



HBSC 2022

Stili di vita e salute dei giovani
tra 11 e 17 anni

Provincia Autonoma di Trento



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento



PROVINCIA
AUTONOMA DI TRENTO





Sommario

PREFAZIONE	1
PREMESSA	2
RINGRAZIAMENTI	3
RIASSUNTO DEI PRINCIPALI RISULTATI	5
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC Italia 2022 e il campione provinciale.....	8
Introduzione	9
Metodologia	9
Popolazione in studio	9
Modalità di campionamento.....	9
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	9
Valutazione del comitato etico dell'ISS e privacy.....	10
Descrizione del campione provinciale.....	10
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	13
La famiglia	14
La struttura familiare.....	14
La qualità delle relazioni con i genitori	15
Lo status socio-economico familiare	16
Per un confronto nel tempo.....	17
Bibliografia essenziale	17
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	18
Frequenza e regolarità dei pasti.....	19
Consumo di frutta e verdura	19
Consumo di dolci e bevande gassate	22
Stato nutrizionale.....	23
Insoddisfazione corporea	24
Igiene orale.....	26
Il FAS e le abitudini alimentari	26
Per un confronto nel tempo.....	27
Bibliografia essenziale	27
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero.....	28
L'attività fisica.....	29
Comportamenti sedentari	30
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	30
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	32
Bibliografia essenziale	33
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	34
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	35
Rapporto con gli insegnanti	38
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	39
Bullismo e cyberbullismo.....	41
La scuola.....	44
Per un confronto nel tempo.....	46
Bibliografia essenziale	47
CAPITOLO 6 Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze	48
Fumo	49

Alcol	50
Cannabis	52
Gioco d'azzardo.....	52
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	53
Per un confronto nel tempo.....	53
Bibliografia essenziale	54
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	55
Salute percepita	56
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	57
Sintomi riportati.....	58
Abitudini sessuali	60
Benessere psicologico	61
Solitudine percepita	62
Il FAS e la soddisfazione di vita	62
Per un confronto nel tempo.....	62
Bibliografia essenziale	63
CAPITOLO 8 Social media e gaming	64
L'uso dei social media.....	65
L'uso dei videogiochi	66
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi.....	67
Bibliografia essenziale	68
CAPITOLO 9 COVID-19.....	69
Introduzione	70
Positività al COVID-19.....	70
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	70
Fonti di informazione sul COVID-19.....	73
Misure di protezione	74
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS.....	76
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS.....	76
Conclusioni	77
Bibliografia essenziale	77
CAPITOLO 10 17 enni	78
Lo stato di salute dei 17enni	79
La famiglia	79
La struttura familiare.....	79
La qualità delle relazioni con i genitori.....	79
Lo status socio-economico familiare.....	80
Abitudini alimentari e stato nutrizionale.....	80
Frequenza e regolarità dei pasti.....	80
Consumo di frutta e verdura	81
Consumo di dolci e bevande gassate	82
Consumo di legumi.....	83
Stato nutrizionale	84
Insoddisfazione corporea	84
Igiene orale.....	85
Il FAS e le abitudini alimentari	85
Sport e tempo libero	85
Comportamenti sedentari	87
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà.....	88
Rapporto con gli insegnanti	88
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	89

Bullismo e Cyberbullismo	90
La Scuola.....	91
Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze	92
Fumo	92
Alcol	92
Cannabis	93
Gioco d’azzardo.....	94
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	94
Salute e benessere	94
Salute percepita	94
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito).....	95
Sintomi riportati	95
Utilizzo di farmaci.....	95
Abitudini sessuali	96
Benessere Psicologico	96
Solitudine percepita	97
Il FAS e la soddisfazione di vita	97
Social Media	97
L’uso dei social media	97
L’uso dei videogiochi	97
Il FAS, l’uso dei social media e dei videogiochi.....	98
Conclusioni	98



Istituto Superiore di Sanità: Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Silvia Ciardullo, Serena Donati, Ilaria Bacigalupo, Enrica Pizzi, Angela Spinelli, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Barbara De Mei, Chiara Cattaneo, Monica Pirri

Università degli Studi di Torino

Paola Dalmaso, Lorena Charrier, Paola Berchialla, Rosanna Irene Comoretto, Michela Bersia, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma

Università degli Studi di Padova

Alessio Vieno, Natale Canale, Michela Lenzi, Claudia Marino, Tommaso Galeotti

Università degli Studi di Siena

Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione e del Merito

Alessandro Vienna

Referenti regionali: Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Mariangela Mininni (Regione Basilicata), Caterina Azzarito, Antonella Cernuzio, Francesca Fratto (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini, Marina Fridel, Serena Broccoli (Regione Emilia Romagna), Claudia Carletti, Federica Concina, Luca Ronfani, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Giulia Cairella, Lilia Biscaglia, Maria Teresa Pancallo (Regione Lazio), Camilla Sticchi, Laura Pozzo (Regione Liguria), Corrado Celata, Olivia Leoni, Lucia Crottogini, Claudia Lobascio, Giuseppina Gelmi, Lucia Pirrone, Simona Chinelli (Regione Lombardia), Elsa Ravaglia, Stefano Colletta (Regione Marche), Maria Letizia Ciallella, Michele Colitti, Ermanno Paolitto (Regione Molise), Marcello Caputo, Monica Bonifetto, Silvia Cardetti (Regione Piemonte), Giacomo Domenico Stingi, Pina Pacella, Pietro Pasquale (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, (Regione Sardegna), Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli, Salvatore Scondotto (Regione Sicilia), Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Laura Aramini (Regione Toscana), Marco Cristofori, Carla Bietta (Regione Umbria), Anna Maria Covarino (Regione Valle D'Aosta), Federica Michieletto, Marta Orlando, Erica Bino. (Regione Veneto), Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento), Antonio Fanolla, Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano).



GRUPPO DI RICERCA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO HBSC 2022

Coordinatori provinciali

Marta Legnaioli, Monica Zambotti

Coordinatori aziendali

Laura Battisti, Pirus Fateh-Moghadam, Anna Pedretti

Referenti territoriali

Michela Croce, Maria Francesca De Rinaldis, Viviana Faggioni, Nadia Galler, Marta Giuliani, Michela Loss, Vittoria Oliva, Giulia Stroppa, Marta Trementin, Cinzia Vivori, Loredana Zamboni

Report a cura di:

Viviana Faggioni, Laura Battisti, Pirus Fateh-Moghadam

Copia del volume scaricabile da:

<https://www.apss.tn.it/Azienda/Unita-operative-e-strutture-organizzative/Struttura-semplificata-osservatorio-epidemiologico>

Sito internet di riferimento per lo studio:

www.epicentro.iss.it/hbsc/



PREFAZIONE

L'adolescenza rappresenta un momento importante per il passaggio alla vita adulta ed è caratterizzata da numerosi cambiamenti fisici, psicologici-relazionali e sociali. Proprio in questo periodo possono instaurarsi stili di vita e comportamenti che condizionano la salute presente e futura come abitudini alimentari scorrette, sedentarietà, abuso di alcol, consumo di tabacco, uso di sostanze stupefacenti.

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) si inserisce in questo contesto con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e, per la prima volta nel 2022, anche dei ragazzi di 17 anni.

HBSC è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa e prevede indagini campionarie su scala nazionale ogni 4 anni. Promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982, oggi il Network HBSC comprende 51 paesi in Europa, Nord America e Israele e un vasto team multidisciplinare di studiosi e ricercatori.

L'Italia partecipa all'HBSC dal 2002 svolgendo ad oggi, con cadenza quadriennale, sei raccolte dati (2002; 2006; 2010; 2014; 2018, 2022) che dal 2010 hanno coinvolto tutte le regioni italiane e le province autonome.

Dal 2017, a seguito del DPCM "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" che ha riconosciuto la rilevanza nazionale e regionale della sorveglianza sugli adolescenti attribuendone il coordinamento all'Istituto Superiore di Sanità, lo studio HBSC è stato adottato quale strumento unico nazionale per monitorare la salute dei ragazzi e delle ragazze.

Le indagini 2010, 2018 e 2022 sono state coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità, dalle Università di Torino, Siena e Padova e con il supporto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Istruzione e del Merito.

Ogni capitolo di questo rapporto presenta e analizza i dati regionali/provinciali relativi all'ambito studiato tra cui il contesto familiare e scolastico, le abitudini alimentari e i comportamenti a rischio, cercando di delineare un quadro puntuale della situazione nel territorio in osservazione.

Il nostro augurio è che questa attività di monitoraggio, proseguendo nel tempo, permetta di verificare i mutamenti, positivi o negativi, dei fenomeni osservati in rapporto alle politiche di intervento messe in atto.

Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno reso possibile la buona riuscita dell'indagine: i referenti di ciascuna regione/provincia autonoma, gli operatori sanitari, i Dirigenti Scolastici e gli insegnanti di tutti gli istituti coinvolti. Un ringraziamento particolare va ai ragazzi che, con la loro preziosa collaborazione nel compilare i questionari, hanno reso tutto questo possibile.

Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2022



PREMESSA

L'adolescenza è una delicata fase della vita, da un lato condizionata dallo sviluppo prenatale, dalle esperienze della prima infanzia e da specifici fattori biologici che governano la pubertà, dall'altro condizionante la salute, i comportamenti e le prospettive della vita adulta. Interventi di promozione della salute in adolescenza e infanzia rappresentano quindi una grossa opportunità non solo per il benessere degli adolescenti, ma anche per la vita dei futuri adulti, dato che molti comportamenti che contribuiscono all'insorgenza di malattie croniche negli adulti di solito iniziano nell'adolescenza (consumo di tabacco, alcol e sostanze, abitudini alimentari insalubri e sedentarietà). Inoltre, come le altre fasi della vita, l'adolescenza è condizionata da determinanti sociali, da particolari fattori di rischio e fattori protettivi, i primi da contrastare, i secondi da favorire, entrambi da affrontare anche attraverso interventi di modifica del contesto sociale e scolastico.

Da questo punto di vista lo studio HBSC è uno strumento molto prezioso in quanto fornisce la conoscenza di base della salute degli adolescenti e di tutti quei fattori (comportamentali, sociali e di contesto scolastico) su cui intervenire nella promozione della salute. In altre parole serve per la pianificazione, ma non solo. La periodica ripetizione dell'indagine e la standardizzazione a livello nazionale e internazionale permettono anche la valutazione degli interventi intrapresi e il confronto tra diverse realtà. Come risulta dalla lettura del rapporto, la salute adolescenziale in Trentino si mantiene molto buona, sia nel tempo sia nel confronto con le altre regioni italiane. Emergono tuttavia diversi aspetti che necessitano di ulteriori sforzi che, specialmente nella tarda adolescenza, si oppongono a possibili atteggiamenti di passività, rinuncia, sfiducia e individualismo, in un contesto in cui le opportunità non sono sempre, e non per tutti, generose. Inoltre, come recita il Piano per la salute del Trentino, “è necessario, fin dall'età scolare, educare i ragazzi a vivere in maniera attiva il loro ruolo di cittadini, aperti alla comprensione dei fenomeni collettivi, alla critica costruttiva, a partecipare in modo creativo alla vita collettiva nonché ad assumere responsabilità concrete per il benessere delle persone e della comunità (solidarietà sociale). Tutto ciò concorre a contrastare anche l'apatia, le dipendenze e il bullismo giovanile”. La promozione della salute è infatti un processo che deve coinvolgere l'intera società, a cominciare dagli stessi adolescenti che devono essere messi nelle condizioni di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Prerequisito per tale processo è la disponibilità di informazioni affidabili e scientificamente solide che lo studio HBSC mette a disposizione. Al fine di rendere tale informazioni maggiormente fruibili sono state predisposte, oltre al qui presente rapporto, anche delle infografiche monotematiche che nel loro insieme coprono tutti gli ambiti indagati dello studio e che sono state diffuse anche con il canale aziendale di Instagram. Per quanto riguarda le attività di promozione della salute in età evolutiva, il programma “Scuole che promuovono la salute”, inserito nel Piano provinciale della prevenzione, è un buon esempio di modalità di intervento e di pianificazione partecipata basata su evidenze scientifiche.

La realizzazione dello studio HBSC non sarebbe possibile senza la collaborazione tra sanità e mondo scolastico, rappresentati dall'APSS, dal Dipartimento salute e politiche sociali PAT, dal Dipartimento istruzione e cultura PAT e dalle singole scuole. Per non parlare della disponibilità delle famiglie e della generosità con la quale i ragazzi hanno risposto al questionario. A chi ha contribuito ai vari livelli alla buona riuscita dell'indagine va il mio sentito ringraziamento, con la speranza che questo esempio di interdisciplinarietà faccia scuola anche in altri ambiti.

Maria Grazia Zuccali
Dipartimento di Prevenzione, APSS, Trento



RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

Si ringraziano i Docenti e i Dirigenti scolastici che hanno contribuito alla realizzazione dello studio.

Si ringraziano tutte le scuole della Provincia di Trento che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022

Scuole Secondarie di Primo Grado

ASSOCIAZIONE PEDAGOGICA STEINERIANA - TRENTO
GARDASCUOLA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - ARCO
ISTITUTO COMPENSIVO ALTA VALLAGARINA
ISTITUTO COMPENSIVO ALTOPIANO DI PINE'
ISTITUTO COMPENSIVO ARCO
ISTITUTO COMPENSIVO BASSA ANAUNIA - TUENNO
ISTITUTO COMPENSIVO BORGO VALSUGANA
ISTITUTO COMPENSIVO CAVALESE
ISTITUTO COMPENSIVO CEMBRA
ISTITUTO COMPENSIVO CENTRO VALSUGANA
ISTITUTO COMPENSIVO DEL CHIESE "DON L. MILANI"
ISTITUTO COMPENSIVO FONDO - REVO'
ISTITUTO COMPENSIVO GIUDICARIE ESTERIORI
ISTITUTO COMPENSIVO ISERA - ROVERETO
ISTITUTO COMPENSIVO LAVIS
ISTITUTO COMPENSIVO LEVICO TERME
ISTITUTO COMPENSIVO MEZZOLOMBARDO - PAGANELLA
ISTITUTO COMPENSIVO MORI
ISTITUTO COMPENSIVO PERGINE 1
ISTITUTO COMPENSIVO PERGINE 2 "C. FREINET"
ISTITUTO COMPENSIVO PREDAZZO TESERO PANCHIA' ZIANO
ISTITUTO COMPENSIVO RIVA 1
ISTITUTO COMPENSIVO ROVERETO NORD
ISTITUTO COMPENSIVO STRIGNO E TESINO
ISTITUTO COMPENSIVO TAIO
ISTITUTO COMPENSIVO TIONE
ISTITUTO COMPENSIVO TRENTO 2 "J. A. COMENIUS"
ISTITUTO COMPENSIVO TRENTO 3
ISTITUTO COMPENSIVO TRENTO 5
ISTITUTO COMPENSIVO TRENTO 6
ISTITUTO COMPENSIVO VAL RENDENA
ISTITUTO COMPENSIVO VALLE DEI LAGHI - DRO
ISTITUTO COMPENSIVO VALLE DI LEDRO
ISTITUTO SALESIANO S. CROCE - MEZZANO
SCUOLA PARITARIA LA VELA - FONDAZIONE FAMIGLIA MATERNA - ROVERETO

Scuole Secondarie di Secondo Grado

COLLEGIO ARCIVESCOVILE C.ENDRICI - TRENTO
COLLEGIO ARCIVESCOVILE DAME INGLESI - ROVERETO
FONDAZIONE EDMUND MACH - ISTITUTO AGRARIO SAN MICHELE ALL'ADIGE
GARDASCUOLA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - ARCO
GIUSEPPE VERONESI - CENTRO DI ISTRUZIONE SCOLASTICA E DI FORMAZIONE PROFESSIONALE
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMIERO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE "A. DEGASPERI" - BORGO VALSUGANA
ISTITUTO DI ISTRUZIONE "DON L.MILANI" - ROVERETO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE "L. GUETTI" - TIONE DI TRENTO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE "LA ROSA BIANCA" - CAVALESE
ISTITUTO DI ISTRUZIONE "M. CURIE" - PERGINE VALSUGANA
ISTITUTO DI ISTRUZIONE "M. MARTINI" - MEZZOLOMBARDO
ISTITUTO TECNICO ECONOMICO "A. TAMBOSI" - TRENTO
ISTITUTO TECNICO ECONOMICO E TECNOLOGICO "C.A. PILATI" - CLES
ISTITUTO TECNICO ECONOMICO E TECNOLOGICO "F. E G. FONTANA" - ROVERETO
ISTITUTO TECNICO ECONOMICO E TECNOLOGICO "G. FLORIANI" RIVA DEL GARDA
ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "G. MARCONI" - ROVERETO
ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "M. BUONARROTI" - TRENTO
LICEO "A. MAFFEI" - RIVA DEL GARDA
LICEO "A. ROSMINI" - ROVERETO
LICEO "A. ROSMINI" - TRENTO
LICEO "B. RUSSELL" - CLES
LICEO "F. FILZI" - ROVERETO
LICEO CLASSICO "G. PRATI" - TRENTO
LICEO DELLE ARTI DI TRENTO E ROVERETO "VITTORIA-BONPORTI-DEPERO"
LICEO LINGUISTICO "S. M. SCHOLL" - TRENTO
LICEO SCIENTIFICO "G. GALILEI" - TRENTO
LICEO SCIENTIFICO "L. DA VINCI" - TRENTO
SCUOLA LADINA DI FASSA - SCOLA LADINA DE FASCIA
SOCIETA' COOPERATIVA A R.L. "I. DE CARNERI" OXFORD CIVEZZANO



RIASSUNTO DEI PRINCIPALI RISULTATI

L'indagine HBSC continua ad essere uno studio che si contraddistingue per l'elevato gradimento e l'ottima **partecipazione** delle scuole e dei ragazzi, addirittura in miglioramento rispetto alle indagini precedenti (rispondenza delle classi: 97% 2022 rispetto 94% 2018 e 95% 2014).

Come rilevato nelle precedenti indagini la struttura della famiglia trentina è di tipo tradizionale: si compone di madre, padre (83%) e quasi tutti gli intervistati hanno almeno un fratello o una sorella (86%). Continua ad aumentare il numero di genitori nati all'estero (24% rispetto al 21% del 2018). Le condizioni economiche delle famiglie valutate in base all'indicatore FAS sono sovrapponibili a quelle del 2018 e si collocano in una fascia medio-alta (55% medio, 27% alto).

Si conferma nuovamente la buona qualità di **comunicazione dei ragazzi/e con i genitori** e in particolare con la madre (79% parla facilmente con almeno un genitore; 74% con la madre e 60% con il padre). Le difficoltà comunicative aumentano con l'avvicinarsi dei ragazzi/e all'adolescenza.

Come nel 2018, 2 ragazzi/e su tre fanno sempre **colazione** al mattino prima di andare a scuola. Questa abitudine è meno frequente all'aumentare dell'età dai ragazzi/e ed è più diffusa tra i ragazzi. Si può pensare che ciò sia legato a un diverso utilizzo, in funzione di età e genere, del tempo dedicato alla propria preparazione prima di andare a scuola, infatti la percentuale di chi fa sempre colazione nel fine settimana sale al 77%.

Il 35% dei ragazzi/e consuma regolarmente la **frutta** (almeno una volta al giorno) e il 46% la **verdura**, con le ragazze che consumano di più vegetali dei ragazzi. Rispetto alla precedente rilevazione il consumo di verdura è stabile, diminuisce però quello di frutta (41% nel 2018); entrambi restano lontani dai valori raccomandati. È confermato il dato del 2018 dell'elevato numero di ragazzi/e che consumano pressoché quotidianamente **dolci** (43%; 44% nel 2018), così come è stabile la percentuale di ragazzi/e che assume **bevande zuccherate** quasi tutti i giorni (15%; 16% nel 2018). Anche il consumo di **snack salati** si conferma diffuso: il 31% dei ragazzi/e ne fa un consumo regolare (29% nel 2018).

La prevalenza di **sovrappeso e obesità**, pari al 13%, rimane stabile rispetto alle rilevazioni precedenti (11% 2018; 13% 2014) e continua a non differenziarsi in funzione all'età, ma rispetto al genere con percentuali di ragazzi in eccesso ponderale più alte delle ragazze (17% vs 9%). Continua, come già rilevato nelle indagini precedenti, una tendenza più marcatamente femminile a vedere in modo scorretto il proprio corpo eccessivamente grasso (tra le ragazze che si sentono grasse il 78% è normopeso; tra i ragazzi il 48%), percezione più marcata al crescere dell'età. Questo elemento fa intuire un problema di accettazione di sé legata all'importanza attribuita alla magrezza, soprattutto del corpo femminile, nel nostro contesto culturale.

La bassa percentuale di ragazzi/e che praticano ogni giorno almeno 60 minuti di **attività fisica** (10%) è fissa ormai da parecchi anni (10% 2018; 13% 2014). Sono i ragazzi che fanno più attività fisica (almeno 5 giorni in settimana: 37% ragazzi; 20% ragazze). Il 64% dei ragazzi/e trascorre in **attività sedentarie** davanti a schermi almeno 2 ore giornaliere (il 16% 5 ore o più). Il tempo trascorso a fare attività fisica aumenta con l'aumentare del benessere economico della famiglia, al contrario il tempo dedicato alle attività sedentarie aumenta al diminuire del benessere economico familiare.

A 15 anni il 21% dei ragazzi/e ha **fumato** almeno un giorno negli ultimi 30 e il 14% ha usato la **sigaretta elettronica**. Sempre negli ultimi 30 giorni il 52% dei 15enni ha bevuto **alcolici**, il 10% ha sperimentato la **cannabis**. Questi comportamenti a rischio per la salute restano invariati rispetto alle rilevazioni precedenti. L'assenza di un trend in calo pone la questione dell'efficacia delle strategie adottate per contrastare queste abitudini: è cruciale adottare azioni coordinate e sinergiche tra scuola, famiglia e decisori, ma anche ricorrere a strumenti più affini al mondo dei ragazzi e, per quanto riguarda la sigaretta elettronica, di una normativa di maggiore tutela dei minori.

Come già osservato nelle precedenti rilevazioni, nove ragazzi/e su dieci reputano buona o eccellente la propria **salute**. All'aumentare dell'età, la percentuale di ragazzi che giudica eccellente la propria salute diminuisce a favore di un aumento di chi la percepisce buona, fenomeno molto più accentuato nelle ragazze. Analogamente, il livello di **soddisfazione per la propria vita** è elevato, che però si abbassa all'aumentare dell'età, soprattutto per le ragazze. Il livello di soddisfazione è associato alla condizione economica familiare: migliore è il benessere economico più alto è il livello di soddisfazione dei ragazzi/e. Oltre un terzo dei ragazzi/e segnala la ricorrenza quotidiana di almeno uno o più **sintomi** somatici e/o psicologici (37%): i più frequenti sono quelli di natura psicologica come l'irritabilità e l'essere giù di morale. Ancora una volta la presenza di sintomi aumenta con l'età ed è più diffusa tra le ragazze. Di conseguenza tra le ragazze e al crescere dell'età si fa maggior ricorso a **farmaci**. Sia per quanto riguarda la presenza di sintomi che l'assunzione di farmaci si confermano i risultati delle precedenti indagini.

Come nel 2018 un sesto dei 15enni ha avuto **rapporti sessuali** completi e il profilattico è confermato essere il metodo contraccettivo più utilizzato (80%). Tuttavia il 16% dei ragazzi che hanno rapporti sessuali non ha usato alcun metodo contraccettivo oppure uno dei metodi che non prevengono infezioni sessualmente trasmesse e non sono sicuri per quanto riguarda la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

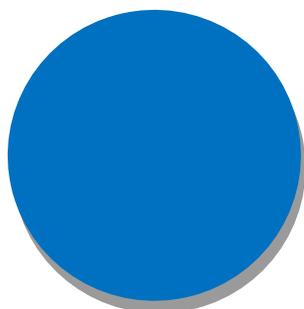
La maggioranza dei ragazzi/e ha quotidiani **contatti online** con gli amici stretti, comportamento più frequente al crescere dell'età dei ragazzi/e. Le ragazze tendono a passare più tempo dei ragazzi sui **social** e in percentuale maggiore ne fanno un uso problematico (14% vs 8% dei ragazzi). I ragazzi, invece, giocano più frequentemente delle ragazze ai **videogiochi**. E tra essi è più alta la percentuale di chi gioca in maniera problematica (22% vs 14% delle ragazze). L'uso problematico di social e videogiochi non dipende dalla disponibilità economica della famiglia, a differenza dei contatti online quotidiani: si osservano percentuali maggiori di ragazzi/e con contatti online quotidiani tra le famiglie con più elevata disponibilità economica.

La descrizione **del rapporto alunni e insegnanti** conferma quanto già osservato nella precedente rilevazione, ossia appare positiva per la maggioranza dei ragazzi più giovani (11enni), ma si deteriora con i ragazzi più grandi, in particolare con i 15enni. Inoltre, rispetto al 2018, indipendentemente dall'età dei ragazzi/e, la qualità del rapporto con gli insegnanti appare peggiorata. È quindi fondamentale lavorare in direzione di un miglioramento del rapporto fiduciario che i ragazzi/e possono instaurare con i propri insegnanti vista l'importanza che tale rapporto ha in termini di salute e benessere: il sentirsi supportato dagli insegnanti è associato a una minore presenza di sintomi depressivi, di malessere psicologico e a una maggiore soddisfazione della propria vita. Inoltre i comportamenti a rischio risultano associati in modo inverso al sentirsi accettati dagli insegnanti: i ragazzi/e che si sentono sostenuti dai propri insegnanti hanno minore probabilità di fumare, consumare alcol e fare uso di cannabis.

I rapporti dei ragazzi con i propri pari e compagni di classe sono sicuramente buoni: circa otto ragazzi/e su dieci confermano di poter parlare, condividere e contare sugli amici; la maggioranza descrive i compagni di classe disponibili (58%) e si sente accettato dal gruppo (66%). Le ragazze fanno una descrizione peggiore di quella dei ragazzi, sentendosi meno accettate (59% vs 74% dei ragazzi) e avvertendo meno disponibilità da parte dei compagni di classe (54% vs 63% dei ragazzi).

Gli atti di **bullismo** subiti e agiti sono relativamente poco frequenti e si riducono via via che i ragazzi/e crescono (bullismo subito almeno una volta: 25% 11enni vs 8% 15enni; bullismo agito almeno una volta: 21% 11enni vs 10% 15enni). Queste percentuali si riducono ulteriormente se si considera il **cyberbullismo**: indipendentemente dall'età circa il 10% dei ragazzi/e ha subito e praticato azioni di cyberbullismo.

La maggior parte delle scuole ha **linee guida** scritte per l'uso consapevole dei social, la netiquette e il contrasto al bullismo e alla violenza. La presenza di linee guida non scritte riguarda invece la maggior parte delle scuole rispetto a argomenti come la sana alimentazione, la pratica dell'attività fisica e l'educazione sessuale. È auspicabile che più scuole puntino sulla **partecipazione attiva degli studenti** nello sviluppo delle iniziative di promozione della salute (coinvolgimento nel 45% delle scuole) e di pianificazione degli eventi scolastici (coinvolgimento nel 46% delle scuole) in modo da soddisfare i loro desideri e bisogni.



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC Italia 2022 e il campione provinciale

Introduzione

*“For a safer and more secure future,
we must pay much more urgent attention to the hopes
and needs of young people
and adolescents”*

[Kleinert S. et al.; Lancet. 2016]

L'adolescenza rappresenta un periodo di grandi cambiamenti e sfide che richiede un'attenzione particolare in quanto in questa fase di vita si consolidano comportamenti che possono persistere in età adulta e compromettere o garantire lo stato di salute delle generazioni future. Investire nella salute dei giovani oggi, rappresenta dunque un guadagno in salute domani.

Proprio in quest'ottica si inserisce l'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) con lo scopo di descrivere e comprendere fenomeni e comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente e adolescente.

In questo capitolo è descritta la popolazione in studio e la procedura di campionamento che ha coinvolto tutte le regioni italiane nel 2022.

Metodologia

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13, 15 e 17 anni che frequentano rispettivamente le prime e le terze classi delle scuole secondarie di I grado e le classi seconde e quarte delle scuole secondarie di II grado (sia scuole statali, sia paritarie distribuite in tutte le regioni italiane).

Modalità di campionamento

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale. La stratificazione è stata effettuata su base territoriale assumendo come strati le regioni. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla classe scolastica, selezionata secondo un campionamento sistematico dalla lista completa delle scuole, pubbliche e paritarie, fornita dal Ministero dell'istruzione e del Merito.

La numerosità campionaria è di 1.200 soggetti per fascia di età; tale numerosità è stata maggiorata del 5% per la fascia di età dei 13enni e del 15% per la fascia di età dei 15enni e dei 17enni al fine di considerare la presenza in queste fasce di età di eventuali alunni ripetenti. Le numerosità ottenute sono state poi maggiorate del 10% in tutte le fasce di età per considerare i tassi di non-rispondenza attesa degli alunni in base alle rilevazioni precedenti al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa del 50% per una variabile binomiale, del 3,5% con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento.

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il Dirigente Scolastico. Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca

multidisciplinare e internazionale; contengono una parte “*core*” comune a tutti i Paesi partecipanti e una parte “*opzionale*” con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

Il questionario rivolto ai ragazzi ha la finalità di indagare aspetti sulla salute nella sua accezione più ampia di benessere fisico, psicologico, relazionale e sociale e comprende le seguenti sezioni:

- dati anagrafici (età, sesso, Paese di nascita ecc.);
- classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé);
- rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l’ambiente scolastico);
- comportamenti collegati alla salute (attività fisica e tempo libero, abitudini alimentari e igiene orale, abitudini sessuali, consumo di alcol e tabacco, gioco d’azzardo, consumo di cannabis, bullismo e cyberbullismo);
- uso di Internet e social network;
- una sezione nuova sul COVID-19 e il suo impatto nella vita dei ragazzi.

Le sezioni riguardanti il consumo di cannabis e le abitudini sessuali sono presenti solo nei questionari per i quindicenni e i diciassetenni.

Il questionario rivolto al Dirigente Scolastico, somministrato contestualmente alla raccolta dati dei ragazzi, indaga alcune dimensioni relative ad aspetti della scuola:

- caratteristiche strutturali e risorse della scuola;
- misure di promozione della salute adottate;
- informazioni sul quartiere in cui è situata la scuola.

Entrambi i questionari sono anonimi e vengono autocompilati dai ragazzi e dai dirigenti scolastici a scuola direttamente online. La costruzione del database, la pulizia dei record e la successiva analisi dei dati è stata realizzata a livello centrale dal gruppo di coordinamento dell’ISS e delle tre Università.

Valutazione del comitato etico dell’ISS e privacy

I genitori dei ragazzi delle classi campionate ricevono prima della rilevazione una nota informativa della Regione/provincia autonoma con la descrizione delle finalità della Sorveglianza. Le famiglie possono rifiutare la partecipazione del proprio figlio attraverso l’informativa che deve essere restituita, firmata dai genitori, agli insegnanti della classe coinvolta. Non vengono rilevati dati identificativi dei singoli individui che partecipano all’indagine. La versione definitiva del protocollo e dei questionari adottati nel 2022 sono stati presi in esame e valutati positivamente dal Comitato Etico dell’ISS nella seduta del 22/11/2021.

Descrizione del campione provinciale

In Provincia Autonoma di Trento sono state campionate 77 scuole per un totale di 288 classi: 129 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 159 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV). Hanno partecipato alla sorveglianza 75 scuole e 280 classi con una rispondenza complessiva del 97% (Tabella 1).

L'ottima partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

Tabella 1. Rispondenza per classe

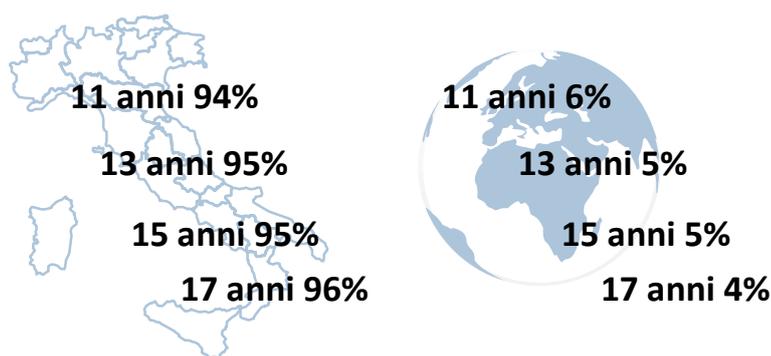
	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	64	63	98
Classe III Media	65	62	95
Classe II superiore	75	73	97
Classe IV superiore	84	82	98
Totale	290	280	97

Tabella 2 Composizione del campione, per età e genere (%)

	Maschi	Femmine
11 anni	52	48
13 anni	49	51
15 anni	49	51
17 anni	44	56
Totale	49	51

Il campione era costituito da un totale di 4.177 studenti di cui: il 24% di 11 anni, il 26% di 13 anni, il 25% di 15 anni e il 25% di 17 anni.

Figura 1. Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età (%)

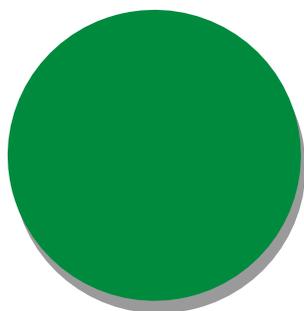


Circa il 5% delle ragazze e dei ragazzi risulta nato all'estero con percentuale più alta tra i ragazzi/e più giovani (6% 11enni vs 4% 17enni).

Tabella 3. Composizione del campione dei genitori delle ragazze e dei ragazzi per Paese di nascita - Italia vs Estero (%)

Entrambi i genitori nati in Italia	76
Almeno un genitore nato all'estero	9
Entrambi i genitori nati all'estero	15

La maggioranza degli adolescenti ha entrambi i genitori nati in Italia (76%), circa un quarto dei ragazzi/e ha almeno un genitore nato all'estero.



CAPITOLO 2

Il contesto familiare

La famiglia

La struttura familiare

La struttura familiare negli ultimi anni, seguendo le trasformazioni della società, è diventata sempre più complessa e ha subito un processo di diversificazione: emergono nuove strutture familiari ed è ormai comune imbattersi in famiglie monogenitoriali o in cui i genitori abbiano divorziato e convivano con un altro partner o si siano in seguito risposati.

In termini di cambiamenti della struttura familiare si possono annoverare la diminuzione della numerosità dei componenti della famiglia, l'aumento delle famiglie monogenitoriali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti): queste ultime spesso sono oggi legate a necessità economiche e/o di salute dei componenti più anziani¹.

Questi cambiamenti, che si intrecciano con le relazioni interpersonali, hanno un forte impatto sullo sviluppo psico-fisico dei ragazzi sia nella fase dell'infanzia che in quella dell'adolescenza. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi quanto mai attuale.

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2022²), circa il 10% delle famiglie italiane sono monogenitoriali.

Numerosi studi sono stati condotti per valutare se i bambini che vivono con un solo genitore, o i cui genitori abbiano attraversato il divorzio ed eventualmente si siano risposati, presentino un diverso livello di benessere, rispetto a bambini provenienti da famiglie cosiddette tradizionali. La letteratura esistente ha già evidenziato come la struttura familiare sia correlata con il benessere psicologico dei genitori o come il cambiamento della struttura familiare abbia delle conseguenze anche di tipo economico³.

Riguardo a questo ultimo punto è stata osservata una forte associazione tra basso livello socio-economico e salute psichica dei bambini e come l'instabilità familiare in generale sia strettamente legata con lo sviluppo dei rapporti sociali dei ragazzi, soprattutto quando a questa condizione se ne uniscono altre come l'isolamento dal contesto sociale oppure uno stato di conflittualità permanente.

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro): dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare.

Le coppie con figli rappresentano la tipologia di famiglia quantitativamente più rilevante (83%) mentre le famiglie monogenitoriali sono il 12%. Il 4% delle ragazze e dei ragazzi vive in una sistemazione senza i genitori o altri parenti (Tabella 1).

Più della metà dei ragazzi/e del campione (53%) ha un solo fratello o sorella. I figli unici sono il 14% del campione (Tabella 2).

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%), 11-15 anni

Madre e padre (no altri adulti)	83
Solo madre	10
Solo padre	2
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%), 11-15 anni

Figli unici	14
1 fratello o sorella	53
2 o più fratelli o sorelle	33

La qualità delle relazioni con i genitori

La natura e la qualità delle relazioni che i ragazzi instaurano con i genitori durante l'adolescenza influiscono in misura rilevante sui loro comportamenti di salute e sul benessere percepito. Molti studi hanno dimostrato che la comunicazione familiare è un indicatore della capacità dei genitori di aiutare i loro figli adolescenti ad affrontare positivamente le difficoltà che possono incontrare^{4,5} come la pressione scolastica, le relazioni con i pari, le aspettative e i cambiamenti psico-fisici. È stato osservato che la qualità della relazione con i genitori è associata alla propensione ad adottare comportamenti di salute a rischio.

Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, compagno della madre, compagna del padre).

Tabella 3. Distribuzione % della facilità di parlare con il padre di cose che preoccupano, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	37	23	16
Facile	34	34	35
Difficile	17	23	25
Molto difficile	9	17	19
Non ho o non vedo mai questa persona	3	3	5

Tabella 4. Distribuzione % della facilità di parlare con la madre di cose che preoccupano, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	52	34	27
Facile	32	39	39
Difficile	11	18	23
Molto difficile	4	8	10
Non ho o non vedo mai questa persona	1	1	1

È più facile per gli adolescenti parlare delle proprie preoccupazioni con la figura materna rispetto a quella paterna. La facilità di comunicazione con entrambi i genitori è meno diffusa sia per i ragazzi che per le ragazze all'aumentare dell'età (figure 1 e 2).

Figura 1 Distribuzione % di ragazzi/ragazze che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre, per genere ed età, 11-15 anni

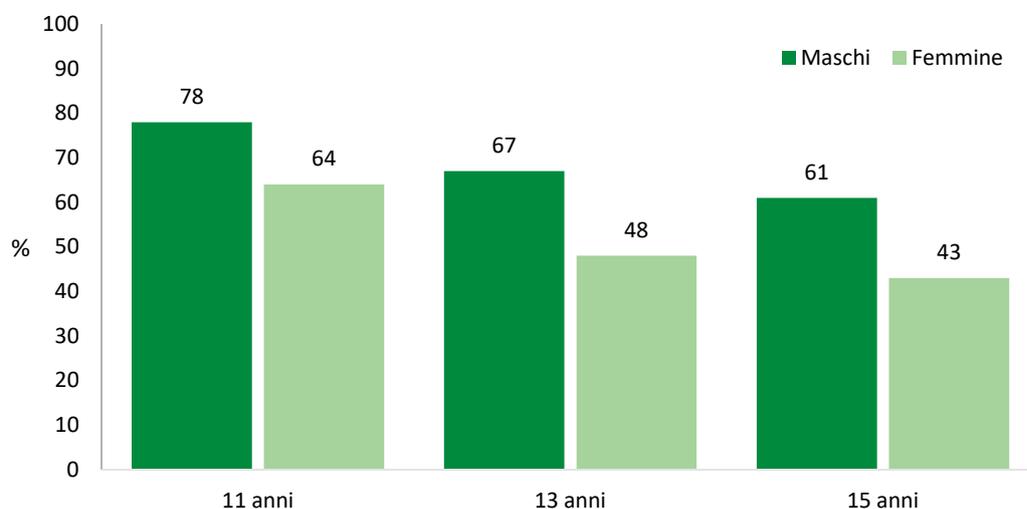
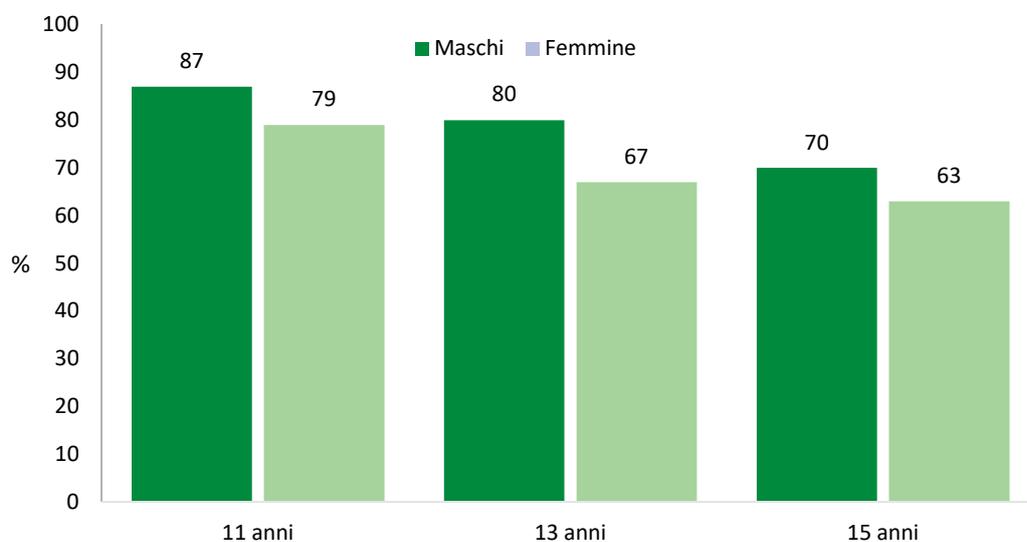


Figura 2 Distribuzione % di ragazzi/ragazze che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età, 11-15 anni



Lo status socio-economico familiare

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi⁶. È stato anche osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi⁷.

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC lo status socio-economico è misurato utilizzando lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare)⁸ che prende in considerazione alcuni beni di consumo quali: possedere un'auto, possedere una lavastoviglie, una stanza singola per l'adolescente, il numero di computer in famiglia, il numero di bagni in casa, fare vacanze all'estero.

Tabella 5. Distribuzione % della possibilità di consumo familiare (Family Affluence Scale), 11-15 anni

Family Affluence Scale	
Basso	18
Medio	55
Alto	27

Secondo quanto dichiarato dagli adolescenti tra gli 11 e i 15 anni più di una famiglia su quattro (27%) ha una condizione economica alta, mentre quasi una su cinque (18%) presenta difficoltà economiche.

Per un confronto nel tempo

Di seguito si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compresi gli adolescenti.

Tabella 6. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	82	83
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	80	75
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	65	61
Famiglie con FAS alto	29	27

La composizione familiare e la percentuale di famiglie con alta disponibilità economica non hanno subito modifiche nell'arco dei 4 anni considerati. Gli indicatori relativi alla facilità di comunicazione in famiglia da parte delle ragazze e dei ragazzi evidenziano un leggero peggioramento.

Bibliografia essenziale

¹ Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione. Rapporto sulla popolazione. Le famiglie in Italia. Forme, ostacoli, sfide. Il Mulino. 2023

² ISTAT (2022). Popolazione e Famiglie Anno 2022. Roma, ISTAT.

³ Mazzucco, S., Mencarini, L. & Rettaroli, R. (2006). Similarities and differences between two cohorts of young adults in Italy: Results of a CATI survey on transition to adulthood. *Demographic Research*, 15, 105–146

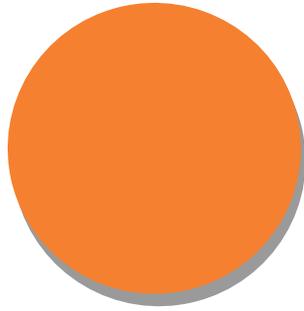
⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.

⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98

⁶ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180

⁷ Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health, *The Lancet* 2012; 379(9826): 1641-1652

⁸ Hartley JE, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indic Res.* 2016;9:233-245



CAPITOLO 3

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Freuenza e regolarità dei pasti

La colazione rappresenta un pasto molto importante per l'equilibrio fisiologico e psicologico, soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, favorisce il consumo disordinato di "cibi spazzatura" (junk food) e può persistere come abitudine scorretta in età adulta^{1,2,3}.

Ai ragazzi/e è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale con cui consumano la prima colazione che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell'introito calorico quotidiano.

Tabella 1. Distribuzione % del numero di giorni in cui i ragazzi/e fanno colazione (nei giorni di scuola), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	11	16	21	15
Un giorno	4	2	5	4
Due giorni	3	5	4	4
Tre giorni	5	6	5	6
Quattro giorni	6	5	6	5
Cinque giorni	71	66	59	66

Due terzi dei ragazzi e delle ragazze (66%) dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Si tratta di una consuetudine meno diffusa al crescere dell'età, passando dal 71% degli 11enni al 60% dei 15enni. Alta è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione, in particolare per i 15enni tra cui uno su cinque non fa mai colazione.

Tabella 2. Distribuzione % delle volte in cui i pasti sono consumati in famiglia, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	53	48	46	49
La maggior parte dei giorni	39	45	45	43
Circa una volta alla settimana	5	5	7	6
Meno di una volta alla settimana	2	1	1	1
Mai	1	1	1	1

Circa la metà dei ragazzi e delle ragazze tra gli 11 e i 15 anni consuma quotidianamente i pasti con la propria famiglia. Il consumo giornaliero tende a essere meno frequente con il crescere dell'età. Meno di un ragazzo su dieci (8%) mangia raramente con la famiglia (al massimo una volta in settimana).

Consumo di frutta e verdura

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione¹⁷ consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l'apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione.

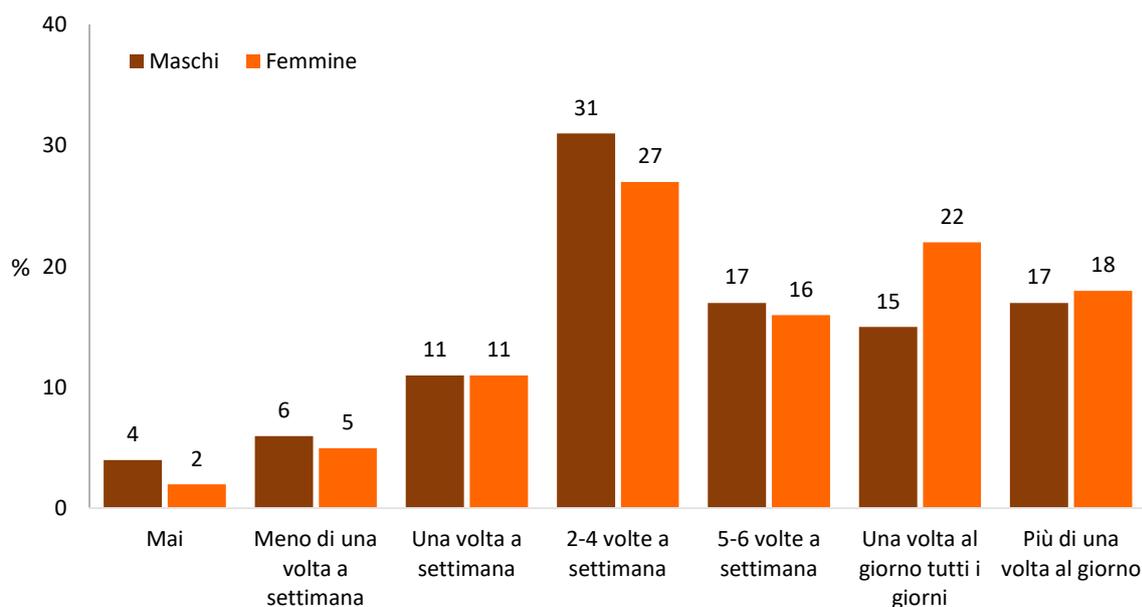
Ai ragazzi/e coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale (Tabelle 3 e 4).

Tabella 3. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di frutta, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4	3	2	3
Meno di una volta a settimana	6	5	5	5
Una volta a settimana	11	10	11	11
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28	29	30	29
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16	16	18	17
Una volta al giorno tutti i giorni	18	18	18	18
Più di una volta al giorno	17	19	16	17

Il consumo di frutta almeno una volta al giorno riguarda un terzo dei ragazzi/e (35%); un ragazzo/a su 5 (19%), invece, mangia frutta raramente, al massimo una volta in settimana. Non si evidenziano sostanziali differenze per età.

Figura 1. Frequenza % del consumo di frutta, per genere, 11-15 anni



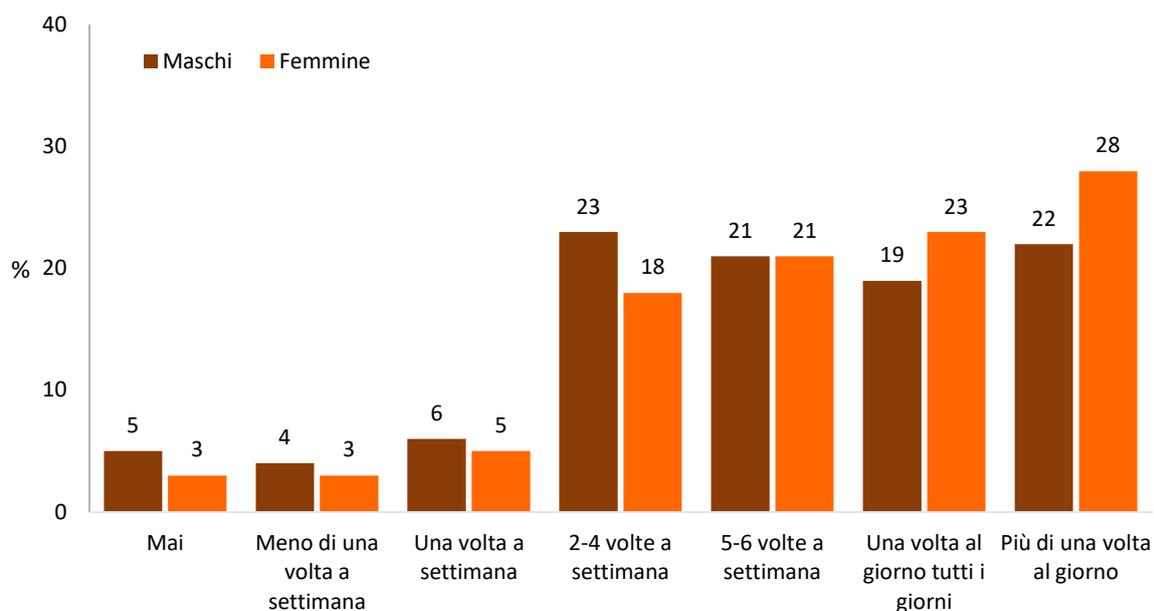
Le ragazze consumano più frequentemente dei ragazzi la frutta: il 40% di esse mangia un frutto almeno una volta al giorno rispetto al 32% dei coetanei maschi.

Tabella 4. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di verdura, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	6	4	3	4
Meno di una volta a settimana	3	5	2	3
Una volta a settimana	6	6	4	6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	20	19	23	20
Tra 5 e 6 giorni a settimana	22	20	20	21
Una volta al giorno tutti i giorni	20	20	22	21
Più di una volta al giorno	23	26	26	25

Poco meno della metà dei ragazzi/e (46%) consuma verdura almeno una volta al giorno, il 13% mangia la verdura al massimo una volta in settimana.

Figura 2. Frequenza % del consumo di verdura, per genere, 11-15 anni



Come per la frutta, anche il consumare quotidianamente verdura è un comportamento più diffuso tra le ragazze: il 51% di esse mangia verdura almeno una volta al giorno rispetto al 41% dei ragazzi.

Consumo di dolci e bevande gassate

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti ^{4,5}.

Tabella 5. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di dolci, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3	3	3	3
Meno di una volta a settimana	9	8	8	8
Una volta a settimana	15	13	12	14
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30	33	35	32
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16	18	19	17
Una volta al giorno tutti i giorni	15	14	15	15
Più di una volta al giorno	12	11	8	11

Tabella 6. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di bevande zuccherate, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	18	15	18	17
Meno di una volta a settimana	24	25	25	25
Una volta a settimana	23	24	22	23
Tra 2 e 4 giorni a settimana	20	20	23	20
Tra 5 e 6 giorni a settimana	5	8	6	7
Una volta al giorno tutti i giorni	5	3	3	4
Più di una volta al giorno	5	5	3	4

I giovani consumano più dolci che bibite zuccherate. Un quarto (26%) mangia dolci tutti i giorni a cui si somma un altro 17% di ragazzi/e che ne mangiano quasi tutti i giorni. Per contro un ragazzo/a su quattro (25%) mangia dolci saltuariamente (al massimo una volta in settimana). Il bere bibite zuccherate è un'abitudine poco diffusa: il 42% ne consuma raramente (meno di una volta in settimana o mai), il 23% una volta in settimana. Tuttavia il 15% dei ragazzi/e beve bibite zuccherate 5/6 giorni in settimana o più spesso.

Tabella 7. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di legumi, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	17	15	10	15
Meno di una volta a settimana	17	16	14	16
Una volta a settimana	20	20	24	21
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25	28	34	28
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11	13	12	12
Una volta al giorno tutti i giorni	5	5	4	5
Più di una volta al giorno	5	3	2	3

Quasi la metà (48%) dei ragazzi/e mangia legumi 2 volte in settimana o più, per contro un terzo (31%) li consuma di rado.

Tabella 8. Indicatori sintetici di consumo di alimenti, per età e genere (%), 11-15 anni

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	32	38	31	41	30	38
Verdura (almeno una volta al dì)	40	48	42	51	41	54
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	43	47	48	51	52	51
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	13	8	11	6	7	5
Snack salati (almeno una volta al dì)	17	17	13	18	12	12
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	47	46	55	58	51	54
Dolci (almeno una volta al dì)	28	27	23	27	23	24

Le ragazze mostrano comportamenti alimentari più sani rispetto ai coetanei maschi in particolare per quanto riguarda il consumo giornaliero di frutta e verdura e il consumo settimanale di legumi.

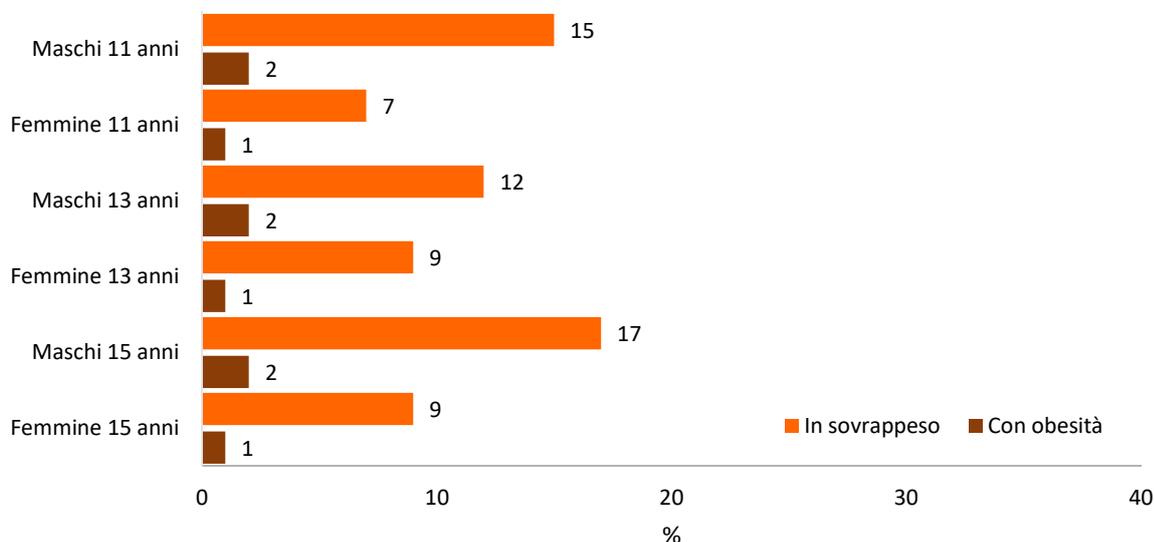
Stato nutrizionale

È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso.

Tabella 9. Distribuzione % dello stato nutrizionale (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	4	4	2	3
Normopeso	83	84	83	84
Sovrappeso	11	11	13	11,5
Obeso	2	1	2	1,5

Figura 3. Distribuzione % di sovrappeso e obesità per genere ed età, 11-15 anni



La grande maggioranza dei ragazzi/e è normopeso (84%), il 13% è in eccesso ponderale (12% in sovrappeso e 1% con obesità). Per tutte le età sono i maschi ad avere percentuali di sovrappeso più elevate.

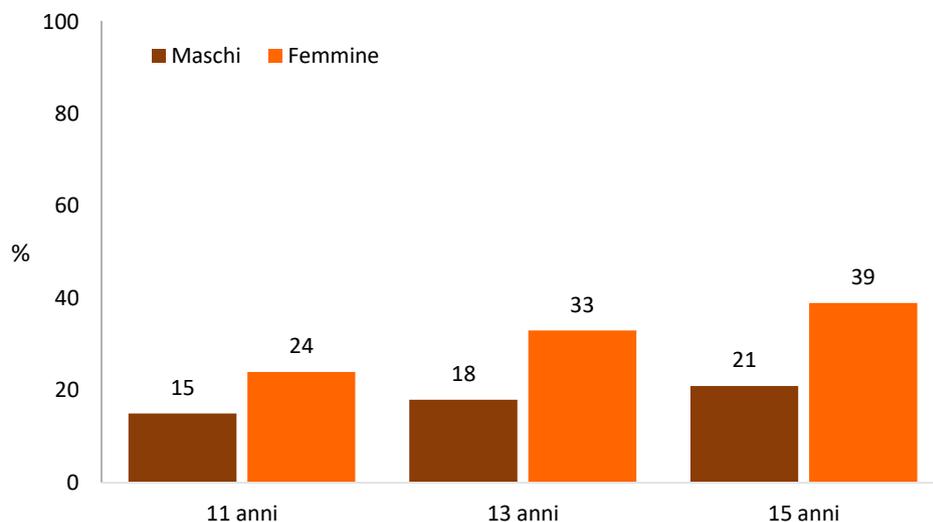
Insoddisfazione corporea

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo; causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi⁶. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi “troppo grasse/i”, indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. Alle/i ragazze/i è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso⁷.

Tabella 10. Distribuzione % della percezione del proprio peso, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	2	1	1	1
Un po' troppo magro	9	10	13	10
Più o meno della taglia giusta	70	64	56	64
Un po' troppo grasso	17	22	27	22
Decisamente troppo grasso	2	3	3	3

Figura 4. Distribuzione % di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere, 11-15 anni



Circa i 2/3 dei ragazzi/e pensa di pesare il giusto (64%), si passa però dal 70% degli 11enni al 56% dei 15enni. All'aumentare dell'età cresce la percentuale di ragazzi/e che reputa di essere troppo grassi passando dal 19% degli 11enni al 25% dei 13enni fino al 30% dei 15enni. La sensazione di essere troppo grasse è più diffusa tra le ragazze rispetto ai ragazzi, con un differenziale che cresce all'aumentare dell'età.

Tabella 11. Distribuzione % di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per età, 11-15 anni

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso [^]	2	1	0	1
Normopeso	61	67	68	66
Sovrappeso	30	26	27	27
Obeso	7	6	5	6

[^]frequenza campionaria <5 per cella

I ragazzi e le ragazze hanno una percezione del proprio stato ponderale sostanzialmente errata, infatti solamente 1/3 dei ragazzi/e che si percepiscono grassi sono effettivamente in sovrappeso (27%) o in stato di obesità (6%); la maggior parte di essi (66%) è invece normopeso.

Tabella 12. Distribuzione % dell'essere o meno a dieta, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	61	52	42	53
No, ma dovrei perdere qualche chilo	20	21	25	21
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	7	10	12	10
Sì	12	17	21	16

Circa la metà dei ragazzi/e dichiara di non essere a dieta in quanto considerano giusto il proprio peso (53%). Il 21% non è a dieta ma pensa di dover fare qualcosa, in quanto ritiene il proprio peso eccessivo e il 16% è a dieta. I ragazzi/e che sono a dieta o pensano di doversi mettere crescono con l'età, passando dal 32% degli 11enni al 46% dei 15enni.

Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

Tabella 13. Distribuzione % della frequenza giornaliera/settimanale dell'igiene orale, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	69	73	72	71
Una volta al giorno	25	24	24	24
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	4	3	3	4
Meno di una volta alla settimana	1	0	1	1
Mai	1	0	0	0

Quasi tutti i ragazzi/e si lavano i denti almeno una volta al giorno (71% più volte e 24% una volta). Una piccola percentuale, pari al 5%, di essi si lava raramente i denti.

Il FAS e le abitudini alimentari

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante per analizzare e approfondire alcune abitudini e stili di vita dei ragazzi. HBSC utilizza l'indicatore FAS (Family Affluence Scale), che si articola su tre livelli –basso, medio, alto–, come proxy dello stato socio-economico familiare.

Tabella 14. Abitudini alimentari e eccesso ponderale per stato socio-economico familiare (FAS), 11-15 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	62	68	65
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	30	35	39
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	38	47	50
Consumo quotidiano di bevande gassate	9	8	10
Prevalenza di sovrappeso	18	10	10
Prevalenza di obesità	3	2	0

La frequenza del consumo quotidiano di frutta e verdura e l'eccesso ponderale risultano associati al livello socio-economico familiare: al migliorare del benessere cresce la percentuale di ragazzi e ragazze che mangiano frutta e verdura, mentre diminuisce la percentuale di quelli che sono in eccesso ponderale.

Per un confronto nel tempo

Di seguito si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compreso gli adolescenti.

Tabella 15. Abitudini alimentari e eccesso ponderale: un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	67	66
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	41	35
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	47	46
Consumo quotidiano di bevande gassate	10	9
Prevalenza di sovrappeso	10	12
Prevalenza di obesità	1	1

Ad eccezione del consumo di frutta, che è diminuito nel 2022 rispetto al 2018, non si osservano variazioni rilevanti nel periodo pre-post pandemia.

Bibliografia essenziale

¹ Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.

² Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.

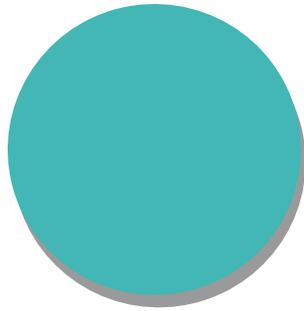
³ Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.

⁴ Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.

⁵ Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*,97:667–75.

⁶ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.

⁷ Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

L'attività fisica

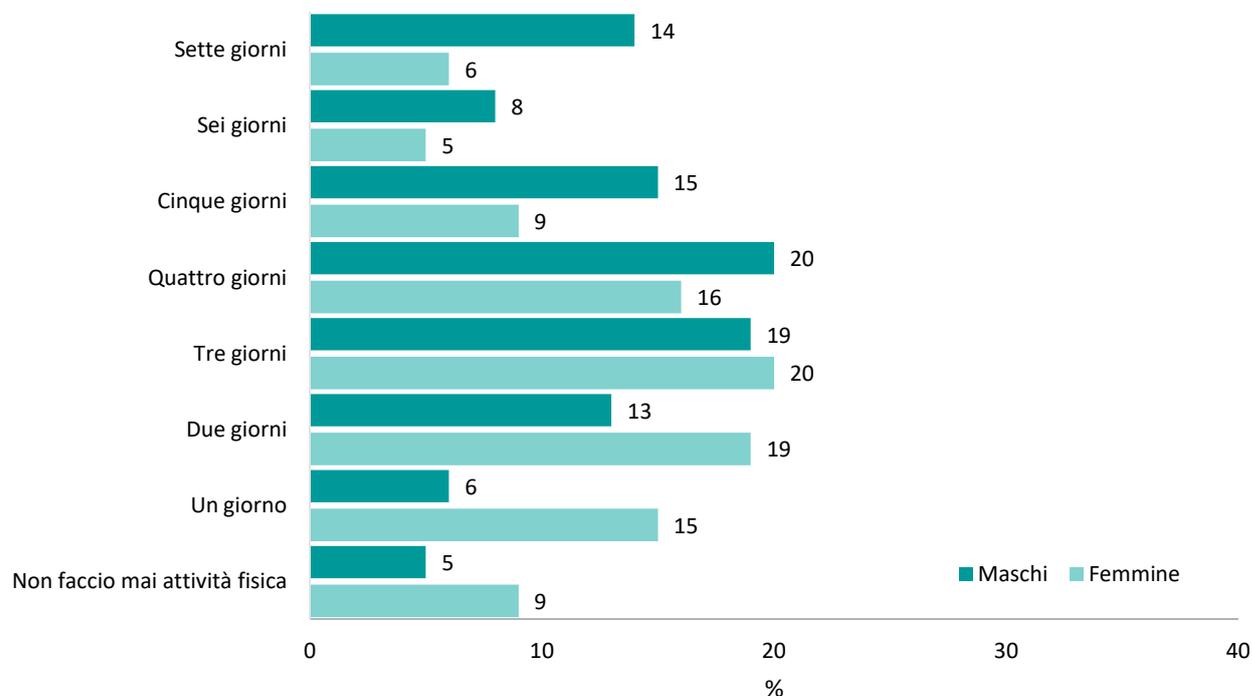
Secondo l'OMS, i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da svolgere quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa e almeno tre volte a settimana di attività fisica intensa¹.

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, divertirsi, costruire nuove amicizie e crescere in salute^{2,3}.

Tabella 1. Distribuzione % di attività fisica moderata-intensa settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	5	7	11	7
Un giorno	8	11	15	11
Due giorni	17	16	14	16
Tre giorni	21	18	19	19
Quattro giorni	19	18	15	18
Cinque giorni	13	12	12	12
Sei giorni	6	8	6	7
Sette giorni	11	10	8	10

Figura 1. Distribuzione % di attività fisica moderata-intensa settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere, 11-15 anni



Il 17% dei ragazzi/e può essere considerato fisicamente attivo svolgendo attività fisica quasi tutti i giorni (6 o 7 giorni la settimana), anche se solo il 10% segue le raccomandazioni dell’OMS. Per contro il 18% dei ragazzi/e è sedentario praticando attività fisica per almeno un’ora al giorno al massimo una volta in settimana (1 giorno in settimana o mai). La percentuale di sedentari aumenta con l’età dei ragazzi/e passando dal 13% degli 11enni al 26% dei 15enni.

I maschi praticano più attività fisica delle femmine: il 22% dei ragazzi può essere considerato attivo rispetto all’11% delle ragazze e l’11% dei ragazzi è sedentario rispetto al 24% delle ragazze.

Tabella 2. Distribuzione % dei giorni di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell’orario scolastico, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	9	9	6	8
Da 4 a 6 volte a settimana	23	25	23	24
3 volte a settimana	22	20	21	21
2 volte a settimana	21	18	16	18
Una volta a settimana	12	12	14	13
Una volta al mese	3	5	6	5
Meno di una volta al mese	3	5	6	4
Mai	7	6	8	7

Un terzo dei ragazzi/e svolge attività fisica intensa extrascolastica per almeno 4 volte in settimana (di cui l’8% ogni giorno), mentre il 16% dei ragazzi/e non ne fa praticamente mai (al massimo una volta al mese).

Comportamenti sedentari

I comportamenti sedentari, come ad esempio guardare la TV e usare i device elettronici/videogiochi, sono negativamente associati con la salute e il benessere durante l’adolescenza^{4,5}. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nei ragazzi e l’aumento dello stress, dell’ansia e del consumo di sostanze^{6,7,8}.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente “screen time”) e l’obesità⁹.

Frequenza dell’uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione

L’*American Academy of Pediatrics* affida ai genitori l’importante compito di educare i propri figli a un uso consapevole e limitato dei diversi media¹⁰. I bambini e gli adolescenti di oggi vivono immersi nei media: dalla TV ai social e videogiochi.

L’utilizzo globale dei media tra gli adolescenti ha continuato a crescere negli ultimi dieci anni. Circa tre quarti degli adolescenti oggi possiedono uno smartphone, che consente l’accesso a Internet, streaming TV/video e App interattive, e circa un quarto si definisce “costantemente connesso” a Internet¹¹.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media^{12,13}; la famiglia, ma anche i diversi contesti educativi

(ad esempio la scuola), sono pertanto chiamati a svolgere un ruolo importante per educare le giovani generazioni a un uso consapevole delle diverse tipologie di intrattenimento su schermo.

Tabella 3. Distribuzione % delle ore al giorno dedicate a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	13	21	24
Circa mezz'ora	21	17	18
Circa un'ora	25	19	19
Circa 2 ore	19	19	15
Circa 3 ore	10	10	9
Circa 4 ore	4	5	7
Circa 5 ore o più	8	9	8

Tabella 4. Distribuzione % delle ore al giorno dedicate a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network, per età, 11-15 anni

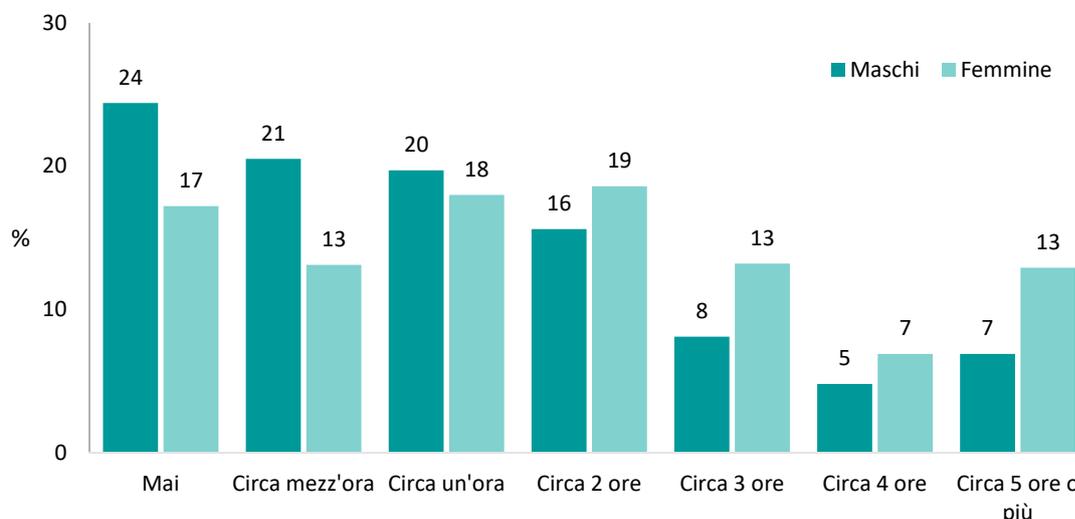
	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	38	14	5
Circa mezz'ora	22	15	12
Circa un'ora	16	19	22
Circa 2 ore	10	21	22
Circa 3 ore	6	11	17
Circa 4 ore	3	7	9
Circa 5 ore o più	5	13	13

Tabella 5. Distribuzione % delle ore al giorno dedicate guardare TV/DVD o i video (inclusi quelli presenti su siti web), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	9	10	10
Circa mezz'ora	27	23	23
Circa un'ora	27	28	26
Circa 2 ore	21	20	20
Circa 3 ore	6	8	10
Circa 4 ore	4	5	5
Circa 5 ore o più	6	6	6

L'uso di pc, tablet e cellulari è diversificato a seconda dell'età dei ragazzi/e. I più giovani (11enni) ne fanno uso soprattutto per giocare a videogiochi: il 65% di essi gioca fino a 2 ore al giorno (rispetto al 52% dei 15enni) e solamente il 13% non ne fa mai uso per giocare (rispetto al 24% dei 15enni). Per contro i 13enni e soprattutto i 15enni usano pc, tablet e cellulari per vedere video, ma soprattutto per stare sui social: il 39% dei 15enni trascorre sui social più di 2 ore al giorno (rispetto al 14% degli 11enni) e solamente il 5% dei 15enni non trascorre nessun minuto al giorno sui social (rispetto al 38% degli 11enni).

Figura 2. Distribuzione % delle ore dedicate a usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social network, per genere, 11-15 anni



Sono le ragazze a preferire l'uso dei social: oltre la metà di esse (52%) trascorre almeno 2 ore al giorno in questa attività (tra cui il 13% 5 ore e più) rispetto al 36% dei coetanei maschi. In generale i maschi fanno un uso moderato dei social: un quarto (24%) non li usano mai e un altro 21% li usa per circa mezz'ora la giorno.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante per analizzare e approfondire alcune abitudini e stili di vita dei ragazzi. HBSC utilizza l'indicatore FAS (Family Affluence Scale), che si articola su tre livelli –basso, medio, alto–, come proxy dello stato socio-economico familiare.

Tabella 6. Attività fisica e comportamenti sedentari stratificati con il FAS (%), 11-15 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	36	45	58
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	45	51	61
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	26	22	24
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	28	26	26
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	24	18	16

Il livello socio-economico familiare risulta associato ai comportamenti dei ragazzi/e: coloro che vivono in famiglie con livello basso hanno percentuali più alte di comportamenti sedentari, percentuali che si riducono all'aumentare del FAS. Inoltre, ragazzi/e provenienti da famiglie con livello socio-economico basso hanno anche percentuali minori di pratica adeguata dell'attività fisica (tali percentuali crescono all'aumentare del FAS).

Di seguito si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Come anche ricordato nel capitolo precedente, tra le due raccolte dati, quella del

2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compreso gli adolescenti.

Tabella 7. Attività fisica: un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	55	47
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	69	53

I livelli di attività fisica delle ragazze e dei ragazzi nel periodo post pandemico si sono ridotti; in particolare l'attività fisica intensa, passando dal 69% del 2018 al 53% del 2022.

Bibliografia essenziale

¹ World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; ISBN 978-92-4-001512-8.

² Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(8):e0134804.

³ Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Sports Med. 2019

⁴ Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, Saunders TJ, Katzmarzyk PT, Okely AD, Connor Gorber S, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41:S240–65

⁵ Tremblay, M.S., Leblanc, A.G., Janssen, I., Kho, M.E., Hicks, A., Murumets, K., et al. 2011a. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. Appl. Physiol. Nutr. Metab. 36(1): 59–64

⁶ Pengpid S, Peltzer K. Leisure-Time Sedentary Behavior Is Associated with Psychological Distress and Substance Use among School-Going Adolescents in Five Southeast Asian Countries: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jun 13;16(12). pii: E2091.

⁷ Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;242:5–13.

⁸ Stanczykiewicz B, Banik A, Knoll N, Keller J, Hohl DH, Rosińczuk J, Luszczynska A. Sedentary behaviors and anxiety among children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2019 Apr 30;19(1):459

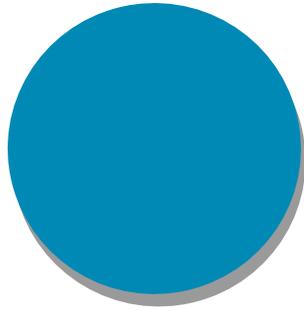
⁹ de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. PloS One. 2014 Aug 21;9(8):e105620.

¹⁰ <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>

¹¹ Lenhart A. Teens, Social Media & Technology Overview 2015. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.

¹² COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. Pediatrics. 2016 Nov;138(5)

¹³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



CAPITOLO 5

Ambiente scolastico

Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere

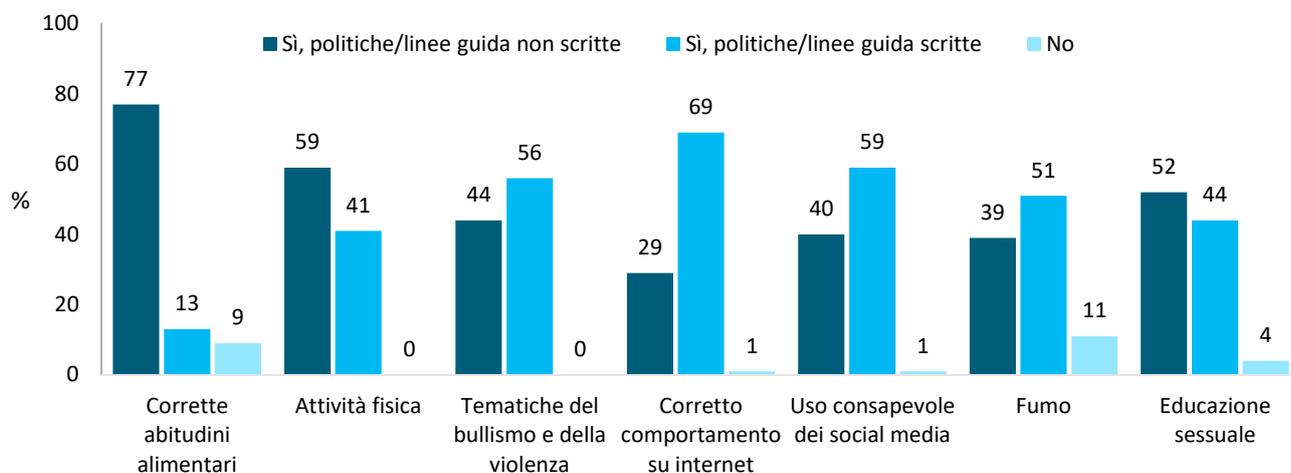
Le caratteristiche della scuola, che siano strutturali oppure organizzative possono influenzare il benessere individuale e collettivo così come l'adattamento dei nostri ragazzi al contesto². In HBSC anche i Dirigenti Scolastici hanno risposto alle domande sulle caratteristiche strutturali e organizzative della loro scuola e sulle eventuali iniziative scelte per promuovere la salute degli studenti. Queste informazioni saranno utili nel confronto con le risposte fornite dagli studenti per una migliore comprensione delle eventuali differenze che emergono nei comportamenti e nelle condizioni di salute dei ragazzi.

Tabella 1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	23	61	12	4	-	-
La palestra è in buone condizioni	36	49	12	3	-	-
I laboratori didattici sono attrezzati	19	44	32	1	-	4
La scuola necessita di restauro	16	34	40	9	1	-

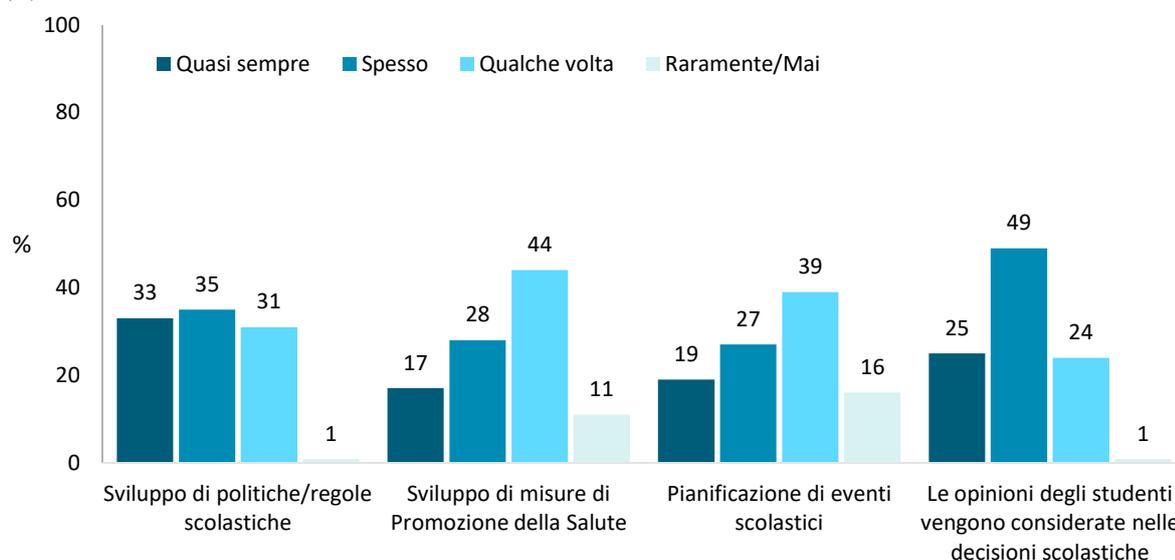
Quasi la metà dei Dirigenti Scolastici si dichiara “d'accordo” e “completamente d'accordo” sulla necessità di restaurare la propria scuola. I due terzi trova adeguatamente attrezzati i laboratorio didattici e la grande maggioranza ritiene il cortile e la palestra idonei a soddisfare i bisogni di insegnanti e alunni (rispettivamente 84% e 85%).

Figura 1. Misure di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (%)



Quasi tutte le scuole adottano politiche o linee guida rispetto agli argomenti indagati: in particolare la maggior parte ha linee guida scritte per l'uso consapevole dei social, la netiquette e il contrasto al bullismo e alla violenza. La presenza di linee guida non scritte riguarda invece la maggior parte delle scuole rispetto a argomenti come la sana alimentazione, la pratica dell'attività fisica e l'educazione sessuale. Colpisce l'11% delle scuole che non hanno politiche e linee guida nei confronti del fumo, nonostante la legislazione vieti il fumo sia all'interno che all'esterno delle scuole.

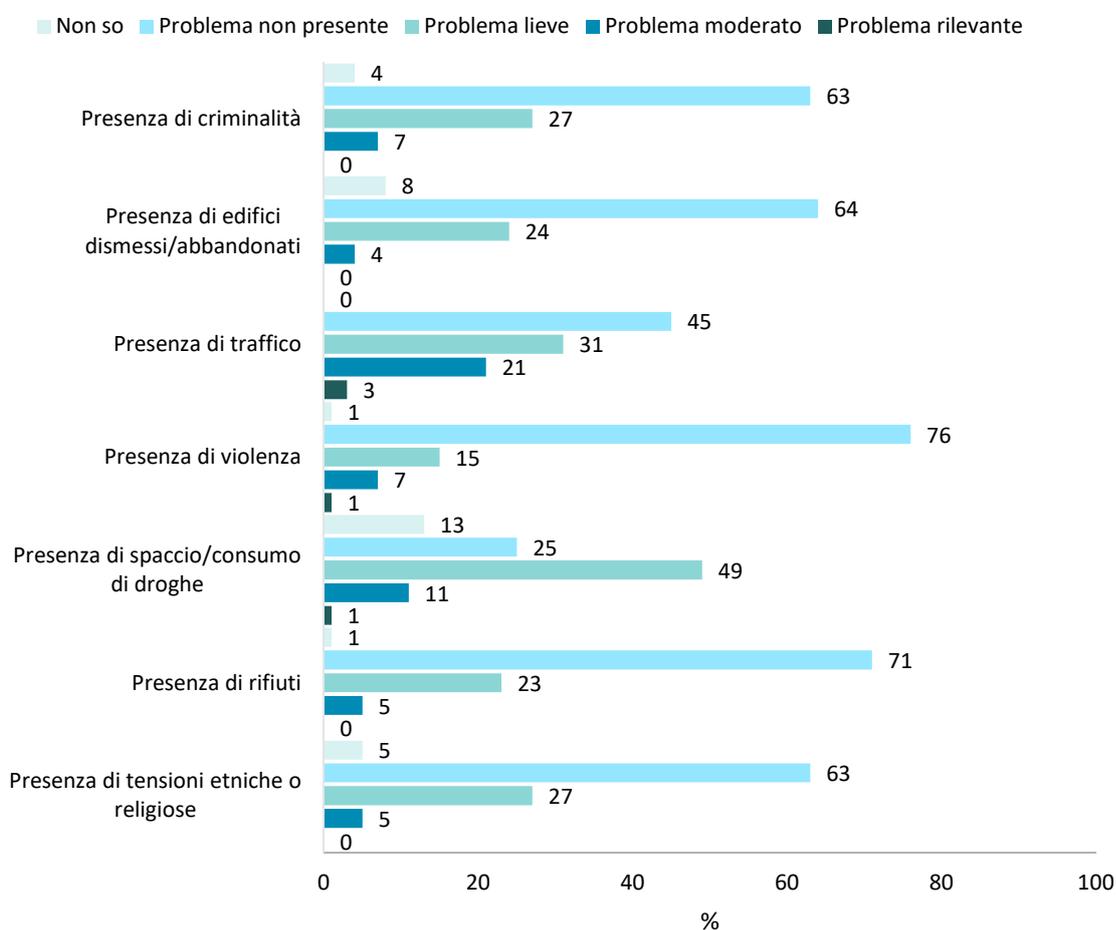
Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



Gli studenti sono coinvolti principalmente nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (33% quasi sempre; 35% spesso) e nelle decisioni che competono la scuola (25% quasi sempre; 49% spesso). Sono meno coinvolti nella pianificazione di eventi scolastici (19% quasi sempre, 27% spesso) e nello sviluppo di misure di prevenzione della salute (17% quasi sempre, 28% spesso).

Il contesto ambientale, come luogo nel quale la scuola è inserita, è di estrema rilevanza per i ragazzi come per tutto il corpo insegnante. Esso può favorire oppure essere di ostacolo non solo alle attività scolastiche, ma anche alla qualità delle stesse.

Figura 3. Presenza in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola (%)



La problematica maggiormente segnalata da parte dei Dirigenti Scolastici è la presenza di traffico, un problema moderato per il 21% dei Dirigenti e lieve per il 31%. Segue la presenza di spaccio e consumo di droghe, considerato un problema moderato dall'11% dei Dirigenti e lieve dal 49%.

Tabella 2. Valutazione delle attività e delle manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola (%)

	Varie iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	1	8	1
Abbastanza in disaccordo	8	12	3
In disaccordo	11	48	1
Né in accordo né in disaccordo	17	12	15
D'accordo	28	11	45
Abbastanza d'accordo	23	8	13
Completamente d'accordo	11	0	15
Non so	1	1	7

I quartieri o i paesi in cui si trovano le scuole secondo le dichiarazioni dei Dirigenti Scolastici sono spesso animati da diverse iniziative culturali (62%), hanno punti di ritrovo per i giovani (68%) e sono arricchiti dalla presenza di associazioni che operano nel sociale (73%).

Rapporto con gli insegnanti

La buona qualità della relazione tra insegnanti e studenti è uno tra fattori che maggiormente contribuiscono all'adattamento degli adolescenti all'ambiente scolastico e alle buone relazioni individuali e di gruppo³⁻⁴. Studi recenti osservano che gli studenti che percepiscono relazioni positive con i loro insegnanti, mostrano migliori capacità di affrontare situazioni problematiche e nel complesso un migliore adattamento comportamentale al contesto scolastico⁵⁻⁶, con effetti positivi anche sul loro successo scolastico⁷⁻⁸. Numerosi studi internazionali e nazionali hanno dimostrato come una relazione positiva con gli insegnanti possa moderare l'esternazione di comportamenti aggressivi⁹ e rappresentare un potente fattore protettivo per l'assunzione dei più comuni comportamenti a rischio¹⁰⁻¹¹.

Tabella 3. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti si interessano a me come persona”, per età (%), 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	16	11	7	12
D'accordo	35	32	24	31
Né in accordo né in disaccordo	34	37	42	37
Non d'accordo	9	14	18	13
Per niente d'accordo	6	6	9	7

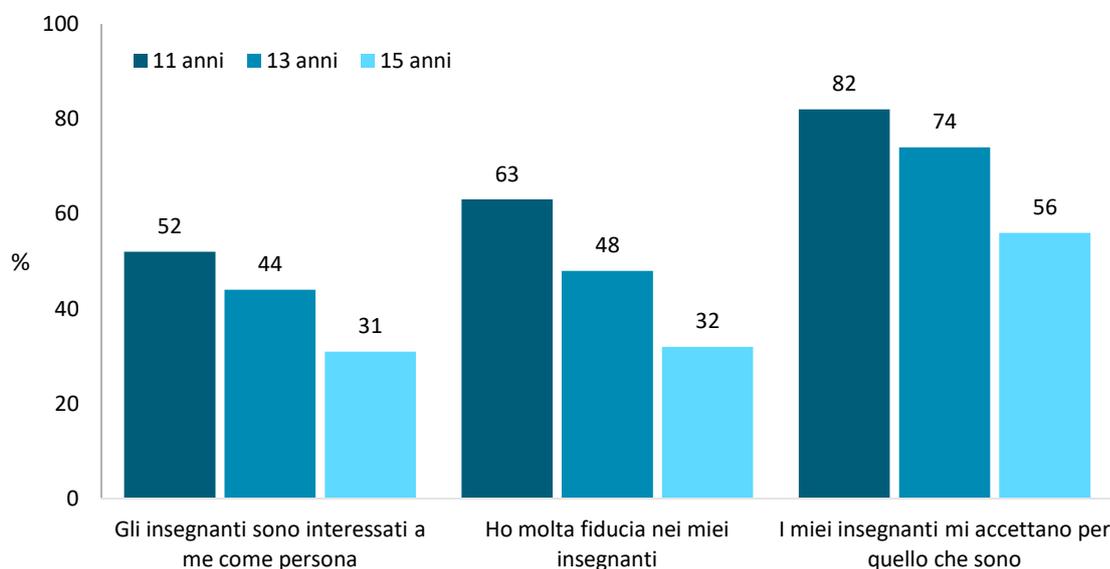
Tabella 4. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “Ho molta fiducia nei miei insegnanti”, per età (%), 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	28	14	7	18
D'accordo	35	34	24	32
Né in accordo né in disaccordo	25	30	36	29
Non d'accordo	6	12	19	11
Per niente d'accordo	6	10	14	10

Tabella 5. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”, per età (%), 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	42	29	15	30
D'accordo	40	45	41	42
Né in accordo né in disaccordo	13	18	33	20
Non d'accordo	2	6	7	5
Per niente d'accordo	3	2	4	3

Figura 4. Distribuzione % di coloro che sono “d'accordo” o “molto d'accordo” con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti, per età (%), 11-15 anni



Sono maggiormente gli 11enni ad avere un giudizio positivo del loro rapporto con gli insegnanti. Questa visione positiva si riduce all'aumentare dell'età dei ragazzi/e tanto che tra i 15enni circa un terzo non ha fiducia nei propri insegnanti e/o pensano che gli insegnanti non siano interessati a loro.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

Il modo in cui i ragazzi si relazionano con i loro pari e con i compagni di scuola rappresenta un ulteriore fattore chiave per lo sviluppo della personalità dei ragazzi, durante l'adolescenza^{6,12}. La relazione tra pari, soprattutto quando di buona qualità sembra influire non solo sulla partecipazione dei giovani alle attività scolastiche ma in modo particolare sulla loro motivazione e sul desiderio di riuscire a ottenere buoni risultati nelle diverse attività. Di contro, gli studenti che riportano maggiori difficoltà a relazionarsi con i compagni presentano in media un peggiore rendimento con voti complessivamente più bassi¹³. Riportare relazioni positive tra pari, così come avere amici a scuola facilita la condivisione di comportamenti adeguati al contesto¹⁴ e, indirettamente, consolida l'impegno nello studio¹⁵.

Tabella 6. Distribuzione % di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	77	73	73	74
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	76	72	73	74
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	80	81	81	81
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	71	70	73	71

Indipendentemente dall'età la grande maggioranza dei ragazzi/e ha un gruppo di pari su cui può contare e con cui può parlare dei propri problemi e condividere gli eventi importanti della vita.

Tabella 7. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età (%), 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	24	13	16	18
D'accordo	40	36	49	40
Né in accordo né in disaccordo	26	32	24	28
Non d'accordo	7	15	8	10
Per niente d'accordo	3	4	3	4

Tabella 8. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, per età (%), 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	30	20	22	24
D'accordo	41	40	48	42
Né in accordo né in disaccordo	19	27	22	23
Non d'accordo	7	7	6	7
Per niente d'accordo	3	6	2	4

La maggior parte dei ragazzi/e ritiene i propri amici disponibili e si sente accettato dai pari con l'eccezione delle ragazze 13enni che mostrano percentuali di soddisfazione del proprio gruppo di amici abbastanza contenute.

Figura 5. Distribuzione % di coloro che sono “molto d'accordo” o “d'accordo” con l'affermazione: “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età e genere, 11-15 anni

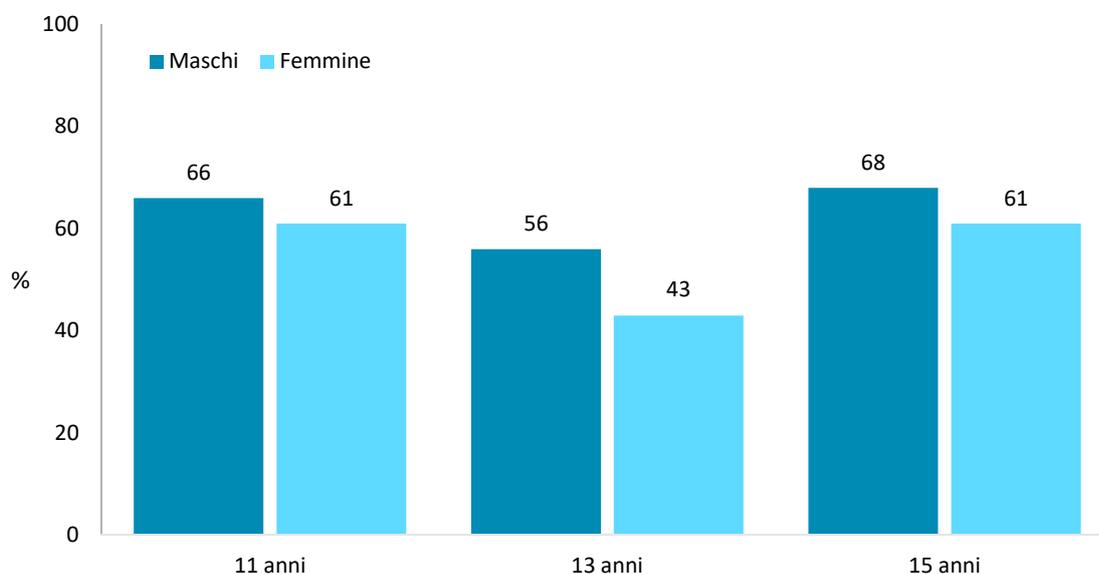
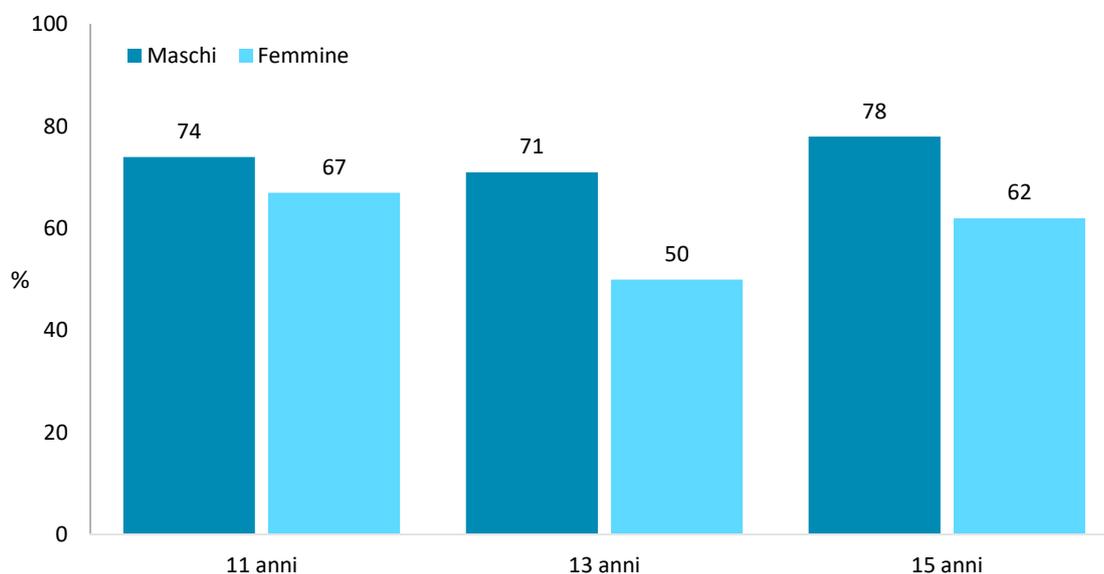


Figura 6. Distribuzione % di coloro che sono “molto d'accordo” o “d'accordo” con l'affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere, 11-15 anni



Bullismo e cyberbullismo

Il rapporto su bullismo a scuola dell'Unesco¹⁶, è stato pubblicato nel 2019 con l'intento di voler sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno bullismo e incoraggiare i diversi Paesi Europei a intraprendere azioni di contrasto efficaci che siano basate su dati concreti e sulle buone pratiche. Il rapporto analizza il fenomeno in 71 paesi del mondo integrando fonti informative differenti tra le quali anche HBSC. Coerentemente con quanto già osservato nello studio, si conferma che l'Italia è uno tra i Paesi con la minore prevalenza di bullismo e tra quelli con tendenza in riduzione¹⁶. Il bullismo non è una manifestazione violenta come altre, ma un fenomeno sociale che coinvolge giovani di ogni fascia di età. Vittime, spettatori o perpetratori non sempre riescono ad avere consapevolezza di far parte di un percorso di violenza, e non sempre riescono a districarsi dalla situazione e dai ruoli nei quali si trovano. Spesso questi atti vengono sottovalutati o erroneamente considerati scherzi innocui, rituali di passaggio o peggio dinamiche accettabili¹⁷. Il bullismo è un tipo di aggressività specifica, caratterizzata da violenza verbale o fisica in cui il comportamento (i) è condotto con l'intenzione di disturbare, infastidire o nuocere l'altro, (ii) si verifica ripetutamente e con continuità nel tempo e (iii) esiste in presenza di uno squilibrio di potere, con un persona o gruppo più potente che ne aggredisce/attacca uno meno potente che non può adeguatamente difendersi per fermare l'aggressione¹⁸. È di solito più frequente nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo diverso tra ragazzi e ragazze. Spesso le aggressioni fisiche sono più comuni nei ragazzi, mentre quelle verbali e psicologiche nelle ragazze, anche se talvolta indipendentemente dal genere, queste modalità coesistono.

Il cyberbullismo è un'analogia aggressività che è esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, come un computer o uno smartphone. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, gli atti di cyberbullismo possono accadere in un tempo indefinito, in qualunque momento, coinvolgono un pubblico più vasto e spesso al di fuori della cerchia di conoscenze della vittima e si diffondono rapidamente senza possibilità o percezione di controllo¹⁹. Un lavoro

della Commissione Europea di qualche anno fa, che coinvolgeva sette Paesi tra cui l'Italia, ha dimostrato che il fenomeno è nuovo e in crescita, complice anche la diffusione dei dispositivi elettronici e la precoce esposizione agli stessi. A differenza del bullismo, il cyberbullismo sembra aumentare con l'età e sembra imporsi come fenomeno a sé, simile al bullismo ma solo nel nome²⁰. Se pur tutto ciò sembra essere allarmante, recenti studi confermano che un clima positivo tra i coetanei e delle buone relazioni con figure adulte di riferimento, soprattutto gli insegnanti scolastici e i coach sportivi, riducono la probabilità di questi comportamenti lesivi e rappresentano un potente fattore protettivo. Le dinamiche relazionali positive, che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono, infatti, un ulteriore elemento protettivo su cui investire¹⁹.

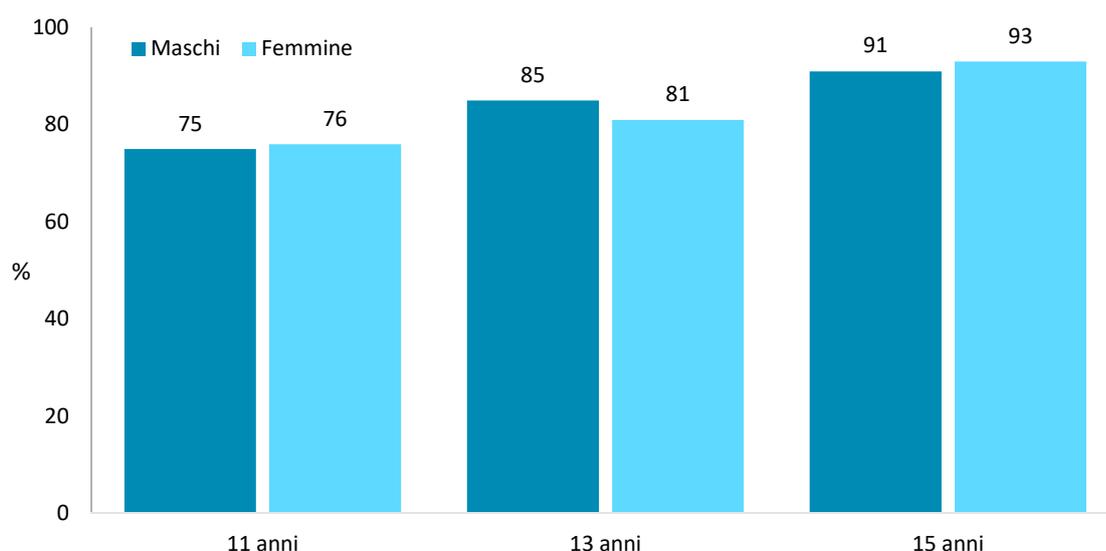
Tabella 9. Distribuzione % delle volte in cui si sono subiti atti di bullismo (ultimi due mesi), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	75	83	92	82
Una o due volte	14	10	6	11
Due o tre volte al mese	5	3	0	3
Circa una volta alla settimana	2	2	1	2
Più volte alla settimana	4	2	1	2

Il 25% degli 11enni ha subito almeno un atto di bullismo negli ultimi due mesi, questa percentuale si riduce all'aumentare dell'età dei ragazzi/e.

Il fenomeno del bullismo subito, legato all'età dei ragazzi, non è invece associato al loro genere.

Figura 7. Distribuzione % di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere, 11-15 anni



Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato attivamente, sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari.

Tabella 10. Distribuzione % delle volte in cui si è partecipato ad atti di bullismo (ultimi due mesi), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho mai fatto il bullo con un compagno	79	83	90	83
Una o due volte	13	11	7	11
Due o tre volte al mese	5	2	1	3
Circa una volta alla settimana	1	2	1	1
Più volte alla settimana	2	2	1	2

La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi non ha partecipato a episodi di bullismo verso un compagno (83%). Tale percentuale aumenta con l'aumentare dell'età dei ragazzi/e.

Figura 8. Distribuzione % di coloro che dichiarano di non aver mai partecipato ad atti di bullismo contro un compagno (ultimi 2 mesi), per età e genere, 11-15 anni

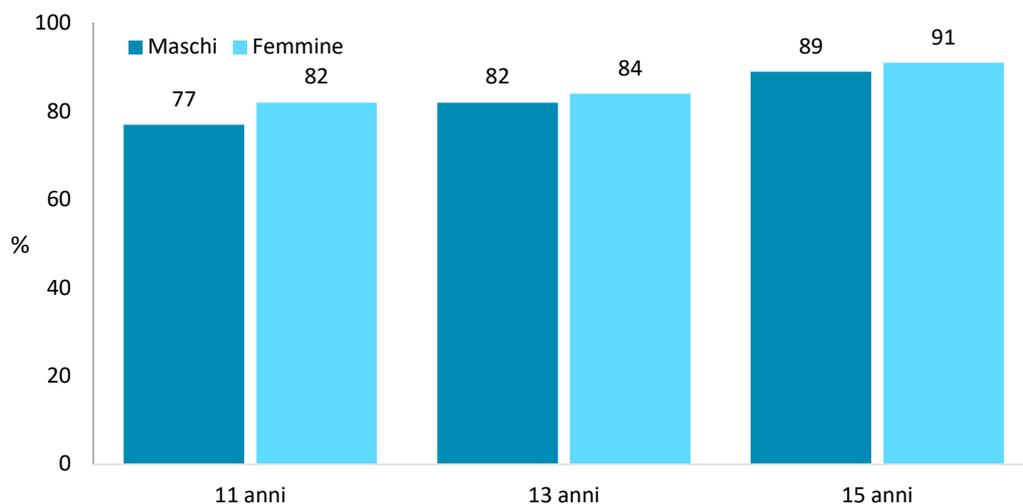


Figura 9. Distribuzione % di coloro che dichiarano di non aver “mai subito” azioni di cyberbullismo (ultimi 2 mesi), per età e genere, 11-15 anni

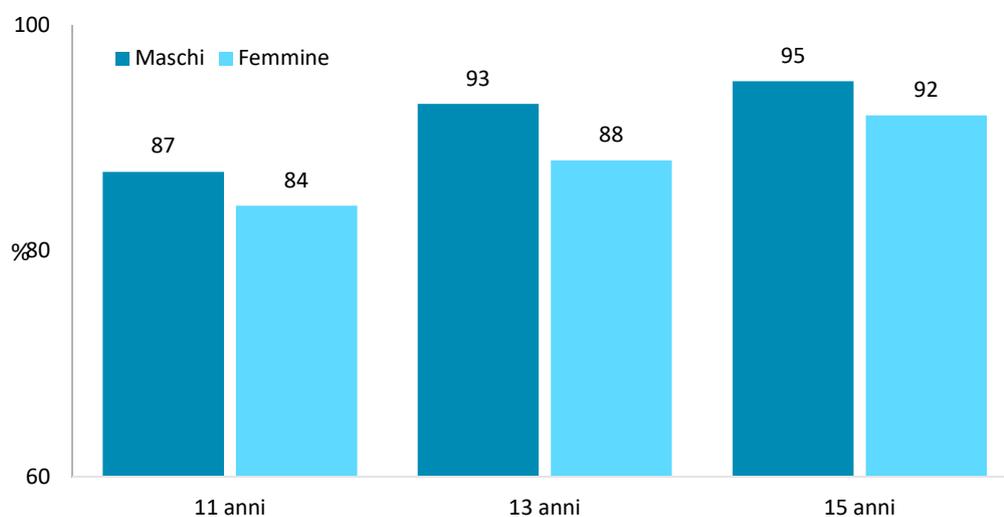
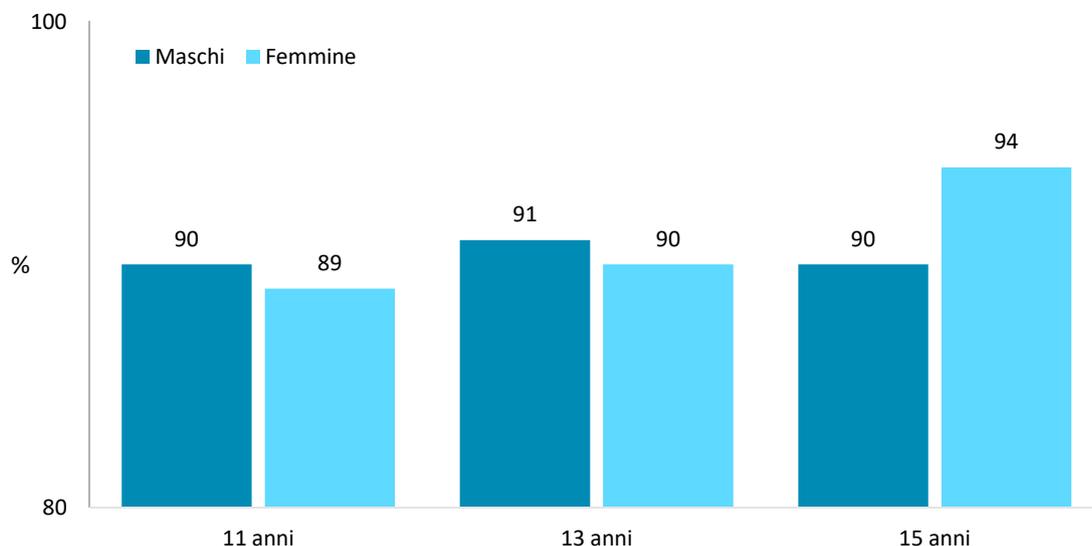


Figura 10. Distribuzione % di coloro che dichiarano di non aver “praticato” azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere, 11-15 anni



La maggior parte dei ragazzi/e, a prescindere dall’età e dal genere, non ha subito azioni di cyberbullismo, così come non ha praticato azioni di cyberbullismo.

Tabella 11. Distribuzione % delle volte in cui ci si azzuffati o picchiati con qualcuno (ultimi 12 mesi), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	60	66	78	67
Una volta	19	17	12	16
Due volte	8	7	5	7
Tre volte	4	4	2	3
Quattro volte o più	9	6	3	6

I due terzi degli studenti non è mai stato coinvolto in colluttazioni violente, un comportamento che migliora al crescere dell’età dei ragazzi.

La scuola

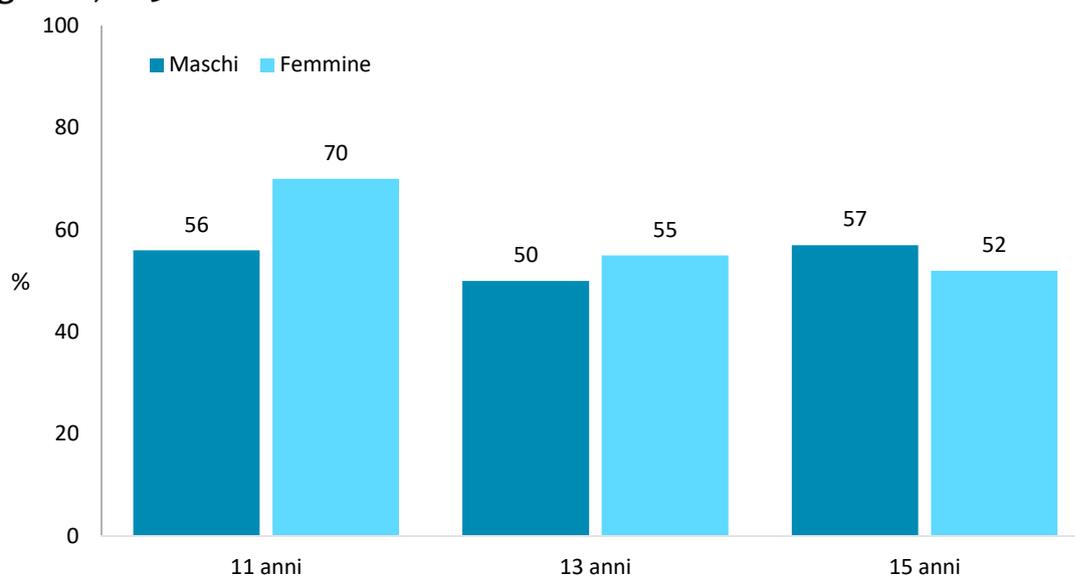
La scuola è il luogo in cui gli adolescenti trascorrono la maggior parte della loro quotidianità. Nella scuola i ragazzi sperimentano le loro difficoltà, vivono momenti di tensione e stress, ma anche relazioni e scambi positivi, con i coetanei, con gli adulti e con le diverse forme di autorità. Il rapporto dei ragazzi con la scuola è uno tra i determinanti della salute più significativi per la popolazione nell’età dello sviluppo.

Tabella 12. Distribuzione % della soddisfazione scolastica, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	12	7	6	8
Abbastanza	51	46	48	48
Non tanto	25	34	34	31
Non mi piace per nulla	12	13	12	13

A quasi i due terzi dei ragazzi/e 11enni e a circa la metà dei 13enni e dei 15enni piace andare a scuola (molto o abbastanza). Questa differenza legata all'età è dovuta alle ragazze che passano dal 70% di 11enni a cui piace andare a scuola al 52% delle 15enni. Tra i ragazzi, invece, non si osserva questo andamento decrescente all'aumentare dell'età.

Figura 11. Distribuzione % di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, per età e genere, 11-15 anni



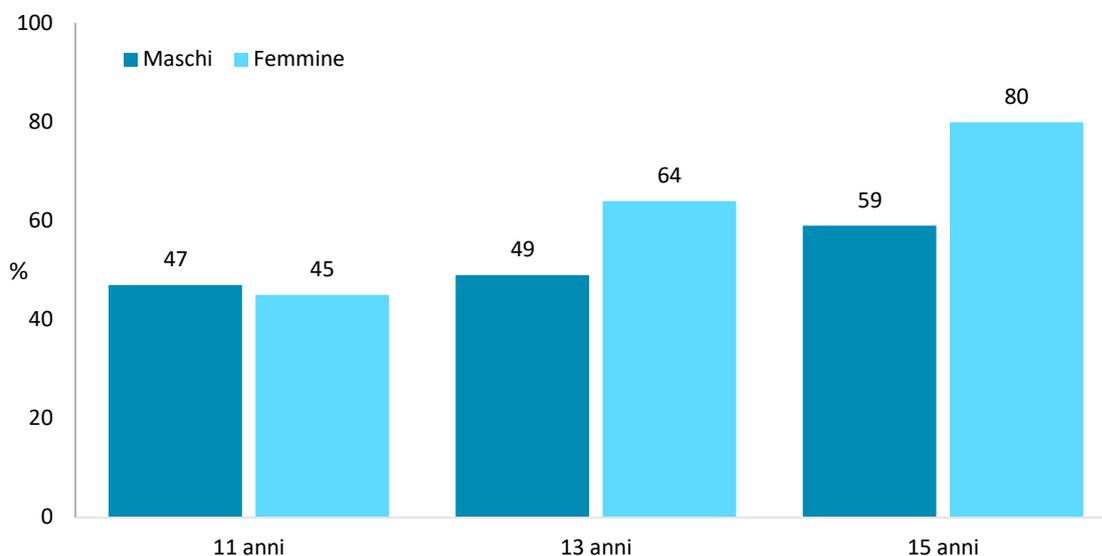
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio con risposte su una scala a 4 punti incrementale da “per niente” a “molto stressato”.

Tabella 13. Distribuzione % dello stress scolastico, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Per niente	9	6	4	7
Un po'	45	38	26	37
Abbastanza	30	34	35	33
Molto	16	22	35	23

La percentuale di ragazzi/e stressati dal carico di lavoro scolastico cresce al crescere dell'età dei ragazzi: si passa dal 46% degli 11enni che si definiscono abbastanza/molto stressati al 70% dei 15enni. Questo andamento è molto più marcato tra le ragazze.

Figura 12 Distribuzione % di coloro che si sentono “molto” o “abbastanza” stressati dalla scuola, per età e genere, 11-15 anni



Per un confronto nel tempo

Come nei capitoli precedenti si riporta un confronto tra alcuni indicatori calcolati per il 2018 e per il 2022. Tra le due raccolte dati gli adolescenti hanno vissuto la pandemia da COVID-19. Le indicazioni ministeriali e i cambiamenti vissuti possono avere avuto un impatto sulle abitudini e sulla scuola.

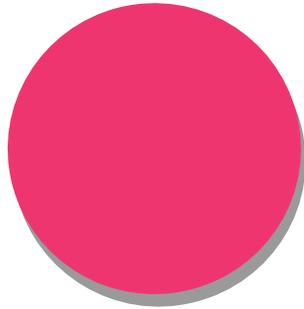
Tabella 14. Contesto scolastico: un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	49	43
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	59	50
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	64	58
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	86	82
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	93	89
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	65	57
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	56	56

Con l'eccezione dello stress dal carico scolastico, che è rimasto stabile, tutti gli indicatori del contesto scolastico, incluso bullismo e cyberbullismo, mostrano un peggioramento nel tempo. Tuttavia, sulla base di questi dati, non è possibile stabilire un nesso causale tra peggioramento della percezioni dei ragazzi/e e pandemia.

Bibliografia essenziale

- ¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ²Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- ⁶Wang C, Hatziyianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, Dalmasso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health*, 2015;37:573-80.
- ¹³Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- ¹⁸Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «*JAMA: Journal of the American Medical Association*», 285, pp. 2094-2100.
- ¹⁹Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- ²⁰Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)_571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)_571367_EN.pdf)
- ²¹Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt.



CAPITOLO 6

Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze

Fumo

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie a esso correlate se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature². Dal momento che questo comportamento inizia per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi della dipendenza³.

Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia tipo "regolatoria" del corpo come il controllo dell'umore o del peso, ma anche di tipo relazionale come l'appartenenza al gruppo o la sensazione di maturità e indipendenza⁴⁻⁵.

Tabella 1. Distribuzione % del fumo di sigaretta negli ultimi 30 giorni, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99	95	79	93
1-2 giorni	1	3	8	3
3-5 giorni	0	1	3	1
6-9 giorni	0	0	3	1
10-19 giorni	0	1	3	1
20-29 giorni	0	0	1	0
30 giorni o più	0	0	3	1

Tabella 2. Distribuzione % del fumo di sigaretta elettronica negli ultimi 30 giorni, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99	95	86	94
1-2 giorni	1	3	6	3
3-5 giorni	0	1	3	1
6-9 giorni	0	1	2	1
10-19 giorni	0	0	1	0
20-29 giorni	0	0	0	0
30 giorni o più	0	0	2	1

Oltre 9 ragazzi su 10 non ha fumato (negli ultimi 30 giorni) né la sigaretta tradizionale (93%), né quella elettronica (94%). La percentuale di non fumatori si riduce, però con l'aumentare dell'età, passando per il fumo di sigaretta dal 99% degli 11enni al 79% dei 15enni e per l'uso della e-cig dal 99% degli 11enni all'86% dei 15enni.

Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici⁶ e un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni⁷, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato e che può aver ripreso vigore in seguito alla fase pandemica che ci stiamo lasciando alle spalle. Inoltre, è fondamentale monitorare questo fenomeno anche alla luce del fatto che è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta⁸. Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta⁹.

L'alcol rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori a essi associati e stabilire politiche utili a limitarli¹⁰. Naturalmente tali politiche devono tener conto anche dei cambiamenti che negli ultimi anni si stanno osservando sul consumo di bevande alcoliche. In Italia, infatti, a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti.

Tabella 3. Distribuzione % del consumo di alcol nella vita, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	87	65	34	66
1-2 giorni	9	14	14	12
3-5 giorni	2	7	10	6
6-9 giorni	1	4	9	4
10-19 giorni	0	4	10	4
20-29 giorni	0	2	5	2
30 giorni o più	1	4	18	6

Tabella 4. Distribuzione % del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	95	79	48	77
1-2 giorni	4	14	24	13
3-5 giorni	1	4	14	5
6-9 giorni	0	2	7	3
10-19 giorni	0	1	4	1
20-29 giorni	0	0	1	0
30 giorni o più	0	0	2	1

La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi (66%) non ha mai consumato alcol nella propria vita, come negli ultimi 30 giorni (77%).

Tuttavia il 13% degli 11enni, il 35% dei 13enni e ben il 66% dei 15enni ha sperimentato l'alcol nella vita. Inoltre il 5% degli 11enni, il 21% dei 13enni e oltre la metà dei 15enni (52%) consuma alcol con una certa regolarità.

Tabella 5. Distribuzione % di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche, 11-15 anni

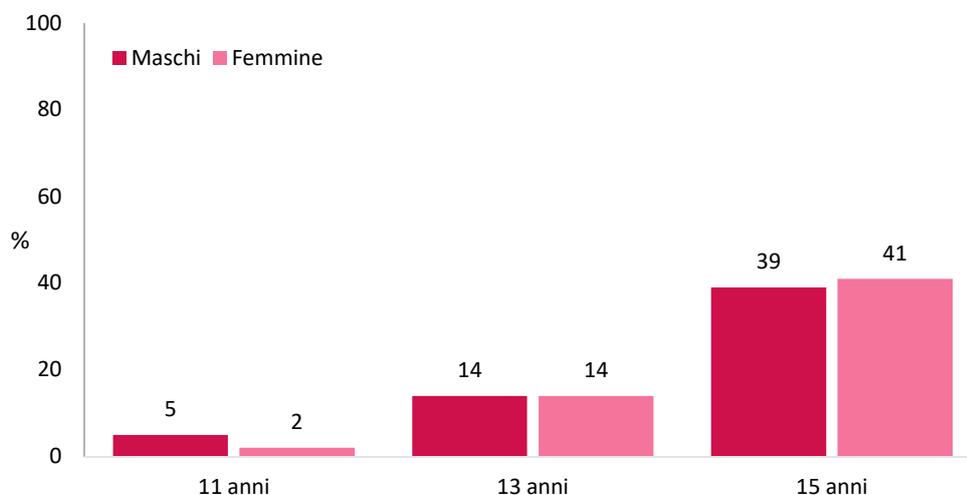
	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	0	4	5	14	77
Vino	0	2	3	13	82
Superalcolici	0	4	7	12	77
Alcolpops	0	2	4	10	84
Spritz	0	3	4	11	82
Altra bevanda alcolica	0	4	6	13	77

Tabella 6. Distribuzione % di ubriacatura nella vita, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	99	92	69
Si, una volta	1	6	11
Si, 2-3 volte	0	2	11
Si, 4-10 volte	0	0	6
Più di 10 volte	0	0	3

Come il consumo di alcol, anche il fenomeno dell'ubriacatura aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età. Se tra gli 11enni è quasi inesistente, tra i 15enni circa un terzo si ubriacato almeno una volta nella vita (e uno su cinque più volte).

Nella sorveglianza è indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di oltre 5 Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani¹¹⁻¹².

Figura 1. Distribuzione % di chi dichiara di aver consumato almeno una volta negli ultimi 12 mesi 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, per età e genere, 11-15 anni

Come tutto il consumo di alcol anche il binge drinking è un fenomeno più diffuso tra i 15enni, senza differenza di genere.

Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e in generale la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante¹⁴. Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni a un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione¹⁴. Nonostante si stia riscontrando, come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis, lo studio di questo fenomeno rimane una priorità per la Sanità Pubblica, in primis perché il periodo pandemico appena attraversato sembra aver aumentato il disagio tra gli adolescenti, e soprattutto per indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

L'uso di cannabis è indagato solo nei 15enni e nei 17enni (vedi capitolo dedicato ai 17enni).

La grande maggioranza dei 15enni non ha mai sperimentato la cannabis, il 17% lo ha fatto almeno un giorno nella vita e il 10% almeno un giorno negli ultimi 30 (il 5% per 1-2 giorni il 2% per 3-5 giorni e il 3% per 6 giorni o più). Non si osservano differenze legate al genere dei ragazzi.

Gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è diventato un problema sempre più diffuso tra gli adolescenti; questi ultimi sono considerati ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottostimarne i rischi e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza¹⁵⁻¹⁷. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a conseguenze negative, come comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio¹⁸.

L'indagine HBSC ha come obiettivo quello di monitorare l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi.

Il 75% dei ragazzi/e non ha mai scommesso o giocato denaro nella propria vita e l'84% non lo ha fatto negli ultimi 12 mesi (il 10% lo ha fatto 1-2 volte, il 3% 3-5 volte e sempre il 3% almeno 6 volte).

Tra chi ha giocato il 9% ha mentito sulla cifra scommessa e il 4% ha sentito il bisogno di scommettere più denaro.

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante per analizzare e approfondire alcune abitudini e stili di vita dei ragazzi. HBSC utilizza l'indicatore FAS (Family Affluence Scale), che si articola su tre livelli –basso, medio, alto-, come proxy dello stato socio-economico familiare.

Tabella 7. Comportamenti di dipendenza stratificati per il FAS (%), 15enni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	5	3	3
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	12	12	18
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	43	52	60
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	19	18	22
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	33	40	45
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	19	15	20
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	26	23	27

Lo stato socio-economico della famiglia non risulta associato ai comportamenti di dipendenza dei ragazzi/e, ad eccezione del consumo di alcol e del binge drinking che sono comportamenti più diffusi al crescere del FAS familiare.

Per un confronto nel tempo

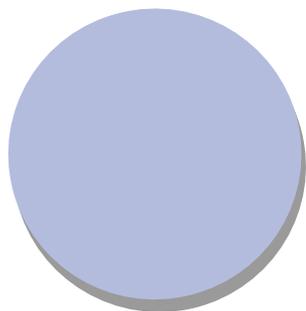
Tabella 8. Comportamenti di dipendenza: un confronto pre e post pandemia (%), 15enni

	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	20	21
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	51	52
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	19	19
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	41	40
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	12	10
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	31	25

Non si osservano differenze di comportamenti tra il 2018 e il 2022.

Bibliografia essenziale

- ¹Nationa Institute on Drug abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>
- ²WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- ³Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni*. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC. Padova: Cleup.
- ⁴Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T.(2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- ⁵ Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. Gender differences in smoking in young people. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- ⁶Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, Godeau E, Kuntsche E, Molcho M, Pförtner TK, Simons-Morton B, Vieno A, Vollebergh W, Pickett W. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 ;25 Suppl 2:69-72.
- ⁷Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, Elgar FJ. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S120-S128.
- ⁸Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.
- ⁹Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- ¹⁰Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014.
- ¹¹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- ¹²M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions., in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323-8.
- ¹³Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute*. Rapporto 2018. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).
- ¹⁴Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.
- ¹⁵Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862-1873.
- ¹⁶ Frisone, F., Settineri, S., Sicari, P. F., & Merlo, E. M. (2020). Gambling in adolescence: a narrative review of the last 20 years. *Journal of Addictive Diseases*, 38(4), 438-457..
- ¹⁷Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci*. 2016;17(8):970-980.
- ¹⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36



CAPITOLO 7

Salute e Benessere

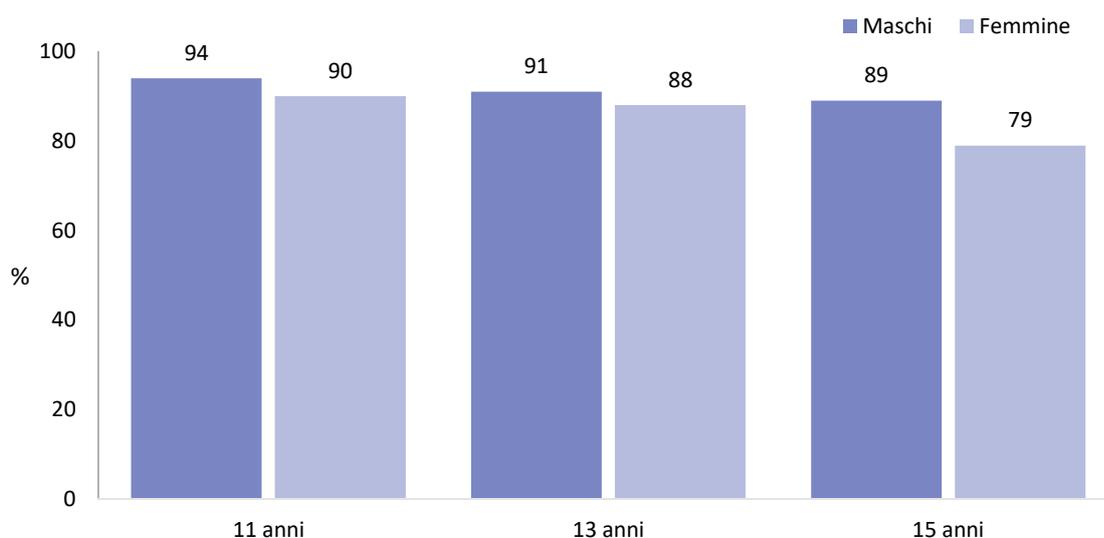
Salute percepita

Lo studio HBSC come si è detto precedentemente rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana che, sotto il profilo epidemiologico, presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute di una comunità nel suo complesso, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età per la quale è invece più appropriato affidarsi alla percezione soggettiva del proprio stato di salute⁷. Studi recenti condotti nella popolazione adulta hanno dimostrato che percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato a una ridotta aspettativa di vita e hanno descritto una chiara relazione tra la salute percepita e quella misurata dai professionisti della sanità⁶⁻⁷. Sembra quindi che chiedere direttamente a una persona come si senta sia un modo affidabile per conoscere la sua condizione di salute. Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione⁸ con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori⁹.

Tabella 1. Distribuzione % della salute percepita, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	42	34	29	36
Buona	50	55	55	53
Discreta	8	10	14	10
Scadente	0	1	2	1

Figura 1. Distribuzione % di ragazzi/e che considerano la propria salute “buona o eccellente”, per età e genere, 11-15 anni



Nove ragazzi/e su dieci percepiscono positivamente la propria salute, però con un andamento decrescente al crescere dell'età. Si passa dal 92% degli 11enni all'84% dei 15enni. Tale decremento è legato soprattutto al calo, all'aumentare dell'età, di ragazzi/e che percepiscono

la propria salute come eccellente (dal 42% degli 11enni al 29% dei 15enni). Il calo della percezione positiva della salute è presente in entrambi i generi, ma è più marcato per le ragazze.

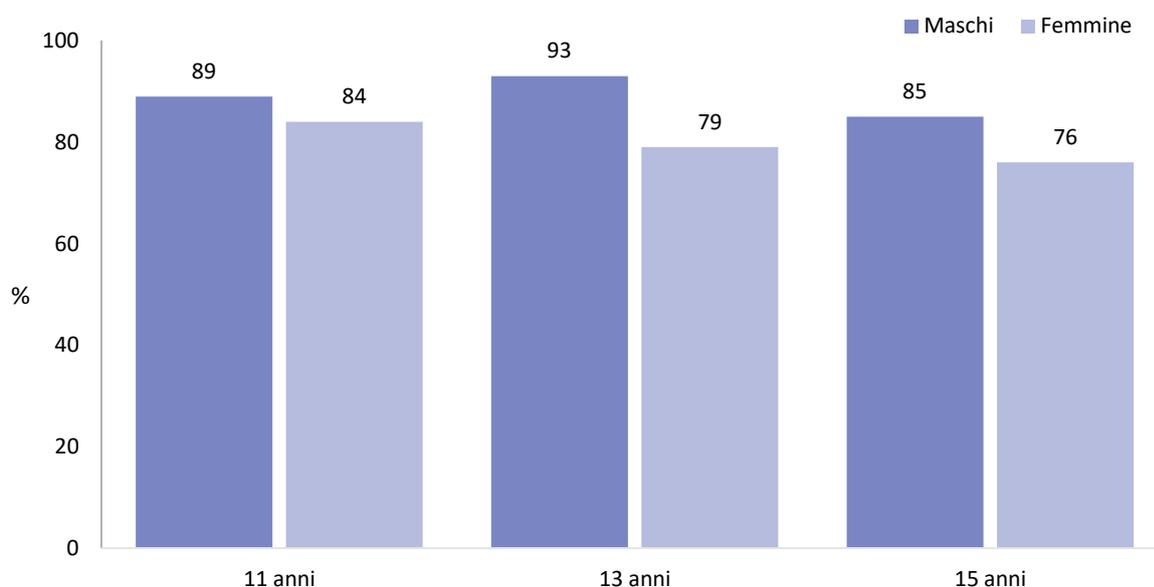
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto^{6,9}. Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze¹⁰ e a più alti livelli di attività fisica¹¹. Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi¹².

Tabella 2. Distribuzione % del grado di soddisfazione della propria vita (0=la peggior vita possibile; 10=la miglior vita possibile), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	14	14	20	15
≥6	86	86	80	85

Figura 2. Distribuzione % di coloro che riferiscono un buon livello di soddisfazione di vita (≥6), per età e per genere, 11-15 anni



In generale il livello di soddisfazione della propria vita dichiarato dai ragazzi/e è abbastanza elevato. Tuttavia tende a decrescere con l'aumentare dell'età, in particolare per le ragazze. Queste ultime presentano a ogni età livelli di soddisfazione più bassi dei coetanei maschi.

Sintomi riportati

Nello studiare la salute degli adolescenti è importante indagare la complessità dei fattori che sostengono la percezione che loro stessi hanno della condizione riferita interrogandoli, ad esempio, sui sintomi di cui dichiarano di soffrire, anche e soprattutto in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza soggettiva di sintomi, infatti, oltre che a un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³, si dimostra anche associata a un basso successo e a negative esperienze scolastiche¹⁴, tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari¹⁵. Tale quadro, confermato anche dall'uso di più sofisticate tecniche di analisi, sembra suggerire una relazione tra il riportare specifici sintomi di origine psicosomatica e situazioni di stress¹⁰. Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti otto sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e affidabilità nel valutare e riportare i sintomi¹⁵.

Tabella 3. Distribuzione % della frequenza di sintomi (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, giù di morale, irritabile o di cattivo umore, nervoso, difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini) negli ultimi 6 mesi, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	31	41	42	37
Più di una volta a settimana	27	28	31	28
Circa una volta a settimana	21	17	16	19
Circa una volta al mese	16	12	9	13
Raramente o mai	5	2	2	3

Solo una limitata percentuale di ragazze/i, pari al 3%, riferisce di non aver mai o raramente sofferto di almeno uno dei sintomi indicati nella domanda; il 37% li sente all'incirca tutti i giorni e il 28% più di una volta a settimana. Le percentuali di ragazzi/e che hanno almeno un sintomo ogni giorno o più di una volta in settimana crescono all'aumentare dell'età: si passa dal 58% degli 11enni al 73% dei 15enni.

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte¹⁵⁻¹⁶: una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l'altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù di morale, irritabile e nervoso).

Figura 3. Distribuzione % di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini, per genere, 11-15 anni

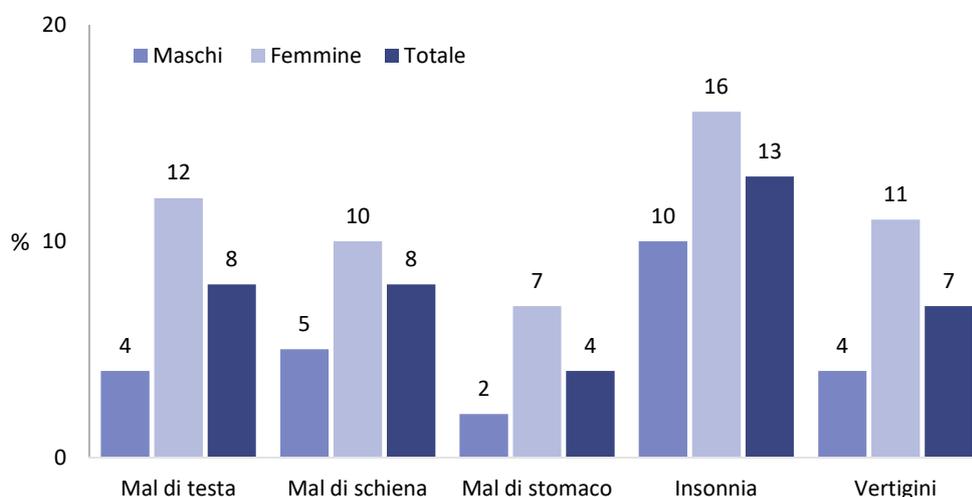
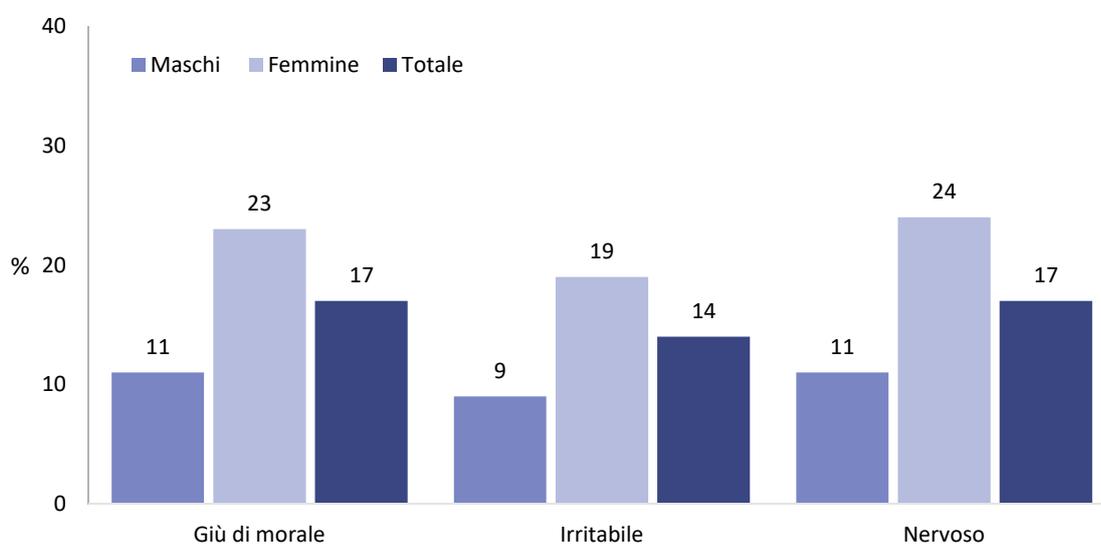


Figura 4. Distribuzione % di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sentirsi giù, irritabile o nervoso, per genere, 11-15 anni



Le ragazze riferiscono sempre percentuali superiori rispetto ai ragazzi in tutti i sintomi sia a componente somatica che psicologica.

In generale, ragazzi e ragazze soffrono di più di sintomi a componente psicologica: tra le ragazze circa una su quattro dichiara di sentirsi ogni giorno giù di morale, come anche una su quattro ogni giorno è nervosa e una su cinque si sente irritabile.

Tra i sintomi a componente somatica quello maggiormente riferito dai ragazzi/e è l'insonnia.

L'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa a un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³. Nell'indagare questo comportamento viene chiesto ai

ragazzi il ricorso nell'ultimo mese (mai, una volta, più di una volta) a farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro.

Tabella 4. Distribuzione % del ricorso a farmaci nell'ultimo mese (per almeno un sintomo), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No	49	46	40	46
Sì	51	54	60	54

Oltre la metà dei ragazzi/e ha fatto uso di farmaci nell'ultimo mese. La percentuale aumenta con l'età.

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni contiene una breve sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale.

Tabella 5. Distribuzione % di ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere, solo 15 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	15	16	16
No	85	84	84

Il 16% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi, senza alcuna differenza di genere.

Tabella 6. Distribuzione % del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere, solo 15 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	83	77	80
Pillola	15	12	13
Coito interrotto	32	43	38
Contraccezione di emergenza	9	12	11
Giorni fertili	16	21	18
Altri metodi	1	2	2

Il preservativo risulta essere il metodo di predilezione, usato da circa 8 ragazzi/e su dieci. La pillola è indicata dal 13% dei ragazzi/e, che però viene usata in combinazione con altri metodi (ad esempio il preservativo). La pillola è usata in modo esclusivo dal 7% dei 15enni. Analogo discorso per i metodi non sicuri, come il coito interrotto, usato in modo esclusivo dal 9% dei ragazzi/e, e la conta dei giorni fertili a cui ricorre l'1% dei giovani in modo esclusivo. Il 6% dei 15enni non ha usato nessun metodo durante il loro ultimo rapporto sessuale.

Benessere psicologico

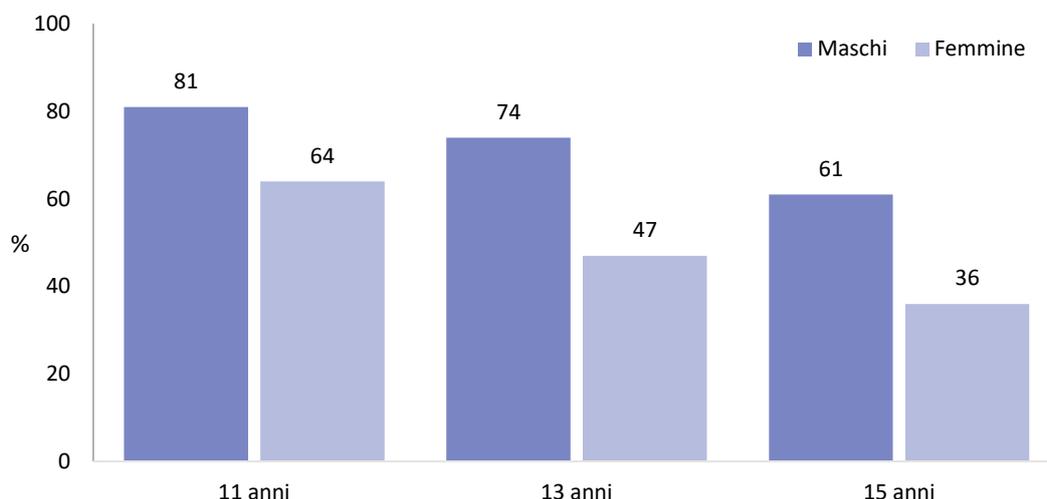
Dalla rilevazione 2022, il questionario HBSC ha inserito una domanda relativa al benessere psicologico, misurato attraverso la scala WHO-5¹⁸, composta da 5 item che fanno riferimento all'umore positivo (buon umore, rilassamento), alla vitalità (sentirsi attivi, svegli e riposati) e agli interessi generali (essere interessati a nuove cose). Il ragazzo deve rispondere a ciascun item scegliendo fra sei opzioni, lungo una scala Likert che va da 0 ("mai") a 5 ("sempre"). Il punteggio grezzo è ottenuto sommando le cifre nelle varie caselle e può variare da 0 a 25; a un più alto punteggio corrisponde una migliore valutazione del proprio benessere. Complessivamente, un punteggio maggiore o uguale a 12,5 (ossia metà della somma dei punteggi dei singoli item) indica una condizione di buon benessere psicologico.

Tabella 7. Distribuzione % di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	73	60	48	62
$< 12,5$	27	40	52	38

Due terzi dei ragazzi/e riferisce di essere in condizione di benessere psicologico. I ragazzi/e in condizione di benessere diminuiscono al crescere dell'età, passando dal 73% degli 11enni al 48% dei 15enni.

Figura 5. Distribuzione % di coloro che dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico (punteggio $\geq 12,5$), per genere e per età, 11-15 anni



Come già per lo stato di salute percepita, anche per il benessere psicologico si osserva una situazione a sfavore delle ragazze. A ogni età le ragazze dichiarano in percentuali più basse dei coetanei maschi di trovarsi in una condizione di benessere.

Sia per i maschi che per le femmine si osserva un calo della percentuale di giovani in condizione di benessere, ma tra le ragazze questo calo è più evidente, tanto che tra le 15enni solo poco più di una ragazza su tre dichiara di avere un buon livello di benessere psicologico.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli negli ultimi 12 mesi.

Tabella 8. Distribuzione % delle volte in cui i ragazzi si sono sentiti soli (ultimi 12 mesi), per genere, 11-15 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	36	20	28
Raramente	35	30	32
A volte	22	33	28
La maggior parte delle volte	6	14	10
Sempre	1	3	2

Il senso di solitudine non è particolarmente diffuso tra i giovani: il 60% di loro non si sente mai solo o raramente, con differenze tra maschi e femmine a sfavore delle ragazze (71% ragazzi vs 50% ragazze). Le ragazze infatti si sentono più spesso sole dei ragazzi: il 17% ha dichiarato di sentirsi sola negli ultimi 12 mesi la maggior parte delle volte o sempre rispetto al 7% dei ragazzi.

Il FAS e la soddisfazione di vita

Tabella 9. Livello di soddisfazione di vita stratificato per il FAS (%), 11-15 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
0-5	21	14	13
≥ 6	79	86	87

Il livello di soddisfazione della vita risulta associato al livello scio-economico familiare, al migliorare della condizione socio-economica aumentano i livelli di soddisfazione della vita dei ragazzi/e.

Per un confronto nel tempo

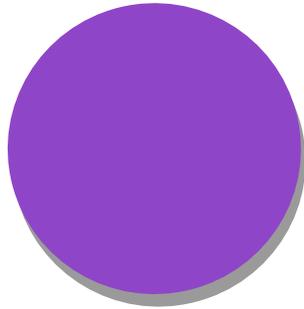
Tabella 10. Livello di soddisfazione di vita: un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
0-5	11	15
≥ 6	89	85

La percentuale di ragazze e ragazzi che dichiarano un basso livello di soddisfazione per la propria vita aumenta dall'11% del 2018 al 15% del 2022. Come già indicato nei precedenti capitoli, sulla base di questi dati non è possibile stabilire un nesso causale tra livello di soddisfazione della vita dei ragazzi/e e pandemia.

Bibliografia essenziale

- ¹Herzlich C. (1973). Health and illness. London: Academic Press.
- ²World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
- ³Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories. Oxford: Oxford University Press.
- ⁴P. Lemma. Promuovere salute. Principi e strategie. Il pensiero scientifico, 2018.
- ⁵Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. Health Promotion International, 29:i68-i82.
- ⁶Friedman, HS., Kern, ML. (2014). Personality, Well-Being, and Health. Annual Review of Psychology, 65:719-742.
- ⁷Bowling, A. (2014). Research methods in health. New York, McGraw-Hill Education.
- ⁸de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. European Journal of Psychology of Education, 18:3-14.
- ⁹Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- ¹⁰Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. Journal of Public Health.
- ¹¹Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. Eating Behaviors, 5:337-51.
- ¹²Cantril H. (1965). The pattern of human concern. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- ¹³Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1:1-2.
- ¹⁴Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.
- ¹⁵Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. Journal of Adolescence, 24:611-24.
- ¹⁶Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. European Journal of Public Health, 11:4-10.
- ¹⁷Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- ¹⁸Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K: The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. Psychother Psychosom 1996; 65:183–190.



CAPITOLO 8

Social media e gaming

L'uso dei social media

Per quanto riguarda i possibili benefici e rischi in termini di connessione sociale, lo studio HBSC rileva la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti online con i loro amici, con amici di un gruppo allargato, con altre persone (familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online.

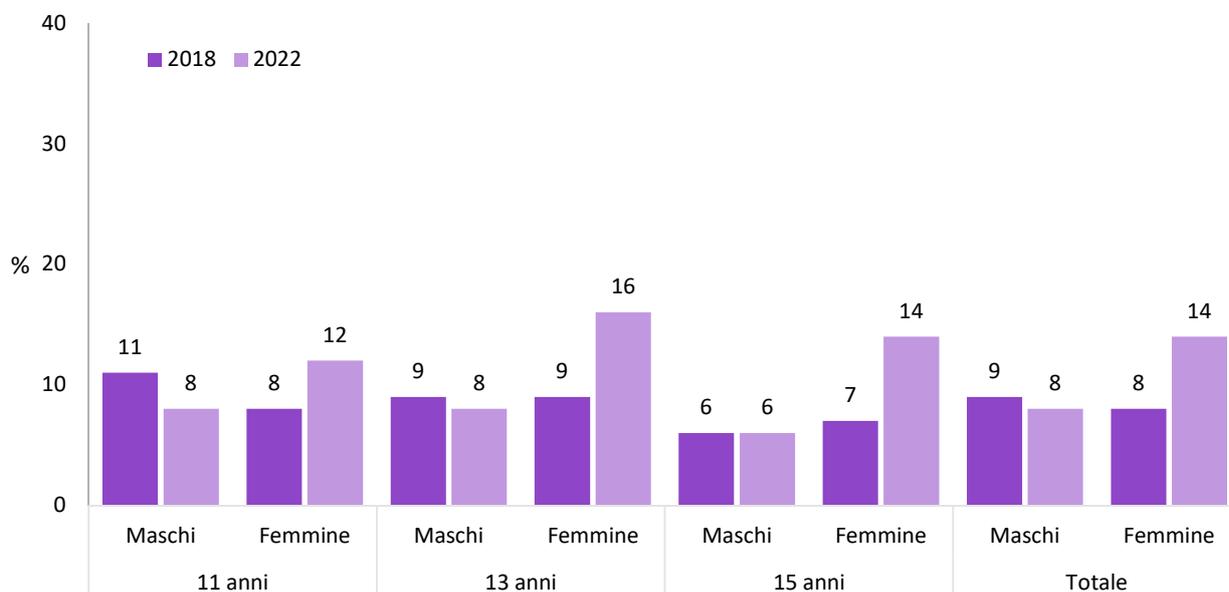
Tabella 1. Distribuzione % dei contatti online quasi tutti i giorni o più spesso, per età, 11-15 anni

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	52	74	84	68
Amici di un gruppo allargato	31	39	42	37
Amici conosciuti tramite internet	9	17	19	14
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	40	47	51	45

I ragazzi/e hanno contatti online principalmente con gli amici stretti (68%) e con i familiari (45%). La percentuale di ragazzi/e con contatti online pressoché quotidiani cresce all'aumentare dell'età.

Nell'indagine HBSC sono inoltre presenti alcune domande relative all'uso problematico dei social media (introdotte per la prima volta nella somministrazione del 2018), che hanno lo scopo di evidenziare la diffusione di un fenomeno che sembra in continua crescita. La Social Media Disorder Scale¹⁰ offre una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la percentuale di ragazzi e ragazze il cui uso dei social media può essere classificato come "problematico" (cioè coloro che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi).

Figura 1. Distribuzione % di ragazzi che fanno uso problematico dei social media, per età, genere e anno della rilevazione, 11-15 anni

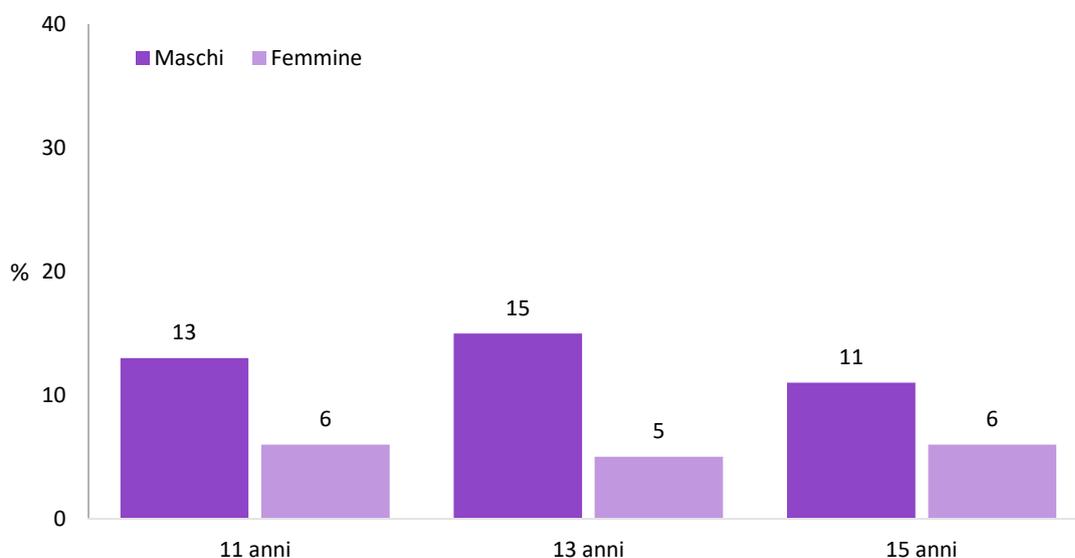


Mentre la percentuale di ragazzi che fa un uso problematico dei social resta sostanzialmente stabile nel periodo 2018-2022, si osserva un incremento tra le ragazze che passano dall'essere l'8% nel 2018 al 14% nel 2022. Questo aumento tra le ragazze fa sì che nel 2022 sia proprio tra le ragazze, a ogni età, a esserci percentuali maggiori di uso problematico dei social rispetto ai ragazzi.

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine HBSC del 2022, per la prima volta, sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano. In Figura 2 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per età e genere. Questa soglia è rilevante perché, in base alla letteratura scientifica, può essere associata a maggiore problematicità, in termini di difficoltà di controllo del tempo speso a giocare ai videogiochi a discapito di altre attività extrascolastiche¹¹.

Figura 2. Distribuzione % di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere, 11-15 anni

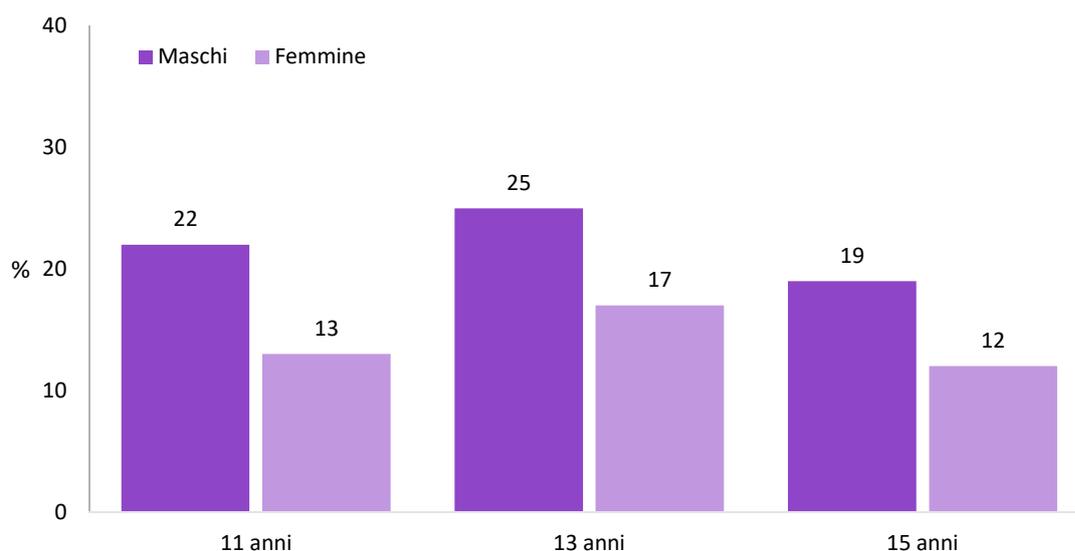


Contrariamente a quanto succede con i social, sono più i maschi che quando giocano ai videogiochi lo fanno per almeno 4 ore. A seconda dell'età la percentuale di ragazzi che trascorre questo tempo davanti ai videogiochi è doppia/tripla di quella delle ragazze.

Inoltre, nella rilevazione del 2022, il protocollo dello studio HBSC include l'Internet Gaming Disorder Scale¹², uno strumento di misura validato a livello internazionale e nazionale per valutare la presenza dell'uso problematico dei videogiochi sulla base dei nove criteri per l'Internet Gaming Disorder identificati nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 5° Edizione, Testo Revisionato, redatto dall'*American Psychiatric Association*¹³. Nello specifico, ai ragazzi e alle ragazze è stato chiesto di indicare la frequenza con cui negli ultimi 12 mesi hanno messo in atto alcuni comportamenti relativi all'uso dei videogiochi (mancanza di controllo, uso per regolare l'umore e conseguenze negative per la vita

quotidiana) su una scala da 1 a 5, da “Mai” a “Sempre”. In questo modo è possibile rilevare la percentuale di ragazzi e di ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi (ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento).

Figura 3. Distribuzione % di ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi, per età e genere, 11-15 anni



Come per il tempo trascorso giocando, anche l’uso problematico è a sfavore dei ragazzi che a tutte le età presentano percentuali più elevate di questo comportamento rispetto alle coetanee femmine.

Il FAS, l’uso dei social media e dei videogiochi

Tabella 2. Uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%), 11-15 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	60	68	73
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	29	37	41
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	15	13	17
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	40	44	52
Uso problematico dei social media	13	10	12
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	12	11	10
Uso problematico dei videogiochi	19	17	22

L'associazione con la situazione scio-economica della famiglia si osserva con la frequenza dei contatti online: all'aumentare del FAS aumentano le percentuali di ragazzi/e che hanno contatti online pressoché quotidiani.

Associazione invece che non si vede per quanto riguarda l'uso problematico dei social, dei videogiochi e del tempo dedicato a giocare.

Bibliografia essenziale

¹Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors, 53*, 193-195

²Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A. (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of adolescence, 61*, 1-11.

³Lenzi, M., Vieno, A., Altoè, G., Scacchi, L., Perkins, D.D., Zukauskienė, R., & Santinello, M. (2015). Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement? *American Journal of Community Psychology, 55*, 444-454.

⁴Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology, 43*, 267-277.

⁵Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada M.M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 15(226)*, 274-281

⁶Van Den Eijnden, R., Koning, I., Doornwaard, S., Van Gorp, F., & Ter Bogt, T. (2018). The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *Journal of behavioral addictions, 7(3)*, 697-706

⁷Milani, L., Grumi, S., & Di Blasio, P. (2019). Positive effects of videogame use on visuospatial competencies: The impact of visualization style in preadolescents and adolescents. *Frontiers in Psychology, 10*, 1226, 1-9.

⁸Adachi, P. J., & Willoughby, T. (2017). The link between playing video games and positive youth outcomes. *Child Development Perspectives, 11(3)*, 202-206.

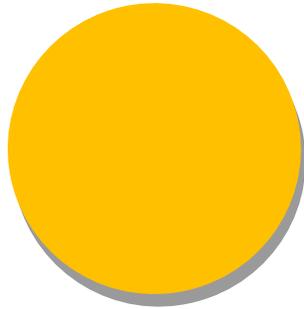
⁹Bender, P. K., Kim, E. L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports, 7*, 553-560.

¹⁰Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior, 61*, 478

¹¹Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S. Y., Lee, H. K., Potenza, M. N., & Lee, H. (2021). Factors associated with severity, incidence or persistence of Internet gaming disorder in children and adolescents: a 2-year longitudinal study. *Addiction, 116(7)*, 1828-1838.

¹²Monacis, L., Palo, V. D., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2016). Validation of the internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. *Journal of Behavioral Addictions, 5(4)*, 683-690.

¹³American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.).



CAPITOLO 9

COVID-19

Introduzione

Nel marzo 2020, l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia globale a causa del nuovo focolaio di coronavirus (COVID-19) (OMS, 2020)¹.

Negli anni 2020 e 2021, la pandemia di COVID-19 è stata uno degli eventi mondiali più importanti con un impatto globale sul benessere, sulla salute e sugli stili di vita degli adolescenti e delle loro famiglie. I dati raccolti durante la pandemia evidenziano come gli adolescenti abbiano riportato cambiamenti in diversi aspetti della loro vita, tra cui le amicizie, le dinamiche familiari (Rogers et al 2020)² e, in generale, la salute mentale (Racine et al 2020)³.

Nella raccolta dati del 2022, la sorveglianza HBSC ha introdotto una sezione specifica di domande dedicate all'impatto della pandemia sulla salute e il benessere delle ragazze e dei ragazzi e delle loro famiglie, offrendo così un importante strumento di valutazione.

Positività al COVID-19

Tabella 1. Distribuzione % di ragazzi positivi al test, per età e genere, 11-17 anni

	Maschi	Femmine
11 anni	43	38
13 anni	40	40
15 anni	37	43
17 anni	42	44
Totale	40	41

Tabella 2. Distribuzione % di familiari positivi al test e di ospedalizzazione per Covid-19, per età, 11-17 anni

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	75	12
13 anni	77	15
15 anni	74	16
17 anni	75	16
Totale	75	14

Quattro ragazzi/e su dieci hanno avuto il COVID-19 e quasi 8 su dieci hanno avuto una positività in famiglia, di cui il 14% è stato ospedalizzato.

Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie

L'esposizione diretta o di un familiare al COVID-19, così come le misure implementate per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi ecc) hanno potenziali impatti a breve e lungo termine sul benessere e sugli stili di vita degli adolescenti. Attraverso una batteria di dieci domande è stato chiesto ai ragazzi di indicare l'impatto che la pandemia ha generato in vari aspetti della loro vita.

Tabella 3. Distribuzione % dell’impatto avuto dalle misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc) su diversi aspetti della vita, per genere, 11-17 anni

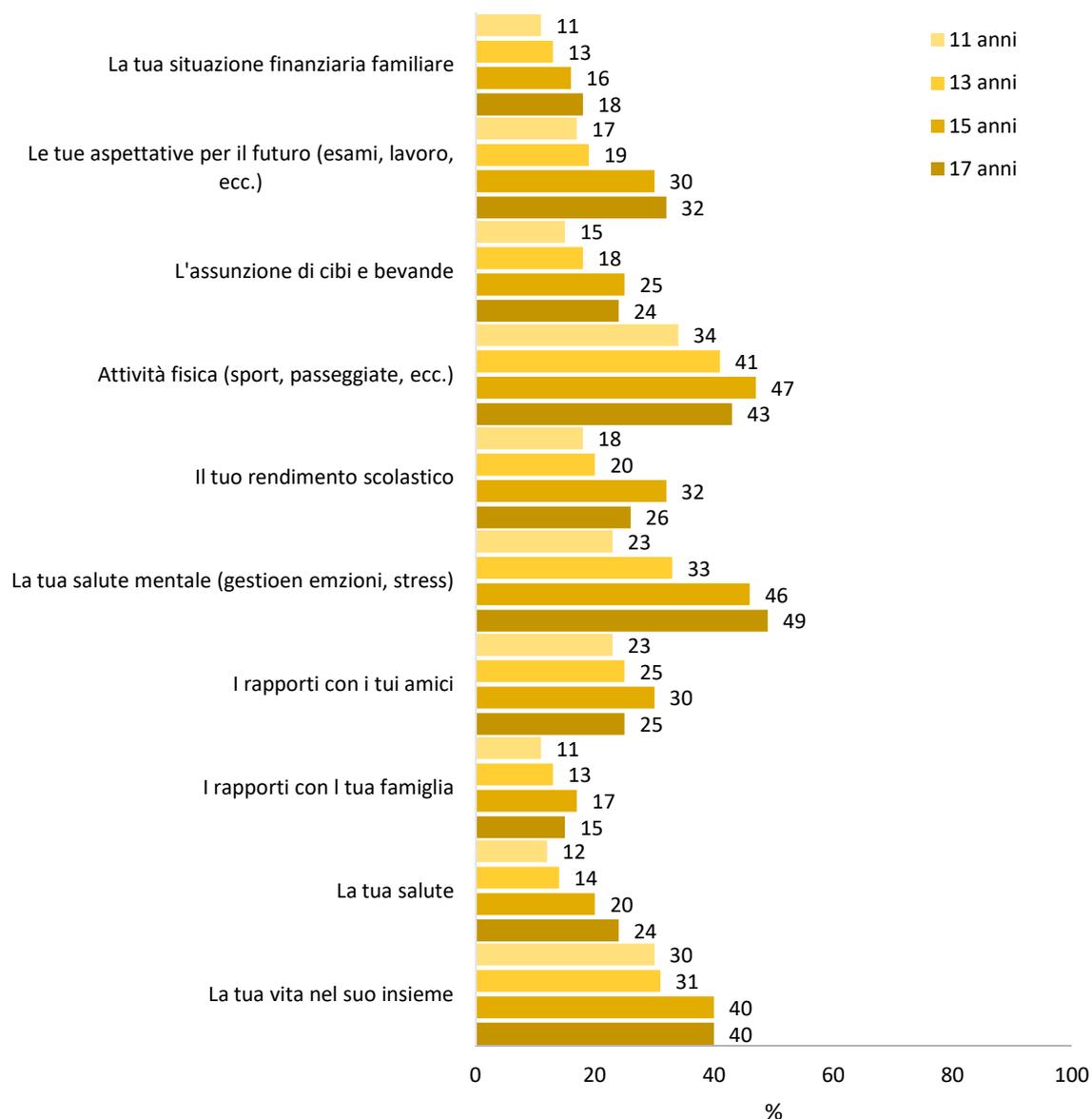
	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	31	45	24	37	45	18
La tua salute	16	43	41	17	47	36
I rapporti con la tua famiglia	11	34	55	16	35	49
I rapporti con i tuoi amici	25	32	43	26	34	40
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	25	39	36	46	31	23
Il tuo rendimento scolastico	24	37	39	21	40	39
L’assunzione di cibi e bevande	14	50	36	25	47	28
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	39	26	35	41	29	30
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	19	48	33	27	48	26
La situazione finanziaria familiare	14	49	37	14	54	32

*negativo=molto/abbastanza negativo; positivo=molto/abbastanza positivo

Le ragazze hanno subito complessivamente in modo peggiore le misure di contenimento rispetto ai ragazzi. Per quasi la metà delle ragazze queste misure hanno impattato negativamente sulla loro salute mentale e per oltre un terzo complessivamente sulla vita; aspetto questo ultimo segnalato anche dal 31% dei ragazzi. L’impatto positivo è stato evidenziato da percentuali significative di ragazzi/e nei rapporti con la famiglia, con gli amici e nel rendimento scolastico.

L’impatto negativo delle misure di contenimento è più evidente per i ragazzi/e di 15 e 17 anni rispetto a quelli più giovani (11-13 anni) (Figura 1).

Figura 1. Distribuzione % dell’impatto molto/abbastanza negativo del COVID-19 su aspetti della vita, per età, 11-17 anni



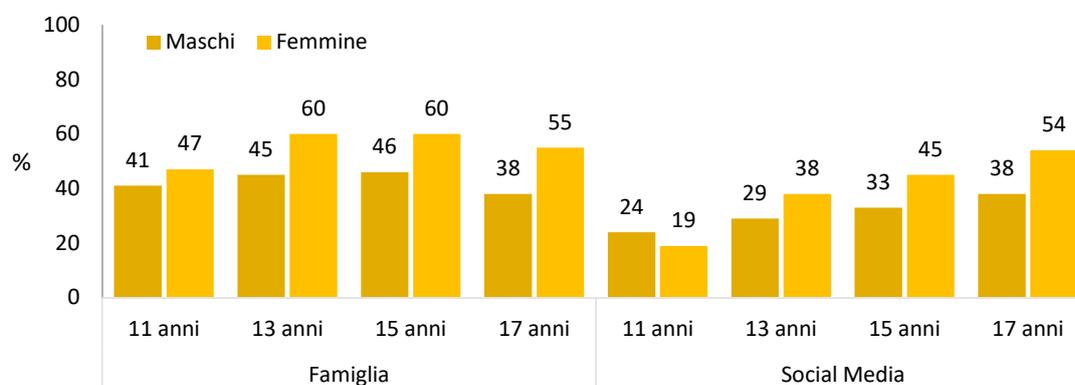
Fonti di informazione sul COVID-19

Durante la pandemia, le persone hanno cercato e utilizzato informazioni sul coronavirus da varie fonti per comprendere e seguire ciò che stava accadendo.

Tabella 4. Distribuzione % della frequenza di uso di alcune fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19, per genere, 11-17 anni

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Familiari (genitori, fratelli, ecc)	57	43	45	55
Amici	86	14	83	17
Insegnanti e altro personale scolastico	82	18	81	19
Giornali, riviste, radio e tv	50	50	45	56
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc)	70	30	62	38
Autorità sanitarie nazionali	69	31	69	31
Blogger/influencer online	91	9	90	10
Altre fonti	94	6	96	4

**Figura 2. Distribuzione % di ragazze e di ragazzi che hanno interrogato spesso/sempr
e la famiglia e i social media per avere informazioni sulla pandemia, per genere ed età, 11-17
anni**



Le fonti di consultazione cui ha ricorso con regolarità circa la metà dei ragazzi/e sono: i giornali, le riviste, la radio e la tv (50% ragazzi e 56% ragazze) e i familiari (43% ragazzi e 55% ragazze). I social sono stati seguiti da circa un terzo dei ragazzi/e (con percentuali più alte tra le ragazze e che aumentano con l'età dai ragazzi/e) così come le autorità sanitarie. Di poco impatto sull'argomento sono stati gli insegnanti.

Misure di protezione

Tabella 5. Distribuzione % della frequenza di uso dei dispositivi di protezione, per genere, 11-17 anni

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr
Rispettato il distanziamento sociale	56	44	45	55
Lavato regolarmente le mani	42	58	28	72
Indossato una mascherina protettiva	22	78	11	89
Usato un igienizzante per le mani	48	52	31	69
Evitato di toccarti il viso	73	27	67	33
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	42	58	33	67
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	43	57	33	67
Evitato assembramenti di persone	59	41	51	49
Sei rimasto a casa in generale	64	36	54	46
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	35	65	25	75

Le ragazze sono state decisamente più attente rispetto ai coetanei maschi ad adottare le precauzioni per evitare il contagio. Va comunque sottolineato che la grande maggioranza sia dei ragazzi che delle ragazze ha fatto sempre/spesso uso della mascherina ed è rimasto a casa in presenza di sintomi. In confronto agli altri comportamenti l'evitare assembramenti è stato quello meno adottato.

Figura 3a. Distribuzione % di uso spesso o sempre delle seguenti misure di protezione, per età e genere, 11-17 anni

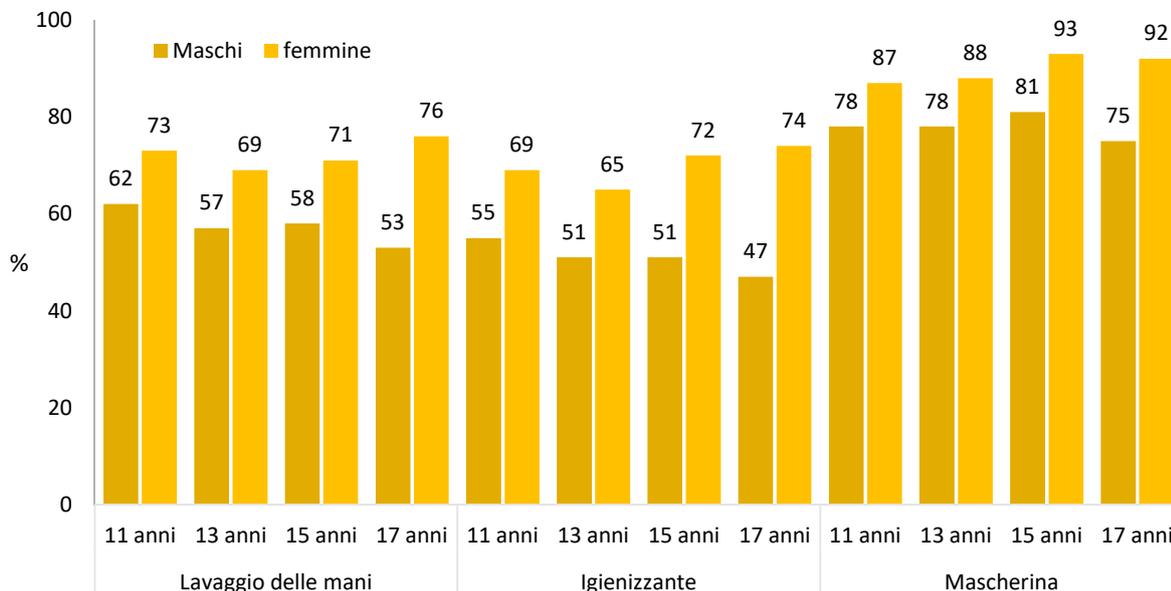
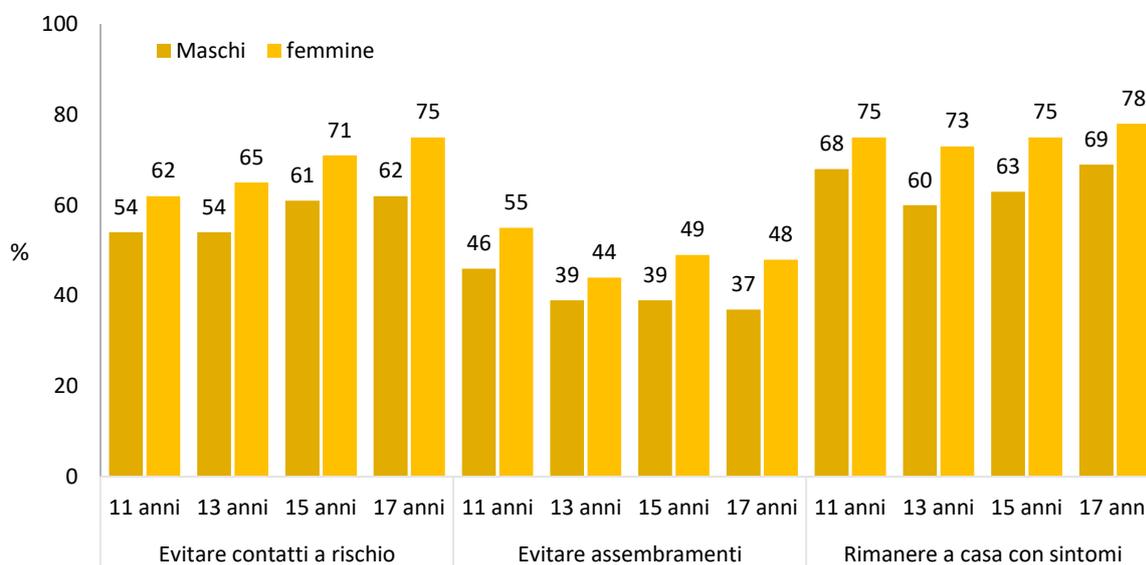


Figura 3b. Distribuzione % di uso spesso o sempre delle seguenti misure di protezione, per età e genere, 11-17 anni



Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS

Tabella 6. Consultazione “spesso/sempr e” delle seguenti fonti stratificate per il FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc)	42	50	53
Amici	14	15	17
Insegnanti e altro personale scolastico	18	18	18
Giornali, riviste, radio e tv	51	53	55
Social media (Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc)	35	33	35
Autorità sanitarie nazionali	29	32	33
Blogger/influencer online	9	9	12
Altre fonti	5	4	5

Ad eccezione del confronto con i familiari che aumenta all'aumentare del livello socio-economico della famiglia, la consultazione delle altre fonti non è associata al benessere familiare.

Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS

Tabella 7. Adozione “spesso/sempr e” delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	48	51	49
Lavato regolarmente le mani	67	65	63
Indossato una mascherina protettiva	84	85	82
Usato un igienizzante per le mani	62	61	60
Evitato di toccarti il viso	30	30	30
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	64	63	60
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc)	63	63	60
Evitato assembramenti di persone	46	46	42
Sei rimasto a casa in generale	47	42	36
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	70	71	68

Le misure di protezione utilizzate dai ragazzi e dalle ragazze non risultano associate al livello economico della famiglia, con eccezione del “rimanere in casa” misura meno adottata all'aumentare del benessere familiare.

Conclusioni

La pandemia ha impattato (positivamente o negativamente) sulla maggioranza dei ragazzi/e rispetto a gran parte degli aspetti della vita. L'impatto positivo della pandemia è stato riscontrato nei rapporti dei ragazzi/e con i familiari e con gli amici, mentre ha colpito negativamente, oltre la possibilità di praticare attività fisica, la vita in generale e per le ragazze la salute mentale e le aspettative per il futuro. La pandemia ha avuto un impatto maggiormente negativo tra i ragazzi più grandi (15-17enni).

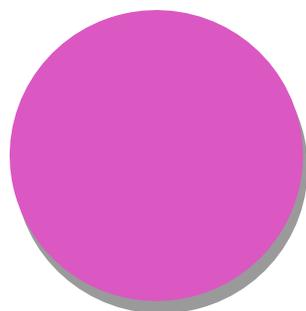
Le principali fonti per ottenere informazioni riguardo la pandemia sono stati i familiari e giornali/riviste/radio/tv. I ragazzi/e, in particolare le ragazze di 15-17 anni, hanno cercato informazioni anche sui social.

In generale la maggioranza dei ragazzi/e ha usato i dispositivi di protezione per evitare il contagio, soprattutto l'uso della mascherina e il restare a casa in presenza di sintomi. Tutte le misure sono state più frequentemente adottate dalle ragazze e tendenzialmente dai ragazzi/e più grandi.

Rispetto al livello socio-economico non emergono particolari differenze né di ricorso alle fonti, né di misure di protezione utilizzate.

Bibliografia essenziale

1. World Health Organization, WHO timeline - COVID-19. <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. Rogers, A. A., Ha, T., & Ockey, S. (2020). Adolescents' Perceived Socio-Emotional Impact of COVID-19 and Implications for Mental Health: Results From a US-Based Mixed-Methods Study. *Journal of Adolescent Health*.68(1), 43-52 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.039>
3. Racine N, Cooke JE, Eirich R, Korczak DJ, McArthur B, Madigan S. Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry Res.* 2020;292:113307. doi:10.1016/j.psychres.2020.113307



CAPITOLO 10

17 enni

Lo stato di salute dei 17enni

I ragazzi e le ragazze di 17 anni sono stati coinvolti per la prima volta nella rilevazione HBSC 2022 dopo che il DPCM del maggio 2017 ha esteso la sorveglianza sugli adolescenti anche ai ragazzi e alle ragazze che frequentano le classi quarte delle scuole secondarie di II grado.

La famiglia

La struttura familiare

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%), solo 17 anni

Madre e padre (no altri adulti)	82
Solo madre	12
Solo padre	2
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	2

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%), solo 17 anni

Figli unici	18
1 fratello o sorella	54
2 o più fratelli o sorelle	28

Come per gli 11-15enni la maggioranza dei ragazzi/e 17enni vivono con entrambi i genitori (82%); circa la metà ha un fratello/sorella (54%) e circa uno su cinque è figlio/a unico (18%).

La qualità delle relazioni con i genitori

Tabella 3. Distribuzione % della facilità di parlare con il padre di cose che preoccupano, solo 17 anni

Molto facile	12
Facile	31
Difficile	27
Molto difficile	24
Non ho o non vedo mai questa persona	6

Tabella 4. Distribuzione % della facilità di parlare con la madre di cose che preoccupano, solo 17 anni

Molto facile	24
Facile	42
Difficile	23
Molto difficile	10
Non ho o non vedo mai questa persona	1

Alla maggioranza dei 17enni risulta difficile parlare con il proprio padre (51%). È invece più semplice parlare con la madre figura con cui è facile parlare per il 66% dei ragazzi/e. Si conferma la difficoltà di comunicazione con i genitori all'aumentare dell'età dei ragazzi già

vista nel capitolo 2: per i 17enni la comunicazione con i propri genitori è più complicata rispetto ai ragazzi/e più giovani.

Lo status socio-economico familiare

Tabella 5. Distribuzione % della possibilità di consumo familiare (Family Affluence Scale), solo 17 anni

Family Affluence Scale	
Basso	19
Medio	59
Alto	22

Più di una famiglia su cinque ha “alte possibilità di consumo” (22%) e quasi una famiglia su cinque, al contrario, ha “basse possibilità di consumo” (19%).

Lo status socio-economico familiare descritto dai 17enni è del tutto sovrapponibile a quello dei ragazzi 11-15enni.

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Nella prima parte del paragrafo sono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari dei ragazzi, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati, quali frutta e verdura, e alimenti sconsigliati, quali dolci e bevande zuccherate.

La seconda parte del paragrafo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura tramite i quali viene calcolato l’Indice di Massa Corporea (IMC) e successivamente definito lo stato di: sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità utilizzando i valori soglia dell’International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al.; per i confronti internazionali sono utilizzate le curve dell’OMS.

Frequenza e regolarità dei pasti

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare la frequenza con cui consumano la prima colazione che rappresenta uno dei pasti principali con cui garantire circa il 20% dell’introito calorico quotidiano durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

Tabella 6. Distribuzione % del numero di giorni in cui i ragazzi fanno colazione (nei giorni di scuola), solo 17 anni

Mai	24
Un giorno	3
Due giorni	5
Tre giorni	5
Quattro giorni	5
Cinque giorni	58

Più della metà dei ragazzi fa colazione ogni giorno prima di andare a scuola (58%), per contro circa un quarto non fa mai colazione (24%) analogamente a quanto già visto per i ragazzi 15enni.

Tabella 7. Distribuzione % delle volte in cui i pasti sono consumati in famiglia, solo 17 anni

Ogni giorno	43
La maggior parte dei giorni	44
Circa una volta alla settimana	8
Meno di una volta alla settimana	3
Mai	2

Meno della metà dei ragazzi mangia quotidianamente in famiglia e uno su 10 mangia raramente con i familiari. I comportamenti dei 17enni confermano che il consumo regolare dei pasti in famiglia diminuisce con l'età dei ragazzi/e come già visto nel capitolo 3.

Consumo di frutta e verdura

Le linee guida consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l'apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione.

Tabella 8. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di frutta, solo 17 anni

Mai	3
Meno di una volta a settimana	7
Una volta a settimana	11
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17
Una volta al giorno tutti i giorni	15
Più di una volta al giorno	17

Un ragazzo/a su cinque consuma frutta raramente (al massimo una volta in settimana), mentre circa uno su tre ne mangia tutti i giorni.

Il consumo di frutta è più frequente tra le ragazze (almeno una volta al giorno: ragazze 35% vs ragazzi 28%).

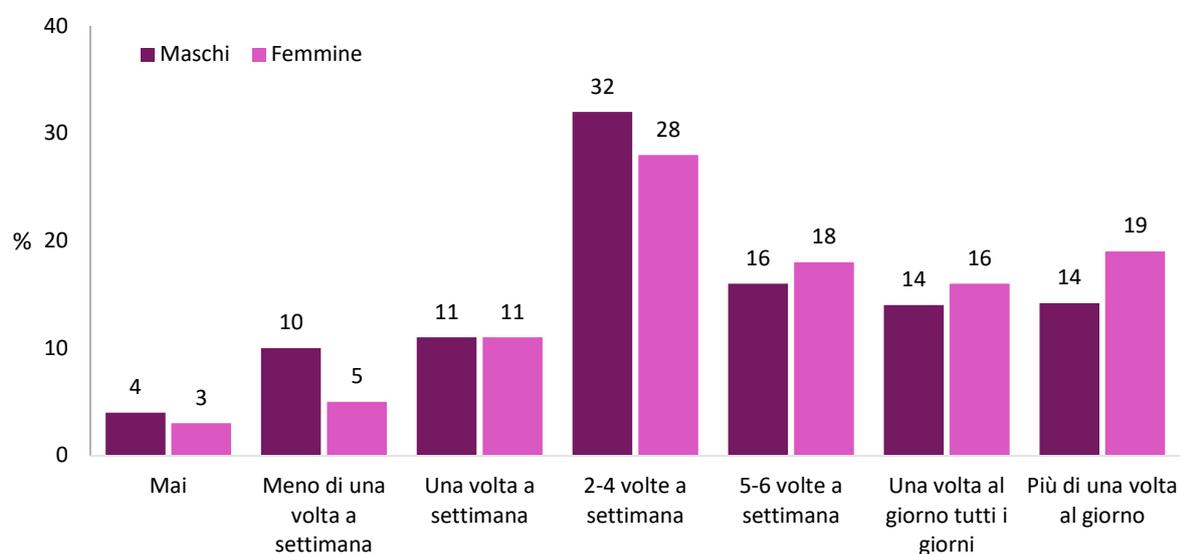
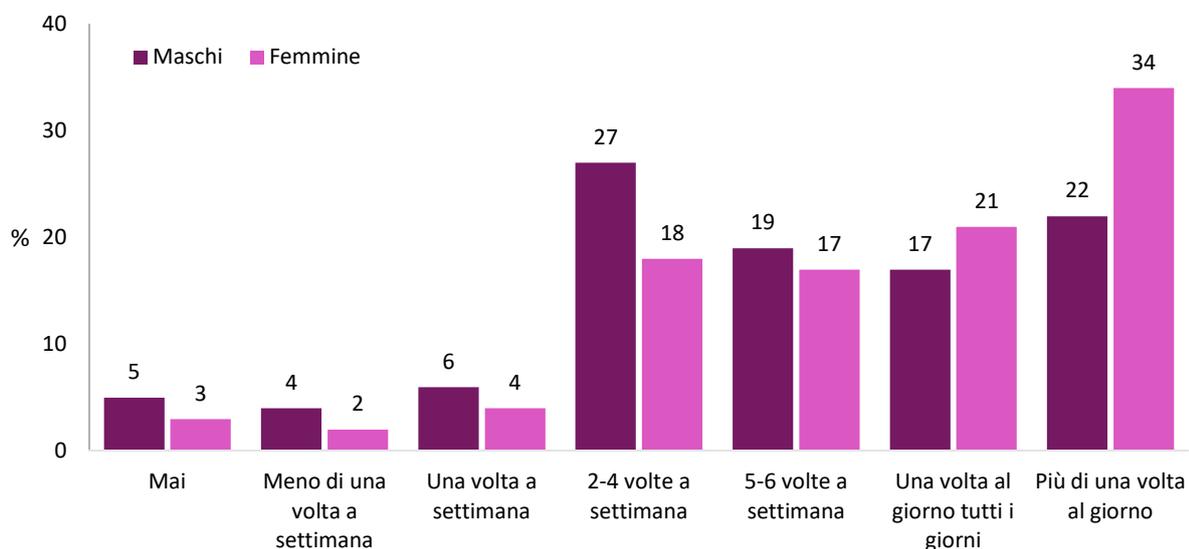
Figura 1. Distribuzione % del consumo di frutta, per genere, solo 17 anni

Tabella 9. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di verdura, solo 17 anni

Mai	4
Meno di una volta a settimana	3
Una volta a settimana	5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22
Tra 5 e 6 giorni a settimana	18
Una volta al giorno tutti i giorni	19
Più di una volta al giorno	29

Circa la metà dei 17enni consuma verdura settimanale almeno una volta al giorno (48%), il 12% mangia la verdura la massimo una volta in settimana.

Figura 2. Distribuzione % del consumo di verdura, per genere, solo 17 anni

Come per la frutta, anche il consumare quotidianamente verdura è un comportamento più diffuso tra le ragazze: il 55% di esse mangia verdura almeno una volta al giorno rispetto al 39% dei ragazzi.

Consumo di dolci e bevande gassate

Tabella 10. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di dolci, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	4	4	4
Meno di una volta a settimana	8	6	7
Una volta a settimana	13	12	12
Tra 2 e 4 giorni a settimana	32	33	33
Tra 5 e 6 giorni a settimana	18	18	18
Una volta al giorno tutti i giorni	16	16	16
Più di una volta al giorno	9	11	10

Tabella 11. Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di bevande zuccherate, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	14	26	21
Meno di una volta a settimana	24	33	29
Una volta a settimana	22	19	20
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28	16	22
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7	3	5
Una volta al giorno tutti i giorni	3	2	2
Più di una volta al giorno	2	1	1

Il consumo quotidiano di dolci riguarda un 17enne su quattro (26%). Per contro il 23% dei giovani mangia di rado dolci (al massimo una volta in settimana).

La metà dei 17enni beve raramente bibite zuccherate e solamente l'8% ne consuma regolarmente (5/6 giorni in settimana o più).

Consumo di legumi

Tabella 12. . Distribuzione % del consumo settimanale/giornaliero di legumi, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	9	8	8
Meno di una volta a settimana	14	13	14
Una volta a settimana	23	18	20
Tra 2 e 4 giorni a settimana	37	36	37
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9	15	12
Una volta al giorno tutti i giorni	5	7	6
Più di una volta al giorno	3	3	3

Il 58% dei 17enni mangia i legumi almeno 2 volte in settimana, mentre un 22% li consuma raramente.

Tabella 13. Abitudini alimentari, per genere (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	28	35
Verdura (almeno una volta al dì)	38	56
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	54	61
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	4	3
Snack salati (almeno una volta al dì)	10	12
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc) (almeno una volta al dì)	63	58
Dolci (almeno una volta al dì)	25	26

Come per le ragazze più giovani anche le 17enni mostrano comportamenti alimentari più sani rispetto ai coetanei maschi in particolare per quanto riguarda il consumo giornaliero di frutta e verdura e il consumo settimanale di legumi.

Stato nutrizionale

Tabella 14. Distribuzione % dello stato ponderale, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	1	5	3
Normopeso	85	86	85
Sovrappeso	13	8	11
Obeso	1	1	1

La maggior parte dei 17enni risulta essere normopeso, mentre quelli in eccesso ponderale sono il 12%. I maschi sono più frequentemente in sovrappeso rispetto alle coetanee femmine (13% vs 8%).

Insoddisfazione corporea

Tabella 15. Distribuzione % della percezione del proprio peso, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	2	1	2
Un po' troppo magro	18	6	11
Più o meno della taglia giusta	62	55	58
Un po' troppo grasso	17	34	26
Decisamente troppo grasso	1	4	3

Due terzi dei ragazzi e un po' più della metà delle ragazze ritiene di pesare il giusto. Quasi una ragazza su quattro pensa di essere troppo grassa (38%), sensazione assai meno diffusa tra i maschi tra i quali il 17% pensa di essere grasso.

Tabella 16. Distribuzione % di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per genere, solo 17 anni

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Normopeso	51	78	70
Sovrappeso	43	19	26
Obeso	6	3	4

Tabella 17. Distribuzione % dell'essere o meno a dieta, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	46	33	39
No, ma dovrei perdere qualche chilo	19	31	25
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	20	9	14
Sì	15	27	22

I ragazzi e in particolare le ragazze hanno una percezione errata del proprio stato ponderale. La metà dei maschi e addirittura 8 ragazze su dieci che pensano di essere grassi sono di fatto normopeso. Questa scorretta percezione del proprio peso potrebbe essere la causa di un eccesso di ragazze a dieta (27%) o che pensano che dovrebbero esserlo (31%) rispetto a quante sono effettivamente in eccesso ponderale (9%).

Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati.

Tabella 18. Distribuzione % della frequenza giornaliera/settimanale dell'igiene orale, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	68	87	79
Una volta al giorno	28	11	19
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2	2	2
Meno di una volta alla settimana	1	0	0
Mai	1	0	0

Il 98% delle/i 17enni si lava i denti almeno 1 volta al giorno, con le ragazze più virtuose dei ragazzi in quanto la grande maggioranza di esse lo fa più di una volta al giorno.

Il FAS e le abitudini alimentari

Tabella 19. Abitudini alimentari e stato ponderale stratificati con il FAS (%), solo 17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	53	59	61
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	32	31	34
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	48	50	44
Consumo quotidiano di bevande gassate	5	3	4
Prevalenza di sovrappeso	13	9	12
Prevalenza di obesità	2	1	0

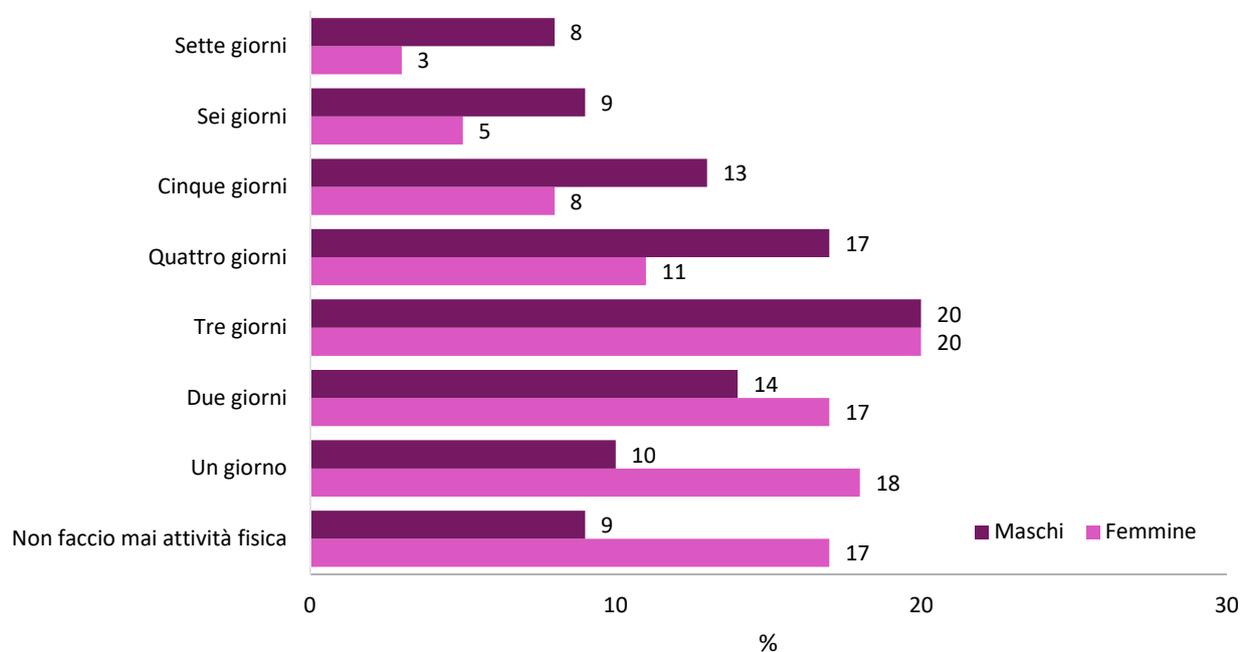
Gli indicatori in tabella non sono associati alla disponibilità socio-economica familiare dei ragazzi/e.

Sport e tempo libero

Tabella 20. Distribuzione % di attività fisica moderata-intensa settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), solo 17 anni

Non faccio mai attività fisica	14
Un giorno	15
Due giorni	15
Tre giorni	20
Quattro giorni	14
Cinque giorni	10
Sei giorni	7
Sette giorni	5

Figura 4. Distribuzione % di attività fisica moderata-intensa settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica), per genere, solo 17 anni



Il 12% dei ragazzi/e può essere considerato fisicamente attivo svolgendo attività fisica quasi tutti i giorni (6 o 7 giorni la settimana), ma solamente il 5% segue le raccomandazioni dell'OMS. Quasi un ragazzo/a su tre è sedentario praticando attività fisica per almeno un'ora al giorno al massimo una volta in settimana (29% 1 giorno in settimana o mai).

I maschi praticano più attività fisica delle femmine: il 17% dei ragazzi può essere considerato attivo rispetto all'8% delle ragazze e il 19% dei ragazzi è sedentario rispetto al 35% delle ragazze. I dati dei 17enni confermano che la sedentarietà aumenta con l'età dei ragazzi/e.

Tabella 21. Distribuzione % dei giorni di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	5	4	5
Da 4 a 6 volte a settimana	29	12	19
2-3 volte a settimana	37	35	36
Una volta a settimana	12	20	16
Una volta al mese	6	9	8
Meno di una volta al mese	6	7	7
Mai	5	13	9

Un ragazzo/a su quattro fa attività fisica intensa extrascolastica per almeno 4 volte in settimana, mentre il 16% non ne fa quasi mai. Si osservano evidenti differenza tra maschi e femmine: è attivo il 34% dei ragazzi rispetto al 16% delle ragazze, mentre non svolge attività fisica intensa l'11% dei ragazzi rispetto al 20% delle ragazze.

Comportamenti sedentari

Tabella 22. Distribuzione % delle ore al giorno dedicate a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	16	44	32
Circa mezz'ora	17	17	17
Circa un'ora	25	15	19
Circa 2 ore	21	8	14
Circa 3 ore	9	6	7
Circa 4 ore	5	3	4
Circa 5 ore o più	7	7	7

Tabella 23. Distribuzione % delle ore al giorno dedicate a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	4	3	3
Circa mezz'ora	14	7	10
Circa un'ora	29	18	23
Circa 2 ore	22	23	23
Circa 3 ore	16	18	17
Circa 4 ore	7	13	10
Circa 5 ore o più	8	18	14

Tabella 24. Distribuzione % delle ore al giorno dedicate guardare TV/DVD o i video (inclusi quelli presenti su siti web), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	5	14	10
Circa mezz'ora	17	23	20
Circa un'ora	30	20	25
Circa 2 ore	25	22	23
Circa 3 ore	12	10	11
Circa 4 ore	4	5	5
Circa 5 ore o più	7	6	6

Si conferma quanto già visto nel quarto capitolo, ossia che l'uso di dispositivi per giocare ai videogiochi cala con l'età, tra i 17enni circa un terzo non ci gioca mai. I ragazzi più grandi, invece, usano i dispositivi per stare sui social o per guardare video.

Si può osservare una netta differenza di genere nell'uso dei dispositivi: i ragazzi passano più tempo con i videogiochi (2 ore o più al giorno: 42% vs 24% delle ragazze), mentre le ragazze passano il loro tempo a stare sui social (2 ore o più al giorno. 72% vs 53% dei ragazzi).

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

Tabella 25 Attività fisica e comportamenti sedentari stratificati con il FAS (%), solo 17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	35	34	43
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	40	44	52
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	21	17	17
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	47	41	36
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	25	24	15

Tra i ragazzi con situazione socio-economica familiare alta si osservano percentuali più alte di pratica dell'attività fisica e anche percentuali più basse di comportamenti sedentari (tempo davanti agli schermi).

Rapporto con gli insegnanti

Con l'obiettivo di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del loro rapporto con gli insegnanti è stato chiesto di riportare il grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo") rispetto all'interesse percepito da parte degli insegnanti, al sentirsi accettati e rispetto alla fiducia che lo studente ripone verso gli stessi.

Tabella 26. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti si interessano a me come persona", per genere (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	7	3	5
D'accordo	31	21	25
Né in accordo né in disaccordo	40	40	40
Non d'accordo	15	24	20
Per niente d'accordo	8	12	10

Tabella 27. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", per genere (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	5	4	4
D'accordo	32	21	26
Né in accordo né in disaccordo	37	39	38
Non d'accordo	19	24	21
Per niente d'accordo	8	14	11

Tabella 28. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per genere (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	17	8	12
D'accordo	44	41	42
Né in accordo né in disaccordo	26	36	32
Non d'accordo	9	11	10
Per niente d'accordo	4	4	4

Le risposte dei 17enni confermano il trend decrescente con l'aumentare dell'età dei ragazzi/e del giudizio positivo rispetto al rapporto con gli insegnanti. In tutte e tre le dimensioni indagate le ragazze hanno un giudizio peggiore rispetto ai coetanei maschi.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

Per indagare la qualità dei rapporti tra pari, sono state elaborate alcune domande in merito alla percezione che i ragazzi hanno del sostegno che possono ricevere dai loro amici in caso di necessità.

Tabella 29. Distribuzione % di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	76	77	77
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	79	77	78
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	84	84	84
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	78	77	77

Si conferma quanto già osservato tra gli 11-15enni, ossia che la maggioranza dei ragazzi/e ha un gruppo di pari su cui può contare, parlare dei propri problemi e condividere gli eventi importanti della vita.

Tabella 30. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per genere (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	17	13	15
D'accordo	53	45	48
Né in accordo né in disaccordo	20	22	21
Non d'accordo	8	15	12
Per niente d'accordo	2	5	4

Tabella 31. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per genere (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	27	15	20
D'accordo	49	44	46
Né in accordo né in disaccordo	18	29	25
Non d'accordo	5	7	6
Per niente d'accordo	1	5	3

La maggior parte dei 17enni esprime un giudizio positivo dei propri compagni, sia per quanto riguarda la gentilezza e la disponibilità (63%), sia nel sentirsi accettati (66%); ancora una volta le ragazze sono meno soddisfatte dei loro rapporti rispetto ai coetanei maschi.

Bullismo e Cyberbullismo

Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Un'intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi.

Tabella 32. Distribuzione % delle volte in cui si sono subiti atti di bullismo (ultimi due mesi), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	94	93	93
Una o due volte	4	5	5
Due o tre volte al mese	1	1	1
Circa una volta alla settimana	0	1	1
Più volte alla settimana	1	0	0

Tabella 33. Distribuzione % delle volte in cui si è partecipato ad atti di bullismo (ultimi due mesi), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	89	92	91
Una o due volte	7	6	7
Due o tre volte al mese	2	1	1
Circa una volta alla settimana	1	0	0
Più volte alla settimana	1	1	1

La maggioranza dei 17enni, a prescindere dal genere, non ha subito (93%) e non ha partecipato a episodi di bullismo (91%). Ancora una volta i dati confermano quanto visto negli 11-15enni, nello specifico che il bullismo subito e agito riguarda soprattutto i ragazzi più giovani.

Tabella 34. Distribuzione % delle volte in cui ci si azzuffati o picchiati con qualcuno (ultimi 12 mesi), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	76	87	82
Una volta	12	8	10
Due volte	6	3	4
Tre volte	3	1	2
Quattro volte o più	3	1	2

Otto ragazzi/e su dieci non sono mai stati coinvolti in colluttazioni violente.

Anche questo comportamento, come il bullismo, è più diffuso tra i ragazzi più giovani e migliora al crescere dell'età dei ragazzi.

La Scuola

Tabella 35. Distribuzione % della soddisfazione scolastica, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	6	5	5
Abbastanza	44	45	45
Non tanto	36	38	37
Non mi piace per nulla	14	12	13

Tabella 36. Distribuzione % dello stress scolastico, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Per niente	8	2	5
Un po'	35	13	22
Abbastanza	36	35	35
Molto	21	50	38

Alla metà dei 17enni non piace la scuola, indipendentemente dal genere. Per contro il genere è associato all'essere o meno stressati dal carico scolastico: l'85% delle ragazze è stressata (il 50% molto) rispetto al 57% dei contenei maschi.

Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze

Fumo

Tabella 37. Distribuzione % del fumo di sigaretta negli ultimi 30 giorni, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	70	68	70
1-2 giorni	8	9	8
3-5 giorni	4	5	4
6-9 giorni	4	4	4
10-19 giorni	2	3	3
20-29 giorni	3	3	3
30 giorni o più	9	8	8

Tabella 38. Distribuzione % del fumo di sigaretta elettronica negli ultimi 30 giorni, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	82	86	85
1-2 giorni	8	7	7
3-5 giorni	2	2	2
6-9 giorni	3	2	2
10-19 giorni	2	0	1
20-29 giorni	1	2	1
30 giorni o più	2	1	1

Il 30% dei 17enni fuma sigarette e il 15% fa uso di sigaretta elettronica (almeno un giorno negli ultimi 30). Non si osservano particolari differenze legate al genere.

Alcol

Tabella 40. Distribuzione % del consumo di alcol nella vita, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	15	13	14
1-2 giorni	8	11	10
3-5 giorni	7	8	8
6-9 giorni	10	7	8
10-19 giorni	10	11	11
20-29 giorni	5	8	6
30 giorni o più	45	42	43

Tabella 41. Distribuzione % del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	26	21	23
1-2 giorni	22	29	26
3-5 giorni	21	23	22
6-9 giorni	16	16	16
10-19 giorni	8	8	8
20-29 giorni	3	2	3
30 giorni o più	4	1	2

L'86% dei 17enni ha sperimentato l'alcol nella vita e il 77% di loro lo fa con una certa regolarità. Non si osservano comportamenti diversi tra ragazzi e ragazze.

Tabella 42. Distribuzione % di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche, solo 17 anni

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	1	26	16	29	28
Vino	1	14	14	36	36
Superalcolici	1	19	27	33	21
Alcolpops	1	6	11	28	53
Spritz	2	32	31	22	13
Altra bevanda alcolica	1	25	26	30	18

Tabella 43 Distribuzione % di ubriacatura nella vita, solo 17 anni

No, mai	31
Sì, una volta	15
Sì, 2-3 volte	21
Sì, 4-10 volte	15
Più di 10 volte	18

Il fenomeno dell'ubriachezza è abbastanza diffuso tra i 17enni; il 69% degli adolescenti dichiara di essersi ubriacata/o almeno una volta nella vita.

Nell'indagine è indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di oltre 6 Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani.

Il binge drinking è un fenomeno che riguarda i due terzi dei 17enni, senza differenze di genere (consumo di almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi: 69% ragazzi e 64% ragazze).

Cannabis

La maggioranza dei 17enni non ha mai sperimentato la cannabis nella vita (66%), il 34% lo ha fatto almeno un giorno; inoltre, il 17% lo ha fatto almeno un giorno negli ultimi 30 (20% ragazzi e 14% ragazze).

Gioco d'azzardo

Il 71% dei 17enni non ha mai scommesso o giocato denaro nella propria vita e l'81% non lo ha fatto negli ultimi 12 mesi. Il giocare d'azzardo è un comportamento più diffuso tra i ragazzi: il 45% di essi ha giocato almeno una volta nella vita (rispetto al 17% delle ragazze) e il 31% lo ha fatto almeno una volta negli ultimi 12 mesi (rispetto al 9% delle ragazze).

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

Tabella 44. Comportamenti di dipendenza stratificati con il FAS (%), solo 17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	29	30	35
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	10	15	21
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	63	78	85
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	37	47	53
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	55	68	73
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	32	34	37
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	22	29	36

I comportamenti di dipendenza, dal fumo al gioco d'azzardo e in particolare il consumo di alcol, sono associati al livello socio-economico della famiglia: all'aumentare della disponibilità economica familiare aumentano le percentuali di ragazzi che assumono comportamenti a rischio.

Salute e benessere

Salute percepita

Tabella 45. Distribuzione % della salute percepita (%), solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	30	11	19
Buona	58	66	63
Discreta	11	21	16
Scadente	1	2	2

Otto ragazzi/e su dieci percepiscono positivamente la propria salute (buona/eccellente). È confermato l'andamento decrescente già osservato nel capitolo 7, della percentuale di ragazzi/e che definiscono la propria salute eccellente. Questa decrescita è più accentuata tra le ragazze.

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

Tabella 46. Distribuzione % del grado di soddisfazione della propria vita (0=la peggior vita possibile; 10=la miglior vita possibile), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	17	29	24
≥6	83	71	76

Il 76% dei 17enni giudica positivamente la propria vita, con un evidente differenza di genere: le 17enni sono meno soddisfatte della propria vita rispetto ai ragazzi (29% vs 17% dei ragazzi). Come per la salute percepita anche la soddisfazione della propria vita evidenzia percentuali più basse all'aumentare dell'età dei ragazzi/e (confronto con capitolo 7).

Sintomi riportati

Tabella 47. Distribuzione % della frequenza di sintomi (mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, giù di morale, irritabile o di cattivo umore, nervoso, difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini) negli ultimi 6 mesi, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	29	54	43
Più di una volta a settimana	33	34	34
Circa una volta a settimana	21	9	14
Circa una volta al mese	15	3	8
Raramente o mai	1	-	1

I 17enni confermano l'importante disparità di genere già osservata nelle età più giovani: oltre la metà delle ragazze diciassetenni lamentano, circa ogni giorno, almeno uno dei sintomi indagati (54% vs 29% dei ragazzi).

Complessivamente è confermato il trend crescente con l'età di ragazzi/e che presentano sintomi regolarmente (almeno una volta in settimana).

Utilizzo di farmaci

Tabella 48. Distribuzione % del ricorso a farmaci nell'ultimo mese (per almeno un sintomo), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
No	45	23	33
Sì	55	77	67

I due terzi dei ragazzi/e ha fatto ricorso a farmaci, con percentuali più alte tra le ragazze, come atteso, vista la maggiore frequenza di disturbi proprio tra le ragazze.

Abitudini sessuali

Tabella 49. Distribuzione % di ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
No	65	57	60
Sì	35	43	40

Il 40% dei 17enni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; le ragazze in percentuale maggiore dei ragazzi (43% vs 35%).

Tabella 50. Distribuzione % del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	71	63	66
Pillola	19	26	23
Coito interrotto	39	37	38
Contracezione di emergenza	8	8	8
Giorni fertili	15	12	13
Altri metodi	3	3	3

Come per i 15enni anche per i 17enni il preservativo è il metodo contraccettivo maggiormente usato, anche se in percentuale minore (80% per i 15enni vs 66% 17enni). In generale i 15enni hanno comportamenti più sicuri dei 17enni.

La pillola è indicata dal 23% dei ragazzi/e, che però viene usata in combinazione con altri metodi (ad esempio il preservativo). La pillola è usata in modo esclusivo dal 15% dei ragazzi/e. Analogo discorso per i metodi non sicuri, come la conta dei giorni fertili che è usata solo in combinazione oppure il coito interrotto, usato in modo esclusivo dal 18% dei ragazzi/e. Il 4% dei ragazzi/e non ha usato nessun metodo durante l'ultimo rapporto sessuale.

Benessere Psicologico

Tabella 51. Distribuzione % di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
≥ 12.5	63	36	48
< 12.5	37	64	52

Meno della metà dei ragazzi/e riferisce di essere in condizione di benessere psicologico, con grande differenza di genere: i ragazzi che sono in condizione di benessere sono quasi il doppio delle ragazze (63% vs 36%).

Solitudine percepita

Tabella 52. Distribuzione % delle volte in cui i ragazzi si sono sentiti soli (ultimi 12 mesi), per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	22	11	16
Raramente	36	23	29
A volte	30	44	38
La maggior parte delle volte	10	18	14
Sempre	2	4	3

A differenza di quanto succede per i ragazzi più giovani, il senso di solitudine appartiene alla maggioranza dei 17enni: il 55% di essi prova questo sentimento, con percentuali più elevate tra le ragazze (come quanto registrato anche tra i ragazzi/e più giovani).

Il FAS e la soddisfazione di vita

Tabella 54. Livello di soddisfazione di vita stratificato per il FAS (%), solo 17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
0-5	32	23	20
≥ 6	68	77	80

Il livello di soddisfazione della vita risulta associato al livello socio-economico familiare, al migliorare della condizione socio-economica aumentano i livelli di soddisfazione della vita dei ragazzi/e.

Social Media

L'uso dei social media

Tabella 55. . Distribuzione % dei contatto online quasi tutti i giorni o più spesso, per genere, solo 17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	82	88	85
Amici di un gruppo allargato	46	36	40
Amici conosciuti tramite internet	19	12	15
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	47	53	51

La maggioranza dei 17enni è in contatto tutti i giorni con gli amici stretti (85%) e la metà con i familiari (51%). I ragazzi hanno maggior propensione rispetto alle ragazze ad avere contatti non solo con gli amici stretti, ma anche con quelli del gruppo allargato o conosciuti in internet.

L'uso dei videogiochi

L'uso prolungato come quello problematico dei videogiochi riguarda una minoranza di ragazzi/e 17enni ed è un comportamento che compete più i ragazzi delle ragazze. L'11% dei

ragazzi dedica ai videogiochi almeno 4 ore nei giorni in cui gioca (8% delle ragazze) e il 12% fa un uso problematico dei videogiochi (7% delle ragazze).

Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi

Tabella 56. Uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%), solo 17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	81	85	89
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	37	40	44
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	18	14	12
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	51	50	56
Uso problematico dei social media	8	7	8
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	15	9	3
Uso problematico dei videogiochi	12	9	13

Non si osservano associazioni tra la frequenza dei contatti online e il livello socio-economico della famiglia dei ragazzi/e, come anche tra uso problematico dei social/dei videogiochi e FAS familiare. Emerge invece una forte associazione con il tempo trascorso a giocare ai videogiochi: si osservano percentuali crescenti di 17enni che trascorrono almeno 4 ore al giorno a giocare al diminuire del benessere economico familiare.

Conclusioni

I dati raccolti tra i ragazzi/e 17enni sono sostanzialmente in linea con quanto osservato tra i ragazzi/e più giovani (11-15enni) e in particolare negli andamenti legati all'età.

La composizione familiare e lo status socio-economico sono identici a quelli degli 11-15enni. Si evidenzia il trend decrescente della facilità a parlare con i genitori, in particolare con il padre.

Il consumo quotidiano di frutta e verdura è pari rispettivamente al 32% e al 48%. È confermata, come tra i ragazzi più giovani, una maggior propensione al consumo di frutta e verdura da parte delle ragazze. Anche il consumo di dolci e di bibite zuccherate è in linea con i dati degli 11-15enni.

I 17enni in eccesso ponderale sono il 12%, con i ragazzi che hanno percentuali più elevate di sovrappeso delle ragazze (come per le età più giovani). Anche per i 17enni si osserva una discrepanza tra percezione del proprio corpo e stato ponderale: il 70% di chi si pensa troppo grasso è in realtà normopeso (51% dei ragazzi e 78% delle ragazze).

È confermato il trend legato all'età sia per la pratica dell'attività fisica (trend decrescente all'aumentare dell'età dei ragazzi/e), sia il tempo dedicato alle attività sedentarie (all'aumentare dell'età i ragazzi/e preferiscono dedicarsi ai social network piuttosto che ai videogiochi).

Il giudizio positivo del rapporto con gli insegnanti è ulteriormente ridotto rispetto ai ragazzi più giovani e ancora una volta sono i ragazzi a esprimere valutazioni migliori rispetto alle coetanee femmine. In linea con i ragazzi più giovani, i 17enni esprimono parei positivi sugli amici e sui compagni di classe. Come per i 15enni gli atti di bullismo riguardano una percentuale contenuta di ragazzi/e.

Cresce, rispetto ai più giovani, la percentuale di fumatori (30% sigarette, 15% sigarette elettroniche), di consumatori di alcol (77%), di chi fa uso di cannabis (17%) e di chi gioca d'azzardo (31% almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

L'82% dei 17enni valuta positivamente la propria salute e il 76% è soddisfatto della propria vita. In generale le ragazze valutano in modo peggiore la propria salute e sono meno soddisfatte della vita rispetto ai coetanei maschi (come già visto per i più giovani, in particolare i 15enni). Il 43% dei 17enni dichiara di aver disturbi quotidiani con frequenze più alte tra le ragazze (64% vs 29%) e i due terzi fanno ricorso a farmaci (55% maschi, 77% femmine). Il 40% ha avuto rapporti sessuali e il metodo contraccettivo più usato è il preservativo, anche se in percentuale minore rispetto ai 15enni.

