statisticamente significative solamente le differenze di genere nel gruppo dei 15enni, mentre negli strati dei 13 e degli 11enni i consumi di vino sono apparsi senza distinzioni percentuali tra i sessi ed omogenei tra di loro.

Nello strato dei 15enni, per il consumo di vino, la più ampia differenza tra i maschi e le femmine è presente ancora una volta nella provincia di Rovigo, dove il 24% dei maschi dichiara di consumare regolarmente questa bevanda, rispetto all'8% delle femmine (questa percentuale nelle femmine è tra le più alte di tutte le province per questo strato).

consumo
regolare
di
superalcolici

Per quanto riguarda il consumo regolare di superalcolici (tab. 7.3), la significatività statistica dei confronti tra province evidenzia stime differenziate solo all'interno dello strato dei 13enni, dove la provincia con il maggior consumo di superalcolici è Vicenza (3.3%).

Il dato che più fa riflettere, emerge confrontando tutti i maschi delle sette province venete all'interno dello strato dei 15enni. Dalle risposte dei maschi 15enni, risulta che il consumo maggiore si trova nella provincia di Belluno, dove 1 ragazzo su 4 beve regolarmente superalcolici: in termini percentuali il 23.6%.

consumo
regolare
di spritz

Infine, per il consumo regolare di spritz (tab. 7.3) i confronti percentuali tra le province non sono risultati statisticamente significativi in nessun strato di età del campione: a significare che le distribuzioni percentuali possono considerarsi omogenee ed in linea con le stime regionali.

Nei confronti di genere per questo tipo di bevanda emergono differenze percentuali statisticamente significative tra i maschi e le femmine delle province di Vicenza e di Treviso sia nello strato degli 11enni che in quello dei 13enni, dove, in ambedue i gruppi di età, a bere spritz sono in percentuale maggiore i maschi.

Nel gruppo dei 15enni, invece, l'unica provincia a riportare differenze statisticamente significative tra i sessi è quella di Rovigo con un consumo regolare di spritz del 33.8% per i maschi e del 19.5% per le femmine.

Andando ad analizzare le variazioni temporali per il consumo quotidiano di alcol (tab. 7.9), la provincia di Rovigo ha il decremento più importante sia nello strato degli 11enni (dal 9.1% nel 2002 all'1.3% nel 2010) che in quello dei 13enni (dal 6.6% nel 2006 allo 0.6% nella presente indagine), (graf. 7.1). Nello strato dei 15enni, invece, il calo maggiore si registra nella provincia di Verona che dal 10.2% nel 2002 si è scesi al 3.9% nel 2010.

confronti
temporali:

alcolici

Analizzando il variare del consumo nel tempo per le differenti tipologie di alcolici considerate nello studio HBSC, la birra (tab. 7.10) conferma il forte calo già registrato nei precedenti raffronti tra il 2002 ed il 2006, in tutti e tre gli strati d'età.

birra

In particolare risultano statisticamente significative le stime dei confronti associate ai 13enni delle province di Belluno, Verona e Rovigo, con un calo medio nel 2002 di 8.5 punti percentuali (graf. 7.5).

Ancora più rilevante risulta il decremento di birra dello strato dei 15enni: dal 2002 ad oggi la provincia di Belluno è quella in cui si è registrata la maggior disaffezione a questo tipo di bevanda (dal 46.8% del 2002 al 27.1% del 2010), con un calo, quindi, dei consumi del 20% circa, ma con un calo soprattutto da parte dei maschi bellunesi che dal 60.9% nel 2002 scendono al 33.9% nel 2010. Una considerevole differenza nelle variazioni temporali 2002-2010 si registra anche nella provincia di Treviso con un calo di oltre 13 punti percentuali per lo stesso strato dei 15enni (30.6% nel 2002 vs 17.4% nel 2010).

vino

Il consumo regolare di vino (tab. 7.11) mostra una tendenza analoga a quella riscontrata per la birra: negli 11enni il decremento più importante si registra nella provincia di Rovigo, con un consumo che si è più che dimezzato tra la rilevazione del 2002 (11.4%) e quella del 2010 (2%).

Nei 13enni, i confronti statisticamente significativi riguardano le province di Padova e Verona che, rispetto alla prima indagine del 2002, riportano un decremento del consumo di vino di oltre 8 punti percentuali, con una frequenza nel 2010 intorno al 3%.

Infine, nello strato dei 15enni (graf. 7.9), la provincia di Verona segna il decremento più importante: dal dato iniziale del 26% del 2002 si è passati all'11.3% del 2010.

Nella tabella 7.12 sono illustrate, infine, le variazioni temporali per il consumo regolare di superalcolici (grafici 7.10, 7.11, 7.12).

superalcolici

Le diminuzioni maggiori tra le tre indagini si registrano nello strato dei 13enni (con un calo medio nel 2010 rispetto al 2002 tra le province di 4.5 punti percentuali), ma soprattutto in quello dei 15enni dove il decremento più importante (18 punti percentuali) è quello delle province di Rovigo e di Verona dove dal 30.8% di Rovigo e dal 30.9% di Verona nel 2002 si è scesi al 12.5% per entrambe le province nel 2010.

In particolare, la più ampia diminuzione nel tempo riguarda il campione dei maschi della provincia di Rovigo che da un consumo regolare di superalcolici del 40.7% nel 2002 è sceso al 16.9% nel 2010.

consumo
quotidiano
di alcol

Le Aziende ULSS

La Tabella 7.4 riporta le frequenze relative al consumo quotidiano e settimanale di alcol a livello di Aziende locali: le prevalenze si differenziano in modo statisticamente significativo in tutti e tre gli strati d'età per entrambe le modalità di consumo.

Per il consumo quotidiano di alcol, nello strato degli 11enni la percentuale più elevata è associata all'Ulss 1 di Belluno (4.6%), mentre tra i 13enni appartiene all'Ulss 6 di Vicenza con il 6% e nei 15enni va attribuita alla provincia di Rovigo con il 9.9% di consumo quotidiano.

consumo
settimanale di
alcol

Rispetto al consumo settimanale, per gli 11enni, il valore che si discosta maggiormente dal dato regionale è quello dell'Ulss 3 di Bassano del Grappa (6.9%). Tra i 13enni la prevalenza maggiore fa capo all'Ulss 6 (15.3%), mentre tra i ragazzi 15enni, i maggiori bevitori sono quelli dell'Ulss 20 e dell'Ulss 1 con percentuali rispettivamente del 35.2% e 37.5% di consumo settimanale che oltrepassano di circa 10 punti il dato regionale (26.8%).

La percentuale minore, invece, di consumo settimanale di alcolici tra i 15enni è presente nell'Ulss 19, con il 16.9% di consumo.

Si rimanda il lettore alle figure 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 presenti nella sezione "Variazioni temporali" di questo capitolo per vedere, anche a livello di Aziende Ulss, come i fenomeni ora indagati si siano modificati nel corso delle tre rilevazioni HBSC del 2002, 2006, 2010.

Tabella 7.1 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che bevono alcolici ogni giorno o ogni settimana a livello di provincia

CONSUMO QUOTIDIANO																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	1.7	0.9	5.8	5.4	0.9	1.3	0.8	1.2	1.8	2.7	1.5	1.4	1.2	2.1	2.7	2.9
femmine	0.5	0.4	-	-	0.8	1.0	0.4	0.8	-	-	0.9	1.1	1.4	2.7	0.2	0.4
totale	1.1	0.5	2.8	2.6	0.8	0.8	0.6	0.7	1.0	1.4	1.2	1.0	1.3	2.4	1.5	1.5
13 ANNI																
maschi	2.5	0.9	2.3	3.3	5.5	3.1	1.5	1.6	3.0	2.3	2.0	1.6	1.3	2.4	0.9	0.9
femmine	0.6	0.4	-	-	1.6	1.5	0.6	0.9	0.8	1.1	0.4	0.8	-	-	0.2	0.4
totale	1.6	0.5	1.2	1.7	3.6	1.7	1.0	0.8	2.0	1.3	1.2	0.9	0.6	1.1	0.5	0.5
15 ANNI																
maschi	6.8	1.5	5.3	4.3	7.2	2.7	11.8	6.3	4.9	2.5	6.1	2.9	10.7	7.1	5.0	2.6
femmine	1.9	0.9	-	-	1.8	1.7	3.1	2.7	-	-	1.4	1.4	4.0	2.9	2.5	2.8
totale	4.3	1.0	3.0	2.5	4.0	1.9	6.7	3.4	2.6	1.5	3.9	1.6	7.2	4.6	3.9	2.0
CONSUMO SETTIMANALE																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	4.3	1.3	8.9	5.5	4.1	3.5	2.8	2.2	3.8	3.5	4.8	2.9	3.7	3.0	5.4	3.4
femmine	1.1	0.6	-	-	1.5	2.1	0.4	0.8	1.3	1.4	1.6	1.5	2.9	5.5	0.4	0.6
totale	2.8	0.8	4.3	2.7	2.8	1.9	1.7	1.2	2.6	2.3	3.3	1.7	3.3	3.4	3.0	1.7
13 ANNI																
maschi	9.1	1.7	8.5	6.3	13.9	4.2	6.4	3.6	7.5	3.8	10.2	3.1	11.9	8.1	6.3	3.6
femmine	3.9	1.0	0.9	1.6	6.9	3.1	3.2	1.8	4.2	3.4	2.9	1.7	2.9	3.1	3.2	2.1
totale	6.5	1.1	4.9	3.4	10.6	3.0	4.8	2.1	5.9	2.6	6.6	1.8	7.4	3.7	4.7	2.0
15 ANNI																
maschi	34.2	3.2	40.4	7.4	35.1	5.8	34.0	12.5	33.0	8.9	30.2	4.2	38.4	10.8	35.9	5.3
femmine	19.6	2.4	24.7	7.0	21.8	5.6	19.0	5.6	14.5	4.1	19.2	6.4	17.3	8.2	22.4	6.5
totale	26.8	2.3	33.6	6.9	27.3	4.5	25.2	7.2	24.2	5.7	25.1	4.1	27.4	8.8	30.1	4.4

Tabella 7.2 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che bevono regolarmente birra o vino a livello di provincia

BIRRA

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	2.7	0.9	5.8	4.4	2.5	2.1	2.1	1.8	1.6	1.9	1.8	1.7	3.6	2.9	4.3	3.0
femmine	0.6	0.4	-	-	0.8	1.0	0.4	0.8	0.8	1.1	0.7	0.9	1.4	2.7	0.2	0.4
totale	1.7	0.5	2.8	2.1	1.6	1.1	1.3	1.0	1.2	1.1	1.2	1.1	2.6	2.4	2.3	1.5
13 ANNI																
maschi	6.8	1.5	6.4	4.8	10.8	3.9	3.8	3.0	6.3	3.6	6.8	2.5	13.0	8.0	4.2	2.9
femmine	2.6	0.9	0.8	1.6	4.5	2.7	2.1	1.6	2.7	2.8	2.1	1.5	3.3	5.0	2.1	1.7
totale	4.7	0.9	3.8	2.7	7.8	2.7	2.9	1.8	4.6	2.4	4.5	1.4	8.1	4.8	3.1	1.6
15 ANNI																
maschi	26.9	2.8	33.9	8.7	28.8	5.2	24.9	10.2	28.0	8.0	24.3	4.2	25.7	10.7	26.7	4.6
femmine	12.1	2.0	18.2	7.2	12.4	4.8	12.2	4.6	8.7	3.2	11.7	5.5	10.4	4.1	14.4	5.7
totale	19.4	2.0	27.1	8.2	19.2	3.8	17.4	5.8	18.9	5.0	18.5	3.7	17.8	6.9	21.5	4.1

VINO

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	3.1	1.1	2.9	3.4	3.6	2.9	2.7	1.8	1.7	1.9	3.9	2.8	2.4	3.0	3.8	2.9
femmine	0.6	0.4	-	-	0.8	1.0	0.4	0.8	0.9	1.2	0.9	1.1	1.4	2.7	-	-
totale	1.9	0.6	1.4	1.7	2.1	1.4	1.7	1.0	1.3	1.4	2.4	1.7	2.0	1.7	2.0	1.5
13 ANNI																
maschi	5.6	1.2	4.1	3.8	10.2	3.3	4.8	2.8	3.8	2.5	5.7	2.0	4.6	3.4	3.6	2.6
femmine	2.0	0.8	-	-	4.2	2.6	1.1	1.3	1.2	1.6	1.3	1.3	2.1	2.8	2.4	2.0
totale	3.8	0.8	2.1	1.9	7.3	2.6	2.9	1.6	2.6	1.7	3.5	1.2	3.3	1.9	3.0	1.4
15 ANNI																
maschi	16.8	2.3	16.8	6.2	18.7	4.3	21.1	8.8	13.9	5.5	13.7	3.7	24.0	9.9	16.1	4.6
femmine	5.3	1.3	2.7	3.6	5.4	2.9	5.6	2.8	3.0	2.9	7.4	2.9	8.0	6.2	4.8	3.0
totale	11.0	1.6	10.7	5.1	10.9	3.6	11.9	5.0	8.7	3.3	10.8	2.4	15.7	8.3	11.3	3.4

Tabella 7.3 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che bevono regolarmente superalcolici o spritz a livello di provincia

SUPERALCOLICI																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
Maschi	1.4	0.8	2.9	5.2	1.1	1.2	1.1	1.3	0.4	0.7	1.4	1.6	1.2	2.1	2.5	2.9
Femmine	0.3	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	1.3	-	-	0.2	0.4
totale	0.8	0.4	1.4	2.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.2	0.4	1.3	1.0	0.7	1.2	1.4	1.5
13 ANNI																
Maschi	2.5	0.9	3.6	3.8	4.5	2.3	2.0	1.6	2.9	2.1	2.2	2.2	4.7	3.7	0.2	0.4
Femmine	1.1	0.6	-	-	1.9	1.6	0.7	1.0	1.0	1.2	1.9	2.0	-	-	0.4	0.6
totale	1.8	0.5	1.9	1.9	3.3	1.5	1.3	1.0	2.0	1.1	2.0	1.4	2.3	1.7	0.3	0.4
15 ANNI																
Maschi	14.7	2.2	23.6	4.9	15.8	4.3	17.3	8.0	13.1	6.3	11.6	3.6	16.9	6.9	13.6	3.7
Femmine	9.1	1.5	8.5	5.0	11.8	3.9	8.2	3.4	6.8	2.8	7.2	3.5	8.5	5.7	11.1	3.5
totale	11.8	1.5	17.1	4.7	13.4	3.2	11.9	4.7	10.2	3.9	9.5	2.9	12.5	4.1	12.5	2.9
SPRITZ																
11 ANNI																
Maschi	3.1	1.1	3.6	5.2	2.5	1.8	4.1	3.4	1.3	1.4	3.8	2.4	2.2	2.7	4.0	3.1
Femmine	1.0	0.6	-	-	-	-	1.1	1.5	1.1	1.3	2.0	1.6	-	-	1.4	1.7
totale	2.1	0.7	1.8	2.5	1.2	0.9	2.7	2.5	1.2	0.9	2.9	1.6	1.2	1.5	2.7	2.0
13 ANNI																
Maschi	5.5	1.3	2.1	2.5	7.9	3.2	7.3	3.5	5.3	2.8	5.3	2.5	8.2	8.2	1.9	1.9
Femmine	2.7	0.9	4.0	3.2	4.0	2.6	1.0	1.1	2.7	3.1	3.6	1.9	3.7	5.1	1.9	1.8
totale	4.1	0.9	3.0	2.0	6.0	2.6	4.1	1.9	4.1	2.2	4.4	1.6	5.9	3.6	1.9	1.5
15 ANNI																
Maschi	24.8	3.0	24.8	7.3	29.9	6.5	27.6	7.7	24.8	6.5	24.9	4.6	33.8	11.7	17.2	7.7
Femmine	22.4	2.5	23.6	7.6	27.1	5.7	23.4	4.3	24.0	6.3	18.9	6.2	19.5	11.4	16.7	5.6
totale	23.6	2.1	24.2	5.8	28.3	4.7	25.1	4.5	24.4	5.0	22.1	3.5	26.3	10.6	17.0	5.5

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	1.1	0.5	1.6	0.5	4.3	1.0	2.8	0.8	6.5	1.1	26.8	2.3
ULSS 1	4.6	3.4	-	-	3.4	3.8	4.6	3.4	3.3	3.7	37.5	7.6
ULSS 2	-	-	3.2	3.5	2.4	2.7	3.9	4.2	7.4	5.9	28.0	10.8
ULSS 3	2.8	2.6	1.9	3.5	1.5	1.6	6.9	4.2	5.2	4.2	24.1	7.3
ULSS 4	-	-	1.3	1.6	4.2	4.6	0.6	1.1	9.7	4.0	32.7	7.9
ULSS 5	-	-	3.9	3.3	4.4	3.1	-	-	9.1	7.6	27.4	11.4
ULSS 6	0.7	1.2	6.0	3.2	5.3	3.8	3.4	4.0	15.3	5.1	26.0	8.4
ULSS 7	1.8	2.5	0.6	1.1	6.7	4.2	4.2	3.3	2.4	1.8	27.6	11.3
ULSS 8	0.6	1.2	1.2	1.5	6.5	3.5	1.3	1.6	8.6	5.0	27.3	12.0
ULSS 9	-	-	1.2	1.4	6.8	6.7	0.6	1.2	3.5	2.0	22.4	12.1
ULSS 10	-	-	3.4	2.7	-	-	1.3	1.5	9.6	5.5	21.1	7.2
ULSS 12	2.9	3.9	0.8	1.4	2.4	2.6	4.4	6.4	2.3	2.7	23.2	5.9
ULSS 13	-	-	1.8	2.4	5.2	3.3	2.5	1.7	6.1	4.3	27.6	10.8
ULSS 14	-	-	1.2	2.1	1.6	2.7	1.3	2.2	8.5	5.5	24.6	25.1
ULSS 15	2.4	1.6	0.7	1.2	3.8	1.7	6.0	3.9	6.1	3.8	24.1	8.5
ULSS 16	1.1	2.0	1.7	1.6	3.9	2.7	2.2	2.2	7.4	2.8	25.5	5.3
ULSS 17	-	-	1.3	1.6	4.0	4.0	1.5	1.8	4.6	2.0	26.0	8.7
ULSS 18	1.9	3.3	0.9	1.6	9.9	5.5	4.8	4.5	8.2	4.9	32.2	9.5
ULSS 19	-	-	-	-	1.3	2.1	-	-	5.5	3.4	16.9	9.5
ULSS 20	2.1	2.6	-	-	4.8	2.7	2.7	2.7	2.2	1.8	35.2	5.0
ULSS 21	1.3	1.5	3.3	2.0	2.7	3.0	4.4	2.1	10.7	4.8	28.0	9.0
ULSS 22	0.7	1.2	-	-	3.0	3.9	2.6	2.7	5.6	3.2	22.7	6.5

Episodi di ubriachezza, consumo di alcolici nel fine settimana, binge drinking e motivazioni all'uso di alcol

Livello regionale

ubriachezza

La Tabella 7.5 mostra i dati dei giovani che riferiscono di essersi ubriacati due o più volte nell'arco della vita. Dalla Tabella è possibile notare come questo comportamento sia notevolmente più diffuso (con significatività statistica) nei 15enni (20.4%) rispetto a quanto ricorra nei 13enni (4.1%) e ancor meno negli 11enni (1.9%) ed emerge come siano i maschi a riportare frequenze maggiori di ubriacature rispetto alle femmine in tutti e tre gli strati di età.

alcol nel fine settimana

Analogo quadro si presenta rispetto all'assunzione di alcol nel fine settimana (tab. 7.5): quasi un 15enne su 2 (46.8%) dichiara di aver consumato alcol nel

week end precedente l'indagine. Le percentuali associate agli altri due strati del campione sono rispettivamente del 19.1% (13enni) e del 7.3% (11enni).

In questi due strati di età le assunzioni dei maschi eccedono quelle delle femmine, con differenze tra i sessi statisticamente significative, mentre tra i 15enni i consumi dei maschi e delle femmine si eguagliano.

La Tabella 7.6 riporta i dati relativi alla frequenza con cui i giovani hanno riferito di consumare 6 o più bicchieri di alcol in un'unica occasione, negli ultimi 12 mesi e che va sotto il nome di *binge drinking*.

binge
drinking

Il fenomeno del *binge drinking* desta preoccupato interesse e, secondo quanto attestano le più recenti indagini statistiche effettuate a livello nazionale, questa modalità di consumo è, ormai, un dato stabile anche per il nostro Paese (15).

Come dimostra la Tabella 7.6, questo comportamento ricorre maggiormente nei 15enni dove quasi un terzo dei rispondenti (31.6%) riferisce di averlo messo in pratica almeno una volta nell'ultimo anno, contro l'11.9% dei 13enni e il 7% degli 11enni.

A caratterizzare questo fenomeno sono ancora una volta i maschi con differenze di genere statisticamente significative in tutti e tre gli strati di età del campione. In particolare tra i 15enni il consumo dei maschi è del 35.8% mentre quello delle femmine è del 27.6%.

Rispetto alle due precedenti indagini, quella del 2010 si è arricchita di un ulteriore approfondimento riguardante le motivazioni al consumo di alcol, da parte del campione dei 15enni.

La Tabella 7.7 riporta l'elenco delle possibili scelte a disposizione degli studenti: la motivazione segnalata con maggior frequenza risulta essere quella "*Semplicemente perché piace*", con il 72% delle preferenze, senza differenze tra maschi e femmine.

motivazioni al
bere alcol

Le altre motivazioni che hanno riportato percentuali elevate tra 60% e il 65% sono: "*Perché è più divertente quando si è in compagnia*" (64.2%), "*Per godersi meglio una festa*" (63.9%), mentre quelle tra il 40% e il 50% sono risultate essere le seguenti: "*Perché così le feste sono più belle*" (48.2%) e "*Perché piace la sensazione che si prova*" (42.7%). Infine, tra il 20% e il 30% hanno trovato espressione le motivazioni: "*Perché aiuta se si è nervosi*" (24.3%), "*Per dimenticare i problemi*" (28.9%) e "*Per tirarsi su di morale quando si è giù*" (31.5%). Anche per tutte queste motivazioni le risposte si distribuiscono in maniera omogenea tra i maschi e le femmine.

Livello provinciale

I dati di confronto provinciale riguardanti gli episodi di ubriachezza a livello di campione totale risultano statisticamente significativi e diversificati solo nello strato dei 13enni.

ubriachezza

Dalla Tabella 7.5, in questo strato di età le province con la percentuale più elevata di giovani che si sono ubriacati due o più volte negli ultimi 12 mesi sono quelle di Vicenza, Rovigo e Padova, con percentuali comprese tra il 6.6 e il 5%.

Per quanto riguarda le differenze di genere sempre nello strato dei 13enni

la significatività statistica dei confronti fa emergere scarti tra i sessi solo nella provincia di Belluno, dove gli episodi di ubriacatura dei maschi sono del 6.6% rispetto allo 0.8%, invece, delle femmine.

Nello strato dei 15enni, le differenze di genere appaiono statisticamente significative in due sole province: Vicenza e Belluno, dove in quest'ultima provincia lo scarto tra maschi e femmine è di 16 punti percentuali e dove il consumo dei maschi 15enni (38.9%) confrontato con quello dei maschi di tutte le altre province risulta il più elevato.

alcol nel fine settimana

Rispetto all'uso di alcol del fine settimana, le distribuzioni percentuali delle province sono risultate omogenee in tutti e tre gli strati di età ed in linea con le stime regionali.

Vanno rilevate, invece, differenze di genere statisticamente significative nei seguenti due gruppi di età: negli 11enni, dove la differenza maggiore tra i sessi è presente nella provincia di Verona (9.8% per i maschi e 1.4% per le femmine) e nei 13enni, dove lo scarto più elevato si trova nella provincia di Padova (26.6% per i maschi e 16.6% per le femmine).

binge drinking

La Tabella 7.6 comprende i dati relativi al fenomeno del *binge drinking* (assunzione di 6 o più bicchieri di alcol in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi).

I confronti tra province non sono risultati statisticamente significativi per nessuno dei tre strati di età del campione. Ciò significa che le frequenze si distribuiscono in maniera omogenea all'interno delle province nei tre gruppi di età, allineandosi alle stime regionali.

Effettuando, invece, il confronto tra i generi appare interessante sottolineare come la differenza più importante e statisticamente significativa tra maschi e femmine sia quella della provincia di Venezia per lo strato dei 15enni, con una prevalenza del 36% per i maschi e una del 24.2% per le femmine.

Vale sottolineare come in questo strato di età i maschi 15enni della provincia di Belluno messi a confronto con tutti i maschi 15enni delle altre province venete siano risultati i più avvezzi a questo tipo di comportamento (48.1%) negli ultimi 12 mesi.

Le Aziende ULSS

ubriachezza

La distribuzione delle frequenze a livello di Aziende Ulss rispetto agli episodi di ubriachezza appare omogenea in tutti e tre gli strati di età del campione ed in sintonia con l'andamento regionale (tab. 7.8). Per tutte le Ulss del Veneto, le frequenze sono più elevate all'aumentare dell'età del campione.

alcol nel fine settimana

Rispetto all'analisi del consumo di alcolici nel fine settimana, i confronti tra le Aziende locali sono risultati statisticamente significativi solamente nello strato dei 15enni. L'Ulss con la percentuale più elevata è la Ulss 1 di Belluno: il 58% dei ragazzi assume alcol nel week end, mentre il consumo più basso è quello dell'Ulss 19 con il 32.1%.

Tabella 7.5 Episodi di ubriachezza due o più volte nell'arco della vita da parte dei giovani di 11,13 e 15 anni e assunzione di alcol nel fine settimana, a livello di provincia

EPISODI DI UBRACHEZZA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	3.1	1.1	2.9	3.1	3.5	2.3	3.0	2.5	1.9	1.5	2.0	1.7	2.1	2.7	5.4	3.6
femmine	0.5	0.4	-	-	0.7	1.0	0.3	0.6	0.8	1.1	0.5	0.9	2.8	3.3	-	-
totale	1.9	0.6	1.4	1.5	2.1	1.2	1.8	1.5	1.4	1.0	1.3	1.0	2.5	1.6	2.8	1.8
13 ANNI																
maschi	5.5	1.3	6.6	4.8	7.6	3.4	4.4	2.3	3.9	2.4	5.5	3.0	8.9	9.7	4.6	2.7
femmine	2.7	0.9	0.8	1.6	5.5	2.4	1.4	2.0	0.4	0.7	4.5	2.8	2.0	2.8	2.0	1.6
totale	4.1	0.8	3.8	2.4	6.6	2.4	2.9	1.5	2.2	1.5	5.0	1.6	5.4	4.4	3.3	1.6
15 ANNI																
maschi	22.3	3.1	38.9	10.5	27.1	7.2	21.7	7.8	21.0	6.0	18.4	5.3	24.1	8.4	19.4	7.7
femmine	18.6	2.9	22.8	14.1	18.2	5.6	21.9	7.3	17.5	6.9	15.4	6.7	16.2	8.0	18.8	6.7
totale	20.4	2.2	32.0	10.8	21.9	5.0	21.9	5.7	19.3	4.6	17.0	4.3	20.0	7.2	19.1	5.0

ALCOL NEL FINE SETTIMANA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	9.6	1.6	10.9	4.3	9.9	4.3	8.7	3.3	6.4	3.2	13.3	3.8	7.5	7.3	9.8	3.9
femmine	4.8	1.4	4.2	4.6	6.4	4.1	5.5	3.0	3.0	2.3	7.4	3.8	5.0	4.5	1.4	1.3
totale	7.3	1.1	7.5	3.5	8.1	2.8	7.2	2.5	4.8	2.0	10.4	3.1	6.4	3.6	5.8	2.2
13 ANNI																
maschi	22.4	2.7	23.5	10.3	25.0	6.1	19.7	6.0	19.9	6.5	26.6	5.7	27.7	10.7	18.7	6.4
femmine	15.7	2.0	28.2	8.4	14.6	4.3	10.4	3.6	13.8	5.5	16.6	4.1	16.1	10.2	19.9	4.0
totale	19.1	1.8	25.7	8.2	20.2	4.5	14.9	3.7	17.0	4.8	21.6	3.7	21.8	7.7	19.3	3.5
15 ANNI																
maschi	48.8	3.2	51.6	8.0	54.5	7.8	46.6	10.3	45.2	6.9	48.4	6.4	40.4	5.3	50.4	6.8
femmine	44.9	3.3	54.6	9.0	47.4	7.4	46.1	5.4	40.3	5.9	41.0	11.9	42.1	11.9	46.6	7.7
totale	46.8	2.4	52.9	7.0	50.3	5.3	46.3	5.8	42.9	5.0	45.0	6.6	41.3	7.4	48.8	4.9

Tabella 7.6 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che hanno bevuto 6 o più bicchieri in un'unica occasione almeno una volta nei 12 mesi precedenti a livello di provincia

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	9.9	1.8	10.4	7.2	9.0	3.2	10.6	4.2	7.6	3.7	13.4	4.7	13.3	5.6	8.0	4.4
femmine	3.8	1.1	3.1	3.0	4.3	2.4	2.5	1.8	4.9	2.8	5.4	3.1	5.6	4.5	1.8	1.8
totale	7.0	1.2	6.8	4.5	6.6	2.2	6.8	2.9	6.3	2.3	9.5	3.4	9.8	4.8	4.9	2.4
13 ANNI																
maschi	15.6	2.3	17.8	10.0	15.9	4.5	16.7	5.4	14.4	5.2	15.2	4.6	14.0	5.1	15.4	7.6
femmine	8.2	1.6	9.7	9.6	8.1	3.5	6.0	2.9	8.5	3.1	9.0	4.3	15.1	11.6	7.4	3.0
totale	11.9	1.4	13.8	7.7	12.3	3.2	11.1	3.0	11.7	2.7	12.1	2.9	14.5	4.5	11.3	4.4
15 ANNI																
maschi	35.8	3.3	48.1	10.9	40.2	6.1	37.2	6.5	36.0	6.7	31.2	7.2	26.5	7.5	34.4	9.3
femmine	27.6	3.2	31.7	12.3	30.1	6.8	33.2	7.2	24.2	5.9	22.7	5.5	25.6	10.5	23.9	8.2
totale	31.6	2.5	40.8	11.2	34.3	5.3	34.8	5.4	30.4	5.8	27.3	5.0	26.0	8.5	30.0	6.8

Tabella 7.7 Motivazioni al consumo di alcol nei dodici mesi precedenti da maschi e femmine di 15 anni – stima regionale

	15 ANNI					
	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Motivazioni al consumo di alcol						
Per godersi meglio una festa	63.1	3.9	64.7	3.0	63.9	2.6
Perché aiuta se si è nervosi	22.0	3.2	26.5	3.3	24.3	2.5
Per tirarsi su di morale quando si è giù	26.2	3.4	36.9	3.7	31.5	2.9
Perché piace la sensazione che si prova	46.0	3.8	39.3	3.9	42.7	2.7
Per essere ubriachi	20.9	3.3	14.8	2.5	17.9	2.2
Perché è più divertente quando si è in compagnia	65.2	3.4	63.2	3.1	64.2	2.4
Per far parte di un certo gruppo	12.1	2.1	6.1	1.4	9.1	1.4
Perché così le feste sono più belle	52.0	3.6	44.3	3.7	48.2	2.8
Per dimenticare i problemi	22.3	3.1	35.6	3.9	28.9	3.0
Semplicemente perché piace	73.0	2.9	71.0	3.3	72.0	2.2
Per poter piacere agli altri	13.2	2.7	8.1	1.9	10.7	1.7
Per non sentirsi esclusi	15.6	2.3	13.3	2.4	14.5	1.8

Tabella 7.8 Giovani di 11,13 e 15 anni che si sono ubriacati due o più volte nell'arco della vita o che assumono alcol nel fine settimana a livello di Azienda ULSS

Regione	EPISODI DI UBRIACHEZZA						ALCOL NEL FINE SETTIMANA					
	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI		11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	1.9	0.6	4.1	0.8	20.4	2.2	7.3	1,1	19.1	1,8	46.8	2,4
ULSS 1	1.1	2.0	4.3	3.6	36.4	12.1	5.7	4.8	27.7	12.8	58.0	8.6
ULSS 2	1.9	2.0	3.1	2.2	25.6	18.3	10.3	3.9	22.7	4.7	45.8	7.2
ULSS 3	2.8	3.8	3.2	2.3	16.7	8.4	4.0	3.5	14.0	5.1	46.8	10.6
ULSS 4	1.2	1.4	5.7	2.4	25.1	8.1	5.3	4.1	19.5	9.3	53.8	5.6
ULSS 5	1.3	2.4	9.0	6.1	17.4	6.6	11.0	7.9	21.8	10.6	50.0	9.1
ULSS 6	2.6	1.7	7.8	5.2	25.8	11.1	10.5	4.2	23.2	8.0	50.7	11.7
ULSS 7	4.2	3.9	3.4	2.7	19.3	6.7	5.3	3.5	20.1	6.2	47.8	8.0
ULSS 8	0.6	1.2	4.2	2.6	24.6	8.3	7.5	3.8	15.6	7.7	52.8	10.3
ULSS 9	1.2	2.2	1.7	2.1	21.5	10.4	8.0	4.4	11.9	4.9	41.3	8.8
ULSS 10	1.9	2.5	2.7	3.9	19.7	3.7	6.3	3.4	21.8	8.6	42.6	4.8
ULSS 12	1.4	1.6	2.1	2.6	19.3	9.7	3.6	3.7	12.1	8.2	41.0	8.8
ULSS 13	0.6	1.1	1.8	1.6	15.8	8.5	5.3	3.5	18.5	8.3	43.1	4.4
ULSS 14	2.5	2.2	3.6	1.6	25.8	11.2	10.0	7.6	20.2	8.4	46.8	23.6
ULSS 15	2.4	2.2	5.3	3.5	18.5	7.4	14.1	5.8	25.3	7.2	48.2	10.0
ULSS 16	0.5	1.0	5.6	2.5	15.0	7.2	6.8	4.0	18.6	4.2	43.6	10.8
ULSS 17	0.7	1.2	3.2	1.8	19.1	3.7	9.9	6.1	21.4	8.6	43.2	12.9
ULSS 18	2.8	2.0	7.1	5.6	19.5	9.8	6.4	4.3	19.5	9.6	45.5	7.8
ULSS 19	1.6	2.5	1.4	2.6	21.1	8.1	6.3	6.6	27.4	10.1	32.1	7.4
ULSS 20	3.3	3.2	2.9	2.6	21.5	7.9	4.6	2.8	19.4	4.9	52.3	4.1
ULSS 21	3.1	2.5	4.5	2.7	16.4	8.5	11.4	5.2	20.6	4.7	47.1	10.0
ULSS 22	1.9	1.6	3.4	2.3	16.5	8.2	5.0	3.8	18.5	7.2	43.9	11.7

Variazioni temporali

Assunzione quotidiana di alcol e consumo regolare delle diverse tipologie di alcolici

Nella presente sezione vengono evidenziate sotto forma di Tabelle, grafici e figure le variazioni temporali intercorse tra le tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 relativamente al fenomeno del consumo quotidiano di alcolici e del consumo regolare di diverse tipologie di bevande. Le Tabelle 7.9, 7.10, 7.11, 7.12 riportano le distribuzioni percentuali a livello di regione e provincia per ogni indagine effettuata relativamente al consumo quotidiano di alcol e al consumo regolare di birra, vino e superalcolici. I grafici 7.1, 7.2, 7.3 rappresentano il fenomeno del consumo quotidiano a livello di provincia per ognuno dei tre strati d'età, i grafici da 7.4 a 7.12 descrivono il consumo delle diverse tipologie di alcolici, sempre suddivisi per i tre gruppi di età. Infine, le figure 7.1 e 7.2 accompagnano il lettore nella visualizzazione dei cambiamenti temporali avvenuti su tutto il territorio veneto.

Per la spiegazione dei risultati delle Tabelle 7.9, 7.10, 7.11, 7.12 sulle variazioni temporali di questa tematica, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove nella parte dedicata alla descrizione dei dati della Regione e della provincia vengono presentati in maniera estesa e dettagliata anche i risultati delle modificazioni temporali tra le indagini HBSC.

Tuttavia, a titolo riassuntivo, è possibile evidenziare come il consumo quotidiano di alcol abbia registrato una diminuzione, in tutti e tre gli strati di età (tab. 7.9). Lo stesso vale per il consumo regolare di birra (tab. 10), vino (tab. 11) e di superalcolici (tab. 12). In particolare, le variazioni più importanti riguardano lo strato dei 15enni: dal 2002 il consumo di birra è calato di oltre 10 punti percentuali, passando dal 31.6% all'attuale 19.4%; il consumo di vino si è quasi dimezzato (dal 21.1% del 2002 all'11% del 2010) e il consumo di superalcolici è passato dal 25.2% del 2002 all'8% del 2010.

Tabella.7.9 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

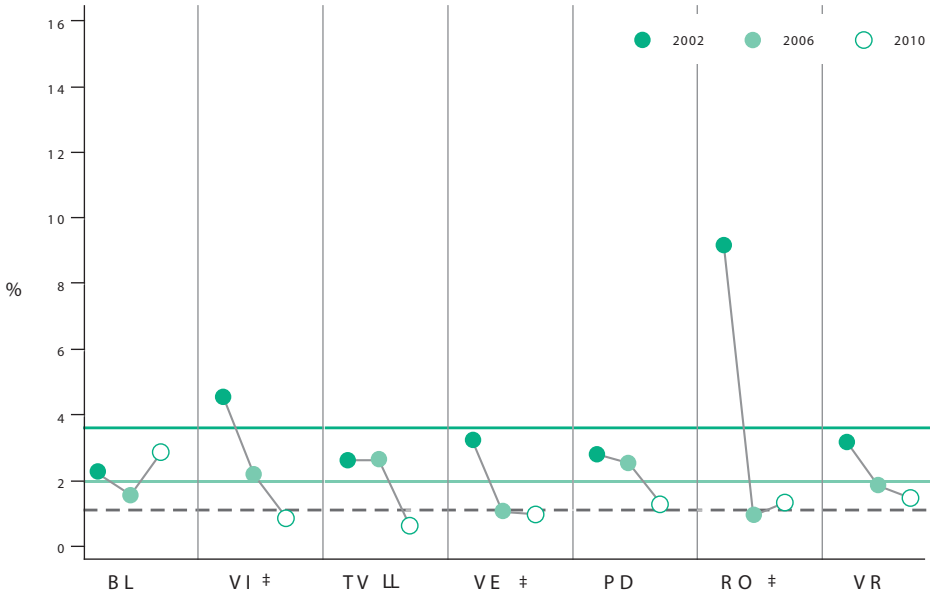
	CONSUMO ALCOL QUOTIDIANO								
	2002			2006			2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
%	%	%	%	%	%	%	%	%	
11 anni									
Regione	5.2‡	1.9‡	3.6‡	3.1‡	0.7‡	2.0‡	1.7‡	0.5‡	1.1‡
Belluno	4.9	-	2.2	1.9	1.1	1.6	5.8	-	2.8
Vicenza	8.7‡	0.5	4.5‡	4.1‡	-	2.1‡	0.9‡	0.8	0.8‡
Treviso	4.3‖	0.6	2.6‖	3.8‖	1.2	2.6‖	0.8‖	0.4	0.6‖
Venezia	3.7	2.7‡	3.2‡	2.1	-‡	1.0‡	1.8	-‡	1.0‡
Padova	1.3	4.3‖	2.8	3.4	1.4‖	2.5	1.5	0.9‖	1.2
Rovigo	13.2‡	4.8	9.1‡	0.8‡	1.0	0.9‡	1.2‡	1.4	1.3‡
Verona	4.9	1.0	3.1	2.8	0.9	1.8	2.7	0.2	1.5
13 anni									
Regione	7.5‡	3.1‡	5.4‡	3.1‡	1.4‡	2.3‡	2.5‡	0.6‡	1.6‡
Belluno	8.7	1.7	5.6*	10.9	-	5.1*	2.3	-	1.2*
Vicenza	5.5	4.9‖	5.2	2.6	-‖	1.4	5.5	1.6‖	3.6
Treviso	8.6‡	4.5‡	6.3‡	2.0‡	1.3‡	1.7‡	1.5‡	0.6‡	1.0‡
Venezia	6.1	1.8	4.3	3.5	0.7	2.1	3.0	0.8	2.0
Padova	8.1‡	2.3	5.2‡	1.7‡	2.1	1.9‡	2.0‡	0.4	1.2‡
Rovigo	11.0‡	-	6.6	8.5‡	5.0	6.6‡	1.3‡	-	0.6‡
Verona	7.5‡	3.3‖	5.6‡	2.8‡	1.9‖	2.4‡	0.9‡	0.2‖	0.5‡
15 anni									
Regione	12.5‡	3.9‡	8.2‡	7.3‡	2.5‡	4.8‡	6.8‡	1.9‡	4.3‡
Belluno	14.2‡	-	8.8‡	3.8‡	2.8	3.4‡	5.3‡	-	3.0‡
Vicenza	12.0*	3.9	7.3‡	5.9*	4.1	4.9‡	7.2*	1.8	4.0‡
Treviso	12.7	1.7	7.5	9.2	1.9	5.4	11.8	3.1	6.7
Venezia	11.1‡	3.7‡	7.4‡	5.6‡	2.5‡	3.9‡	4.9‡	-‡	2.6‡
Padova	12.2‡	2.2	7.7‡	9.7‡	1.3	4.2‡	6.1‡	1.4	3.9‡
Rovigo	18.0	7.0	11.6	8.0	3.2	5.9	10.7	4.0	7.2
Verona	12.2‡	7.9‡	10.2‡	7.1‡	2.6‡	5.5‡	5.0‡	2.5‡	3.9‡

* Differenza significativa per p < 0.10

‖ Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza significativa per p < 0.01

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

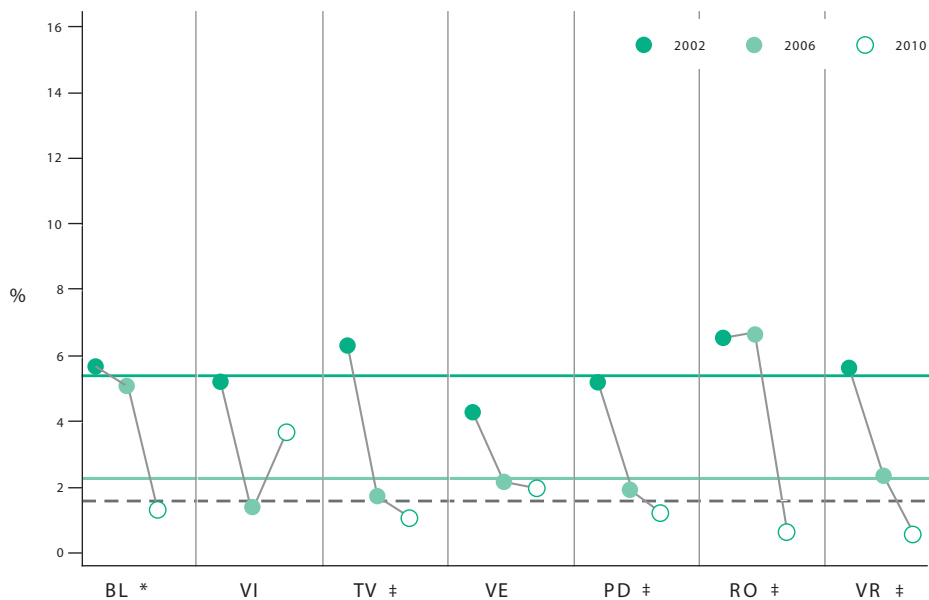
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

† Differenza significativa per $p < 0.05$

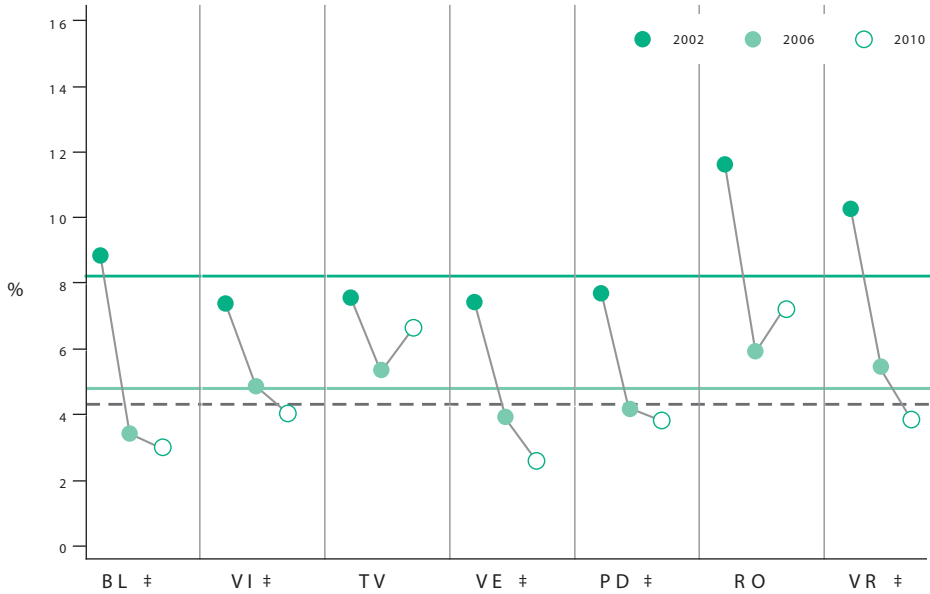
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano alcol quotidianamente: indagine 2010, livello regionale.

Figura 7.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni consumano alcol quotidianamente

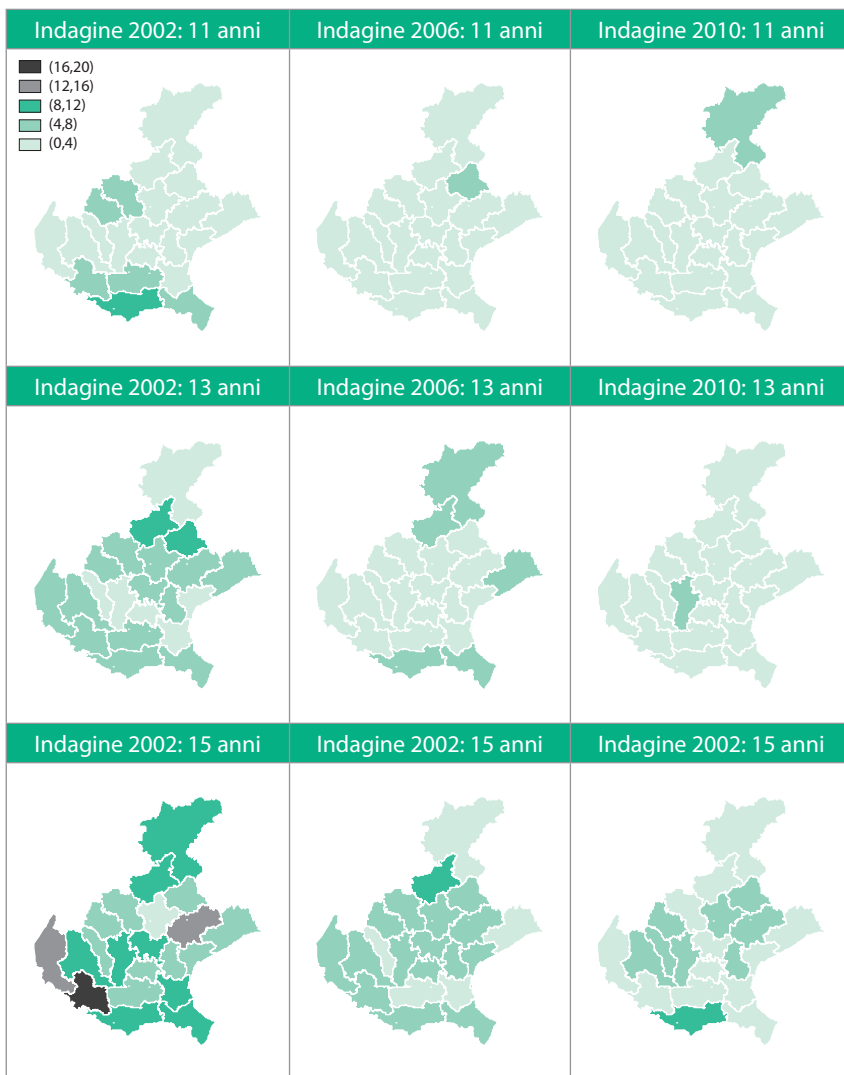


Tabella 7.10 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

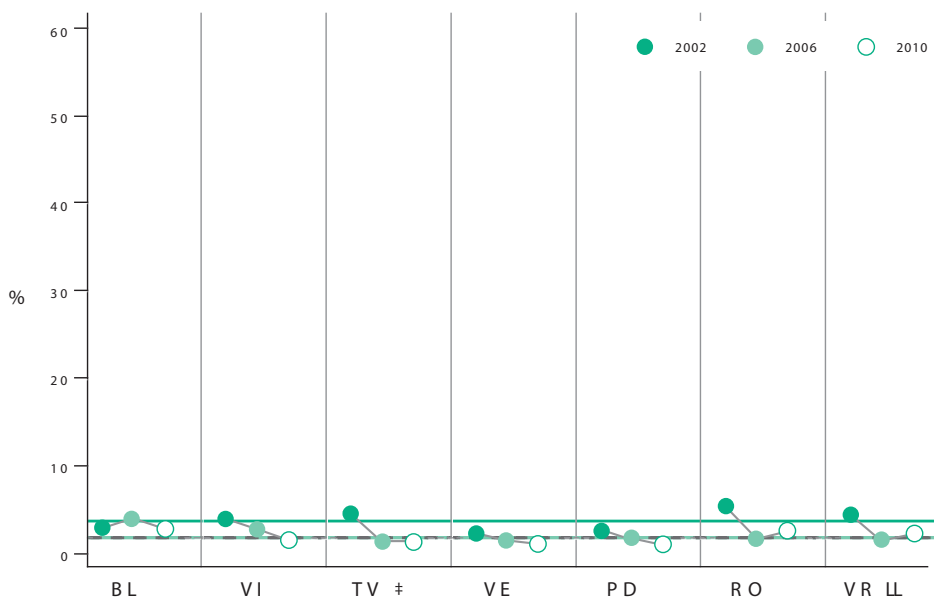
11 anni	2002						2006						2010					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	‡	%	‡	%	‡	%	‡	%	‡	%	‡	%	‡	%	‡	%	‡
Regione	6.0‡		1.2		3.6‡		2.5‡		1.3		1.9‡		2.7‡		0.6		1.7‡	
Belluno	5.5		-		2.5		6.1		1.1		3.9		5.8		-		2.8	
Vicenza	6.7‡		0.4		3.4		3.6‡		1.7		2.7		2.5‡		0.8		1.6	
Treviso	7.7‡		1.2		4.8‡		1.0‡		1.9		1.4‡		2.1‡		0.4		1.3‡	
Venezia	3.9		1.0		2.4		2.2		0.8		1.5		1.6		0.8		1.2	
Padova	2.8		2.5		2.6		2.7		0.7		1.8		1.8		0.7		1.2	
Rovigo	7.9		1.6		4.7		3.2		-		1.8		3.6		1.4		2.6	
Verona	7.0*		1.0		4.3‡		1.8*		1.5		1.6‡		4.3*		0.2		2.3‡	
13 anni																		
Regione	15.4‡		6.9‡		11.3‡		9.1‡		3.9‡		6.6‡		6.8‡		2.6‡		4.7‡	
Belluno	17.3		6.2		12.5‡		13.2		3.0		7.8‡		6.4		0.8		3.8‡	
Vicenza	17.4‡		6.9		12.3‡		10.7‡		2.8		7.1‡		10.8‡		4.5		7.8‡	
Treviso	14.5‡		6.7‡		10.2‡		8.5‡		4.7‡		6.9‡		3.8‡		2.1‡		2.9‡	
Venezia	12.4‡		7.2*		10.2‡		8.9‡		3.3*		6.2‡		6.3‡		2.7*		4.6‡	
Padova	13.9‡		7.0‡		10.4‡		6.0‡		2.7‡		4.5‡		6.8‡		2.1‡		4.5‡	
Rovigo	19.4		12.7*		16.7‡		16.7		2.9*		9.3‡		13.0		3.3*		8.1‡	
Verona	16.0‡		5.5		11.3‡		8.8‡		6.2		7.4‡		4.2‡		2.1		3.1‡	
15 anni																		
Regione	43.7‡		19.1‡		31.6‡		35.0‡		14.0‡		23.9‡		26.9‡		12.1‡		19.4‡	
Belluno	60.9‡		23.8		46.8‡		34.8‡		20.8		28.5‡		33.9‡		18.2		27.1‡	
Vicenza	46.8‡		17.3		30.0‡		38.0‡		14.8		24.2‡		28.8‡		12.4		19.2‡	
Treviso	43.8‡		15.5		30.6‡		32.0‡		11.6		21.3‡		24.9‡		12.2		17.4‡	
Venezia	38.8‡		20.0‡		29.3‡		29.3‡		11.7‡		19.8‡		28.0‡		8.7‡		18.9‡	
Padova	39.3‡		19.2		30.1‡		38.0‡		16.7		23.9‡		24.3‡		11.7		18.5‡	
Rovigo	50.4‡		14.5		30.2‡		38.9‡		12.7		27.5‡		25.7‡		10.4		17.8‡	
Verona	44.0‡		24.6‡		35.1‡		36.6‡		13.1‡		28.0‡		26.7‡		14.4‡		21.5‡	

* Differenza significativa per p < 0.10

‡ Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza significativa per p < 0.01

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

‡ Differenza significativa per $p < 0.05$

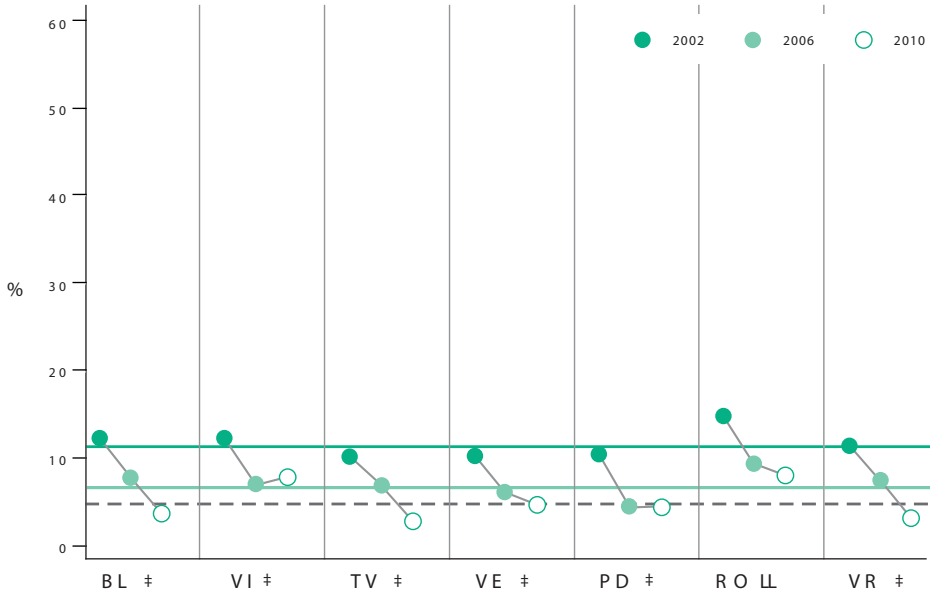
† Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

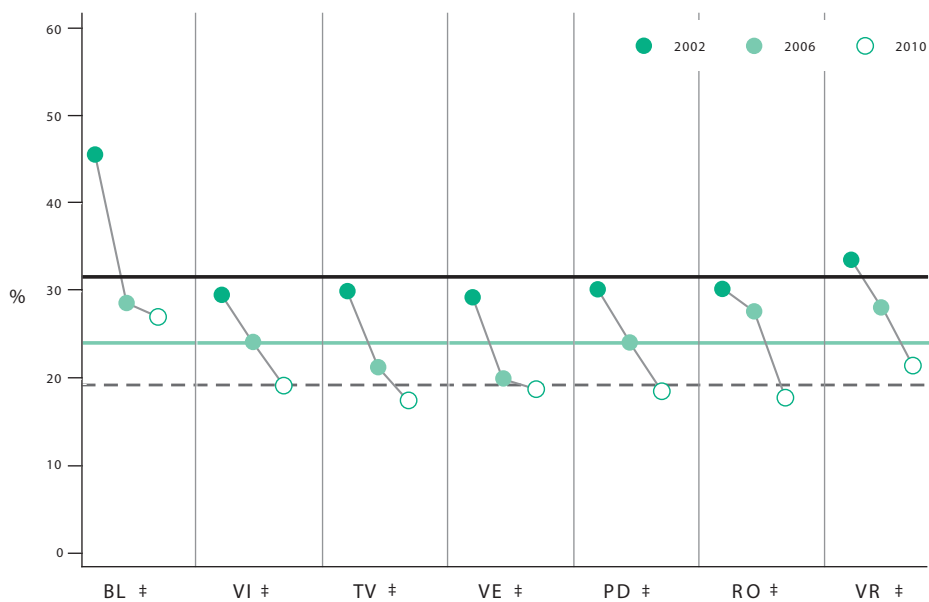
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

‖ Differenza significativa per $p < 0.05$

† Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano birra regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

Figura 7.2 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni consumano birra regolarmente

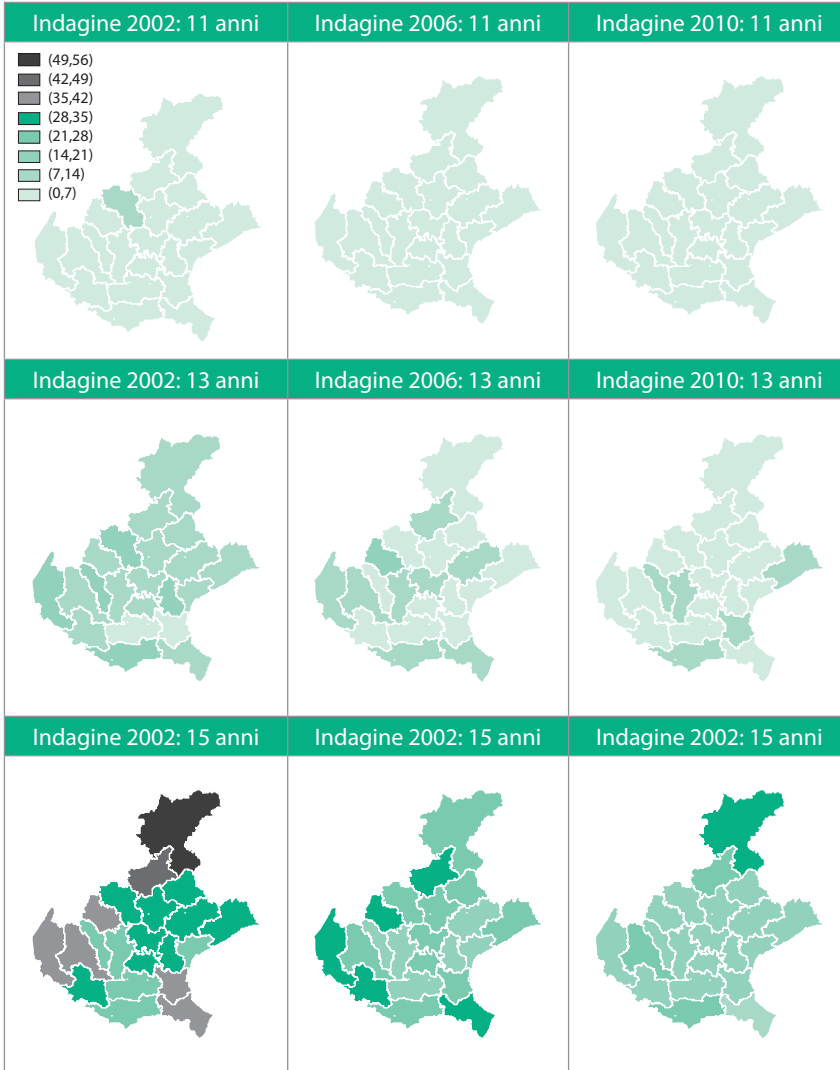


Tabella 7.11 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

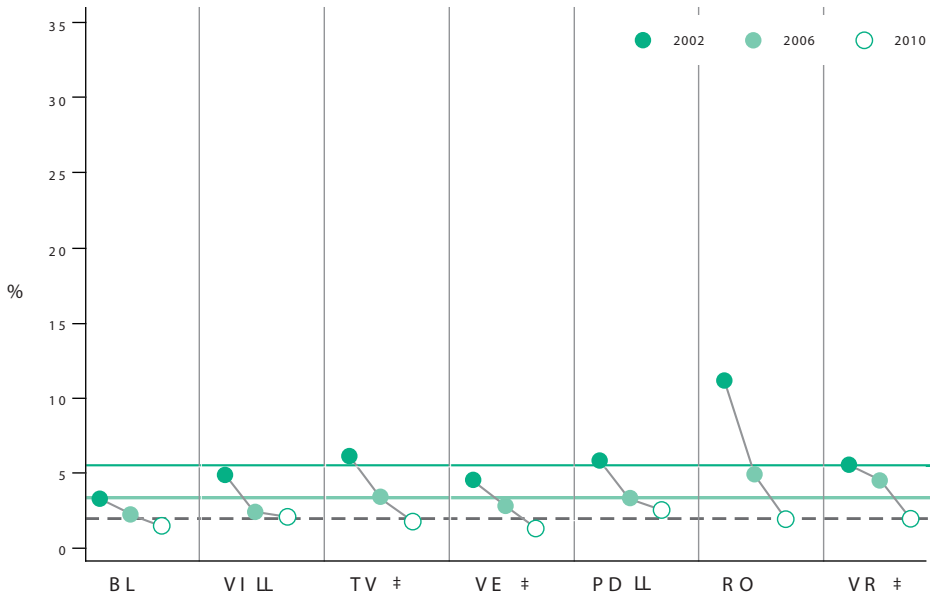
11 anni	2002						2006						2010					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Regione	9.2†	1.7†	5.5†	4.6†	1.8†	3.3†	3.1†	2.9	0.6†	1.9†								
Belluno	5.0	1.0	3.4	3.1	1.1	2.2	2.9	-	1.4									
Vicenza	9.0†	-	4.5II	4.0†	0.5	2.3II	3.6†	0.8	2.1II									
Treviso	11.0†	0.5	6.3†	4.1†	2.5	3.4†	2.7†	0.4	1.7†									
Venezia	6.0†	2.0	4.4†	4.5†	1.1	2.8†	1.7†	0.9	1.3†									
Padova	6.0	4.0†	5.5II	5.6	0.7†	3.3II	3.9	0.9†	2.4II									
Rovigo	17.0†	5.0	11.4†	6.2†	3.0	4.8†	2.4†	1.4	2.0†									
Verona	9.0†	0.5	5.5†	4.7†	4.1†	4.4†	3.8†	-†	2.0†									
13 anni																		
Regione	14.1†	6.8†	10.6†	8.7†	4.3†	6.6†	5.6†	2.0†	3.8†									
Belluno	9.7	3.4*	7.0†	9.2	-.*	4.3†	4.1	-.*	2.1†									
Vicenza	15.2	7.2	11.3	9.9	4.3	7.4	10.2	4.2	7.3									
Treviso	11.9†	6.7†	9.0†	8.9†	5.6†	7.5†	4.8†	1.1†	2.9†									
Venezia	11.5†	6.2†	9.3†	7.9†	3.4†	5.7†	3.8†	1.2†	2.6†									
Padova	16.1†	8.0†	12.0†	7.0†	3.5†	5.4†	5.7†	1.3†	3.5†									
Rovigo	14.5†	5.7	11.0†	11.2†	7.9	9.4†	4.6†	2.1	3.3†									
Verona	16.0†	6.6	11.7†	9.2†	4.6	6.8†	3.6†	2.4	3.0†									
15 anni																		
Regione	29.2†	12.6†	21.1†	22.6†	9.9†	15.9†	16.8†	5.3†	11.0†									
Belluno	31.0†	11.5II	23.6†	10.9†	9.7II	10.4†	16.8†	2.7II	10.7†									
Vicenza	33.0†	9.7†	20.0†	22.5†	12.9†	16.8†	18.7†	5.4†	10.9†									
Treviso	32.2II	7.8	20.9†	22.0II	7.7	14.5†	21.1II	5.6	11.9†									
Venezia	20.0	11.1†	15.5†	23.4	9.2†	15.7†	13.9	3.0†	8.7†									
Padova	28.0†	13.8II	21.5†	24.7†	7.9II	13.6†	13.7†	7.4II	10.8†									
Rovigo	32.0	14.2	22.0	23.5	10.1	17.7	24.0	8.0	15.7									
Verona	30.5†	20.6†	26.0†	23.7†	12.6†	19.7†	16.1†	4.8†	11.3†									

* Differenza significativa per p < 0.10

II Differenza significativa per p < 0.05

† Differenza significativa per p < 0.01

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

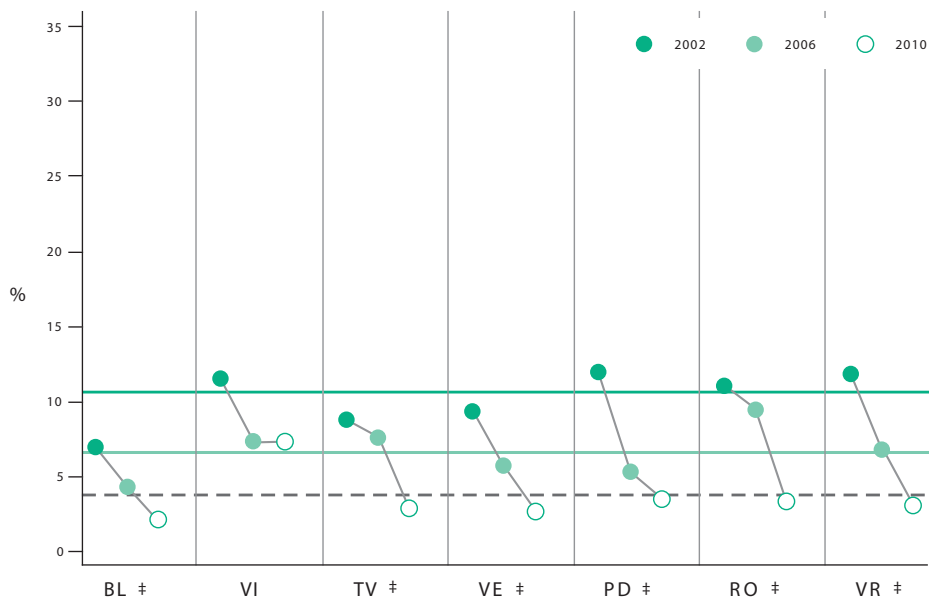
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

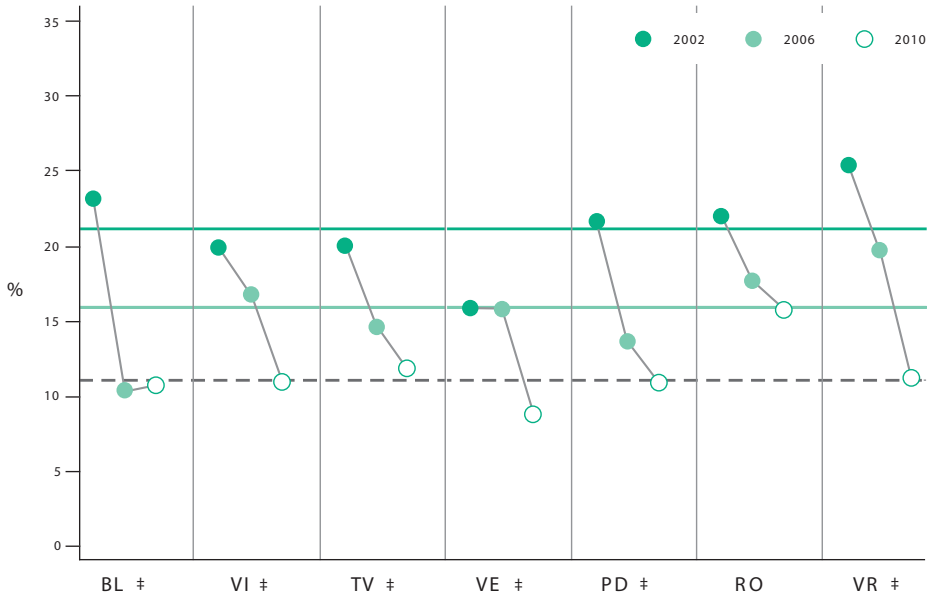
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano vino regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

Figura 7.3 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni consumano vino regolarmente

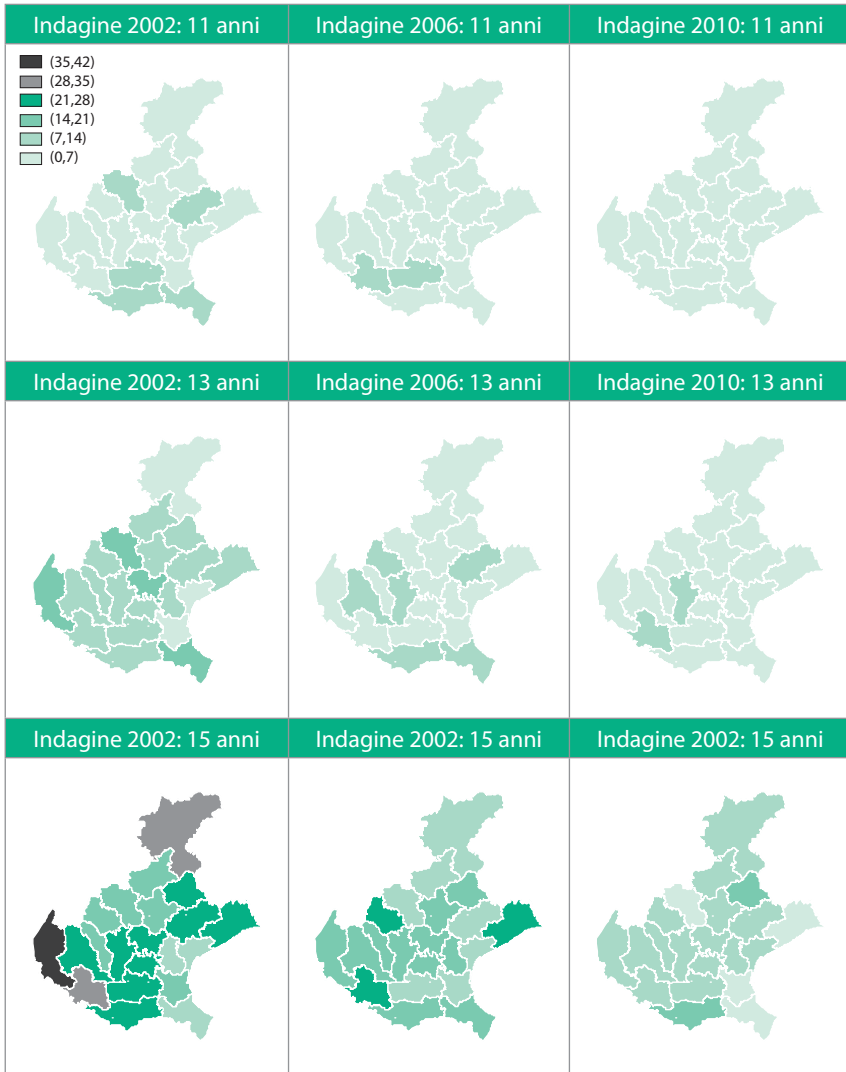


Tabella 7.12 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

CONSUMO REGOLARE DI SUPERALCOLICI

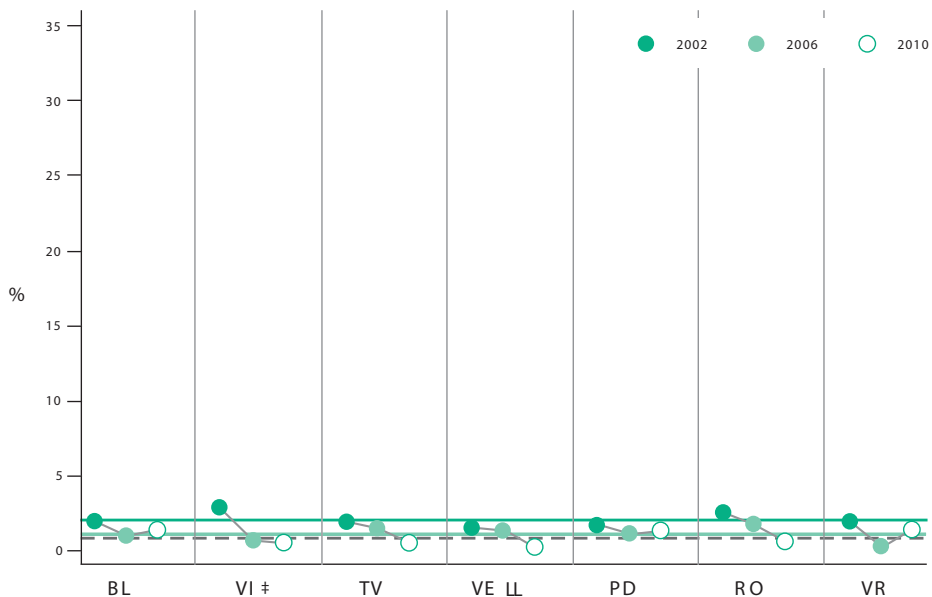
	2002			2006			2010		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
11 anni									
Regione	3.4‡	0.5	2.0‡	1.5‡	0.6	1.0‡	1.4‡	0.3	0.8‡
Belluno	4.3	-	1.9	0.9	1.1	1.0	2.9	-	1.4
Vicenza	5.8‡	-	2.8‡	1.0‡	0.5	0.8‡	1.1‡	-	0.5‡
Treviso	3.0	0.6	1.9	2.0	0.7	1.4	1.1	-	0.6
Venezia	2.0	1.0	1.5LL	2.2	0.5	1.3LL	0.4	-	0.2LL
Padova	2.2	1.1	1.7	2.2	-	1.2	1.4	1.2	1.3
Rovigo	5.3	-	2.5	1.6	1.9	1.8	1.2	-	0.7
Verona	3.0	0.5	1.9	-	0.6	0.3	2.5	0.2	1.4
13 anni									
Regione	8.0‡	4.2‡	6.1‡	3.3‡	2.3‡	2.8‡	2.5‡	1.1‡	1.8‡
Belluno	10.3	3.5	7.3	7.2	1.5	4.1	3.6	-	1.9
Vicenza	10.4‡	7.2‡	8.9‡	3.5‡	1.8‡	2.8‡	4.5‡	1.9‡	3.3‡
Treviso	10.7‡	4.1‡	7.0‡	4.0‡	0.7‡	2.6‡	2.0‡	0.7‡	1.3‡
Venezia	6.1*	1.3	4.0	2.3*	4.7	3.5	2.9*	1.0	2.0
Padova	7.0‡	4.6‡	5.7‡	1.2‡	-‡	0.6‡	2.2‡	1.9‡	2.0‡
Rovigo	12.7	-	7.5	5.9	4.2	5.0	4.7	-	2.3
Verona	4.1LL	3.9	4.0‡	3.7LL	3.3	3.5‡	0.2LL	0.4	0.3‡
15 anni									
Regione	28.0‡	22.3‡	25.2‡	24.2‡	15.9‡	19.8‡	14.7‡	9.1‡	11.8‡
Belluno	30.8	23.9LL	28.2LL	15.6	14.6LL	15.2LL	23.6	8.5LL	17.1LL
Vicenza	24.8LL	23.6‡	24.1‡	24.6LL	14.0‡	18.3‡	15.8LL	11.8‡	13.4‡
Treviso	31.2‡	17.0‡	24.1‡	22.9‡	16.8‡	19.7‡	17.3‡	8.2‡	11.9‡
Venezia	19.8	20.0‡	20.0‡	18.3	13.7‡	15.8‡	13.1	6.8‡	10.2‡
Padova	25.2‡	22.3‡	24.0‡	27.0‡	15.5‡	19.4‡	11.6‡	7.2‡	9.5‡
Rovigo	40.7‡	23.1‡	30.8‡	27.0‡	16.2‡	22.3‡	16.9‡	8.5‡	12.5‡
Verona	34.0‡	27.1‡	30.9‡	28.5‡	21.7‡	26.0‡	13.6‡	11.1‡	12.5‡

* Differenza significativa per p < 0.10

LL Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza significativa per p < 0.01

Grafico 7.10 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che consumano superalcolici regolarmente



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

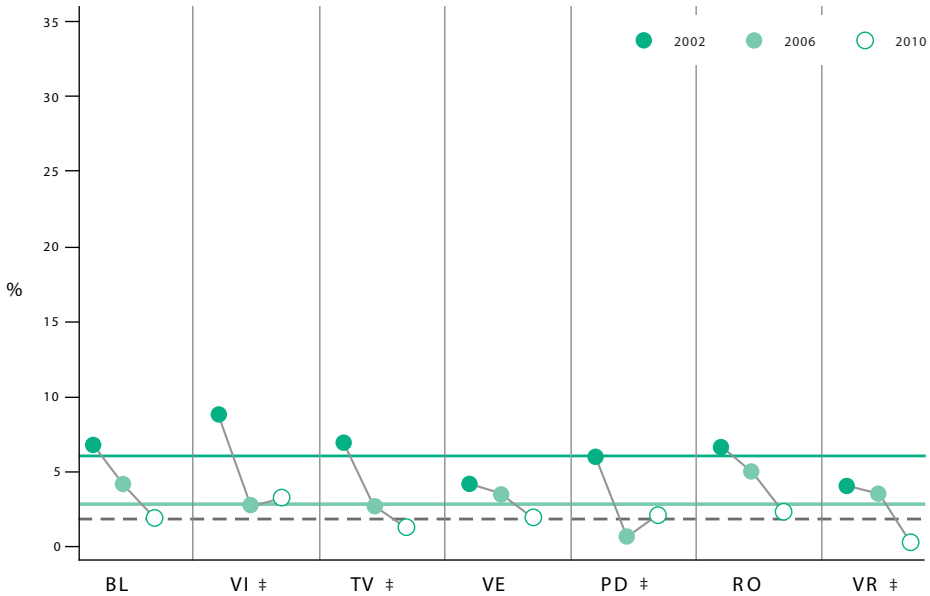
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 7.11 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che consumano superalcolici regolarmente



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

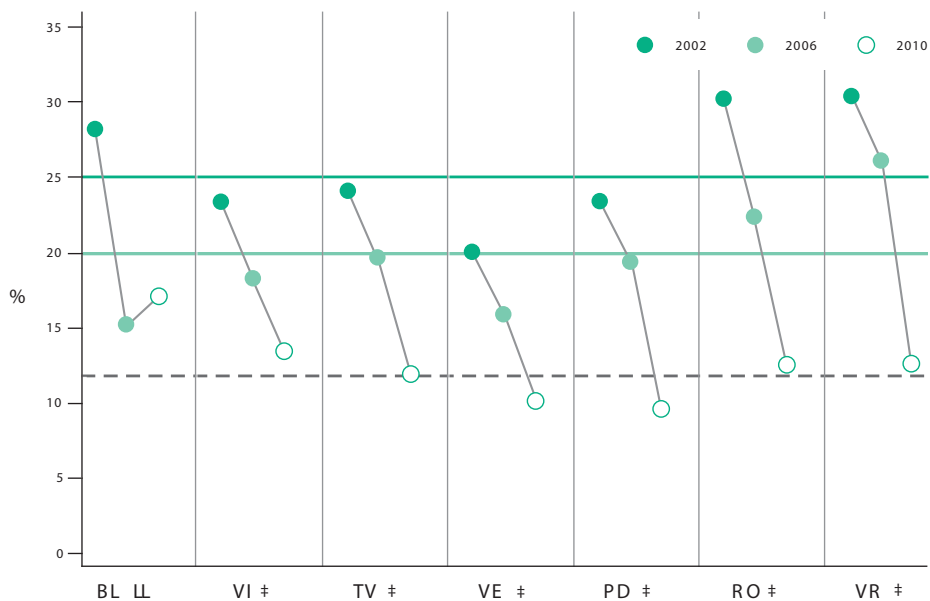
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 7.12 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che consumano superalcolici regolarmente



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

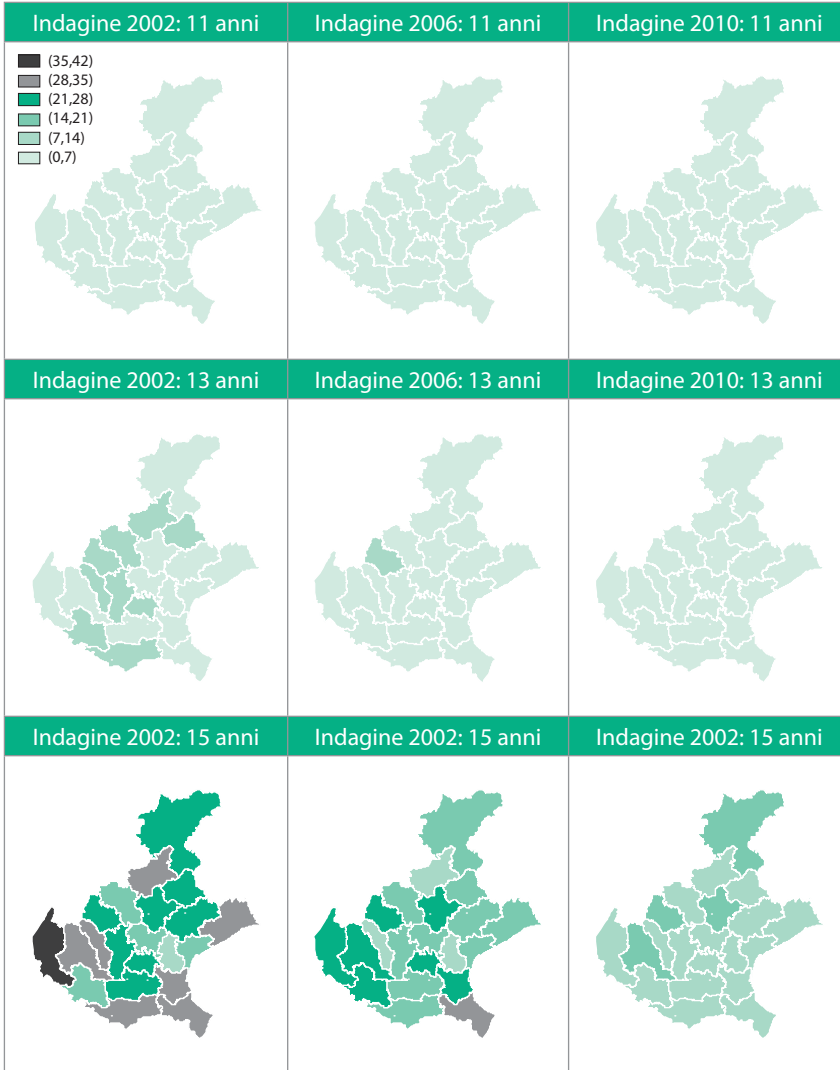
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che consumano superalcolici regolarmente: indagine 2010, livello regionale.

Figura 7.4 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni consumano superalcolici regolarmente



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 (20, 21)

L'OMS (22) 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 (23). 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 (24)

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 (regolando 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 centrale, 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. 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.
6. 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.
7. EURISPES (2010). Rapporto Italia 2010.
8. 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.
9. 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 Behaviours*, 2006, 31, 440-449.
10. Telefono Azzurro e Eurispes, (2000). Primo rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e della preadolescenza.
11. GERRA G, ZAIMOVIC A, ZIMBELLI U & TAMPANO M. Alcol e giovani: il ruolo delle variabili psicobiologiche del comportamento. In CIBIN M, ORLANDINI D, RAMPAZZO L. (a cura di), *Alcologia, Prevenzione, Progettualità regionale*. Venezia: Edizioni La Garangola, 2000.
12. Telefono Azzurro e Eurispes, (2010). 10° Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza.
13. ELIASSEN M; KJAER SK; MUNK C; NYGARD M; SPAREN P; TRYGGVADOTTIR L ET AL. The relationship between age at drinking onset and subsequent binge drinking among women. *European Journal of Public Health*, 19(4): 378-382, 2009.
14. CRANFORD JA, MCCABE SE, BOYD CJ. A new Measure of Binge Drinking: Prevalence and Correlates in a Probability Sample of Undergraduates, *Alcohol Clin Exp Res*, 2006, 30, 11, 1896-1905.
15. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (2010). L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Statistiche in breve.
16. 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.

17. NELSON JP. What is Learned from Longitudinal Studies of Advertising and Youth Drinking and Smoking? A Critical Assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2010; 7(3):870-926.
18. 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.
19. 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.
20. MIDANIK LT. Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures. *Addiction*, 1999, 94, 6, 887-897.
21. WINDLE M, SHOPE JT, BUKSTEIN O. Alcohol use. In: Di Clemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996, 115-160.
22. HIDALGO I, GARRIDO G, HERNANDEZ M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27, 351-360.
23. 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.
24. 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.

Summary

Alcohol consumption

Introduction

Together with tobacco, frequently young people (in Italy more than elsewhere) consume alcohol and the effects of this consumption and the damage associated with its abuse weigh on the Public Health service.

In addition, the short-term effects of the use of alcohol are far more evident and serious than those of smoking. The increasing use of alcohol and, above all, its increasing abuse, threaten not only the health of individuals (loss of appetite and weight, headaches, gastric pathologies) but the entire community, for example in the form of road accidents related to drunken driving and domestic abuse involving alcohol consumption: in Italy it is estimated that between 30 and 50% of fatal road accidents involve alcohol consumption.

Currently, Italy holds the negative record for the lowest age of first alcohol consumption: twelve and a half, compared to the EU average of 14.6 years of age.

Results

At the regional level:

- *1.1% of 11-year olds, 1.6% of 13-year olds and 4.3% of 15-year olds report drinking alcoholic beverages daily; these percentages are respectively 2.8% to 6.5% and to 26.8% on a weekly basis; both for daily and weekly drinking, the differences between the three strata (11-13-15 years) are statistically significant.*
- *as regards the consumption of different types of alcohol, the 11-year olds drink wine (1.9%) the most, followed by beer (1.7%) and spirits (0.8%); beer was the most common alcoholic drink for 13-year olds (4.7%) and 15-year olds (19.4%), whilst spirits and wine were consumed in similar proportions (11.0%) by 15-year olds, who are also the heaviest drinkers of spritz – an alcoholic aperitif distributed regionally – (23.6%).*
- *at the weekend, alcohol is consumed by 46.8% of 15-year olds, 19.1% of 13-year olds and 7.3% of 11-year olds.*
- *with increasing age, there is an increase in the percentage of young people who have been drunk more than twice: 1.9% for 11-year olds, 4.1% for 13-year olds and 20.4% for 15-year olds, with episodes of drunkenness which are statistically significantly more frequent in boys than girls in all three age groups.*
- *in relation to the motivation behind drinking, 72.0% of 15-year olds said they drank for pleasure, 63.9% in order to enjoy a party and 64.2% because it is more fun with friends.*
- *in all three age groups the consumption of alcohol diminished from 2002 to 2010. This was true of the routine consumption of beer, wine and spirits. In particular, the most significant change was in the group of 15-year olds: since 2002 the consumption of beer has fallen by over 10.0%, from 31.6% to the cur-*

rent figure of 19.4%; the consumption of wine was almost halved (from 21.1% in 2002 to 11.0% in 2010) and the consumption of spirits fell from 25.2% in 2002 to 8.0% in 2010.

Comments

The pattern in the daily and weekly consumption of alcohol can be interpreted in the light of the fact that drinking wine at mealtimes and during social occasions is ingrained in the history and culture of the Veneto Region. As reported by other authors, the first experience of alcohol (usually wine) appears to be around 11 years of age, normally consumed with the family and on special occasions. As age advances, young people seem to shift their preferences towards other categories of alcohol (beer and spirits), which are probably closer to juvenile culture.

The datum concerning the percentage of 15-year olds from the Veneto Region who report having consumed alcohol over the weekend (46.8%) is food for thought about the changes taking place among young people. The approach of youngsters to alcohol is increasingly that of a "ritualized excess". The data confirms a trend in northern European consumption, based largely on binge drinking outside mealtimes.

Capitolo 8

Uso di cannabis e di altre droghe¹

Lorenzo Gios, Sara Carbone, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Michela Frezza*, Anna Corti*

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

Introduzione

L'uso di droghe rappresenta – a livello nazionale ed internazionale – uno dei capitoli maggiormente critici in ambito di sicurezza e sanità pubblica. In questo senso, la riduzione dei consumi di sostanze psicotrope rimane la priorità più importante tra quelle poste dalla Sanità Pubblica in Europa per questo secolo, in particolare rispetto alla popolazione giovane (1, 2).

L'età dell'adolescenza, infatti, pare essere un periodo particolarmente critico: l'utilizzo di sostanze in questa fase della vita tende a collegarsi ad un consumo ripetuto anche successivamente nella prima età adulta e nella maturità. In questo senso, i dati presenti in letteratura confermano questa tendenza, evidenziando come l'esordio a queste prime esperienze, in termini di consumo di droga e alcol, sia sempre più precoce (3, 4). In altri termini, la tendenza generale all'incremento dell'uso di sostanze illecite si associa all'abbassamento dell'età della prima esperienza (5, 6).

Per quanto riguarda la situazione relativa ai consumi di sostanze psicotrope in adolescenza, una recente indagine permette di avere informazioni maggiormente dettagliate rispetto alla realtà del nostro Paese. Lo studio è stato realizzato su un campione di 34.738 studenti (15-19 anni) nel primo semestre 2010 dal Dipartimento per le Politiche Antidroga, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con il supporto dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma (7).

L'indagine evidenzia come siano i cannabinoidi le sostanze maggiormente consumate per questa fascia d'età. Nello specifico, la cannabis è stata sperimentata dal 22.3% degli studenti intervistati nell'arco della loro vita, stima che si attesta al 18.5% nel caso si prenda in considerazione il consumo annuale (ultimi 12 mesi) e al 12.3% per l'arco temporale degli ultimi 30 giorni.

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Alberto Rossi, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

In relazione all'uso di cannabis nell'ultimo anno, la percentuale stimata nel 2010 (18.5%) risulta inferiore rispetto al 2008 (24.1%) e al 2000 (25.6%), in linea con i trend in diminuzione rilevati alle altre sostanze psicotrope, come, ad esempio, la cocaina (3.4% nel 2000, 3.6% nel 2008, 3.0% 2010). In generale, il consumo di cannabis risulta correlato all'età, aumentando dai 15 ai 19 anni e differenziandosi a livello di genere: nei maschi, ad esempio, le stime passano dall'8.2% dei 15enni al 33.4% dei 19enni, mentre tra le femmine si registra un passaggio rispettivamente dal 5.8% al 21.7%) (7).

Questi dati sembrano, quindi, suggerire una generale diminuzione nel consumo di sostanze psicotrope in adolescenza sia a livello nazionale che a livello regionale, soprattutto per l'uso di cannabis nella popolazione maschile (8). Tuttavia, il dato clinico prodotto dai Ser.D. (Servizi per le dipendenze della Regione del Veneto), attraverso la rilevazione dei dati ministeriali, appare in controtendenza rispetto al generale calo nel consumo di sostanze psicotrope in quanto, considerando l'intervallo temporale 2005-2009, si osserva un costante aumento dei pazienti seguiti dai Servizi per tossicodipendenza (sostanza d'abuso primaria eroina, nella maggior parte dei casi, ma anche, sia pur in numero minore, cannabis, cocaina, amfetamine). Tralasciando i minori di 15 anni, che pure sono presenti nei Servizi specialistici del Veneto, anche se in numero contenuto, e considerando l'intervallo d'età compreso tra 15 e 19 anni, si nota un trend in sensibile crescita. In particolare, aumentano in modo sensibile le persone di sesso femminile seguite dai Ser.D., che passano da 144 del 2005 a 230 del 2009. In particolare per gli anni 2007-8-9, risulta evidente non solo l'aumento degli utenti 15-19 anni che per la prima volta si rivolgono ai Ser.D. per un problema di tossicodipendenza, ma anche l'aumentata tenuta dei trattamenti nel tempo sempre per la stessa fascia d'età (31).

Ciò detto, la lotta all'uso di droghe in adolescenza risulta una priorità per il sistema sanitario, con particolare riferimento al consumo di cannabinoidi, che rimangono le sostanze maggiormente diffuse.

Da un lato, infatti, si osserva che le cosiddette droghe pesanti (eroina, cocaina, stimolanti, ecc) e l'alcol presentano rischi per la salute anche se sono assunte in via occasionale o limitate nel tempo. Dall'altra parte, la cannabis sembrerebbe comportare una serie di rischi correlati alla quantità e alla frequenza dei consumi: maggiore è il quantitativo di cannabis assunto prima dei 18 anni, maggiore è il rischio di incorrere in danni associati a questo tipo di sostanza psicotropa, uno tra i quali è quello di incorrere in episodi di sofferenza psichica (9).

Nonostante la maggior parte dei paesi, a livello europeo, abbia tentato di contrastare il fenomeno, con dati che suggeriscono una diminuzione dei consumi, la diffusione dell'uso di droghe rimane importante (10).

La letteratura consente di chiarire alcune relazioni tra il consumo di cannabis e altri fattori caratteristici dell'adolescenza. Nei numerosi studi realizzati, tra cui anche indagini di tipo longitudinale (11), l'influenza del gruppo dei pari risulta essere uno dei fattori chiave nell'adozione di comportamenti a rischio, tra i quali il consumo di sostanze. Il gruppo, infatti, fornisce modelli di comportamento, norme sociali e pressioni più o meno dirette che possono

facilitare o meno l'uso di cannabinoidi (12-14). Tali fenomeni di influenza tra pari appaiono particolarmente marcati tra le femmine (15, 16).

L'ipotesi che i pari costruiscano un sistema di norme e valori condivisi sembra venire confermata dai risultati di numerosi studi, dai quali si evince come esistano – all'interno dei gruppi di adolescenti – pattern comportamentali ben definiti. Questi schemi di condotta includono anche il consumo congiunto di tabacco e alcol, il manifestarsi di comportamenti antisociali, l'utilizzo di sostanze psicotrope e altri comportamenti a rischio (17-20).

In aggiunta, anche altri fattori sembrano associarsi con il consumo di sostanze in adolescenza, come la frequentazione di locali o luoghi per il tempo libero, come bar o discoteche (21), il vivere con un solo genitore (22) o l'aver difficoltà di comunicazione con le figure genitoriali (17). Risultano, inoltre, correlati lo scarso impegno scolastico unito ad un senso di estraneità rispetto alla scuola, l'adozione di comportamenti sessuali a rischio (23) e la presenza di difficoltà o malesseri di tipo psichico (17, 24).

Al di là di questi dati, emerge in maniera evidente in letteratura la necessità di intervenire in termini di prevenzione in questo ambito, data soprattutto la pericolosità dell'uso di droghe, incluso l'utilizzo della cannabis. Come è stato sottolineato precedentemente, sono ben noti gli effetti negativi provocati dalla cannabis sia a livello fisico che a livello psicologico (25, 26). Tra le problematiche psichiche, come i sintomi psicotici, il THC (TetraHydroCannabinoidi, principio attivo della cannabis) pare sensibilmente interagire con i meccanismi e lo sviluppo neuronale durante l'adolescenza (27, 28), rapportandosi con possibili difficoltà di apprendimento, concentrazione e memoria (26).

Sulla scorta di questi dati vale, quindi, enfatizzare il ruolo importante giocato dai Servizi delle Dipendenze nelle attività di prevenzione effettuate sul territorio veneto per affrontare questa problematica.

Metodi

L'uso di sostanze illecite raggiunge percentuali minime fra i pre-adolescenti di 11 e 13 anni. In ragione di questo dato le domande sul consumo di droghe e di altre sostanze illecite sono state rivolte solo ai ragazzi di 15 anni.

Sostanze illecite

Domanda standard: *Hai mai assunto una o qualcuna delle seguenti sostanze nella tua vita? Ecstasy-MDMA, Anfetamine, Oppiacei (eroina, crack), Medicine per tirarsi su, Cocaina, Colle e solventi, Baltok, LSD (acidi, funghi allucinogeni ...), Popper, Altre droghe: (indicare quali).*

Rispose possibili: *Mai, Una o due volte, 3-5 volte, 6-9 volte, 10-19 volte, 20-39 volte, 40 o più.*

Creazione di una variabile dicotomica con accorpamento delle modalità da *Una o due volte* fino a *40 o più* per indagare l'utilizzo delle sostanze e *Mai* per il non utilizzo.

Cannabis

Domanda standard: *Hai mai fumato cannabis (come una canna, spinello, chium ...)?* La domanda fa riferimento separatamente a tre dimensioni temporali: l'intera vita del rispondente (*life-time*), gli ultimi 12 mesi e gli ultimi 30 giorni.

Rispose possibili: *Mai, Una o due volte, 3-5 volte, 6-9 volte, 10-19 volte, 20-30 volte, Più di una volta al giorno.*

Creazione di una variabile dicotomica con accorpamento delle modalità da *Una o due volte* fino a *Più di una volta al giorno* per indagare l'utilizzo delle sostanze e *Mai* per il non utilizzo.

Risultati e commenti

Il consumo di cannabis e di altre droghe illecite assunte nel corso della vita dai quindicenni

Livello regionale

In Tabella 8.1 sono riportate le stime relative al consumo di sostanze psicotrope: in questo caso, i livelli di consumo fanno riferimento all'intero corso della vita del rispondente (*life-time*). Come è possibile notare, a livello regionale la cannabis risulta la droga maggiormente consumata dai 15enni: infatti, il 17.3% del campione l'ha provata almeno una volta nella vita. A livello di differenze di genere, l'uso della cannabis risulta più elevato nei maschi (19.5%) rispetto alle femmine (15.1%), con differenze tra i sessi statisticamente significative (tab. 8.3).

Continuando nella descrizione della Tabella 8.1, il 12.9% dichiara, invece, di aver assunto medicinali con lo scopo di "tirarsi su", mentre il 2.7% dei rispondenti riferisce di aver utilizzato LSD o sostanze simili (come acidi o funghi allucinogeni) nel corso della vita.

Più contenuti ma non meno preoccupanti, data la pericolosità delle sostanze, risultano i livelli di consumo delle restanti sostanze psicotrope: 1.9% per la cocaina, 1.6% per gli oppiacei (eroina e crack), 1.5% per l'ecstasy, mentre le droghe meno utilizzate sembrano essere le colle/solventi (1.4%) e le anfetamine (1.3%).

Andando, poi, a considerare, in maniera specifica, il consumo di cannabis nel tempo, è possibile rilevare come l'utilizzo di questa sostanza nel corso della vita abbia registrato un'importante diminuzione. Le variazioni temporali sull'arco temporale 2002-2006-2010 evidenziano come rispetto alla prima indagine HBSC del 2002 la percentuale di 15enni che avevano consumato cannabis almeno una volta nella vita si attestava al 27.7%, per raggiungere nel 2006 il 25.0% e per scendere al 17.3% nell'ultima rilevazione del 2010.

Per una presentazione dettagliata delle stime è possibile fare riferimento alla Tabella 8.6, così come ai grafici e alle figure presenti nella sezione "Variazioni temporali" del presente capitolo.

consumo di droghe nel corso della vita

confronti temporali sull'uso di cannabis nel corso della vita

Livello Provinciale

Il consumo indagato a livello provinciale delle varie sostanze assunte nel corso della vita evidenzia distribuzioni percentuali omogenee per tutte le droghe considerate. Ciò significa che le prevalenze delle province all'interno di ogni specifica sostanza indagata seguono l'andamento delle stime regionali così come indicato in Tabella 8.1.

I confronti di genere, effettuati solo per il consumo della cannabis, (tab. 8.3) evidenziano delle differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine delle province di Belluno e di Vicenza, dove lo scarto tra i sessi è rispettivamente di 11 e di 7 punti percentuali, con un consumo maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

Con riferimento alle variazioni temporali effettuate solo per il consumo di cannabis (tab. 8.6), i confronti tra le tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 evidenziano anche a livello provinciale un calo di questa sostanza assunta nel corso della vita. Il calo maggiore è avvenuto nella provincia di Rovigo con una diminuzione nel 2010 di quasi 16 punti percentuali rispetto alla rilevazione del 2002, dove dal 31.0% si è scesi al 15.5%. Per contro, il calo minore si è verificato nella provincia di Vicenza con 4.6 punti percentuali di distacco tra la prima e l'ultima indagine HBSC (20.3% nel 2002 vs 15.7% nel 2010).

Per una maggiore comprensione di come il fenomeno si sia modificato nel tempo si rinvia il lettore alla visione dei grafici e delle figure presenti nella sezione "Variazioni temporali" del presente capitolo.

Le Aziende ULSS

Nel caso delle Aziende Ulss, le distribuzioni percentuali relative all'uso di sostanze psicotrope risultano diversificate e statisticamente significative tra le Ulss per tutte le droghe indagate ad eccezione della cannabis per la quale i confronti tra le Ulss evidenziano stime di consumo omogenee tra le Aziende ed in linea con la media regionale del 17.3% (tab. 8.2).

Nello specifico, per l'utilizzo di Ecstasy la provincia con il maggior consumo è la Ulss 20 di Verona (3.8%), insieme alla Ulss 2 di Feltre (3.7%), mentre nelle Ulss 1 e 14 il dato è mancante. Per l'uso di Anfetamine il fenomeno risulta assente nelle Ulss 1, 3, 6, 7, 19 e 22, mentre la prevalenza più elevata fa capo nuovamente all'Ulss 20 (3.9%) che si distanzia di oltre 2 punti e mezzo dalla stima regionale (1.3%). Rispetto al consumo di oppiacei, come eroina e crack, il dato è assente nelle Ulss 6, 8, 21 e 22. Per questo tipo di sostanza l'Azienda con la frequenza maggiore è la Ulss 15 dell'Alta Padovana (3.7%). Nei confronti dell'uso di medicinali, il consumo più alto è dell'Ulss 5 dell'Ovest Vicentino (20.7%) che si distanzia di quasi 8 punti percentuali dalla stima regionale (12.9%). Per la Cocaina, il consumo risulta assente nelle Ulss 5 e 14, mentre nella Ulss 20 (4.6%) diventa due volte e mezzo il consumo della Regione (1.9%). Infine, per gli allucinogeni, come LSD, acidi e funghi, il dato manca nella Ulss 22, mentre le Ulss 19 (6.4%) e 20 (6.9%) appaiono le Aziende con la prevalenza in eccedenza fino a 4 punti percentuali a quella regionale (2.7%).

Per una maggiore comprensione di come si sia modificato il fenomeno

consumo di droghe nel corso della vita

confronti temporali per l'uso di cannabis nel corso della vita

consumo di droghe nel corso della vita

dell'uso della cannabis nel corso del tempo anche a livello locale, si vedano le figure 8.1 e 8.2 presenti nella sezione "Variazioni temporali" del presente capitolo.

Il consumo di cannabis (THC) nei maschi e nelle femmine quindicenni: ultimi 12 mesi e ultimi 30 giorni

Livello regionale

consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni

Come emerso dai dati riportati in precedenza, la cannabis risulta essere la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani 15enni rispetto alle altre sostanze psicotrope. Per tale ragione, in questo paragrafo viene presentata una analisi approfondita prendendo in esame il dato disaggregato per sesso e per i consumi relativi sia agli ultimi 12 mesi che agli ultimi 30 giorni.

Per l'assunzione della cannabis negli ultimi 12 mesi, la Tabella 8.4 mostra come il 14% del campione dei 15enni ne abbia fatto uso, senza differenziazioni percentuali tra i maschi e le femmine, mentre per l'assunzione negli ultimi 30 giorni, la stima si abbassa all'8.9% (tab. 8.5), mettendo in evidenza una differenza statisticamente significativa tra il consumo dei maschi (11.0%) e quello delle femmine (6.9%).

confronti temporali

In Tabella 8.6 sono presenti le variazioni temporali rispetto all'assunzione di questa sostanza relativamente agli ultimi 12 mesi. Dalla prima rilevazione del 2002 a quella attuale del 2010, la diminuzione della cannabis nel tempo è di 11 punti percentuali, passando dal 25.0% al 14.0%.

Livello Provinciale

consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni

Per quanto riguarda il livello provinciale, prendendo in considerazione il consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi (tab. 8.4), la distribuzione delle prevalenze tra le province risulta omogenea ed in linea con la stima regionale del 14.0%. Anche nei confronti di genere, le percentuali delle province non evidenziano scostamenti tra i sessi, facendo emergere consumi omogenei e indifferenziati (dal punto di vista della significatività statistica) tra i maschi e le femmine delle sette province venete.

Per l'assunzione di cannabis negli ultimi 30 giorni, si è in presenza di una distribuzione omogenea tra le province a livello di campione totale, mentre nei confronti di genere, si riscontra nella provincia di Vicenza una differenza statisticamente significativa tra i maschi (13.6%) e le femmine (11.2%). Nelle restanti province i consumi dei maschi e delle femmine si eguagliano.

confronti temporali

I confronti temporali relativi alle tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 evidenziano un calo nei consumi relativamente all'assunzione di cannabis negli ultimi 12 mesi (tab. 8.6). La provincia che dal 2002 al 2010 ha subito maggiormente questa diminuzione è la provincia di Rovigo con quasi 15 punti percentuali di differenza tra la prima e l'ultima rilevazione, mentre il calo minore fa capo alla provincia di Vicenza con una riduzione di 6 punti percentuali.

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		Oppiocei		Medicine		Cocaina		Colle Solventi		LSD	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	17.3	2.0	1.5	0.6	1.3	0.6	1.6	0.6	12.9	1.5	1.9	0.7	1.4	0.5	2.7	0.9
Belluno	16.6	6.6	1.5	2.1	1.0	1.3	1.2	1.5	9.6	4.4	1.7	1.7	2.9	2.5	2.3	2.3
Vicenza	15.7	3.8	1.0	0.8	0.7	0.7	1.0	0.8	14.7	4.1	1.0	1.1	2.4	1.4	2.0	1.1
Treviso	16.9	5.0	1.1	1.1	0.8	0.9	1.0	0.9	13.1	3.6	1.7	1.9	0.7	0.8	2.1	1.3
Venezia	18.7	5.3	1.6	1.2	1.6	1.2	2.0	1.7	14.3	3.4	1.1	1.0	0.8	0.8	2.2	1.5
Padova	18.9	4.8	1.4	1.3	1.8	1.5	2.5	1.5	13.0	4.4	2.8	1.6	0.8	0.8	3.2	1.9
Rovigo	15.5	3.6	1.9	1.6	0.6	1.0	2.1	1.5	11.6	5.1	2.3	2.0	1.7	1.5	3.7	2.7
Verona	17.0	5.3	2.4	2.4	2.1	2.1	1.6	1.7	10.6	2.1	3.0	2.5	2.0	1.7	3.7	3.3

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		Amfetamine		Opioidei		Medicinali		Cocaina		Colle Solventi		LSD	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	17.3	2.0	1.5	0.6	1.3	0.6	1.6	0.6	12.9	1.5	1.9	0.7	1.4	0.5	2.7	0.9
ULSS1	20.5	8.8	-	-	-	-	1.1	2.1	10.2	6.1	1.1	2.1	2.3	2.6	2.3	2.6
ULSS2	11.1	7.9	3.7	4.5	2.4	2.8	1.2	2.2	8.6	5.8	2.4	2.8	3.8	4.6	2.4	4.3
ULSS3	13.9	3.6	0.7	1.3	-	-	0.7	1.4	17.6	9.4	0.7	1.4	0.7	1.4	1.4	1.7
ULSS4	16.5	9.7	1.2	2.2	1.2	2.2	2.4	2.2	17.4	6.7	1.8	2.3	5.4	4.3	4.1	3.6
ULSS5	17.4	6.3	1.5	1.8	2.2	1.9	1.5	1.7	20.7	6.8	-	-	2.9	2.7	1.5	1.8
ULSS6	15.3	7.8	0.7	1.2	-	-	-	-	7.5	5.9	1.4	2.5	1.4	1.5	1.4	1.6
ULSS7	13.2	5.6	2.2	3.0	-	-	1.5	1.7	11.0	5.7	2.2	2.0	0.7	1.4	2.2	3.0
ULSS8	16.3	10.0	0.7	1.4	0.7	1.4	-	-	14.2	6.9	0.7	1.4	0.7	1.3	2.1	2.1
ULSS9	19.3	7.8	0.7	1.3	1.3	1.7	1.4	1.7	13.4	5.8	2.0	3.9	0.7	1.3	2.0	1.9
ULSS10	17.8	6.7	0.7	1.3	0.7	1.3	0.7	1.3	17.8	5.1	1.4	1.8	1.4	1.6	0.7	1.3
ULSS12	13.3	10.8	2.4	3.2	2.4	3.3	3.6	5.2	13.4	7.5	1.2	2.2	-	-	3.6	4.0
ULSS13	19.7	7.5	2.2	2.2	1.5	1.9	1.5	1.8	15.6	4.9	1.5	1.8	0.7	1.4	2.2	2.2
ULSS14	29.0	8.6	-	-	1.6	2.7	1.6	2.6	8.2	6.9	-	-	1.6	2.7	1.6	2.7
ULSS15	20.6	9.9	1.5	1.7	2.2	2.3	3.7	3.0	14.9	5.2	3.7	2.6	0.7	1.4	3.0	3.0
ULSS16	16.9	6.7	1.3	2.4	1.9	2.7	1.3	1.8	10.9	7.9	2.6	2.9	-	-	3.2	3.3
ULSS17	20.5	7.2	1.3	1.6	0.7	1.2	3.3	2.1	14.6	6.7	2.0	1.9	2.6	2.7	3.3	2.1
ULSS18	15.4	2.9	1.6	1.9	0.8	1.5	2.4	1.9	12.2	7.3	1.6	1.9	2.4	1.9	2.4	3.1
ULSS19	15.6	9.6	2.6	2.7	-	-	1.3	2.2	10.3	3.8	3.8	4.5	-	-	6.4	3.8
ULSS20	23.4	8.9	3.8	4.4	3.9	3.6	3.1	3.1	12.3	2.9	4.6	4.6	3.8	2.7	6.9	5.7
ULSS21	13.2	6.1	1.3	1.6	0.7	1.2	-	-	13.1	4.9	2.0	2.0	-	-	0.7	1.2
ULSS22	8.6	5.4	0.7	1.2	-	-	-	-	6.5	1.8	0.7	1.3	-	-	-	-

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	19.5	3.0	15.1	2.4	17.3	2.0
Belluno	21.5	8.3	10.4	7.4	16.6	6.6
Vicenza	19.7	5.4	12.9	4.1	15.7	3.8
Treviso	13.9	8.2	19.0	5.5	16.9	5.0
Venezia	22.7	8.3	14.3	5.2	18.7	5.3
Padova	20.6	6.3	16.8	5.7	18.9	4.8
Rovigo	16.7	5.2	14.4	5.3	15.5	3.6
Verona	19.9	7.2	13.2	7.0	17.0	5.3

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	15.6	2.6	12.4	2.2	14.0	1.7
Belluno	16.0	6.2	9.3	6.5	13.0	5.2
Vicenza	13.6	4.2	11.2	3.5	12.2	2.7
Treviso	10.0	5.8	15.0	5.4	13.0	4.1
Venezia	19.5	7.6	13.6	5.2	16.6	5.0
Padova	18.5	5.9	14.6	5.3	16.7	4.3
Rovigo	16.0	4.2	12.4	5.7	14.1	3.8
Verona	15.0	5.9	8.0	5.4	12.0	4.4

Tabella 8.5 Consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni nei maschi e nelle femmine di 15 anni a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	11.0	2.4	6.9	1.7	8.9	1.5
Belluno	8.7	6.0	5.5	5.0	7.3	4.7
Vicenza	11.1	4.2	5.5	2.5	7.8	2.2
Treviso	6.2	5.0	7.2	4.5	6.8	3.4
Venezia	11.4	6.1	7.1	4.7	9.3	3.9
Padova	14.9	4.6	10.6	3.4	13.0	3.3
Rovigo	4.7	3.9	6.4	4.3	5.6	3.1
Verona	12.0	6.7	5.5	3.7	9.3	4.6

Variazioni temporali

Il consumo di cannabis (THC) nei maschi e nelle femmine di quindici anni

Nella presente sezione vengono evidenziate sotto forma di Tabelle, grafici e figure le variazioni temporali intercorse tra le tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 relativamente al consumo di cannabis nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi. La Tabella 8.6 riporta le distribuzioni percentuali a livello di Regione e di provincia per ogni indagine effettuata. I grafici 8.1 e 8.2 rappresentano il fenomeno rispettivamente per l'utilizzo della cannabis nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi, mentre i grafici 8.3 e 8.4 rappresentano il fenomeno distinto per maschi e femmine per l'uso fattone negli ultimi 12 mesi. Infine, le figure 8.1 e 8.2 accompagnano il lettore nella visualizzazione dei cambiamenti temporali avvenuti su tutto il territorio veneto.

Per la spiegazione dei dati della Tabella 8.6 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

Tabella 8.6 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 15 anni

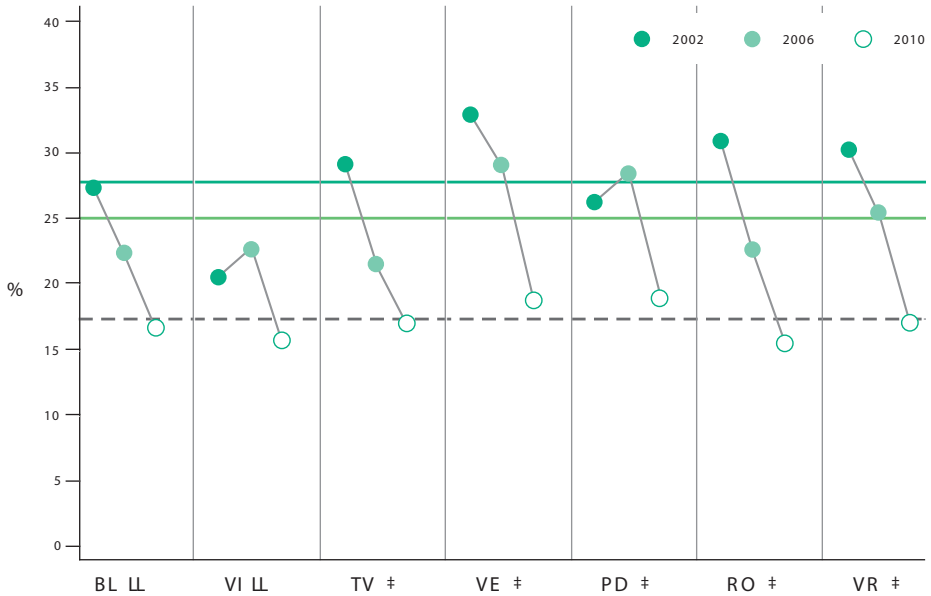
Life-time Regione	2002			2006			2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	33.2‡	22.0‡	27.7‡	29.0‡	21.5‡	25.0‡	19.5‡	15.1‡	17.3‡
Belluno	31.7	20.5	27.3LL	22.9	21.6	22.4LL	21.5	10.4	16.6LL
Vicenza	27.0*	15.4	20.3LL	29.4*	17.7	22.6LL	19.7*	12.9	15.7LL
Treviso	36.2‡	20.5	29.0‡	28.6‡	14.7	21.4‡	13.9‡	19.0	16.9‡
Venezia	37.0LL	30.0‡	33.2‡	30.1LL	28.1‡	29.1‡	22.7LL	14.3‡	18.7‡
Padova	31.3‡	20.6	26.4‡	35.0‡	24.8	28.3‡	20.6‡	16.8	18.9‡
Rovigo	35.7‡	27.4*	31.0‡	20.2‡	25.3*	22.6‡	16.7‡	14.4*	15.5‡
Verona	34.9‡	25.0‡	30.2‡	30.0‡	18.5‡	25.5‡	19.9‡	13.2‡	17.0‡
Last 12 months	30.6‡	19.6‡	25.0‡	24.1‡	17.4‡	20.6‡	15.6‡	12.4‡	14.0‡
Belluno	30.7LL	18.8	26.1‡	16.8LL	17.6	17.2‡	16.0LL	9.3	13.0‡
Vicenza	25.1‡	13.3	18.3‡	21.7‡	15.4	18.0‡	13.6‡	11.2	12.2‡
Treviso	34.6‡	19.5	27.6‡	26.3‡	11.5	18.6‡	10.0‡	15.0	13.0‡
Venezia	33.5LL	26.5‡	30.0‡	27.4LL	22.6‡	24.9‡	19.5LL	13.6‡	16.6‡
Padova	29.4LL	17.5	24.0LL	28.1LL	22.4	24.4LL	18.5LL	14.6	16.7LL
Rovigo	33.7LL	25.3*	29.0‡	20.2LL	14.7*	17.6‡	16.0LL	12.4*	14.1‡
Verona	30.0‡	22.2‡	26.4‡	23.3‡	13.4‡	19.4‡	15.0‡	8.0‡	12.0‡

* Differenza significativa per p < 0.10

LL Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza significativa per p < 0.01

Grafico 8.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno consumato la cannabis nel corso della vita (life-time)



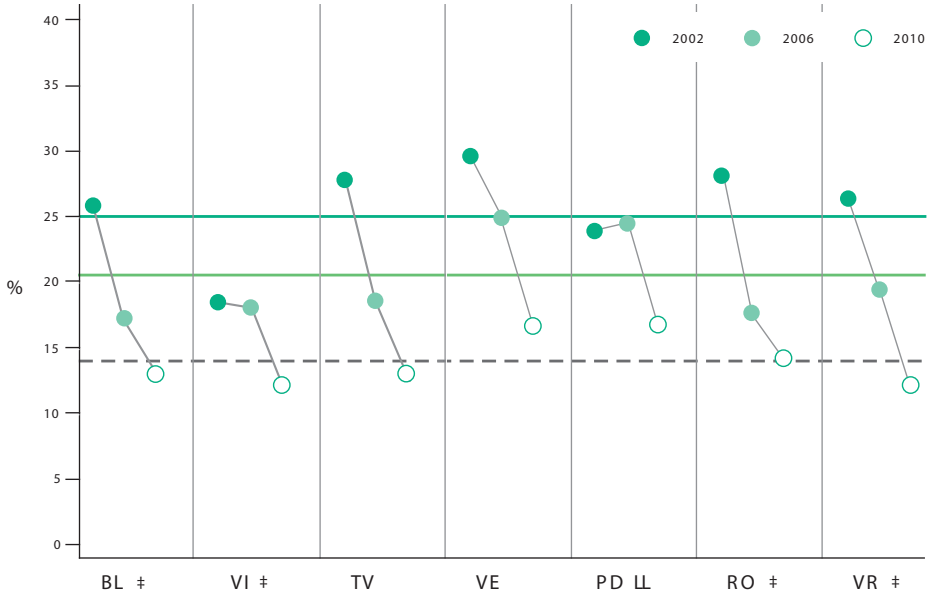
- * Differenza significativa per $p < 0.10$
- LL Differenza significativa per $p < 0.05$
- ‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis nel corso della vita: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis nel corso della vita: indagine 2006, livello regionale;

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis nel corso della vita: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 8.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che hanno consumato la cannabis negli ultimi 12 mesi



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

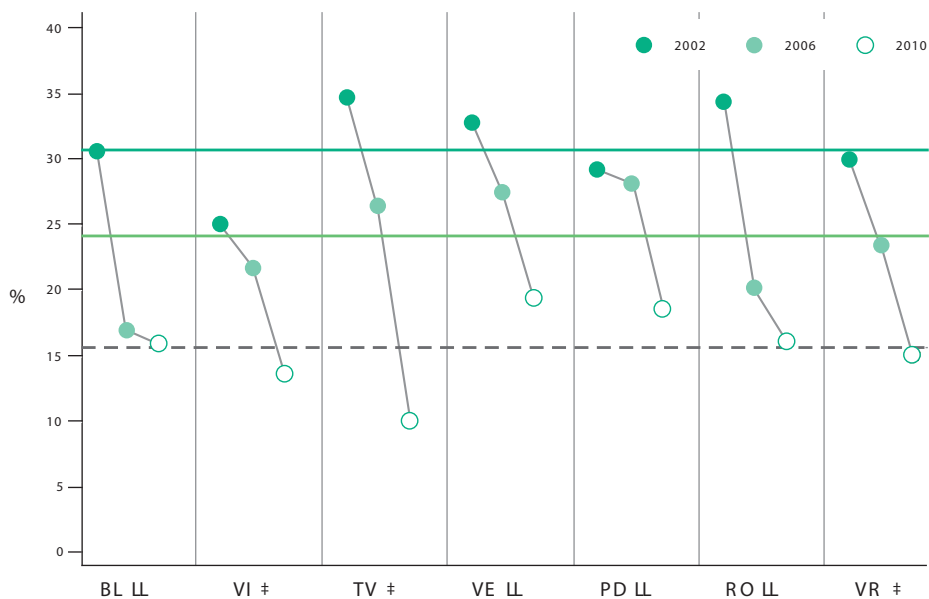
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2006, livello regionale;

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 8.3 Variazioni temporali per i maschi di 15 anni che hanno consumato la cannabis negli ultimi 12 mesi



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

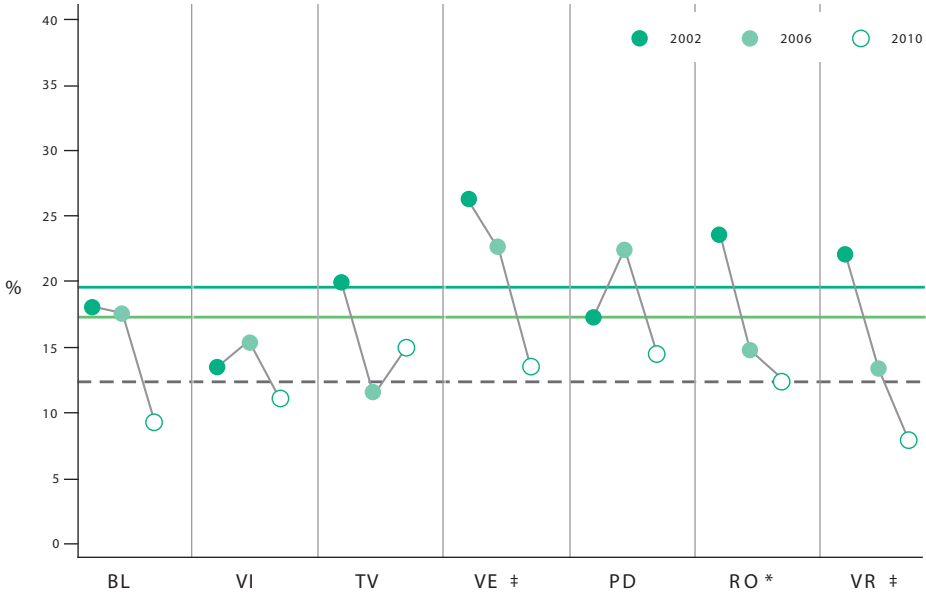
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde medio: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2006, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 8.4 Variazioni temporali per le femmine di 15 anni che hanno consumato la cannabis negli ultimi 12 mesi



- * Differenza significativa per $p < 0.10$
- ll Differenza significativa per $p < 0.05$
- ‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2006, livello regionale;

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno dichiarato di aver consumato cannabis negli ultimi 12 mesi: indagine 2010, livello regionale.

Figura 8.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno consumato la cannabis nel corso della vita (life-time)

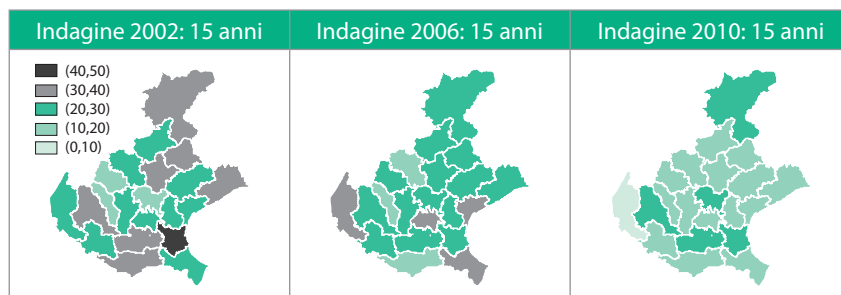
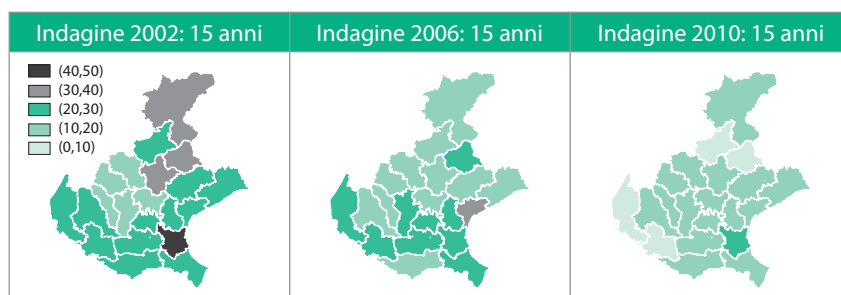


Figura 8.2 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno consumato la cannabis negli ultimi 12 mesi



Implicazioni di politica socio-sanitaria

Molti studi hanno preso in esame l'efficacia degli interventi in quest'area. Pubblicazioni come quella di Cuijpers (29) 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 (30).

Il Piano d'Azione Europeo 2005-2008 (31) 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 triennalità 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 semiresidenziali 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 The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all. 1998.
2. WHO Regional Office for Europe The European Health Report, 2005. Public health action for healthier children and population. Copenhagen; WHO, 2005.
3. 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.
4. 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.
5. BECK F, LEGLEYE S, PERETTI-WATEL P. Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête. ESCAPAD 2000, OFDT, 2000.
6. 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.
7. DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA. Relazione annuale al parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Relazione 2010. Studio SPS-ITA. <http://www.politicheantidroga.it/media/333133/relazione%202010.pdf>
8. MAZZARDIS S, VIENO A, FUREGATO M, SANTINELLO M, MIRANDOLA M. Il decremento dell'uso di sostanze illegali tra gli adolescenti nella regione Veneto. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2010 Gennaio-Marzo; 19(1), 80-85.
9. 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.
10. 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.
11. SAMET JM, MUNOZ A. Evolution of the cohort study. *Epidemiol. Rev*, 1998, 20, 1-14.
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. AGRAWAL A, LYNKEY 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.
16. 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.

17. BRYANT AL, SCHULENBERG JE, O'MALLEY PM, BACHAMAN JG, JOHNSTON LD. How academic achievement, attitudes, and behaviours relate to the course of substance use during adolescence: a 6-year, multiwave national longitudinal study. *J. Res. Adolesc.*, 2003, 13, 361-397.
18. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, BEAUTRAIS AL. Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 2003, 98, 1681-1692.
19. 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.
20. SULLIVAN CJ, CHILDS KK, O'CONNELL D. Adolescent risk behavior subgroups: an empirical assessment. *J Youth Adolesc.*, 2010 May, 39(5), 541-62.
21. 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.
22. POIKOLAINEN K, TUULIO-HENRIKSSON A, AALTO-SETALA T, MARTTUNEN M, LONN-QVIST 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.
23. LATIMER W, ZUR J. Epidemiologic trends of adolescent use of alcohol, tobacco, and other drug. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 2010 Jul, 19(3), 451-64.
24. 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.
25. KALANT H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*, 2002, 28, 849-863.
26. 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.
27. MALONE DT, HILL MN, RUBINOT. Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. *Br J Pharmacol.*, 2010 Jun, 160(3), 511-22.
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. CUIJPERS P. Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2003, 10, 7-20.
30. 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.
31. Piano Italiano di Azione sulle Droghe Provvedimento 24 gennaio. 2008 pubblicato su Gazzetta Ufficiale n. 39 del 15.2.2008.
32. Rapporto Epidemiologico su Droga e Alcol in Veneto. Rapporto 2009 su base dati 2008. Programma Regionale sulle Dipendenze, 2009, www.dronet.org

Summary

Use of cannabis and other drugs

Introduction

Despite the fact that the use and abuse of drugs and alcohol is present across all age groups and income brackets, the consumption of these substances by adolescents is the cause for a great deal of concern.

Adolescence is a critical time since substance abuse at this age often leads to substance abuse later in life. Data in the literature confirm this, indicating that the age of the first experience in drugs and alcohol is decreasing all the time. In other words, the increased use of drugs is associated with the lowering of the age of initiation.

Among the factors related to the type of data collected in the HBSC survey, social relations, in particular contact with the peer group, have a decisive influence in modelling risk behaviour among the young.

In fact, the influence of the peer group is one of the key factors in the adoption of risk behaviour such as substance abuse. The group provides models of behaviour, social norms and pressures more or less directly, which may influence the use of cannabis and similar drugs. This peer pressure seems particularly strong among girls.

Results

At the regional level:

- *17.3% of 15-year olds admit having used cannabis (THC) at least once in their lifetime, more commonly for boys than girls; the consumption of cannabis over the past 12 months was 14% and was higher among boys (15.6%) than girls (12.4%), whilst use in the previous 30 days was admitted by 8.9% (11.0% of boys vs 6.9% of girls). For the other substances investigated, 15-year olds admitted to consumption at least once in their lives as follows: 1.3% for amphetamines, 1.5% for ecstasy, 1.6% for opiates, 1.9% for cocaine and 2.7% for LSD.*
- *changes over time in the consumption of cannabis in a lifetime show a gradual fall, from 27.7% in 2002 to 17.3% in the last survey, carried out in 2010. The same was true of consumption over the previous 12 months, down from 25.0% in 2002 to 14.0% in 2010.*

Comments

Although the data show a general fall in the consumption of psychotropic substances during adolescence both nationwide and regionally, above all in relation to cannabis and among boys, the fight against substance abuse is nevertheless a priority issue for health authorities, particularly relating to cannabis and similar drugs, which are the most commonly used. On the one hand, so-called heavy drugs (heroin, cocaine, stimulants, etc) and alcohol involve health risks even if consumed only occasionally or for a brief period, on the other, cannabis appears to be a riskier drug in terms of the likelihood of incurring psychiatric problems: the greater the consumption of cannabis before the age of 18, the more likely this outcome.

Capitolo 9 Attività fisica e comportamento sedentario¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Susanna Morgante
Progetto regionale di lotta alla sedentarietà
Dipartimento di Prevenzione ULSS 20 di Verona

Introduzione

La sedentarietà tipica della nostra società, insieme all'eccessivo apporto calorico e ad una alimentazione spesso sbilanciata, ha comportato un aumento di alcune malattie come diabete e obesità spesso definite "del benessere". È ormai noto da tempo che modificare il proprio stile di vita e in particolar modo praticare una costante attività fisica è importante per la propria salute.

Studi scientifici dimostrano come l'attività fisica praticata regolarmente sia un fattore di protezione della salute. Infatti, un regolare esercizio fisico aiuta a prevenire le malattie croniche, le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, le malattie osteo-articolari, i tumori (1-6), aiuta a proteggere da condizioni disabilitanti, a eliminare i fattori di rischio, a rafforzare la crescita nell'infanzia, a mantenere il sistema muscolo-scheletrico sano, intervenendo sull'aumento della pressione sanguigna e facilitando il controllo del peso corporeo (7).

Per i ragazzi, oltre agli effetti benefici generali sulla salute, l'attività fisica aiuta l'apprendimento (8), riduce i sintomi depressivi e le alterazioni del tono dell'umore e la percezione dello stress e dell'ansia (9-11), incrementa l'autoconoscenza, l'autostima, il livello di energia percepita, la qualità del sonno e la capacità di concentrazione (8). A livello emozionale, inoltre, alcune caratteristiche individuali, come depressione e bassa autostima, sono inversamente associate allo svolgimento di attività fisica (12, 13).

Per contro 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 (14). Inoltre, molti autori hanno segnalato negli adolescenti, in concomitanza con l'"epidemia" di obesità, un preoccupante aumento della

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Chiara Verzeletti, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

prevalenza del diabete di tipo 2 e delle sue complicanze (ipertensione, iperlipidemia, nefropatia, retinopatia), tutte patologie un tempo confinate all'età adulta o anziana (15, 16).

Nel nostro Paese, tuttavia, l'indagine ISTAT ha registrato nel 2008 un incremento della quota di persone che praticano sport in modo continuativo rispetto al 2007 (dal 20.6% al 21.6%). In riferimento all'ultimo anno di indagine e alle specifiche classi di età, nel 2008 la percentuale di giovani tra gli 11 e i 14 anni (57%) che svolgono attività fisica in modo continuato è maggiore di quella della fascia dei giovani che va dai 15 ai 17 anni di età (45%) (17).

In epidemiologia è ben documentato il fatto che l'attività fisica può ridursi in corrispondenza di determinate classi di età. In particolare, si documenta il declino delle ore dedicate allo svolgimento dell'attività fisica in adolescenza rispetto a quanto non accada nel periodo dell'infanzia (18, 19). Tale fenomeno è attribuibile a fattori sociali, biologici e ambientali che contribuiscono a rendere più marcata questa tendenza, poiché 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 (20).

È altresì noto come il contesto familiare giochi un ruolo fondamentale nella promozione di comportamenti salutari in adolescenza (21, 22), tra cui l'attività fisica (19, 23, 24). I genitori, oltre a fornire un esempio e un modello di comportamento (25, 26) nello svolgimento di adeguati livelli di attività fisica, costituiscono un'importante fonte di sostegno e incoraggiamento per questo tipo di attività (27, 28); 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 sono, inoltre, caratteristiche che permettono agli adolescenti di svolgere con maggiore probabilità adeguati livelli di attività fisica (29) e di arrivare ad una migliore autoregolazione del numero di ore da dedicare allo sport (30).

Coinvolgere le famiglie, stimolarle a passare del tempo con i propri figli, supportarle nello sviluppo di buone abilità comunicative, sono aspetti che rafforzano il legame tra adolescente e famiglia. In un tale coinvolgimento, i genitori si fanno promotori di corretti stili di vita, stimolando i figli a praticare una regolare attività fisica (29) in modo da ridurre i comportamenti sedentari (per esempio il numero di ore passate davanti al computer e alla televisione), che si associano soprattutto al sovrappeso e all'obesità (31, 32).

A ciò si collega l'ipotesi in letteratura secondo cui l'uso eccessivo della televisione riduce la frequenza di attività fisica (33-35) benché comportamenti attivi e sedentari possano anche coesistere (36) e non essere necessariamente antitetici.

La raccomandazione dell'American Academy of Pediatrics è che i bambini non dedichino alla TV più di 1-2 ore al giorno (37). 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 (38), includendo le ore trascorse davanti ai video game. Uno studio recente condotto sulla popolazione scolastica evidenzia come un terzo del campione indagato abbia sviluppato una dipendenza da video game e come tale dipendenza sia risultata positivamente associata ad uno scarso rendimento scolastico, a una riduzione del sonno e a una minore attività di svago (39).

In ragione di queste problematiche e alla luce dei numerosi benefici sottolineati in letteratura a favore dell'attività fisica, le linee guida raccomandano lo svolgimento in adolescenza di almeno 60 minuti al giorno di attività fisica di tipo intenso/moderato, incluse le attività aerobiche di tipo intenso per il potenziamento della densità ossea e della massa muscolare da esercitarsi fuori dall'orario scolastico (32, 40-47).

Metodi

Attività fisica

Domanda standard: *Negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?*

La misura di screening dell'attività fisica da moderata a energica (MVPA) adottata dallo studio HBSC è quella messa a punto da Prochaska (48).

Considerate le modalità: *da 5 giorni fino a 7 giorni per l'indagine dell'attività fisica svolta "Per 5 o più giorni alla settimana negli ultimi 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 (32, 40, 45).

Domanda standard: *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?*

Considerate le modalità: *Da 2 a 3 volte; Da 4 a 6 volte a settimana; Ogni giorno; per l'indagine dell'attività fisica svolta "Più di 2 volte a settimana".*

Comportamento sedentario

Tre domande standard:

- 1) *Di solito, nel tuo tempo libero, quante ore al giorno guardi la televisione (videocassette e DVD compresi)?*
- 2) *Di solito, nel tempo libero, quante ore al giorno giochi al computer o alla play station o simili (Xbox, GameCube...)?*
- 3) *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.?*

Risposte possibili: *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 (49):

- 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 durante la settimana e comportamento sedentario durante i giorni di scuola e nel week-end

Livello regionale

attività fisica:
settimana tipo

Con la domanda *“Negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?”* la ricerca HBSC ha indagato l’esercizio fisico di una settimana tipo.

L’andamento che emerge dalla Tabella 9.1 si trova in linea con la tendenza evidenziata in letteratura secondo cui nell’adolescenza l’attività fisica diminuisce rispetto a quanto non accada in preadolescenza o addirittura nell’infanzia, dove la partecipazione ad attività ludico-sportive scolastiche ed extra scolastiche ricopre un ruolo fondamentale. Nello specifico, sono i 15enni a dedicare meno tempo all’esercizio fisico (20.9%) rispetto allo strato dei più giovani, quello degli 11enni (25.2%). Anche a livello di genere si riscontrano delle differenze statisticamente significative: le femmine si dimostrano meno attive dei maschi e questo accade in tutti e tre gli strati di età del campione. Lo scarto maggiore si registra tra i maschi e le femmine di 15 anni con una differenza di 10.4 punti percentuali tra i sessi (26.2% per i maschi vs 15.8% per le femmine).

attività
fisica extra
scolastica

In aggiunta a questa domanda, ai giovani è stato chiesto di riferire se al di fuori dell’orario scolastico svolgono attività fisica due o più volte alla settimana. I dati mostrano che il 65% circa degli 11 e dei 13enni svolge un’attività sportiva extra scolastica, mentre per i 15enni l’esercizio fisico si attesta al 57.3% (tab. 9.1). Queste prevalenze elevate, soprattutto nei primi due strati di età, fanno supporre che nei gruppi degli 11 e dei 13enni l’attività fisica venga pianificata dai genitori in maniera strutturata, con la partecipazione dei ragazzi alle discipline sportive per almeno due giorni la settimana.

Altrettanto importante quanto l’attività fisica è l’indagine dei comportamenti legati alla sedentarietà nella popolazione veneta.

guardare la TV

Nella Tabella 9.2 vengono presentati i dati sull’utilizzo della televisione durante i giorni di scuola e il fine settimana. Come si può notare dalla Tabella 9.2, si è in presenza di differenze statisticamente significative nei tre strati di età che fanno emergere un maggior uso della TV sia durante i giorni di scuola che durante il fine settimana da parte del gruppo dei 13enni rispetto a quello degli 11 e dei 15enni. Tuttavia, nello strato dei 13enni non si riscontrano differenze statisticamente significative tra il comportamento dei maschi e quello delle femmine, mentre la sola differenza tra i sessi è presente nel gruppo de-

gli 11enni, dove a guardare più di 4 ore al giorno la televisione sia durante i giorni di scuola che nel fine settimana sono in percentuale maggiore i maschi rispetto alle femmine.

Un altro comportamento indice di sedentarietà è il tempo trascorso a giocare al computer con i video game o alla Play Station (tab. 9.3). Dai dati emerge che durante i giorni di scuola sono in percentuale maggiore i 15enni (11.8%) a passare più di 3 ore a giocare al computer rispetto ai 13 (10.7%) e agli 11enni (8.7%), ma nel fine settimana questo comportamento diventa più frequente tra i 13enni (24.4%) e sostanzialmente identico tra gli 11 e i 15enni (19.5% per entrambi). A preferire questo tipo di attività sedentaria sono i maschi, con differenze di genere statisticamente significative in ogni strato di età e per ogni modalità temporale indagata (durante i giorni di scuola e il fine settimana).

Infine, anche per l'uso di internet (chattare, navigare, scrivere-ricevere e-mail o fare i compiti) la Tabella 9.4 mostra che durante i giorni di scuola l'utilizzo maggiore è fatto ancora dai 15enni (18.9%), che si riduce nei 13enni (15.0%) e ancora di più negli 11enni (8.2%). Nel fine settimana, si è nuovamente in presenza della stessa tendenza riscontrata per l'uso del computer come attività di gioco: sono i 13enni (senza differenze percentuali tra maschi e femmine, questa volta) a farne un maggior uso (24.0%), seguiti dai 15enni (23.2%) e dagli 11enni (13.1%). In questi due ultimi gruppi di età sono presenti scarti tra i sessi statisticamente significativi che vanno dai 3 ai 5 punti percentuali (tab. 9.4).

giocare al pc
o alla Play
Station

uso di internet
per chattare,
navigare,
scrivere/
ricevere
e-mail, o per
fare i compiti

Livello provinciale

Per l'indagine sull'attività fisica sia come settimana tipo che come attività extra scolastica, i dati a livello provinciale (tab. 9.1) non evidenziano differenze territoriali statisticamente significative in nessuno dei tre strati di età del campione considerato globalmente: a significare che le distribuzioni percentuali tra le province all'interno del gruppo di 11, 13 e di 15 anni seguono l'andamento delle stime regionali.

Al contrario, nei confronti di genere, per la tematica sull'esercizio fisico svolto per 5 o più giorni alla settimana sono emerse delle differenze statisticamente significative in tutte le province negli strati dei 13 e 15enni, ma non in quello degli 11enni, mentre nell'indagine sulle attività fisiche svolte al di fuori dell'orario scolastico 2 o più volte la settimana, le differenze statisticamente significative tra maschi e femmine sono state riscontrate in tutti e tre i gruppi di età (11, 13, 15 anni) e per tutte le province venete. Per entrambe le tematiche (attività fisica come settimana tipo e attività fisica extra scolastica) questi confronti hanno fatto emergere prevalenze più alte nei maschi con scarti molto ampi tra i sessi.

Andando a commentare i dati sul comportamento sedentario, la Tabella 9.2 evidenzia che per l'uso della televisione per più di 4 ore al giorno sia durante i giorni di scuola che nel fine settimana, le distribuzioni percentuali all'interno delle province risultano fluttuanti nello strato degli 11 e dei 15enni, mentre in quello dei 13enni appaiono omogenee ed in linea con le medie

attività fisica:
settimana
tipo ed extra
scolastica

guardare
la TV :

durante i
giorni di
scuola

regionali. In dettaglio, per l'uso della TV durante i giorni di scuola, nel primo gruppo di età e nell'ultimo la provincia con la frequenza più alta di 11 e di 15enni che guardano il piccolo schermo è Rovigo, rispettivamente con il 22.0% e il 24.5% (senza differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine), mentre la frequenza più bassa è Venezia per gli 11enni (8.3%) e Belluno per i 15enni (10.1%).

durante il fine
settimana

Per l'utilizzo della TV durante il fine settimana (tab. 9.2), nella classe di età degli 11enni è ancora la provincia di Rovigo (29.0%) che insieme a quella di Padova (29.5%) presentano le stime più alte. Se per il territorio di Rovigo i maschi e le femmine 11enni guardano la televisione in percentuale simile, ciò non accade nella provincia di Padova, dove i maschi 11enni (34.1%) superano le femmine loro coetanee (24.6%). Nella classe di età dei 15enni, affiancata alla provincia di Treviso (31.6%) appare nuovamente la provincia di Rovigo (31.5%) dove, in questo caso, non sono più i maschi (26.3%), ma le femmine (36.4%) a passare maggiormente il fine settimana davanti al piccolo schermo.

giocare al pc
o alla Play
Station:

durante i
giorni di
scuola

Rispetto al comportamento del campione veneto nei confronti dei video game o il gioco della Play Station durante i giorni di scuola (tab. 9.3), i risultati dei confronti tra le province fanno rilevare distribuzioni percentuali omogenee in tutti e tre gli strati di età. Ciò significa che sia nel gruppo totale degli 11enni, che in quello dei 13 e dei 15enni le stime delle province si stabilizzano intorno alle frequenze regionali, senza superarle. Di contro, per la stessa tematica si riscontrano differenze statisticamente significative nei confronti di genere in tutte le province di ogni strato di età e fanno emergere una sedentarietà più diffusa nei maschi di 11, 13 e 15 anni rispetto a quella delle femmine loro coetanee.

durante il fine
settimana

Per la modalità temporale dei giochi al pc o alla Play Station durante il fine settimana, il solo strato a presentare diversificazioni percentuali statisticamente significative tra le province è quello dei 15enni. Premettendo che in questo strato sono i maschi di tutte le province a passare più tempo a giocare al computer rispetto alle femmine, il territorio veneto con la percentuale più alta di ragazzi 15enni (maschi e femmine messi insieme) che nel week-end trascorrono più di 3 ore al giorno davanti alla Play Station o ai video game è ancora Rovigo con il 25.7%.

uso di
internet:

durante i
giorni di
scuola

Infine, per l'uso di internet (per chattare, navigare, scrivere/ricevere e-mail o per fare i compiti) durante i giorni di scuola (tab. 9.4), i risultati delle analisi fanno emergere delle distribuzioni percentuali tra province omogenee in tutte e tre le classi di età, sia che si tratti della descrizione del campione preso nella sua totalità sia che si tratti della descrizione tra i maschi e le femmine nei rispettivi strati di età. In sostanza, all'interno di ogni gruppo di età, le percentuali delle province si uniformano alla loro media regionale senza presentare differenziazioni percentuali tra i comportamenti dei maschi e quelli delle femmine.

durante il fine
settimana

Invece, per l'uso di internet durante il week-end (tab. 9.4), l'unica differenziazione statisticamente significativa nei confronti percentuali tra province è presente nello strato dei 13enni, dove le province di Verona (27.5%) e di Treviso (27.9) riportano la prevalenza più alta di uso di internet nel fine settimana.

Per quanto riguarda i confronti di genere, la sola provincia ad aver riportato differenze statisticamente significative tra maschi e femmine è Venezia sia nel gruppo degli 11enni che in quello dei 15enni: nello strato degli 11enni i maschi risultano i maggiori fruitori di internet (11.6%) rispetto alle femmine (8.4%), mentre nello strato dei 15enni questo comportamento si inverte, elevando le femmine al 28.2% e con una percentuale di 7 punti in più rispetto a quella dei maschi (20.9%).

Le Aziende ULSS

A livello locale, la distribuzione della prevalenza relativa allo svolgimento di attività fisica per 5 o più giorni alla settimana appare abbastanza diversificata negli strati dei 13 e dei 15enni ed omogenea in quello degli 11enni (tab. 9.5). Nel gruppo dei ragazzi di 13 anni, a fronte di una stima regionale del 28.7% la Ulss che si distanzia da essa per la minor prevalenza è la Ulss 14 di Chioggia con il 16.7%, mentre l'Azienda locale con la maggior frequenza è la Ulss 7 di Pieve di Soligo (35.6%). Nel gruppo dei 15enni, ad una media della Regione del 20.9% si contrappongono le Ulss 9 (12.1%) e 7 (33.8%), rispettivamente per la più bassa e per la più alta percentuale di attività fisica considerata come settimana tipo.

attività fisica:
settimana tipo

Nell'indagine dell'esercizio fisico svolto al di fuori dell'orario scolastico per più di 2 volte alla settimana (tab. 9.5), i risultati delle analisi mostrano differenze percentuali tra Ulss statisticamente significative solo all'interno dello strato dei 13enni. In questo gruppo di età, è possibile identificare nella Ulss 21 di Legnago (57.4%) la minor percentuale di attività fisica extra scolastica e nella Ulss 12 Veneziana la più alta (74.8%). Nel gruppo degli 11 e dei 15enni, come appena accennato, l'andamento delle stime all'interno di questi due strati può considerarsi omogeneo tra le Ulss ed in linea con le prevalenze regionali, senza scostamenti percentuali da esse.

attività
fisica extra
scolastica

I risultati sul comportamento sedentario, in particolare quelli sull'uso della televisione durante i giorni di scuola (tab. 9.6) mostrano distribuzioni percentuali altalenanti e diversificate tra Ulss (con confronti statisticamente significativi) in tutti e tre i gruppi di età. Iniziando a descrivere il gruppo degli 11enni, la Ulss con la frequenza maggiore di giovani che trascorrono più di 4 ore al giorno davanti alla TV è la Ulss 18 di Rovigo (26.4%), mentre la più bassa è la Ulss 12 (5.1%). Passando al gruppo intermedio dei 13enni, a fronte di una stima regionale del 17.7% se ne contrappone una più alta dell'Ulss 20 di Verona (30.2%) che supera la Regione di quasi 13 punti percentuali, mentre nel gruppo dei 15enni, davanti alla media regionale del 16.2%, la Ulss 18 di Rovigo si posiziona al 28.7% diventando la Ulss con stima più alta e la Ulss 2 di Feltre (9.6%) con quella più bassa.

TV durante
i giorni di
scuola

Rispetto all'uso della televisione durante il fine settimana (tab. 9.6), anche in questo caso i risultati delle analisi tra Ulss hanno riportato confronti statisticamente significativi in tutti e tre gli strati di età. Ciò significa che sia nel gruppo degli 11 che dei 13 e dei 15enni è possibile trovare distribuzioni percentuali tra Ulss che si discostano dalla media regionale. Per esempio, nella

TV durante il
fine settimana

classe di età degli 11enni le Ulss 9, 15, 17 e 18 vanno oltre la frequenza della Regione (25.4%) con un distacco massimo che partendo dai 5 punti arriva fino agli 8 punti percentuali. Similmente, nella classe di età dei 13enni, il limite minimo e massimo, in termini percentuali, di uso della televisione nel week-end è dato rispettivamente dalla Ulss 12 (21.2%) e dalla Ulss 18 (40.4%), così come nel gruppo di età dei 15enni le Aziende locali 1 (13.6%) e 18 (36.1%) rappresentano i due estremi percentuali della distribuzione.

giocare al pc o alla Play Station:

durante i
giorni di
scuola

Altro comportamento sedentario indagato a livello di Aziende Ulss è il tempo trascorso a giocare al computer o alla Play Station durante i giorni di scuola (tab. 9.7). Gli strati di età del campione che presentano distribuzioni diversificate sono quelli che fanno capo al gruppo degli 11 e dei 15enni, mentre lo strato dei 13enni racchiude al suo interno distribuzioni percentuali tra Ulss uniformi ed omogenee tra di loro, con comportamenti sostanzialmente simili tra i 13enni delle 21 Ulss venete. Descrivendo, invece, ciò che accade nel campione degli 11enni, è possibile notare come la prevalenza più alta di uso dei video game durante la settimana vada attribuita alla Ulss 17 con il 14.2%, mentre la più bassa sia dell'Ulss 13 (3.6%). Nel campione dei 15enni, a fronte di una stima regionale dell'11.8% se ne contrappone una del 22.1% della Ulss 18, con un distacco di oltre 10 punti dalla media, così come la Ulss 4 dell'Alto Vicentino se ne distacca di 7, ma per la prevalenza più bassa (4.7%)

durante il fine
settimana

Rispetto all'uso del pc durante il fine settimana, in ogni strato di età del campione i confronti tra Ulss si sono dimostrati statisticamente significativi (tab. 9.7). Ciò significa che partendo dal primo strato di età, la Ulss con la stima più elevata di 11enni che trascorrono il week-end davanti al computer a giocare è la Ulss 6 di Vicenza (27.5%), mentre nello strato dei 13enni è la Ulss 13 di Chioggia (33.5%) e in quello dei 15enni la Ulss 18 di Rovigo (31.1%).

uso di
internet :
durante i
giorni di
scuola

Per quanto riguarda l'utilizzo di internet per più di 3 ore al giorno durante i giorni di scuola, in tutti e tre gli strati di età del campione sono presenti distribuzioni percentuali diversificate con confronti tra Ulss statisticamente significativi (tab. 9.8). Descrivendo in dettaglio le distribuzioni all'interno di ogni classe di età, è possibile notare come nel gruppo degli 11enni le Ulss 14 (12.5%) e 20 (12.0%) abbiano la percentuale più alta di ragazzi che usano internet durante la settimana e come, invece, la Ulss 4 (3.0%) abbia la frequenza più bassa. Passando al gruppo dei 13enni, a fronte della media regionale del 15.0% si contrappongono le stime delle Aziende locali 13 (24.4%) e 3 (5.2%) che rappresentano la maggiore e la minore prevalenza riscontrata. Infine, nel gruppo dei 15enni, la Ulss 14 si rivela nuovamente l'Azienda con la stima più elevata, distanziandosi di quasi 12 punti percentuali dalla frequenza regionale (18.9%), mentre la Ulss 3 (9.6%) dimezza la stima regionale.

e il fine
settimana

Per l'uso di internet durante il fine settimana (tab. 9.8), si è in presenza di andamenti percentuali altalenanti nei gruppi degli 11 e dei 13enni per effetto della significatività statistica dei confronti tra Ulss, mentre in quello dei 15enni la distribuzione delle frequenze risulta omogenea tra le Aziende locali. Ciò significa che in questo strato di età le prevalenze si uniformano alla media regionale (23.2%) e che i comportamenti per l'uso di internet nel week-end da parte dei

15enni delle 21 Ulss sono sostanzialmente simili. Ad uno sguardo, invece, più dettagliato alle diversificazioni percentuali all'interno dello strato degli 11enni, emerge che la Ulss 1 di Belluno (20.0%) eccedendo di quasi 7 punti percentuali la stima regionale (13.1%), si pone l'Azienda con la prevalenza più alta, seguita dalla Ulss 6 di Vicenza (18.1%). Si attestano, invece, tra il 6% e il 9.5% le Ulss 2, 4, 10, 13, 19 e 22. Nello strato dei 13enni, infine, le Ulss che vanno oltre la stima regionale (24.0%) sono le Ulss 9, 13 e 20 con frequenze tra il 30% e il 34%.

Tabella 9.1 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che svolgono attività fisica a livello di provincia

ALMENO 1 ORA DI ATTIVITÀ FISICA PER 5 O PIÙ GIORNI ALLA SETTIMANA - SETTIMANA TIPO -

	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	27.1	2.8	32.1	10.4	26.1	7.0	27.3	6.1	26.3	6.6	27.5	5.4	39.1	12.5	24.6	6.6
femmine	23.2	3.2	26.3	7.3	28.8	8.9	24.4	5.5	26.6	8.3	20.7	5.1	11.6	6.8	17.3	8.0
totale	25.2	2.2	29.1	8.2	27.5	6.6	26.0	4.0	26.4	5.2	24.2	3.9	26.7	9.6	21.1	5.6
13 ANNI																
maschi	33.6	2.9	35.8	3.3	30.3	3.8	32.1	5.3	35.0	7.5	34.0	5.9	32.8	8.9	36.6	10.0
femmine	23.6	3.0	25.7	11.7	27.7	6.0	23.0	7.1	21.6	6.8	18.6	5.5	25.9	12.5	26.1	8.6
totale	28.7	2.4	31.0	5.5	29.1	3.9	27.4	4.8	28.6	5.2	26.2	4.8	29.3	8.5	31.2	8.5
15 ANNI																
maschi	26.2	3.0	26.3	9.9	35.6	7.3	23.1	7.4	24.6	6.7	24.3	7.6	25.4	8.1	24.3	5.5
femmine	15.8	2.6	16.0	7.9	15.9	5.3	15.4	6.0	15.2	5.4	17.4	6.4	14.0	6.8	15.5	7.9
totale	20.9	2.1	21.8	6.8	24.0	5.2	18.6	4.9	20.2	4.3	21.2	4.3	19.4	6.3	20.6	5.4
ATTIVITÀ FISICA AL DI FUORI DELL'ORARIO SCOLASTICO 2 O PIÙ VOLTE ALLA SETTIMANA																
11 ANNI																
maschi	69.5	2.5	67.3	11.3	66.5	6.6	72.9	4.7	72.1	6.3	69.9	5.2	71.9	5.4	66.2	5.6
femmine	61.0	3.2	58.0	6.4	61.6	7.8	59.4	6.9	63.3	7.2	60.9	6.9	56.3	8.7	61.7	9.3
totale	65.4	1.9	62.6	7.5	64.0	4.7	66.7	4.5	67.9	4.9	65.6	4.6	64.9	5.0	64.0	4.2
13 ANNI																
maschi	72.6	2.6	68.8	7.7	68.7	5.1	74.4	5.1	75.1	6.9	70.1	6.1	68.9	6.2	77.1	6.8
femmine	59.3	3.3	61.6	11.2	63.0	5.6	55.6	8.0	62.7	5.5	55.3	7.4	73.8	9.2	57.4	9.4
totale	66.1	2.1	65.4	4.6	66.0	3.8	64.7	3.8	69.3	4.4	62.7	5.7	71.4	4.7	67.0	6.5
15 ANNI																
maschi	67.8	3.3	66.4	10.0	71.1	5.7	70.1	8.4	64.3	6.5	63.8	9.5	63.9	9.7	71.3	7.5
femmine	47.1	3.4	46.6	16.1	46.3	5.8	45.3	7.7	49.3	7.7	47.8	9.3	39.0	8.4	49.9	10.3
totale	57.3	2.9	57.8	7.6	56.5	4.7	55.4	7.0	57.2	5.8	56.5	7.3	51.0	7.7	62.1	8.2

Tabella 9.2 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che guardano la televisione per più di 4 ore al giorno a livello di provincia

TELEVISIONE DURANTE I GIORNI DI SCUOLA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	17.0	2.1	18.3	9.1	15.5	4.7	16.4	3.6	8.5	3.0	20.7	5.1	25.1	10.4	20.6	5.5
femmine	10.9	1.7	11.0	7.0	9.0	2.6	8.9	3.1	8.0	3.5	16.5	4.9	18.2	9.1	10.0	4.1
totale	14.0	1.4	14.6	7.1	12.2	2.8	12.9	2.7	8.3	2.4	18.7	3.6	22.0	7.9	15.5	3.4
13 ANNI																
maschi	19.0	2.6	25.6	9.4	19.1	4.0	16.8	5.7	17.5	4.9	16.6	6.0	26.0	5.0	21.6	8.6
femmine	16.4	2.5	8.8	5.9	15.2	5.0	11.2	2.6	13.3	5.0	19.7	5.4	20.9	9.4	22.1	7.6
totale	17.7	2.1	17.6	6.5	17.3	3.3	13.9	3.2	15.5	3.4	18.2	3.9	23.4	6.9	21.9	7.2
15 ANNI																
maschi	16.8	3.0	11.3	6.9	15.0	5.8	16.9	5.1	15.7	5.2	18.5	6.6	21.1	5.4	18.0	9.7
femmine	15.5	2.9	8.4	7.5	11.8	5.2	18.4	7.5	15.4	4.7	15.1	5.5	27.6	12.4	15.8	10.0
totale	16.2	2.3	10.1	3.5	13.1	4.0	17.8	5.9	15.5	3.5	17.0	4.8	24.5	7.3	17.0	7.5
TELEVISIONE DURANTE IL FINE SETTIMANA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	29.7	2.7	28.6	7.6	28.6	5.4	30.0	7.3	23.4	6.0	34.1	4.8	32.5	5.5	31.4	8.2
femmine	20.7	2.8	27.9	10.2	14.9	4.1	23.1	5.7	19.0	6.3	24.6	5.9	24.9	8.3	20.1	9.2
totale	25.4	2.1	28.3	5.3	21.6	2.9	26.8	5.2	21.3	5.1	29.5	3.2	29.0	5.1	25.9	6.9
13 ANNI																
maschi	33.0	3.2	29.7	11.2	33.8	6.1	30.3	6.6	33.0	6.2	32.8	6.8	40.0	10.3	34.2	10.5
femmine	29.8	2.8	26.0	10.1	24.5	5.0	26.9	5.4	25.3	6.5	36.3	6.7	38.2	7.7	33.4	7.4
totale	31.4	2.4	27.9	8.4	29.4	4.6	28.6	4.2	29.4	4.7	34.6	5.4	39.1	7.2	33.8	8.0
15 ANNI																
maschi	25.8	3.0	17.0	8.2	23.0	7.2	33.9	6.4	24.4	6.0	27.3	7.8	26.3	7.6	24.3	7.3
femmine	24.6	3.5	12.6	6.1	18.6	6.0	30.1	9.1	26.3	8.0	27.4	6.5	36.4	11.7	21.0	10.1
totale	25.2	2.4	15.0	4.7	20.4	4.8	31.6	6.6	25.3	4.8	27.3	5.2	31.5	8.4	22.9	6.1

Tabella 9.3 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che giocano al computer o alla Play Station per più di 3 ore al giorno a livello di provincia

GIOCARRE AL COMPUTER DURANTE I GIORNI DI SCUOLA

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
maschi	13.0	2.0	16.0	6.9	11.7	4.3	10.6	3.4	8.2	3.2	16.8	4.5	17.0	12.6	15.8	5.5	
femmine	4.1	1.1	5.5	3.4	3.6	1.8	5.6	3.5	4.9	2.6	4.0	2.7	2.5	3.2	2.5	2.0	
totale	8.7	1.1	10.7	4.1	7.6	2.5	8.3	2.3	6.7	2.4	10.5	2.4	10.4	7.7	9.5	3.1	
13 ANNI																	
Maschi	14.9	2.1	17.8	7.6	15.4	5.2	14.6	4.8	13.5	4.7	17.4	4.4	16.4	5.9	12.5	5.4	
femmine	6.4	1.5	3.9	4.2	2.7	1.8	7.2	3.7	10.2	4.3	5.0	2.1	11.9	8.3	7.0	4.2	
totale	10.7	1.4	11.1	5.2	9.5	2.9	10.8	3.6	12.0	3.6	11.1	2.3	14.1	4.7	9.7	4.1	
15 ANNI																	
Maschi	17.2	2.6	13.1	3.9	15.0	4.7	16.8	8.5	20.7	5.0	14.4	6.2	25.7	7.7	17.9	6.2	
femmine	6.6	1.6	3.1	5.6	5.3	2.8	8.3	4.6	6.4	3.9	5.4	3.0	9.9	6.5	7.6	4.0	
totale	11.8	1.7	8.7	3.5	9.3	2.9	11.8	5.0	13.9	3.7	10.3	3.9	17.5	6.9	13.6	4.4	

GIOCARRE AL COMPUTER DURANTE IL FINE SETTIMANA

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
Maschi	27.5	2.7	29.7	7.1	27.5	6.2	29.6	7.8	23.0	6.7	27.7	4.6	27.7	10.7	28.6	6.4	
femmine	11.0	1.9	13.9	7.9	10.6	4.4	11.1	3.4	9.6	3.0	12.1	4.7	9.9	6.6	10.9	6.0	
totale	19.5	1.9	21.6	6.1	18.9	4.5	20.9	4.7	16.7	4.1	20.1	3.7	19.7	5.9	20.1	5.2	
13 ANNI																	
Maschi	32.4	3.2	28.6	8.5	32.2	7.4	30.4	6.8	36.3	6.3	31.4	6.1	40.8	14.2	31.1	10.4	
femmine	16.2	2.5	20.6	7.0	9.3	4.0	20.8	5.4	19.1	6.4	11.2	3.6	21.3	10.0	18.6	7.0	
totale	24.4	2.3	24.8	6.0	21.5	5.2	25.4	5.1	28.2	5.2	21.2	2.8	30.9	7.7	24.7	7.1	
15 ANNI																	
Maschi	28.2	3.1	19.4	6.3	26.1	7.5	31.7	10.7	32.2	6.3	25.2	7.2	34.9	8.1	27.2	5.2	
femmine	11.3	2.4	5.3	4.0	6.3	3.3	15.2	6.9	13.2	6.4	12.1	4.1	17.2	9.2	9.9	4.7	
totale	19.6	2.2	13.2	4.0	14.5	4.1	21.9	7.2	23.2	4.9	19.2	4.7	25.7	8.0	19.9	4.0	

Tabella 9.5 Giovani di 11, 13, 15 anni che svolgono attività fisica della a livello di azienda ULSS.

	Almeno 1 ora di attività fisica per 5 o più giorni alla settimana - settimana tipo -						Attività fisica al di fuori dell'orario scolastico 2 o più volte alla settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	25.2	2.2	28.7	2.4	20.9	2.1	65.4	1.9	66.1	2.1	57.3	2.9
ULSS 1	30.7	11.9	32.6	7.8	26.1	6.7	63.6	9.8	66.3	4.4	63.6	7.3
ULSS 2	26.7	8.9	28.4	6.1	15.7	10.9	61.0	11.0	63.9	9.3	49.4	11.1
ULSS 3	33.1	5.9	24.4	9.1	15.9	8.0	63.3	8.6	63.1	6.2	49.6	11.0
ULSS 4	25.1	7.8	34.2	6.1	25.3	9.0	69.8	7.0	61.1	7.9	58.8	12.4
ULSS 5	26.8	11.0	25.8	4.1	15.3	7.2	63.6	8.2	72.4	7.2	51.4	7.1
ULSS 6	26.0	15.7	30.5	7.6	33.8	8.5	61.2	9.8	67.1	6.7	62.7	4.1
ULSS 7	27.7	5.2	35.6	5.6	22.2	7.0	67.3	9.5	69.4	5.7	63.7	12.3
ULSS 8	31.0	10.2	21.2	6.4	25.5	9.7	66.5	8.1	62.7	6.8	58.5	12.0
ULSS 9	21.6	2.7	27.1	8.0	12.1	5.0	66.5	6.7	63.6	5.8	49.0	9.6
ULSS 10	28.4	11.0	31.3	10.3	17.6	4.5	70.3	12.6	66.7	6.8	49.7	9.7
ULSS 12	28.9	8.4	30.9	5.7	22.9	10.0	70.6	4.5	74.8	8.4	59.0	8.1
ULSS 13	20.6	6.2	27.3	10.4	19.1	7.3	63.5	8.2	68.5	4.9	58.3	13.2
ULSS 14	29.5	13.8	16.7	9.3	21.0	8.7	63.8	10.6	59.5	12.4	62.9	10.3
ULSS 15	23.5	6.3	26.4	9.4	20.7	5.2	66.5	7.1	57.0	10.8	53.3	10.1
ULSS 16	26.3	6.7	30.1	7.5	22.4	7.7	67.7	7.9	67.8	8.3	60.3	13.0
ULSS 17	20.3	7.9	20.8	7.9	19.1	6.5	61.4	9.0	60.1	9.7	53.2	6.0
ULSS 18	24.1	12.6	32.4	10.1	20.7	7.5	61.8	4.3	71.4	5.3	53.3	8.9
ULSS 19	32.8	9.0	21.9	12.4	16.7	10.7	72.1	9.0	71.2	9.7	46.2	12.9
ULSS 20	22.0	9.3	31.7	16.1	17.2	7.2	64.2	5.6	67.6	10.4	66.4	13.3
ULSS 21	18.0	5.1	24.5	5.4	17.8	5.8	65.9	7.3	57.4	5.5	53.6	8.0
ULSS 22	21.0	8.2	33.7	4.4	27.3	10.1	62.9	8.4	70.8	9.9	59.4	9.6

Tabella 9.6 Giovani di 11, 13 e 15 anni che guardano la televisione per più di 4 ore al giorno a livello di Azienda ULSS

	Televisione durante i giorni di scuola						Televisione fine settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	14.0	1.4	17.7	2.1	16.2	2.3	25.4	2.1	31.4	2.4	25.2	2.4
ULSS 1	16.1	11.0	14.9	9.1	10.3	2.9	29.9	7.7	25.8	10.5	13.6	6.4
ULSS 2	12.3	5.0	21.9	7.3	9.6	7.3	25.7	6.4	31.3	13.6	17.1	6.4
ULSS 3	8.7	5.7	10.3	5.8	15.1	10.2	20.8	6.3	19.9	7.1	18.2	10.9
ULSS 4	7.6	5.6	12.1	2.6	9.5	5.5	13.6	4.1	27.2	6.7	16.0	8.0
ULSS 5	16.3	5.9	22.7	8.9	15.3	8.4	21.6	5.5	31.8	4.8	25.9	9.0
ULSS 6	14.6	3.9	21.4	4.2	12.8	6.5	26.8	2.4	35.1	9.5	21.2	8.4
ULSS 7	11.3	3.6	12.4	2.6	17.8	10.7	22.8	8.1	26.6	3.4	34.8	9.4
ULSS 8	15.2	5.9	18.2	6.9	18.4	6.9	25.2	10.2	26.7	8.9	33.3	7.6
ULSS 9	12.2	3.9	11.9	4.3	17.4	10.6	30.0	7.7	30.8	6.4	28.8	12.4
ULSS 10	11.4	4.0	16.4	7.1	16.4	5.5	27.6	7.4	35.4	6.5	27.4	6.6
ULSS 12	5.1	3.8	9.4	3.6	10.8	5.7	16.2	8.7	21.2	6.6	26.5	10.4
ULSS 13	8.3	3.7	20.2	4.6	20.1	6.4	19.8	9.3	35.5	5.8	25.8	9.3
ULSS 14	13.8	8.4	18.1	11.0	14.5	6.0	27.5	9.2	24.7	15.9	18.3	6.8
ULSS 15	23.5	4.1	19.7	7.5	22.2	7.2	30.8	6.0	37.5	9.5	29.9	10.5
ULSS 16	15.0	6.2	17.5	3.9	12.2	7.0	28.4	5.0	30.9	7.5	24.8	7.5
ULSS 17	19.3	7.3	17.6	11.4	19.5	7.6	30.7	7.8	39.5	12.3	28.7	8.0
ULSS 18	26.4	9.6	23.4	9.1	28.7	7.6	33.3	4.5	40.4	8.8	36.1	9.4
ULSS 19	11.5	8.1	23.3	8.8	15.4	9.6	18.6	2.7	36.1	12.0	21.8	10.7
ULSS 20	14.8	4.6	30.2	10.5	18.0	13.4	25.5	12.0	39.6	13.5	26.2	9.8
ULSS 21	22.6	5.1	18.3	5.2	20.4	7.1	28.7	7.8	27.2	6.5	28.1	7.3
ULSS 22	13.5	6.3	10.7	4.5	13.9	7.2	25.3	8.3	28.1	7.1	14.8	7.7

Tabella 9.7 Giovani di 11, 13 e 15 anni che giocano al computer o alla Play Station per più di 3 ore al giorno a livello di Azienda ULSS.

	Giocare al computer durante i giorni di scuola						Giocare al computer fine settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	8.7	1.1	10.7	1.4	11.8	1.7	19.5	1.9	24.4	2.3	19.6	2.2
ULSS 1	10.2	6.1	6.4	4.4	11.5	4.0	23.3	8.3	20.2	6.0	14.9	6.0
ULSS 2	11.3	4.7	18.6	7.0	4.8	4.2	19.0	8.8	32.0	8.5	10.8	3.9
ULSS 3	4.0	3.6	7.7	4.1	10.8	5.8	13.0	7.0	15.5	6.3	12.4	6.8
ULSS 4	4.1	2.5	8.2	3.1	4.7	3.3	9.5	4.0	21.4	6.8	8.8	5.6
ULSS 5	7.3	4.3	11.0	4.2	11.0	5.5	19.5	4.0	25.6	4.6	16.8	9.7
ULSS 6	11.9	4.6	10.4	7.1	10.1	6.0	27.5	8.0	22.7	12.9	17.9	7.6
ULSS 7	7.9	2.8	8.1	2.6	8.1	4.7	17.7	5.1	22.4	1.8	18.4	9.3
ULSS 8	7.0	2.6	12.0	3.1	9.2	6.0	19.2	2.9	19.4	5.5	15.5	7.1
ULSS 9	9.4	4.3	11.4	7.1	15.4	9.3	23.7	9.4	30.9	8.9	28.1	13.4
ULSS 10	9.0	3.0	13.1	6.0	8.2	6.0	16.1	5.3	29.5	9.4	18.2	8.4
ULSS 12	5.8	4.0	7.9	4.5	14.5	4.2	20.3	9.5	20.7	7.2	28.0	8.1
ULSS 13	3.6	3.3	13.8	6.3	15.8	6.9	12.6	5.5	33.5	8.1	21.6	8.2
ULSS 14	11.4	8.1	16.9	9.6	17.7	12.2	23.8	7.2	29.8	11.2	24.6	13.6
ULSS 15	8.8	2.3	12.0	3.8	9.5	5.8	17.1	7.1	21.3	5.2	23.4	6.9
ULSS 16	10.4	3.8	9.6	3.6	9.6	7.2	20.1	4.6	21.5	4.0	14.8	7.1
ULSS 17	14.2	7.4	11.7	4.6	13.1	2.7	22.0	9.5	19.0	6.1	22.2	6.8
ULSS 18	10.0	9.3	14.3	6.2	22.1	7.9	19.4	7.0	33.0	8.6	31.1	9.1
ULSS 19	11.5	13.5	13.7	6.1	7.7	5.5	20.3	10.7	26.0	15.0	14.1	5.4
ULSS 20	9.3	4.2	10.9	7.1	15.4	7.3	18.8	8.3	27.3	12.3	23.3	5.0
ULSS 21	9.8	4.8	11.0	8.3	11.3	7.9	21.8	7.8	17.6	8.9	21.1	6.9
ULSS 22	9.5	6.1	7.3	3.8	11.7	4.8	21.3	7.8	24.2	7.8	13.8	7.2

Tabella 9.8 Giovani di 11, 13 e 15 anni che usano internet per più di 3 ore al giorno per chattare, navigare, scrivere o ricevere e-mail o per fare i compiti a livello di Azienda ULSS.

	Usò di internet durante i giorni di scuola						Usò di internet fine settimana					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	8.2	1.1	15.0	1.5	18.9	2.0	13.1	1.5	24.0	2.2	23.2	1.9
ULSS1	3.5	2.1	17.0	6.4	20.9	3.4	20.0	6.2	17.0	6.1	24.1	5.6
ULSS2	6.7	3.6	16.5	5.2	9.6	4.9	8.6	6.2	23.7	5.2	13.3	6.9
ULSS3	6.2	5.8	5.2	4.3	15.8	8.5	11.8	5.9	13.5	7.2	16.7	7.3
ULSS4	3.0	2.4	11.4	7.6	14.2	6.3	6.6	3.9	19.6	9.4	16.5	8.4
ULSS5	8.6	3.2	16.9	5.2	17.8	3.5	13.8	6.3	20.0	7.7	25.0	3.3
ULSS6	10.7	2.7	19.1	6.4	15.4	7.1	18.1	4.8	25.7	7.6	18.5	8.7
ULSS7	9.6	3.0	12.9	7.4	16.9	5.3	14.5	6.5	25.1	6.2	24.3	7.2
ULSS8	7.6	4.1	13.9	4.9	14.1	5.5	14.6	5.3	21.3	4.7	22.5	8.8
ULSS9	7.6	4.7	16.5	4.4	20.3	5.7	15.7	7.8	33.5	5.6	27.9	8.3
ULSS10	8.3	4.4	16.4	4.1	13.6	4.3	9.1	4.2	26.2	4.5	20.9	4.4
ULSS12	6.7	6.0	10.1	5.2	24.1	6.6	11.8	5.2	18.1	6.8	32.9	8.2
ULSS13	4.2	2.6	24.4	4.3	19.7	5.9	7.9	3.8	32.7	8.0	18.5	3.5
ULSS14	12.5	7.2	13.3	5.0	30.6	15.1	17.5	2.7	20.5	8.3	24.2	1.7
ULSS15	10.7	4.3	12.2	4.7	16.9	5.3	10.1	4.0	19.6	6.8	23.5	7.3
ULSS16	7.5	3.0	13.6	5.0	14.8	7.5	14.1	5.1	22.2	7.2	25.5	7.5
ULSS17	7.8	3.2	10.4	4.5	17.5	4.5	15.1	6.3	15.7	4.9	20.8	5.2
ULSS18	8.3	6.4	19.8	6.5	24.6	8.5	12.0	4.0	23.4	6.8	27.0	8.4
ULSS19	6.6	8.7	16.4	0.4	20.8	7.2	8.5	7.8	23.3	6.2	15.4	9.7
ULSS20	12.0	5.0	15.9	5.8	24.6	11.2	15.5	7.0	30.9	11.9	26.4	6.6
ULSS21	9.2	2.4	18.8	6.6	22.4	7.0	11.7	3.5	20.3	9.0	25.5	8.9
ULSS22	7.0	3.0	15.2	8.1	22.6	9.7	9.6	4.7	26.0	6.5	20.4	7.5

Implicazioni di politica socio-sanitaria

La sedentarietà e la scorretta alimentazione contribuiscono in maniera rilevante alla morbilità, alla disabilità e alla mortalità della popolazione giovane e adulta (6): ad esempio il 30% circa delle morti premature totali e il 20% di quelle dovute a tumori (50) e il 22% dei casi di cardiopatia ischemica (51) sono correlati con l'inattività. Insufficienti livelli di attività fisica inoltre comportano costi sociali non indifferenti, pari, in Europa, a 150-300 euro/cittadino/anno (52).

Il problema della sedentarietà investe tutte le fasce d'età ma ha implicazioni particolari per quanto riguarda i giovani, per le importanti ripercussioni psicologiche e sociali oltre che sulla salute fisica.

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 con particolare riguardo per i giovani.

Le linee guida dei Centers for Disease Control statunitensi, destinate ai servizi di prevenzione territoriale (Community Preventive Services), forniscono raccomandazioni sui piani di intervento per incrementare la pratica dell'attività fisica e suggeriscono azioni incentrate su tre livelli complementari: azioni a livello informativo, che mirano soprattutto all'acquisizione di abilità cognitive; azioni a livello comportamentale, che introducono durante le ore curricolari un'attività fisica di intensità vigorosa che coinvolga il maggior numero possibile di studenti (44, 45, 17, 48, 53) oppure mirano a ridurre i comportamenti sedentari (ad es. televisione o video game) e azioni a livello ambientale, concepiti per fornire il maggior numero di opportunità e il supporto alla comunità per sviluppare un comportamento più sano. I livelli di attività fisica infatti sono molto influenzati da fattori legati alla struttura del territorio. Le principali caratteristiche dei quartieri che interferiscono sui livelli di attività fisica sono: l'inquinamento, i trasporti, la presenza di piste ciclabili, il rischio di incidenti o di aggressioni, oltre a fattori come il senso di appartenenza alla comunità e il costo d'accesso alle strutture, particolarmente importanti nelle fasce sociali svantaggiate (54-56).

La preoccupazione dei genitori per il traffico in particolare 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 (57).

Esempi di interventi strutturali sono quelli volti a facilitare l'accesso ai centri sportivi e ricreativi già esistenti (anche in termini di tariffe d'ingresso) e a crearne di nuovi (58-64) ma soprattutto a incentivare la presenza nell'ambiente urbano di spazi verdi, piazze e aree di incontro adeguate, di percorsi per il cammino e piste ciclabili, di zone pedonali o zone 30. 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 nel Veneto

Data l'importanza della lotta alla sedentarietà nella promozione della salute, non stupisce il fatto che siano state avviate anche in Veneto numerose iniziative per promuovere il movimento e gli stili di vita sani nei giovani: dal 2002 infatti è attivo un programma di promozione dell'attività fisica coordinato dal Dipartimento di Prevenzione (DP) di Verona, le cui attività sono descritte in maniera particolareggiata nel sito web http://prevenzione.ulss20.verona.it/medgen_attmot.html. Dal 2008 inoltre il DP di Verona è diventato capofila di un analogo progetto nazionale.

Perché i bambini e i giovani abbiano uno stile di vita attivo è necessario fra l'altro che l'ambiente urbano venga modificato in modo da facilitare il cammino e l'uso della bicicletta sui percorsi casa-scuola; che sia incentivato (come avveniva in passato) il gioco libero nelle strade e nelle piazze cittadine; che venga potenziato l'accesso alle pratiche sportive ma anche di altre forme di "sport urbani" e attività non organizzate, specialmente per quanto riguarda la fascia adolescenziale (che come si è visto è quella in cui avviene un repentino passaggio verso stili di vita più sedentari).

Su tutti questi versanti agisce il programma di promozione dell'attività fisica. Il concorso "Piccoli cittadini per grandi strade", che si è concluso nel 2008, ha consentito di realizzare alcuni progetti sull'attività fisica nella vita quotidiana e la modifica dello spazio urbano a misura di bambino; al concorso hanno partecipato scuole, comuni, comitati di quartiere, associazioni ecc con 19 progetti. Recentemente è stato bandito un nuovo concorso, "Ragazzi in gamba" (che si concluderà nel 2011 e coinvolgerà più regioni), per la creazione di un racconto, una poesia, un poster o uno spot/video che abbiano come target gli adolescenti dai 13 ai 18 anni; l'obiettivo sarà quello di invogliarli a adottare comportamenti virtuosi nella vita quotidiana e le produzioni saranno incentrate su pensieri, emozioni, problemi, desideri dei giovani. Infine un terzo concorso, "Fuori Gioco" (65) mira ad identificare spazi urbani insoliti per il gioco libero dei ragazzi, che come si diceva è una delle aree critiche per uno stile di vita attivo nei primi anni di vita.

Tutte queste iniziative si sono articolate con gli interventi generali di contrasto ai determinanti urbanistici della sedentarietà, culminate nella collaborazione fra progetto veneto di lotta alla sedentarietà e Facoltà di Architettura dell'Università di Venezia (IUAV) e nella pubblicazione del volume su urbanistica e salute "Spazi per camminare. Camminare fa bene alla salute" (66).

Il volume è utilizzato anche per la formazione degli operatori dei comuni e dei tecnici della prevenzione del Veneto. A ciò si aggiungono numerosi altri interventi sugli spazi urbani, mediante collaborazioni con i comuni sui piani regolatori, sulla mappatura di aree verdi, strutture per l'attività fisica e percorsi ed altro.

La campagna di marketing sociale, in atto da molti anni nel Veneto, mira a sua volta ad intervenire sull'opinione pubblica della popolazione e dei suoi sottogruppi e ad informare adeguatamente gli operatori. La campagna ha prodotto materiali (poster, volantini, pieghevoli, opuscoli), alcuni dei quali

dedicati ai bambini e ai giovani, cui si sono affiancati il blog per adolescenti e un sito web. Tutti i materiali sono liberamente scaricabili dai siti web del progetto regionale (http://prevenzione.ulss20.verona.it/att_motoria.html) e nazionale (http://prevenzione.ulss20.verona.it/attmotoria_nazionale.html).

Un altro progetto regionale, "Piusport@scuola", ha invece puntato ad incrementare le ore curricolari ed extra curricolari di attività fisica nelle scuole primarie, mediante una collaborazione tra Regione Veneto, Ufficio Scolastico Regionale e Università; il progetto ha portato nelle scuole primarie esperti laureati in Scienze Motorie per alcune ore la settimana, sia per attività con i bambini che per la consulenza ai docenti. Altre iniziative importanti in molte scuole sono state realizzate dalla UISP con il programma "Diamoci una mossa", integrato con le attività del progetto nazionale.

A livello di singole aziende sanitarie, molti progetti di promozione degli stili di vita sani nei giovani hanno ormai assunto la caratteristica di interventi permanenti, anche grazie alla collaborazione fra i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e i Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione. In 15 Aziende ULSS del Veneto, ad esempio, sono presenti iniziative di promozione del cammino sui percorsi casa-scuola (Pedibus, Vado a scuola da solo), spesso integrate con altri interventi urbanistici.

Ora è necessario consolidare ed espandere tali interventi e contemporaneamente spostare l'attenzione anche sui ragazzi della fascia adolescenziale, particolarmente a rischio di stili di vita sedentari, con particolare attenzione alle problematiche della mobilità urbana ed anche agli aspetti connessi con la possibilità di crescita e di progressiva autonomia (sia nei trasporti che nel gioco) rispetto agli adulti. Ad esempio in un recente convegno (Workshop "Mobilità verso le scuole". Verona 22 settembre 2010) questi temi sono stati affrontati sia dal punto di vista della motivazione del singolo che da quello delle infrastrutture necessarie per potersi spostare, verso la scuola ma anche negli altri momenti della vita quotidiana, senza essere accompagnati con l'auto dei genitori ed anche i presidi e gli insegnanti interpellati hanno manifestato un atteggiamento molto favorevole ad intraprendere iniziative positive verso la mobilità sostenibile.

Tutti questi interventi 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.
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. 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>.
9. 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.
10. 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. *Behaviour Research and Therapy*, 2004, 42, 125-36.
11. GRIFFITHS LJ, DOWDA M. DEZATEUX C, PATE R. Associations between sport and screen-entertainment with mental health problems in 5-year-old children. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 2010, 21, 7:30.
12. 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.
13. 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 Behaviour*, 2005, 37, 133-139.
14. 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.
15. WEISS R, CAPRIO S. Altered glucose metabolism in obese youth. *Pediatr Endocrinol Rev.*, 2006, 3, 3, 233-8.

16. PINHAS-HAMIEL O, ZEITLER P. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. *Lancet*, 2007, 26, 369(9575), 1823-31.
17. ISTAT. Famiglia e società. La vita quotidiana nel 2008. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie. Informazioni n.7, 2009. www.istat.it.
18. STRICKER PR. Sports training issues for the pediatric athlete. *Pediatric Clinics of North America*, 2002, 49, 793-802.
19. SALLIS JF. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000, 32, 963-75.
20. 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.
21. JACKSON C. Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 2002, 31, 425-432.
22. BYRNE K, HADDOCK C, POSTON W: Parenting style and adolescent smoking. *Journal of Adolescence Health*, 2002, 30, 425.
23. 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.
24. 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.
25. SPRINGER A, KELDER S, HOELSCHER D. Social support, physical activity and sedentary behavior among 6th grade girls: a cross sectional study. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 2006, 3, 8.
26. ALDERMAN BL, BENHAM-DEAL TB, JENKINS JM. Change in parental influence on children's physical activity over time. *J Phys Act Health*, 2010, 7(1): 60-7.
27. 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.
28. ZECEVIC CA, TREMBLAY L, LOVSIN T, MICHEL L. Parental Influence on Young Children's Physical Activity. *Int J Pediatr.*, 2010, 2010:468526. Epub Jul 7.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. STRONG WB, MALINA RM, BLIMKIE CJ, ET AL. Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal Pediatric*, 2005, 146, 732-7.
33. 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.

34. 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.
35. JAGO R, FOX KR, PAGE AS, BROCKMAN R, THOMPSON JL. Parent and child physical activity and sedentary time: do active parents foster active children? *BMC Public Health*, 2010,15, 10: 194.
36. 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.
37. <http://www.aap.org/family/tv1.htm>
38. DALLAGO L, SANTINELLO M, DAVOLI K. La salute in preadolescenza tra utilizzo di computer e televisione. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 2005, 246, 3-14.
39. REHBEIN F, KLEIMANN M, MOSSLE T. Prevalence and risk factor of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.*, 2010, 13(3): 269-77.
40. 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.
41. 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.
42. SPROSTON K, PRIMATESTA P. Health survey for England 2002: The health of children and young people. London: The Stationery Office, 2003.
43. 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.
44. 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>.
45. 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.
46. O'DONOVAN G, BLAZEVICH AJ, BOREHAM C, COOPER AR, CRANK H, ET AL. The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sports Sci.*, 2010, 28 (6), 573-91.
47. GIDDING SS, DENNISON BA, BIRCH LL, DANIELS SR, GILMAN MW ET AL. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners: Consensus Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2005, 112, 2061-2075.
48. 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.
49. 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).
50. HU FB, ET AL. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among Women. *N Engl J Med.*, 2004, 351, 2694.
 51. WHO. World Health Report <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en>
 52. WHO: Physical activity and health in Europe. 2006.
 53. 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.
 54. 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.
 55. WING RR, ET AL. Behavioural science research in diabetes. *Diabetes Care*, 2001, 24, 117.
 56. STAHL ET AL. The importance of the social environment for physically active lifestyle. *Social Science and Medicine*, 52, 2001, 1-10.
 57. WHO: Promoting physical activity and active living in urban environments, 2006.
 58. BERTERA RL. Behavioural risk factor and illness day changes with workplace health promotion: two-year results. *Am J Health Promot.*, 1993, 7, 365-73.
 59. 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.
 60. 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.
 61. 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.
 62. 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.
 63. LINENGER JM, CHESSON CV, NICE DS. Physical fitness gains following simple environmental change. *Am J Prev Med.*, 1991, 7, 298-310.
 64. OSTWALD SK. Changing employees' dietary and exercise practices: an experimental study in a small company. *J Occup Med.*, 1989, 31, 90-7.
 65. <http://www.associazionegiochiantichi.it/fuorigioco.aspx>
 66. Marsilio editore, 2009, <http://prevenzione.ulss20.verona.it/inu09.html>

Summary

Exercise and sedentary behaviour

Introduction

Scientific studies show that regular exercise helps to stay healthy. It helps to prevent chronic disease, cardiovascular disease, diabetes, obesity, bone and joint illnesses, tumours and also protects against disability, eliminating risk factors and stimulating growth during childhood, strengthening the musculo-skeletal system, lowering blood pressure and weight.

For youngsters, there are additional benefits in terms of assisting in learning, combating depression and mood swings, as well as the sense of stress and anxiety, increasing self-knowledge, self-esteem, energy, the quality of sleep and the ability to concentrate. At the emotional level, some personal characteristics such as depression and low self-esteem are inversely proportional to the amount of exercise taken.

Guidelines recommend that adolescents spend at least 60 minutes a day outside school time, in intense/moderate physical exercise, including intense aerobic activities, in order to improve bone density and build up muscle.

Results

At the regional level:

- *the percentages of those who carry out exercise for at least one hour, 5 or more days a week are different, being 25.2% for the stratum of 11-year olds, 28.7% for that of the 13-year olds, and about 20.9% for the stratum of 15-year olds;*
- *in general, the analysis of data has found that 15-year olds are less active and gender comparison has shown that the most inactive are girls in all three strata.*
- *outside school time, youngsters who exercise two or three times a week were as follows: about 65.0% of 11-year olds and 13-year olds and 57.3% of 15-year olds.*
- *during school days 14% of 11-year olds, 17.7% of 13-year olds and 16.2% of 15-year olds watch television for more than 4 hours a day. The numbers increase if weekends are taken into account; in relation to the gender differences, only in the 11-year old stratum does the phenomenon have a strictly male tendency – in the other two strata there are no significantly statistical differences;*
- *in terms of the time spent playing on a computer, video game or Play Station the percentages were 11.8% for 15-year olds spending at least 3 hours a day, 10.7% for 13-year olds and 8.7% for 11-year olds, but this behaviour increases at weekends among 13-year olds who are the most assiduous users at 24.4% with 11 and 15-year olds at 19.5%. Boys are statistically significantly more sedentary in all three age groups;*
- *in relation to the use of internet (chat, surfing, writing and receiving e-mails or doing homework) during school hours the highest users were 15-year olds (18.9%), followed by 13-year olds (15.0%) and 11-year olds (8.2%). In the weekends 13-year olds (with no difference between boys and girls) were*

the biggest users (24.0%), followed by 15-year olds (23.2%) and 11-year olds (13.1%).

Comments

Involving families, stimulating parents to spend time with their children, backing them up in the development of good communications skills, are aspects that can strengthen ties between an adolescent and his/her family. In this scenario the parents are a model for a good lifestyle, encourage their children to take regular exercise, to reduce sedentary activities (the number of hours spent at the computer or watching TV), activities associated with obesity and being overweight.

The literature indicates that an excessive time spent watching TV discourages physical exercise although the two things are not, in themselves, incompatible.

The recommendation of the American Academy of Pediatrics is that children watch no more than 1-2 hours of TV a day. Therefore, when examining the lifestyles of adolescents, both physical exercise and TV viewing (or video game use) should be looked at.

Capitolo 10 **Abitudini alimentari**¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Piero Vio, Linda Chioffi*, Valeria Rebonato*
*Servizio Igiene Alimenti Nutrizione e Acque – Unità di Progetto Sanità
Animale e Igiene Alimentare – Regione del Veneto*
**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione – Azienda ULSS 20 di Verona*

Introduzione

Nel periodo dell'adolescenza è fondamentale che venga garantito un corretto apporto alimentare a livello sia qualitativo sia quantitativo al fine di supportare le modificazioni fisiologiche dovute alla pubertà e alla crescita (1).

Risulta importante che la dieta sia varia, equilibrata e completa per assicurare un ritmo di crescita regolare e tutelare la crescita dell'organismo (2). Durante l'adolescenza, infatti, l'alimentazione ha un ruolo determinante anche per la prevenzione di alcune malattie (patologie cardiovascolari, neoplasie, diabete e obesità) che riconoscono fra i fattori di rischio le abitudini alimentari, scorrette (3, 4, 5, 6). 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 (7, 8).

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 cibi sono consumati fuori casa, a scuola, nei fast-food, spesso con una destrutturazione dei pasti, ripetuti *break* e una tendenza in aumento a saltare, soprattutto la colazione. A tale riguardo, numerosi studi evidenziano come l'abitudine di saltare la colazione si associ a un insufficiente introito giornaliero di micronutrienti (9-12), a una ridotta capacità di concentrazione a scuola, con scarsi risultati scolastici, (13) e al rischio di aumento del peso ponderale e di obesità nel periodo della crescita (14-16).

L'abitudine di saltare la colazione da parte degli adolescenti, soprattutto femmine (17), non è il solo comportamento scorretto assunto dai giovani. Ve ne sono altri come, ad esempio, consumare regolarmente snack guardando la televisione, ricchi di grassi e poveri di nutrienti fondamentali (18, 19), assumere eccessive quantità di zuccheri semplici e bere abitualmente bibite

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Chiara Verzeletti, Linda Chioffi, Oscar Cora, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

zuccherate. Inoltre, si riscontra un calo nel consumo di alimenti ricchi di fibre, vitamine e minerali (in particolar modo frutta e verdura), fondamentali per un adeguato apporto nutrizionale in adolescenza e per prevenire il rischio di obesità (20).

Infatti, un adeguato consumo di frutta e verdura, in sostituzione di cibi ad alto contenuto calorico, oltre a essere una strategia efficace per il mantenimento del peso corporeo (21), è fondamentale per la riduzione del rischio di insorgenza di alcune patologie croniche (22, 23).

In passato le abitudini alimentari erano fortemente influenzate dal contesto familiare e i pasti venivano quasi sempre consumati tra le mura domestiche. Oggi questa situazione sta cambiando come dimostrano i dati dell'indagine ISTAT del 2009 (24) sul nostro territorio nazionale, in cui una percentuale in aumento della popolazione consuma il pranzo fuori casa (in mensa, al bar, in trattoria, nei fast food) Il pranzo rimane comunque il pasto più importante della giornata degli Italiani. In aggiunta, l'indagine ISTAT rileva, per l'arco temporale 2006-2008 una diminuzione del consumo di frutta (da 77.7% a 76.8%), ma un lieve aumento dell'assunzione di verdura e rispetto al 2007 un lieve aumento del consumo di dolci e di snack nella popolazione in generale. A livello di ripartizione territoriale, l'indagine ISTAT evidenzia nella Regione Veneto la presenza di una percentuale di consumo di dolci (58.2%) più alta di tutte le altre regioni. Anche i risultati dello studio HBSC mettono in risalto una diversificazione degli stili e delle preferenze alimentari degli adolescenti, evidenziando come questi stiano cambiando e in alcuni casi tendano verso comportamenti meno salutari. Ciò significa che un monitoraggio dettagliato e costante delle abitudini nutrizionali dei giovani è fondamentale per l'implementazione di progetti di prevenzione basati sui reali bisogni di preadolescenti e adolescenti.

Metodi

Colazione durante i giorni di scuola

Domanda standard: *Di solito, quante volte fai colazione (si intende qualcosa di più che una tazza di latte o tè o un succo di frutta)?*

Considerazione della modalità: *Cinque giorni alla settimana per indagare il consumo quotidiano.*

Consumi di dolci, bibite zuccherate, frutta e verdura

Domanda standard: *Di solito, quante volte alla settimana mangi o bevi Frutta/ Verdura/Dolci (caramelle o cioccolato)/Coca cola o altre bibite con zucchero?*

Considerazione delle modalità: *Una volta al giorno, Tutti i giorni; Più di una volta al giorno per indagare il consumo quotidiano.*

Stili alimentari

■ consumo dei pasti principali e di snack davanti alla TV

Domande opzionali:

Quanto spesso guardi la TV mentre stai pranzando o cenando?

Quanto spesso mangi snack quando guardi la TV, inclusi video e DVD?

Considerazione delle modalità e loro accorpamento: 5-6 giorni alla settimana, Tutti i giorni; per indagare il comportamento quotidiano.

■ frequentazione dei fast food

Domande opzionali:

Quanto spesso mangi in un fast food (tipo Mc Donald's o Spizzico)?

Considerazione della modalità: da 1 volta a settimana fino a 5 o più giorni a settimana per la ricodifica delle modalità in "almeno 1 volta a settimana".

■ controllo genitoriale sugli alimenti

Domande opzionali:

I tuoi genitori ti permettono di mangiare e/o di bere coca cola o altre bevande zuccherate; dolci o cioccolato; biscotti o pasticcini; patatine in sacchetto?

Considerazione della modalità: Posso prenderle quando voglio.

Risultati e commenti

La colazione, i consumi di dolci, bibite zuccherate, frutta e verdura e gli stili alimentari

Livello regionale

Nell'introduzione di questo capitolo è stato argomentato come numerosi studi in letteratura abbiano rilevato una diminuzione nel consumo della prima colazione da parte dei ragazzi in relazione a determinate fasce di età.

L'indagine HBSC del 2010 evidenzia un consumo quotidiano della colazione meno elevato nello strato dei 15enni (60.7%) rispetto a quello dei 13enni (66.6%) e degli 11enni (77.1%). Dalla Tabella 10.1 si nota, appunto, come l'assunzione della colazione si riduca in maniera statisticamente significativa tra gli strati di età del campione allorché si passa dagli 11 ai 15enni, con una differenza tra i due strati che scende di 16 punti percentuali. Inoltre, a dichiarare di fare meno la colazione sono soprattutto le femmine di tutti e tre gli strati di età, con differenze percentuali tra i sessi statisticamente significative. Lo scarto maggiore tra il consumo dei maschi e quello delle femmine è presente nel gruppo dei 15enni.

Oltre alla colazione, sono stati indagati altri tipi di consumi alimentari quotidiani, come quello di dolci, bevande zuccherate e di frutta e verdura. La Tabella 10.2 mostra differenze percentuali (statisticamente significative) di consumo di dolci più alte nei 15enni (32.6%) rispetto a quelle dei 13 (30.9%) e degli 11enni (26.1%). Queste differenze, soprattutto tra il primo e l'ultimo gruppo di età del campione, fanno ipotizzare che gli 11enni abbiano un ristretto accesso a certi tipi di alimenti a causa della supervisione dei genitori

colazione

consumo di dolci

libero accesso
ai cibi

rispetto a quanto non accada, invece, agli adolescenti 15enni. Ciò trova conferma anche dai risultati esposti in Tabella 10.3 che rafforzano tale ipotesi, in quanto evidenziano come, per le tipologie di alimenti indagate dalla ricerca HBSC 2010, agli 11enni non sia concesso di prendere liberamente quando vogliono coca cola o altre bevande zuccherate, dolci o cioccolato, biscotti o pasticcini e patatine in sacchetto. Le differenze (tutte statisticamente significative anche per i confronti di genere) tra gli 11enni e i 15enni sono notevoli: per gli alimenti indagati, le percentuali di 11enni che riferiscono di avere un accesso libero a questi cibi non vanno oltre il 20%, mentre quelle dei 15enni oscillano tra il 50% e il 56.9%.

bevande
zuccherate

Ritornando alla Tabella 10.2 e alla descrizione del consumo di bevande zuccherate da parte del campione veneto, le prevalenze si distribuiscono in maniera omogenea nei tre gruppi di età, facendo emergere differenze statisticamente significative solo nei confronti di genere. Risulta, infatti, che i maschi di 11, 13 e 15 anni bevono più bevande zuccherate delle femmine. I risultati evidenziano un consumo quotidiano di bevande zuccherate inferiore a quello rilevato nell'indagine Okkio alla salute del 2008 condotta su bambini di terza primaria, in cui a livello regionale si evidenzia un consumo almeno quotidiano di bibite zuccherate per il 50% dei bambini partecipanti. Ciò fa presagire un potenziale *trend* in peggioramento nei futuri adolescenti

frutta e
verdura

Infine, rispetto al consumo quotidiano di frutta e verdura (tab. 10.2), si rileva come l'assunzione di questi alimenti si attesti omogeneamente al 50% nei tre strati di età e come, invece, si differenzi in maniera statisticamente significativa solo nei confronti di genere, mostrando una preferenza molto elevata verso questi cibi da parte delle femmine sia di 11, di 13 che di 15 anni.

Oltre a indagare i consumi alimentari, ai ragazzi veneti è stato chiesto di esprimersi su alcune loro abitudini alimentari, come quella, ad esempio, di pranzare o cenare mentre guardano la televisione o quella di consumare merendine (snack) quando si trovano davanti al piccolo schermo.

pranzare o
cenare mentre
si guarda la TV

La Tabella 10.4 evidenzia qual è la prevalenza di giovani che guardano la televisione durante i pasti più di 5 giorni alla settimana. I confronti tra i tre gruppi di età mostrano come i 15enni abbiano, in percentuale maggiore, l'abitudine di pranzare o cenare davanti alla TV (65.4%) rispetto ai 13enni (63.1%) e agli 11enni (59.6%). Queste differenze tra strati di età (statisticamente significative per i confronti tra gruppi di età analizzati globalmente e non suddivisi per maschi e femmine) sembrano mostrare una libertà da parte degli adolescenti di 15 anni non solo rispetto all'assunzione di determinati alimenti (indagati in tab. 10.3), ma anche rispetto al modo di consumare i pasti.

mangiare
snack mentre
si guarda la TV

Per il consumo di snack davanti al piccolo schermo, i dati in Tabella 10.4 non evidenziano differenze percentuali statisticamente significative tra i tre gruppi di età. Gli 11, i 13 e i 15enni rispetto a questo tipo di abitudine mostrano un comportamento simile e consumano in percentuale omogenea snack davanti alla televisione per più di 5 giorni alla settimana. Per contro, nei confronti di genere, l'unica differenza statisticamente significativa riscontrata è quella tra i maschi e le femmine di 11 anni, con percentuali più alte nei maschi.

A completamento dell'indagine sugli stili alimentari, è stata approfondita la frequentazione dei *fast food* (tipo McDonald o Spizzico) da parte dei giovani veneti, data la grande propagazione di queste catene di ristorazione. I dati in Tabella 10.5 evidenziano che i 15enni per il 29.3% frequentano i fast food almeno una volta alla settimana, seguiti subito dopo dagli 11enni con il 28.1% e infine dai 13enni con il 24.3%. Queste differenze sono risultate statisticamente significative così come le differenze di genere dei primi due strati di età. In entrambi i gruppi si evidenziano prevalenze più alte di frequentazione ai fast food da parte dei maschi.

abitudine di
alimentarsi
nei fast food

In letteratura, si ritiene che è un gusto standardizzato che soddisfa tutti i palati ad attrarre i ragazzi nei *fast food*, oltre alla velocità, soprattutto per i maschi e il costo "contenuto" per le femmine (27). Il cosiddetto pasto veloce però non ha necessariamente una connotazione negativa dal punto di vista qualitativo della composizione nutrizionale del pasto. Nell'immaginario collettivo si associa il *fast food* a cibi altamente energetici, quali *hamburger*, *patatine fritte* e *bibite zuccherate*, ma in Italia il *fast food* può essere qualcosa di diverso: un pasto veloce può essere anche un trancio di *pizza margherita* o un'insalatona. quest'ultima rappresenta, soprattutto per il genere femminile, una tendenza salutistica di moda e di mercato, consumati al tavolino. La Tabella 10.8 consente una valutazione delle modificazioni temporali avvenute rispetto a questa tematica tra l'indagine HBSC del 2006 e quella del 2010. I dati mostrano come vi sia stato un incremento della frequentazione dei fast food da parte di tutti e tre gli strati di età. L'incremento più alto è avvenuto nel gruppo dei 15enni che dal 20.4% del 2006 passa al 29.3% del 2010, con un aumento di nove punti percentuali.

confronti
temporali per
la tematica:
alimentarsi
nei fast food

A completamento della Tabella 10.8, nella sezione "Variazioni temporali" di questo capitolo, sono presenti i grafici 10.1, 10.2, 10.3 e la figura 10.1 che integrano tali dati.

Livello provinciale

In riferimento a come si distribuiscono i dati a livello provinciale per il consumo quotidiano della prima colazione (tab. 10.1), i confronti tra province fanno emergere distribuzioni percentuali omogenee e in linea con quelle regionali sia nel gruppo totale degli 11enni che in quello dei 15enni. Nello strato dei 13enni, invece, la significatività statistica dei confronti evidenzia un consumo della colazione più basso nella provincia di Belluno (57.6%) e in quella di Verona (62.1%), senza fare emergere differenze tra i maschi e le femmine.

colazione

Le sole differenze di genere statisticamente significative sono presenti nel gruppo dei 15enni della provincia di Treviso e di Padova, dove in quest'ultima provincia si assiste a una differenza molto ampia tra l'assunzione quotidiana della colazione da parte dei maschi rispetto a quella delle femmine (74.7% per i maschi vs 43.3% per le femmine).

Continuando nella descrizione delle tipologie di alimenti indagate dalla ricerca HBSC, per il consumo di dolci (tab. 10.2) emergono distribuzioni percentuali tra province altalenanti e disomogenee solo nel gruppo dei 15enni, con

consumo di
dolci

la provincia di Rovigo che possiede la percentuale più alta (47.1%), ma con un consumo di dolci che non si differenzia tra i maschi e le femmine rodigine.

Le uniche province a essere risultate statisticamente significative nei confronti di genere sono la provincia di Verona nello strato dei 13enni, dove le femmine dichiarano di mangiare più dolci dei maschi (23.8% per i maschi vs 33.4% per le femmine) e la provincia di Belluno nello strato dei 15enni, con uno scarto meno ampio della provincia precedente (2.6 punti percentuali di differenza tra i sessi), ma pur sempre in favore delle femmine rispetto ai maschi.

bevande
zuccherate

Per il consumo di bevande zuccherate (tab. 10.2), gli strati degli 11 e dei 15enni possiedono al loro interno distribuzioni percentuali in linea con le stime regionali. In questi due gruppi di età le frequenze delle province si distribuiscono in maniera omogenea, senza far emergere particolari scostamenti le une dalle altre. Diversamente, nel gruppo dei 13enni la significatività statistica dei confronti fa emergere una stima più alta di consumo di bevande zuccherate nella provincia di Rovigo (29.7%) e una più bassa in quella di Belluno (14.6%). Sempre in questo strato di età, le uniche province a mostrare differenze statisticamente significative nei confronti di genere sono le province di Belluno e di Venezia, dove prevale un consumo più alto nei maschi. Se tra gli 11enni i confronti tra i consumi dei maschi con quelli delle femmine non hanno fatto emergere particolari differenze tra i sessi, ciò non accade per i 15enni dove le province di Venezia, Padova e Rovigo, statisticamente significative nei confronti di genere, confermano che sono i maschi a prediligere le bevande zuccherate rispetto alle femmine.

frutta e
verdura

Terminando la descrizione della tipologia di alimenti indagati, il consumo di frutta e verdura appare diversificato solamente nel campione degli 11enni e uniforme, invece, in quello dei 13 e dei 15enni (tab. 10.2). Nel gruppo totale degli 11enni, l'assunzione quotidiana di frutta e verdura da parte dei giovani risulta statisticamente maggiore nella provincia di Treviso (57.1%), mentre il consumo più basso si trova nella provincia di Vicenza (45.2%). Per entrambe le province, la preferenza di questi alimenti è espressa dalle femmine, con scarti tra i sessi molto ampi (fino a 15 punti percentuali, per esempio, nella provincia di Vicenza), così come accade nei confronti (statisticamente significativi) tra maschi e femmine dei gruppi di 13 e di 15 anni di tutte le province venete ad eccezione di Venezia e Rovigo nello strato dei 13enni e di Padova e Rovigo nello strato dei 15enni per le quali i consumi tra i sessi si eguagliano.

pranzare o
cenare mentre
si guarda la TV

Per quanto riguarda gli stili alimentari, vale a dire l'abitudine di pranzare o di cenare mentre si guarda la TV, è interessante evidenziare come i confronti tra le province siano risultati statisticamente significativi in tutti e tre gli strati di età del campione totale (tab. 10.4). Sia nel gruppo degli 11, dei 13, che dei 15enni, la provincia con la percentuale più alta di giovani che dichiarano di consumare i pasti davanti alla TV per più di 5 giorni alla settimana è quella di Rovigo con stime oltre l'80% negli strati dei 13 e dei 15enni e una leggermente più bassa in quello degli 11enni (75.1%). Questo tipo di comportamento pare, però, distribuirsi omogeneamente tra i maschi e le femmine di ogni provincia e di ogni strato di età (per la non significatività statistica delle differenze di genere).

Rispetto all'abitudine di mangiare snack davanti al piccolo schermo, si è in presenza di un comportamento che non si diversifica statisticamente tra le province nelle tre età del campione, con percentuali che vanno nella direzione delle stime regionali. Ciò che si diversifica, invece, sono le abitudini a livello di genere, ma di sole due province: Venezia nel gruppo degli 11enni e Padova in quello dei 15enni, dove in entrambe le province l'abitudine di consumare snack più di 5 giorni alla settimana guardando la TV è maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

mangiare
snack mentre
si guarda la TV

Infine, considerando la dimensione che indaga la frequentazione dei fast food, va sottolineato come i confronti tra le province all'interno di ogni strato di età del campione siano risultati statisticamente significativi (tab. 10.5). Da questi confronti, emerge che sia negli 11enni, che nei 13 e nei 15enni la provincia con la prevalenza più alta in ogni strato di età totale considerato è la provincia di Verona con il 39.4% di frequentazione da parte degli 11enni, del 36.4% da parte dei 13enni e del 41.9% per i 15enni. A livello di confronti di genere, non sono emerse differenze percentuali statisticamente significative tra l'abitudine dei maschi e quella delle femmine in quasi tutte le province venete dei tre gruppi di età, fatta eccezione per la sola provincia di Vicenza nel gruppo dei 13enni, dove le femmine (12.2%) dichiarano di frequentare meno i fast food dei maschi (25.4%) loro coetanei.

abitudine di
alimentarsi
nei fast food

Da un punto di vista delle variazioni temporali, è interessante notare come l'abitudine di alimentarsi nei fast food sia aumentata nel tempo soprattutto in determinate province (tab. 10.8). È il caso della provincia di Verona nel gruppo degli 11enni che dal 27.0% nel 2006 è passata al 39.4% nel 2010 e la provincia di Rovigo nel gruppo dei 15enni che dalla stima del 17.4% è salita di oltre 17 punti percentuali, raggiungendo il 34.7% nell'ultima rilevazione del 2010. A integrazione della Tabella 10.8, si vedano i grafici 10.1, 10.2, 10.3 e la figura 10.1 presenti nella sezione "Variazioni temporali" di questo capitolo.

confronti
temporali per
la tematica:
alimentarsi
nei fast food

Queste variazioni temporali aprono degli interrogativi sui possibili fattori che le determinano: possibile incremento del numero di fast food sul territorio, pubblicità, moda, destrutturazione del pasto, altro.

Le Aziende ULSS

Per la tematica sul consumo quotidiano della prima colazione, i confronti tra le Aziende Ulss in relazione ai tre gruppi di età mostrano una distribuzione diversificata e statisticamente significativa solo nello strato degli 11enni, mentre negli altri due gruppi di età le prevalenze assumono un andamento omogeneo e in sintonia con le stime della Regione (tab. 10.6). Nel campione degli 11enni la frequenza più alta di consumo quotidiano della prima colazione va attribuita alle seguenti Ulss: 5 (82.6%), 13 (83.2%) e 20 (81.4%), mentre la prevalenza più bassa si trova nell'Ulss 1 di Belluno (64.6%).

colazione

Approfondendo l'analisi delle abitudini alimentari anche a livello locale, relativamente al consumo di dolci, i confronti tra Ulss sono risultati statisticamente significativi nei gruppi degli 11 e dei 15enni, ma non in quello dei 13enni per il quale prevale un consumo omogeneo in tutte le 21 Aziende Ulss

consumo di
dolci

(tab. 10.7). All'interno dello strato degli 11enni, invece, a fronte di una stima regionale del 26.1%, si notano consumi di dolci che vanno oltre il 30% nelle Ulss 1, 2, 10, 18 e 21, mentre nel gruppo dei 15enni alcune Aziende Ulss toccano il 40% (Ulss 8) e addirittura il 51.3%, come la Ulss 18 di Rovigo che ha la prevalenza più alta in questo strato di età. Il dato risulta comunque inferiore rispetto a quello dell'indagine ISTAT del 2009.

Sempre dalla Tabella 10.7 sono presenti i dati anche per la descrizione di un altro tipo di alimento indagato: il consumo di bevande zuccherate. In questo caso, i confronti tra le realtà locali sono risultati statisticamente significativi in tutti e tre gli strati di età del campione. Iniziando a considerare il gruppo degli 11enni, le Ulss con la prevalenza maggiore di giovani con l'affezione per questo tipo di bevande sono le Ulss 10, 14, 17 e 18 con consumi intorno al 25%. Nel gruppo dei 13enni, le Ulss che vedono aumentata la loro stima di oltre 10 punti percentuali rispetto a quella regionale (18.6%) sono le Aziende Ulss 14, 18 e 19. Infine nello strato dei 15enni, i valori di consumo più elevati sono da attribuire alla Ulss 18 (32.2%), mentre il consumo più limitato è della Ulss 4 dell'Alto Vicentino (12.3%).

frutta e
verdura

Ultimo alimento indagato riguarda il consumo quotidiano di frutta e verdura. Per questo tipo di alimento, si è in presenza di consumi omogenei tra Ulss e in linea con la media regionale nello strato dei 13enni, mentre in quello degli 11 e dei 15enni le distribuzioni sono altalenanti con differenze percentuali tra le realtà locali statisticamente significative (tab. 10.7).

In dettaglio, per gli 11enni le Ulss che rimangono al di sotto della stima regionale (51.3%) evidenziando, quindi, un'assunzione più limitata di frutta e verdura sono le Aziende 3, 4, 13 e 19, mentre il consumo più alto è dell'Ulss 7 con il 63.1%. Per i 15enni, il valore più basso è da attribuire alla Ulss 14 (29.0%) con un distacco dalla stima regionale di 19 punti percentuali, mentre il consumo maggiore va riscontrato nella Ulss 22 di Bussolengo, dove il 57.4% del campione dei 15enni dichiara di mangiare frutta e verdura tutti i giorni.

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

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI																
maschi	79.1	2.1	70.1	8.0	75.6	4.2	79.8	4.3	82.9	5.3	79.8	4.9	74.1	7.1	80.8	5.8
femmine	74.8	2.7	70.0	8.8	78.6	4.7	71.9	7.0	76.0	6.1	75.4	4.6	71.5	5.5	73.7	8.9
totale	77.1	1.8	70.1	6.2	77.1	3.1	76.2	3.9	79.7	4.4	77.7	3.0	72.9	3.5	77.4	6.2
13 ANNI																
maschi	70.8	2.5	72.9	5.6	73.1	4.5	71.6	5.7	72.6	5.8	73.9	6.7	56.9	9.4	65.4	6.2
femmine	62.3	3.1	63.6	10.7	63.0	6.5	63.9	7.5	64.1	6.8	63.0	7.1	58.3	11.7	58.9	8.1
totale	66.6	1.9	68.5	5.9	68.3	4.5	67.6	4.0	68.6	4.9	68.5	4.0	57.6	5.8	62.1	5.0
15 ANNI																
maschi	66.8	3.0	67.1	7.3	64.4	9.0	66.5	9.8	64.7	4.0	74.7	7.0	58.5	9.4	65.3	5.3
femmine	54.7	3.5	62.4	17.6	59.4	7.8	54.4	5.2	58.3	8.3	43.3	5.4	56.9	11.9	54.1	11.8
totale	60.7	2.4	65.1	8.3	61.4	5.4	59.3	5.0	61.7	4.8	60.1	6.9	57.7	5.7	60.6	6.1

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

Dolci	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	26.0	2.8	26.1	2.0	26.1	1.9	28.9	2.9	33.0	2.8	30.9	2.1	31.3	3.0	33.9	2.9	32.6	2.0
Belluno	35.7	11.5	30.6	7.1	33.1	6.1	28.1	12.1	36.7	7.2	32.2	8.8	17.6	6.6	44.7	11.2	29.5	4.7
Vicenza	26.8	4.5	23.5	3.8	25.1	3.1	30.1	5.8	29.5	3.2	29.8	3.6	31.7	4.3	32.0	5.6	31.9	3.7
Treviso	24.7	7.8	24.9	6.3	24.8	5.8	28.0	5.7	33.4	8.2	30.8	4.6	31.4	6.5	36.6	6.5	34.5	4.8
Venezia	24.0	5.4	25.4	4.2	24.7	4.0	28.8	6.6	31.8	7.5	30.2	5.5	27.8	7.8	39.1	7.5	33.1	5.0
Padova	24.8	5.3	26.8	3.2	25.8	3.4	31.0	7.9	34.3	7.0	32.6	5.9	28.5	5.7	30.4	6.5	29.4	4.5
Rovigo	31.0	12.2	29.2	9.9	30.2	8.5	42.5	13.4	39.3	10.5	40.8	7.9	49.6	10.2	44.8	7.9	47.1	6.5
Verona	26.3	8.1	28.3	5.0	27.2	5.3	23.8	6.1	33.4	6.1	28.6	4.0	35.7	7.3	25.6	6.2	31.5	4.8
Bevande zuccherate	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	20.9	2.5	15.8	2.2	18.5	1.9	21.1	2.6	16.1	2.4	18.6	1.9	26.7	3.5	17.0	3.0	21.8	2.6
Belluno	19.8	7.8	14.0	9.5	16.8	7.1	21.4	6.2	7.1	6.4	14.6	5.5	15.9	10.4	13.7	8.3	15.0	7.8
Vicenza	21.5	4.2	13.4	5.8	17.4	4.3	22.9	6.6	16.9	6.7	20.1	5.7	27.4	8.1	16.5	5.6	21.0	5.1
Treviso	20.3	7.5	15.8	4.7	18.2	5.1	18.4	5.8	13.3	6.5	15.8	4.4	18.7	5.6	15.6	7.4	16.9	6.1
Venezia	17.0	5.1	16.4	5.2	16.7	4.4	20.4	4.7	12.2	5.7	16.6	4.1	28.2	8.1	20.5	6.4	24.6	6.0
Padova	24.6	5.6	19.3	5.2	22.0	4.4	19.7	5.2	21.2	4.9	20.4	3.8	28.2	6.8	16.3	5.9	22.7	4.8
Rovigo	24.3	8.4	21.0	6.1	22.8	5.7	36.6	10.3	22.9	8.0	29.7	5.5	38.9	13.4	21.8	5.7	30.1	8.4
Verona	20.3	6.0	13.9	5.0	17.2	3.8	20.3	7.2	16.1	4.2	18.2	3.7	29.1	10.0	16.6	9.4	23.8	8.0
Frutta e verdura	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	47.4	2.7	55.5	2.8	51.3	2.1	42.8	2.8	57.2	3.3	49.9	2.1	40.3	3.2	55.5	3.9	48.0	2.9
Belluno	51.3	8.7	57.2	10.0	54.3	7.8	43.1	11.6	67.4	11.5	54.7	6.4	38.9	8.5	58.4	12.3	47.4	7.3
Vicenza	40.6	5.7	49.7	4.1	45.2	3.5	38.0	7.6	53.3	6.5	45.2	5.9	41.3	7.8	54.1	6.9	48.8	5.8
Treviso	50.6	6.0	64.5	7.1	57.1	3.8	42.7	4.3	59.8	7.8	51.5	4.5	43.8	5.7	57.9	9.8	52.2	6.1
Venezia	45.5	6.0	53.7	6.2	49.4	4.1	47.2	5.6	55.7	8.9	51.2	5.1	35.2	5.6	50.3	9.2	42.4	6.3
Padova	51.7	6.9	56.1	6.0	53.8	4.6	44.9	6.3	58.0	7.9	51.5	4.0	45.6	6.6	50.9	8.3	48.1	5.8
Rovigo	49.4	8.7	49.1	13.7	49.3	9.1	44.3	13.0	46.6	9.3	45.5	8.2	44.4	3.6	51.7	7.4	48.2	4.0
Verona	47.0	6.9	54.8	8.1	50.7	6.7	41.6	7.7	58.8	8.0	50.3	4.8	36.7	8.6	64.7	9.9	48.4	9.6

Tabella 10.3 Tipo di alimenti a cui i giovani di 11, 13 e 15 anni possono accedere quando vogliono a livello di regione

COCA COLA O ALTRE BEVANDE ZUCCHERATE																	
11 anni			13 anni			15 anni											
maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale									
%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%									
21.9	2.5	16.9	2.0	19.5	1.7	36.3	2.6	31.7	2.9	34.0	2.2	57.3	3.7	56.6	2.9	56.9	2.5
DOLCI O CIOCCOLATO																	
11 anni			13 anni			15 anni											
maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale									
%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%									
17.6	2.3	12.4	1.8	15.1	1.5	29.8	2.6	27.0	2.8	28.4	2.0	54.2	3.2	53.8	2.9	54.0	2.2
BISCOTTI O PASTICCINI																	
11 anni			13 anni			15 anni											
maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale									
%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%									
20.2	2.3	16.1	2.0	18.2	1.6	34.4	2.5	28.9	2.7	31.7	1.9	57.0	3.5	55.0	3.2	56.0	2.3
PATATINE IN SACCHETTO																	
11 anni			13 anni			15 anni											
maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale									
%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%									
20.4	2.2	14.9	1.9	17.8	1.5	30.4	2.6	26.1	2.6	28.3	1.9	52.8	3.7	48.4	3.4	50.6	2.6

Tabella 10.4 Stili alimentari dei giovani di 11, 13 e 15 anni a livello di provincia

PRANZARE O CENARE MENTRE SI GUARDA LA TV PIÙ DI 5 GIORNI ALLA SETTIMANA

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	60.5	2.9	48.3	5.8	50.3	5.8	56.1	7.6	63.8	5.3	66.8	5.6	78.3	11.2	63.9	7.9
femmine	58.6	3.4	50.1	14.0	52.6	7.1	55.7	7.3	63.6	6.1	65.2	8.4	71.1	8.2	56.6	8.9
totale	59.6	2.5	49.2	6.7	51.5	4.8	55.9	5.5	63.7	4.4	66.0	6.1	75.1	8.9	60.4	6.3
13 ANNI																
maschi	63.0	3.1	49.2	13.0	56.5	5.7	59.6	7.2	64.2	6.9	69.4	6.3	82.3	7.9	64.8	8.4
femmine	63.2	3.0	54.5	9.4	58.7	6.3	60.1	6.5	60.8	8.4	71.1	6.3	78.3	10.2	62.9	7.4
totale	63.1	2.5	51.8	7.9	57.5	4.8	59.9	5.5	62.6	6.8	70.2	5.4	80.3	7.2	63.8	6.2
15 ANNI																
maschi	65.2	3.8	42.8	7.4	60.8	7.9	69.1	6.1	77.7	7.3	60.6	11.5	80.4	5.7	61.3	6.2
femmine	65.6	4.1	49.2	15.2	60.9	8.2	62.7	12.8	72.8	6.4	71.3	6.6	87.1	5.0	61.3	7.8
totale	65.4	3.1	45.6	9.0	60.9	7.0	65.3	8.1	75.4	4.6	65.5	8.0	83.9	3.5	61.3	5.5

MANGIARE SNACK MENTRE SI GUARDA LA TV PIÙ DI 5 GIORNI ALLA SETTIMANA

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	32.2	2.6	39.9	8.5	31.2	5.9	27.9	5.5	32.8	5.2	36.6	5.9	34.9	6.5	30.4	7.1
femmine	28.4	2.7	32.2	8.5	27.5	4.8	26.9	7.3	23.3	5.5	31.4	5.0	31.4	11.0	30.6	8.2
totale	30.3	2.0	35.9	6.6	29.3	4.0	27.4	3.9	28.3	4.5	34.1	4.4	33.3	6.5	30.5	6.2
13 ANNI																
maschi	29.8	2.5	30.0	9.9	28.9	5.5	29.7	7.3	32.8	4.2	29.7	6.1	30.3	6.6	28.2	6.1
femmine	27.3	2.9	27.7	11.4	24.9	6.9	25.1	7.0	27.2	8.1	28.0	6.7	30.7	7.7	30.2	6.3
totale	28.6	2.1	28.9	7.7	27.0	4.9	27.3	5.4	30.1	4.8	28.9	5.4	30.5	4.9	29.2	4.1
15 ANNI																
maschi	25.4	2.9	13.3	9.7	26.3	6.2	22.7	7.2	24.8	6.9	29.4	6.7	28.0	8.8	25.8	7.1
femmine	22.6	3.0	24.5	14.1	22.5	5.4	22.9	8.7	21.6	7.5	21.7	6.5	30.2	9.2	21.7	6.8
totale	24.0	2.4	18.2	9.2	24.0	4.1	22.8	6.9	23.3	6.0	25.9	5.6	29.1	5.7	24.1	5.3

Tabella 10.5 Giovani di 11, 13 e 15 anni che frequentano i fast food almeno 1 volta alla settimana a livello di provincia

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
maschi	29.9	3.2	18.6	7.4	32.3	7.5	21.4	7.2	27.3	6.2	28.8	7.4	31.9	12.7	41.3	5.9	
femmine	26.1	2.6	13.1	9.1	26.2	4.9	19.5	5.7	25.3	7.9	26.4	3.9	19.1	9.7	37.2	5.1	
totale	28.1	2.5	15.8	6.0	29.2	5.2	20.5	5.9	26.3	6.1	27.7	4.4	26.2	7.3	39.4	4.4	
13 ANNI																	
maschi	26.9	3.0	13.9	7.5	25.4	4.7	25.9	5.3	23.9	6.0	23.4	5.7	33.3	11.3	37.1	10.4	
femmine	21.5	2.7	21.6	9.9	12.2	5.7	22.4	5.4	14.6	4.4	20.4	5.3	20.1	8.0	35.7	6.1	
totale	24.3	2.2	17.6	5.5	19.2	4.5	24.1	3.9	19.5	4.3	21.9	3.4	26.6	7.7	36.4	5.7	
15 ANNI																	
maschi	29.7	4.1	23.6	12.4	27.1	8.4	25.7	9.9	23.1	8.2	26.7	6.6	38.2	9.9	42.4	9.5	
femmine	28.9	3.5	16.1	7.6	26.9	6.6	29.7	8.2	25.2	8.3	24.3	6.7	31.5	10.6	41.2	10.1	
totale	29.3	3.2	20.3	9.6	27.0	5.7	28.1	7.0	24.1	6.6	25.6	5.9	34.7	8.9	41.9	8.3	

Tabella 10.6 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	77.1	1.8	66.6	1.9	60.7	2.4
ULSS 1	64.6	5.6	68.5	8.4	65.1	10.0
ULSS 2	78.1	7.7	68.4	7.3	65.1	14.0
ULSS 3	78.8	6.4	68.2	6.2	57.0	7.4
ULSS 4	74.7	7.6	69.7	7.4	62.6	7.6
ULSS 5	82.6	4.4	62.7	6.7	61.8	7.4
ULSS 6	74.5	4.7	70.9	10.1	63.3	13.1
ULSS 7	74.4	5.5	68.8	5.5	60.7	6.3
ULSS 8	79.7	5.7	69.1	6.3	60.7	12.0
ULSS 9	74.7	6.9	66.1	7.1	57.5	6.7
ULSS 10	76.3	7.0	68.0	7.6	57.9	9.8
ULSS 12	78.9	10.0	66.7	8.9	64.6	8.2
ULSS 13	83.2	5.4	71.7	9.1	65.9	8.5
ULSS 14	76.3	5.4	67.1	8.2	53.2	5.0
ULSS 15	75.5	7.8	71.5	9.2	57.5	10.5
ULSS 16	79.2	2.9	68.2	5.9	61.7	12.1
ULSS 17	79.4	5.1	64.2	4.7	60.8	9.1
ULSS 18	73.8	3.3	60.9	4.8	59.3	6.4
ULSS 19	70.7	8.7	50.0	13.9	53.9	9.8
ULSS 20	81.4	8.2	62.5	8.3	58.3	8.9
ULSS 21	67.3	9.0	61.4	8.6	55.9	12.2
ULSS 22	76.0	10.9	61.7	6.6	66.7	10.8

Tabella 10.7 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	26.1	1.9	18.5	1.9	51.3	2.1	30.9	2.1	18.6	1.9	49.9	2.1	32.6	2.0	21.8	2.6	48.0	2.9
ULSS1	33.3	7.6	13.8	10.4	52.9	12.1	29.8	12.2	16.0	7.8	52.1	9.1	29.9	7.6	13.6	7.5	40.9	8.9
ULSS2	32.7	10.2	21.5	6.4	56.6	6.1	36.1	11.1	12.4	5.9	58.9	5.4	28.9	3.9	16.9	15.6	56.6	5.9
ULSS3	22.4	7.7	16.0	5.7	40.9	8.5	29.0	6.8	12.8	6.2	54.5	10.9	32.6	7.1	25.9	7.9	43.9	8.2
ULSS4	19.5	5.5	14.3	2.9	41.9	7.0	29.5	6.1	20.9	4.6	36.9	8.6	30.6	6.7	12.3	6.0	39.6	6.9
ULSS5	27.6	6.2	17.3	5.9	45.8	6.6	34.6	5.9	21.3	5.9	50.3	11.5	31.2	7.0	21.7	10.4	52.9	3.3
ULSS6	28.5	4.1	20.1	10.5	49.3	5.0	27.6	7.2	23.2	14.6	41.9	10.8	32.7	7.4	22.7	10.6	55.0	12.7
ULSS7	19.6	8.7	16.2	5.2	63.1	6.8	26.7	8.3	17.5	5.5	48.5	4.5	30.9	7.7	14.7	5.0	56.3	5.6
ULSS8	25.3	7.3	13.5	2.8	56.3	5.8	30.9	6.2	11.5	4.7	53.6	6.9	40.0	6.5	17.7	6.8	49.6	8.4
ULSS9	27.2	10.5	22.4	10.3	54.3	5.7	32.8	7.8	17.6	8.2	51.7	8.3	32.9	8.4	17.4	12.2	51.7	11.7
ULSS10	30.6	11.3	25.2	10.5	51.0	8.1	31.3	7.8	17.7	7.0	51.4	8.3	36.7	8.4	25.2	8.7	40.4	9.8
ULSS12	26.7	2.6	10.5	4.7	53.4	7.8	18.0	5.7	10.0	5.0	56.9	8.3	24.7	9.7	18.8	9.6	46.3	14.7
ULSS13	17.3	3.4	15.1	4.0	43.3	4.5	38.9	7.4	20.1	6.4	46.4	9.3	38.2	6.5	28.1	8.7	46.7	7.0
ULSS14	25.0	6.0	25.0	12.0	51.3	6.5	46.9	26.5	28.4	9.2	48.2	3.6	33.9	8.2	27.9	21.8	29.0	9.1
ULSS15	26.9	6.3	23.8	8.9	54.8	8.1	34.0	9.5	19.5	5.5	49.7	6.3	32.1	4.6	22.2	8.3	50.0	8.2
ULSS16	24.5	6.0	18.0	6.1	56.8	7.5	29.7	7.7	18.3	7.0	54.8	7.3	24.8	6.9	23.4	7.4	51.0	8.3
ULSS17	28.1	5.6	25.2	8.4	47.5	10.1	31.4	6.1	23.5	3.9	47.7	6.5	35.1	9.6	22.1	9.4	39.0	13.9
ULSS18	34.9	9.7	25.7	5.2	52.7	9.9	42.5	8.8	29.5	6.1	47.3	10.0	51.3	7.6	32.2	11.2	46.7	4.3
ULSS19	19.4	11.0	16.1	13.3	41.0	15.3	37.0	16.4	30.1	11.3	41.1	12.7	38.5	5.5	25.6	9.7	51.3	7.3
ULSS20	26.0	8.9	19.7	4.4	54.1	11.0	27.9	7.0	19.6	6.2	51.5	8.4	33.3	7.2	27.8	14.6	44.5	16.6
ULSS21	31.5	8.1	23.6	9.1	48.5	6.3	29.2	7.0	24.5	3.4	54.5	6.1	34.9	6.7	25.5	6.6	43.4	6.7
ULSS22	27.2	6.4	10.3	5.6	46.5	9.2	29.4	4.5	12.9	3.3	46.6	5.1	26.8	8.2	16.7	7.0	57.4	8.5

Variazioni temporali

Abitudine di alimentarsi nei fast food almeno una volta alla settimana

In questa sezione vengono presentati i dati dei confronti temporali delle due indagini HBSC del 2006 e del 2010 relativamente alla tematica della frequentazione dei fast food almeno una volta alla settimana.

La Tabella 10.8 contiene i dati di questi confronti sia a livello regionale che a livello provinciale, evidenziando per ogni provincia i gradi di significatività statistica. Lo stesso vale per i grafici 10.1, 10.2 e 10.3 rispettivamente per il gruppo degli 11, dei 13 e dei 15enni. Inoltre, la figura 10.1 offre una mappatura globale per tutti e tre gli strati di età su tutto il territorio veneto, anche a livello di Aziende Ulss.

Per la spiegazione dei risultati della Tabella 10.8 sulle variazioni temporali di questa tematica, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove nella parte dedicata alla descrizione dei dati della Regione e della provincia vengono presentati in maniera estesa e dettagliata anche i risultati delle modificazioni temporali tra le due indagini HBSC.

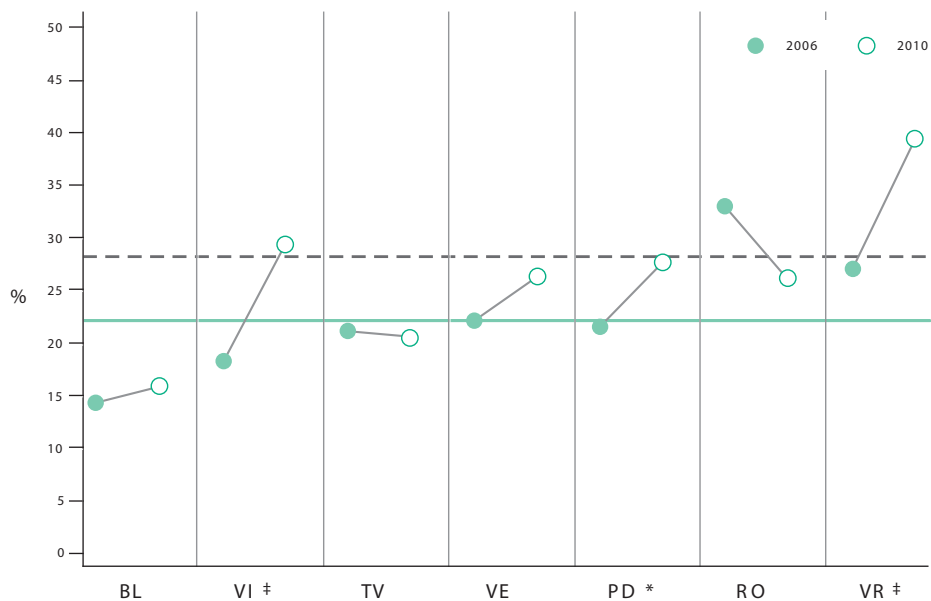
Tabella 10.8 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni

FREQUENTARE I FAST FOOD ALMENO 1 VOLTA ALLA SETTIMANA

	Anno 2006			Anno 2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	24.7 _{LL}	19.3 _‡	22.1 _‡	29.9 _{LL}	26.1 _‡	28.1 _‡
Belluno	15.0	13.4	14.3	18.6	13.1	15.8
Vicenza	21.1	15.2	18.3	32.3	26.2	29.2
Treviso	23.1	18.5	21.0	21.4	19.5	20.5
Venezia	26.2	18.2	22.2	27.3	25.3	26.3
Padova	26.2	16.1	21.5	28.8	26.4	27.7
Rovigo	28.0	39.2	33.0	31.9	19.1	26.2
Verona	29.1	24.9	27.0	41.3	37.2	39.4
13 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	22.4 _{LL}	19.8	21.2 _{LL}	26.9 _{LL}	21.5	24.3 _{LL}
Belluno	14.9	6.3	10.3	13.9	21.6	17.6
Vicenza	23.5	18.0	21.0	25.4	12.2	19.2
Treviso	19.0	15.4	17.5	25.9	22.4	24.1
Venezia	20.4	17.9	19.2	23.9	14.6	19.5
Padova	15.5	14.9	15.3	23.4	20.4	21.9
Rovigo	19.7	18.7	19.2	33.3	20.1	26.6
Verona	36.4	33.7	35.0	37.1	35.7	36.4
15 anni	%	%	%	%	%	%
Regione	22.7 _‡	18.5 _‡	20.4 _‡	29.7 _‡	28.9 _‡	29.3 _‡
Belluno	13.1	10.3	11.8	23.6	16.1	20.3
Vicenza	15.9	19.5	18.1	27.1	26.9	27.0
Treviso	19.0	15.5	17.1	25.7	29.7	28.1
Venezia	18.4	17.6	17.9	23.1	25.2	24.1
Padova	19.4	17.8	18.4	26.7	24.3	25.6
Rovigo	20.5	13.3	17.4	38.2	31.5	34.7
Verona	36.8	27.3	33.3	42.4	41.2	41.9

* Differenza significativa per $p < 0.10$ LL Differenza significativa per $p < 0.05$ ‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Grafico 10.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana



* Differenza significativa per $p < 0.10$

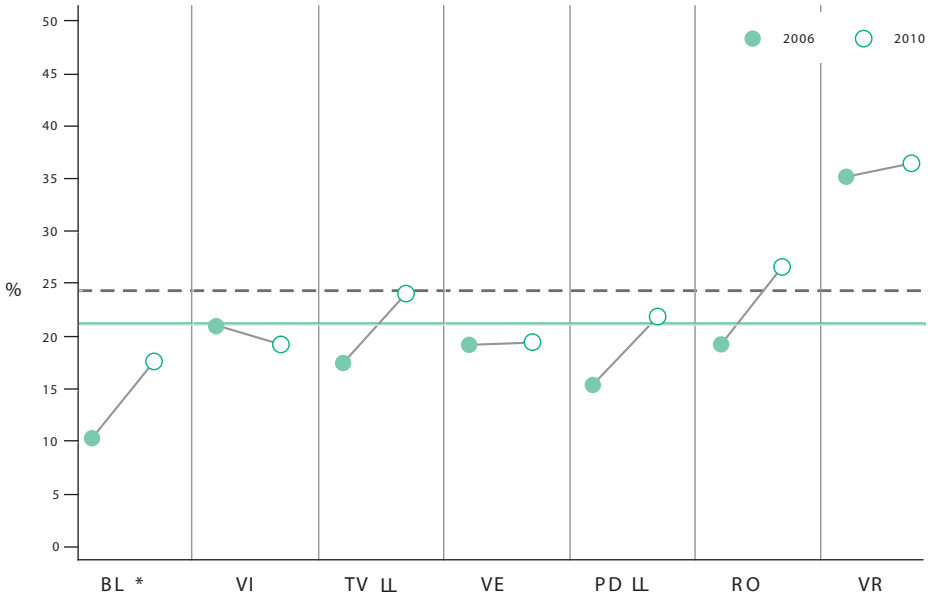
ll Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana: indagine 2006; livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana: indagine 2010; livello regionale.

Grafico 10.2 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana



* Differenza significativa per $p < 0.10$

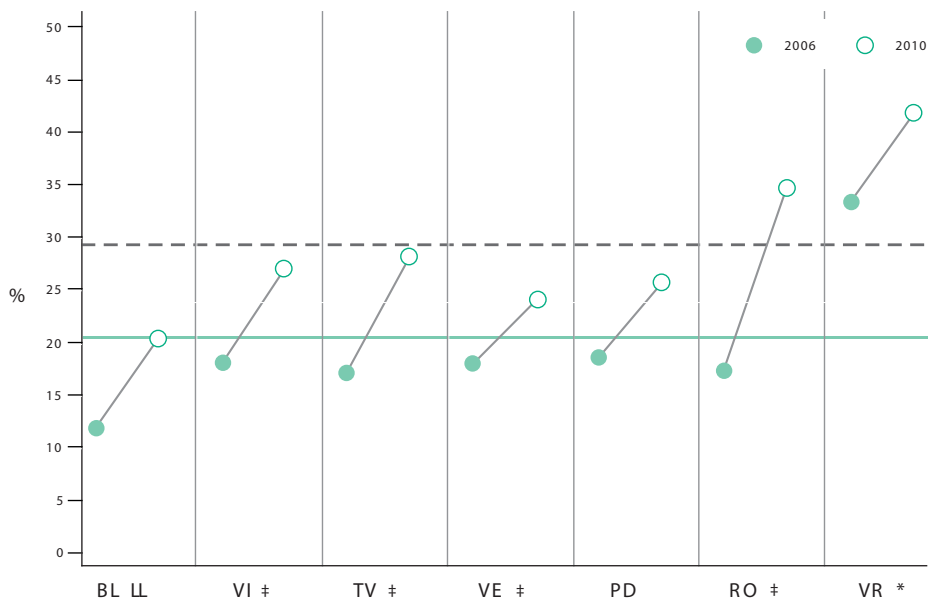
LL Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana: indagine 2006; livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana: indagine 2010; livello regionale.

Grafico 10.3 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana



* Differenza significativa per $p < 0.10$

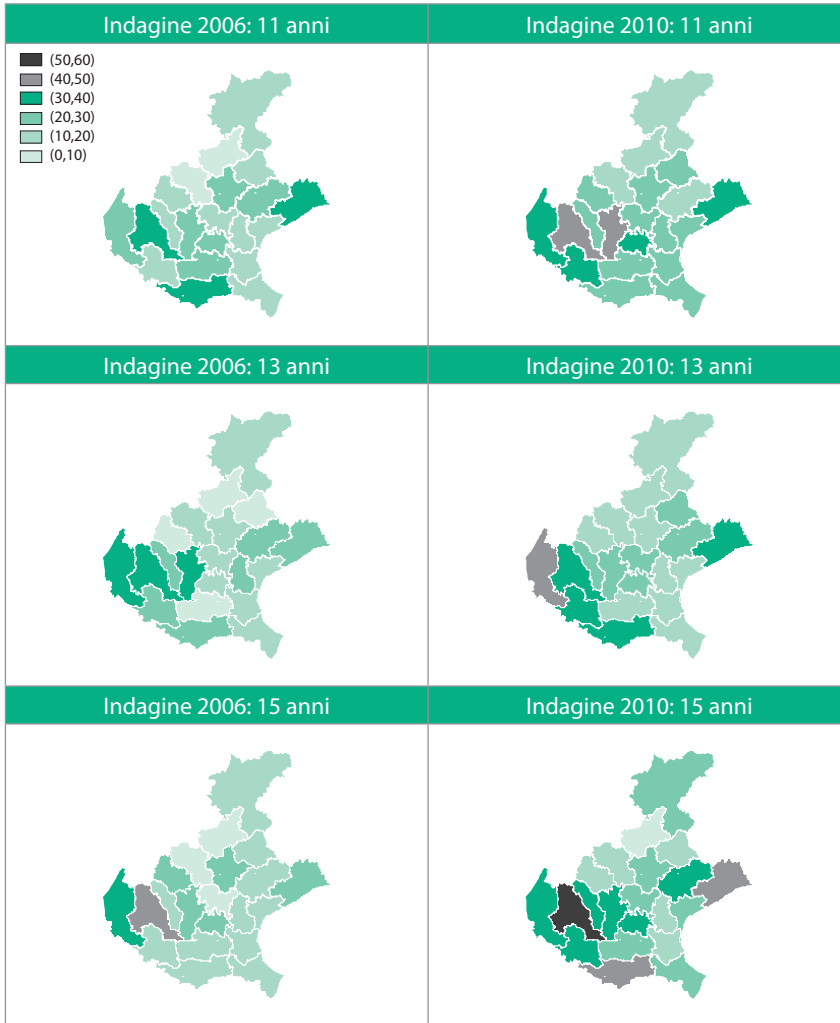
LL Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana: indagine 2006; livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana: indagine 2010; livello regionale.

Figura 10.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che frequentano i fast food almeno una volta alla settimana



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, per crescere 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 per 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 variegate situazioni sociali e ambientali in cui il soggetto si trova (scuola, ambiente di lavoro, gruppo dei pari, contesto abitativo, dinamiche produttive e commerciali). 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 a 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 Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) in collaborazione anche con altri Servizi e Unità Operative delle Aziende Ulss. Le attività dei SIAN si focalizzano anche sul miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica, cercando di modificare i determinanti ambientali che influenzano le scelte della popolazione scolare anche da parte dei cittadini competenti. Le iniziative dei SIAN di promozione della sana alimentazione sono anche finalizzate ad aumentare tra gli *stakeholders* (Comuni, Ditte della ristorazione, famiglie, cuochi, insegnanti e alunni, Agricoltura) la consapevolezza dell'importanza della ristorazione collettiva come momento educativo e di prevenzione, sia attraverso la scelta e la valutazione nutrizionale dei menù scolastici sia favorendo scelte coerenti in fase di pianificazione dei capitolati d'appalto. In questo percorso è stato inserito anche il progetto regionale Nutrivending che mira a 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 una migliore comprensione dei comportamenti alimentari degli adolescenti e i fattori che li condizionano. Un recente rapporto (25) 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). Questo modello può essere utilizzato come struttura per definire in maniera sinergica interventi multisettoriali, e far arrivare ai giovani lo stesso messaggio da più fonti (casa, scuola, sanità, organizzazioni nella comunità, mass media, agenzie di governo, ecc); ciò contribuirebbe a orientare meglio le loro scelte alimentari verso stili di vita più sani.

I dati in letteratura evidenziano peraltro che molto spesso le abitudini alimentari trovano correlazione e sono quindi influenzate dallo *status* socioeconomico. Alcuni studi mostrano che i giovani appartenenti alle classi economiche più basse consumano merendine e dolci, saltano la colazione più spesso e mangiano meno frutta e verdura rispetto ai giovani appartenenti alle classi economiche più alte (2, 26). Altre ricerche suggeriscono, invece, come sia il livello educativo di padre e madre, più che le possibilità economiche, a 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 (25). In conclusione, le politiche istituzionali per la promozione di stili alimentari corretti tra i giovani, per essere veramente efficaci, devono tenere in giusta considerazione anche le disuguaglianze nella popolazione, quale la variabilità delle condizioni di reddito, scolarità, occupazione, nonché le diverse offerte e dinamiche di produzione e commercializzazione degli alimenti sul territorio e l'influenza che questi fattori possono avere sugli stili di vita. Le disuguaglianze di salute risiedono spesso nel contesto sociale, economico e politico e molte delle azioni vanno perciò indirizzate al di là del settore sanitario; negli interventi vanno affrontati i fattori ambientali e le condizioni di vita quotidiana che costituiscono i determinanti sociali della salute e sono cruciali per spiegare le disuguaglianze.

Comprendere le cause delle disuguaglianze e le modalità per affrontarle è essenziale nelle politiche di miglioramento della salute e il settore sanitario deve avere un ruolo prioritario nell'attirare l'attenzione e nel favorire interventi e politiche multisettoriali, creando *advocacy* e iniziative di informazione e comunicazione, oltre che di sostegno a politiche commerciali per favorire negli adolescenti e nella popolazione comportamenti salutari.

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. WHO/FAO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint 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).
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 ACADEMY OF PEDIATRICS. Study: Breakfast Eating and Weight Change in a 5 Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens), 2008.
6. SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA: *Obesità del bambino e dell'adolescente. Consensus su prevenzione, diagnosi e terapia*. Ed. Scotti-Bassani, 2006.
7. LYTTLE LA. Nutritional issues for adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102, 8-12.
8. LYTTLE LA. Nutritional issues for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2003, 17, 177-89.
9. MATTHYS C, DE HENAUW S, BELLERNANS M, DE MAEYER M, DE BACKER G. Breakfast habits affect overall nutrient profiles in adolescents. *Public Health Nutr.*, 2007, 10:413-21.
10. TIMLIN MT, PEREIRA MA, STORY M, NEUMARK-SZTAINER D. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (eating among teens). *Pediatrics*, 2008; E638-E645.
11. AFFENITO SG. Breakfast: a missed opportunity. *J Am Diet Assoc.*, 2007, 107:565-9.
12. RAMPERSAUD GC, PEREIRA MA, GIRARD BL, ADAMS J, METZL JD. Review – Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc.*, 2005, 105:743-60.
13. 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.
14. KESKI-RAHKONEN A, KAPRIO J, RISSANEN A, VIRKKUNEN M, ROSE RJ. Breakfast skipping and health-compromising behaviours in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr.*, 2003, 57:842-53.
15. UTTER J, SCRAGG R, MHURCHU CN, SCHAFF D. At-home breakfast consumption among New Zealand children: associations with body mass index and related nutrition behaviours. *J Am Diet Assoc.*, 2007, 107:570-6.
16. YANG RJ, WANG EK, HSIEH YS, CHEN MY. Irregular breakfast eating and health status among adolescents in Taiwan. *BMC Public Health*, 2006, 6.
17. VERECKEN C, DUPUY M, RASMUSSEN M, KELLY C, NANSE TR, AL SABBABH H, BALDASSARI D, DELGRANDE JORDAN M, MAES L, NICLASSEN B V-L, AHLUWALIA

- NAND the HBSC Eating & Dieting Focus Group. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54, 5180-190. DOI:10.1007/s00038-009-5409-5.
18. CUSATIS DC, SHANNON BM. Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolesc Health*, 1996,18, 27-34.
 19. STORY M, NEUMARK-SZTAINER D, FRENCH S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviours. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002,102, 40-51.
 20. VERZELETTI C, MAES L, SANTINELLO M, BALDASSARI D, VEREECKEN CA. Does the family matter? Family factors related to fruit and vegetable consumption among young adolescents in Belgium Flanders and the Veneto Region of Italy. *Appetite*, 2010, 54, 394-397.
 21. 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.
 22. 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.
 23. 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.
 24. ISTAT. Famiglia e società: La vita quotidiana nel 2008, *Informazioni (7)*, 2009. www.istat.it
 25. VIENO A, SANTINELLO 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.
 26. 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.
 27. BOWMAN SA, ET AL. Effects of fast food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics*, 2004, 113 (1): 112-8.

Summary

Eating habitus

Introduction

During adolescence proper nutrition, both in terms of quantity and quality, is essential, in order to support the physiological changes of puberty and growth.

A diet should be varied, balanced and complete to guarantee proper growth and health. Proper nutrition also helps to ward off illness (cardiovascular, neoplasia, diabetes), combat obesity, hypertension and arteriosclerosis, which may develop at a very early age, especially if nutrition is poor.

Socially, the relationship with food and nutrition has changed markedly, especially among the young. Meals are increasingly eaten outside the home or school, in fast-food restaurants, and often adolescents skip meals altogether, particularly breakfast.

Results

At the regional level:

- *breakfast is skipped by a statistically significant proportion of youngsters. 77.1% of 11-year olds have breakfast, but only 66.6% of 13-year olds and 60.7% of 15-year olds; girls skip breakfast more frequently than boys in all 3 age-groups (the difference is statistically significant). The biggest difference between boys and girls is in the 15-year old group, with 66.8% of boys and only 54.7% of girls having breakfast.*
- *in relation to the consumption of cakes and chocolates, 15-year olds (32.6%) were the largest consumers, followed by 13-year olds (30.9%) and 11-year olds (26.1%).*
- *in relation to soft drinks, an average of 19.5% of the sample of 11, 13 and 15-year olds consumed these drinks, homogeneously, boys more than girls in the all three groups.*
- *50% of the sample ate fruit and vegetables, with no difference between age groups but with girls consuming more than boys in all groups.*
- *in relation to unhealthy habits such as eating lunch or dinner in front of the TV, 15-year olds were the worst offenders (65.4%) followed by 13-year olds (63.1%) and 11-year olds (59.6%), whilst 27.5% in all 3 groups ate snacks watching TV.*
- *29.3% of 15-year olds go to fast-food restaurants at least once a week, followed by 11-year olds (28.1%) and 13-year olds (24.3%). In the 11 and 13-year old age groups boys more frequently went to fast-food restaurants than girls, but in the 15-year old age group boys and girls were at the same level.*
- *over time, the HBSC surveys of 2006 and 2010 show an increase in eating in fast-food restaurants in all 3 age groups. The highest increase is the oldest group (15-year olds) up from 20.4% in 2006 to 29.3% in 2010.*

Comments

These results seem to support the hypothesis of the relevant literature that only during childhood or pre-adolescence parents are able to influence their children's food consumption patterns by limiting availability and accessibility, as well as modelling, positive reinforcement and discipline. As children grow up, however, they may use food as part of the process of individualization and emancipation from parental control. Young people commonly seek more control over their meal patterning and food choice by, for example, skipping meals or preparing their own food.

Capitolo 11 Immagine di sé, controllo del peso e peso corporeo¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Revisore: Lorenzo Rampazzo
Servizio tutela salute mentale
Direzione regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
Regione del Veneto

Introduzione

L'aumento del peso corporeo è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un'epidemia globale, con pesanti conseguenze per la sanità pubblica (1) e una delle principali preoccupazioni in ambito di salute pubblica (2).

Il fenomeno è in continuo aumento soprattutto in età evolutiva (3, 4). 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 (5). In Europa i bambini a rischio sono 14 milioni, 3 milioni dei quali sono da considerarsi obesi (6).

L'aumento del peso corporeo sta diventando uno dei più importanti problemi di sanità pubblica nei paesi occidentali e l'incremento dell'incidenza di soggetti obesi e in sovrappeso durante l'infanzia e l'adolescenza (7) 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 (8):

- presentano abitudini alimentari irregolari che contribuiscono al mantenimento dell'eccesso di peso;
- riportano più frequentemente sintomi psico-fisici;
- 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 (9), 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 del-

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Chiara Verzeletti, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

le malattie ad essa correlate (malattie cardiache, problemi endocrini, polmonari, ortopedici, gastrointestinali e disturbi neurologici) (9-11).

Tra le problematiche legate al sovrappeso e all'obesità vanno considerate anche altre problematiche come l'insoddisfazione corporea e le patologie peso-correlate che sono le più frequenti in preadolescenza e adolescenza (12), come i disturbi del comportamento alimentare (13) e la depressione (14).

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 (15). 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 (16). Nonostante l'incidenza relativa all'insoddisfazione corporea sia maggiore nelle femmine (17), recentemente si è riscontrato un aumento di questa problematica anche tra i maschi (18).

Considerando l'età dei soggetti, la letteratura internazionale sottolinea come le problematiche collegate al peso e all'insoddisfazione corporea insorgano sempre più precocemente (19).

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 (17, 20).

Ritornando a considerare il fenomeno dell'obesità in età evolutiva è possibile notare come questa problematica sollevi importanti questioni circa la sua definizione, la quale risulta 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 (21). 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 (22, 23), 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 (24).

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 paesi², per i bambini e gli adolescenti il dibattito internazionale non è ancora giunto a soluzioni univocamente de-

2. Classificazione raccomandata dall'OMS del BMI: soglia di 30 per l'obesità e 25 per il sovrappeso.

finite. 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 (1), risulta opportuno utilizzare curve di età e sesso specifiche.

Sulla base di queste considerazioni, nell'ambito delle indagini di popolazione la comunità scientifica internazionale riconosce l'uso dei cut-off fissati da Cole et al. (25) per 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 in diversi contesti culturali³.

Unitamente alla categorizzazione di sovrappeso e obesità, nel 2007 sono stati definiti da Cole et al. (26) anche i cut-off per la determinazione del sottopeso e nella presente ricerca, attraverso tali soglie, è stato possibile fornire le stime anche per questo tipo di problematica.

Infatti, in alcune regioni europee e tra gruppi sociali svantaggiati, il sottopeso sta diventando un problema emergente, che si manifesta con un arresto della crescita. Tale segno di deprivazione aumenta il rischio di morbilità, riduce lo sviluppo cognitivo e la produttività lavorativa della vita futura (27).

Mancando in letteratura dati sufficientemente consistenti e robusti sulla validità del BMI come strumento diagnostico per questo tipo di popolazione giovanile (sensibilità, specificità e validazione in diversi paesi e popolazioni), si è preferito parlare di "rischio di sottopeso", "rischio di sovrappeso" e di "rischio di obesità".

Metodi

Percezione di sé

Domanda standard: *Pensi che il tuo corpo sia ...?*

Accorpamento delle modalità: *Decisamente troppo magro; Un po' troppo magro per indagare l'insoddisfazione sulla magrezza. Un po' troppo grasso; Decisamente troppo grasso per l'insoddisfazione sul sovrappeso.*

Domanda opzionale (solo per 13 e 15enni): *Quali sono i tuoi sentimenti rispetto al tuo aspetto fisico? Sono frustrato dal mio aspetto fisico; Sono soddisfatto del mio aspetto fisico; Odio il mio corpo; Mi sento a mio agio con il mio corpo; Il mio corpo mi fa rabbia; Mi piace come sono fisicamente, nonostante le mie imperfezioni.*

Utilizzo delle risposte: *Molto d'accordo, d'accordo.*

3. I cut-off sono ottenuti da campioni nazionalmente rappresentativi di sei paesi differenti: Braille, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti.

Comportamenti di controllo del peso corporeo.

Domanda standard: *In questo periodo della tua vita, sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?*

Accorpamento delle modalità di risposta in: "No" (No, il mio peso è quello giusto; No, ma dovrei perdere qualche chilo; No, perché dovrei mettere su qualche chilo) e "Si".

Batteria di domande opzionali (solo per 13 e 15enni): *I tuoi amici sono o sono stati a dieta per perdere peso o per mantenerlo?; I tuoi amici hanno fatto commenti sul tuo peso?; I tuoi amici ti hanno incoraggiato o spinto a perdere peso?; Qualcuno nella tua famiglia è o è stato a dieta per perdere peso o per mantenerlo?; Qualcuno nella tua famiglia ha fatto commenti sul tuo peso?; Qualcuno nella tua famiglia ti ha mai incoraggiato o spinto a perdere peso?*

Accorpamento delle modalità di risposta in: "No" (No, Raramente) e "Si" (Qualche volta, Spesso, Sempre).

Statura e peso

Domande standard: *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 (28-32).

Nella tavola 1 sono riportate le soglie decisionali per sottopeso, sovrappeso ed obesità corrispondenti ai tre strati di età del campione della ricerca HB-SC. Al fine di validare la scelta di questi parametri, sono state calcolate le età medie del campione per ogni strato (11.45 per gli 11enni; 13.52 per i 13enni e 15.54 per i 15enni) che sono risultate sovrapponibili.

Tavola 1 cut-off suggeriti da Cole et al. (2000, 2007) in relazione al genere e all'età

Età	Soglie decisionali Cole et al. (2007)		Soglie decisionali Cole et al. (2000)			
	Sottopeso		Sovrappeso		Obesità	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
11.5	<15.32	<15.16	21.20	20.89	26.05	25.58
13.5	<16.57	<16.12	22.98	22.27	28.20	27.25
15.5	<17.69	<17.26	24.17	23.60	29.29	28.60

Risultati e commenti

Immagine di sé, diete e comportamenti per il controllo del peso

Livello regionale

I giovani a cui è stato chiesto di esprimersi sul grado di insoddisfazione del proprio corpo hanno risposto in maggioranza di sentirsi grassi rispetto all'insoddisfazione avvertita per la magrezza (tab. 11.1). Questo senso di sentirsi in sovrappeso si distribuisce uniformemente in tutti e tre gli strati del campione totale con stime intorno al 20% e si manifesta maggiormente tra le femmine, di 13 e di 15 anni, ma non tra quelle del gruppo degli 11enni dove permangono prevalenze sostanzialmente uguali tra i maschi e le femmine. Per contro, le percentuali sul senso di magrezza, risultando statisticamente significative nei tre strati del campione, si diversificano presentando una percentuale più alta nel gruppo degli 11enni (13.7%) rispetto a quello dei 13 (12.6%) e dei 15enni (11.2%) e differenze di genere statisticamente significative nei gruppi di 13 e di 15 anni, ma non in quello degli 11enni.

Insoddisfazio-
ne del proprio
corpo

Sebbene l'insoddisfazione per il sovrappeso prevalga sul sentimento opposto indagato (la magrezza), alle domande di approfondimento sulla percezione del proprio aspetto fisico rivolte solamente ai giovani di 13 e di 15 anni, più del 60% dei 13 e dei 15enni ha dato risposte positive facendo emergere sentimenti di soddisfazione e di accettazione della propria costituzione fisica (tab. 11.2). Per il resto del campione, la frustrazione è il sentimento più diffuso ed è vissuto in percentuale uguale tra 13 e 15enni (13%), mentre l'odio e la rabbia oscillano tra il 5 e il 10% rivelandosi più forti nei 15enni rispetto al gruppo di età dei 13enni.

sentimenti
verso il
proprio corpo

Rispetto ai comportamenti di controllo del peso corporeo (tab. 11.4), la mancanza di significatività statistica dei confronti fa apparire il comportamento omogeneo nei tre gruppi di età (intorno al 12%), mentre per i confronti di genere è presente una diversificazione percentuale, soprattutto tra i maschi e le femmine di 13 e di 15anni che evidenzia come siano maggiormente le femmine a seguire diete o ad adottare comportamenti per dimagrire rispetto ai maschi loro coetanei.

compor-
tamenti di
controllo del
peso

Anche per questo tipo di tematica, i 13 e i 15enni sono stati oggetto di approfondimento al fine di indagare le influenze derivanti dal contesto dei pari e da quello familiare (tab. 11.5).

I risultati mostrano che il contesto più influente in entrambi i gruppi di età indagati è quello familiare, sia per la presenza in famiglia di una figura parentale che segue o che ha seguito diete dimagranti, sia per il fatto di essere stati spinti o incoraggiati dalla famiglia a perdere peso o per aver subito da essa un commento sul proprio peso corporeo. In particolare, risultano essere le femmine le più vulnerabili a queste influenze da contesto familiare rispetto ai maschi.

Insoddisfazio-
ne del proprio
corpo

Livello provinciale

Sulla percezione del proprio aspetto fisico, i confronti tra province (tab. 11.1) non sono risultati statisticamente significativi in nessun gruppo di età del campione considerato globalmente per ogni strato in entrambi i sentimenti di insoddisfazione corporea (sentirsi magri, sentirsi grassi). Ciò significa che le distribuzioni percentuali possono considerarsi omogenee ed in linea con le stime regionali.

Ciò che emerge, invece, con significatività statistica, è una disomogeneità nelle differenze di genere che si rivela molto ampia tra maschi e femmine nello strato dei 15enni. Nei confronti del sentimento della magrezza, lo scarto maggiore tra i maschi e le femmine di 15 anni si verifica nelle province di Belluno, Vicenza Treviso, Rovigo e Verona.

Per il sentimento di sentirsi grassi, ampie differenze sono presenti anche tra i ragazzi e le ragazze 13enni nella provincia di Vicenza e di Venezia, mentre nello strato dei 15enni le province interessate sono Vicenza, Treviso, Venezia, Padova e Verona.

compor-
tamenti di
controllo del
peso

Anche per i comportamenti relativi al controllo del peso corporeo, i confronti delle stime tra province (tab. 11.4), a livello di campione totale, risultano uniformi, mentre si differenziano nelle analisi di genere. Un dato interessante e statisticamente significativo, in controtendenza con il resto dei dati, emerge nella provincia di Belluno, dove nello strato degli 11enni coloro che risultano maggiormente a dieta o che adottano comportamenti per dimagrire sono in percentuale maggiore i maschi (17.2%) rispetto alle femmine loro coetanee (10.4%). Questo contrasta, come si è detto, l'andamento generale per il quale le azioni di mantenimento del peso corporeo o di dimagrimento sono adottate in particolar modo dalle femmine, come risulta dagli ampi scarti percentuali presenti in tutte le province venete nello strato dei 15enni (tab. 11.4). A tale riguardo, in quest'ultimo strato, la provincia che si differenzia da tutte le altre per la maggior ampiezza tra maschi e femmine (quasi 20 punti percentuali di distacco) è Verona.

differenze tra
i ragazzi di 11,
13 e di 15 anni
rispetto all'in-
soddisfazione
del proprio
corpo

Le Aziende ULSS

Considerando l'insoddisfazione per la propria fisicità, in particolare il sentirsi grassi, a livello regionale era emerso che tutti e tre i gruppi di età si percepivano in eccesso di peso con una percentuale simile tra loro (media del 20%) evidenziando un andamento omogeneo.

A livello di Aziende Ulss, questa tendenza, non si verifica e accade, invece, che in alcune Aziende Ulss i comportamenti si differenziano (con significatività statistica) tra le tre età del campione. Infatti, andando a confrontare i gruppi dei ragazzi di 11, 13 e di 15 anni tra di loro in ogni singola Azienda Ulss, emerge che nella Ulss 1 di Belluno e nella Ulss 9 di Treviso, sono i 13enni a percepirsi maggiormente grassi rispetto agli altri due gruppi di età, mentre nell'Ulss 4 dell'Alto Vicentino sono i 15enni che avvertono in percentuale maggiore questo disagio (tab. 11.3).

Andando, invece, a determinare le differenze tra Ulss e non più tra i tre

gruppi di età, i confronti delle Aziende all'interno di ogni singolo strato di età evidenziano come nel gruppo degli 11enni la realtà locale con la percentuale più alta di ragazzi che si sentono in eccesso di peso è la Ulss 1 di Belluno (31.8%), mentre nello strato dei 13enni spicca la Ulss 17 di Este (30.1%). Per il gruppo dei 15enni i confronti tra Ulss in questo strato evidenziano una distribuzione omogenea. Ciò significa che le prevalenze delle Aziende locali si allineano alla loro stima regionale (22.4%) senza che una Ulss mostri dei picchi percentuali più alti o più bassi rispetto ad un'altra.

Relativamente all'insoddisfazione per la magrezza (tab. 11.3), i soli confronti statisticamente significativi tra le Aziende sono presenti nei gruppi degli 11 e dei 15enni e mostrano distribuzioni diversificate con stime talvolta lontane da quelle regionali che sono del 13.7% per gli 11enni e dell'11.2% per i 15enni, come nelle Ulss 18 (19.4%) e 22 (19.7%) dello strato degli 11enni e nella Ulss 3 (16.7%) dello strato dei 15enni.

Commentando i dati sui ragazzi che seguono diete o che adottano comportamenti per dimagrire (tab. 11.6), emergono distribuzioni percentuali omogenee tra Ulss nello strato dei 13enni e diversificate in quello degli 11 e dei 15enni.

Nel gruppo degli 11enni, le percentuali più alte di preadolescenti che riferiscono di seguire diete si trovano nelle Ulss 21 (19.3%) e 6 (19.2%), mentre la stima più bassa è presente nell'Ulss 4 dell'Alto Vicentino (5.9%) che, a sua volta, nello strato dei 15enni, risulta essere anche l'Azienda con la percentuale più elevata di ragazzi che adottano comportamenti di controllo del peso corporeo (22.8%), insieme alla Ulss 19 di Taglio di Po (21.8%).

differenze tra
Ulss rispetto
all'insoddisfazione dei
ragazzi di 11,
13 e di 15 anni
del proprio
corpo

compor-
tamenti di
controllo del
peso

Tabella 11.1 Insoddisfazione del proprio peso corporeo da parte dei maschi e delle femmine di 11, 13 e 15 anni a livello di provincia

SENTIRSI MAGRI

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI														
maschi	14.3	1.8	12.2	6.2	14.4	3.7	11.6	4.4	15.4	4.5	13.0	3.4	17.7	8.9
femmine	13.0	1.9	10.4	5.2	13.5	3.0	9.1	2.9	14.4	3.8	16.8	6.6	16.1	6.1
totale	13.7	1.3	11.3	4.7	14.0	2.3	10.4	2.5	14.9	2.2	14.8	3.4	17.0	6.5
13 ANNI														
maschi	14.5	1.7	13.0	4.5	14.7	3.0	15.9	5.5	15.2	3.9	14.0	3.7	10.6	6.0
femmine	10.6	1.5	10.1	6.5	8.2	3.0	11.8	2.5	12.2	3.8	11.5	3.2	9.1	6.5
totale	12.6	1.1	11.6	3.4	11.6	2.4	13.8	2.7	13.8	3.0	12.8	2.0	9.9	4.4
15 ANNI														
maschi	14.4	1.8	17.5	8.8	17.9	3.0	12.8	5.3	13.6	4.5	11.0	3.0	14.8	6.0
femmine	8.0	1.5	-	-	9.6	3.1	6.5	3.2	8.0	3.9	9.8	4.5	4.3	4.3
totale	11.2	1.2	9.8	5.8	13.0	2.3	9.1	3.0	11.0	2.7	10.5	2.6	9.2	5.0

SENTIRSI GRASSI

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI														
maschi	19.9	2.3	23.1	11.0	22.1	5.8	19.5	5.5	21.2	4.4	19.1	4.6	26.7	11.2
femmine	21.1	2.2	31.1	10.8	18.7	5.8	21.5	3.9	21.5	5.6	19.9	4.8	26.7	6.9
totale	20.5	1.6	27.1	7.5	20.4	4.3	20.5	3.5	21.4	3.5	19.5	2.8	26.7	6.7
13 ANNI														
maschi	17.7	2.2	18.3	7.4	15.4	3.0	17.3	4.7	15.7	4.3	19.1	6.2	22.5	8.8
femmine	22.6	2.4	17.0	5.8	27.2	4.3	21.9	4.7	22.4	5.8	20.1	6.6	28.3	9.1
totale	20.1	1.8	17.7	2.3	20.9	2.4	19.7	3.1	18.9	3.5	19.6	5.4	25.4	5.0
15 ANNI														
maschi	16.0	2.2	18.7	9.1	15.7	5.4	15.1	4.6	17.7	4.9	18.0	6.1	17.6	9.3
femmine	28.7	2.7	29.0	9.2	30.6	5.0	26.8	5.1	28.6	7.0	28.2	5.5	28.3	7.9
totale	22.4	1.9	23.3	6.3	24.5	3.7	22.0	3.3	22.9	5.1	22.6	3.7	23.2	5.8

Tabella 11.2 Sentimenti verso il proprio aspetto fisico da parte dei maschi e delle femmine di 13 e di 15 anni a livello di regione

	13 anni						15 anni					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Sentimento di frustrazione per il proprio aspetto fisico	10.3	1.7	15.0	2.1	12.6	1.4	9.0	1.8	17.5	2.5	13.3	1.7
Sentimento di odio per il proprio corpo	2.5	0.8	7.6	1.4	5.0	0.8	3.5	1.2	10.3	1.7	7.0	1.2
Sentimento di rabbia per il proprio corpo	4.5	0.9	10.5	1.7	7.5	1.0	4.3	1.4	15.1	2.1	9.7	1.5
Senso di soddisfazione per il proprio aspetto fisico	66.9	2.7	51.3	3.2	59.2	2.2	65.4	3.4	39.8	3.3	52.4	3.0
Sentimento di accettazione positiva del proprio corpo	75.0	2.3	65.1	2.4	71.6	1.7	74.4	2.7	57.2	3.0	65.7	2.3
Sentirsi a proprio agio con il corpo	78.6	2.3	57.6	2.9	68.2	1.9	75.7	2.5	49.3	2.8	62.4	2.5

Tabella 11.3 Insoddisfazione del proprio peso corporeo da parte dei giovani di 11,13 e 15 anni a livello di Azienda ULSS

	Sentirsi magri						Sentirsi grassi					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	13.7	1.3	12.6	1.1	11.2	1.2	20.5	1.6	20.1	1.8	22.4	1.9
ULSS 1	12.5	7.1	11.7	4.9	11.6	9.2	31.8	10.1	17.0	2.8	24.4	9.6
ULSS 2	9.4	4.8	11.5	3.7	7.2	4.3	19.8	6.8	18.8	3.8	21.7	7.0
ULSS 3	10.8	4.5	9.0	4.6	16.7	4.4	17.6	7.2	17.4	4.5	22.5	5.9
ULSS 4	14.4	3.7	11.5	3.0	11.7	4.0	12.6	3.5	21.0	6.7	25.1	7.4
ULSS 5	12.3	5.2	12.3	4.2	10.2	3.3	16.2	5.5	19.4	5.2	24.8	5.9
ULSS 6	16.4	3.6	12.9	5.0	13.2	4.3	28.9	7.5	23.9	2.2	25.2	7.7
ULSS 7	6.0	4.0	16.4	6.8	8.1	6.3	19.8	2.2	16.4	3.5	27.4	7.2
ULSS 8	10.2	3.7	12.0	4.1	11.3	5.2	26.1	6.4	15.1	6.1	20.6	5.2
ULSS 9	12.9	3.6	13.6	3.8	8.1	4.4	17.1	5.4	24.3	3.0	20.1	4.3
ULSS 10	14.1	4.5	13.0	5.6	10.1	6.9	20.5	4.5	20.5	5.6	23.6	10.4
ULSS 12	16.7	4.0	17.3	6.1	12.2	2.0	21.0	6.2	17.3	3.6	22.0	7.6
ULSS 13	13.8	3.7	10.7	3.5	11.9	6.3	21.6	7.6	18.5	8.5	19.3	8.8
ULSS 14	16.3	9.1	14.5	3.3	8.1	3.1	25.0	3.5	22.9	9.4	30.6	15.0
ULSS 15	15.2	3.8	15.3	3.7	10.3	5.0	15.2	5.9	12.0	6.6	22.1	8.0
ULSS 16	15.3	6.6	11.4	3.0	11.0	4.1	19.0	3.2	19.3	9.6	20.0	3.2
ULSS 17	12.2	4.3	11.1	3.4	9.7	4.1	25.2	6.1	30.1	7.4	29.0	9.0
ULSS 18	19.4	8.6	9.9	6.0	12.4	5.6	25.0	8.1	27.9	4.8	21.5	6.8
ULSS 19	11.3	3.7	9.7	4.6	2.6	4.5	30.6	10.1	19.4	9.8	26.9	9.9
ULSS 20	12.1	5.0	11.8	4.4	13.8	5.3	16.1	5.6	24.3	9.0	20.8	10.7
ULSS 21	9.6	5.1	11.7	3.5	15.0	4.2	23.5	4.2	20.1	6.8	16.3	6.4
ULSS 22	19.7	5.4	12.4	4.3	10.2	3.1	17.8	5.9	15.7	6.6	19.7	8.0

Tabella 11.4 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni che seguono diete o adottano comportamenti per dimagrire a livello di provincia

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
11 ANNI																	
maschi	13.1	1.9	17.2	4.1	14.4	4.2	12.2	5.1	14.1	4.3	10.7	3.5	15.4	6.8	12.7	4.8	
femmine	11.4	1.8	10.4	4.3	13.6	3.6	12.2	3.8	10.0	4.2	9.4	3.8	6.9	4.7	12.7	5.5	
totale	12.3	1.3	13.7	3.1	14.0	2.7	12.2	3.6	12.2	2.8	10.1	2.5	11.6	3.5	12.7	3.1	
13 ANNI																	
maschi	9.7	1.8	9.3	6.9	8.4	3.2	10.7	2.9	5.7	3.6	10.7	3.5	10.5	6.2	12.8	6.5	
femmine	15.4	1.9	14.5	6.9	17.0	4.4	16.7	4.6	13.6	4.1	12.9	3.8	19.9	10.0	15.5	5.0	
totale	12.5	1.4	11.8	4.2	12.4	3.0	13.8	2.6	9.4	2.4	11.8	3.0	15.2	6.6	14.2	4.5	
15 ANNI																	
maschi	8.2	1.8	5.4	5.1	7.7	3.3	9.0	4.2	13.4	4.3	6.6	3.2	7.8	6.9	5.8	3.7	
femmine	21.0	2.5	16.0	6.4	19.5	5.1	21.1	4.8	20.5	5.3	20.3	4.5	21.1	4.1	25.7	9.2	
totale	14.7	1.9	10.1	3.3	14.6	3.6	16.2	3.8	16.8	4.0	12.9	3.4	14.8	5.3	14.2	6.5	

Tabella 11.5 Influenze da parte degli amici e della famiglia sui maschi e sulle femmine di 13 e di 15 anni verso l'adozione di comportamenti per il controllo del peso corporeo a livello di regione

	13 anni				15 anni							
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Contesto dei pari												
Avere amici che seguono o che hanno seguito diete per perdere peso o per mantenerlo	4.8	1.4	8.2	1.8	6.5	1.1	6.5	1.5	17.7	2.2	12.2	1.6
Aver subito commenti da parte degli amici per il proprio peso corporeo	6.4	1.1	10.1	1.5	8.3	1.0	6.7	1.5	13.5	1.9	10.2	1.4
Contesto familiare												
Essere stati incoraggiati o spinti dagli amici a perdere peso	3.2	1.1	2.5	0.8	2.8	0.6	2.7	1.2	2.0	0.8	2.3	0.7
Contesto familiare												
Avere qualcuno nella famiglia che segue o che ha seguito diete per perdere peso o per mantenerlo	19.1	2.2	24.5	2.5	21.8	1.7	17.7	2.2	23.6	2.5	20.7	1.6
Aver subito commenti da parte di un familiare per il proprio peso corporeo	9.7	1.7	14.3	2.0	12.0	1.2	8.4	1.5	16.6	2.1	12.6	1.5
Essere stati incoraggiati o spinti da un familiare a perdere peso	11.9	1.8	11.2	1.7	11.6	1.3	9.6	1.5	11.4	2.1	10.5	1.4

Tabella 11.6 Giovani di 11, 13 e 15 che seguono diete o adottano comportamenti per dimagrire a livello di Azienda ULSS

Regione	11 anni		13 anni		15 anni	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	12.3	1.3	12.5	1.4	14.7	1.9
ULSS 1	14.8	4.0	12.8	5.4	10.3	4.6
ULSS 2	12.1	4.4	10.3	6.0	9.6	4.7
ULSS 3	12.8	6.1	10.4	6.7	13.8	3.8
ULSS 4	5.9	2.9	11.9	5.6	22.8	8.0
ULSS 5	14.4	3.5	10.9	4.6	7.3	4.0
ULSS 6	19.2	3.6	14.8	5.7	14.6	6.4
ULSS 7	10.7	3.7	9.9	4.0	17.0	7.2
ULSS 8	13.9	6.6	10.8	2.9	9.2	4.8
ULSS 9	11.8	6.3	17.7	3.4	20.3	4.9
ULSS 10	12.2	3.8	11.6	5.1	14.4	7.4
ULSS 12	13.0	3.4	7.9	4.7	19.5	6.7
ULSS 13	10.1	6.3	8.9	2.5	14.6	8.3
ULSS 14	16.3	4.7	10.7	4.5	19.4	8.0
ULSS 15	8.9	4.4	10.2	3.9	16.1	6.8
ULSS 16	9.5	3.8	10.8	6.0	9.7	4.0
ULSS 17	11.4	6.2	16.9	3.6	14.8	5.4
ULSS 18	11.0	4.2	15.3	8.1	11.5	3.8
ULSS 19	12.9	5.7	15.1	11.2	21.8	11.5
ULSS 20	12.0	5.1	16.1	7.9	13.1	11.7
ULSS 21	19.3	4.6	13.0	3.9	20.3	6.2
ULSS 22	10.7	3.7	11.9	5.8	13.0	4.8

Rischio di sottopeso, sovrappeso e obesità secondo le soglie decisionali di Cole et al. (2000, 2007)

Livello regionale

rischio di
sottopeso

Grazie alla recente definizione dei valori soglia del sottopeso, individuati da Cole et al. (2007), per la prima volta insieme alle stime sull'eccesso di peso corporeo nella forma lieve (rischio di sovrappeso) e in quella più grave (rischio di obesità) in questo volume si forniscono anche le prevalenze del sottopeso, poco indagato finora e solo in età pediatrica.

Partendo proprio da quest'ultima problematica, risultano a rischio di sottopeso più del 10% della popolazione campionata (tab. 11.7), omogeneamente distribuita nei tre strati, con differenze statisticamente significative solo nei confronti di genere, per i quali emerge un maggior rischio di sottopeso nelle femmine rispetto ai maschi in ogni strato considerato.

rischio di
sovrappeso

Dalla stessa Tabella 11.7 vengono evidenziati anche i dati sul rischio di sovrappeso ed emerge che questa problematica interessa in modo statisticamente significativo soprattutto gli 11enni (14.8%) e meno gli altri due gruppi di età che si attestano su stime più basse rispettivamente al 13.8% per i 13enni e all'11.2% per i 15enni. In aggiunta, il rischio di sovrappeso sembra colpire maggiormente i maschi di tutti e tre gli strati di età rispetto alle femmine.

rischio di
obesità

Per quanto riguarda il rischio di obesità (tab. 11.8), i confronti percentuali tra gli strati risultano uniformi, evidenziando una prevalenza omogenea che si attesta intorno al 2.5% a livello di campione totale, ma con differenze di genere statisticamente significative: la più ampia è quella tra i maschi (3.5%) e le femmine (1.1%) di 15 anni.

rischio di
sovrappeso e
obesità con-
siderati con-
giuntamente

Dall'accorpamento del rischio di sovrappeso e del rischio di obesità (tab. 11.8) si delinea una situazione che vede gli 11enni maggiormente colpiti (17.6%) rispetto ai 13 (15.7%) e ai 15enni (13.5%) e ancora una volta si evidenziano, dal punto di vista della significatività statistica, ampie differenze di genere soprattutto nel gruppo dei 15enni, con uno scarto tra i sessi di quasi 10 punti percentuali (18.4% per i maschi vs 8.6% per le femmine).

**confronti
temporali:**
rischio di
sovrappeso e
rischio di
obesità
congiunti

Ad uno sguardo sulle tre indagini HBSC (2002, 2006, 2010) messe a confronto, vediamo che il rischio di sovrappeso e il rischio di obesità congiuntamente considerati hanno subito nel tempo dei cambiamenti statisticamente significativi, salendo di quasi 5 punti percentuali in tutti e tre gli strati del campione nel 2006 rispetto alla prima indagine, per diminuire e ritornare nel 2010 ai valori del 2002 (tab. 11.11). Lo stesso andamento è confermabile anche per i confronti temporali delle tre indagini sui maschi e sulle femmine di 11, 13 e 15 anni.

rischio di
obesità

Andando ad analizzare il solo rischio di obesità nel tempo, troviamo anche in questo caso lo stesso andamento descritto per la problematica precedente, con l'unica eccezione per lo strato dei 13enni per il quale le variazioni temporali risultano statisticamente significative solo sull'asse temporale 2006-2010 (tab. 11.12). Facilitano il lettore nella comprensione delle Tabelle 11.7 e 11.8 i grafici 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 11.6 e le figure 11.1 e 11.2 presenti nell'apposita sezione "Variazioni temporali" del presente capitolo.

Livello provinciale

Affrontando il problema del sottopeso a livello provinciale (tab. 11.7), non emergono differenze percentuali statisticamente significative tra le province in nessuno dei tre strati considerati, a significare che le stime possono considerarsi in linea con quelle della Regione. Per quanto riguardano, invece, i confronti di genere, la significatività statistica è presente tra i maschi e le femmine di 11 anni di Vicenza e Padova, con scarti tra i sessi che raggiungono gli 8 punti percentuali; tra i maschi e le femmine 13enni di Vicenza, Venezia, Padova e Verona, con Belluno che riporta la differenza più alta tra i sessi ed infine, tra i ragazzi e le ragazze 15enni di Vicenza Treviso, Padova e Verona, dove in queste ultime due province le differenze di genere hanno scarti di 15 punti percentuali.

rischio di sottopeso

Rispetto al rischio di sovrappeso (tab. 11.7), il solo strato che presenta una distribuzione disomogenea tra le province, a livello di campione totale, è quello degli 11enni, con Belluno (20.1%) e Rovigo (21.9%) che aumentano di quasi 6 punti percentuali la loro prevalenza rispetto a quella regionale (14.8%). In questo strato le differenze di genere al confronto risultano statisticamente significative solo per le province di Venezia e di Padova. Per gli altri due strati del campione, si riscontrano differenze di genere statisticamente significative nelle province di Vicenza, Venezia e Padova per i 13 e i 15enni, di Verona per i 13enni e di Belluno per i 15enni dove si apre uno scarto di quasi 17 punti percentuali (19.5% per i maschi vs 2.9% per le femmine).

rischio di sovrappeso

Nei riguardi del rischio di obesità, permane una situazione di omogeneità a livello di campione totale in tutti e tre i gruppi di età, mentre per i confronti di genere si riscontrano differenze statisticamente significative solo nello strato dei 15enni nelle province di Treviso e di Padova, dove ad essere a rischio di obesità sono maggiormente i maschi rispetto alle femmine.

rischio di obesità

Infine, analizzando il rischio di sovrappeso e quello di obesità congiunti (tab. 11.8), le uniche differenze statisticamente significative a livello di campione totale si hanno solo nel gruppo degli 11enni, che vedono Rovigo (27.9%) con la stima più alta, mentre a livello di differenze di genere, la significatività statistica dei confronti è sparsa nei tre strati come segue: negli 11enni vale per le province di Venezia e Padova, nei 13enni per quelle di Vicenza, Venezia, Padova e Verona e nei 15enni per tutte, tranne per Rovigo e Verona.

rischio di sovrappeso e obesità considerati congiuntamente

Si rinvia il lettore alla visione dei grafici 11.1, 11.2, 11.3 sul rischio di sovrappeso e di obesità congiunti e i grafici 11.4, 11.5, 11.6 relativi al rischio di obesità insieme alle figure 11.1 e 11.2 presenti nella sezione "Variazioni temporali" per una maggiore comprensione delle modificazioni avvenute nel corso tempo dei fenomeni ora descritti.

Le Aziende ULSS

È stato evidenziato precedentemente come il rischio di sottopeso fosse generalmente preminente nello strato degli 11enni a cui seguivano i 13enni e come ultimi i 15enni.

rischio di sottopeso:

A livello di Aziende Ulss, due sole invertono questa tendenza con una si-

differenze tra i ragazzi di 11, 13 e di 15 anni

gnificatività statistica dei confronti all'interno dei loro tre strati del campione (tab. 11.9): la Ulss 1 di Belluno, dove i 15enni bellunesi (13.6%) appaiono con una condizione di sottopeso più grave rispetto ai 13 (12.3%) e agli 11enni (7.0%) e la Ulss 7 di Pieve di Soligo con i 13enni (14.0%) che, invece, prevalgono sugli altri due strati di età (12.8% per 11enni e 6.2% per 15enni). Ad un confronto, invece, tra le Ulss nei vari strati di età per la stessa tematica vanno evidenziate differenze tra Aziende statisticamente significative nello strato dei 15enni, dove la Ulss 3 di Bassano del Grappa (15.0%) appare con la prevalenza più alta rispetto a tutte le altre Ulss.

differenze tra le Ulss

rischio di sovrappeso:

Anche per il rischio di sovrappeso va evidenziato nella sola Ulss 20 un andamento diverso da quello che generalmente compare a livello regionale, (strato di età più colpito: gli 11enni).

differenze tra gli strati e

In questo caso ad essere a rischio di sovrappeso sono i 13enni veronesi (14.4%) a cui seguono in ordine percentuale i 15enni (12.9%) e da ultimi gli 11enni (8.9%).

differenze tra le Ulss

Per i confronti tra Ulss, si riscontrano differenze percentuali nel gruppo degli 11enni con la Ulss 19 (27.3%) che possiede la stima più alta di ragazzi in sovrappeso (tab. 11.9).

rischio di obesità: differenze tra Ulss

Affrontando la problematica legata al rischio di obesità, si verificano differenze statisticamente significative tra Ulss nelle distribuzioni di tutti e tre i gruppi di età, per cui si segnala un rischio maggiore di obesità nelle seguenti Aziende: nelle Ulss 18 (8.0%), 21 (6.0%) e 14 (5.7%) dello strato degli 11enni che si allontanano di molti punti dalla stima regionale (2.8%); nella Ulss 21 (4.4%) per lo strato dei 13enni ed, infine, nelle Ulss 9 (4.2%) e 13 (4.6%) per il gruppo dei 15enni (tab. 11.10).

rischio di sovrappeso e di obesità considerati congiuntamente

Trattando, da ultimo, i due rischi calcolati congiuntamente (tab. 11.10), gli unici confronti statisticamente possibili tra le Ulss ricorrono nel gruppo degli 11enni ed evidenziano una differenza molto marcata nella Ulss 19 (29.1%) sia rispetto alle altre realtà locali sia rispetto alla prevalenza regionale (17.6%).

Per una visualizzazione a livello di Aziende Ulss delle problematiche ora affrontate le figure 11.1 e 11.2 mostrano come nel territorio veneto si sia modificato nel tempo il fenomeno dell'eccesso di peso sia nella sua forma lieve (sovrappeso) che nella sua forma più grave (obesità) sullo sfondo delle tre indagini HBSC.

Tabella 117 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di sottopeso o a rischio di sovrappeso secondo i cut-off di Cole et al. (2000, 2007) a livello di provincia

RISCHIO DI SOTTOPESO

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI																
maschi	10.4	1.9	5.3	3.7	8.8	3.7	13.0	3.9	10.2	4.6	9.3	4.5	7.4	5.8	11.4	5.7
femmine	15.6	2.5	5.7	4.9	16.8	5.4	14.5	4.8	17.3	6.4	15.5	5.3	16.5	11.2	15.6	6.8
totale	12.8	1.5	8.1	3.3	12.8	3.3	13.7	3.1	13.3	3.3	12.2	3.9	11.2	4.7	13.5	4.1
13 ANNI																
maschi	7.9	1.6	4.6	3.3	7.1	3.0	11.7	5.3	8.5	3.5	9.1	3.5	5.2	7.5	4.8	2.7
femmine	15.5	2.3	18.4	6.2	15.5	4.5	15.5	6.4	18.5	6.2	15.1	4.4	7.9	5.2	14.5	5.7
totale	11.6	1.5	11.1	2.3	11.1	2.5	13.6	3.7	13.1	3.6	12.1	3.3	6.6	4.0	9.6	4.2
15 ANNI																
maschi	5.5	1.3	9.6	5.0	7.1	3.7	5.1	2.7	6.3	2.8	6.2	3.1	4.8	4.0	2.3	2.7
femmine	16.3	2.5	17.6	9.6	17.2	3.9	16.9	6.0	10.6	6.1	21.4	6.8	10.3	4.3	16.5	6.5
totale	10.9	1.6	13.1	4.3	13.0	3.0	12.0	4.1	8.3	3.3	13.2	4.0	7.6	2.9	8.3	4.1

RISCHIO DI SOVRAPPESO

	REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI																
maschi	16.8	2.0	21.2	8.2	18.2	4.8	12.5	3.6	22.4	5.0	18.3	4.4	24.1	8.8	9.9	3.2
femmine	12.6	2.0	18.9	7.8	13.6	4.6	13.1	5.1	13.5	4.8	10.4	4.8	18.8	9.0	10.1	3.6
totale	14.8	1.5	20.1	6.6	15.9	3.2	12.8	3.2	18.5	3.3	14.6	3.4	21.9	7.5	10.0	2.1
13 ANNI																
maschi	17.1	2.2	11.4	10.6	16.5	4.6	15.2	5.1	20.2	5.8	17.9	5.9	17.5	11.0	17.3	4.5
femmine	10.3	1.8	7.0	6.1	10.4	3.1	11.0	5.0	8.1	3.0	11.7	4.2	16.3	10.2	9.1	4.7
totale	13.8	1.4	9.3	5.6	13.7	2.8	13.1	3.3	14.7	3.5	14.9	3.9	16.9	6.9	13.2	2.9
15 ANNI																
maschi	14.9	2.2	19.5	13.2	14.1	5.5	12.5	4.9	16.6	5.5	16.4	4.4	13.3	8.7	13.9	4.3
femmine	7.5	1.8	2.9	4.1	7.7	2.4	7.7	4.4	4.6	3.1	8.9	4.5	7.2	4.3	9.5	6.3
totale	11.2	1.5	12.3	9.7	10.4	2.7	9.7	3.5	10.9	4.3	13.0	3.3	10.2	3.5	12.1	3.3

Tabella 11.8 Maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di obesità o a rischio di sovrappeso e obesità considerati in maniera congiunta secondo i cut-off di Cole et al. (2000) a livello di provincia

RISCHIO DI OBESITÀ																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	3.0	0.9	2.5	3.1	4.3	2.4	2.0	1.8	2.3	2.2	2.4	1.8	6.3	4.7	3.2	2.2
femmine	2.5	1.1	-	-	3.6	3.5	1.7	1.8	1.7	1.7	3.2	2.6	5.5	5.0	2.0	2.2
totale	2.8	0.7	1.3	1.7	4.0	2.1	1.9	1.2	2.0	1.4	2.8	1.6	6.0	4.1	2.6	1.4
13 ANNI																
maschi	2.7	1.0	2.8	3.1	2.9	2.1	1.8	1.5	2.4	1.9	3.0	2.0	5.2	5.3	2.9	3.2
femmine	1.1	0.6	-	-	0.3	0.6	0.6	0.8	2.0	1.8	1.5	1.6	-	-	1.7	1.6
totale	1.9	0.6	1.5	1.7	1.7	1.2	1.2	1.0	2.2	1.4	2.2	1.3	2.6	2.7	2.3	1.7
15 ANNI																
maschi	3.5	1.2	1.9	2.4	1.5	1.3	6.1	3.2	3.7	2.9	5.1	2.8	3.3	4.7	1.9	2.9
femmine	1.1	0.5	3.3	4.2	1.2	1.1	1.8	1.6	0.8	1.1	0.3	0.6	1.7	3.1	0.5	0.7
totale	2.3	0.7	2.5	1.9	1.4	0.8	3.6	2.3	2.4	1.7	2.9	1.7	2.5	3.2	1.3	1.7
RISCHIO DI SOVRAPPESO E RISCHIO DI OBESITÀ CONGIUNTI																
11 ANNI																
maschi	19.8	2.2	23.7	8.0	22.5	4.9	14.5	4.8	24.7	4.7	20.7	4.7	30.4	7.3	13.1	4.4
femmine	15.1	2.3	18.9	7.8	17.2	5.5	14.8	6.1	15.2	4.6	13.6	5.9	24.3	6.5	12.0	4.3
totale	17.6	1.6	21.4	6.4	19.8	3.5	14.6	4.0	20.5	3.0	17.4	4.0	27.9	5.7	12.6	2.7
13 ANNI																
maschi	19.8	2.5	14.2	10.1	19.4	5.0	16.9	5.5	22.6	6.5	21.0	6.6	22.8	10.9	20.2	6.0
femmine	11.4	1.9	7.0	6.1	10.7	3.1	11.6	5.1	10.0	3.7	13.2	4.7	16.3	10.2	10.8	5.0
totale	15.7	1.6	10.8	5.0	15.3	3.1	14.3	3.4	16.9	4.5	17.1	4.3	19.5	7.5	15.5	3.5
15 ANNI																
maschi	18.4	2.7	21.4	14.3	15.6	5.8	18.6	4.9	20.3	5.9	21.5	6.0	16.6	11.9	15.8	6.1
femmine	8.6	1.9	6.2	7.3	9.0	2.8	9.5	4.8	5.4	3.7	9.2	4.7	8.9	5.2	10.0	6.2
totale	13.5	1.7	14.8	10.8	11.8	3.1	13.3	3.8	13.3	4.8	15.8	4.4	12.7	5.7	13.3	3.8

Tabella 11.9 Giovani di 11, 13 e 15 anni a rischio di sottopeso o a rischio di sovrappeso secondo i cut-off di Cole et al. (2000, 2007) a livello di Azienda ULSS

	Rischio di sottopeso						Rischio di sovrappeso					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	12.8	1.5	11.6	1.5	10.9	1.6	14.8	1.5	13.8	1.4	11.2	1.5
ULSS 1	7.0	3.5	12.3	2.9	13.6	4.2	22.5	2.2	8.6	8.3	12.3	12.9
ULSS 2	9.9	6.4	9.2	2.8	12.3	8.5	16.0	15.6	10.3	6.5	12.3	14.8
ULSS 3	13.6	8.9	13.2	7.5	15.0	4.1	11.2	7.7	10.3	5.9	11.0	3.7
ULSS 4	11.3	6.3	12.9	4.0	11.5	4.6	16.0	5.3	13.6	5.8	7.1	3.6
ULSS 5	10.9	5.9	7.6	2.8	12.0	4.8	13.4	5.2	11.8	4.5	9.6	5.4
ULSS 6	14.3	5.4	10.8	4.1	13.1	6.7	19.8	5.4	16.9	4.4	12.4	5.7
ULSS 7	12.8	1.9	14.0	4.3	6.2	5.2	10.5	4.6	17.2	8.0	11.6	7.3
ULSS 8	15.9	5.6	17.8	7.6	12.7	7.3	13.8	4.9	14.6	4.7	13.4	4.0
ULSS 9	12.5	5.5	10.6	5.2	14.7	6.7	13.2	5.8	9.9	4.1	6.3	4.7
ULSS 10	10.3	8.1	12.1	4.8	5.8	3.8	18.3	7.0	17.1	5.2	8.6	6.2
ULSS 12	16.9	4.9	13.3	7.3	9.8	8.4	16.9	5.4	10.8	4.5	12.2	8.0
ULSS 13	11.8	4.7	16.0	5.6	11.5	4.5	18.4	5.0	12.7	5.0	7.7	4.5
ULSS 14	11.4	7.8	8.8	5.8	3.2	3.0	18.6	9.2	20.0	11.9	17.7	16.0
ULSS 15	9.7	3.9	12.4	7.4	14.6	6.6	14.9	7.1	9.5	3.3	10.0	4.5
ULSS 16	16.2	7.8	10.4	5.3	13.9	6.9	12.0	4.9	15.3	7.3	12.4	5.7
ULSS 17	9.3	6.2	14.6	4.4	9.5	5.3	20.3	6.2	23.4	7.2	19.0	5.1
ULSS 18	11.4	6.1	6.2	4.8	8.8	3.1	19.3	7.9	14.4	4.2	8.8	3.5
ULSS 19	10.9	6.4	7.5	7.2	5.3	5.9	27.3	15.2	22.4	18.9	13.2	6.7
ULSS 20	16.1	6.7	9.6	7.5	7.3	6.7	8.9	2.6	14.4	3.7	12.9	4.8
ULSS 21	10.5	5.0	14.7	3.7	12.4	4.1	16.5	6.1	11.8	6.1	9.7	5.4
ULSS 22	10.3	3.2	7.3	4.4	7.9	5.2	8.6	3.8	12.1	5.7	11.8	5.5

Tabella 11.10 Giovani di 11, 13 e 15 anni a rischio di obesità o a rischio di sovrappeso e obesità considerati in maniera congiunta secondo i cut-off di Cole et al. (2000) a livello di Azienda ULSS

	Rischio di obesità						Rischio di sovrappeso e rischio di obesità congiunti					
	11 anni		13 anni		15 anni		11 anni		13anni		15 anni	
	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±	%	IC ±
Regione	2.8	0.7	1.9	0.6	2.3	0.7	17.6	1.6	15.7	1.6	13.5	1.7
ULSS1	1.4	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	23.9	2.9	11.1	7.1	14.8	13.9
ULSS2	1.2	2.0	-	-	2.5	2.9	17.3	14.6	10.3	6.5	14.8	16.9
ULSS3	1.6	3.0	0.7	1.3	0.8	1.4	12.8	7.4	11.0	6.2	11.8	3.5
ULSS4	1.3	1.7	0.7	1.3	1.3	1.3	17.3	5.4	14.3	5.6	8.3	4.2
ULSS5	5.0	3.4	1.4	1.6	3.2	2.2	18.5	7.6	13.2	3.9	12.8	7.1
ULSS6	6.3	4.4	3.1	2.6	0.7	1.2	26.2	4.5	20.0	5.0	13.1	6.5
ULSS7	0.8	1.3	3.8	2.7	2.3	2.2	11.3	4.7	21.0	7.1	14.0	9.1
ULSS8	2.2	2.0	-	-	3.7	4.0	15.9	5.7	14.6	4.7	17.2	3.6
ULSS9	2.2	2.1	0.6	1.1	4.2	4.1	15.4	7.5	10.6	4.2	10.5	5.6
ULSS10	1.6	1.9	2.9	2.8	1.4	1.6	19.8	6.2	20.0	7.5	10.1	6.4
ULSS12	3.4	3.2	1.7	2.0	1.2	2.2	20.3	3.2	12.5	5.1	13.4	9.0
ULSS13	-	-	1.3	1.6	4.6	4.3	18.4	5.0	14.0	6.2	12.3	8.1
ULSS14	5.7	1.2	3.8	4.5	1.6	3.0	24.3	9.8	23.8	15.9	19.4	14.8
ULSS15	3.0	2.9	3.6	2.6	2.3	2.2	17.9	7.1	13.1	4.8	12.3	5.4
ULSS16	2.1	2.9	0.6	1.2	3.6	3.2	14.1	6.9	16.0	7.7	16.1	7.9
ULSS17	2.5	2.1	3.6	3.0	2.2	3.0	22.9	6.8	27.0	8.5	21.2	6.6
ULSS18	8.0	5.3	3.1	3.6	1.8	3.3	27.3	4.2	17.5	4.3	10.5	6.6
ULSS19	1.8	3.2	1.5	2.6	3.9	6.8	29.1	15.3	23.9	21.4	17.1	9.0
ULSS20	1.6	1.9	2.4	3.1	1.6	3.1	10.5	3.2	16.8	5.3	14.5	6.0
ULSS21	6.0	2.9	4.4	3.0	2.8	2.5	22.6	5.4	16.2	7.2	12.4	5.6
ULSS22	2.6	2.0	1.2	1.5	-	-	11.2	5.0	13.3	5.3	11.8	5.5

Variazioni temporali

Rischio di sovrappeso e rischio di obesità considerati congiuntamente e rischio di obesità separato secondo le soglie di Cole et al. (2000)

Nella presente sezione vengono evidenziate sotto forma di Tabelle, grafici e figure le variazioni temporali intercorse tra le tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 relativamente ai fenomeni del rischio di sovrappeso e di obesità considerati in maniera congiunta e separatamente del rischio di obesità. Le Tabelle 11.11 e 11.12 riportano le distribuzioni percentuali a livello di regione e provincia per ogni indagine effettuata. I grafici 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5 e 11.6 rappresentano la problematica del peso corporeo a livello di provincia, mentre le figure 13.1 e 13.2 accompagnano il lettore nella visualizzazione dei cambiamenti temporali avvenuti su tutto il territorio veneto.

Per la spiegazione dei dati delle Tabelle 11.11 e 11.12 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione “Risultati e commenti” dove nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

Tabella 11.11 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)

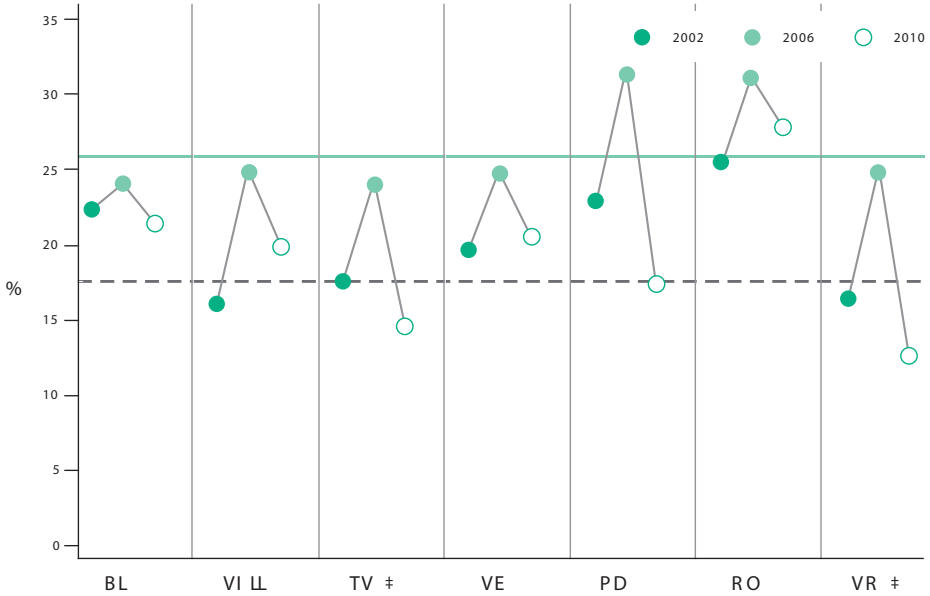
11 anni	2002			2006			2010		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
Regione	22.2 ‡	15.8 ‡	19.1 ‡	30.3 ‡	21.2 ‡	25.9 ‡	19.8 ‡	15.1 ‡	17.6 ‡
Belluno	25.8	19.3	22.4	27.7	19.7	24.1	23.7	18.9	21.4
Vicenza	17.2 *	14.8	16.0 ll	30.0 *	19.7	24.8 ll	22.5 *	17.2	19.8 ll
Treviso	21.1	13.1	17.4 ‡	27.3 ‡	19.6	23.9 ‡	14.5 ‡	14.8	14.6 ‡
Venezia	22.5	16.9	19.7	29.2	20.5	24.7	24.7	15.2	20.5
Padova	29.2 ‡	16.2	23.0 ‡	40.4 ‡	20.3	31.3 ‡	20.7 ‡	13.6	17.4 ‡
Rovigo	31.0	19.4	25.4	36.9	24.2	31.1	30.4	24.3	27.9
Verona	17.4 *	15.2 ‡	16.4 ‡	24.4 *	25.3 ‡	24.8 ‡	13.1 *	12.0 ‡	12.6 ‡
13 anni									
Regione	19.2 ‡	12.9	16.2 ‡	25.4 ‡	14.7 ll	20.4 ‡	19.8 ‡	11.4 ll	15.7 ‡
Belluno	14.5	8.6 *	12.0	25.7	18.5 *	21.7 ll	14.2	7.0 *	10.8 ll
Vicenza	17.9	15.7	16.8	23.9	12.0	18.6	19.4	10.0	15.3
Treviso	13.1 ll	7.0	9.8 ll	27.9 ll	8.4	20.2 ll	16.9 ll	11.6	14.3 ll
Venezia	18.3	13.5	16.2	24.9	15.8	20.4	22.6	10.0	19.6
Padova	21.1	17.7	19.4	27.6	15.5	21.9	21.0	13.2	17.1
Rovigo	16.8	23.6	19.4	19.9	22.5	21.1	22.8	16.3	19.5
Verona	26.5	8.1 ll	18.1	23.4	17.8 ll	20.6 ll	20.2	10.8 ll	15.5 ll
15 anni									
Regione	20.0 ‡	8.9 ‡	14.5 ‡	25.2 ‡	14.4 ‡	19.4 ‡	18.4 ‡	8.6 ‡	13.5 ‡
Belluno	22.1	10.1	17.4	24.7	9.2	17.7	21.4	6.2	14.8
Vicenza	17.4	8.6	12.3 ‡	24.6 ll	14.3 *	18.5 ‡	15.6 ll	9.0 *	11.8 ‡
Treviso	20.4	6.4 *	13.9	20.2	16.1 *	17.9	18.6	9.5 *	13.3
Venezia	16.8 *	8.0	12.5 ll	27.2 *	12.7 ll	19.2 ll	20.3 *	5.4 ll	13.3 ll
Padova	21.8	9.7	16.4	26.9	15.7	19.4	21.5	9.2	15.8
Rovigo	13.8	6.7	9.7 ‡	34.2 ll	15.9	26.3 ‡	16.6 ll	8.9	12.6 ‡
Verona	24.1	12.1	18.5	24.9 ll	12.9	20.6 ‡	15.8 ll	10.0	13.3 ‡

* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

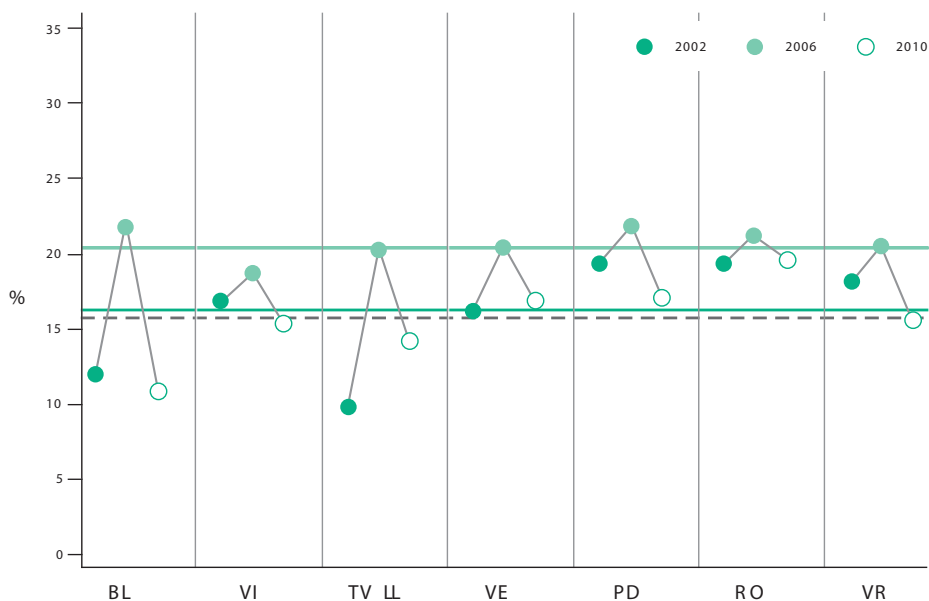
Grafico 11.1 Variazioni temporali per i ragazzi di 11 anni a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Differenza significativa per $p < 0.10$
 LL Differenza significativa per $p < 0.05$
 ‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2002, livello regionale;
Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2006, livello regionale;
Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 11.2 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)



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

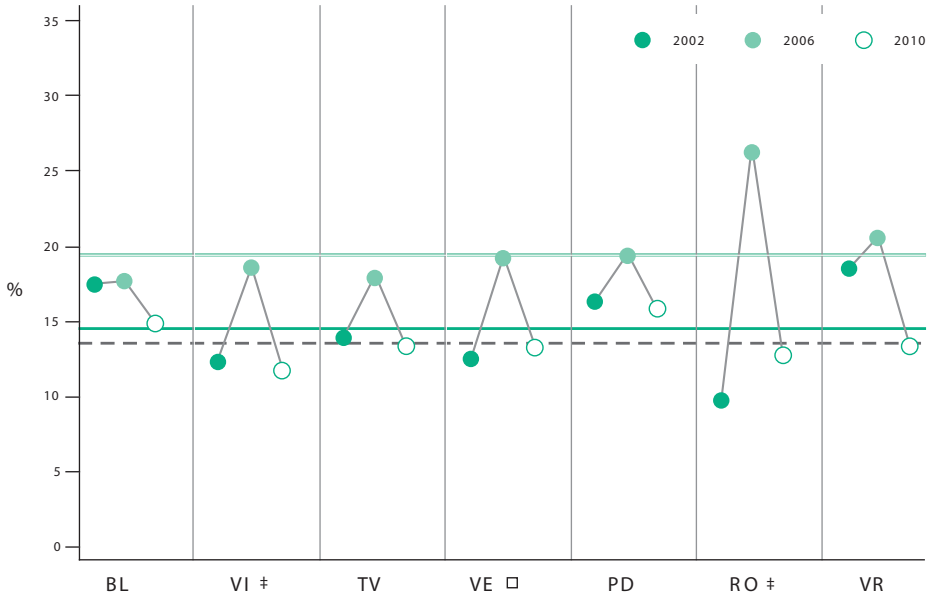
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 11.3 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)



- * Differenza significativa per $p < 0.10$
- Differenza significativa per $p < 0.05$
- ‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente: indagine 2010, livello regionale.

Figura 11.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che sono risultati a rischio di sovrappeso e a rischio di obesità considerati congiuntamente

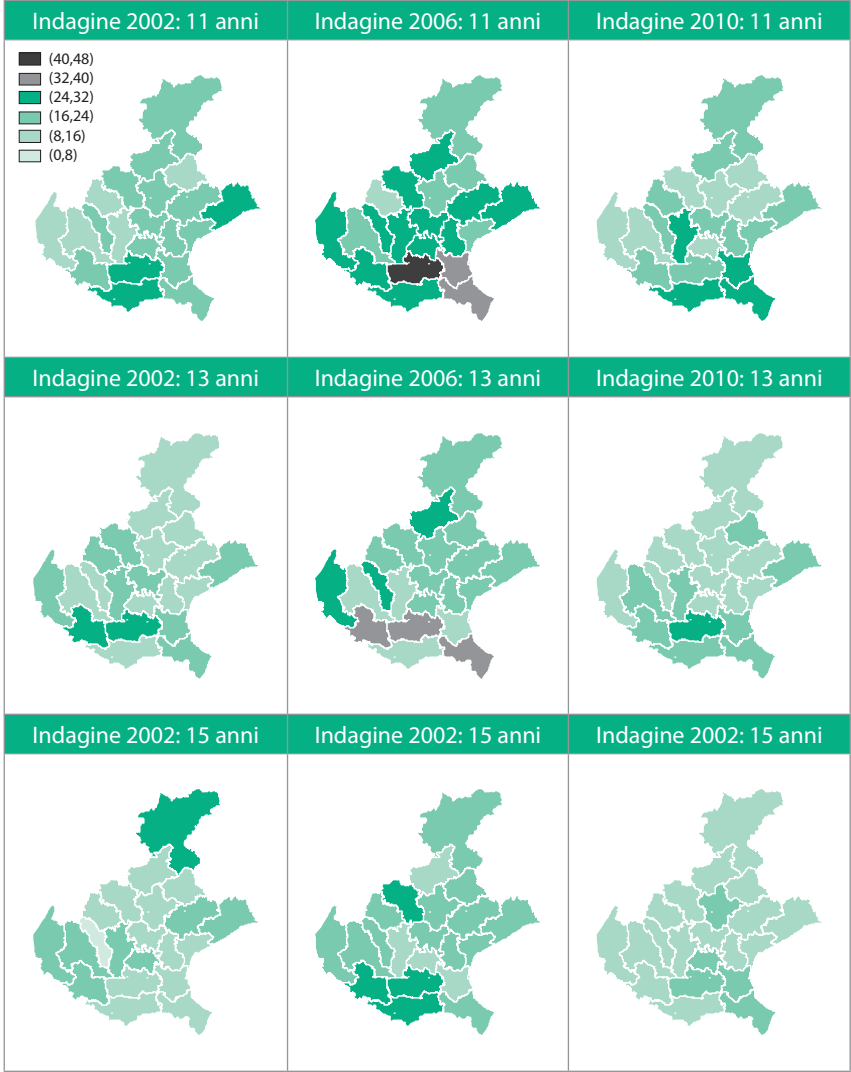


Tabella 11.12 Variazioni temporali per maschi e femmine di 11, 13 e 15 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)

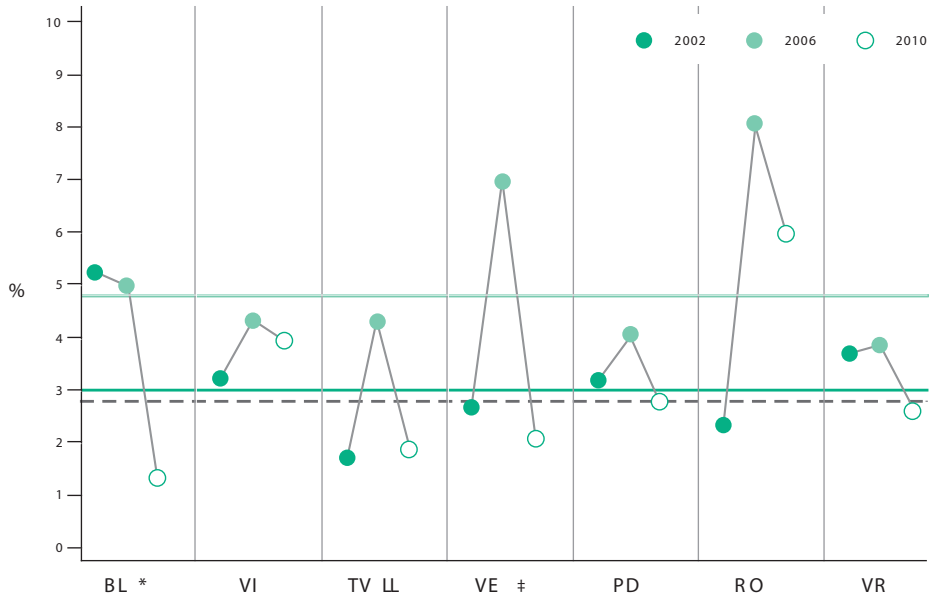
11 anni	2002			2006			2010		
	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %	Maschi %	Femmine %	Totale %
Regione	4.6	1.3	3.0 ‡	6.2 ‡	3.3	4.8 ‡	3.0 ‡	2.5	2.8 ‡
Belluno	9.5	1.5	5.2	6.9	2.7	5.0 *	2.5	-	1.3 *
Vicenza	4.0	2.5	3.2	5.2	3.4	4.3	4.3	3.6	4.0
Treviso	3.1	-	1.7 ll	5.7 ll	2.5	4.3 ll	2.0 ll	1.7	1.9 ll
Venezia	4.2 ‡	1.2	2.7 ‡	9.7 ‡	4.3	7.0 ‡	2.3 ‡	1.7	2.0 ‡
Padova	4.9	1.3	3.2	5.7	2.0	4.0	2.4	3.2	2.8
Rovigo	4.4	-	2.3	10.9	4.6	8.0	6.3	5.5	6.0
Verona	5.1	1.9	3.7	3.8	4.0	3.9	3.2	2.0	2.3
13 anni									
Regione	2.4 ll	1.6	2.0	4.2 ll	1.6	3.0 ll	2.7 ll	1.1	1.9 ll
Belluno	1.4	-	0.8	7.1	1.7	4.1	2.8	-	1.5
Vicenza	0.5	2.7	1.5	4.0	4.0	2.2	2.9	0.3	1.7
Treviso	2.0 ll	0.5	1.2 *	6.0 ll	6.0	3.6 *	1.8 ll	0.6	1.2 *
Venezia	4.0	3.7	3.9	3.3	2.0	2.6	2.4	2.0	2.2
Padova	3.6	1.6	2.6	4.2	3.2	3.7	3.0	1.5	2.2
Rovigo	-	2.2	0.8	6.3	2.9	4.7	5.2	-	2.6
Verona	3.4	0.5	2.1	1.7	2.2	2.0	2.9	1.7	2.3
15 anni									
Regione	2.0	1.2 ‡	1.6 ‡	3.8	2.9 ‡	3.3 ‡	3.5	1.1 ‡	2.3 ‡
Belluno	1.4	1.9	1.6	4.5	4.5	2.5	1.9	3.3	2.5
Vicenza	1.9	0.8	1.3	2.9	2.1	2.4	1.5	1.2	1.4
Treviso	2.8	1.2	2.0	2.3	2.5	2.4	6.1	1.8	3.6
Venezia	0.5 ll	0.4	0.4 ll	4.8 ll	2.3	3.4 ll	3.7 ll	0.8	2.4 ll
Padova	0.7 ‡	1.8	1.2	4.7 ‡	4.2 ll	4.4	5.1 ‡	0.3 ll	2.9
Rovigo	4.9	-	2.1 *	5.8	6.8	6.3 *	3.3	1.7	2.5 *
Verona	3.8	2.3	3.1	3.8 *	3.1	3.5 ll	1.9 *	0.5	1.3 ll

* Differenza significativa per p < 0.10

ll Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza 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)



* Differenza significativa per $p < 0.10$

† Differenza significativa per $p < 0.05$

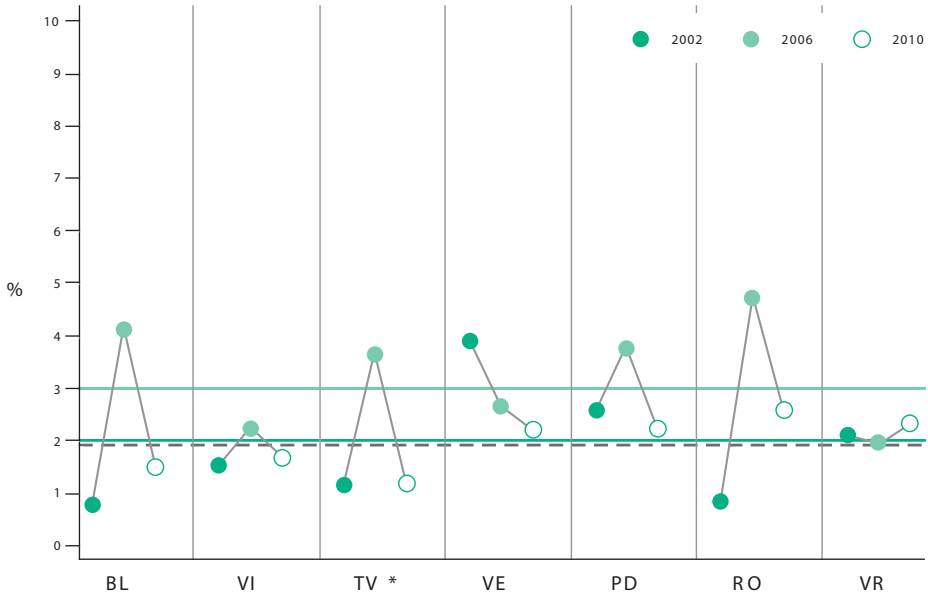
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 11.5 Variazioni temporali per i ragazzi di 13 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

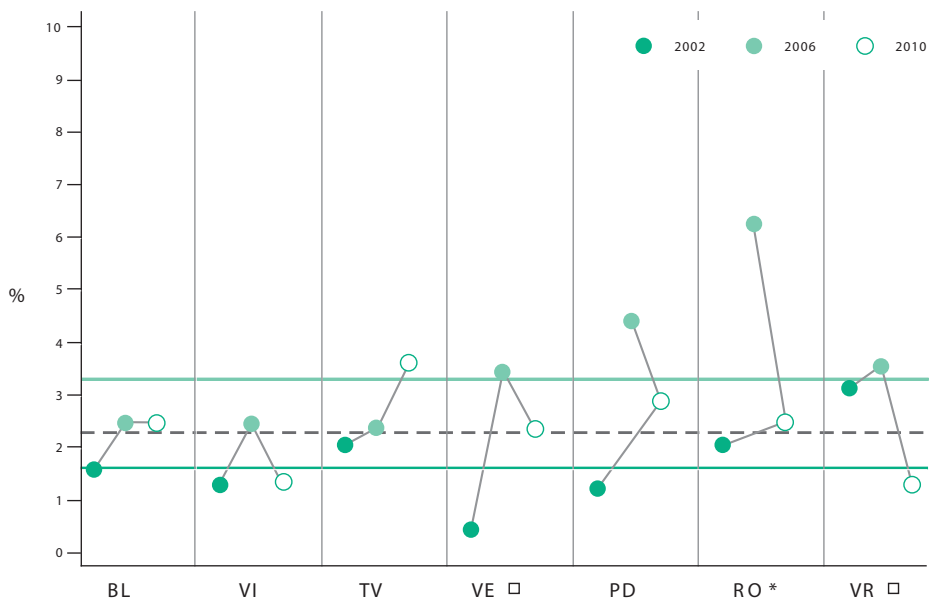
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2010, livello regionale.

Grafico 11.6 Variazioni temporali per i ragazzi di 15 anni a rischio di obesità secondo i cut-off di Cole et al. (2000)



* Differenza significativa per $p < 0.10$

‖ Differenza significativa per $p < 0.05$

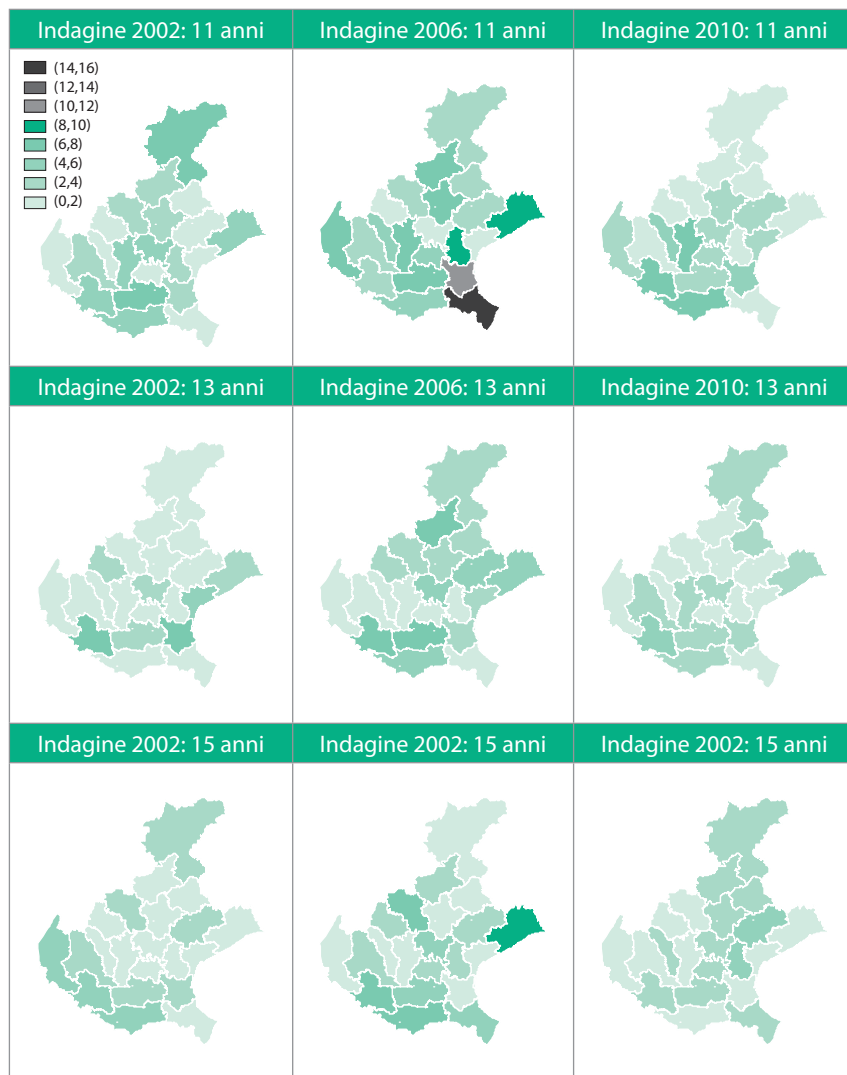
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che sono risultati a rischio di obesità: indagine 2010, livello regionale.

Figura 11.2 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che sono risultati a rischio di obesità



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. Inoltre, le scuole hanno la potenzialità di incoraggiare i bambini a svolgere attività fisica giornaliera (33).

A questo proposito il Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 prevede delle azioni di promozione della salute improntate alla prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile e con obiettivo il contenimento della stessa al di sotto del 10 %. In particolare le linee strategiche e di supporto a questo obiettivo sono ad esempio la strutturazione di partnership e alleanze con la scuola finalizzate al sostegno di interventi educativi all'interno delle attività didattiche e curricolari. Un'altra linea di supporto è data da programmi che prevedono sia l'incremento del consumo di frutta e verdura che il controllo e il miglioramento della qualità nutrizionale delle mense scolastiche. Un ulteriore obiettivo del Piano Nazionale Prevenzione è lo sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) nelle scuole medie di primo e secondo grado mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo - relazionali e dei fattori di rischio (34).

A livello comunitario, la Commissione Europea ha elaborato 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 sono inserite le proposte del Libro Verde che dava avvio a consultazioni e dibattiti con 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 (35).

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 (36-42).

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 di Igiene Alimenti e Nutrizione (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 (43, 32). 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. WORLD HEALTH ORGANISATION (1998). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
2. LIVINGSTONE B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. *European Journal of Pediatrics*, 2000, 159, 14-34.
3. FLEGAL, KM, CARROLL, MD, OGDEN, CL, JOHNSON, CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*, 2002, 288, 1723-1724.
4. POPKIN, BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition*, 2002, 5, 93-103.
5. LOBSTEIN 2004 International Obesity Task Force estimates, issued at the European Congress on Obesity, 2004.
6. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
7. 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.
8. LOBSTEIN T, FRELUT ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 2003, 4, 195-200.
9. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. Board of Science. Preventing childhood obesity, 2005.
10. ERIKSSON JG, FORSENT T, BARKER DJP, ET AL. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ*, 2001, 322, 949-53.
11. STRAUSS RS. Childhood obesity. *Current Problem Pediatric*, 1999, 29, 1-29.
12. GOLAN M, CROW S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 2004, 62, 39-50.
13. 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.
14. 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.
15. LAWRIE Z, SULLIVAN EA, DAVIES PSW, HILL RJ. Body change strategies in children: Relationship to age and gender, *Eating Behavior*, 2007, 8, 357-363.
16. 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.
17. 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.
18. 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.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. COLE TJ, FLEGAL KM, NICHOLLS D, JACKSON AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 2007, 335, 194-.
27. Fact Sheet EURO/06/05. The health of children and adolescents in Europe. Copenhagen, Bucharest, 12 September 2005.
28. EE 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.
29. BRAHAM 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE PREVENZIONE 2010-2012 <http://www.ccm-network.it/node/981/>
35. COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE. Libro Verde, Promuovere le diete sane

e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di soprappeso, obesità e malattie croniche. Bruxelles, 2005. ec.europa.eu/health/ph_determinants/life.../nutrition_gp_it.pdf

36. <http://www.healthpromotion.ie/topics/obesity/>.
37. <http://www.msc.es/home.jsp>.
38. <http://www.sante.gouv.fr/>.
39. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>.
40. <http://ww.minvws.nl/>.
41. http://dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor.
42. <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/>.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Food and health in Europe: a new basis for action. Geneva, 2004 (WHO regional publications. European series n.96).

Summary

Body image, weight control and body weight

Introduction

It is widely acknowledged that adolescence is a period in which both boys and girls undergo the most important physical and psychological development. As a period of transition, adolescence has also been associated with changes in body and self image. The relationship between body image and self-esteem is now well established and is stronger in girls. Adolescents exert a higher control over their body, for example by following a strict diet. Concern has arisen about young people's use of dieting and other weight control methods, as these can be associated with negative physical and psychic outcomes. The physical change that most influences the adolescent's body image and may also cause health problems is the accumulation of excess body weight possibly leading to obesity. The most important long-term consequence of childhood obesity is persistence into adulthood.

A critical issue for researchers is the choice of classification criteria or thresholds – technically known as cut-off points – to define underweight, obesity and overweight in children and adolescents.

Our study used the cut-off of Cole et al. (2000) to define the overweight and obese and Cole et al. (2007) to define thinness in children and adolescents. From a methodological point of view, Body Mass Index, BMI, which is defined as the individual body weight divided by the square of the height, is widely used as a valid and reliable measure of one's body mass, although it is less accurate when calculated (as here) using self-reported weight and height.

Finally, when referring to adolescents, we have preferred to talk about "risk of overweight" and "risk of obesity" because the literature lacks strong evidence on the validity (in terms of sensibility, specificity and cross-country validation) of BMI as a diagnostic instrument for youngsters.

Results

At the regional level:

- *21.0% of youngsters surveyed were unhappy with their bodies and considered themselves fat, with a statistically significant difference between boys and girls, more of the latter believing themselves fat, especially in the 15-year old group;*
- *lack of satisfaction due to thinness was recorded for 13.7% of 11-year olds, 12.6% of 13-year olds and 11.2% of 15-year olds. The same number (13.5%) of boys and girls in the 11-year old group felt underweight, whilst in the 13-year old and 15-year old groups boys more often felt underweight;*
- *in terms of the perception of their appearance among 13- and 15-year olds, over 60.0% were satisfied with their physical appearance (tab. 11.2). For the remainder, the most common feeling is that of frustration, felt equally by 13- and 15-year olds (13.0%), whilst hatred and anger were felt by 5.0% and 10.0% of 15-year olds;*

- *in terms of weight control, girls of 13 and 15 were the group with the highest numbers on a diet to lose weight;*
- *according to the cut-off points defined by Cole et al. (2000 and 2007) over 10.0% of the sample in the survey risked being underweight, with an even distribution across the three groups and 2.5% of the sample risked obesity, this too evenly distributed. For the risk of obesity and associated risk of being overweight, 11-year olds were the worst affected (17.6%) followed by 13-year olds (15.7%) and 15-year olds (13.5%) and there were significant gender differences, above all in the 15-year old group, with a difference of almost 10 percent (18.4% for boys, 8.6% for girls).*
- *comparison over time between the three HBSC surveys (2002, 2006, 2010) show how the risk of being overweight and of obesity considered together increased by almost 5% in all three groups between 2002 and 2006 and then fell back in 2010 to the levels of 2002.*

Comments

In the literature, there is a lot of evidence for girls (in our sample, those belonging to the strata of 13 and 15-year olds) tending to be more dissatisfied with their body image than boys. This is because girls at this delicate age tend to view their bodies primarily as a means of attracting others and therefore are more likely to experience this kind of dissatisfaction with, and refusal of, their body images, owing partly to the cultural and social pressures they are subjected to.

Capitolo 12 **Igiene orale**¹

Martina Furegato, Daniela Baldassari,
Massimo Mirandola

Revisore: Claudio Pilloni
*Ambulatorio di ortodonzia – Distretto 3
Ulss 20 di Verona*

Introduzione

La salute orale è parte integrante della salute e del benessere generale di una popolazione. L'incidenza delle carie nei bambini e adolescenti è in costante diminuzione in tutta Europa, ma nonostante ciò la prevalenza di carie, prima dei 20 anni, insieme alla malattia parodontale (cioè dei tessuti di sostegno, osso e gengiva) in età adulta continuano a rappresentare uno dei maggiori problemi di salute pubblica nel nostro Paese (1-6) oltre che un problema di carattere sociale, in quanto una scarsa igiene orale può limitare le scelte personali e le opportunità di socializzazione nelle persone (7-9).

Per contrastare questo problema sono importanti gli interventi educativi rivolti ad ottenere: un minor consumo di dolci e bevande zuccherate, una migliore igiene orale cioè lavarsi i denti due volte al giorno con un dentifricio al fluoro (10-17), un miglior utilizzo dei servizi odontoiatrici primari per la cura precoce della carie

Nel dare una spiegazione della formazione della carie, va detto che essa si manifesta se sono presenti contemporaneamente vari fattori.

Innanzitutto deve essere presente la placca dentale, cioè quei residui alimentari non adeguatamente rimossi con lo spazzolino. In questa placca devono essere presenti degli zuccheri perché è solo in presenza di questi che i batteri del cavo orale innescano un processo di fermentazione chimica al termine del quale si formano degli acidi forti. In questo ambiente acido lo smalto del dente si demineralizza, cioè si disgrega e si scioglie: si forma una piccola fessura e poi una cavità, la carie.

Questi batteri cosiddetti "cariogeni" (soprattutto lo "streptococco mutans" e il "lattobacillo acidofilo") possono essere presenti in concentrazione più o meno elevata e questo fa parte del maggiore o minore rischio di carie

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

A fronte di ciò ci sono anche dei sistemi di difesa che tendono a neutralizzare questo processo:

- la **saliva** che ha una duplice funzione: da un lato con il suo flusso "lava via" i detriti alimentari più grossolani, dall'altro possiede in sé dei sistemi enzimatici che tendono a tamponare il ph acido che si forma dalla fermentazione degli zuccheri;
- il **fluoro** che è una sostanza in grado di rallentare la demineralizzazione del dente e tende invece a rimineralizzarlo, cioè a renderlo più robusto e resistente all'ambiente acido.

È opinione comune che lo zucchero sia l'unica causa dell'insorgenza di carie, ma, in realtà tutti i carboidrati contenuti nel cibo possono contribuire alle lesioni dentali. Le ricerche hanno dimostrato che non solo i cibi dolci o il miele, ma anche la frutta, così come i cibi non particolarmente dolci ricchi di carboidrati come il pane integrale, le patate, le patatine possono potenzialmente causare la carie (11).

Lo spazzolino è lo strumento più adatto a rimuovere la placca, tuttavia la sua efficacia dipende dalla frequenza con cui viene usato e dalla durata del frizionamento della superficie dentale.

In base all'evidenza scientifica, lo spazzolamento dei denti deve essere fatto almeno due volte al giorno e questo comportamento di igiene orale deve diventare un'abitudine da acquisire durante l'infanzia per poi essere rafforzata durante l'adolescenza (19-22).

L'educazione dei ragazzi e delle famiglie circa la prevenzione o il trattamento dei disturbi dentali deve essere pianificata molto precocemente (17): una cattiva igiene orale potrebbe avere un impatto diretto sull'apprendimento del bambino, sullo sviluppo del linguaggio e anche sulla comunicazione riguardo alle proprie emozioni, diminuendo così l'autostima e la fiducia in se stessi (23).

Tuttavia, la prevenzione dovrebbe riguardare non solo l'ambiente familiare, ma anche la scuola attraverso azioni educative per sensibilizzare i ragazzi sull'importanza di una corretta igiene orale domiciliare. 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 (17, 7) 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 (24).

Metodi

Domanda standard: *Quante volte ti lavi i denti?*

Considerazione della modalità: *“Più di una volta al giorno”* per indagare la frequenza con la quale i giovani 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

La Tabella 12.1 presenta i dati relativi ai giovani che dichiarano di lavarsi i denti più di una volta al giorno. Questa abitudine è diffusa in tutti e tre gli strati d'età con percentuali omogenee: 62.2% per gli 11enni, 62.6% per i 13enni e 64.5% per i 15enni. Se ci si sofferma ad analizzare i confronti di genere, al contrario, si trovano differenze statisticamente significative in tutti e tre i gruppi d'età e sono sempre le femmine sia di 11 che di 13 e di 15 anni a presentare percentuali più alte di cura dentale rispetto ai maschi loro coetanei. Lo scarto maggiore, pari a 19.1 punti in percentuale, è quello relativo allo strato dei 15enni, dove a fronte di una prevalenza del 54.8% per i maschi si contrappone quella delle femmine del 73.9%.

Andando poi ad analizzare le prevalenze dei soli maschi e delle sole femmine confrontati nei loro tre strati di età, si notano delle differenze percentuali statisticamente significative solo nelle femmine, ma non nei maschi. Ciò significa che tra i maschi di 11, 13 e 15 anni le abitudini di cura dentale sono, in termini percentuali, uniformi, mentre si differenziano tra le femmine al punto da far risultare le 15enni (73.9%) le più attente alla propria igiene orale rispetto alle ragazze di 13 (70.9%) e a quelle di 11 anni (67.6%). L'andamento che qui si delinea è quello di una consapevolezza circa l'importanza della propria cura dentale che cresce e si rafforza nelle femmine mano a mano che queste passano dalla preadolescenza all'adolescenza più matura.

Livello provinciale

A livello di confronti percentuali tra province, le analisi statistiche evidenziano distribuzioni omogenee ed in linea con le stime regionali in tutti e tre gli strati di età del campione considerato in maniera globale. Ciò significa che non emergono comportamenti diversificati tra le province venete sia che si tratti del gruppo degli 11enni che di quello dei 13 e dei 15enni (tab. 12.1).

Al contrario, nei confronti di genere sono presenti differenze statisticamente significative tra i sessi in varie province.

Nello specifico, per lo strato degli 11enni le differenze tra maschi e femmine sono ascrivibili non a tutte e sette le province ma solo a quelle di Vicenza, Treviso e Verona. Quest'ultima è risultata anche la provincia con lo scarto più

ampio tra i sessi con una differenza di quasi 20 punti percentuali: 53.1% per i maschi e 70.0% per le femmine 11enni.

Nel caso, invece, degli strati dei 13 e dei 15enni, tutte e sette le province possiedono differenze statisticamente significative tra i maschi e le femmine, con la sola eccezione della provincia di Rovigo nello strato dei 15enni.

La differenza di maggiore entità (oltre i 27 punti percentuali) si registra tra i 15enni della provincia di Treviso, dove a lavarsi i denti più di una volta al giorno sono maggiormente le femmine (70.0%) rispetto ai maschi (42.8%).

In tutti e tre gli strati d'età sono sempre le femmine a presentare una maggiore attenzione alla loro igiene orale, così come era emerso nei dati a livello regionale.

Le Aziende ULSS

A livello di Aziende locali i confronti tra le Ulss all'interno dei tre gruppi di età presentano distribuzioni percentuali statisticamente significative solo nel gruppo dei ragazzi di 11 e di 13 anni, ma non in quello di 15 anni. In questo ultimo strato, le prevalenze delle Ulss possono considerarsi uniformi tra loro ed in linea con la stima regionale che è del 64.5%.

Al contrario, sia nello strato degli 11 che in quello dei 13enni i valori percentuali più elevati di igiene orale sono da attribuire alla Ulss 12 Veneziana: 73.0% per gli 11enni e 81.4% per i 13enni, mentre il limite minimo si trova nelle Ulss 15 e 21 per lo strato degli 11 (49.7% per entrambe) e nuovamente nella Ulss 15 per il gruppo dei 13enni (50.3%).

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

REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	57.2	2.9	61.0	14.6	59.7	5.1	52.2	7.3	64.0	5.9	58.3	7.1	54.2	10.9	53.1	6.9
femmine	67.6	2.6	67.6	13.4	72.2	3.6	65.7	5.6	66.0	6.9	64.5	6.6	62.8	11.1	70.0	7.2
totale	62.2	2.2	64.4	9.9	66.0	3.9	58.5	5.4	65.0	4.7	61.3	5.0	58.0	9.1	61.1	6.3
13 ANNI																
maschi	54.4	3.4	60.6	11.2	55.3	5.4	54.0	7.6	61.6	7.3	51.9	8.7	51.7	9.4	49.2	9.9
femmine	70.9	2.8	79.4	11.8	67.8	5.5	74.0	5.7	78.8	5.9	67.2	6.7	70.6	8.8	66.9	7.0
totale	62.6	2.5	69.6	9.5	61.2	4.0	64.4	5.6	69.7	5.6	59.6	6.3	61.2	7.4	58.3	6.5
15 ANNI																
maschi	54.8	3.8	56.0	6.9	56.8	8.2	42.8	9.1	57.3	8.2	61.0	7.2	66.5	15.8	51.8	8.6
femmine	73.9	3.2	76.3	6.0	73.0	5.9	70.0	9.1	78.1	5.2	76.3	6.4	77.6	7.8	72.0	9.3
totale	64.5	3.0	64.9	5.1	66.4	5.6	58.9	8.1	67.1	5.9	68.0	5.6	72.3	10.3	60.3	8.2

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	62.2	2.2	62.6	2.5	64.5	3.0
ULSS 1	69.3	12.9	73.9	13.7	64.8	5.6
ULSS 2	56.6	10.7	62.9	7.7	65.1	9.4
ULSS 3	68.7	7.9	69.9	7.6	62.3	8.5
ULSS 4	62.5	6.1	61.4	6.5	73.7	8.6
ULSS 5	61.7	9.5	60.9	8.7	63.5	9.6
ULSS 6	69.1	6.4	56.1	6.5	66.2	12.2
ULSS 7	61.1	8.4	58.6	10.9	66.7	9.5
ULSS 8	51.3	9.4	60.5	10.7	48.2	11.6
ULSS 9	61.8	7.8	69.9	6.7	61.7	13.6
ULSS 10	59.2	9.4	61.2	10.5	66.2	8.3
ULSS 12	73.0	6.6	81.4	5.5	69.9	6.8
ULSS 13	59.6	5.7	68.5	5.3	66.4	15.1
ULSS 14	70.0	3.9	58.3	20.8	64.5	14.2
ULSS 15	49.7	7.7	50.3	6.1	63.0	9.7
ULSS 16	66.5	6.8	68.4	8.0	73.1	7.7
ULSS 17	66.0	8.9	53.2	12.5	64.5	9.1
ULSS 18	58.7	10.0	65.2	7.1	71.3	15.0
ULSS 19	56.5	18.9	52.1	12.2	74.4	4.9
ULSS 20	68.2	8.1	57.2	11.1	60.0	14.0
ULSS 21	49.7	9.6	64.5	6.6	62.7	10.1
ULSS 22	55.3	9.6	56.7	8.5	59.7	10.5

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 (25), 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 del Veneto, nell'ambito dei Programmi di tutela della salute in età evolutiva (26), 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.

Sul fronte della prevenzione, gli specialisti ambulatoriali odontoiatri raccomandano le seguenti regole:

- assumere cibi e bevande zuccherate poche volte al giorno, ricordando che ogni attacco acido dura più di un'ora e che più spesso si mangiano dolci più alto è il rischio di avere carie;
- assumere cibi poco zuccherati e poco appiccicosi, specie nei fuori pasto (merenda a scuola e a metà pomeriggio): è meglio usare schiacciatine, crackers, panini con salumi o formaggio, toasts, yogurt e frutta piuttosto che merendine perché sono dolci e appiccicose e quindi difficili da togliere con lo spazzolamento della sera;
- bere la semplice acqua minerale non gasata piuttosto delle classiche bibite addizionate di anidride carbonica e acidificate o i succhi di frutta zuccherati e appiccicosi;
- lavarsi i denti dopo ogni pasto principale. In ogni caso è indispensabile farlo almeno mattino (anche se non si consuma la colazione a casa è bene uscire con i denti lavati) e sera, dopo di ciò è raccomandato di non bere e di non mangiare nulla;
- spazzolarsi sempre con cura con movimenti verticali dalla gengiva ver-

so il dente, cioè dall'alto verso il basso nell'arcata superiore e viceversa in quella inferiore;

- spazzolarsi per almeno 2 o 3 minuti per fare in modo che il fluoro contenuto nel dentifricio abbia la possibilità di essere efficace sullo smalto dei denti;
- effettuare regolari controlli dal dentista una o due volte l'anno.

Per la Regione del Veneto risulta prioritario 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. Socio-demographic distribution of pediatric dental caries: NHANESS 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. REISINE S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 1985, 75, 27-30.
8. 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.
9. SMITH J, SHEIMAN A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1979, 7, 305-310.
10. VEZZONI MA, LUCCHINI R, ACERBI L, CALACIURA A, MORELLI C, FANTINI L, SENNA A, STROHMENGER L. Salute orale in età pediatrica: studio della prevalenza di carie in provincia di Milano. *Medico e Bambino pagine elettroniche*, 2005, 4, 8.
11. TOUGER-DECKER, VAN LOVEREN C. Sugars and dental health. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78 (Suppl): 881 S-892 S.
12. 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.
13. European Food Information Council (EUFIC). Nutrition, Diet and Oral Health for the 21st Century. *Inter Dental J.*, 6/01, Suppl. www.eufic.org/index/en/.
14. KONIG KG. Nutrition, Diet and Oral Health for the 21st Century. *Inter. Dental J.*, 2000, 50, 162-174.
15. 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.
16. 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.
17. DAVIES R, BEDI R, CRISPIAN S. ABC of oral health: Oral health care for patients with special needs. *British Medical Journal*, 2006, 321, 495-498.

18. HOLT R, ROBERTS G, SCULLY C. ABC of oral health: dental damage, sequelae, and prevention. *British Medical Journal*, 2006, 320, 1717-1719.
19. 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.
20. 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.
21. FRANDSEN A. Mechanical oral hygiene practices. State of the science review. In: LOE H, KLEINMAN DV, eds. Dental plaque control measures and oral hygiene practices. Oxford, IRL Press, 1986, 93-116.
22. Linee Guida Nazionali per la Promozione della Salute Orale e la Prevenzione delle Patologie Orali in Età Evolutiva. 3° Congresso Nazionale FIMP, Ottobre 2009.
23. TALEKAR PB, ROZIER RG, SLADE GD. Parental perceptions of children's oral health: The early childhood oral health impact scale (ECOHis). *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, 5-6.
24. 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.
25. WHO. Health 21 – health for all in the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen European Health for All, Series no. 6, 1999.
26. D.G.R.Regione Veneto n.2227 del 9.08.2002.

Summary

Oral health

Introduction

Oral diseases are the most common of all illnesses in industrial society. Disorders of the teeth are a common cause of pain and an appreciable source of disability and handicap. Poor oral health also restricts personal choices and social opportunities and diminishes people's self-satisfaction. The most prevalent oral diseases are dental caries and periodontal diseases, which are both caused by dental plaque and can be considered mainly as behavioural problems because they can be prevented by limiting the frequency of intake of sugar products, maintaining good oral hygiene and using fluoride toothpaste in regular toothbrushing. In recent decades, dental caries has declined in many European countries and North America, but large socio-economic differences persist in the rate of this disorder.

Results

At the regional level:

- *there are no statistically significant differences in toothbrushing frequencies between the three strata considered (11, 13, 15-year olds); on average the 63.0% of the sample refers brushing the teeth at least once a day.*
- *Girls report brushing their teeth more frequently than boys and this datum is statistically significant.*

Comments

Previous research has shown that girls brush their teeth more often than boys and that older children brush more regularly than younger children. The 2009-2010 survey carried out in the Veneto Region confirms the former findings and this tendency is preserved in all seven counties of Veneto Region. Strategies to promote toothbrushing and health education programmes both for young people and their parents need to be implemented, particularly those targeting boys and younger schoolchildren in order to be really effective.

Evidence from the literature shows that socio-economic status should also be taken into account when planning public health interventions.

Capitolo 13 Bullismo e vittimizzazione¹

Daniela Baldassari, Martina Furegato,
Massimo Mirandola

Revisore: Fernando Cerchiaro
*Osservatorio Regionale Permanente sul Fenomeno del
Bullismo – USR – Regione del Veneto*
Gianpaolo Traversi – *Polizia di Stato – Questura di Verona*

Introduzione

In Italia quasi manca una vera e propria definizione di “bullismo”, tuttavia, nel nostro Paese gli studiosi si rifanno alla definizione data da Olweus (1) che viene adottata ufficialmente da tutta la letteratura internazionale. La definizione risulta essere la seguente: uno studente si considera vittimizzato nel momento in cui viene sottoposto, ripetutamente nel corso del tempo, alle azioni offensive messe in atto da parte di uno o più compagni di scuola e non.

“Bullismo” e “scuola” non sono due termini necessariamente affiancati, ma nel momento in cui la scuola è ancora fondamentale centro di aggregazione giovanile, il bullismo nasce appunto in quei luoghi in cui più ragazzi, più o meno coetanei, si ritrovano frequentemente. Per queste ragioni, e solo per queste, “bullismo” e “scuola” sono due termini divenuti quasi inscindibili, anche se oggi il bullismo appare allargarsi oltre il contesto scolastico per andare a coinvolgere anche altre aree del vicinato e le stesse case dei soggetti coinvolti (2).

Il bullismo risulta più frequente tra gli adolescenti che frequentano le scuole dell’obbligo. Alle scuole superiori il fenomeno diminuisce, ma sembra si specializzi, senza, però, scomparire: diminuiscono le forme più lievi e saltuarie ma persistono e talvolta si inacerbiscono le forme più dure e deleterie (3).

Il bullismo include un ampio spettro di aggressioni, sia verbali (preferite dalle femmine) che fisiche (preferite dai maschi) ed attualmente anche virtuali (4), attraverso l’invio di messaggi calunniosi, via SMS o e-mail, creando siti offensivi, o diffondendo le umiliazioni inflitte realmente, attraverso videofoni 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 (5).

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Michela Castellan, Cristina Toniolo, Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

Esistono varie forme di bullismo (6):

- **l'abuso verbale** che nella sua forma diretta si esplica con offese verbali, criticismo scorretto, insulti, soprannomi offensivi, mentre nella sua forma indiretta forza a persuadere un'altra persona a criticare o insultare qualcuno, a diffondere pettegolezzi malevoli, o a telefonate anonime, e-mail;
- **l'abuso gestuale**, come gesti o sguardi minacciosi o gesti osceni, oppure, indirettamente, si esplica nell'azione di allontanare o distogliere deliberatamente lo sguardo per ignorare qualcuno;
- **i mezzi fisici**, quali percosse o il lancio di oggetti in maniera diretta, mentre nella sua forma indiretta, il bullismo fa appiglio sulla capacità di convincere un'altra persona ad aggredire qualcun altro o a spostare e nascondere oggetti personali;
- **Il bullismo relazionale**, come formare apertamente una coalizione contro qualcuno, o riuscire a persuadere un'altra persona ad escludere qualcuno.

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 (7), sia per chi subisce l'aggressione, la vittima (8). Essere vittima sembra associato a maggiori problemi psicologici, a peggior salute e a difficoltà nel fronteggiare lo stress (7, 9), che possono sfociare in veri e proprie patologie – ansia, depressione, bassa autostima (10, 11, 12). Essere un bullo è stato associato a problemi accademici, di esternalizzazione, violenza e delinquenza, che si protraggono anche negli anni successivi e in età adulta (13). 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 (14, 15); (b) problemi presenti e futuri di tipo psicologico e psicopatologico (16, 17); (c) maggior probabilità di continuare atti di bullismo in età successive (18).

Al fine di ridurre l'aggressività e di limitare la possibilità di innescare quelle dinamiche perverse tipiche del bullismo, molti paesi, tra cui l'Italia, hanno promosso con successo una serie di interventi atti a ridurre della metà i comportamenti antisociali, sperimentando attività quali questionari, brainstorming, discussioni, schede di osservazione, indagini, interviste, rappresentazioni teatrali, role-playing, lettura in classe e individualmente di racconti da parte di vittime di bullismo, quale forma di l'immedesimazione nella condizione di vittima (19, 20-27). Questi interventi considerano importante che si crei un ambiente scolastico caratterizzato da affetto e coinvolgimento emotivo da parte degli insegnanti, nonché promozione di interessi positivi; che il rapporto professore-amico e alunno poggi su punti fermi che ricordino la presenza di un'autorità forte ed infine che si pretenda dagli adulti un comportamento autorevole.

La prevenzione del bullismo in adolescenza e la comprensione delle sue cause e dei suoi effetti sul comportamento futuro diventa di fondamentale importanza per le implicazioni che esso ha a breve termine sull'immediata salute dei giovani e a lungo termine sulla salute della collettività.

Metodi

Il fenomeno del bullismo è stato indagato nei tre gruppi di età attraverso due domande standard (44) utilizzate nelle precedenti ricerche (2001/02, 2005/06). In aggiunta, nella presente indagine è stato fatto un approfondimento specifico nel solo gruppo dei 13enni usando la batteria di domande del pacchetto opzionale HBSC 2001/02 (28).

Due domande standard: 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?

Due domande opzionali (la stessa domanda è stata fatta per indagare sia le varie forme di bullismo subito sia per rilevare quelle di bullismo agito. Per semplificazione ne riportiamo solo una):

Quante volte a scuola, negli ultimi due mesi circa, hai subito/fatto atti di bullismo nelle forme descritte qui sotto?

Sono stato insultato, preso in giro o offeso (Ho insultato...); Mi hanno escluso apposta dal loro gruppo, o mi hanno del tutto ignorato (Ho escluso..., ecc.); Sono stato colpito, preso a calci, spinto, tirato in giro o rinchiuso; Hanno detto bugie o diffuse falsità sul mio conto e hanno cercato di farmi disprezzare dagli altri; Sono stato preso in giro con insulti e commenti sulla mia razza o sul colore della mia pelle; Sono stato preso in giro con insulti e commenti sulla mia religione; Hanno fatto scherzi di natura sessuale, o commenti o gesti; Sono stato tormentato attraverso il computer, o e-mail o immagini; Sono stato tormentato attraverso il cellulare.

Accorpamento delle modalità di risposta: Trasformazione delle domande standard e opzionali in domande dicotomiche: "Mai" (Non ho mai subito/fatto atti di bullismo (di questo tipo) negli ultimi 2 mesi)/ "Almeno 1 volta" (1 o due volte; 2 o 3 volte al mese; Una volta alla settimana circa; Più volte alla settimana).

Il fenomeno della violenza fisica è stato indagato con la Domanda standard: Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?

Accorpamento delle modalità di risposta: creazione di una domanda dicotomica: "Mai" (Non mi sono mai azzuffato o picchiato negli ultimi 12 mesi)/ "Almeno 1 volta" (Una volta; Due volte; Tre volte; Quattro volte o più).

Risultati e commenti

Atti di bullismo agiti o subiti a scuola

Livello regionale

bullismo agito

Dalla tabella 13.1 è possibile notare come gli atti di bullismo perpetrati ai danni di un altro studente siano più ricorrenti tra i 13enni (20.0%) rispetto agli 11 (12.3%) e ai 15enni (17.9%) e come siano i maschi, in tutti e tre gli strati di età, ad esserne i protagonisti principali rispetto alle femmine loro coetanee. Tra le forme specifiche di bullismo agito approfondite in questa rilevazione e sottoposte al solo gruppo dei 13enni (tab. 13.2) emerge che l'atto di insultare, offendere e prendere in giro qualcuno è il comportamento più diffuso dai bulli 13enni (35.4%), seguito dall'atto di escludere o ignorare una persona (20.1%) e da quello di dire bugie o falsità o di indurre qualcun altro a disprezzare la vittima (11.3%). L'insulto razziale insieme agli scherzi o ai gesti di natura sessuale si attestano all'8% circa. Per la maggior parte di queste forme di violenza agita, le differenze tra i sessi risultano statisticamente significative, con ampi scarti tra maschi e femmine, tranne per l'atto di escludere o ignorare qualcuno, per il quale non si riscontrano diversità percentuali tra i sessi.

approfondimento della tematica per il solo gruppo dei 13enni

bullismo subito

Per quanto riguarda gli atti di violenza subita, i dati HBSC 2009-2010 evidenziano che le vittime del bullismo sono soprattutto i giovani 11enni, in particolar modo i maschi (tab. 13.1). La tendenza del fenomeno è quella di avere stime che scendono in relazione al crescere delle età e di evidenziare che negli ultimi anni di scuola dell'obbligo, ma soprattutto a partire dalla scuola superiore le vittime del bullismo si diradano in maniera statisticamente significativa, passando dal 13.9% dei 13enni al 6.5% dei 15enni.

confronti temporali sulla tematica bullismo agito e subito

Analizzando il fenomeno nel tempo, possiamo notare che nell'arco temporale 2002-2010 sia il bullismo agito che quello subito hanno registrato un'importante diminuzione in tutti e tre gli strati di età con differenze percentuali statisticamente significative. Le Tabelle 13.6 e 13.7, i grafici e le figure inserite nell'apposita sezione "Variazioni temporali" del presente capitolo presentano in dettaglio le differenze delle stime.

Per gli atti di violenza perpetrati ai danni di altri ragazzi, i dati dimostrano che nell'indagine del 2002 per gli 11enni si partiva dalla stima del 31.4% per scendere nel 2010 al 12.3%. Lo stesso vale nel gruppo dei 13enni, dove, in questo caso, il calo è maggiore rispetto alle diminuzioni avvenute negli altri due gruppi di età: se nel 2002 il bullismo agito era vicino al 42.6%, nel 2010 il fenomeno si vede scendere al 20.0%, perdendo nel complesso quasi 23 punti percentuali. Analogamente per i 15enni si è passati dal 32.6% della prima rilevazione al 17.9% dell'attuale indagine.

Rispetto agli atti di violenza subiti, la diminuzione più consistente è avvenuta, invece, nel gruppo degli 11enni, passando dal 38.6% del 2002 al 14.8% del 2010.

Livello provinciale

Territorialmente, i dati di confronto provinciale per il bullismo agito sia a livello di campione totale che per differenze di genere risultano statisticamente significativi e diversificati solo nello strato degli 11enni. Nel gruppo dei 13 e 15enni, invece, le stime si distribuiscono in maniera omogenea anche per quanto riguarda i confronti tra maschi e femmine.

bullismo agito

La Tabella 13.1 mostra come la provincia di Belluno per il campione totale degli 11enni (21.2%) e la provincia di Verona per quello dei 13enni (25.1%) abbiano la prevalenza più alta rispetto alle altre realtà territoriali e una differenza tra i sessi di quasi 20 punti percentuali per Belluno e di circa 12 per Verona. La zona geografica con la stima più bassa corrisponde, invece, alla provincia di Venezia che negli 11enni si attesta all'8.6%.

Per le forme di bullismo subito (tab. 13.1), i confronti territoriali a livello di campione totale non sono risultati statisticamente significativi in nessuno dei tre gruppi di età e le stime provinciali possono, quindi, considerarsi in linea con la prevalenza regionale identificata in ogni singola fascia di età. Per quanto riguarda, invece, le differenze di genere, queste appaiono statisticamente significative per il solo gruppo degli 11enni, dove la differenza più ampia tra maschi e femmine si riscontra nella provincia di Belluno, con uno scarto tra i sessi di oltre 20 punti percentuali.

bullismo subito

Andando ad analizzare le variazioni temporali del bullismo agito (tab. 13.6) nello strato dei 13enni, vale a dire in quello strato che, come abbiamo visto, ha risentito nel tempo maggiormente del calo rispetto agli altri due gruppi di età, vanno evidenziate le province di Vicenza, Treviso e Padova per la più alta percentuale di diminuzione nel 2010 del fenomeno rispetto alla rilevazione del 2002 (oltre i 25 punti percentuali), mentre per il bullismo subito sono le province di Venezia e di Verona a risaltare per il maggior calo avvenuto nel gruppo degli 11enni: dai 25 ai 26 punti percentuali di differenza per entrambe le province tra la rilevazione del 2002 e quella del 2010 (tab. 13.7).

confronti temporali sulla tematica bullismo

Le Aziende ULSS

Le distribuzioni delle frequenze a livello di Aziende locali per gli atti di bullismo agito dai ragazzi almeno una volta nei due mesi precedenti l'indagine appaiono diversificate e statisticamente significative nel gruppo di età degli 11 e dei 13enni, ma non in quello dei 15enni, dove le prevalenze si armonizzano intorno alla stima regionale del 16.9% (tab. 13.3).

bullismo agito

Nello strato degli 11enni le percentuali più alte di bullismo agito vanno ricondotte alla Ulss 1 di Belluno (21.6%) e alla Ulss 2 di Feltre (20.6%), mentre la stima più bassa fa capo alla Ulss 10 del Veneto Orientale (7.1%).

Tra i 13enni, a fronte di una stima regionale del 19.8%, i confronti tra Ulss evidenziano picchi di bullismo agito nelle Aziende locali 15, 22 (entrambe vicino al 30%), 14 e 18 (entrambe al 25.0%).

Rispetto all'analisi del bullismo subito, i confronti percentuali tra le Aziende sono risultati statisticamente significativi nei gruppi degli 11 e dei 15enni, ma non in quello dei 13enni per il quale le prevalenze delle Ulss si uniformano

bullismo subito

tra di loro intorno alla media regionale del 13.6%. Andando a considerare nel dettaglio le distribuzioni percentuali nei gruppi di età degli 11 e dei 15enni (tab. 13.3), si nota come nel primo strato di età le frequenze più alte di bullismo subito si trovino nelle Ulss 1 (27.3%), 5 (20.3%) e 21 (21.3%). Nei 15enni, invece, la stima più alta fa capo alla Ulss 12 (10.8%), mentre la più bassa è dell'Ulss 21 (2.0%).

Attraverso le figure 13.1 e 13.2 è possibile vedere anche a livello di Aziende Ulss come i due fenomeni indagati in questo capitolo si siano modificati nel corso delle rilevazioni HBSC effettuate nel 2002, 2006 e 2010.

Tabella 13.1 Atti di bullismo agiti o subiti almeno una volta nei due mesi precedenti da maschi e femmine di 11,13 e 15 anni a livello di provincia

BULLISMO AGITO ALMENO UNA VOLTA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	15.6	2.2	31.6	9.8	18.1	4.1	16.1	5.0	10.6	4.5	14.1	4.0	11.2	8.4	16.5	6.5
femmine	8.8	1.7	11.1	6.8	10.0	4.4	8.5	3.8	6.3	3.9	10.6	3.9	12.6	7.0	6.8	3.2
totale	12.3	1.5	21.2	5.1	14.0	3.5	12.5	3.9	8.6	2.8	12.4	3.0	11.8	4.9	11.8	4.1
13 ANNI																
maschi	23.9	2.9	20.2	7.8	21.5	6.7	18.8	5.1	23.6	5.7	24.0	6.5	26.9	11.7	31.7	8.4
femmine	16.0	2.3	15.6	7.0	15.0	5.8	14.3	5.6	12.9	5.1	17.1	4.8	21.3	8.7	18.9	6.0
totale	20.0	2.1	18.0	6.3	18.5	4.9	16.5	4.6	18.6	3.6	20.5	4.6	24.1	3.4	25.1	6.1
15 ANNI																
maschi	21.6	3.6	14.0	9.8	22.3	7.0	25.4	7.2	18.8	6.9	22.2	5.1	20.8	4.8	22.2	12.5
femmine	14.2	2.9	11.8	7.3	9.9	3.6	18.6	9.2	12.8	6.9	11.3	4.8	20.6	8.0	17.8	7.6
totale	17.9	2.5	13.1	7.0	15.0	3.8	21.3	6.9	16.0	5.2	17.3	4.2	20.7	4.9	20.3	8.2
BULLISMO SUBITO ALMENO UNA VOLTA																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	18.9	2.1	34.3	9.9	20.7	4.1	18.4	4.8	15.0	3.5	16.3	5.8	17.3	6.9	20.7	5.1
femmine	10.5	1.8	12.5	5.7	12.0	4.1	10.3	3.8	8.4	3.7	9.8	3.5	15.1	10.1	10.3	5.5
totale	14.8	1.6	23.3	6.8	16.3	3.1	14.6	3.4	11.9	2.8	13.2	3.6	16.3	5.8	15.7	4.5
13 ANNI																
maschi	15.9	2.2	17.4	8.1	9.8	4.3	6.9	8.0	12.5	4.0	13.6	5.4	19.3	3.9	19.1	4.3
femmine	11.9	1.9	16.9	11.4	17.3	5.4	14.3	4.7	13.8	5.2	9.8	3.9	19.3	8.5	18.0	5.3
totale	13.9	1.6	17.2	8.2	13.1	3.6	13.4	2.7	11.9	3.3	11.7	3.8	13.0	5.8	18.6	3.9
15 ANNI																
maschi	8.3	1.6	8.4	4.4	8.9	3.9	9.9	5.6	10.2	3.9	6.2	2.3	10.7	5.4	6.6	3.3
femmine	4.8	1.3	9.5	7.1	3.7	2.0	7.0	3.3	4.4	4.0	3.2	2.6	3.7	4.1	4.9	3.4
totale	6.5	1.1	8.9	4.5	5.8	2.3	8.2	3.4	7.5	2.4	4.8	1.0	7.0	4.6	5.9	2.0

Tabella 13.2 Forme specifiche di bullismo agito e subito almeno una volta nei due mesi precedenti da maschi e femmine di 13 anni a livello di regione

	13 anni								
	Maschi			Femmine			Totale		
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	
bullismo agito almeno una volta									
Aver insultato, offeso preso in giro qualcuno	43.0	3.1	27.7	3.0	35.4	2.4			
Aver escluso o ignorato qualcuno dal gruppo	19.6	2.5	20.6	2.4	20.1	1.9			
Aver colpito, calciato, spinto, tirato in giro o richiuso qualcuno	14.5	2.1	3.7	1.0	9.1	1.2			
Aver detto bugie, falsità su qualcuno o aver indotto altri a disprezzarlo	13.1	1.8	9.4	1.5	11.3	1.2			
Aver insultato, preso in giro qualcuno sulla sua razza	12.4	2.0	3.2	1.1	7.9	1.3			
Aver insultato, preso in giro qualcuno sulla sua religione	6.5	1.4	10.6	0.6	3.8	0.8			
Aver fatto scherzi, gesti o commenti di natura sessuale	12.4	2.1	4.4	1.3	8.5	1.3			
Aver infastidito qualcuno con il computer, via e-mail o con immagini	5.8	1.4	2.9	1.2	4.3	0.9			
Aver dato fastidio a qualcuno attraverso il cellulare	8.7	1.7	5.6	1.6	7.1	1.2			
bullismo subito almeno una volta									
Essere stato insultato, offeso o preso in giro	38.9	2.9	34.4	3.2	36.7	2.5			
Essere stato escluso o ignorato dal gruppo	13.9	1.9	19.0	2.1	16.4	1.5			
Essere stato colpito, calciato, spinto, tirato in giro o richiuso	8.9	1.8	2.6	1.0	5.7	1.1			
Aver subito bugie, falsità, o essere stato disprezzato	2.5	2.5	3.0	2.9	2.7	2.1			
Essere stato preso in giro per la propria razza	6.4	1.2	3.1	0.9	4.8	0.8			
Essere stato preso in giro per la propria religione	3.0	0.9	2.5	0.9	2.7	0.7			
Aver subito scherzi, gesti o commenti di natura sessuale	13.7	2.2	16.5	2.5	15.1	1.7			
Essere stato infastidito con il computer, via e-mail o con immagini	3.9	1.0	4.9	1.4	4.4	0.9			
Essere stato infastidito attraverso il cellulare	8.0	1.4	11.5	2.0	9.7	1.2			

Tabella 13.3 Atti di bullismo agiti o subiti almeno una volta nei due mesi precedenti dai giovani di 11,13 e 15 anni a livello di Azienda ULSS

	BULLISMO AGITO almeno una volta						BULLISMO SUBITO almeno una volta					
	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI		11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	12.5	1.4	19.8	1.8	16.9	2.1	14.9	1.5	13.6	1.5	6.4	1.0
ULSS1	21.6	7.1	17.0	8.3	13.8	11.3	27.3	8.8	18.3	11.7	9.2	5.1
ULSS2	20.6	6.8	19.6	9.2	12.0	5.8	17.0	8.2	15.5	10.0	8.4	8.1
ULSS3	13.7	7.2	15.3	6.9	15.3	8.3	18.5	9.5	12.1	7.7	6.5	5.4
ULSS4	7.6	3.8	12.7	6.6	11.1	8.8	8.3	3.4	12.2	6.6	5.3	4.1
ULSS5	15.0	6.6	19.9	6.3	14.6	4.7	20.3	5.6	9.0	7.4	8.7	4.1
ULSS6	17.3	6.4	23.2	11.3	17.3	7.1	17.3	3.7	16.8	6.5	4.0	3.6
ULSS7	13.1	4.6	16.7	6.3	14.0	8.8	11.3	4.4	13.3	3.5	9.6	5.5
ULSS8	11.9	4.7	13.9	7.3	19.7	10.0	12.7	6.3	13.9	7.4	7.0	4.9
ULSS9	12.6	7.7	18.1	7.8	26.4	12.1	17.6	5.2	13.1	2.7	8.1	6.1
ULSS10	7.1	3.4	20.4	8.8	14.4	7.5	11.5	5.7	12.2	5.9	2.0	2.6
ULSS12	10.3	3.3	13.6	3.2	19.3	13.0	13.0	4.0	10.7	4.7	10.8	3.9
ULSS13	9.6	6.7	19.8	3.4	17.0	8.4	12.0	5.7	11.4	5.6	8.8	5.1
ULSS14	12.7	10.5	25.0	8.5	9.7	8.2	15.2	11.4	16.7	9.7	6.5	0.9
ULSS15	11.8	4.9	30.7	7.3	16.8	9.2	14.1	6.6	11.3	6.3	5.8	4.1
ULSS16	10.6	4.9	14.1	6.2	15.0	4.6	10.7	5.1	10.7	7.3	3.9	1.2
ULSS17	13.6	4.7	19.0	7.1	22.7	8.1	13.6	6.2	13.1	4.1	5.2	3.8
ULSS18	11.9	5.6	25.0	3.5	22.0	5.9	18.3	6.9	9.8	4.5	7.3	6.4
ULSS19	11.5	10.0	21.9	11.6	17.9	7.5	11.5	10.2	20.5	12.8	6.4	4.4
ULSS20	12.8	7.1	23.2	11.1	26.2	13.9	17.3	7.8	19.0	6.6	6.2	3.0
ULSS21	15.0	5.9	23.4	6.2	11.1	7.3	21.3	7.2	12.3	3.4	2.0	2.6
ULSS22	8.9	3.9	29.0	5.2	15.2	8.6	10.7	3.7	21.0	5.4	7.2	3.5

Violenza fisica

Livello regionale

A livello regionale il fenomeno sulla violenza fisica (tab. 13.4) evidenzia che la percentuale maggiore di giovani che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta negli ultimi 12 mesi si trova nello strato dei 13enni (33.6%) e in percentuale pressoché uguale tra gli 11 e i 15enni (intorno al 16% per entrambi gli strati). A mettere in atto questo tipo di comportamento aggressivo sono soprattutto i maschi in ogni strato di età, facendo emergere un'ampia differenza (statisticamente significativa) tra i sessi che va oltre i 26 punti percentuali negli 11 e nei 15enni per arrivare ai 30 punti di scarto nei confronti tra i maschi e le femmine di 13 anni.

Livello provinciale

I confronti provinciali all'interno degli strati rispetto agli episodi di violenza fisica (tab. 13.4) mostrano distribuzioni omogenee in tutti e tre i gruppi di età e prevalenze in sintonia con i valori regionali per effetto della mancanza di significatività statistica dei confronti. Nelle analisi di genere, permangono, invece, forti differenze percentuali (statisticamente significative) tra maschi e femmine per ogni provincia considerata e per ogni gruppo di età. Nel gruppo degli 11enni lo scarto più ampio si registra nella provincia di Belluno dove tra maschi (55.2%) e femmine (16.3%) li separano quasi 39 punti percentuali, mentre nei gruppi dei 13 e dei 15enni le differenze percentuali tra i sessi si riducono di alcuni punti, conservando, tuttavia, scarti elevati, come ad esempio nella provincia di Vicenza tra i maschi (45.6%) e le femmine (12.5%) 13enni e nella provincia di Belluno tra i ragazzi (44.8%) e le ragazze (14.7%) 15enni.

Le Aziende ULSS

Per il fenomeno della violenza fisica, i confronti tra Ulss sono risultati statisticamente significativi in tutti e tre gli strati di età del campione (tab. 13.5).

Nel gruppo di età degli 11enni, le prevalenze più alte di comportamenti aggressivi verso i compagni si riscontrano nelle Ulss 1 (37.9%), 6 (39.1%), 9 (37.0%) e 14 (40.0%), mentre la stima più bassa fa capo alla Ulss 4 (16.6%). Nel gruppo dei 13enni i confronti percentuali tra le Aziende locali evidenziano dei picchi nelle Ulss 6 (41.3%) e 17 (42.2%), mentre nello strato dei 15enni va evidenziata nella Ulss 20 (44.6%) la maggior prevalenza di violenza fisica, con uno scostamento dalla stima regionale (28.4%) di oltre 16 punti percentuali.

Tabella 13.4 Maschi e femmine di 11,13 e 15 anni che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta nei 12 mesi precedenti a livello di provincia

REGIONE		Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona	
		%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±
11 ANNI															
maschi	42.7	3.0	12.2	57.5	46.5	5.6	42.5	7.4	36.1	6.4	46.4	8.0	35.1	11.7	40.4
femmine	15.8	2.3	16.0	15.6	4.8	20.6	6.3	15.5	4.7	16.2	5.4	19.0	7.3	10.3	5.4
totale	29.7	2.1	36.2	30.9	4.2	32.3	6.3	26.4	3.8	31.7	6.0	27.9	6.6	26.0	3.8
13 ANNI															
maschi	48.2	2.7	49.6	47.6	6.1	46.5	9.3	50.0	4.5	48.2	5.5	48.4	14.7	48.5	5.8
femmine	18.8	2.6	19.9	13.3	5.7	16.6	4.8	20.5	4.7	23.7	5.3	19.9	8.5	19.2	8.0
totale	33.6	1.9	35.2	31.6	4.4	31.0	4.7	36.1	3.2	35.9	4.4	34.0	9.1	33.5	4.5
15 ANNI															
maschi	44.0	3.4	46.0	42.7	6.5	45.3	8.9	41.3	8.8	41.3	7.1	40.4	5.7	48.8	6.8
femmine	16.2	2.4	14.1	11.9	4.2	17.9	5.4	15.8	6.9	18.2	5.8	16.4	5.1	18.9	7.0
totale	29.9	3.0	32.1	24.5	5.8	29.1	8.0	29.2	5.8	30.7	5.1	27.9	5.9	36.1	7.9

Tabella 13.5 Giovani di 11,13 e 15 anni che si sono azzuffati o picchiati con qualcuno almeno una volta nei 12 mesi precedenti a livello di Azienda ULSS

	VIOLENZA FISICA ALMENO UNA VOLTA					
	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	29.5	2.0	33.3	1.9	28.4	2.6
ULSS 1	37.9	9.2	38.7	9.4	35.2	21.5
ULSS 2	33.6	4.5	29.5	10.9	27.7	14.3
ULSS 3	28.2	4.4	26.8	5.3	18.0	8.1
ULSS 4	16.6	5.6	24.8	9.0	22.4	8.7
ULSS 5	33.8	9.1	26.9	6.2	22.6	12.3
ULSS 6	39.1	4.4	41.3	7.1	31.1	11.8
ULSS 7	27.2	6.4	33.3	6.8	31.1	9.1
ULSS 8	29.3	10.6	25.3	4.8	26.8	8.1
ULSS 9	37.0	10.8	33.5	8.2	29.5	15.8
ULSS 10	30.4	8.3	36.1	5.5	23.6	7.6
ULSS 12	25.5	5.9	35.7	4.9	30.5	4.9
ULSS 13	22.9	6.2	35.3	7.0	33.8	13.8
ULSS 14	40.0	13.3	39.3	3.0	25.8	18.2
ULSS 15	28.4	6.8	33.3	5.9	33.1	10.8
ULSS 16	30.6	11.6	34.5	6.0	30.5	6.0
ULSS 17	32.6	8.3	42.2	14.2	27.5	11.4
ULSS 18	30.0	8.2	35.1	11.9	32.5	5.7
ULSS 19	23.0	8.8	31.5	12.0	17.9	4.3
ULSS 20	26.8	4.2	32.6	6.8	44.6	10.4
ULSS 21	31.9	10.6	31.2	8.1	23.5	9.1
ULSS 22	22.0	7.3	36.0	7.4	28.3	10.5

Variazioni temporali

Atti di bullismo agiti o subiti a scuola

Nella presente sezione vengono evidenziate sotto forma di Tabelle, grafici e figure le variazioni temporali intercorse tra le tre indagini HBSC del 2002, 2006 e 2010 relativamente al fenomeno del bullismo agito e subito. Le Tabelle 13.6 e 13.7 riportano le distribuzioni percentuali a livello di Regione e di provincia per ogni indagine effettuata e sono corredate di simboli che posti a fianco di ogni provincia evidenziano i tre livelli di significatività statistica dei confronti temporali ($p < 0.10$; $p < 0.05$; $p < 0.01$).

I grafici 13.1, 13.2, 13.3 rappresentano il fenomeno del bullismo agito, mentre i grafici 13.4, 13.5, 13.6 rappresentano quello del bullismo subito. Infine, le figure 13.1 e 13.2 accompagnano il lettore nella visualizzazione dei cambiamenti temporali avvenuti su tutto il territorio veneto, anche a livello locale.

Per la spiegazione dei dati delle Tabelle 13.6 e 13.7 sulle variazioni temporali, si rinvia il lettore alla sezione "Risultati e commenti" dove nella parte dedicata sia alla Regione che alla provincia vengono descritti in maniera estesa e dettagliata anche gli aspetti delle modificazioni temporali tra le tre indagini HBSC effettuate.

Tabella 13.6 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

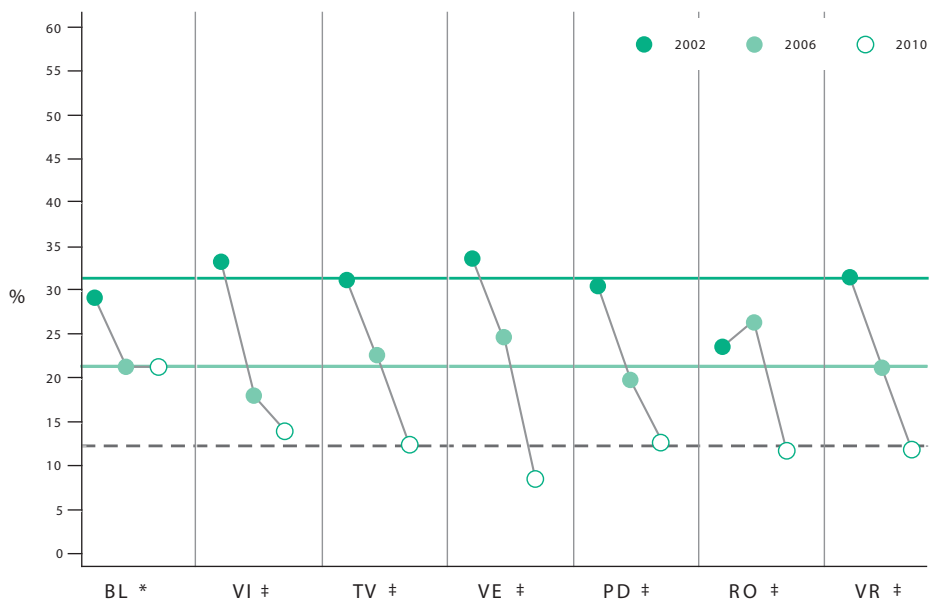
11 anni	2002			2006			2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Regione	36.2 ‡	26.0 ‡	31.4 ‡	27.0 ‡	15.2 ‡	21.3 ‡	15.6 ‡	8.8 ‡	12.3 ‡
Belluno	31.1	27.6 ‡	29.1 *	26.4	15.1 ‡	21.2 *	31.6	11.1 ‡	21.2 *
Vicenza	41.8 ‡	24.7 ‡	33.2 ‡	22.7 ‡	12.8 ‡	18.0 ‡	18.1 ‡	10.0 ‡	14.0 ‡
Treviso	36.3 ‡	25.3 ‡	31.1 ‡	24.8 ‡	19.7 ‡	22.6 ‡	16.1 ‡	8.5 ‡	12.5 ‡
Venezia	37.1 ‡	30.4 ‡	33.7 ‡	37.0 ‡	12.6 ‡	24.8 ‡	10.6 ‡	6.3 ‡	8.6 ‡
Padova	35.4 ‡	25.2 ‡	30.5 ‡	24.6 ‡	14.0 ‡	19.7 ‡	14.1 ‡	10.6 ‡	12.3 ‡
Rovigo	27.0 ll	19.9	23.5 ‡	31.9 ll	19.3	26.3 ‡	11.2 ll	12.6	11.8 ‡
Verona	36.5 ‡	25.6 ‡	31.5 ‡	26.2 ‡	16.1 ‡	21.1 ‡	16.5 ‡	6.8 ‡	11.8 ‡
13 anni									
Regione	49.8 ‡	34.6 ‡	42.6 ‡	33.5 ‡	32.1 ‡	28.6 ‡	23.9 ‡	16.0 ‡	20.0 ‡
Belluno	54.6 ‡	24.0	41.4 ‡	24.1 ‡	14.2	18.8 ‡	20.2 ‡	15.6	18.0 ‡
Vicenza	19.7 ‡	36.3 ‡	43.2 ‡	34.1 ‡	26.7 ‡	30.7 ‡	21.5 ‡	15.0 ‡	18.5 ‡
Treviso	49.1 ‡	36.1 ‡	42.0 ‡	28.1 ‡	23.4 ‡	26.1 ‡	18.8 ‡	14.3 ‡	16.5 ‡
Venezia	44.9 ‡	32.7 ‡	39.5 ‡	34.4 ‡	21.3 ‡	28.1 ‡	23.6 ‡	12.9 ‡	18.6 ‡
Padova	56.5 ‡	36.4 ‡	46.1 ‡	38.1 ‡	18.2 ‡	28.9 ‡	24.0 ‡	17.1 ‡	20.5 ‡
Rovigo	52.1 ‡	36.3 *	45.7 ‡	38.7 ‡	35.5 *	37.0 ‡	26.9 ‡	21.3 *	24.1 ‡
Verona	46.1 ‡	34.1 ‡	40.7 ‡	34.6 ‡	24.2 ‡	29.2 ‡	31.7 ‡	18.9 ‡	25.1 ‡
15 anni									
Regione	39.3 ‡	25.6 ‡	32.6 ‡	33.7 ‡	18.9 ‡	25.9 ‡	21.6 ‡	14.2 ‡	17.9 ‡
Belluno	45.9 ‡	22.3	36.8 ‡	20.6 ‡	10.7	16.1 ‡	14.0 ‡	11.8	13.1 ‡
Vicenza	34.8 ‡	24.6 ‡	29.0 ‡	33.1 ‡	16.5 ‡	23.2 ‡	22.3 ‡	9.9 ‡	15.0 ‡
Treviso	39.4 ‡	21.9	31.2 ‡	30.1 ‡	18.4	24.0 ‡	25.4 ‡	18.6	21.3 ‡
Venezia	40.2 ‡	20.2 ll	30.1 ‡	38.0 ‡	21.1 ll	28.9 ‡	18.8 ‡	12.8 ll	16.0 ‡
Padova	39.1 ‡	33.3 ‡	36.5 ‡	42.2 ‡	21.2 ‡	28.4 ‡	22.2 ‡	11.3 ‡	17.3 ‡
Rovigo	38.1 ll	22.7	29.3 ll	25.6 ll	17.5	22.1 ll	20.8 ll	20.6	20.7 ll
Verona	40.2 ‡	30.5 ‡	35.8 ‡	34.2 ‡	19.4 ‡	28.8 ‡	22.2 ‡	17.8 ‡	20.3 ‡

* Differenza significativa per p < 0.10

ll Differenza significativa per p < 0.05

‡ Differenza 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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

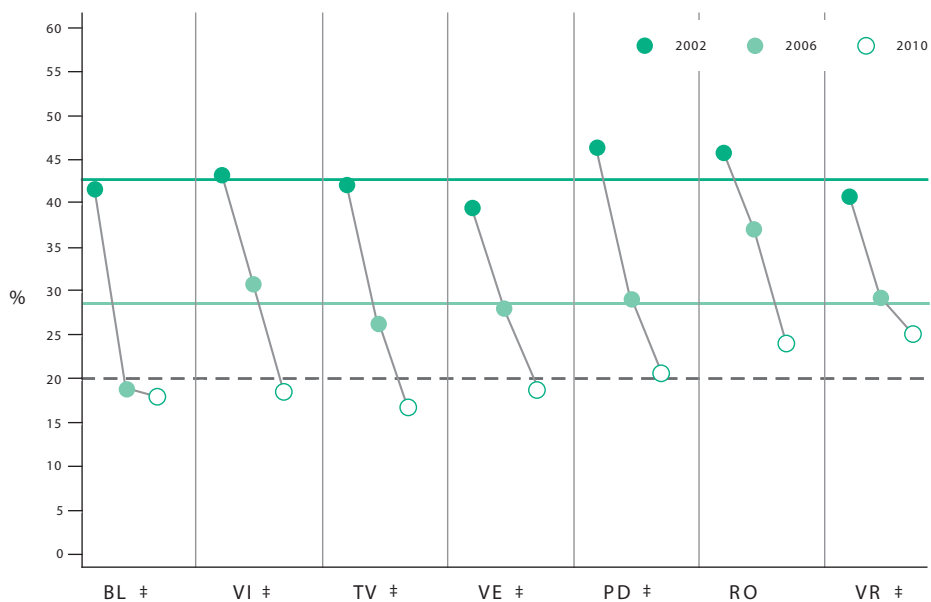
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente: indagine 2002, livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente: indagine 2006, livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente: indagine 2010, livello regionale,

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

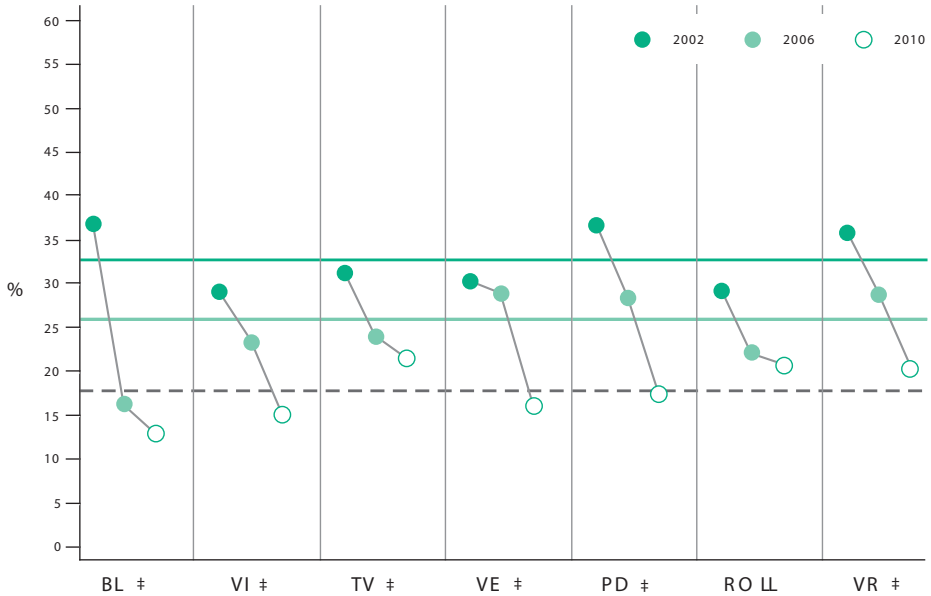
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2002 hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2006 hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2010 hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

LL Differenza significativa per $p < 0.05$

‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2002 hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2006 hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2010 hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Figura 13.1 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno partecipato almeno una volta ad atti di bullismo contro un altro studente nei due mesi precedenti

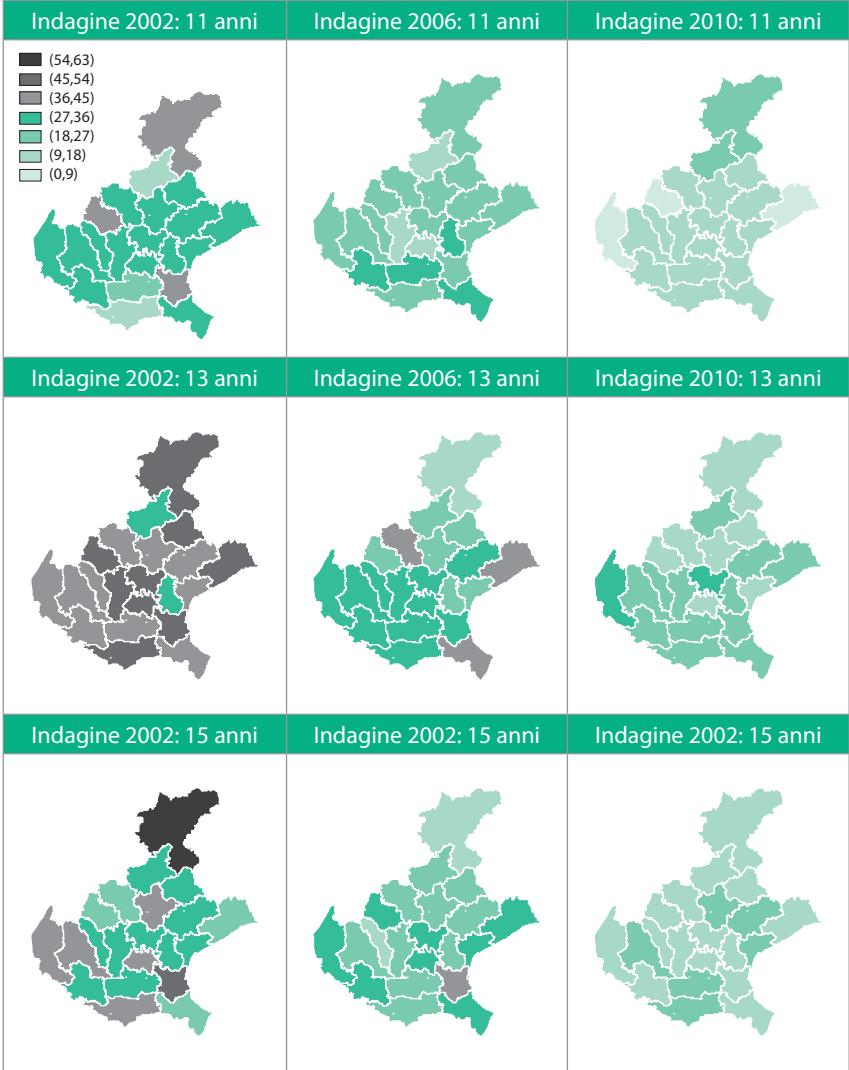


Tabella 13.7 Variazioni temporali nei maschi e nelle femmine di 11, 13 e 15 anni

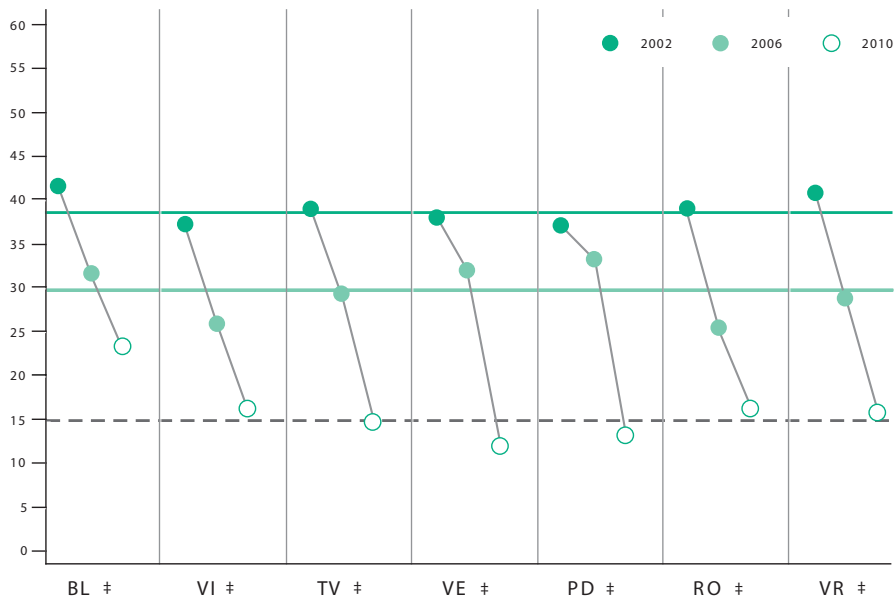
11 anni	2002						2006						2010					
	Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale		Maschi		Femmine		Totale	
	%	†	%	†	%	†	%	†	%	†	%	†	%	†	%	†	%	†
Regione	44.7	†	32.4	†	38.6	†	38.2	†	20.1	†	29.6	†	18.9	†	10.5	†	14.8	†
Belluno	51.7	LL	32.6	†	41.3	†	38.7	LL	23.2	†	31.6	†	34.3	LL	12.5	†	23.3	†
Vicenza	44.3	†	29.9	†	37.1	†	31.9	†	19.1	†	25.8	†	20.7	†	12.0	†	16.3	†
Treviso	46.8	†	30.5	†	39.1	†	35.0	†	21.8	†	29.2	†	18.4	†	10.3	†	14.6	†
Venezia	42.4	†	33.6	†	37.9	†	46.1	†	17.9	†	32.0	†	15.0	†	8.4	†	11.9	†
Padova	43.4	†	30.2	†	37.0	†	42.6	†	22.5	†	33.2	†	16.3	†	9.8	†	13.2	†
Rovigo	44.7	†	32.2	†	39.0	†	34.3	†	14.6	†	25.6	†	17.3	†	15.1	†	16.3	†
Verona	43.4	†	37.6	†	40.8	†	38.0	†	19.9	†	28.8	†	20.7	†	10.3	†	15.7	†
13 anni																		
Regione	33.4	†	32.4	†	33.0	†	24.6	†	21.9	†	23.3	†	15.9	†	11.9	†	13.9	†
Belluno	20.1		30.4	LL	24.5		16.4		13.0	LL	14.6		17.4		16.9	LL	17.2	
Vicenza	35.1	†	29.0	†	32.2	†	24.4	†	26.7	†	25.4	†	9.8	†	17.3	†	13.1	†
Treviso	29.6	†	37.9	†	34.2	†	21.4	†	19.6	†	20.6	†	6.9	†	14.3	†	13.4	†
Venezia	30.5	†	20.8	†	26.3	†	28.7	†	18.2	†	23.6	†	12.5	†	13.8	†	11.8	†
Padova	35.6	†	34.7	†	35.2	†	25.1	†	28.1	†	26.5	†	13.6	†	9.8	†	11.7	†
Rovigo	38.7	†	39.3	†	39.0	†	26.1	†	28.4	†	27.3	†	19.3	†	19.3	†	13.0	†
Verona	38.7	†	36.1	†	37.5	†	25.8	†	17.9	†	21.7	†	19.1	†	18.0	†	18.6	†
15 anni																		
Regione	22.8	†	17.4	†	20.1	†	17.3	†	13.7	†	15.4	†	8.3	†	4.9	†	6.5	†
Belluno	26.5	†	12.4		21.1	†	13.0	†	10.5		11.9	†	8.4	†	9.5		8.9	†
Vicenza	21.6	†	12.8	†	16.5	†	12.1	†	11.7	†	11.9	†	8.9	†	3.7	†	5.8	†
Treviso	25.1	†	16.8	†	21.2	†	19.2	†	14.6	†	16.8	†	9.9	†	7.0	†	8.2	†
Venezia	22.3	†	16.7	†	19.5	†	17.1	†	12.0	†	14.4	†	10.2	†	4.4	†	7.5	†
Padova	23.4	†	19.3	†	21.5	†	18.6	†	13.5	†	15.3	†	6.2	†	3.2	†	4.8	†
Rovigo	13.3		21.5	†	17.9	†	12.6		8.0		10.6	†	10.7		3.7	†	7.0	†
Verona	22.4	†	22.6	†	22.5	†	20.7	†	21.1	†	20.8	†	6.6	†	4.9	†	5.9	†

* Differenza significativa per p < 0.10

LL Differenza significativa per p < 0.05

† Differenza 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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

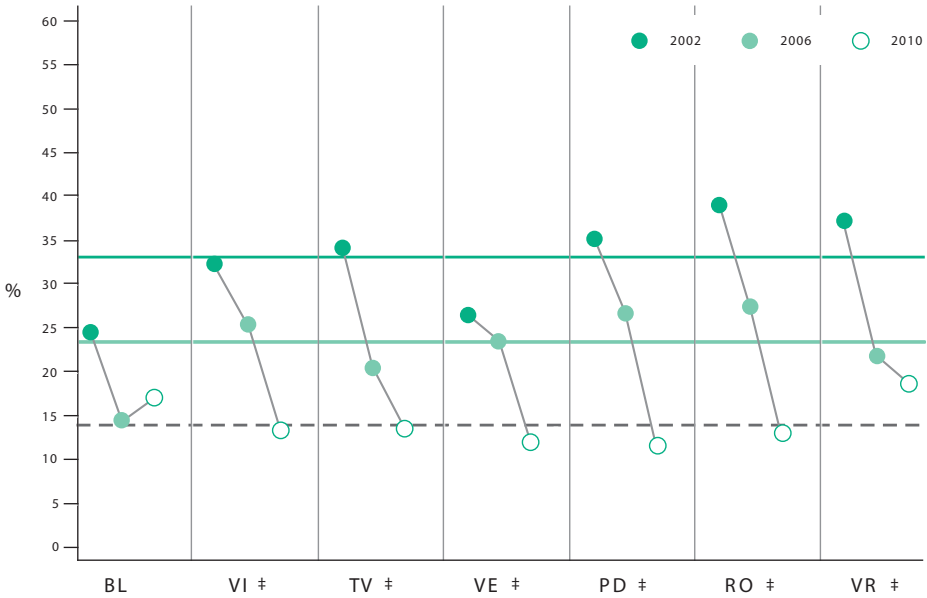
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2002 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2006 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2010 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

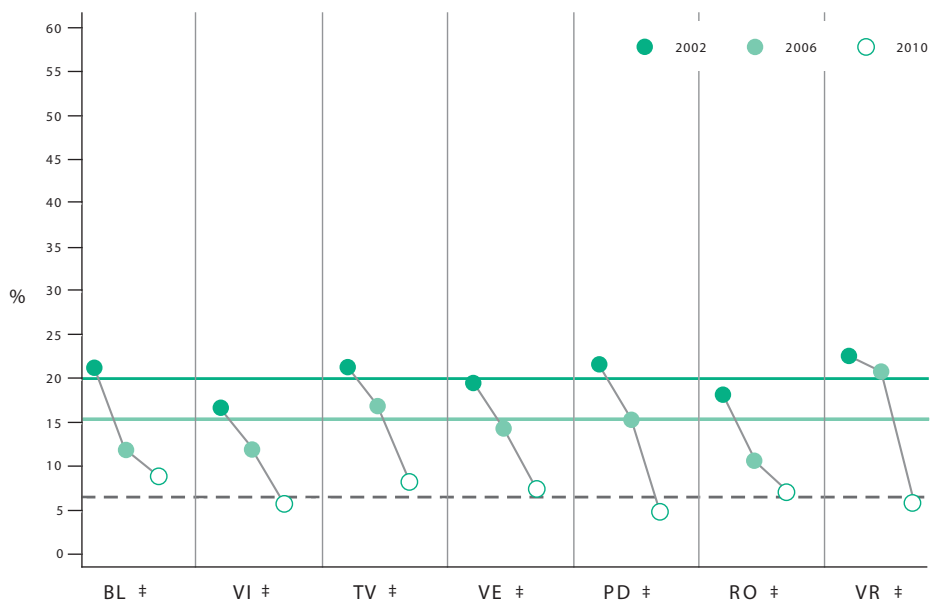
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2002 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2006 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2010 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

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



* Differenza significativa per $p < 0.10$

ll Differenza significativa per $p < 0.05$

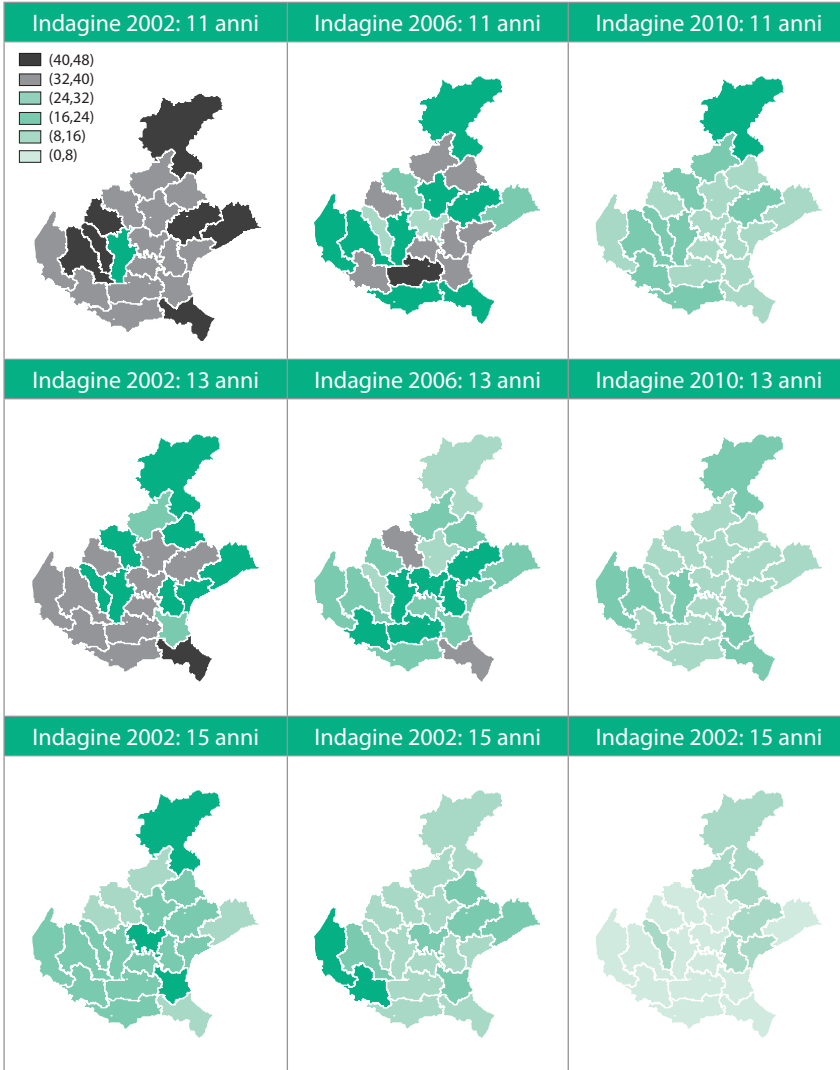
‡ Differenza significativa per $p < 0.01$

Linea verde scuro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2002 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea verde chiaro: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2006 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale;

Linea grigia tratteggiata: frequenza di ragazzi che nell'indagine 2010 hanno subito almeno una volta atti di bullismo contro un altro studente a livello regionale.

Figura 13.2 Variazioni temporali per giovani di 11, 13 e 15 anni che hanno subito almeno una volta atti bullismo contro un altro studente nei due mesi precedenti



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 unicausali del fenomeno del bullismo a favore di modelli probabilistici e multicausali (29-31). 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 (321, 33).

Assodato che il bullismo non è determinato solamente dal temperamento del singolo 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 (34, 35).

Sull'importanza delle dinamiche implicate nel bullismo l'opinione pubblica è da tempo sensibilizzata ed è 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 la 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.

Educare i minori alla legalità significa fornire loro, attraverso l'informazione e l'esempio, i mezzi per riconoscere, dominare e veicolare nel modo migliore tutte le emozioni e i sentimenti negativi. Frustrazione, rabbia, dolore, insoddisfazione e tristezza sono imprescindibili dall'essere umano e producono aggressività, insofferenza, intolleranza, tensione ed ansia, determinando l'impulso ad agire, spesso in maniera sbagliata, pur di ottenere gratificazione. Se non opportunamente corretti durante l'infanzia, questi comportamenti degenerano nell'adolescenza in veri e propri fenomeni di bullismo, prima e di devianza minorile, poi.

Le azioni di bullismo non sono confinate nell'inconsapevolezza, anzi, l'esperienza insegna che i ragazzi hanno piena coscienza del fenomeno e del proprio ruolo giocato all'interno di esso, anche quando ricorrono a giustificazioni cognitive per legittimare le proprie azioni. L'attuale contesto socio culturale e valoriale espone i ragazzi a stimoli e condizioni che facilitano la scelta di allontanamento dalle norme ed è proprio in adolescenza che diventa massimo il bisogno di trasgredire le regole sociali e le norme comportamentali, di qualunque natura esse siano. Perciò, in un'irrinunciabile ottica di prevenzione, il compito delle Istituzioni e delle Forze dell'Ordine in particolare deve essere quello di informare i ragazzi dell'esistenza e dell'importanza delle norme, contravvenendo alle quali ci si espone a molteplici rischi, con pesanti ripercussioni sul piano personale, familiare e, non ultimo, penale.

Spesso, infatti, nei casi di bullismo coesistono contestualmente più condotte illecite e quindi vengono perpetrati più reati (concorso formale) che sovente perdurano nel tempo (reato continuato); senza contare che molte volte si evidenziano complicità (reato in concorso con altri) oppure si favorisce il comportamento persecutorio del bullo (favoreggiamento personale).

È molto importante informare i ragazzi anche sulle modalità e sulle implicazioni di un'eventuale azione penale nei loro confronti, perché spesso è proprio il timore di sanzioni, di processi, di condanne a costituire un deterrente, almeno fino al momento in cui la norma da rispettare non sarà stata introiettata, assumendo così la valenza di un imperativo."

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 precipe politiche scolastiche (33, 36).

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 e 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 (37). 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 (38). È altresì importante superare la dicotomia "bulli" e "vittime", pre-

vedendo 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 (39).

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 (40, 41). 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 (42, 43).

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, (6, 20), Inghilterra, (21, 22), Australia (23), Canada (24).

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 (41, 25-27).

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 (36): 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 (31, 25). 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. OLWEUS D. Stability of Aggressive Reaction Patterns in Males: A Review. *Psychological Bulletin*, 1979, 86, 4, 852-875.
2. 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.
3. MENESINI E, NOCENTINI A. Bullismo e comportamento a rischio in adolescenza. Lucca, Assessorato Pubblica Istruzione, 2003.
4. 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.
5. RASKAUSKAS J, STOLTZ AD. Involvement in Traditional and Electronic Bullying Among Adolescents, *Developmental Psychology*, 2007, Vol. 43, No. 3, 564-575.
6. OLWEUS D. Bullismo a scuola. Firenze, Giunti, 1996.
7. NANSEL TR, OVERPECK M, PILLA RS, RUAN WJ, SIMONS-MORTON B, SCHEIDT, P. Bullying behaviours among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285, 2094-2100.
8. 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.
9. KOCHENDERFER-LADD B, SKINNER K. Children's coping strategies: Moderators of the effects of peer victimization? *Developmental Psychology*, 2002, 38, 267-278.
10. GRILLS AE, OLLENDICK TH. Peer victimization, global selfworth, and anxiety in middle school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2002, 31, 59-68.
11. YBARRA ML. Linkages between depressive symptomatology and Internet harassment among young regular internet users. *CyberPsychology & Behaviour*, 2004, 7, 247-257.
12. 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.
13. PERREN S, HORNUNG R. Bullying and delinquency in adolescence: Victims' and perpetrators family and peer relations. *Swiss Journal of Psychology*, 2005, 64, 51-64.
14. JUVONEN J, GRAHAM S, SCHUSTER MA. Bullying among young adolescents: The strong, the weak and the troubled. *Pediatrics*, 2003, 112, 1231-1237.
15. 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.
16. FEKKES M, PIJERS FIM, VERLOOVE-VANHORICK SP. Bullying behaviour and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, 2004, 144, 17-22.

17. 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.
18. LI H, FLISHER AJ, LOMBARD CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students *Child Abuse & Neglect*, 2007, 31, 161-171.
19. 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.
20. 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.
21. 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).
22. SMITH DJ, SCHNEIDER BH, SMITH PK, ANANIADOU K. The effectiveness of Whole-school antibullying programs: a synthesis of evaluation research. *School Psychology Review*, 2004, 33, 547-560.
23. RIGBY K. *Bullying in schools: And what to do about it*. Melbourne: Acer, 1996.
24. 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.
25. LAZZARIN MG, ZAMBIANCHI E. (a cura di) *Pratiche didattiche per prevenire il bullismo a scuola*. Milano: Franco Angeli, 2004.
26. BUCCOLIERO E, MAGGI M. *Bullismo, bullismo. Le prepotenze in adolescenza dall'analisi dei casi agli strumenti di intervento*. Milano: Franco Angeli, 2005.
27. MAGGI M, BUCCOLIERO E, (a cura di). *Progetto bullismo L'esperienza e il confronto di quattro progetti di prevenzione*. Piacenza: Editrice Berti, 2006.
28. OLWEUS D. *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*. Mimeo. HEMIL, University of Bergen, N-5015 Bergen, Norway, 1996.
29. 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.
30. PEPLER D, CRAIG W. *Making a difference in bullying. LaMarsh report*. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
31. MENESINI E. *Bullismo che fare? Prevenzione e strategie d'intervento nella scuola*. Firenze: Giunti, 2000.
32. FONZI A. Bullismo. La storia continua... *Psicologia contemporanea*, 2006, 197, 28-39.
33. 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.
34. 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. *Aggressive Behavior*, 1996, 22, 1-15.

35. 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.
36. 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.
37. CAMPBELL MA. Cyber bullying: An older problem in a new guise? In: Australian Journal of Guidance and Counseling, 2005, 15, 68-76.
38. 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.
39. MONKS CM, SMITH PK & SWETTENHAM J. Aggressors, victims and defenders in preschool: peer, self and teacher reports. *Merrill-Palmer Quarterly*, 2003, 49, 453-469.
40. FONZI A. *Il bullismo in Italia. Il fenomeno delle prepotenze a scuola, dal Piemonte alla Sicilia. Ricerche e prospettive d'intervento*. Firenze: Giunti, 1997.
41. MENESINI E. Bullismo: Le azioni efficaci della scuola. Percorsi italiani alla prevenzione e all'intervento. Trento: Erickson, 2003.
42. MENESINI E. Strategie antibullismo. *Psicologia contemporanea*, 2007, 200, 3-11.
43. CAROVITA S. L'alunno prepotente. Brescia: La Scuola, 2004.
44. OLWEUS D. School-yard bullying Grounds for intervention. *School Safety*, 1987, 6, 4-11.

Summary

Bullying and victimization

Introduction

Bullying among adolescents has often been regarded as a fundamental and unavoidable step in human development. This view has radically changed over years. Research has shown that bullying is a behavioural problem that produces a variety of short-term and long-term negative outcomes. Longitudinal research indicates that childhood bullying is associated with antisocial behaviour, such as criminality, and with drug use in adulthood. It has been often argued that bullying is a problem of relationship that emerges at school and that gradually involves other contexts, becoming a key component of sexual and workplace harassment, dating and marital aggression, and abuse of children and elderly people.

Bullying involves different types of aggression: it can be physical or psychological, direct or indirect, but what mostly characterises these forms of violence is the fact that they are repeated over time and involve a power differential between bullies and their victims; repeated bullying in fact consolidates the power relations between bullies and their victims: the former gain power and the latter lose it. In such a relationship, the children who are being bullied become increasingly unable to defend themselves.

The nature of the aggression changes considerably in relation to age and gender: physical aggression is normally more frequent in early childhood and then decreases with school attendance to be replaced with indirect forms of violence, such as verbal aggression and social exclusion.

Results

At the regional level:

- *bullying is more common among 13-year olds (20.0%) than 11-year olds (12.3%) and 15-year olds (17.9%) with boys ahead of girls in all three age groups;*
- *of the various forms of bullying investigated solely in the 13-year old age group, the dominant forms were insults, offending and making fun of someone (35.4%), followed by excluding and ignoring someone (20.1%) and spreading false rumours or inducing the group to have a low opinion of the victim (11.3%). Racial insults, practical jokes and sexual innuendo were at about 8%. For most of these forms of bullying there was a statistically significant gender difference, only excluding or ignoring someone being the same between boys and girls.*
- *for acts of violence experienced at least once during the previous couple of months, the victims of bullying were mainly 11-year olds (14.8%), in particular boys. There is a statistically significant decline in the other age groups, to 13.9% among 13-year olds and 6.5% among 15-year olds.*
- *in relation to physical violence, the highest percentage of youngsters getting into a fight at least once in the previous 12 months was among 13-year olds*

(33.6%) with 11 and 15-year olds at about 16.0%. Fighting is mostly among boys in all age groups.

- in terms of changes over time, since 2002 bullying has declined in all 3 age groups both as bullies and as victims of bullying. The sharpest fall (23.0%) has been among 13-year olds as bullies; there has also been a 24.0% decline in 11-year olds as victims of bullying.

Comments

The regional findings indicate that bullying is more frequent amongst 13-year olds and less amongst 11-year olds and 15-year olds.

As for fighting behaviour, boys more than girls tend to be involved in this type of behaviour: boys aged 11 report fighting more frequently than boys aged 13 and 15.

Bullying behaviours have been documented among children at a very early age. For this reason, prevention programmes need to be in place within the family setting long before children start going to school, so as to be carried on throughout the entire school cycle. Teaching children from an early age how to interact in a socially effective way could solve problems and overcome frustration, fear and stress. For this reason, training programmes targeting parents need to be implemented to develop their skills and help them cope successfully with children's anti-social behaviour.

Capitolo 14 Infortuni¹

Martina Furegato, Daniela Baldassari,
Massimo Mirandola

Revisore: Luigi Bertinato
*Servizio per i Rapporti Socio-Sanitari Internazionali
Regione del Veneto*

Introduzione

Quando si parla d'infortuni è necessario distinguere due categorie: quella degli infortuni intenzionali (omicidio, suicidio) e quella degli infortuni non intenzionali che comprendono tutte le altre forme di infortunio, tra le più importanti: soffocamenti, avvelenamenti, ustioni, attività sportive, incidenti domestici (1, 2). A queste due categorie sono ascrivibili oltre il 70% di tutte le morti giovanili ed il 17% delle ospedalizzazioni (2-4).

La mortalità che prima era dovuta alle malattie infettive ora ha lasciato il posto agli infortuni che 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 (5-7).

Si stima che entro il 2020 gli infortuni saranno causa di disabilità maggiore dei problemi cardiovascolari, dei problemi respiratori e dei disagi cerebrovascolari (8).

Il *Rapporto Europeo sulla prevenzione degli infortuni nei bambini* mette in evidenza l'immensa perdita per la società causata dagli infortuni "accidentali" nei bambini nella regione europea dell'OMS e rende noto che nel 2008 gli infortuni hanno rappresentato la prima causa di morte nei soggetti tra i 5 e i 19 anni di età, calcolando fino a 42.000 le morti. Le cause principali delle morti per infortunio sono dovute a incidenti stradali, ad annegamenti, ad avvelenamenti, a cadute e ad incendi. Inoltre, il Rapporto mette in luce come il tasso di mortalità nei paesi a basso e medio reddito sia 3 volte maggiore di quello dei paesi ricchi (9).

In Italia, secondo il Rapporto europeo OMS, oltre l'80% delle morti per infortunio di bambini e adolescenti è dovuta soprattutto ad incidenti stradali. I giovani e giovanissimi muoiono soprattutto come passeggeri di autoveicoli e conducenti di motocicli (9).

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola.

Tuttavia, l'ultimo rapporto ACI-ISTAT del novembre 2008 (10), riporta una diminuzione del 27,3% nel numero totale di morti da incidenti stradali per il periodo 2000-2007, con un posizionamento dell'Italia al decimo posto nella classifica dell'Unione Europea, di poco sopra la media europea (24,8%)

Solo recentemente gli infortuni sono stati riconosciuti un problema sanitario pubblico (1), in quanto essi provocano un enorme drenaggio di risorse sanitarie e sociali con una stima annua di 5 milioni di ricoveri e 70 milioni di visite al pronto soccorso in Europa (9).

Secondo le stime dell'ISTAT (10), in Italia gli altissimi costi sociali associati alle morti, infermità e danni materiali causati dagli incidenti stradali equivalgono al 2% del Prodotto Interno Lordo (PIL).

La frequenza di infortuni tra la popolazione giovanile è determinata da più fattori quali l'età, il sesso, le attività sportive praticate, il contesto socio-economico 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 (11-16).

Infatti, gli infortuni sono più frequenti in adolescenza e nell'infanzia, perchè in quella fase della crescita si è in presenza di una maggior debolezza scheletrica (12) ed anche perchè vi è una maggiore propensione da parte dei più giovani nel ricercare novità, nel credersi invincibili, nell'essere impulsivi e temerari (17). 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 (13, 17, 18).

Come già accennato, 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 anche in termini di percezione del proprio stato di salute. Gli studi in letteratura evidenziano come gli effetti degli infortuni possano ripercuotersi sulla salute sia fisica che mentale determinando stati depressivi che possono durare fino a 10 anni dalla data dell'evento infortunistico (19, 20).

Per questo è importante integrare la prevenzione degli infortuni, soprattutto gli infortuni infantili, in un approccio ampio, definendo ed attuando piani di prevenzione che coinvolgano svariati settori: settori di governo rilevanti, il settore privato, organizzazioni non-governative, i media ed il pubblico, in modo da salvaguardare tutte le classi, anche quelle più svantaggiate, poiché il contesto socioeconomico (21) e la povertà (22) si trovano positivamente correlati all'incidenza degli infortuni.

Metodi

Per valutare la frequenza degli infortuni (23, 24), ai giovani è stata posta una sola domanda preceduta da una definizione di infortunio che escludeva dalla categoria degli infortuni le malattie.

Domanda standard: *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?*

Risposte possibili: *Non ho avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, 1 volta, 2 volte, 3 volte, 4 o più volte.*

Accorpate le modalità: *1 volta, 2 volte, 3 volte, 4 o più volte per l'indagine degli infortuni con frequenza "almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi" e 2 volte, 3 volte, 4 o più volte per l'indagine degli infortuni con frequenza "due o più infortuni negli ultimi 12 mesi".*

Risultati e commenti

Livello regionale

I dati presentati in Tabella 14.1 si riferiscono agli infortuni occorsi negli ultimi 12 mesi antecedenti la compilazione del questionario. Tale arco temporale è in linea con la maggior parte delle indagini di settore.

Tuttavia, riconoscendo, da una parte, che un periodo di tempo troppo esteso potrebbe compromettere il corretto ricordo, dall'altra, 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 e consentire un'affidabile interpretazione dei dati.

Entrando nel dettaglio dei risultati, la Tabella 14.1 mostra come il gruppo dei 13enni sia quello che si differenzia in maniera statisticamente significativa dagli altri due gruppi di età del campione sulla modalità di aver avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi precedenti l'indagine HBSC. Infatti, il 49.9% dei ragazzi di 13 anni riferisce di aver dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un infermiere rispetto al 45.0% dei giovani di 11 e di 15 anni. A livello di differenze di genere, i maschi sia di 11 che di 13 e di 15 anni riferiscono di aver avuto più infortuni rispetto alle femmine loro coetanee. La differenza più ampia tra maschi e femmine è presente nello strato degli 11enni, dove più di 16 punti percentuali separano i ragazzi dalle ragazze (52.9% per maschi vs 36.7% per le femmine).

Per quanto riguarda, invece, l'aspetto di aver avuto 2 o più infortuni nell'ultimo anno (tab. 14.1), le percentuali si riducono ad una media del 20% in tutti e tre gli strati di età, senza differenziazioni percentuali statisticamente significative nei gruppi di età del campione di 11, 13 e di 15 anni. Al contrario, nei confronti di genere emergono ampie differenze tra i sessi in ogni strato di età e si delinea lo stesso andamento descritto precedentemente: prevalenze di infortuni maggiori nei maschi rispetto alle femmine.

Livello provinciale

Per la tematica dell'aver avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi, le analisi statistiche sui confronti provinciali fanno emergere distribuzioni percentuali omogenee in ogni strato di età globalmente considerato, vale a dire calcolato su maschi e femmine messi insieme (tab. 14.1). Ciò significa che all'interno

aver avuto
almeno 1
infortunio
negli ultimi 12
mesi

aver avuto 2 o
più infortuni
negli ultimi 12
mesi

aver avuto
almeno 1
infortunio
negli ultimi 12
mesi

dei tre gruppi di età le prevalenze delle sette province non si differenziano tra loro e si allineano, invece, alle proprie stime regionali che sono, come accennato sopra, del 45.0% per gli 11 e i 15enni e del 49.9% per i 13enni.

Nei confronti di genere, invece, l'andamento è diverso. Infatti, nel gruppo degli 11enni si riscontrano differenze statisticamente significative in tutte e sette le province, con Belluno che possiede lo scarto maggiore tra i sessi (38 punti percentuali dividono i maschi dalle femmine). Nei gruppi dei 13 e dei 15enni, le differenze tra maschi e femmine sono presenti in buona parte delle province, ma non in tutte. Infatti, fanno eccezione le province di Belluno e di Rovigo nello strato dei 13enni e le province di Venezia e di Belluno in quello dei 15enni per le quali gli episodi di infortuni risultano percentualmente omogenei tra maschi e femmine.

aver avuto 2 o più infortuni negli ultimi 12 mesi

Nell'indagine sul numero di 2 o più infortuni riportati nell'ultimo anno (tab. 14.1), l'unico strato di età che riporta una distribuzione percentuale diversificata e altalenante tra le province è quello dei 15enni, mentre gli strati degli 11 e dei 13enni presentano frequenze territoriali omogenee e senza scostamenti dalle loro medie regionali. Tra i 15enni, la provincia con la percentuale maggiore di ragazzi che hanno risposto di aver avuto più di due infortuni negli ultimi 12 mesi è quella di Venezia (21.6%), mentre la provincia con la stima più bassa è Belluno (13.1%). Da evidenziare che in questo strato lo scarto più ampio tra i maschi e le femmine 15enni è quello rilevato nella provincia di Verona, dove ad un 31.5% di infortuni dei maschi si contrappone il 6.1% di quelli delle femmine. Non lontano da questo andamento è quello che si presenta anche nella provincia di Belluno, ma nello strato degli 11enni, dove tra i maschi (36.3%) e le femmine (5.7%) li separano più di 30 punti percentuali.

Le Aziende ULSS

Le percentuali relative agli infortuni suddivise per Ulss sono presentate in Tabella 14.2 dove si possono rilevare i dati per entrambe le modalità d'infortunio indagate: aver avuto almeno un infortunio negli ultimi 12 mesi e averne avuto due o più.

aver avuto almeno 1 infortunio negli ultimi 12 mesi

Iniziando a commentare i risultati sulla prima modalità, sono presenti distribuzioni percentuali diversificate e statisticamente significative nei gruppi degli 11 e dei 15enni ed omogenee, invece, in quello dei 13enni, dove le stime delle Ulss si uniformano tra di loro senza scostamenti dalla loro media regionale che è del 49.9%.

Dettagliando i risultati, nello strato degli 11enni la prevalenza più alta di infortuni occorsi almeno una volta negli ultimi 12 mesi va attribuita alle Ulss 14 (51.3%) e 15 (51.2%), mentre la stima più bassa è dell'Azienda Ulss 5 (35.1%) che si trova al di sotto della frequenza regionale di 10 punti percentuali (45.1%). Nello strato dei 15enni, vanno evidenziate, invece, le Ulss 14 (54.8%), 17 (53.9%) e 22 (51.4%) per essere ben al di sopra della media regionale (44.6%).

Rispetto alla modalità di aver avuto 2 o più infortuni negli ultimi 12 mesi, l'unico strato del campione a presentare confronti tra Ulss statisticamente significativi è quello dei 15enni, per il quale a fronte di una prevalenza regionale

del 19.5% si contrappongono due valori: il più alto che fa capo alla Ulss 14 di Chioggia (30.6%) e il più basso presente nella Ulss 19 di Taglio di Po (9.0%).

Nei rimanenti due gruppi di età (11 e 15enni), le distribuzioni delle prevalenze possono considerarsi uniformi e omogenee ed in linea con le rispettive stime regionali che sono del 19.4% per gli 11enni e del 21.5% per i 13enni.

aver avuto 2 o
più infortuni
negli ultimi 12
mesi

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

ALMENO 1 INFORTUNIO																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	52.9	2.9	64.7	13.8	49.1	4.4	55.8	9.5	51.8	6.3	56.1	4.7	49.6	6.6	49.8	6.8
femmine	36.7	2.8	26.6	7.3	35.2	8.9	38.8	6.9	41.9	4.9	38.8	4.9	34.9	7.8	32.6	5.5
totale	45.1	2.2	45.2	7.5	42.1	4.7	47.9	6.6	47.2	4.2	47.7	4.5	43.0	4.9	41.6	5.5
13 ANNI																
maschi	57.1	2.5	52.8	12.5	53.2	5.6	58.8	4.8	57.2	5.4	57.6	5.7	55.4	15.1	60.5	7.4
femmine	42.4	2.8	48.2	5.2	40.0	6.2	42.9	7.8	42.5	6.4	43.0	6.2	44.4	7.2	42.0	6.9
totale	49.9	2.0	50.6	7.1	47.0	3.5	50.6	5.2	50.3	4.2	50.3	5.1	49.9	7.5	51.0	5.6
15 ANNI																
maschi	52.1	3.2	41.8	9.4	50.9	8.0	49.3	6.8	50.2	5.8	51.8	7.6	52.2	10.6	58.7	8.2
femmine	37.3	2.7	32.1	5.1	33.8	4.3	39.3	4.8	41.7	7.8	36.7	8.8	39.6	6.0	35.9	7.2
totale	44.6	2.3	37.5	6.2	40.8	4.7	43.4	4.0	46.2	5.2	44.9	5.8	45.7	7.3	49.1	6.7

2 O PIÙ INFORTUNI																
REGIONE	Belluno		Vicenza		Treviso		Venezia		Padova		Rovigo		Verona			
	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±	%	IC±		
11 ANNI																
maschi	25.4	2.5	36.3	12.4	25.4	3.5	26.7	8.3	23.1	5.3	26.4	4.7	24.9	10.4	22.9	6.1
femmine	12.9	1.9	5.7	4.7	12.2	4.0	11.3	3.2	14.6	3.7	15.9	4.5	20.1	9.0	11.1	5.3
totale	19.4	1.6	20.6	6.4	18.7	2.6	19.6	5.0	19.1	3.3	21.3	3.5	22.8	8.3	17.2	4.2
13 ANNI																
maschi	26.8	2.4	22.1	9.4	23.7	5.5	28.6	5.9	29.3	4.4	27.2	6.5	27.7	7.5	26.6	5.5
femmine	16.1	2.0	18.7	6.4	19.1	4.4	13.7	5.0	13.5	4.5	14.3	4.3	18.3	6.1	18.4	5.2
totale	21.5	1.6	20.5	6.4	21.5	3.7	20.9	4.3	21.9	2.8	20.7	4.2	23.0	5.2	22.4	3.9
15 ANNI																
maschi	25.9	3.4	15.2	2.9	24.3	6.5	19.9	8.4	28.6	7.0	27.4	6.6	16.8	6.4	31.5	9.4
femmine	13.3	1.9	10.3	7.6	14.7	2.6	17.0	5.3	13.8	3.8	13.1	5.2	14.6	7.0	6.1	3.5
totale	19.5	2.0	13.1	3.0	18.7	3.2	18.2	5.3	21.6	4.6	20.8	3.9	15.6	4.6	20.7	6.5

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	45.1	2.2	49.9	2.0	44.6	2.3	19.4	1.6	21.5	1.6	19.5	2.0
ULSS 1	46.0	10.5	54.3	9.3	40.2	8.5	20.7	7.8	20.2	8.9	13.8	2.9
ULSS 2	43.9	9.8	44.8	8.6	33.7	7.5	20.6	11.0	20.8	8.6	12.0	5.8
ULSS 3	44.6	9.1	44.5	8.2	38.1	9.7	18.2	4.4	23.9	5.9	15.8	7.3
ULSS 4	37.1	8.3	47.8	7.9	41.8	10.1	14.7	4.2	25.5	7.4	20.0	4.4
ULSS 5	35.1	4.9	44.9	7.1	42.3	9.9	17.9	4.6	14.1	7.2	16.1	4.3
ULSS 6	47.7	8.7	49.4	5.5	41.1	8.3	21.9	4.5	22.1	6.5	21.2	6.6
ULSS 7	49.7	4.2	54.7	7.4	47.8	8.0	18.9	6.5	27.9	4.4	15.7	5.2
ULSS 8	50.3	7.8	45.2	6.2	42.6	4.4	19.7	9.4	16.3	5.3	14.2	8.1
ULSS 9	45.3	13.4	52.0	9.2	41.6	6.7	19.8	8.4	20.3	7.7	22.1	9.4
ULSS 10	51.9	6.0	49.0	6.2	42.2	9.5	23.7	4.2	22.4	3.8	17.7	7.9
ULSS 12	48.9	8.0	52.5	7.6	48.8	9.6	19.0	4.9	24.5	5.2	18.3	10.0
ULSS 13	43.3	6.9	50.9	8.0	42.3	10.5	15.2	7.4	19.2	4.8	23.4	6.8
ULSS 14	51.3	11.8	47.6	8.4	54.8	3.8	25.0	8.5	28.6	10.3	30.6	6.8
ULSS 15	51.2	9.6	52.0	10.5	40.4	8.1	21.7	5.6	20.0	5.7	19.1	5.1
ULSS 16	46.8	5.5	46.9	7.9	43.9	10.5	21.3	5.7	16.9	6.3	19.4	6.6
ULSS 17	39.0	6.8	54.2	7.5	53.9	2.4	17.7	6.6	24.2	8.4	26.6	6.9
ULSS 18	41.8	5.9	45.9	8.7	49.6	8.7	22.7	11.0	21.6	6.0	18.7	4.0
ULSS 19	45.9	7.6	58.9	7.9	37.2	6.7	23.0	10.0	26.0	9.3	9.0	7.9
ULSS 20	40.3	8.9	44.9	6.7	49.2	10.8	17.4	7.1	18.1	3.9	23.1	11.0
ULSS 21	46.0	9.7	55.8	4.7	43.8	7.0	19.6	5.4	24.0	6.4	18.3	5.1
ULSS 22	41.8	7.9	57.9	10.0	51.4	9.9	15.8	5.1	28.1	7.3	18.1	7.8

Implicazioni di politica socio-sanitaria

Dall'indagine HBSC del 2010 a livello regionale è emerso che in media il 46% del campione veneto di 11, 13 e 15 anni 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. In relazione 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 (25).

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 (26). 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 (26).

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 (27). 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 (25).

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 (28).

L'abitudine all'uso di misure di sicurezza può essere promossa da strategie legislative 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 (22).

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. PLESS IB, HAGEL BE. Injury prevention: a glossary of terms. *J. Epidemiol Community Health*, 2005, 59, 182-185.
2. 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.
3. RICHARD J, BONNIE CE, FULCO CT. 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.
4. BLUM RW, NELSON-MMARI K. The Health of Young People in a Global Context. *J Adolesc Health*, 2004, 35, 402-18.
5. NATIONAL CENTRE 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 Centre for Health Statistics.
6. WISQARSTM (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) [database online]. Atlanta GA, National Centre for Injury Prevention and Control, Centres for Disease Control and Prevention, 2004 (<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>, accessed 14 January 2004).
7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Years of potential life lost before age 65_United States, 1990 and 1991. *MMWR*, 1993, 42, 251-253.
8. White Paper "European Transport Policy for 2010: time to decide". Libro Bianco della Commissione Europea, Di rettorato Energia e Trasporto, settembre, 2001, (http://ec.europa.eu/transport/white_paper/documents/index_en.htm).
9. European Report on Child Injury Prevention, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008, (http://www.euro.who.int/violenceinjury/injuries/20081205_2).
10. ACI e ISTAT (2008). Incidenti stradali. Anno 2007. Sintesi dello studio del 20 novembre 2008 (http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf).
11. DI SCALA C, GALLAGHER SS, SCHNEPS SE. Causes and Outcomes of Pediatric Injuries occurring at School. *J Sch Health*, 1997, 67, 9, 384-9.
12. RAISSAKI M, APOSTOLAKI E, KARANTANAS AH. Imaging of Sports Injuries in Children and Adolescents. *European Journal of Radiology*, 2007, 62, 86-96.
13. 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.
14. MERRICK J, KANDEL I, BIRNBAUM L, ET AL. Adolescent Injury Risk Behavior. *Int J Adolesc Med Health*, 2004, 16, 207-13.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

18. MATHEWS J, ZOLLINGER T, 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.
19. TOFT AM, MOLLER H, LAURSEN B. The Years after an Injury: Long-term Consequences of Injury on Self-rated Health. *J Trauma*, 2010, 69(1): 26-30.
20. POLINDER S, MEERDING WJ, TOET H, NULDER S, ESSINK-BOT ML, VAN BEECK EF. Prevalence and Prognostic Factors of Disability after Childhood Injury. *Pediatrics*, 2005, 116(6):e810-7.
21. WILLIAM JM, CURRIE CE, WRIGHT P, ELTON RA, BEATTIE TF. Socioeconomic Status and Adolescent Injuries. *Soc. Sci Med.*, 1997, 44, 12, 1881-91.
22. 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.
23. CURRIE CE, ET AL. Incidence and Distribution of Injury among Schoolchildren aged 11-15. *Injury Prevention*, 1996, 2, 1, 21-25.
24. SCHEIDT PC, ET AL. The Epidemiology of Nonfatal Injuries among US Children and Youth. *American Journal of Public Health*, 1995, 85, 7, 932-938.
25. PLESS B, HAGEL BE. Injury Prevention: a Glossary of Terms. *J. Epidemiol Community Health*, 2005, 59, 182-185.
26. 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.
27. MILLER TR, SPIDER RS. How safe are our schools? *American Journal of Public Health*, 1998, 88, 3, 413-8.
28. 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.

Summary

Injuries

Introduction

In the past mortality was caused by infectious diseases, but nowadays injuries remain the leading cause of death in all age ranges from 1 to 34 years and an important cause for the loss of potential life-years before the age of 65.

The European Report on Child Injury Prevention highlights how huge for the society is the loss of children due to “unintentional injuries” in WHO European Region and explains that in 2008 injuries represented the leading cause of death among children aged 5 to 19 years of age, calculating up to 42.000 deaths. The main causes of injury-related deaths are due to: road accidents, drowning, poisoning, falls and fire. Moreover, the Report highlights how death rate in low and medium-income countries is three times higher than that in high-income countries.

The social impact of injuries can be calculated by adding direct costs related to treatment, rehabilitation and loss of productivity to indirect costs, generally paid by patients and their families, but which have important effects on the social context.

Results

At the regional level:

- *49.9% of 13-year olds refers having experienced at least one injury in the last 12 months as opposed to 45.0% of 11 and 15-year olds. In each age strata males declare having had more injuries than females.*
- *With reference to young people who have experienced 2 or more injuries during the last year, percentages decrease to 20% on average in all three age strata with no statistically significant percentage differences among the three groups.*

Comments

The HBSC study findings indicate that this problem affects all three strata (11, 13, 15-year olds) in approximately the same way, even though statistical significance of comparisons among strata identifies 13-year olds as the most injured group.

Both regional and national HBSC study findings indicate that boys have more injuries than girls. This gender difference is statistically significant in all three strata (11, 13, 15-year olds).

In the literature, this gender-based distribution of injuries is explained by the fact that boys are likely to be exposed to more physical risks than girls and have particular psychological characteristics that make them seek dangerous challenges in a constant fearless effort to overcome their limitations.

Apart from interpretations, from the public health point of view gender differences need to be taken into account when planning prevention programmes.

A variety of prevention strategies have been implemented to address injuries in adolescence, such as education programmes to reduce risk behaviour and promote safety, norms and regulations to protect children and young people, and structural interventions to increase safety in the settings where young people live.

Capitolo 15 **Salute sessuale**¹

Martina Furegato, Daniela Baldassari,
Massimo Mirandola

Revisore: Francesco Gallo
*Servizio Famiglia – Direzione dei Servizi Sociali
Regione del Veneto*

Introduzione

L'inizio della pubertà è caratterizzato da cambiamenti fisici che influenzano tutti gli aspetti del comportamento individuale, gli interessi, i comportamenti sociali, la qualità della vita affettiva e le esperienze sessuali. È in questo periodo, infatti, che i giovani acquisiscono la completa maturità sessuale e la piena consapevolezza della propria sessualità.

Questi intensi mutamenti rendono l'adolescente fisicamente capace alle prime esperienze sessuali, ma se non si correlano con una maturazione affettiva e una conoscenza delle proprie emozioni (1-3) rischiano di portarlo in uno stato di "disagio evolutivo" (4).

Questo processo di maturazione sia di natura sessuale che di costruzione di una propria identità vede come tappe principali il distacco dal microcosmo familiare e l'abbandono della fase infantile per il conseguimento dell'autonomia e l'ampliamento dell'immagine di sé e delle relazioni interpersonali. Ed è a partire dalla pre-adolescenza che la maggioranza dei ragazzi preferisce la compagnia dei coetanei per ricevere conforto, sostegno emotivo e per trovare legami di tipo sentimentale e sessuale (5-7).

Questa ricerca di un legame di coppia pare che si stia gradualmente spostando verso età più precoci con un conseguente incremento di gravidanze in età minorile (8) e una maggiore vulnerabilità verso le infezioni sessualmente trasmesse in concomitanza ad esperienze sessuali non protette (9-15). Inoltre, l'uso di alcol e di droghe e il fumo di tabacco innalzano la probabilità di incorrere in una gravidanza in giovane età (16, 17).

Un altro aspetto legato a questo fenomeno è il ricorso sempre più frequente da parte delle adolescenti alla contraccezione d'emergenza, come la "pillola del giorno dopo" (18), in connessione anche con la scarsa informazione e chiarezza in materia contraccettiva.

1. In questo capitolo possono essere state riprese alcune parti presenti nel rapporto HBSC sui dati del 2006 elaborate in collaborazione con Lorenza Dallago, Daniela Baldassari, Martina Furegato, Massimo Mirandola

Dal punto di vista del benessere individuale e sociale degli adolescenti, gli studi fanno rilevare come la salute sessuale incida fortemente sulla qualità della loro vita presente e futura (6, 8) e, per contro, come agisca negativamente se la sessualità è troppo precoce e poco sicura (19, 20-22).

Gli adolescenti che hanno relazioni sessuali precoci sono, anche, quelli che presentano un tasso più elevato di abbandono degli studi e di consumo abituale di sostanze illecite: questo comportamento sembra essere visto come una sfida ai "limiti imposti dagli adulti" e una ricerca di libertà per l'affermazione della propria autonomia (23-28).

La relazione tra comportamenti a rischio e sessualità precoce (29, 19) viene associata, inoltre, a problemi relazionali con i pari e con i genitori (30). Ciò si fa particolarmente evidente nel momento in cui l'adolescente compie un processo di separazione dagli adulti per il quale il dialogo tra genitori e figli risulta difficile.

È noto come l'ambiente in cui i ragazzi crescono determini un certo tipo di comportamento sessuale: il clima relazionale che si vive 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 (31, 32). Anche il contesto scolastico influisce, in vario modo, sulla salute sessuale degli adolescenti (33, 34): le ragazze che non amano la scuola presentano un maggior rischio di gravidanze (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 (33).

L'ambiente scolastico dovrebbe favorire la salute emotiva degli studenti attraverso valutazioni rigorose degli interventi, una maggiore diffusione di buone pratiche ed essere la base sulla quale i ragazzi costruiscono il loro futuro (35). Raphael (6) ha rilevato che l'adozione di un comportamento a rischio risulta maggiormente prevedibile tra gli adolescenti che considerano il proprio futuro in maniera negativa e con poche opportunità di riuscita rispetto a coloro che si reputano capaci e competenti.

I giovani con una bassa percezione di riuscita nella vita vedono poche alternative future da contrapporre ad una precoce attività sessuale o all'uso di una contraccezione ragionata (24).

Oltre alle gravidanze indesiderate, frutto di un'attività sessuale non protetta, un secondo fenomeno degno di importanza sono le malattie sessualmente trasmesse (MST) la cui incidenza annuale viene stimata intorno ai 330 milioni di casi nel mondo (escludendo l'AIDS) (36).

Questi due fenomeni (gravidanze non volute e MST) sono considerati tra i maggiori problemi di ordine sociale ed economico tra gli adolescenti nel mondo (37), senza tralasciare il fatto che i comportamenti a rischio legati alla sfera sessuale in età adolescenziale incidono sullo stato di salute in età adulta (6). Va considerato che le malattie sessualmente trasmesse e le gravidanze indesiderate tra le minorenni sono largamente prevenibili se si potenziano gli sforzi coordinati tra scuola, famiglia e strutture sanitarie.

Per sviluppare interventi educativi efficaci è necessario disporre sia di dati sull'estensione del fenomeno che di una conoscenza della natura dei determinanti che spingono i giovani verso comportamenti a rischio (38). Gli interventi preventivi non dovrebbero essere solo di tipo informativo, ma dovrebbero sviluppare progetti più globali, (39, 40) ed essere anche multisettoriali, agendo a vari livelli della società, ma mirando ad un solo scopo: costruire progetti di educazione alla sessualità basati su informazioni realistiche ed attuali, in modo da predisporre l'adolescente verso scelte libere e responsabili.

Metodi

Per la delicatezza delle domande, ma soprattutto per la bassa frequenza dei rapporti sessuali da parte dei più giovani, le domande sulla salute sessuale sono state rivolte solo ai ragazzi (maschi e femmine) di 15 anni.

Domanda standard: *Qualche volta hai avuto rapporti sessuali completi? (si dice anche "fare l'amore"...)*

Modalità di risposta: "Sì"; "No"

Domanda standard: *L'ultima volta che hai avuto un rapporto sessuale completo, quale/i metodo/i avete usato per evitare una gravidanza?*

Risposte possibili: *La pillola, Il preservativo, Il coito interrotto, Metodi naturali, Qualche altro metodo, Non ne sono sicuro/a.*

In questo capitolo si presentano i dati relativi ai seguenti metodi: pillola, preservativo e coito interrotto.

Modalità di risposta per ogni metodo: "Sì"; "No"

Risultati e commenti

Aver avuto rapporti sessuali nella vita e uso di contraccettivi

Livello regionale

Nella Tabella 15.1 vengono presentati i valori percentuali a livello regionale dei giovani che hanno avuto rapporti sessuali nella loro vita.

È possibile notare come un quarto dei 15enni (25.0%) abbia già avuto rapporti sessuali e come questo comportamento sia statisticamente omogeneo tra i maschi e le femmine.

Dalla Tabella 15.2 si ricavano i dati relativi all'uso della pillola, del preservativo e del coito interrotto durante l'ultimo rapporto sessuale.

Tra i giovani che hanno già avuto esperienze sessuali nella loro vita, i tre quarti (75.2%) dichiara di aver usato il preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale, con differenze di genere statisticamente significative ed una prevalenza maggiore nei maschi 15enni (78.7%) rispetto alle coetanee femmine (71.7%).

aver avuto
rapporti
sessuali
nella vita

uso di metodi
contraccettivi:

uso del
preservativo

uso del coito
interrotto e
della pillola

Come evidenziato, l'uso del preservativo rimane il metodo contraccettivo più utilizzato se paragonato a quello del coito interrotto (30.9%) e della pillola (13.5%). Per l'uso del coito interrotto emergono tra i sessi differenze statisticamente significative con un utilizzo maggiore da parte delle femmine (37.2%) rispetto ai maschi (23.9%), mentre per l'uso della pillola, le percentuali di utilizzo tra i sessi non si diversificano.

Livello provinciale

aver avuto
rapporti
sessuali
nella vita

Rispetto alla tematica dell'aver avuto rapporti sessuali completi nella vita (tab. 15.1), i confronti percentuali tra le province venete all'interno dello strato dei 15enni non presentano distribuzioni diversificate, ma si allineano alla media regionale (25.0%). Lo stesso vale per i confronti di genere, per i quali le analisi statistiche non fanno rilevare in nessuna provincia esaminata differenze significative tra i comportamenti dei maschi e quelli delle femmine.

Nella Tabella 15.2 vengono riportati i dati relativi ai metodi contraccettivi utilizzati durante l'ultimo rapporto sessuale.

uso del
preservativo
e della pillola

Per quanto riguarda l'uso del preservativo e della pillola, questi metodi presentano percentuali che si distribuiscono in maniera omogenea all'interno delle sette province, così come accade per le prevalenze relative ai confronti tra i maschi e le femmine 15enni, per i quali gli utilizzi di questi due metodi sembrano non differenziarsi territorialmente tra i sessi.

uso del coito
interrotto

Nel caso, invece, del coito interrotto, a livello di confronti di genere si riscontrano delle differenze statisticamente significative nelle province di Vicenza, Padova e Rovigo, dove le femmine riportano valori percentuali più elevati rispetto ai maschi. La differenza più ampia tra i sessi si registra a Padova con 35 punti percentuali di distanza tra i maschi (14.9%) e le femmine (51.7%).

Le Aziende ULSS

aver avuto
rapporti
sessuali
nella vita

A livello locale, è stata indagata solo la tematica dell'aver avuto rapporti sessuali nella vita, mentre a causa della scarsità dei dati non è stato possibile fornire le stime sull'uso dei metodi contraccettivi.

Per la tematica indagata in Tabella 15.3, i confronti percentuali tra le Aziende Ulss evidenziano una distribuzione omogenea e senza scostamenti dalla stima regionale. In sostanza, così come accadeva a livello provinciale, dove le percentuali dei giovani che dichiaravano di aver avuto rapporti sessuali nella vita non si diversificavano da provincia a provincia, allo stesso modo nelle 21 Aziende locali le prevalenze dei 15enni si uniformano tra di loro, evidenziando comportamenti simili.

Tabella 15.1 Giovani 15enni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Regione	25.8	3.8	24.2	3.2	25.0	2.6
Belluno	29.6	13.4	20.2	6.1	25.5	6.4
Vicenza	25.4	8.4	20.7	5.2	22.7	5.8
Treviso	24.5	9.6	25.5	9.3	25.1	7.3
Venezia	30.3	8.5	26.2	8.0	28.4	6.1
Padova	25.2	8.6	24.9	6.8	25.1	6.3
Rovigo	22.7	7.5	26.0	8.5	24.5	6.2
Verona	23.3	9.0	24.9	7.6	24.0	6.0

Tabella 15.2 Giovani 15enni che hanno fatto uso di contraccettivi durante il loro ultimo rapporto sessuale a livello di provincia

	Maschi		Femmine		Totale	
	%	IC±	%	IC±	%	IC±
Preservativo (condom)						
Regione	78.7	4.5	71.7	4.8	75.2	3.7
Belluno	84.4	19.7	71.1	17.3	79.7	14.2
Vicenza	83.5	8.8	74.3	10.3	78.4	7.2
Treviso	65.8	12.6	68.9	9.6	67.7	8.6
Venezia	81.0	6.4	73.2	12.5	77.5	7.2
Padova	80.4	13.3	67.5	12.7	74.5	10.1
Rovigo	84.5	15.4	72.5	15.1	77.8	11.8
Verona	77.4	8.9	75.0	13.4	76.3	8.9
Pillola						
Regione	14.1	4.6	12.9	4.6	13.5	3.3
Belluno	7.2	12.8	9.8	17.2	8.1	9.9
Vicenza	13.5	10.3	5.8	5.2	9.2	5.5
Treviso	25.5	11.5	25.1	13.2	25.3	9.4
Venezia	8.0	7.0	11.4	7.3	9.6	6.0
Padova	8.4	8.8	10.4	11.1	9.4	6.4
Rovigo	16.1	7.9	11.0	10.5	13.2	6.1
Verona	19.4	12.6	9.8	12.5	15.1	9.3
Coito interrotto						
Regione	23.9	5.2	37.2	6.5	30.9	4.4
Belluno	9.3	13.0	24.5	21.5	15.0	11.6
Vicenza	27.8	10.4	46.8	13.6	38.9	9.2
Treviso	29.7	15.0	27.3	13.7	28.1	10.2
Venezia	27.6	9.1	27.7	14.9	27.7	9.2
Padova	14.9	9.5	51.7	14.3	32.9	10.3
Rovigo	24.1	11.0	45.4	16.3	36.5	13.4
Verona	26.4	16.5	30.5	15.5	28.3	12.7

Tabella 15.3 Giovani 15enni che hanno avuto rapporti sessuali a livello di Azienda ULSS

CAMPIONE TOTALE 15 ANNI

	%	IC±
Regione	25.0	2.6
ULSS 1	25.6	7.5
ULSS 2	25.3	11.1
ULSS 3	17.4	6.6
ULSS 4	25.4	8.8
ULSS 5	21.0	7.3
ULSS 6	25.3	14.2
ULSS 7	26.7	11.4
ULSS 8	23.4	8.9
ULSS 9	25.3	13.4
ULSS 10	20.3	5.7
ULSS 12	35.4	14.1
ULSS 13	29.0	11.3
ULSS 14	25.8	13.5
ULSS 15	27.9	12.5
ULSS 16	23.2	9.7
ULSS 17	24.8	7.5
ULSS 18	21.5	7.5
ULSS 19	30.8	7.5
ULSS 20	24.2	10.0
ULSS 21	26.3	10.2
ULSS 22	22.5	7.9

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 (41).

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 (42).

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 (43). 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 (44).

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 *counseling* 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 (45). 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'influencare 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 (46).

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 (47).

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 (48, 49).

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" (50); le iniziative "20 studenti"; i Centri di Informazione e Consulenza per le scuole superiori; il "Progetto Ragazzi 2000" (51) 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. Ciò è stato confermato anche dalla DGR n° 215 del 03.02.2010 delibera dove si vanno a definire le nuove linee guida per i servizi di Consultorio Familiare.

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 3923 del 04/12/2007 viene dato spazio e avvio a varie progettualità relative all'adolescenza nelle varie ULSS del Veneto.

Le attività avviate hanno coinvolto complessivamente, nel periodo 2008-2009, circa 61.400 ragazzi, 5564 genitori e 4752 fra insegnanti e operatori.

Un dato significativo riguarda il numero di consulenze attivate con adolescenti, che passano da 3.868 nel 2008 a 9.723 nel 2009, mentre il numero di prese in carico passa da 1.784 nel 2008 a 3.929 nel 2009.

Ulteriore spinta in merito al bisogno di educazione alla sessualità sta arrivando anche dai dati dei Consultori Familiari in merito alle mutilazioni genitali femminili; problematica questa che sta venendo alla luce relativamente alla popolazione immigrata.

A tal proposito la Regione Veneto DGR n°4317 del 29.12.2009 oltre che ad una formazione rivolta agli operatori consultoriali ed ospedalieri ha chiesto alle singole Aziende ULSS progettazioni territoriali di formazione, educazione sessuale, educativa di comunità, mediazione culturale; attività queste che saranno finanziate dalla stessa Regione.

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, behavioural, 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. POLONI S. Preadolescenti a rischio. Una ricerca nella periferia milanese. Franco Angeli, 2006.
5. CROSNOE R, & NEEDHAM B. Holism, Contextual Variability, and the Study of Friendships in Adolescent Development. *Child Development*, 75, 2004, 264-279.
6. 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.
7. 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.
8. BUSTON K, WILLIAMSON L, HART G. Young women under 16 with experience of sexual intercourse: who becomes pregnant? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2007; 61:221-225.
9. 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.
10. NOVICK LF, TERAN S, DOLBEAR G. Sexually transmitted disease in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 24, 4, 133-138.
11. BRENER N, LOWRY R, KANN L, KOLBE L, LEHNHERR J, JANSSEN R & JAFFE H. Trends in sexual risk behaviours 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. NICHOLS HB, HARLOW BL. Childhood abuse and risk of smoking onset. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58, 402-406.
17. 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.
18. GAUDINEAU A, EHLINGER V, NIC GABHAINN S, VAYSSIERE C, ARNAUD C, GODEAU E. Use of emergency contraceptive pill by 15-year-old girls: results from the international Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *BJOG* 2010.
19. 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.
20. VESELY SK, WYATT VH, & OMAN RF. The potential protective effects of youth assets from adolescent sexual risk behaviours. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34, 356-65.
21. 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.
22. 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.
23. BONINO S. Tra volante e ottovolante. La guida pericolosa. *Psicologia Contemporanea*, 1999, 154, 18-25.
24. FLANIGAN BJ, HITCH MA. Alcohol use, sexual intercourse and contraception: an exploratory study. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31, 3, 6-40.
25. ROBERTSON JA, PLANT MA. Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22, 1, 75-78.
26. TRAEEN B, LUNDIN KVALEM I. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996, 9, 7, 995-1006.
27. 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.
28. 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.
29. BIGLAN A, METZLER CW, WIRT R, ARY D, NOELL J, OCHS L, FRENCH C, & HOOD D. Social and behavioural factors associated with high risk sexual behavior among adolescents. *Journal of Behavioural Medicine*, 1990, 13, 245-61.
30. 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.
31. KOTCHICK BA, SHAFFER A, FOREHAND R, & MILLER KS. Adolescent sexual risk behaviour: multi-system perspective. *Clinical Psychology Review*, 2001, 21, 493-519.
32. 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.

33. 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.
34. STEPHENSON J, STRANGE V, ALLEN E, COPAS A, JOHNSON A, ET AL. The Long-Term Effects of a Peer-Led Sex Education Programme (RIPPLE): A Cluster Randomised Trial in Schools in England. 2008. *PLoS Med* 5, 11.
35. KIDGER J, DONOVAN JL, BIDDLE L, CAMPBELL R, GUNNELL D. Supporting adolescent emotional health in schools: a mixed methods study of student and staff views in England. *BMC Public Health*, 2009, 9:403.
36. 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.
37. WORLD BANK. (1993). *World development Report*. Washington 1993.
38. 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.
39. 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.
40. SHORT MB, YATES JK, BIRO F, ROSENTHAL SL. Parents and Partners: Enhancing Participation in Contraception Use. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 2005, 18, 379-383.
41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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.
42. EATON DK, KANN L, KINCHEN S, ROSS J, HAWKINS J, HARRIS WA, LOWRY R, MC-MANUS 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.
43. 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.
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 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.
45. MATICKA-TYNDAL E. Can we? Have We? Prevention of sexual transmission of HIV. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1995, 4, 2, 79-10.
46. 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.
47. 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.

48. DGR n.3158/1999 “Progetti di Educazione alla Salute presentati dalle Aziende ULSS del Veneto per gli anni 1998/99. Riparto.”
49. 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.
50. CIRCOLARE del Ministero della Pubblica Istruzione n.241 del 2 agosto 1991.
51. CIRCOLARE del Ministero della Pubblica Istruzione n.240 del 2 agosto 1991.

Summary

Sexual health

Introduction

According to the World Health Organization, sexual health is part of the individual's physical, emotional, mental and social well-being, regardless of gender, ethnic and age distinction. Sexual health in adolescence is the natural development of relationships sought outside the family. A healthy sexual relationship between two adolescents enhances developmental steps, such as emotional emancipation from parents as part of the process of individualization, the consolidation of sexual identity, self-image and self-esteem and a balanced combination of tenderness and sexuality.

Despite these developmental characteristics, adolescents' sexual behaviour has changed considerably over the past 40 years: the first experience of sexual intercourse occurs at an earlier age and there has been an increase in teenage pregnancies and Sexually Transmitted Infections (STI), together with an increasing association between sexual intercourse and drug and alcohol use among young people.

The HBSC International Protocol includes in its questionnaire a series of standardised items on sexual health, adopted from the Youth Risk Behavior Survey (YRBS) in the United States. Only the 15-year olds group is asked to respond to the sexual health items, because the overwhelming majority of younger adolescents have not yet experienced sexual intercourse and such questions are considered too sensitive for the younger age groups.

Results

At the regional level:

- 25.0% of 15-year olds report having already had experience of sexual intercourse: girls (24.2%) and boys (25.8%) show similar percentages;
- 75.2% of 15-year olds who have already had sexual intercourse report using condoms, with boys (78.7%) using condoms more often than girls (71.7%);
- only 13.5% of the 15-year sample report having used control pills;
- 30.9% of the 15-year sample report having used withdrawal as a means of contraception (37.2% of girls as opposed to 23.9%, of boys).

Comments

The rising spread of the HIV/AIDS epidemic and of STI and the concern for sexual harassment and risk taking have highlighted the need for specific cross-sectoral public health interventions. In particular, teenage pregnancy and sexually transmitted infections cause significant health, social, and economic problems among young people and are largely preventable through the coordinated efforts of families, schools, health and education agencies, and community organizations. The development of effective, school- and community-based programmes depends in part on gaining information about the nature and extent of sexual behaviour

among adolescents. A better understanding is needed of the social and cultural determinants of sexual risk taking, as well as corresponding protective factors, so that interventions can both be comprehensive and effectively targeted. In addition, public health practice indicates that health promotion actions also need to develop educational programmes focused on how to cope with affectivity and sexual desire. Research shows that the promotion of self-esteem and of a good self-image among adolescents may help to postpone the first experience of sexual intercourse and use methods of contraception, such as condoms.

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 programmatario 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

ULSS 1 - Belluno

Scuola Secondaria di I° (St.) I. NIEVO

Via Mur di Cadola, 12 - 32100 BELLUNO (BL)

Liceo Scientifico (St.) G.GALILEI

Via Gregorio XVI, 33 - 32100 BELLUNO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) M.o E. PAOLIN

Via Rividella - 32020 CANALE D'AGORDO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Attilio Tissi, 19 - 32020 CENCENIGHE AGORDINO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Delle Scuole, 4 - 32043 CORTINA D'AMPEZZO (BL)

Istituto Professionale Alberghiero (St.)

Via Trieste, 14/B - 30020 FALCADE (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Viale al Lago, 1 - 32016 FARRA D'ALPAGO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) P. GONZAGA

Via Del Parco, 5 - 32013 LONGARONE (BL)

Liceo Scientifico (St.) E. FERMI

Via Valcalda, 1 - 32044 PIEVE DI CADORE (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) TIZIANO

Piazzale Martiri della Libertà, 3 - 32044 PIEVE DI CADORE (BL)

Istituto Tecnico Industriale (St.)

Via Degli Alpini, 59 - 32044 PIEVE DI CADORE (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) S. PERTINI

Via Canevoi, 41 - 32011 PONTE NELLE ALPI (BL)

ULSS 2 - Feltre

Scuola Secondaria di I° (Par.) VITTORINO DA FELTRE

Via Montegrappa, 1 - 32032 FELTRE (BL)

Liceo Scientifico (St.) DAL PIAZ

Via Boscariz, 2 - 32032 FELTRE (BL)

Istituto Tecnico Commerciale A. COLETTI

Via Mazzini, 12 - 32032 FELTRE (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. ROCCA

Via A. Fusinato, 14 - 32032 FELTRE (BL)

Ist Professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente (St.) A. DELLA LUCIA

Via Vellai, 41 - 32032 FELTRE (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) MONS. F. FIORENZA

Via Ferd, 54 - 32033 LAMON (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Galilei - 32020 LENTIAI (BL)

CFP MAESTRANZE EDILI A. PALLADIO

Via Tempietto, 8 - 32026 MEL (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) F. BERTON

Via U. Foscolo, 5 - 32034 PEDAVENA (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) DON ORIONE

Via Nazionale 35/B - 32030 QUERO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.) U. FOSCOLO

Via Belvedere - 32036 SEDICO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Capoluogo, 15 - 32037 SOSPIROLO (BL)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Luigi Bernard, 40 - 32028 TRICHIANA (BL)

ULSS 3 - Bassano del Grappa

Ist Professionale Commerciale (St.) REMONDINI

Via Travettore, 33 - 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) VITTORELLI

Piazzale Trento, 21 - 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI)

Liceo Scientifico (St.) J. DA PONTE

Viale San T.d'Aquino, 12 - 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI)

Liceo Classico (St.) BROCCHI

Via XI Febbraio, 65 - 36065 BASSANO DEL GRAPPA (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (St.)

Via San T. d'Aquino, 8 - 36061 BASSANO DEL GRAPPA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) MARCONI

Piazza A. Moro - 36022 CASSOLA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Nogaredo, 9 - 36064 MASON VICENTINO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) GIARDINO

Via San Pio x, 2 - 36065 MUSSOLENTE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) MONTE GRAPPA

Via Generale Giardino - 36060 ROMANO D'EZZELINO (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (Par.) NEW CAMBRIDGE

Via Ca' Cornaro, 9 - 36060 ROMANO D'EZZELINO (VI)

Scuola Secondaria di I° (Par.) THE ENGLISH INTERNATIONAL SCHOOL

Via Segafredo, 50 - 36027 ROSÀ (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) RONCALLI

Via Mons.Filippi, 7 - 36027 ROSÀ (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) FRANCESCO D'ASSISI

Via Don A. Belluzzo, 3 - 36056 TEZZE SUL BRENTA (VI)

ULSS 4 - Alto Vicentino

Scuola Secondaria di I° (St.) N. REZZARA

Via Monte Paù - 36010 CARRÈ (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Piazza Silva, 45 - 36036 MARANO VICENTINO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. LEOPARDI

Via Murazzo - 36030 MONTECCHIO PRECALCINO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) FOGAZZARO

Viale Matteotti, 8 - 36013 PIOVENE-ROCCHETTE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) BATTISTELLA

Via Vercelli, 1 - 36015 SCHIO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) MARASCHIN IL TESSITORE

Via dei Boldù, 32 - 36015 SCHIO (VI)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) G.B.GARBIN

Via T.Livio, 7 - 36015 SCHIO (VI)

Liceo Scientifico (St.) N. TRON

Via Luzio, 4 - 36015 SCHIO (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) L. e V. PASINI

Via T.Livio, 1 - 36015 SCHIO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) FUSINATO

Via Vecellio, 22 - 36015 SCHIO (VI)

ENGIM VENETO – CFP PATRONATO S. GAETANO

Via Santa Maria Maddalena, 90 - 36016 THIENE (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) A. CECCATO

Via Vanzetti, 14 - 36016 THIENE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via IV Novembre - 36016 THIENE (VI)

Liceo Classico (St.) F. CORRADINI

Via 1° Maggio, 15 - 36016 THIENE (VI)

Scuola Secondaria di I° (Par.) ISTITUTO DOROTEA

Via Corradini, 15 - 36016 THIENE (VI)

Scuola Secondaria di I° (Par.) ISTITUTO PADRI GIUSEPPINI

Via S. Maria Maddalena, 90 - 36016 THIENE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Vittorio Veneto - 36040 VALDASTICO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) C. GOLDONI

Via Giovanni XXIII - 36030 VILLAVERLA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. MILANI

Via De Gasperi - 36010 ZANÈ (VI)

ULSS 5 - Ovest Vicentino

Liceo Scientifico (St.) L. DA VINCI

Via Fortis, 3 - 36071 ARZIGNANO (VI)

Istituto Tecnico Industriale (St.) G. GALILEI

Via Vicenza, 49/a - 36071 ARZIGNANO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. GIURIOLO

Via IV Martiri, 72 - 36071 ARZIGNANO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. GALILEI

Via del Donatore - 36040 BRENDOLO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) FERMI

Via Europa, 14 36070 - CASTELGOMBERTO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) S. NEGRO

Via Fante d'Italia, 31 - 36072 CHIAMPO (VI)

Liceo Classico PAVONI

Via San Fermo, 17 - 36045 LONIGO (VI)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.)

Via Scortegagna, 25 - 36045 LONIGO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) RIDOLFI

Viale della Repubblica, 6 - 36045 LONIGO (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (St.)

Piazzale Collodi, 7 - 36075 MONTECCHIO MAGGIORE (VI)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.)

Via Veneto, 10 - 36075 MONTECCHIO MAGGIORE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) ALTE CECCATO

Via Tagliamento - 36075 MONTECCHIO MAGGIORE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) ANNA FRANK

Via Lorenzoni, 2 - 36075 MONTECCHIO MAGGIORE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) FLORIANI

Via Pozza, 12 - 36076 RECOARO TERME (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) MELEDO

Via D. Chiesa, 9/B - 36040 SAREGO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) FOGAZZARO

Via Roma, 29 - 36070 TRISSINO (VI)

CENTRO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

Via Giovanni XXIII, 2 - 36070 TRISSINO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Pasubio, 171 - 36078 VALDAGNO (VI)

ULSS 6 - Vicenza

Scuola Secondaria di I° (St.) MANZONI

Via Manzoni, 1 - 36051 CREAZZO (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) U. MASOTTO

Via Marconi, 1 - 36025 NOVENTA VICENTINA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) PALLADIO

Via Dante Alighieri, 4 - 36026 POJANA MAGGIORE (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Mons. Egidio Negrin, 17 - 36050 QUINTO VICENTINO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Centro Studi, 9 - 36066 SANDRIGO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Ippocastani, 14 - 36040 TORRI DI QUARTESOLO (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. G. TRISSINO

Via Prati, 13 - 36100 VICENZA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. BAROLINI

Via Palemone 20 - 36100 VICENZA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. BORTOLAN

Via Piovene, 31 - 36100 VICENZA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) VIA CARTA

Via Carta, 3 - 36100 VICENZA (VI)

ENaip SEDE DI VICENZA

Via Napoli, 11 - 36100 VICENZA (VI)

Istituto Tecnico Industriale (St.) ITIS A ROSSI

Via Legione Gallieno, 52 - 36100 VICENZA (VI)

Scuola Secondaria di I° (St.) V. SCAMOZZI

Via Einaudi, 74 - 36100 VICENZA (VI)

Scuola Secondaria di I° (Par.) PATRONATO LEONE XIII

Via Vitt.Veneto, 1 - 36100 VICENZA (VI)

Liceo Classico (St.) A. PIGAFETT

Contrà Cordenons, 1 - 36100 VICENZA (VI)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) F. LAMPERTICO

Viale G.G. Trissino, 30 - 36100 VICENZA (VI)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) PIOVENE

Corso Santi Felice e Fortunato - 36100 VICENZA (VI)

Istituto Magistrale (St.) DON G. FOGAZZARO

Via Burci, 21 - 36100 VICENZA (VI)

Scuola Secondaria di I° (Par.) CARDINALE CESARE BARONIO

V.le Trento, 141 - 36100 VICENZA (VI)

ULSS 7 - Pieve di Soligo

Scuola Secondaria di I° (St.) T. VECELLIO

Via Garibaldi, 8 - 31014 COLLE UMBERTO (TV)

Istituto Tecnico per il Turismo (St.) DA COLLO

Via G. Galilei, 6 - 31015 CONEGLIANO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) F. GRAVA

Via Filzi, 22 - 31015 CONEGLIANO (TV)

Liceo Classico (St.) MARCONI

Via Martiri Cecoslovacchi - 31015 CONEGLIANO (TV)

Istituto Magistrale (Par.) IMMACOLATA

Via Madonna, 20 - 31015 CONEGLIANO (TV)

Istituto Professionale Industria e Artigianato (St.) PITTONI

Via Pittoni, 16 - 31015 CONEGLIANO (TV)

Istituto Tecnico Agrario (St.) G.B. CERLETTI

Via XXVIII Aprile, 20 - 31015 CONEGLIANO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. FOGAZZRO

Via Sanavalle, 13 - 31051 FOLLINA (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) T. VECELLIO

Via Liberazione, 21 - 31010 GODEGA DI SANT'URBANO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MANZONI

Via Tariosa, 15 - 31010 MARENO DI PIAVE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Don Milani, 2 - 31010 ORSAGO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. TONIOLO

Via Battistella, 3 - 31053 PIEVE DI SOLIGO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Della Libertà - 31020 SAN PIETRO DI FELETTO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) PERTINI

Via Sandro Pertini, 2 - 31026 SARMEDE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) I. NIEVO

Viale Rimembranza, 7 31020 - SERNAGLIA DELLA BATTAGLIA (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) D. MANIN

Via Carpeni, 7 - 31058 SUSEGANA (TV)

Istituto Professionale Alberghiero (St.) A. BELTRAME

Via Carso, 114 - 31029 VITTORIO VENETO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. DA PONTE

Via dello Stadio, 5 - 31029 VITTORIO VENETO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) U. COSMO

Via Pontavai, 119 - 31029 VITTORIO VENETO (TV)

Istituto d'Arte (St.) BRUNO MUNARI

Via Maschietto, 14 - 31029 VITTORIO VENETO (TV)

ULSS 8 - Asolo

Scuola Secondaria di I° (St.) FRA GIOCONDO

Via Laguna, 29 - 31030 ALTIVOLE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) I. GIRARDI

Via Martiri del Grappa, 26 - 31030 BORSO DEL GRAPPA (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. UNGARETTI

Via della Pace, 1 - 31031 CAERANO DI SAN MARCO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. SARTO

Viale Brigata C. Battisti, 6 - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Istituto Tecnico Industriale (St.) BARSANTI

Via dei Carpani, 19/b - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) MARTIRI DELLA LIBERTÀ

Via Priuli - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) MARTINI

Via Verdi, 40 - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Ist Professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente (St.) D. SARTOR

Via Postioma di Salvarosa, 28 - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Ist Professionale Commerciale (St.) - C. ROSSELLI

Via Rizzetti, 10 - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Istituto Professionale Alberghiero (St.) MAFFIOLI

Via Valsugana, 74 - 31033 CASTELFRANCO VENETO (TV)

Istituto Comprensivo

Via Verdi, 16 - 31041 CORNUDA (TV)

FONDAZIONE OPERA MONTE GRAPPA

Piazza San Pietro, 9 - 31010 FONTE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) DON LORENZO MILANI

Via degli Artiglieri, 12 - 31040 GIAVERA DEL MONTELLO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) GIOVANNI XXIII

Via Papa Giovanni XXIII, 5 - 31044 MONTEBELLUNA (TV)

Liceo Scientifico (St.)

Via Biagi, 4 - 31044 MONTEBELLUNA (TV)

Istituto Magistrale (St.) VERONESE

Viale della Vittoria, 34 - 31044 MONTEBELLUNA (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Vittorio Veneto, 22 - 31023 RESANA (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Cavour, 8 - 31040 TREVIGNANO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) S. PERTINI

Via Francesco Maria Preti, 1 - 31040VOLPAGO DEL MONTELLO (TV)

ULSS 9 - Treviso

Scuola Secondaria di I° (St.) G. GALILEI

Via Pozzetti, 12 - 31030 BREDI DI PIAVE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) GRAMSCI

Via Vittorio Veneto,96 - 31032 CASALE SUL SILE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. VIVALDI

Via Peschiere, 16 - 31030 CASIER (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) TOTI DAL MONTE

Via Roma, 89 - 31021 MOGLIANO VENETO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Sile, 10 - 31050 MORGANO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) F. AMALTEO

Piazzale Europa 21 - 31046 ODERZO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Viale Panizza, 4 - 31038 PAESE (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) U. FOSCOLO

Via Manzoni 1 - 31022 PREGANZIOL (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) COLETTI

Via Santa Bona Nuova, 110 - 31100 TREVISO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) SERENA

Via Gobetti,5 - 31100 TREVISO (TV)

Liceo Classico (St.) A. CANOVA

Via Mura di San Teonisto, 16 - 31100 TREVISO (TV)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. STEFANINI

Viale III Armata, 35 - 31100 TREVISO (TV)

Istituto Magistrale DUCA DEGLI ABRUZZI

Via Caccianiga, 6 - 31100 TREVISO (TV)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) GIORGI

Via Terraglio, 53 - 31100 TREVISO (TV)

Ist Professionale Alberghiero M. ALBERINI

Via Franchini, 2 - 31020 VILLORBA (TV)

Istituto Tecnico Industriale (St.) M. PLANCK

Via Franchini, 1 - 31020 VILLORBA (TV)

CFP LANCENIGO

Via Franchini, 3 - 31020 VILLORBA (TV)

ULSS 10 - Veneto Orientale

Scuola Secondaria di I° (St.) E. MATTEI

Via Marconi, 12 - 30020 ANNONE VENETO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) I. NIEVO

Via Torino, 4 - 30020 CINTO CAOMAGGIORE (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) R. TURRANIO

Piazzale Matteotti, 55 - 30023 CONCORDIA SAGITTARIA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) TONIATTI

Via I. Nievo, 20 - 30025 FOSSALTA DI PORTOGRUARO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. D'ANNUNZIO

Via Nausicaa, 18 - 30016 JESOLO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) E. MATTEI

Via Roma, 27 - 30020 MEOLO (VE)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) LUZZATTO

Via G. Galilei, 5 - 30026 PORTOGRUARO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) D. BERTOLINI

Via Liguria, 32 - 30026 PORTOGRUARO (VE)

Liceo Classico (St.) XXV APRILE

Via Martiri, 13 - 30026 PORTOGRUARO (VE)

Istituto Magistrale (St.) M. BELLI

Piazza Marconi 10 - 30026 PORTOGRUARO (VE)

Istituto Professionale. S. Industria e Artigianato (St.) MONS. D'ALESSI

Via Marco Belli, 25 - 30026 PORTOGRUARO (VE)

ASSOCIAZIONE CNOS/FAP DON BOSCO

Via XIII martiri, 86 - 30027 SAN DONÀ DI PIAVE (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) R. ONOR

Via, Sauro, 11 - 30027 SAN DONÀ DI PIAVE (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) I. NIEVO

Viale Libertà, 30 - 30027 SAN DONÀ DI PIAVE (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) TITO LIVIO

Corso del Popolo, 81 - 30028 SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO (VE)

ULSS 12 - Veneziana

Scuola Secondaria di I° G F MALIPIERO

Via Della Cultura, 14 - 30020 MARCON (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) RONCALLI

Via Roma, 21 - 30020 QUARTO D'ALTINO (VE)

Liceo Classico (St.) R. FRANCHETTI

Corso del Popolo, 82 - 30172 VENEZIA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) D. ALIGHIERI

S. Marco, 3042 - 30124 VENEZIA (VE)

Scuola Secondaria di I° BERNA (Opera D. Orione)

Via Bissuola, 93 - 30173 VENEZIA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. GRAMSCI

Via Passo, 3/G - 30173 VENEZIA (VE)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) A. GRAMSCI

Via Perlan, 17 - 30174 VENEZIA (VE)

Liceo Scientifico (St.) G. BRUNO

Via Baglioni, 26 - 30173 VENEZIA (VE)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) EDISON-VOLTA

Via Asseggiano 49/b - 30174 VENEZIA (VE)

Istituto Tecnico Industriale (St.) PACINOTTI

Via Caneve 93 - 30173 VENEZIA (VE)

CFP MARGHERA – PROVINCIA DI VENEZIA

Via F.lli Bandiera, 49 - 30175 VENEZIA (VE)

ULSS 13 - Mirano

Scuola Secondaria di I° (St.) A. GRAMSCI

Via Matteotti, 51 - 30010 CAMPONOGARA (VE)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) LAZZARI

Via C. Frasio, 27 - 30031 DOLO (VE)

Liceo Scientifico (St.) G.GALILEI

Via C. Frasio, 27 - 30031 DOLO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) P. R. GIULIANI

Via IV Novembre, 2 - 30031 DOLO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. GALILEI

Viale caduti Via Fane, 8 - 30030 FOSSÒ (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. MATTEOTTI

Via Manzoni, 11 - 30030 MARTELLAGO (VE)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) PONTI

Via Cavin di Sala, 35 - 30035 MIRANO (VE)

ENGIM VENETO – CFP G. COSTANTINO

Via Murialdo, 1 - 30035 MIRANO (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) G.PASCOLI

Via G. B. Rossi, 20 - 30033 NOALE (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) GIOVANNI XXIII

Via Vescovo, 3 - 30030 PIANIGA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) CORDENONS

Viale Rimembranze, 4 - 30036 SANTA MARIA DI SALA (VE)

Scuola Secondaria di I° GALILEI

Via Venezia, 46 - 30037 SCORZÈ (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. VICO

Viale Sanremo - 30038 SPINEA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) BALDAN

Via Loredan, 51 - 30039 STRA (VE)

ULSS 14 - Chioggia¹

Scuola Secondaria di I° (St.) G CARON

Piazza Ungheria, 10 - 35020 BRUGINE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. CAPPON

Via Alighieri, 36 - 30014 CAVARZERE (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) S. PELLICO

Calle G. Veronese, 856 - 30015 CHIOGGIA (VE)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) CESTARI

Borgo S. Giovanni, 12/A - 30015 CHIOGGIA (VE)

Istituto Tecnico Industriale (St.) RIGHI

Via Aldo Moro 1097 - 30015 CHIOGGIA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) - PASCOLI-GALILEI

Viale Bacchiglione, 2 - 30015 CHIOGGIA (VE)

Liceo Scientifico (St.) G. VERONESE

Via Togliatti, 833 - 30015 CHIOGGIA (VE)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. PASCOLI

Via Garubbio, 43 - 35020 CODEVIGO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MANZONI

V.le Melzi, 9 - 35020 CORREZZOLA (PD)

Scuola Media (St.)

Via Roma, 30 - 35020 LEGNARO (PD)

Istituto Istruzione Superiore ENRICO DE NICOLA

Via Parini, 10/C - 35028 PIOVE DI SACCO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) ENRICO CATERINO DAVILA

Via S.Francesco, 2 - 35028 PIOVE DI SACCO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) GIOVANNI XXIII

Via Roma, 21 - 35020 SANT'ANGELO DI PIOVE DI SACCO (PD)

1. Comuni afferenti alla ULSS 14 di Chioggia alla data della rilevazione Novembre 2009

ULSS 15 - Alta Padovana

Scuola Secondaria di I° (St.) G. UNGARETTI

V.le Europa, 14 - 35010 BORGORICCO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. DA CAVINO

Via G. da Cavino, 2 - 35011 CAMPODARSEGO (PD)

Istituto Magistrale (St.) I. NEWTON

Via Puccini, 27 - 35012 CAMPOSAMPIERO (PD)

Istituto Tecnico Ind.le (St.) I. NEWTON

Via Puccini, 27 - 35012 CAMPOSAMPIERO (PD)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) M.FORTUNY

Via Puccini,, 27 - 35012 CAMPOSAMPIERO (PD)

Istituto Tecnico Comm. (St.) S PERTINI

Via Puccini, 27 - 35012 CAMPOSAMPIERO (PD)

Ist Professionale Industria e Artigianato (St.) A.MEUCCI

Via V.Alfieri, 58 - 35013 CITTADELLA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. PIEROBON

Via Borgo Treviso, 7 - 35013 CITTADELLA (PD)

ENAIP

Viale dello sport, 28/A - 35013 CITTADELLA (PD)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) G. GIRARDI

Via Kennedy, 29 - 35013 CITTADELLA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. B. ALBERTI

Piazza Umberto I', 5 - 35014 FONTANIVA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. CANOVA

Via Palladio, 36 - 35010 LOREGGIA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. BELLUDI

Via Dei Contarini, 44 - 35016 PIAZZOLA SUL BRENTA (PD)

IIS ROLANDO DA PIAZZOLA

Via Dante, 4 - 35016 PIAZZOLA SUL BRENTA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. GEMELLI

Via Dante, 9 - 35017 PIOMBINO DESE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) M. POLO

Via Roma, 89 - 35010 S. GIORGIO DELLE PERTICHE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) J. F. KENNEDY

Piazza dei Martiri, 14 - 35010 SANTA GIUSTINA IN COLLE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) M. POLO

Via Sant'Andrea - 35019 TOMBOLO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. PONTI

Via Don Orione, 2 - 35010 TREBASELEGHE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MORONI

Via Ca' Zusto 6 - 35010 VIGODARZERE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) B. SCARDEONE

Via Caltana - 35010 VILLANOVA DI CAMPOSAMPIERO (PD)

ULSS 16 - Padova²

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Tito Livio, 1 - 35020 ALBIGNASEGO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Viale della Costituzione, 1 - 35010 CADONEGHE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Roma, 14 - 35020 CASALSERUGO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) KAROL WOJTYLA

Via Repoise, Montemerlo - 35030 CERVARESE SANTA CROCE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) VIVALDI

Via Claudiana, 5 - 35036 MONTEGROTTO TERME (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G.SANTINI

Via Valmarana, 33 - 35010 NOVENTA PADOVANA (PD)

2. Comuni afferenti alla ULSS 16 di Padova alla data della rilevazione Novembre 2009

Liceo Scientifico (St.) FERMI

C.so V.Emanuele II', 50 - 35100 PADOVA (PD)

Istituto Tecnico Agrario (St.) DUCA DEGLI ABRUZZI

Via Mario Merlin, 2 - 35143 PADOVA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) MARSILIO DA PADOVA

Via dell'Orna, 21 - 35125 PADOVA (PD)

IRPEA – CFP CAMERINI ROSSI

Via Beato Pellegrino, 155 - 35137 PADOVA (PD)

Istituto Tecnico per le Attività Sociali (St.) SCARCERLE

Via Cave, 174 - 35136 PADOVA (PD)

Ist Professionale Commerciale (St.) G.VALLE

Via Tiziano Minio, 13 - 35134 PADOVA (PD)

Istituto Istruzione Superiore RUZZA (SEZ ASS PENDOLA)

Via M. Sanmicheli, 8 - 35123 PADOVA (PD)

Istituto Tecnico per Geometri (St.) BELZONI

Via S.Speroni, 39/41 - 35100 PADOVA (PD)

Scuola Secondaria di I° (Par.) TERESIANUM

C.so Via Emanuele II, 126 - 35123 PADOVA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. GALILEI

Via Della Biscia, 206 - 35136 PADOVA (PD)

Liceo Scientifico (St.) I. NIEVO

Via G.Barbarigo, 38 - 35141 PADOVA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. DORIA

Via Don Orione, 1 - 35020 PONTE SAN NICOLÒ (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. RIGATO

Via Don Milani, 1 - 35020 SAONARA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) T. ALBINONI CENTRALE

Via Genova,4 - 35030 SELVAZZANO DENTRO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. DA VINCI

Via Roma, 8/10 - 35035 VEGGIANO (PD)

ULSS 17 - Este

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Olimpiadi, 42 - 35022 ANGUILLARA VENETA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Roma, 103 - 35020 ARRE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. VOLTA

Piazza Don Marco Romano, 1 - 35041 BATTAGLIA TERME (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) C. TROMBELLI

Via Roma, 74 - 35020 CANDIANA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Piazza della Resistenza, 1C - 35044 CASTELBALDO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MORO

Via Roma, 69 - 35020 DUE CARRARE (PD)

ASS CFP CNOS/FAP MANFREDINI

Via Manfredini, 12 - 35042 ESTE (PD)

Istituto Tecnico Industriale (St.) EUGANEO

Via Borgofuro, 6 - 35042 ESTE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. CARDUCCI

Via S.Martino, 6 - 35042 ESTE (PD)

Istituto d'Arte (St.) CORRADINI

V.le Fiume, 55 - 35042 ESTE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. ZANELLATO

Via Carrubbio, 136 - 35043 MONSELICE (PD)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) J. F. KENNEDY

Via A. De Gasperi 20 - 35043 MONSELICE (PD)

Liceo Scientifico (St.) C. CATTANEO

Via G.Matteotti, 10 - 35043 MONSELICE (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via S.Benedetto, 16 - 35044 MONTAGNANA (PD)

Scuola Secondaria di I° CHINAGLIA

Viale Trento, 6 - 35044 MONTAGNANA (PD)

Istituto Tecnico Industriale (St.) J. DA MONTAGNANA

Via Luppia Alberi, 5 - 35044 MONTAGNANA (PD)

Liceo Classico (St.) J. DA MONTAGNANA

Via Luppia Alberi, 5 - 35044 MONTAGNANA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. RONCALLI

Via Roselle, 12 - 35040 PONSO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) D. PEGORARO

Viale Papa Giovanni XXIII°, 2 - 35047 SOLESINO (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) M. BUONARROTI

Via Marchesi, 28 - 35048 STANGHELLA (PD)

Scuola Secondaria di I° (St.) DON GALLIERO

Via G. Deledda, 6 - 35020 TRIBANO (PD)

ULSS 18 - Rovigo

Istituto Tecnico per le Attività Sociali (St.)

Via Manzoni, 191 - 45021 BADIA POLESINE (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. GHIRARDINI

Via Masetti, 3 - 45021 BADIA POLESINE (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) S. GOBATTI

Via Chioccana - 45032 BERGANTINO (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MARIO

Via Marconi, 36 45026 - LENDINARA (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) E. FERMI

Via Dante Alighieri, 76 - 45020 LUSIA (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) RICCOBONI

Via Mozart, 1 - 45100 ROVIGO (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) C. PARENZO

Largo Parenzo, 1 - 45100 ROVIGO (RO)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) E. DE AMICIS

Via Parenzo, 16 - 45100 ROVIGO (RO)

Liceo Scientifico (St.) PALEOCAPA

Via De Gasperi, 19 - 45100 ROVIGO (RO)

Scuola Secondaria di I° (Par.) G. SICHIROLLO

Via Sacro Cuore, 37 - 45100 ROVIGO (RO)

Istituto Tecnico Industriale (St.) F. VIOLA

Via A. De Gasperi, 21 - 45100 ROVIGO (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. BONIFACIO

Via della Costituzione, 6 - 45100 ROVIGO (RO)

Ist Professionale Commerciale (St.) MARCO POLO

Via A. De Gasperi, 17 - 45100 ROVIGO (RO)

Istituto Tecnico Agrario (St.) O. MUNERATI

Via Cappello, 10 - 45100 ROVIGO (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.) D. ALIGHIERI

Via De Gasperi, 15 - 45030 SAN MARTINO DI VENEZZE (RO)

ULSS 19 - Adria

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MANZONI

Via Ragazzi del '99, 28 - 45011 ADRIA (RO)

Scuola Secondaria MARIN

Via S. Francesco, 33 - 45011 ADRIA (RO)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) ITCG MADDALENA

Via Aldo Moro, 3 - 45011 ADRIA (RO)

Istituto Professionale Alberghiero (St.)

Via A.Moro - 45011 ADRIA (RO)

Liceo Classico (St.) C. BROCCHI

Via Dante, 4 - 45011 ADRIA (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Piazza Martiri, 1 - 45015 CORBOLA (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Roma, 3 - 45010 PETTORAZZA GRIMANI (RO)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Gramsci, 15 - 45014 PORTO VIRO (RO)

ULSS 20 - Verona

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Friuli - 37040 ARCOLE (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. PASCOLI

Via G. V. Rossi, 16 - 37023 GREZZANA (VR)

Scuola Secondaria di I° DON L. MILANI

Viale Rimembranza, 2 - 37031 ILLASI (VR)

Scuola Secondaria I° DON L. MILANI

Via Casale, 1 - 37030 LAVAGNO (VR)

Scuola Secondaria di I° G. ZANELLA

Via Novella, 4 - 37032 MONTEFORTE D'ALPONE (VR)

Istituto Istruzione Superiore G. VERONESE

Via Cav. Vittorio Veneto, 28 - 37047 SAN BONIFACIO (VR)

Istituto Tecnico Industriale (St.) L. DAL CERO

Via Camporosolo, 151 - 37047 SAN BONIFACIO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) BONTURI - PIUBELLO

Via Fiume 61/b - 37047 SAN BONIFACIO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. DE GASPERI

Via S. Giorgio Bosco - 37050 SAN GIOVANNI LUPATOTO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) B. BARBARANI

Via Bentegodi, 2 - 37036 SAN MARTINO BUON ALBERGO (VR)

ENAIPI UNITÀ OPERATIVA DI VERONA

Via Bencivenga Biondani, 1 - 37133 VERONA (VR)

Istituto Tecnico L. EINAUDI

Via San Giacomo, 13 - 37135 VERONA (VR)

Ist. Professionale per i Servizi Alberghieri e della Ristorazione A. BERTI

Via Aeroporto Berardi, 51 - 37139 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) M. L. KING

Via G. Belluzzo, 4 - 37132 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° (Par.) SAN GIUSEPPE

Via Bolzano, 1 - 37135 VERONA (VR)

Istituto Tecnico Industriale (St.) G. MARCONI

Piazzale R.Guardini,1 - 37138 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. SIMEONI

Via dei Gelsi, 20 - 37141 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° E. MENEGHETTI

Via Giuliani, 40 - 37134 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MANZONI

Via Velino, 20 - 37136 VERONA (VR)

Liceo Scientifico (St.) A. MESSE DAGLIA

Via Bertoni, 3 - 37121 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° AOSTA

Via Gaetano Trezza, 13 - 37129 VERONA (VR)

Liceo Scientifico N. COPERNICO

Via Anti, 5 - 37100 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) E. SALGARI

Via Domenico Turazza 12 - 37135 VERONA (VR)

Istituto SEGHETTI FIGLIE DEL SACRO CUORE DI GESU'

Piazza Cittadella, 10 - 37122 VERONA (VR)

Ist Professionale Industria e Artigianato (Par.) M. BUONARROTI

Via Rosmini, 6 - 37123 VERONA (VR)

Istituto Comprensivo VR 15 BORGO VENEZIA

Via Cesare Betteloni, 21 - 37131 VERONA (VR)

Istituto Istruzione Superiore M. SANMICHELI

Piazza Bernardi, 2 - 37131 VERONA (VR)

Istituti Paritari S. CARLO LINDBERGH

Via Villa, 12 - 37125 VERONA (VR)

Scuola Secondaria di I° GIOVANNI XXIII

Via Monte Bianco, 14 - 37132 VERONA (VR)

Liceo C. MONTANARI

Vicolo Stimate, 4 - 37122 VERONA (VR)

ULSS 21 - Legnago

Scuola Secondaria di I° (St.) F. CAPPA

Via F.lli Bandiera,8 - 37051 BOVOLONE (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) FRATELLI SOMMARIVA

Via Gandhi, 1 - 37053 CERECA (VR)

Istituto Tecnico Commerciale (St.) L. DA VINCI

Via Gandhi 2/4 - 37053 CERECA (VR)

Liceo Scientifico (St.) L. DA VINCI

Via Gandhi 2/4 - 37053 CERECA (VR)

I.S.I.S.S. M. MINGHETTI

Via Frattini, 45 - 37045 LEGNAGO (VR)

Ist Professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente (St.)

Alberghiero-Turistico-Aziendale

Via Bixio, 49 - 37045 LEGNAGO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) FRATTINI – BARBIERI – CAVALCASELLE

Via Togliatti - 37045 LEGNAGO (VR)

Liceo Classico (St.) G. COTTA

Viale dei Tigli, 50 - 37045 LEGNAGO (VR)

ENAIPI UNITÀ OPERATIVA DI LEGNAGO

Via Principe Umberto, 60 - 37045 LEGNAGO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) F. CIPRIANI

Via Galilei, 6 - 37054 NOGARA (VR)

Scuola Media

Via Aldo Moro, 25 - 37050 OPPEANO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. BALDO

Viale V. Veneto, 19 - 37055 RONCO ALL'ADIGE (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MANZONI

Via G. Sinopoli, 38 - 37058 SANGUINETTO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Brazzetto, 9 - 37040 TERRAZZO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) S. GHEDINI

Via IV Novembre - 37049 VILLA BARTOLOMEA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) ALTICHIERO DA ZEVIO

Via Altichiero, 21 - 37059 ZEVIO (VR)

ULSS 22 - Bussolengo

Istituto Comprensivo (St.) FALCONE-BORSELLINO

Via Dante Alighieri, 16 - 37011 BARDOLINO (VR)

Istituto Tecnico per il Turismo (Par.) SACRA FAMIGLIA

Via Nascimbeni, 12 - 37010 BRENZONE (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) L. DA VINCI

Via Carlo Alberto della Chiesa, 13 - 37012 BUSSOLENGO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) G. FRACASTORO

Via Cavalline 51 - 37010 CAVAION VERONESE (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) DON C. SCALA

Via Brennero, 10 - 37020 DOLCÈ (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) PISANELLO

Via Ugo Foscolo - 37016 GARDA (VR)

Liceo Scientifico (St.)

Via Barbarani, 20 - 37016 GARDA (VR)

Ist Professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente (St.) E. STEFANI

Via Rimembranza, 53 - 37063 ISOLA DELLA SCALA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Roma 23 - 37060 NOGAROLE ROCCA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via 1° maggio - 37010 PASTRENGO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) PINDEMONTI

Via Borgo, 10 - 37026 PESCANTINA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) CHIARLE FELICE

Lungolago Garibaldi,2 - 37019 PESCHIERA DEL GARDA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) A. MANZONI

Via Colombo, 9 - 37064 POVEGLIANO VERONESE (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) C. ASCHIERI

Via Mara, 3 - 37029 SAN PIETRO IN CARIANO (VR)

Liceo Scientifico (St.) PRIMO LEVI

Via Omero Speri, 8 - 37029 SAN PIETRO IN CARIANO (VR)

Istituto Istruzione Superiore CALABRESE

Via Mara, 6 - 37029 SAN PIETRO IN CARIANO (VR)

Istituto Comprensivo DON L. MILANI

Via Bassa, 6 - 37066 SOMMACAMPAGNA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) ANNA FRANK

Via Giosué Carducci, 10 - 37060 SONA (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.) J. FORONI

Via Berto Barbarani, 4 - 37067 VALEGGIO SUL MINCIO (VR)

Scuola Secondaria di I° (St.)

Via Bassini, 6 - 37068 VIGASIO (VR)

Ist Professionale Commerciale (St.) C. ANTI

Via Magenta, 7B - 37069 VILLAFRANCA DI VERONA (VR)

Ist Professionale per l'Agricoltura e l'Ambiente (St.) E. STEFANI

Via Ospedale - 37069 VILLAFRANCA DI VERONA (VR)

Liceo Scientifico MEDI

Via Magenta, 7/A - 37069 VILLAFRANCA DI VERONA (VR)

