



REGIONE
PUGLIA

HBSC 2022

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

Regione
Puglia

Sommario

Sommario	ii
PREFAZIONE	1
PREMESSA	2
PREMESSA	4
RINGRAZIAMENTI	6
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale	10
Introduzione	11
Metodologia	11
Popolazione in studio	11
Modalità di campionamento	11
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	11
Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy	12
Descrizione del campione regionale	12
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	15
La famiglia	16
Introduzione	16
La struttura familiare	16
La qualità delle relazioni con i genitori	17
Lo status socio-economico familiare	20
Per un confronto nel tempo	21
Conclusioni	21
Per quanto riguarda la situazione socio-economica percepita dai ragazzi, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-basse, con situazioni di disagio percepite da circa l' 83% degli intervistati a causa del mancato accesso a beni di consumo.	21
Bibliografia essenziale	22
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	23
Introduzione	24
Frequenza e regolarità dei pasti	24
Consumo di frutta e verdura	25
Consumo di dolci e bevande gassate	27
Stato nutrizionale	29
Insoddisfazione corporea	30
Igiene orale	32
Il FAS e le abitudini alimentari	32
Per un confronto nel tempo	33
Conclusioni	33
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	35
Introduzione	36
L'attività fisica	36
Comportamenti sedentari	38
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	38
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	40
Per un confronto nel tempo	41
Conclusioni	41
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	44

Introduzione	45
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	45
Rapporto con gli insegnanti	48
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	50
Bullismo e cyberbullismo	52
La scuola	56
Per un confronto nel tempo	58
Conclusioni	59
Bibliografia essenziale	60
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	62
Introduzione	63
Uso di sostanze	63
Fumo	63
Alcol	65
Cannabis	68
Gioco d'azzardo	69
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	70
Per un confronto nel tempo	71
Conclusioni	71
Bibliografia essenziale	72
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	74
Introduzione	75
Salute percepita	76
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	77
Sintomi riportati	78
Utilizzo di farmaci	81
Abitudini sessuali	81
Benessere psicologico	82
Solitudine percepita	83
Infortuni	84
Il FAS e la soddisfazione di vita	84
Per un confronto nel tempo	85
Conclusioni	85
Bibliografia essenziale	86
CAPITOLO 8 Social media e gaming	87
Introduzione	88
L'uso dei social media	88
L'uso dei videogiochi	89
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	91
Conclusioni	93
Bibliografia essenziale	93
CAPITOLO 9 COVID-19	94
Introduzione	95
Positività al COVID-19	95
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	96
Fonti di informazione sul COVID-19	98
Misure di protezione	99
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS	102
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS	102
Conclusioni	103

Bibliografia essenziale	103
CAPITOLO 10 17 enni	104
Lo stato di salute dei 17enni	105
La famiglia	105
La Struttura Familiare	105
La qualità delle relazioni con i genitori	105
Lo status socio-economico familiare	106
Abitudini alimentari e stato nutrizionale	107
Frequenza e regolarità dei pasti	107
Consumo di frutta e verdura	108
Consumo di dolci e bevande gassate	110
Consumo di legumi	111
Stato nutrizionale	112
Insoddisfazione corporea	112
Igiene orale	113
Il FAS e le abitudini alimentari	114
Sport e tempo libero	114
Comportamenti sedentari	116
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	117
Rapporto con gli insegnanti	117
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	118
Bullismo e Cyberbullismo	119
La Scuola	122
Conclusioni	124
Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze	125
Alcol	126
Cannabis	129
Gioco d'azzardo	129
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	130
Salute e benessere	130
Salute percepita	130
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	130
Sintomi riportati	131
Utilizzo di farmaci	131
Abitudini sessuali	131
Benessere Psicologico	132
Solitudine percepita	132
Infortuni	133
Il FAS e la soddisfazione di vita	133
Conclusioni	133
Social Media	134
L'uso dei social media	134
L'uso dei videogiochi	134
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	135
Conclusioni	136



GRUPPO DI RICERCA HBSC ITALIA 2022

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 Dalmasso, Lorena Charrier, Paola Berchiolla, 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 REGIONALE HBSC 2022

**REGIONE PUGLIA – Dipartimento di Promozione della Salute e del Benessere Sociale,
Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere - Onofrio Mongelli
Dirigente del Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria – Domenica Cinquepalmi**

Referenti Regionali:

Pietro Pasquale, Giacomo Domenico Stingi e Giuseppina Pacella

Ufficio Scolastico Regionale:

Giuseppe Sillipo e Valentina Romanazzi;

Operatori sanitari:

ASL BA: (Area metro) Maria Grazia Forte, Marta D’Ambrosio, Claudia Loconte, Maria Caterina Lovero;**(Area nord):** Caterina Spinelli, Sara Basile;**(Area sud):** Francesco Vino; Nicoletta Favuzzi; Federica Colombo; Paola Lollino

ASL BR: Pasquale Fina, Maria Anna Tomaselli, Roberta Peschechera.

ASL BT: Tiziana Nugnes, Sabrina Mancano, Vincenzo Marcotrigiano, Teresa Tarricone;

ASL FG: Michele Panunzio; Enza Paola Cela;

ASL TA: Augusto Giorgino, Tiziana Argese, Maria Nella Borsci, Sabrina Liuzzi, Angela Ritella, Antonella Viola.

ASL LE: (Area Nord) Pina Pacella, Valentina Bianco, Michela Caricato, Anna De Mango, Daniela Lezzi, Fiorella Manca, Giorgia Mangano, Fernanda Mazzeo.

(Area sud): Annamaria Mele; Luciana Nuccio, Katia Novelli, Marina Coluccia, Maria Grazia Congedo, Maria Rita Pasimeni.



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 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, prosegua nel tempo, permetta di verificare i mutamenti, positivi o negativi, dei fenomeni osservati in rapporto alle politiche di intervento messe in atto.

Un ringraziamento va a tutti coloro che hanno reso possibile la buona riuscita dell'indagine: i referenti di ciascuna regione, 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 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 un contesto particolare della vita dei ragazzi, quale è l'adolescenza, con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età.

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.

Lo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982 e oggi il Network HBSC comprende 49 paesi in Europa, Nord America e Israele e un vasto team multidisciplinare di studiosi e ricercatori.

L'Italia è entrata a far parte di questo Network nel 2000 e dal 2002 ad oggi sono state realizzate cinque raccolte dati (2002, 2006, 2010, 2014 e 2018) promosse e finanziate dal Ministero della Salute/CCM, coordinate dalle Università di Torino, Padova e Siena e svolte in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) e le Regioni.

Fino al 2006 lo studio HBSC è stato condotto solo a livello nazionale da un team di tre Università (Torino, Siena e Padova) con il coordinamento dell'Università di Torino. L'indagine si è estesa progressivamente anche a livello regionale coinvolgendo Piemonte, Veneto, Toscana, Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Nel 2010 HBSC è entrato a far parte del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e promosso dal Ministero della Salute/CCM, in collaborazione con il MIUR e collegato alla strategia europea "Gaining health". In questa edizione, l'indagine HBSC ha previsto per la prima volta una rappresentatività sia nazionale che regionale, permettendo di avere dati rappresentativi della realtà territoriale a livello di tutte le regioni.

Nel 2017, Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (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" - GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017 ha inserito il "Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni" tra quelli di rilevanza nazionale e regionale e ha individuato nell'ISS l'Ente presso il quale è istituito. L'ISS ha coordinato la rilevazione del 2018 con la collaborazione dell'Università di Torino, di Siena e di Padova, storicamente coinvolte nello studio nazionale e internazionale.

Ogni capitolo di questo rapporto presenta e analizza i dati regionali 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 regionali, 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 Dirigente della Sezione Promozione
della Salute e del Benessere**

Dott. Onofrio Mongelli



PREMESSA

La Regione Puglia anche nel 2022 ha partecipato allo studio internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), avviando opportune indagini sistematiche sui comportamenti di salute degli adolescenti.

La qualità e l'efficacia di un sistema sanitario sono strettamente legate alla sua capacità di prevenire gli stati di morbosità oltre che di procedere alla corretta diagnosi e cura della malattia. Il sistema sanitario deve, infatti, poter incidere sui determinanti dei livelli di benessere della popolazione ed in particolare sugli stili di vita della popolazione, orientando verso comportamenti virtuosi.

Per questo, la promozione di interventi di sorveglianza sulla popolazione rappresenta lo strumento con il quale indagare e conoscere i reali problemi di salute e di benessere, fornendo elementi oggettivi per orientare efficaci interventi di prevenzione e promozione della salute.

Il Dipartimento di Promozione della Salute e del Benessere della Regione Puglia da tempo coordina e conduce indagini di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione pugliese e lo fa attraverso indagini di carattere nazionale, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità per il tramite del Dipartimento di Prevenzione delle ASL pugliesi.

Nel Dipartimento di Prevenzione delle ASL, uno dei ruoli fondamentali alla lotta alle Malattie Croniche non trasmissibili è attribuito ai Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione in cooperazione con altri Servizi dello stesso Dipartimento.

Si ricordano sistemi di sorveglianza a carattere nazionale quali: “OKkio alla Salute” per i bambini della scuola primaria, lo studio “PASSI” per gli adulti in età 18-69 anni e il progetto “PASSI d'Argento” per la popolazione degli ultra-64enni.

A cui si aggiunge il sistema di Sorveglianza a carattere regionale denominato “Attivamente Sani a Scuola” che copre la fascia di popolazione di 17-18 anni;

Con lo studio HBSC, dunque, si inserisce un prezioso tassello d'indagine, utile a coprire la conoscenza dell'intero arco di vita della popolazione della Puglia (11, 13 e 15 anni).

Lo studio HBSC restituisce preziose informazioni, sia sui principali stili di vita condotti dagli adolescenti e su talune caratteristiche della loro salute, sia su rilevanti aspetti della loro vita sociale, quali le relazioni intra-familiari, il rapporto con i pari e quello con la Scuola.

Questo studio di sorveglianza, ideato e promosso dall'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, offre la straordinaria opportunità di realizzare confronti sia nazionali-interregionali sia internazionali, giacché viene svolto contemporaneamente e con la medesima metodologia, ogni quattro anni, non soltanto nei Paesi europei ma anche in alcuni Paesi d'oltreoceano. Inoltre, dà prova di un'efficace partnership tra gli operatori del mondo della Salute e del mondo della Scuola, di un'alleanza che con orgoglio e convinzione si va consolidando sempre più in Puglia, quale esempio concreto di ciò che è possibile ottenere quando le Istituzioni intraprendono un percorso condiviso, teso alla realizzazione dei superiori interessi della collettività.

Auspichiamo che la miniera di informazioni messa a disposizione in questo primo report HBSC possa essere utilizzata dagli operatori della Salute e della Scuola, dalle Istituzioni tutte, dalle famiglie e dall'intera società civile, al fine di produrre il miglior esito possibile sulla salute dei nostri ragazzi.

Il lavoro, coordinato dalle strutture del Dipartimento di Promozione della Salute del Benessere Sociale e realizzato grazie al contributo dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e degli Uffici Scolastici, è il frutto dell'esperienza e della professionalità degli operatori sanitari e del mondo della scuola, nonché

del contributo delle famiglie e degli studenti che vi hanno partecipato: a tutti loro è dovuto il nostro personale ringraziamento per la preziosa collaborazione che ha reso possibile l'acquisizione di un importante patrimonio informativo che abbiamo il piacere di restituire al servizio dell'intera collettività.



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.

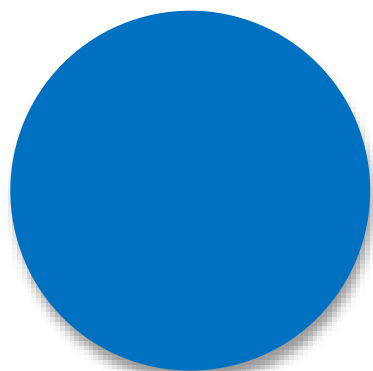
Si ringraziano tutte le Scuole della Regione Puglia, di seguito riportate, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO	
Comune	Scuola
ALTAMURA	S.S.1 G. O. SERENA - PACELLI
ALTAMURA	S.S.1 G. S. MERCADANTE
ALTAMURA	S.S.1 G. PADRE PIO
ARADEO	ARADEO
BARI	MANZONI - LUCARELLI
BARI	MODUGNO
BARI	MASSARI - GALILEI
BARI	LATERZA
BARLETTA	S.S.1 G. RENATO MORO
BARLETTA	R. DIMICCOLI
BISCEGLIE	S.S.1 G. R. MONTERISI
BITONTO	VINCENZO BELLEZZA
BRINDISI	SMS G. CESARE
CANOSA DI PUGLIA	MARCONI
CARMIANO	SCUOLA SEC. I GRADOG.ZIMBALO
CAROSINO	O.FLACCO
CASTELLANA GROTTA	DE BELLIS
CAVALLINO	L. DA VINCI CAVALLINO
CEGLIE MESSAPICA	S.M.S. - G.PASCOLI - CEGIE M.
CERIGNOLA	PADRE PIO DA PIETRELCINA
CERIGNOLA	S.S. 1 G. G. PAVONCELLI
CHIEUTI	GIORGIO SKANDERBERG
CONVERSANO	S.S.1 G. CARELLI - FORLANI
COPERTINO	ISTITUTO COMPRENSIVO POLO 3
CORATO	GIOVANNI XXIII
FOGGIA	ALFIERI VITTORIO
FOGGIA	DE SANCTIS
FOGGIA	S.S. 1 G. L. MURIALDO
FOGGIA	S.S. 1 G. G. BOVIO
GRAVINA IN PUGLIA	SANTOMASI
GRUMO APPULA	GIOVANNI XXIII
LATERZA	MICHELANGELO
LECCE	D. ALIGHIERI - LECCE
LECCE	S.S. 1 G. A. GRANDI

LIZZANELLO	C. DE GIORGI - LIZZANELLO
LOCOROTONDO	GIOVANNI OLIVA
MANFREDONIA	GIORDANI
MARTINA FRANCA	I.C. GIOVANNI XXIII
MASSAFRA	SAN G. BOSCO
MASSAFRA	N. ANDRIA
MATINO	SMS D. ALIGHIERI - MATINO
MESAGNE	S.S. 1 G. MATERDONA - MORO
MOLFETTA	PROF. MICHELE SANTOMAURO
MOLFETTA	SAN DOMENICO SAVIO
MONTE SANT'ANGELO	GIOVANNI VENTITREESIMO
MONTE SANT'ANGELO	AMICARELLI
MONTERONI DI LECCE	V.GRAMSCI - MONTERONI P.2
ORDONA	DON BOSCO
ORIA	SMS MILIZIA ORIA
OSTUNI	S.S. 1 G. BARNABA - BOSCO
PALAGIANO	GIOVANNI VIGESIMO TERZO
PUTIGNANO	PARINI
RUFFANO	A. BORTONE - RUFFANO
SAN DONACI	S.M.S. ALIGHIERI SANDONACI
SAN DONATO DI LECCE	G. PASCOLI - SAN DONATO
SAN GIORGIO IONICO	G.PASCOLI
SAN MARCO IN LAMIS	VIA COMPAGNONI
SAN SEVERO	PALMIERI
SANTERAMO IN COLLE	S.S.1 G. S. G. BOSCO-F. NETTI
SECLI'	SECONDARIA I GRADO SECLI'
SERRACAPRIOLA	MAZZINI
SQUINZANO	SCUOLA SECONDARIA PRIMO GRADO
TARANTO	VOLTA - TARANTO
TARANTO	G. SALVEMINI
TRANI	S.S.1 G. E. BALDASSARRE
TRICASE	SCUOLA MEDIA G.PASCOLI
TRIGGIANO	S.S.1 G. DE AMICIS - DI ZONNO
TRINITAPOLI	GARIBALDI

SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO	
Scuola	Comune
ACQUAVIVA DELLE FONTI	LICEO DON LORENZO MILANI
ALESSANO	ALESSANO
ALTAMURA	ISTITUTO TECNICO TECNOL. NERVI-GALILEI
ALTAMURA	ISTITUTO TECNICO ECONOMICO F. M. GENCO
ALTAMURA	LICEO FEDERICO II DI SVEVIA
ANDRIA	R. LOTTI-UMBERTO I TEC.TURISMO-AGRARIO
ANDRIA	LICEO CARLO TROYA
ASCOLI SATRIANO	LICEO LANZA-PERUGINI
BARI	P. CALAMANDREI
BARI	LICEO SCIENTIFICO G. SALVEMINI
BARI	GUGLIELMO MARCONI
BARI	ITT E.DI SAVOIA-ITC CALAMANDREI
BARI	ISTITUTO TECNICO ECONOMICO LENOCI
BARI	LICEO DE NITTIS-PASCALI
BARI	I.P. L. SANTARELLA - DE LILLA
BARI	I.P. E. MAJORANA
BARI	LICEO SCIENTIFICO E. FERMI
BARLETTA	ISTITUTO TECNICO CASSANDRO-FERMI-NERVI
BISCEGLIE	LICEO LEONARDO DA VINCI
BRINDISI	I.T. CARNARO-MARCONI-FLACCO-BELLUZZI
BRINDISI	I.P. FERRARIS - DE MARCO
BRINDISI	LICEO MARZOLLA-LEO-SIMONE-DURANO
CAGNANO VARANO	MARIA IMMACOLATA
CASARANO	LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO VANINI
CASTELLANA GROTTA	ITT LUIGI DELL'ERBA
CASTELLANA GROTTA	LICEO SCIENTIFICO DELL'ERBA CASTELLANA G
CEGLIE MESSAPICA	IST.PROF.SERV.SOCIALI CEGLIE MESS.
CEGLIE MESSAPICA	SEZ.CLASSICA DELL'IST.SUP.DI CEGLIE M.
CERIGNOLA	LICEO ALBERT EINSTEIN
COPERTINO	ISTITUTO MAGISTRALE COPERTINO
CORATO	LICEO ARTISTICO FEDERICO II STUPOR MUNDI
CORATO	LUCIANO TANDOI
CORATO	ALFREDO ORIANI
FASANO	L. DA VINCI - FASANO -
FOGGIA	ISTITUTO TECNICO ALTAMURA - DA VINCI
FOGGIA	ISTITUTO TECNICO GIANNONE MASI
FOGGIA	I.P.ANTONIO PACINOTTI
FRANCAVILLA FONTANA	ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO E. FERMI
GINOSA	ISTITUTO PROF.LE BELLISARIO
GROTTAGLIE	LICEO G. MOSCATI
LECCE	ISTITUTO TECNICO OLIVETTI LECCE

LECCE	I.S.I.S.S.-L. SCARAMBONE-LECCE
LECCE	ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE E. FERMI
LECCE	LICEO ART. E COREUT. CIARDO-PELLEGRINO
LECCE	LICEO PIETRO SICILIANI
LUCERA	ISTITUTO TECNICO VITTORIO EMANUELE III
MAGLIE	IST.TECNICO INDUSTRIALE-MAGLIE
MAGLIE	IST.TECNICO COMM.LECEZZI-MAGLIE
MAGLIE	LEONARDO DA VINCI MAGLIE
MANDURIA	L. EINAUDI
MANFREDONIA	I.P.E.O.A. M. LECCE
MANFREDONIA	LICEO GALILEI-MORO
MARTINA FRANCA	IST. TECNICO LEONARDO DA VINCI
MINERVINO MURGE	E. FERMI-MINERVINO SEZ. ASS. L.S. CANOSA
MOLA DI BARI	L. S. E. MAJORANA
MOLFETTA	I.P.S.I.A.M. AMERIGO VESPUCCI
MOLFETTA	I.P.E.O.A. DI MOLFETTA
MOLFETTA	LICEI A. EINSTEIN - L. DA VINCI
MOTTOLA	ISTITUTO TECNOLOGICO LENTINI
NARDO'	I.I.S.S. N. MOCCIA
ORIA	LICEO SCIENTIFICO ORIA
ORTA NOVA	I.P.S.C. A. OLIVETTI
RUTIGLIANO	ILARIA ALPI
SAN SEVERO	ISTITUTO TECNICO ECONOMICO FRACCACRETA
SAN SEVERO	I.TECNICO DI SANGRO-MINUZIANO-ALBERTI
SERRACAPRIOLA	IST. TEC. SETTORE ECON. - SERRACAPRIOLA
TARANTO	IPSIA ARCHIMEDE
TARANTO	QUINTO ENNIO
TARANTO	A. PACINOTTI
TARANTO	I.T.E. POLO COMMERCIALE PITAGORA
TARANTO	GALILEO FERRARIS
TARANTO	LICEO SCIENTIFICO G. BATTAGLINI
TARANTO	LICEO ARCHITA
TRANI	A. MORO
TRICASE	LICEO STATALE GIROLAMO COMI
TRIGGIANO	ISTITUTO TECNICO DE VITI DE MARCO
TRIGGIANO	LICEO CARTESIO
TURI	ITES SANDRO PERTINI
VIESTE	IST. TECNICO GIULIANI
VIESTE	LICEO FAZZINI-



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale

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 dello 0,5 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 (compilazione online per la prima volta nel 2022).

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 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 regionale

Nella Regione PUGLIA sono state campionate 120 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 140 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 260 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 252 classi con una rispondenza complessiva del 96,9% (Tabella 1). *[La buona 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

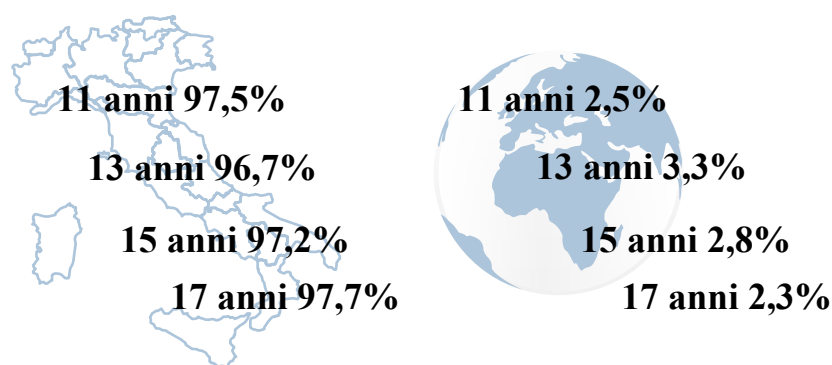
	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	60	57	95
Classe III Media	60	57	95
Classe II superiore	66	64	97
Classe IV superiore	74	74	100
Totale	260	252	96,9

Il campione era costituito da un totale di 4.073 studenti di cui: il 22,8% di 11 anni, il 24,7% di 13 anni, il 24,1% di 15 anni e il 28,4% di 17 anni (Tabella 2).

TABELLA 2. COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE, PER ETÀ E GENERE (%)

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	51,8	48,2	100
13 anni	52,7	47,3	100
15 anni	55,6	44,4	100
17 anni	47,6	52,4	100
Totale	51,8	48,2	100

Circa il 2,7% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 13 anni (Figura 1)

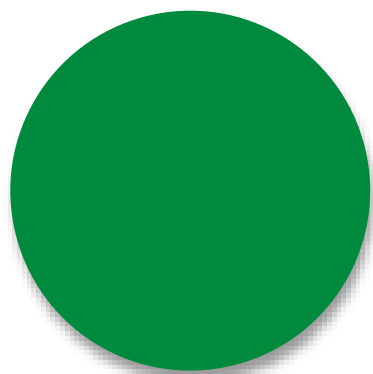
Figura 1. Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età (%)

Nella Tabella seguente è riportata la composizione del campione dei genitori dei ragazzi per nascita in Italia e all'estero (%)

TABELLA 3. COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE DEI GENITORI DEI RAGAZZI PER NASCITA IN ITALIA E ALL'ESTERO (%)

Entrambi i genitori nati in Italia	88,94
Almeno un genitore nato all'estero	7,54
Entrambi i genitori nati all'estero	3,52

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nell'11% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altra nazionalità.



CAPITOLO 2

Il contesto familiare

La famiglia

Introduzione

L'adolescenza è un processo evolutivo caratterizzato da trasformazioni in cui i cambiamenti sul piano psico-fisico che interessano i ragazzi si accompagnano ad un modificarsi delle relazioni familiari e amicali.

La famiglia, insieme alla scuola e al mondo dei pari, è l'ambito nel quale gli adolescenti iniziano a costruire la propria identità personale e il proprio ruolo sociale. Attraverso la ridefinizione dei rapporti con i genitori e, contemporaneamente, ad un più intenso investimento nelle relazioni amicali, avviano una progressiva acquisizione di autonomia con precipue componenti affettive, ideative e sociali.

In questo capitolo si approfondisce il ruolo della struttura familiare e della relazione genitori-figli che, insieme al livello socio-economico della famiglia, definiscono il contesto di vita, e la percezione che i ragazzi hanno di essa, aspetti questi in grado di influenzare il benessere e i comportamenti di salute nel loro complesso.

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 mono-genitoriali, 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.

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

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 (Tabella 1). Le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante, le famiglie monogenitori rappresentano il 13% dei nuclei familiari di cui il 11,8% composti da donne.

Nel 1,8 % dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite" che possono essere più o meno complesse e appaiono caratterizzate da una certa fragilità.

Nel 4,8% dei casi i ragazzi hanno indicato di non vivere con i genitori ma in altra sistemazione senza genitori o nonni.

Dalla tabella 2 si ricava che più della metà del campione (58,8%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici rappresentano dal 15,6%.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	80,4
Solo madre	11,8
Solo padre	1,2
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,8
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4,8
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	15,6
1 fratello o sorella	58,8
2 o più fratelli o sorelle	25,7
Totale	100

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. Ad esempio avere una relazione difficile con la madre risulta associato ad una maggiore propensione all'abitudine al fumo e al consumo frequente di alcol e di altre sostanze⁶.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi, comportamenti antisociali, comportamenti

⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmaso 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 Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128

di rischio per la salute, una migliore autostima e meno problemi scolastici⁷. Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta alla domanda “*Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente*” sono distribuite su una scala di tipo ordinale da “*molto facile*” a “*non ho o non vedo questa persona*”.

Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

Tabella 3. Quanto è facile per te parlare con tuo padre di cose che ti preoccupano veramente? per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	42,2	31,1	20,2
Facile	32,2	30,1	32,4
Difficile	13,9	19,5	24,1
Molto difficile	9,3	14,4	18,5
Non ho o non vedo mai questa persona	2,4	4,9	4,8
Totale	100	100	100

Tabella 4. Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente? per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	61,8	43,7	33,5
Facile	24,9	32,1	35,3
Difficile	9,7	15,8	19,4
Molto difficile	3,2	7,5	10,4
Non ho o non vedo mai questa persona	0,4	0,9	1,4
Totale	100	100	100

Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile ai ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre.

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che la comunicazione con il padre diminuisce all’aumentare dell’età soprattutto nelle ragazze, come di seguito mostrato nelle figure 1 e 2, mentre la comunicazione è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze.

⁷ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Neppl, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence. *Psychological Science*, 24(3): 243-250

Figura 1 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre, per genere ed età (%)

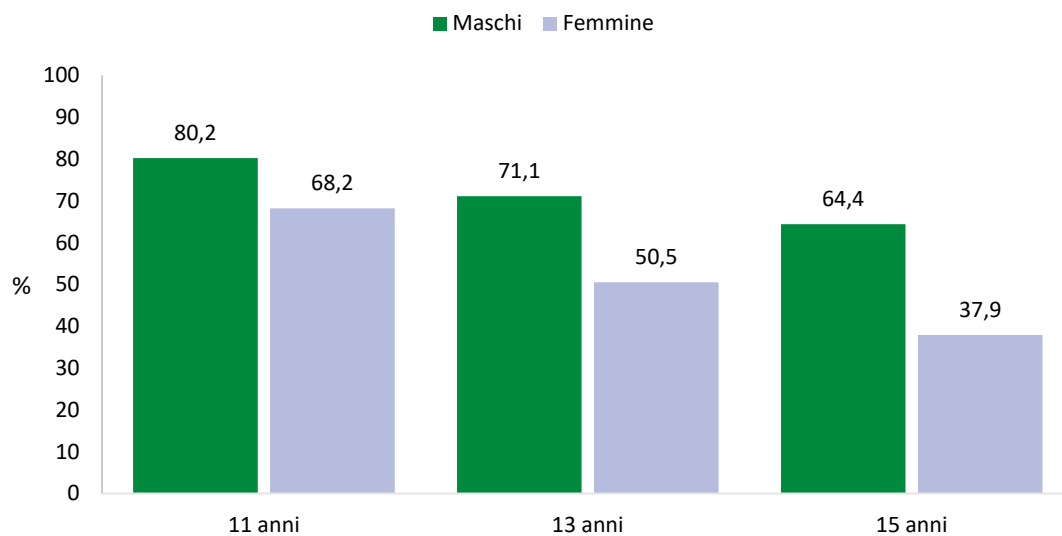
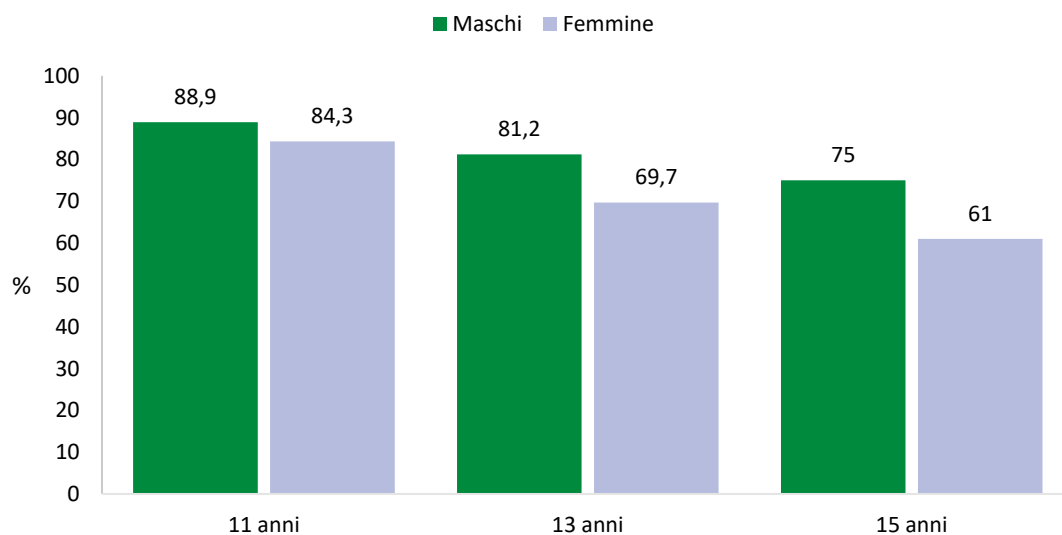


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



Lo status socio-economico familiare

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi⁸. È stato anche osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi⁹.

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)¹⁰ 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.

Nella Tabella 5 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socio-economico.

Tabella 5. Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') (%)

Family Affluence Scale	%
Basso	35
Medio	47,9
Alto	17,2
Totale	100

Si mette in evidenza che 1 famiglia su 6 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" per il 17,2%, mentre il 47,9% è nella fascia di "media possibilità di consumo" ed il 35% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

⁸ 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

⁹ 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

¹⁰ 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

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 6, 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. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

Tabella 6. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%)

Family Affluence Scale	% 2018	% 2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	84,5	80,4
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	80,3	76,8
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	61,8	62,4
FAMIGLIE CON FAS ALTO	17,2	17,2

Conclusioni

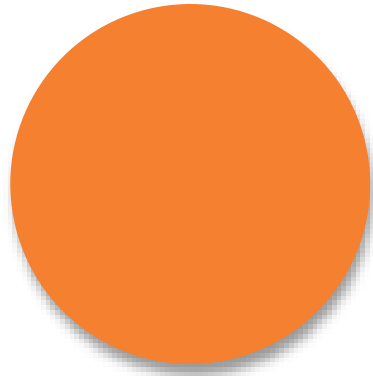
Le statistiche ufficiali dichiarano che, nel corso degli ultimi decenni, le famiglie in Puglia hanno registrato profondi cambiamenti dovuti, prevalentemente, all'aumento dell'instabilità coniugale, al calo della natalità con conseguente invecchiamento della popolazione, all'aumento di famiglie non strutturate secondo la maniera tradizionale, all'aumento del tasso di attività della popolazione femminile (con conseguenze sulla conciliazione dei tempi tra lavoro fuori casa, lavoro domestico e di cura della famiglia).

Poiché la vita in famiglia è in grado di influenzare fortemente le modalità con cui i ragazzi, futuri adulti, si rapportano con il mondo, sono stati analizzati alcuni aspetti di tre delle maggiori componenti della vita familiare: la struttura di convivenza, la qualità delle relazioni con i genitori e la situazione socioeconomica.

Rispetto alla struttura familiare, si conferma la prevalenza di nuclei in cui sono presenti entrambi i genitori, anche se in calo rispetto al dato del 2018. Non è tuttavia possibile trascurare il fatto che le situazioni alternative, con presenza di un solo genitore o di un nuovo coniuge o, addirittura con assenza di entrambi i genitori, rappresentano ormai un 17,8% delle realtà in cui vivono e crescono i nostri ragazzi; sono realtà di cui occorre tenere conto nella programmazione di appropriate politiche familiari e sociali, in quanto costituiscono situazioni a rischio di svantaggio economico e sociale.

La qualità della relazione con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende a ridursi con l'aumentare dell'età, risultando più bassa fra i quindicenni rispetto ai tredicenni e fra questi ultimi rispetto agli undicenni. Questo è certamente un dato comprensibile, se si considera che l'adolescenza è l'età in cui inizia il distacco dalla famiglia, per avvicinarsi ad altri gruppi sociali. Da rilevare, tuttavia, il miglior rapporto tenuto con la madre rispetto a quello con il padre, soprattutto da parte dei ragazzi.

Per quanto riguarda la situazione socio-economica percepita dai ragazzi, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-basse, con situazioni di disagio percepite da circa l'83% degli intervistati a causa del mancato accesso a beni di consumo.



CAPITOLO 3

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Introduzione

L'alimentazione ha un notevole impatto sulla salute nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente e futuro dell'individuo^{11,12,13,14}.

Un giovane con un sano stile di vita avrà maggiori possibilità di divenire un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più probabilità di vivere l'età senile in buona efficienza fisica con ovvi vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario.

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali determinanti^{15,16,17}; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{18,19} e incoraggiando scelte alimentari salutari²⁰. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente²¹.

Nella prima parte del capitolo vengono 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 zuccherate²².

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura²³, tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e successivamente definito lo stato di: sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso utilizzando i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al.^{24,25}; per i confronti internazionali sono utilizzate le curve dell'OMS²⁶.

¹¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018. <https://www.wcrf.org/dietandcancer> (accessed Feb 19, 2019)

¹² Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103

¹³ Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33

¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.

¹⁵ Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2017;117:707-714.

¹⁶ Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D'Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol*.

¹⁷ Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents' Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 2017;84:231-246.

¹⁸ Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80-86

¹⁹ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.

²⁰ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.

²¹ Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.

²² Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).

²³ Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.

²⁴ Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.

²⁵ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.

²⁶ World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta nell'infanzia e nell'adolescenza²⁷.

Frequenza e regolarità dei pasti

La colazione rappresenta un pasto estremamente 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^{28,29,30}.

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.

Nella Tabella 1 è riportata la frequenza di consumo della colazione durante la settimana.

Tabella 1. “Di solito quante volte fai colazione (in settimana)?” per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	23	29,1	29,6	27,4
Un giorno	3,9	3,8	3,4	3,7
Due giorni	3,3	4,1	5,3	4,2
Tre giorni	5,7	5,6	6,8	6,1
Quattro giorni	4,9	5	4	4,6
Cinque giorni	59,2	52,4	50,9	54

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età o viceversa. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono confrontabili sia tra le diverse categorie sia tra le varie classi di età. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione e la loro percentuale aumenta con l'età.

La frequenza del consumo dei pasti insieme in famiglia è stata indagata con un'apposita domanda. Nella Tabella 2 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana per le diverse classi di età.

Tabella 2. “quante volte tu e la tua famiglia consumate pasti insieme?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	62,4	62,3	59,9	61,5
La maggior parte dei giorni	30,3	28,8	31	30,1
Circa una volta alla settimana	4,9	6,7	6,6	6,1
Meno di una volta alla settimana	1,4	1,2	1,6	1,4
Mai	1	1	0,8	0,9

²⁷ Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. J Educ Health Promot. 2018;7:19.

²⁸ 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.

²⁹ 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.

³⁰ 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.

Il 62,4% degli undicenni, il 62,3% dei tredicenni ed il 59,9% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”; le frequenze sono simili nelle diverse classi di età. Anche per le altre categorie di consumo non si evidenziano particolari differenze.

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 coinvolti nell’indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta (Tabella 3) e verdura (Tabella 4) al fine di delinearne il consumo abituale.

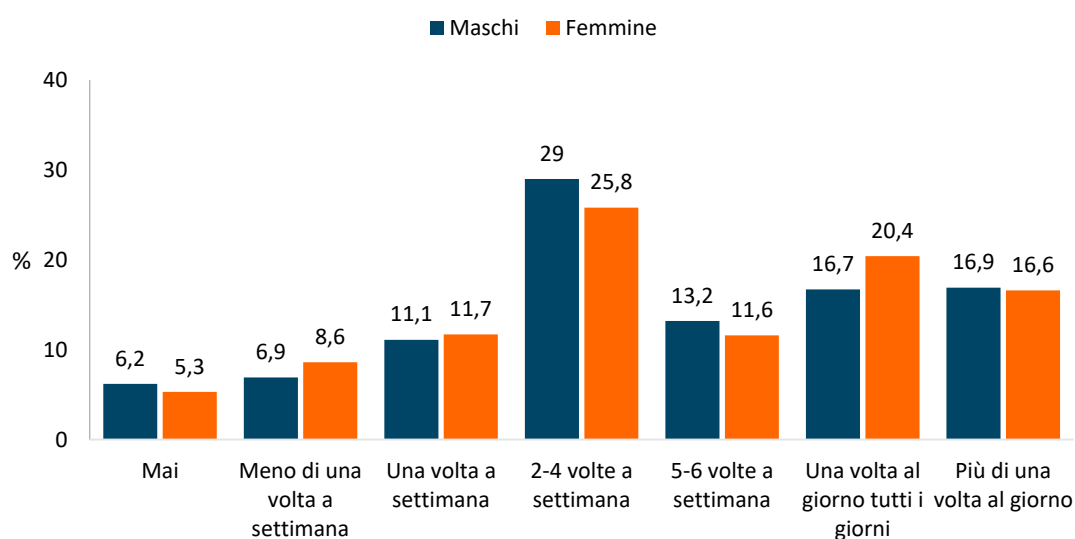
Tabella 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	5,3	4,4	7,5	5,7
Meno di una volta a settimana	6,9	7,1	8,8	7,7
Una volta a settimana	11	10,7	12,3	11,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24,3	31,7	26,5	27,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,3	11,8	12,3	12,5
Una volta al giorno tutti i giorni	19	18,2	18,3	18,5
Più di una volta al giorno	20,2	16,1	14,3	16,8

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” e “Una volta al giorno tutti i giorni”. In generale non si evidenziano sostanziali differenze tra le classi di età.

Nella Figura 1 sono riportate le frequenze percentuali del consumo di frutta su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 1. Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi per il consumo tra 2 e 4 volte a settimana, mentre una percentuale maggiore tra le femmine per il consumo di una volta al giorno tutti i giorni (20,4% VS 16,7%).

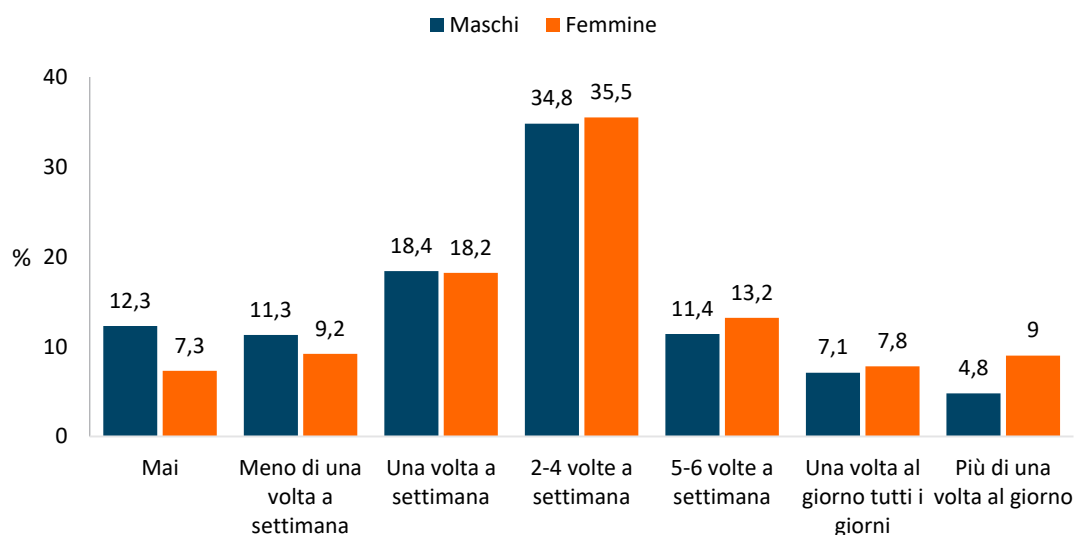
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	11,4	8,4	10	9,9
Meno di una volta a settimana	10,9	11,1	9	10,3
Una volta a settimana	18,1	20,3	16,6	18,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	32,6	34,3	38,1	35
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11,7	13,1	11,9	12,3
Una volta al giorno tutti i giorni	7,9	7	7,4	7,4
Più di una volta al giorno	7,4	5,8	7	6,8

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” con una percentuale maggiore nei 15 anni.

Nella Figura 2 sono riportate le frequenze percentuali di consumo di verdura su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 2. Frequenza del consumo di verdura, per genere (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente sovrapponibili.

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 ^{31,32}.

Nelle Tabelle 5 e 6 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di dolci, caramelle o cioccolato, cola o altre bibite con zucchero.

Tabella 5. “Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?” per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4,7	5,3	5	5
Meno di una volta a settimana	11,8	9,8	10,9	10,8
Una volta a settimana	14,6	13	13,7	13,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,9	26,5	27	26,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12	14,2	15,6	14
Una volta al giorno tutti i giorni	15,4	16,4	14,9	15,5
Più di una volta al giorno	15,5	14,9	12,9	14,4

Tabella 6. “Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?” per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	21,1	16,3	18,3	18,5
Meno di una volta a settimana	19,3	19	21,6	20
Una volta a settimana	23,1	24,2	22,1	23,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	16,7	19,3	19,9	18,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7,1	9,2	6,3	7,5
Una volta al giorno tutti i giorni	5,1	4,7	4,7	4,8
Più di una volta al giorno	7,6	7,4	7	7,4

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero. Per quanto riguarda le classi di età i consumi risultano generalmente sovrapponibili.

Nella Tabella 7 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di legumi.

³¹ 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.

³² 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.

Tabella 7. “Di solito quante volte alla settimana mangi legumi?” per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	11,3	10	8,2	9,8
Meno di una volta a settimana	11,2	12,2	10	11,1
Una volta a settimana	28,7	25,6	26,7	26,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	31,4	34,6	41,4	35,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9,3	10	8,8	9,4
Una volta al giorno tutti i giorni	3,1	3,8	3,1	3,3
Più di una volta al giorno	5,1	3,8	1,9	3,6

Il 35,9% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 9,8% dichiara di non assumerli mai. Per quanto riguarda le classi di età generalmente i consumi risultano sovrapponibili.

In Tabella 8 si riporta la frequenza di consumo di alcuni alimenti.

Tabella 8. “Indicatori sintetici di consumo di alimenti, per età e genere” (%)

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	35,8	42,9	34,3	34,2	31,3	34,3
Verdura (almeno una volta al dì)	14,1	16,5	10,4	15,4	11,2	18,4
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	50,5	47	52,9	51,5	56,7	53,2
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	12,9	12,5	12,1	12	12,3	11
Snack salati (almeno una volta al dì)	19,6	26,6	19,1	26,4	19,1	21,8
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	57,5	61,3	61,9	62,5	65,5	63,8
Dolci (almeno una volta al dì)	26,6	35,5	28,1	34,8	27	28,7

Stato nutrizionale

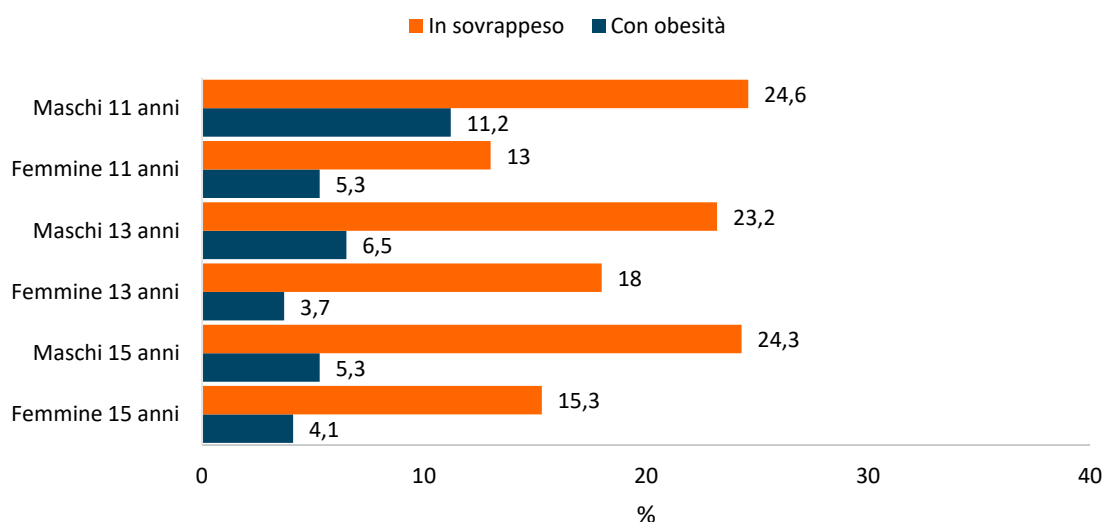
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC = kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La Figura 3, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

Tabella 9. Valutazione del peso in base all'IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati) per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3,2	2,9	2,5	2,8
Normopeso	69,3	71,2	72,4	71,1
Sovrappeso	19,1	20,7	20,3	20,1
Obeso	8,4	5,2	4,8	6

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 71,1%. I ragazzi sottopeso sono il 2,8%, i sovrappeso sono il 20,1% e gli obesi sono il 6%. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, dal 8,4% nei ragazzi di 11 anni al 5% circa nei ragazzi di 13 e 15 anni.

Figura 3. Frequenza di sovrappeso e obesità per genere ed età (%)



Insoddisfazione corporea

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti di 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 oggettivi³³. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi “troppo grasse/i”, indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. Ai ragazzi 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 sovrappeso³⁴.

Nella Tabella 10 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11, 13 e 15 anni.

Tabella 10. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	2,7	1,7	1,5	1,9
Un po' troppo magro	11,9	8,4	10,2	10,2
Più o meno della taglia giusta	57,6	57,2	54,3	56,3
Un po' troppo grasso	23,1	29,1	30,8	27,8
Decisamente troppo grasso	4,7	3,6	3,2	3,8

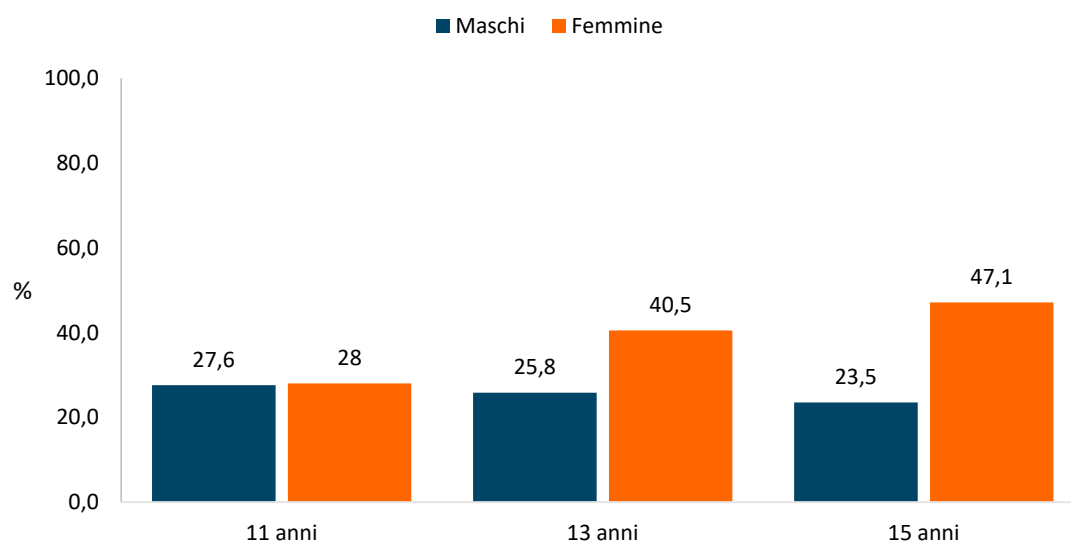
³³ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.

³⁴ 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.

In generale il 56,3% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” e “Un po’ troppo magro” circa il 28% e il 10% rispettivamente. La percezione di essere un po’ troppo grassi aumenta con l’età.

Nella Figura 4 è evidenziata la percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che si percepisce in sovrappeso (“Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso”) distinta per genere ed età.

Figura 4. Frequenza di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere (%)



Con l’aumentare dell’età aumenta la quota di coloro che si percepiscono “grassi o molto grassi”, tale convinzione aumenta nelle femmine, al contrario nei maschi tale percezione diminuisce con l’età.

Nella Tabella 11 sono riportate le frequenze dei ragazzi che si percepiscono “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” in relazione al proprio IMC, per classe di età.

Tabella 11. Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per età (%)

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni
Sottopeso	25,7	65,4	8,9
Normopeso	26,5	32,4	41,1
Sovrappeso	24,7	37,3	38
Obeso	36,2	31,7	32,1

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una percentuale non trascurabile (47,3%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l’età.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta; in Tabella 12 è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

Tabella 12. “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	43,1	40,3	34,4	39,1
No, ma dovrei perdere qualche chilo	24,9	28,7	25,4	26,3
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	10,5	9,5	14,3	11,5
Sì	21,5	21,4	25,9	23

In generale il 39,1% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 26,3% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 23% dei ragazzi è a dieta.

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. In Tabella 13 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 13. “Quante volte al giorno ti lavi i denti?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	74,9	77	82,4	78,2
Una volta al giorno	20,5	19,4	14,9	18,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3,7	2,6	2	2,7
Meno di una volta alla settimana	0,7	0,9	0,5	0,7
Mai	0,2	0,1	0,2	0,2

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.

Nella Tabella 14 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 14. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	49,2	57,3	56
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	31,4	36,7	39
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	12	14,8	17,3
Consumo quotidiano di bevande gassate	14,4	10	12,6
Prevalenza di sovrappeso	21,4	20,3	17,4
Prevalenza di obesità	7,6	5,3	4,8

I dati riportati in tabella confermano che la popolazione che ha un potere d'acquisto medio-alto ha la possibilità di consumare la prima colazione, un frutto e la verdura ogni giorno, in percentuale maggiore rispetto a chi appartiene al FAS basso. Di contro questi ultimi hanno una prevalenza maggiore di sovrappeso e obesità.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 15, 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. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

Tabella 15. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%)

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	53,7	54
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	37	35,2
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	13,6	14,2
Consumo quotidiano di bevande gassate	14,3	12,2
Prevalenza di sovrappeso	19,2	20,1
Prevalenza di obesità	4,2	6

Dal confronto tra il periodo pre e post- pandemico si evidenzia che il consumo della prima colazione e il consumo di verdura lievemente cresciuti, mentre decresce il consumo di frutta e delle bevande gassate. Inoltre si nota un aumento della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati regionali, riguardanti le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei ragazzi confrontando i dati post-pandemici rispetto ai dati pre-pandemia, risultano essere peggiorati per quanto riguarda il consumo di frutta e la prevalenza di obesità e del sovrappeso che è aumentata. Mentre il consumo quotidiano della prima colazione e il consumo di verdura una volta al giorno è lievemente aumentato. Consideriamo l'andamento di alcuni indicatori in base all'età, si evidenzia che all'aumentare dell'età si osserva un aumento del consumo dei legumi e della verdura soprattutto nelle femmine, così come diminuisce il consumo di dolci, delle bevande zuccherate e degli snack salati. Il miglioramento delle abitudini alimentari si correla con il miglioramento della prevalenza di obesità il quale diminuisce all'aumentare dell'età (dal 8,4 % a 11 anni al 4,7% a 15 anni). Inoltre con l'aumentare dell'età migliora il numero dei ragazzi con normopeso (dal 69,3% degli 11enni al 72,4 dei 15enni)

I ragazzi con l'aumentare dell'età aumentano l'attenzione al proprio corpo che, a volte può sfociare in situazioni pericolose, soprattutto quando si associa una maggiore attenzione alle proprie abitudini alimentari. Infatti, circa il 50% di ragazzi normopeso si percepisce grasso o molto grasso. In generale tale percezione aumenta con l'età soprattutto nelle femmine, dal 28% a 11 anni al 47,1% a 15 anni, al contrario nei maschi tale percezione diminuisce con l'età. Ciò è confermato anche dall'aumento della percentuale di ragazzi che riferiscono di essere a dieta (dal 21,5% ad 11 anni al 25,9% a 15 anni). Considerato l'aumento delle problematiche legate

ai disturbi del comportamento alimentare, un'attenzione particolare meriterebbe il dato del sottopeso che si riscontra soprattutto nelle ragazze e che può essere ricondotto, almeno in parte, alla distorsione della percezione della propria immagine corporea.

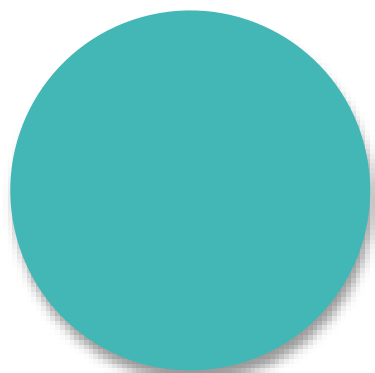
Inoltre, in rapporto all'indicatore FAS (Family Affluence Scale), considerato come proxy dello stato socio-economico familiare, dai dati rilevati si evidenzia che le peggiori abitudini alimentari ed il sovrappeso/obeso hanno una prevalenza abbastanza alta nelle fasce di popolazione con un FAS basso. Questa situazione sottolinea che in Regione Puglia la differenza in termini di disuguaglianze in salute è ancora ampia tra le classi sociali più alte e quelle più basse. Pertanto, al fine di ridurre tale disuguaglianza, risulta fondamentale pianificare e programmare azioni di prevenzione e di promozione della salute privilegiando quelle persone che vivono in area svantaggiate dal punto di vista socio-economico.

Le criticità emerse sono state riconosciute come fattori di rischio negli studi di Evidence Based Prevention riguardanti la prevenzione di sovrappeso e obesità e di molte patologie cronico-degenerative. Queste dovrebbero, pertanto, essere oggetto di intervento già a partire dai primi anni di vita, nella consapevolezza che interventi educativi attuati precocemente, con il coinvolgimento prima dei genitori e poi della scuola, possono determinare più facilmente buone abitudini che si consolidano e mantengono nel tempo (Benton D. et al, 2004; Verzelletti C. et al, 2010).

E' evidente che gli interventi di prevenzione potranno essere efficaci solo nella misura in cui si coinvolgano i destinatari degli stessi. Occorre conoscere le preferenze alimentari dell'adolescente per poter individuare, insieme a lui, le possibili combinazioni nutrizionalmente adeguate, da consumare nei tempi e nei modi che gli sono più congeniali, spiegando i riflessi che esse hanno anche sul miglioramento dell'aspetto fisico.

Va tenuto presente che le abitudini alimentari delle famiglie di origine sono condizionanti rispetto alla percezione della normalità/bontà dell'alimentazione da parte dei ragazzi, indipendentemente dagli effetti che un'alimentazione scorretta produce sulla loro salute. Per questo è necessario favorire un consumo di alimenti critico e consapevole da parte delle famiglie, oltre che dei ragazzi, favorendo la corretta informazione nutrizionale, soprattutto nei gruppi ad alto rischio. È necessario, per gli operatori della Salute e della Scuola, dedicare tempo e risorse all'educazione/rieducazione alimentare del nucleo familiare, a partire dal pediatra di base, ma anche attraverso la scuola, sia con interventi formativi da parte degli insegnanti, sia offrendo esempi concreti negli edifici scolastici, con una maggiore attenzione ai menù offerti nelle mense e la sostituzione capillare, nei distributori automatici o nei bar presenti nelle scuole, dei cibi e delle bevande ipercaloriche con frutta, verdura, yogurt e altri cibi sani, unitamente all'acqua.

La Regione Puglia, insieme ad altre Regioni meridionali, fa registrare indici di prevalenza di sovrappeso ed obesità più alti della media nazionale. Pertanto, alla luce delle co-morbilità associate all'eccesso ponderale, sia in età adulta che in età pediatrica ed adolescenziale, occorre programmare ed attuare interventi di prevenzione caratterizzati dalla massima efficacia e diffusione sul territorio, a tutela della salute pubblica.



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

Introduzione

L'attività fisica regolare aiuta a prevenire e curare le malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione. Aiuta a prevenire anche l'eccesso ponderale e può contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui³⁵.

Ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico delle malattie, come indicato nel “*Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*”³⁶ dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Le attività sedentarie, al pari dell'inattività fisica, sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute con conseguenze gravi per il benessere in ogni momento del ciclo di vita. Il tempo trascorso in attività sedentarie, come ad esempio lo stare seduti, è associato ad un maggior rischio di morbilità e mortalità^{37,38}.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica³⁹ e non deve essere definito come il mancato raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica; un individuo, infatti, può trascorrere una grande quantità di tempo in un comportamento sedentario e soddisfare comunque le linee guida per l'attività fisica da moderata a vigorosa⁴⁰.

Promuovere uno stile di vita attivo sin dall'età evolutiva diventa indispensabile e prioritario se si vuole rallentare lo sviluppo di processi patologici a lungo termine e creare abitudini sane per tutta la vita^{41,42}.

In questa sezione si descrive come e quanto i giovani si muovono e quanto tempo dedicano alle attività sedentarie.

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 intensa⁴³.

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più

³⁵ Global recommendations on physical activity for health: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1

³⁶ Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1

³⁷ Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302–1310

³⁸ Keadle SK, Moore SC, Sampson JN, Xiao Q, Albanes D, Matthews CE. Causes of death associated with prolonged TV viewing: NIH-AARP Diet and Health Study. *Am J Prev Med*. 2015;49(6):811–821

³⁹ Biddle S.J., Gorely T., Marshall S.J., Murdey I., Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33

⁴⁰ Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913

⁴¹ Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health. Human Kinetics*. 2007.

⁴² Janssen I, Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40

⁴³ World Health Organization. *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; ISBN 978-92-4-001512-8.

importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, divertirsi, costruire nuove amicizie e crescere in salute^{44,45}.

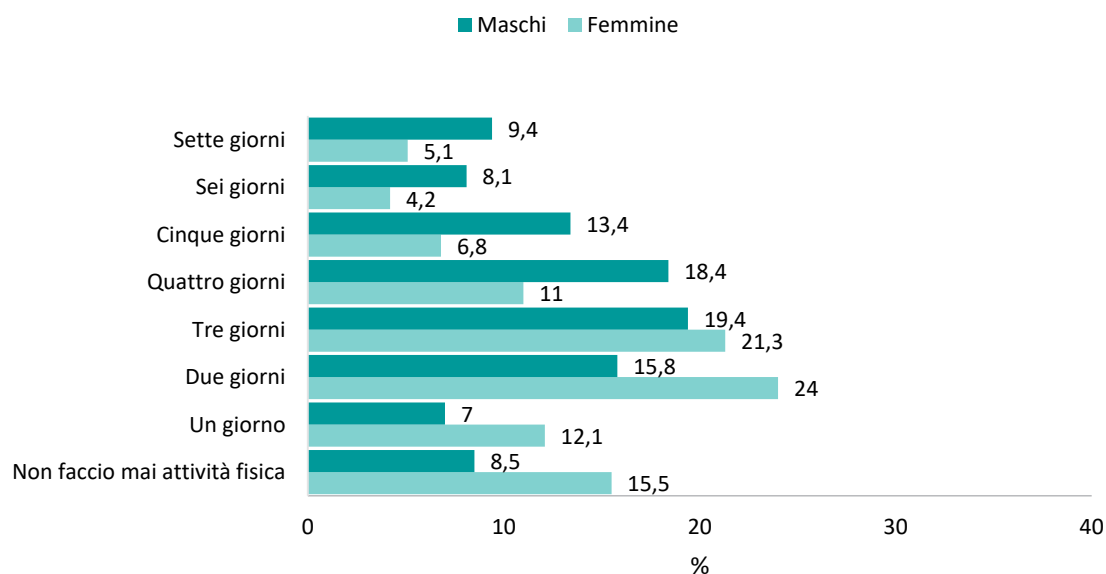
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

Tabella 1. “Nell’ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	7,2	9,4	18,2	11,8
Un giorno	8,3	10,2	9,6	9,4
Due giorni	20,6	21,6	16,8	19,6
Tre giorni	21,8	17,9	21	20,3
Quattro giorni	15,4	15,7	13,8	14,9
Cinque giorni	10,4	11,7	9	10,3
Sei giorni	6,1	6,4	6,4	6,3
Sette giorni	10,2	7,2	5,1	7,4

Osservando la Tabella 1, si nota che il 7,2% dei ragazzi di 11 anni, il 9,4% dei ragazzi di 13 anni ed il 18,2% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 54,8%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 13,7% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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

Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata-intensa. In Tabella 2 si riporta in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

Tabella 2. “Attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Ogni giorno	12,1	8,9	7,8
Da 4 a 6 volte a settimana	16,8	20,1	18,3
3 volte a settimana	23	20,7	26,6
2 volte a settimana	19,2	19,2	13,6
Una volta a settimana	9,3	10,2	8,4
Una volta al mese	2,9	4,1	5
Meno di una volta al mese	5,3	4,8	5,6
Mai	11,3	11,9	14,7

Osservando la Tabella 2, si nota che l' 11,3% dei ragazzi di 11 anni, l'11,9% dei ragazzi di 13 anni ed il 14,7% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 40,8%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

I comportamenti sedentari, come ad esempio la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi, sono negativamente associati con la salute e il benessere durante l'adolescenza^{46,47}. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nei ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze^{48,49,50}.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente “screen time”) e l'obesità⁵¹.

La sezione del questionario HBSC dedicato alla pratica di attività fisica viene arricchita da alcune domande sulla sedentarietà, ovvero quante ore al giorno vengono trascorse davanti alla televisione e davanti a computer e/o giochi elettronici.

⁴⁶ 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

⁴⁷ 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

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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

⁵¹ 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.

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 ad un uso consapevole e limitato dei diversi media⁵². I bambini e gli adolescenti di oggi vivono immersi nei media: dalla TV ai media interattivi, quali i social e i videogiochi.

L'utilizzo globale dei media tra gli adolescenti ha continuato a crescere negli ultimi dieci anni, aiutato dal recente aumento dell'uso del telefono cellulare; 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 Internet⁵³.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media^{54,55}; 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 ad un uso consapevole delle diverse tipologie di intrattenimento su schermo.

Nelle Tabelle 3, 4 e 5 vengono descritte le ore dedicate a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare, usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (es.: Facebook, Twitter, Snapchat) e guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio You Tube.

Tabella 3. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare?", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	7,5	12,9	20,3
Circa mezz'ora	15,2	11,6	13,5
Circa un'ora	20,1	15,2	17,7
Circa 2 ore	19,7	19,6	16,3
Circa 3 ore	12,4	13,9	9,4
Circa 4 ore	7,8	9,1	6,4
Circa 5 ore o più	17,3	17,9	16,4

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente, il 55% degli undicenni, il 46,4% dei tredicenni ed il 47,5% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

⁵²<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>

⁵³ Lenhart A. Teens, Social Media & Technology Overview 2015. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.

⁵⁴ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. Pediatrics. 2016 Nov;138(5)

⁵⁵ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tabella 4. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.)", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	15	7,2	3
Circa mezz'ora	19,1	11,4	6,6
Circa un'ora	19	15,5	14,6
Circa 2 ore	14,7	18,3	14,9
Circa 3 ore	9,9	14	16,2
Circa 4 ore	7,9	8,9	12
Circa 5 ore o più	14,5	24,6	32,7

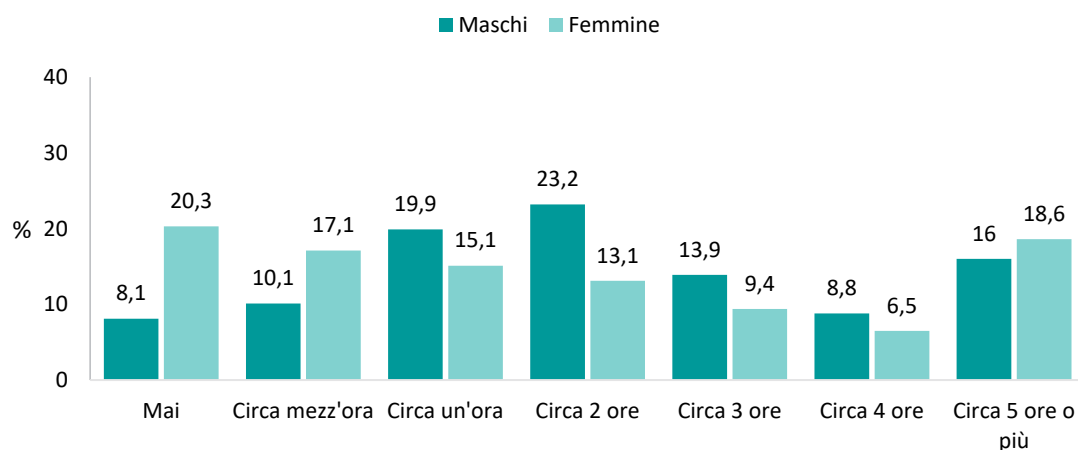
In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l'età.

Tabella 5. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio You Tube, ecc.?", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	8,4	10,9	10,6
Circa mezz'ora	24,3	21,1	18,3
Circa un'ora	26,8	21,3	20
Circa 2 ore	14,2	19,8	18,9
Circa 3 ore	8,9	9,9	13,6
Circa 4 ore	5,2	6,5	7,2
Circa 5 ore o più	12,2	10,5	11,4

Solo il 26,3% dei giovani a 11 anni, il 26,9% a 13 anni ed il 32,2% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due ore al giorno, mentre la maggioranza dei ragazzi, circa il 60%, dichiara di guardare TV/DVD o video pari o inferiore alle due ore giornaliere.

Figura 2. Tempo dedicato a usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.), per genere (%)



In Figura 2 si osserva una spiccata preferenza delle ragazze, 18,6%, rispetto ai coetanei 16%, a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network per più 5 ore. Poco più del 8% dei maschi dichiara di non utilizzarli mai, contro più del 20% delle ragazze. Il 53% dei ragazzi utilizza il PC/ Tablet/ cellulare fino a due ore contro il 45% delle ragazze.

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.

Nella Tabella 6 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 6. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	29,5	41,7	50,2
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	45,5	53,2	59,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	39,6	35,6	33,2
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	50,6	46,2	44,3
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	31,1	27,7	26,7

I livelli di attività fisica risultano essere più elevati quando la scala FAS risulta alta. Al FAS alto corrisponde anche un minor tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 7, 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. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

Tabella 7. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%)

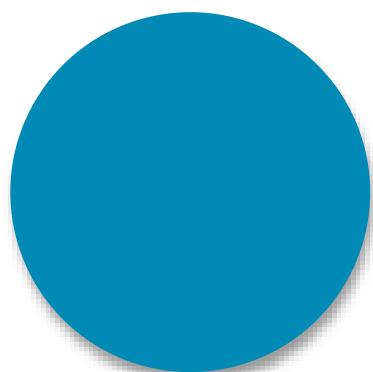
	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	39,2	38,9
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	66,2	51,4

I dati post-pandemia relativi allo svolgimento di “Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)” e “Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)” sono peggiorati rispetto ai dati pre-pandemia. Il dato che è maggiormente calato è quello relativo “Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)” che passa dal 66,2% del 2018 al 51,4% del 2022.

Conclusioni

La letteratura medica indica che l'aumento dei livelli di attività fisica e la riduzione della sedentarietà sono importanti strategie per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Le conclusioni cui ha portato l'indagine regionale HBSC per gli adolescenti indicano quanto siano diffusi quei comportamenti sedentari che costituiscono possibili cause di uno sviluppo corporeo meno equilibrato, nonché un vero e proprio fattore di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche in età più avanzata. Abbiamo rilevato come circa un quinto dei ragazzi, nelle fasce di età di 11 e 13 anni, svolge attività fisica per soli due giorni a settimana, la percentuale è più bassa tra i 15 anni, dato che fa verosimilmente pensare ad una attività esercitata esclusivamente durante l'orario scolastico, mentre circa il 7% svolge attività fisica quotidiana per un'ora, così come viene raccomandato a livello internazionale. In un contesto di assoluta distanza dalle raccomandazioni di svolgimento di una attività fisica costante e giornaliera, le ragazze mostrano livelli anche più bassi di attività rispetto ai compagni maschi. Questi dati potrebbero correlarsi ad una molteplicità di fattori determinanti: da un lato, all'organizzazione dei centri urbani che spesso non favorisce il movimento a piedi o in bicicletta, all'assenza di disponibilità di spazi all'aperto facilmente fruibili per camminare, giocare o fare sport; dall'altro lato, all'attrazione degli adolescenti verso i mezzi a motore nonché alle abitudini sedentarie della famiglia, dovute sempre più spesso anche al restringersi del tempo disponibile per attività legate agli spostamenti per accompagnare i figli a scuola o recarsi sul luogo di lavoro. Certamente, l'interesse per i programmi televisivi o per i giochi elettronici, l'evoluzione tecnologica, l'utilizzo della rete internet o il fascino esercitato dai social network, che permettono di relazionarsi facilmente con i pari senza uscire di casa, favoriscono l'adesione dei ragazzi a comportamenti sedentari. Le ore dedicate a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare, usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (es.: Facebook, Twitter, Snapchat) e guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio You Tube durante i giorni di scuola per la maggior parte dei ragazzi di ogni fascia d'età sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Va, tuttavia, evidenziato che l'ipotesi che i comportamenti sedentari riducano il tempo che l'adolescente può dedicare all'attività fisica non trova conferma negli studi più recenti. Infatti, il tempo dedicato alle attività sedentarie non sembra influenzare la quantità di attività fisica rilevata, suggerendo che, nonostante i due comportamenti non possano essere vissuti contemporaneamente, essi non siano tra loro in competizione (Borraccino, in press; Biddle, 2004; Sallis, 2000). Per questo, mentre è difficile distogliere i giovani dal rapporto con la TV o con il computer, è importante superare alcuni ostacoli fisici e culturali alla pratica dell'attività fisica tra i giovani, prima di tutto rendendo fruibili, gratuitamente, gli spazi all'aperto dei nostri centri urbani, nonché le palestre o i centri sportivi nei quali esercitarla; inoltre occorre aiutare a superare l'ostacolo della mancanza di tempo, diffondendo il concetto che è possibile frazionare nella giornata i periodi di attività fisica, che può certamente essere un'attività moderata, ricomprendendo anche attività elementari, quali il camminare o lo svolgere attività domestiche. Per quanto riguarda il tempo passato fuori casa dagli adolescenti, è stato evidenziato come, mediamente, più di un terzo dei nostri ragazzi esca nel dopo scuola praticamente tutti i giorni, con una maggiore tendenza dei più grandi ad uscire con gli amici il pomeriggio o la sera e senza rilevanti differenze nei comportamenti tra i due sessi. Sul piano dello sviluppo psicologico e fisico, le uscite con i pari potrebbero essere importanti occasioni di socializzazione che le Istituzioni dovrebbero saper cogliere e incoraggiare per favorire la realizzazione di spazi per attività motorie ricreative e sportive periodiche, nella consapevolezza che le interazioni sociali tra pari rafforzano valori e modelli, costituiscono occasioni importanti per confrontarsi con gli altri e migliorarsi, per superare i propri limiti e migliorare il rapporto con il proprio corpo, per costruire la propria

identità culturale e sociale, per contrastare il dilagare di abitudini comunicative sempre più incentrate sulla modalità a “distanza”. Si tratta di un tema importante di salute pubblica che non può non avere risvolti concreti sul tipo di approccio che famiglie, scuola e altre istituzioni devono adottare per incoraggiare i propri figli ad un corretto utilizzo del tempo libero. Le famiglie dovrebbero anche orientare opportunamente le risorse economiche destinate al gioco ed al tempo libero dei propri figli, privilegiando scelte che inducano il trascorrere del tempo libero al di fuori della casa e della scuola, stimolando le relazioni tra pari e l’aggregazione nella pratica di attività motorie, creative e ricreative. Le istituzioni regionali dovrebbero rafforzare le sinergie già avviate per una corretta programmazione di interventi congiunti, atti a favorire sani stili di vita, in generale, e lo sviluppo dell’attività motoria, in particolare. Certamente si tratta anche di rafforzare programmi di investimento che vadano nella direzione della fruizione universale di spazi destinati alla pratica sportiva, nella consapevolezza che ridurre il rischio di co-morbilità associate alla sedentarietà rappresenta un importante passo avanti verso il contenimento della spesa sanitaria futura.



CAPITOLO 5

Ambiente scolastico

Introduzione

Durante le diverse fasi dello sviluppo e ancora di più durante l'adolescenza, la scuola rappresenta l'ambiente più importante per lo sviluppo sociale e personale del ragazzo. Questo non solo perché l'individuo trascorre la maggior parte del suo tempo all'interno delle mura scolastiche, ma per ragioni di ordine sia antropologico che sociale. La scuola è un luogo di supporto e di sostegno per i ragazzi, è luogo di crescita ed è il luogo dove si sviluppano quelle competenze individuali e sociali, che favoriscono l'autonomia e che aiutano ad avere relazioni positive con il mondo. Un ambiente scolastico accogliente favorisce lo sviluppo dell'indipendenza e aumenta la partecipazione degli studenti nei processi decisionali che li riguardano. La scuola promuove il benessere psicologico e sociale, e consolida la maggior parte dei comportamenti legati alla salute¹.

Questo capitolo descrive i risultati sulla percezione che i ragazzi hanno del contesto scolastico, esaminando il loro rapporto con gli insegnanti, con i pari, i compagni di classe e con la scuola in generale, con un affondo sulle caratteristiche strutturali e organizzative della scuola come riportato nelle risposte dei questionari dei Dirigenti Scolastici.

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.

Nella Tabella 1 si riportano alcune delle informazioni fornite dai Dirigenti Scolastici circa le risorse strutturali della scuola e la loro adeguatezza rispetto ai bisogni.

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

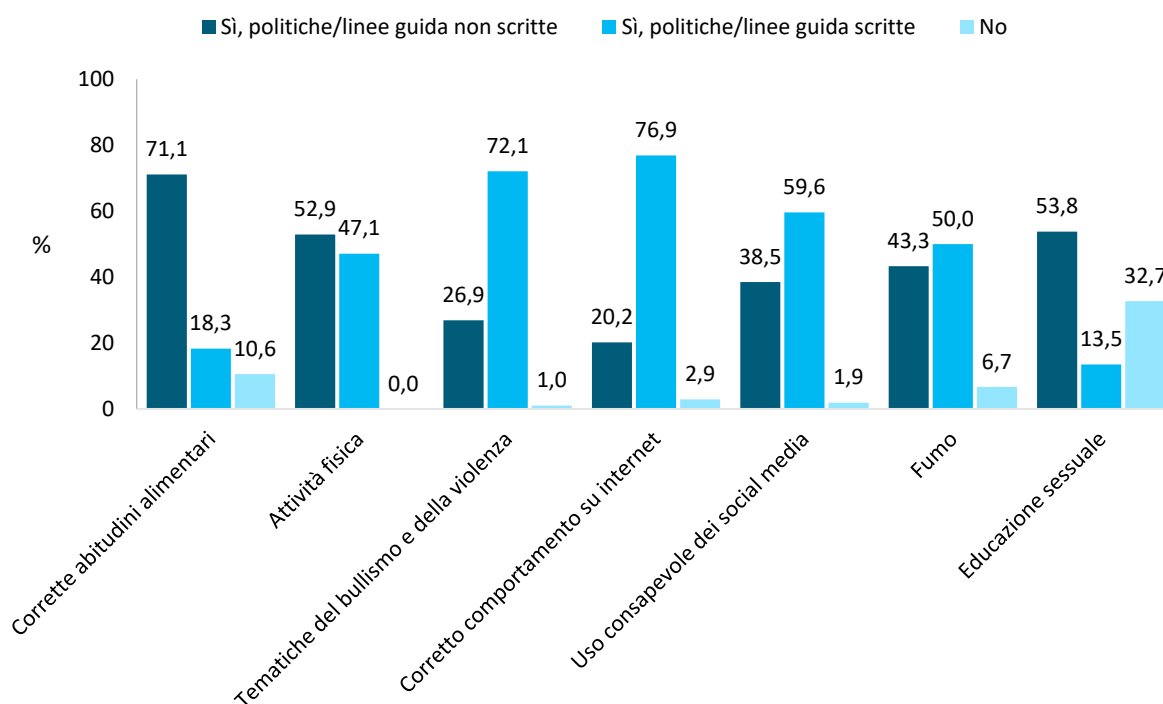
	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	8,7	48	26,9	12,5	-	3,9
La palestra è in buone condizioni	13,5	47,1	24	5,8	-	9,6
I laboratori didattici sono attrezzati	12,5	54,8	25	2,9	-	4,8
La scuola necessita di restauro	26,9	51,9	17,3	3,9	-	-

La lettura dei dati presenti in Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: il 51,9% dei Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a

restauri, ed il 26,9% 'completamente d'accordo' sull'adeguatezza delle classi nel soddisfare bisogno di insegnanti e alunni.

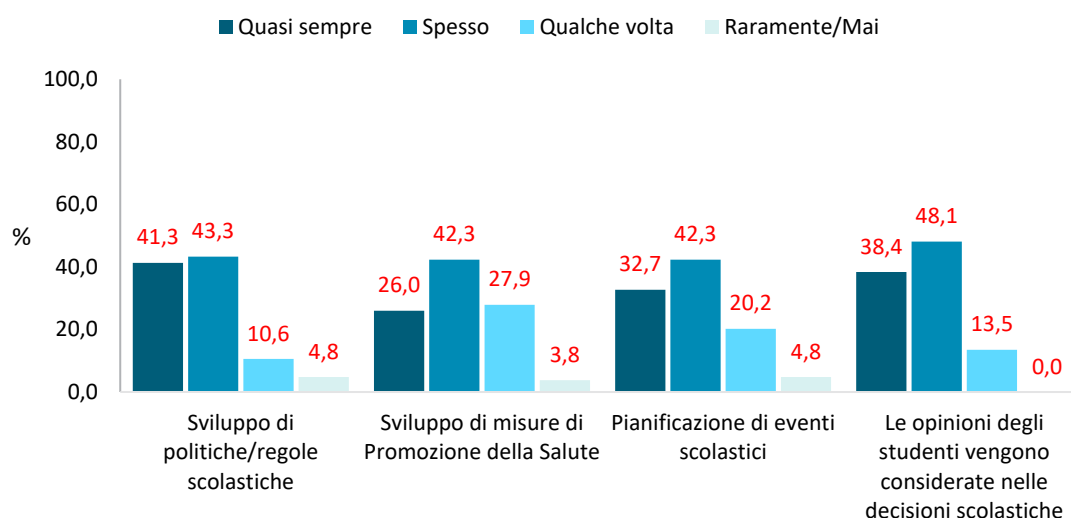
Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di riportare quali eventuali attività di promozione della salute sono state condotte con la finalità di favorire l'acquisizione di nuove conoscenze o nuove competenze nelle aree più significative per il benessere dei ragazzi (Figura 1)

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



Indipendentemente dalle attività specifiche, è altrettanto importante descrivere quale livello di partecipazione la scuola offra ai propri studenti, sia nella pianificazione che nella organizzazione delle attività che li riguardano (Figura 2).

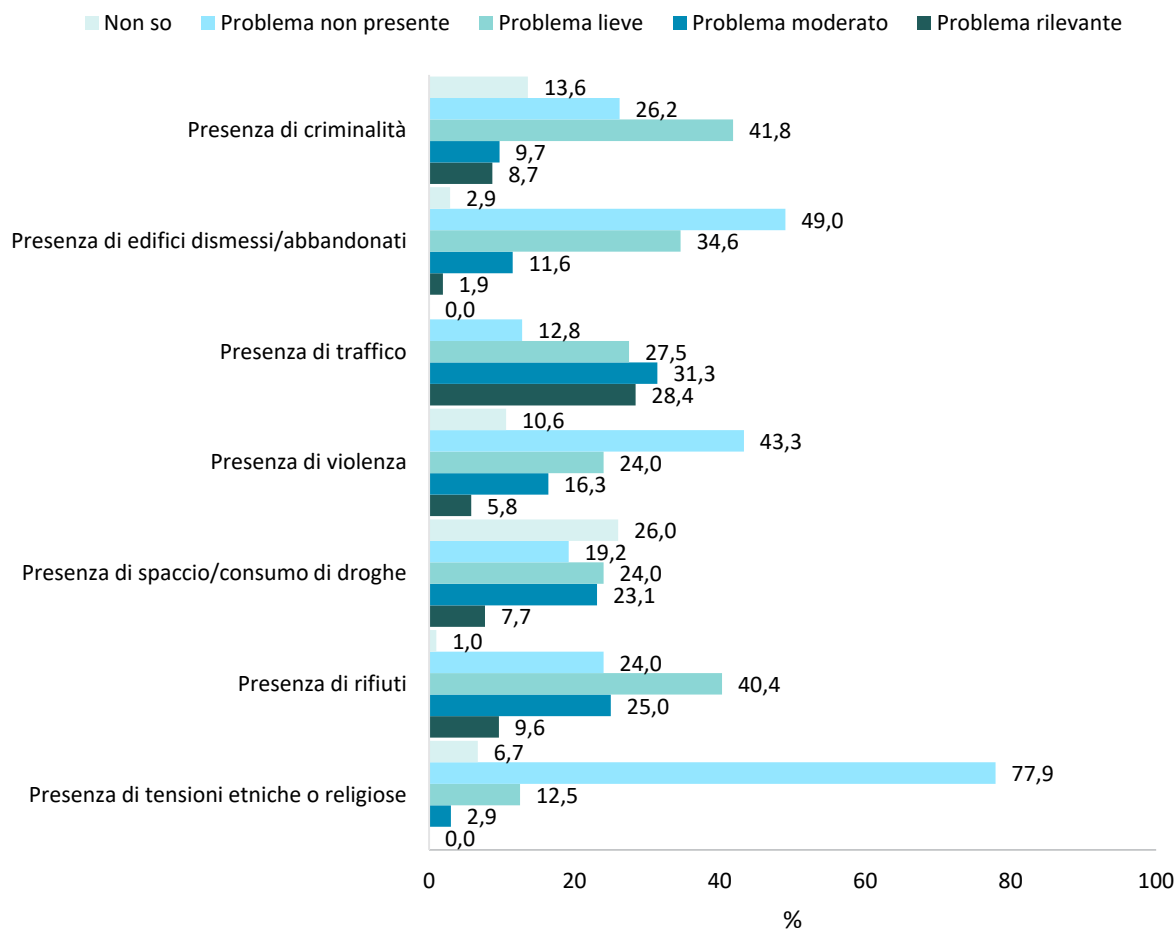
Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (41,3% quasi sempre; 43,3% spesso) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (38,4% quasi sempre; 48,1% spesso).

Il contesto ambientale, come luogo nel quale la scuola è inserita, è di estrema rilevanza per i ragazzi come per tutto il corpo insegnanti. Il contesto può favorire oppure essere di ostacolo non solo alle attività scolastiche ma anche alla qualità delle stesse. Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di valutare la presenza e la rilevanza di alcuni problemi legati alle caratteristiche dell'area in cui è situata la scuola (Figura 3) e dell'adeguatezza del quartiere in cui si trova la scuola (Tabella 2).

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



Il problema più importante è risultato essere la presenza di traffico, ritenuto rilevante dal 28,4% dei Dirigenti scolastici e moderato dal 31,3% degli stessi. Per importanza e gravità seguono le trasgressioni legate allo spaccio, al consumo di droghe o abuso di alcol, ritenuto un problema moderato dal 23,1% e la presenza di rifiuti dal 25%.

Tabella 2. Valutazione sul benessere degli abitanti del quartiere in cui si trova la scuola (%)

Per niente bene	1
Non molto bene	15,4
Nella media	64,4
Piuttosto bene/Molto bene	16,3
Non so	2,9

Secondo il Dirigente Scolastico, il quartiere in cui opera la scuola appare con un livello di benessere degli abitanti nella media. In Tabella 3 si riportano i giudizi del Dirigente Scolastico circa le attività culturali presenti nel quartiere della scuola.

Tabella 3. Valutazione delle attività e delle manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola (%)

	Poche iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	13,5	6,7	11,5
In disaccordo	27,9	15,4	24
Abbastanza in disaccordo	16,3	10,6	10,6
Né in accordo né in disaccordo	18,3	15,4	15,4
Abbastanza d'accordo	8,6	15,4	13,5
D'accordo	12,5	24	19,2
Completamente d'accordo	1	10,6	1
Non so	1,9	1,9	4,8

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, l'1% dei Dirigenti è completamente d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (10,6%).

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 anche migliori strategie di coping attivo e nel complesso mostrano 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.

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.

Nelle Tabelle 4, 5 e 6 sono riportate le risposte a ciascuna delle domande.

Tabella 4. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti si interessano a me come persona”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	23,5	20,3	13	18,7
D'accordo	41,3	35,1	27,8	34,5
Né in accordo né in disaccordo	24,5	30,2	37,4	30,9
Non d'accordo	6,7	9,2	14,7	10,3
Per niente d'accordo	4	5,1	7,1	5,5

Tabella 5. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “Ho molta fiducia nei miei insegnanti”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	42,7	24,3	14,4	26,7
D'accordo	29,8	35,7	27,8	31,1
Né in accordo né in disaccordo	18,1	24	33,7	25,6
Non d'accordo	5,5	9,3	12,6	9,2
Per niente d'accordo	3,9	6,7	11,5	7,4

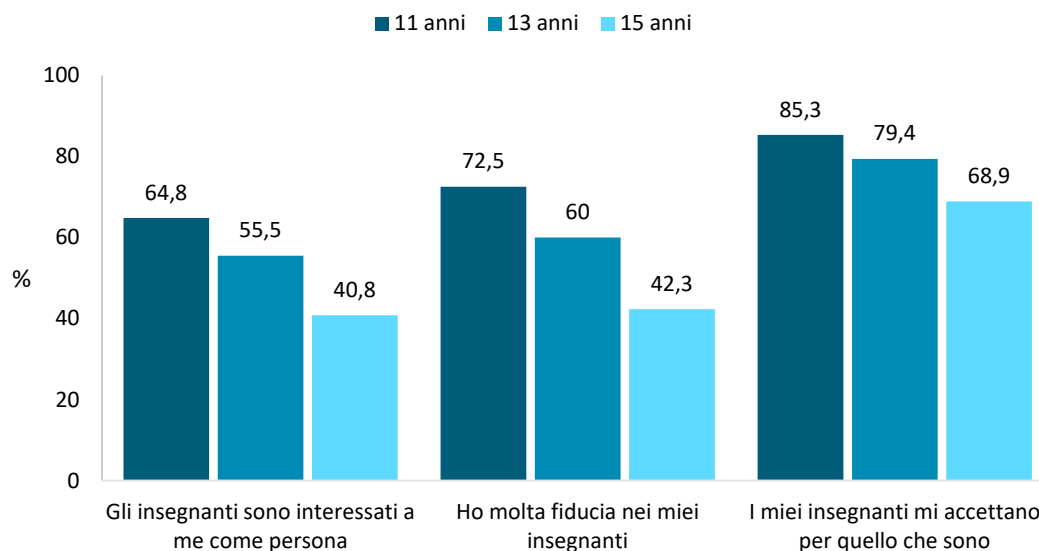
Tabella 6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	55,6	39,7	25,9	39,9
D'accordo	29,7	39,7	43	37,7
Né in accordo né in disaccordo	11,3	13,7	21,2	15,6
Non d'accordo	2	4	6,4	4,2
Per niente d'accordo	1,3	2,9	3,5	2,6

Per ciascuna tabella 4, 5 e 6, mentre la fascia di ragazzi più giovani è per la maggioranza ‘molto d'accordo’ con le affermazioni, tale percezione diminuisce con l'avanzare dell'età. I ragazzi di 13 e 15 anni, infatti, sono perlopiù semplicemente ‘d'accordo’ e, in percentuali minori, ‘né d'accordo né in disaccordo’.

Per consentire un confronto immediato tra gradi di accordo osservato ed età del rispondente, nella Figura 4 sono riportate le percentuali relative all'essere “accordo” o “molto d'accordo” con le singole affermazioni per età.

Figura 4. Ragazzi che dichiarano di essere “d’accordo” o “molto d’accordo” con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti, per età (%)



Le percentuali di coloro che si dichiarano d’accordo o molto d’accordo con le affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti diminuisce con l’avanzare dell’età.

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.

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

In Tabella 7 è riportata la percentuale dei ragazzi che si dichiara abbastanza d’accordo o del tutto d’accordo con le affermazioni che seguono.

Tabella 7. Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	75,1	73,2	71,4	73,2
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	75,3	74,2	72,1	73,8
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	82,6	82,5	82,5	82,5
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	73,1	72,6	74,9	73,6

Nelle Tabelle 8 e 9 sono riportate le risposte relative alle diverse affermazioni per tutte le modalità per età.

Tabella 8. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	29,7	18,9	20,8	23
D'accordo	40,2	37,7	40,9	39,6
Né in accordo né in disaccordo	21,4	26,7	24,7	24,3
Non d'accordo	5,7	11,2	10	9
Per niente d'accordo	2,9	5,5	3,6	4

Tabella 9. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	42,9	30,2	32,2	34,9
D'accordo	33,6	36,8	41,4	37,4
Né in accordo né in disaccordo	15,7	19,8	17,9	17,8
Non d'accordo	5	8,2	4,7	6
Per niente d'accordo	2,8	5	3,8	3,9

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, la percezione della disponibilità dei propri compagni diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 69,9% di undicenni che sono d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" si registra un 56,% di tredicenni ed un 61,7% di quindicenni con la stessa percezione.

In Tabella 9 emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notando un decremento nel passaggio dagli 11 (76,5%) ai 15 anni (73,6%).

Nella consapevolezza che lo sviluppo delle relazioni tra pari avvenga con modalità e con livelli di qualità differenti tra ragazze e ragazzi della stessa età, nelle Figure 5 e 6 si riportano alcune risposte dei ragazzi rispetto alle affermazioni su cui sono stati intervistati.

Figura 5. Frequenza 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 (%)

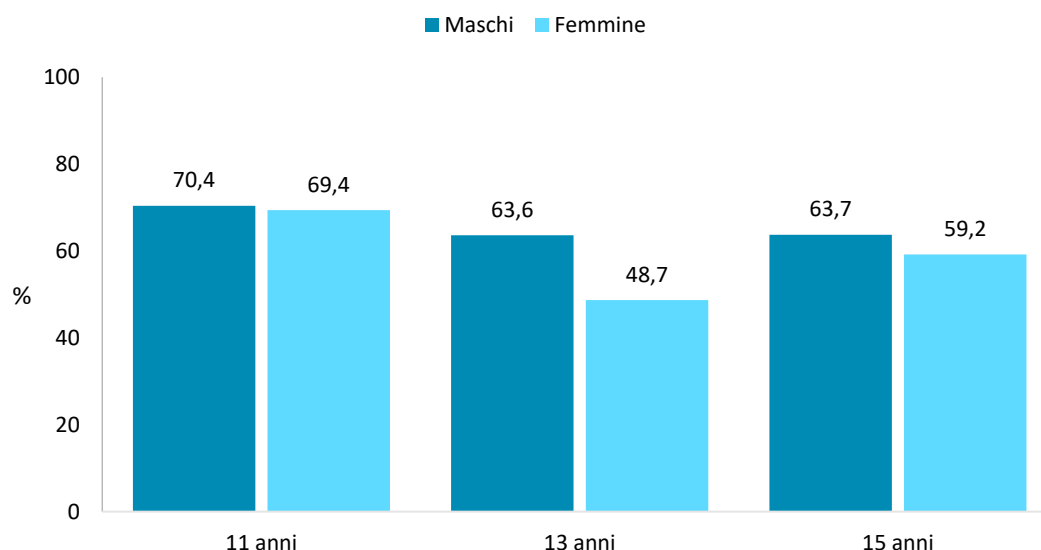
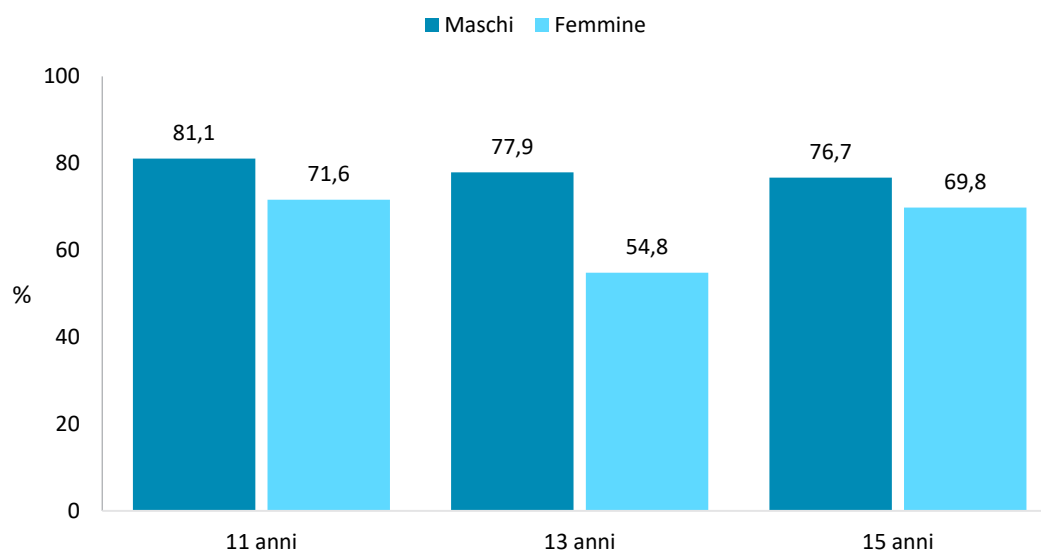


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



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 ed (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.

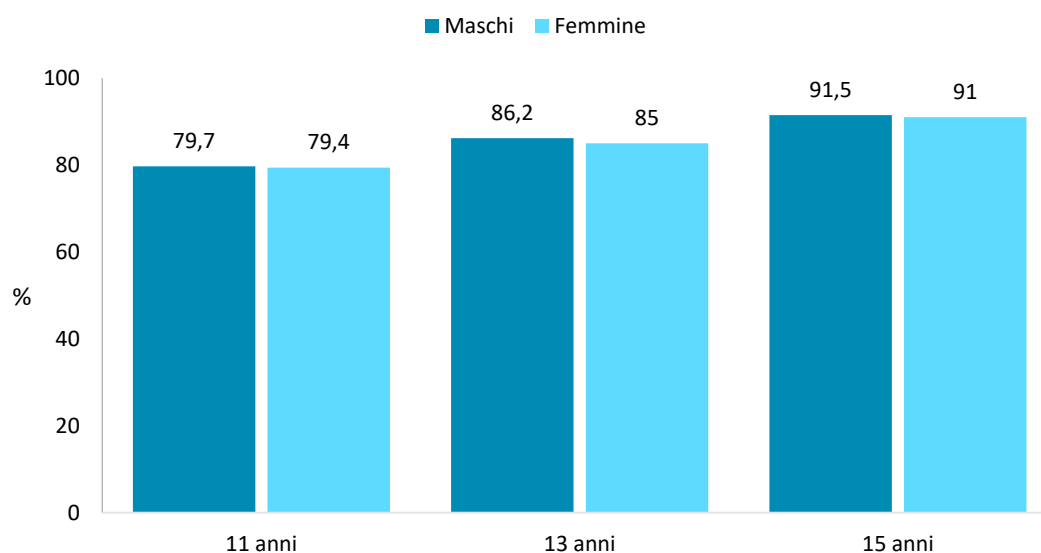
Il cyberbullismo è un'analogia aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone e altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, 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/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. Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una 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. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana", riportate per esteso in Tabella 10 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 7.

Tabella 10. Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	79,5	85,6	91,3	85,7
Una o due volte	11,1	6,9	5,3	7,7
Due o tre volte al mese	3,6	2,7	1,2	2,5
Circa una volta alla settimana	2,6	2	0,9	1,8
Più volte alla settimana	3,2	2,7	1,2	2,3

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa sia i ragazzi che le ragazze e decresce con l'età (Figura 7)

Figura 7. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere



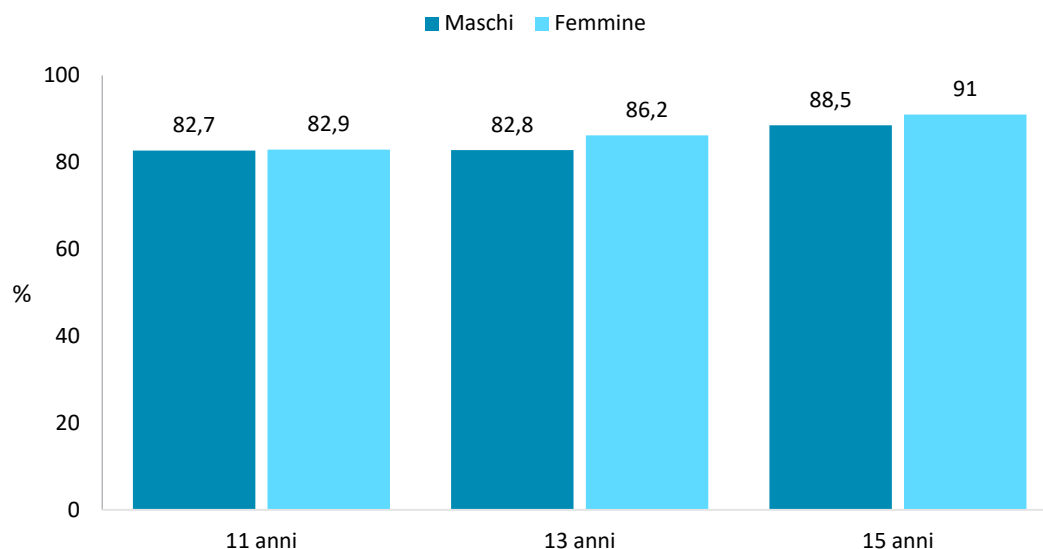
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

Tabella 11. Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	82,8	84,4	89,6	85,7
Una o due volte	11,3	9,1	7,3	9,2
Due o tre volte al mese	2,9	2,4	1,5	2,3
Circa una volta alla settimana	1,2	1,6	0,7	1,2
Più volte alla settimana	1,7	2,4	0,8	1,6

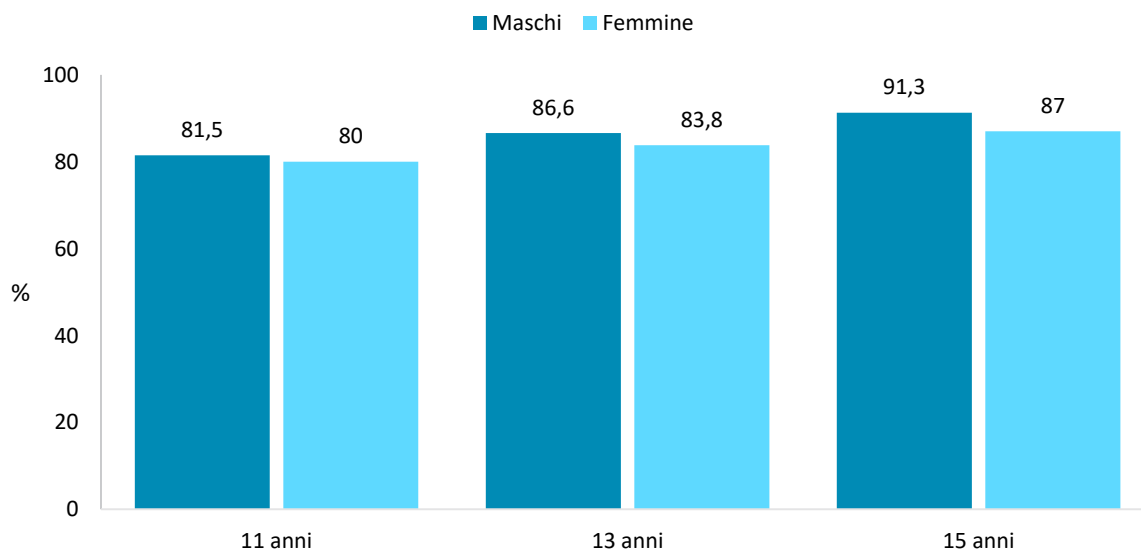
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

Figura 8. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai partecipato ad atti di bullismo contro un compagno negli ultimi 2 mesi, per età e genere



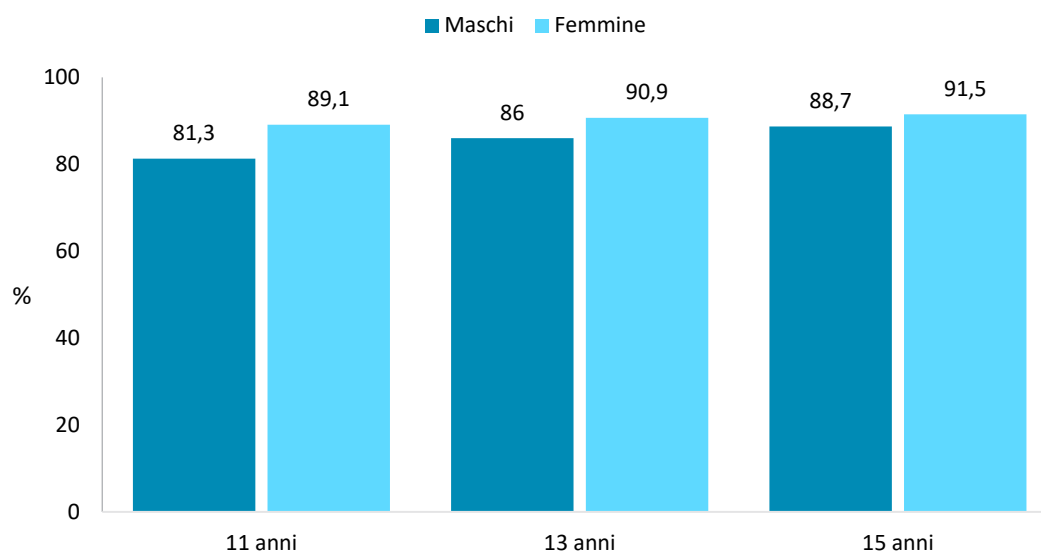
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

Figura 9. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver “mai subito” azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere



Nella Figura 9 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito azioni di cyberbullismo.

Figura 10. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver “mai praticato” azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere



Nella Figura 10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall’età, non ha praticato azioni di cyberbullismo.

Oltre al bullismo i ragazzi possono incorrere in situazioni relazionali violente. Ai ragazzi è stato quindi chiesto se, nel corso dell’ultimo anno fossero stati coinvolti in zuffe o in colluttazioni, riportate in Tabella 12 per fascia d’età.

Tabella 12. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno? per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	65,3	61,8	67	64,8
Una volta	17,3	18,3	17,9	17,8
Due volte	6,1	7,9	7,3	7
Tre volte	4,2	4,7	3,2	4
Quattro volte o più	7,1	7,3	4,6	6,3

La Tabella mostra come un’elevata percentuale degli studenti intervistati dichiarò di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente.

La scuola

La scuola, contesto educativo esplorato nella sua accezione più ampia, è il luogo all’interno del quale 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. Lo studio ha indagato alcuni aspetti di questo rapporto con diverse domande, ad esempio chiedendo loro cosa pensassero della scuola.

In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

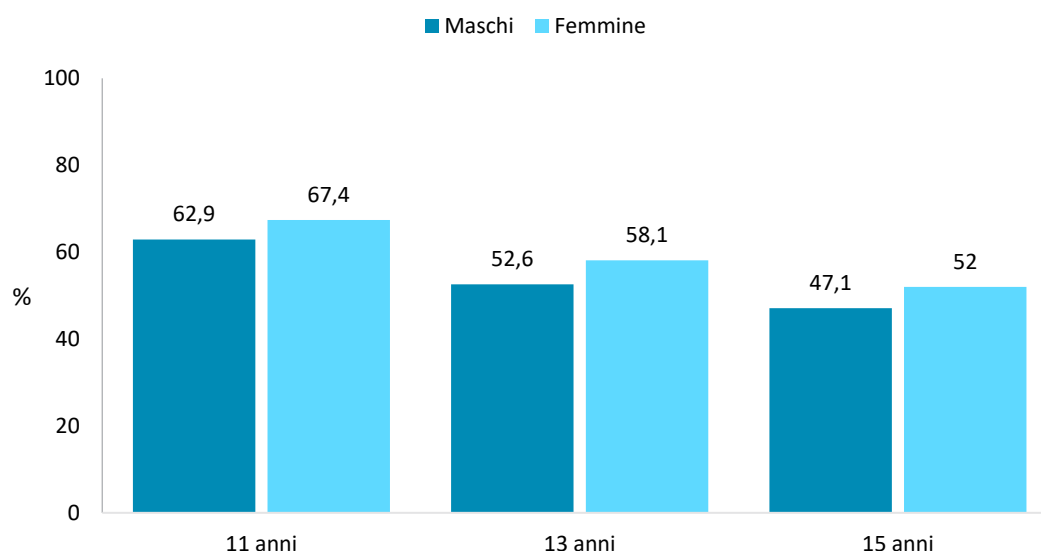
Tabella 13. “Attualmente cosa pensi della scuola?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	18,5	8,9	6,2	11,1
Abbastanza	46,6	46,2	43	45,2
Non tanto	24,4	33,9	37,9	32,3
Non mi piace per nulla	10,5	10,9	12,9	11,5

I dati in generale evidenziano che al 45,2% dei ragazzi la scuola piace abbastanza, il rapporto dei ragazzi con la scuola tende a peggiorare al crescere dell'età.

Nella Figura 11, per i soli ragazzi ai quali la scuola piace abbastanza o molto sono riportate le percentuali per genere ed età.

Figura 11. Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, per età e genere (%)



Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell'età. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età.

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”.

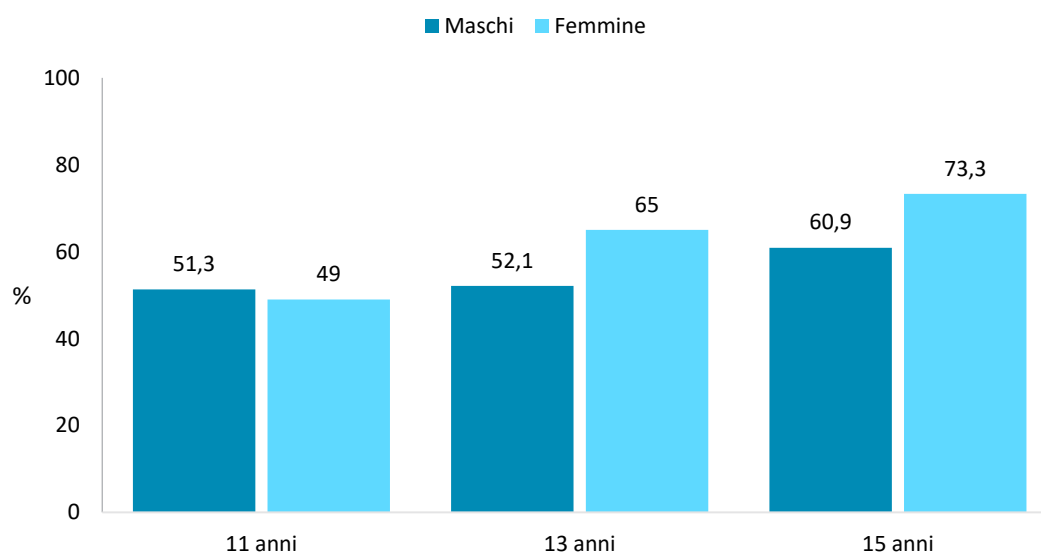
In Tabella 14 e Figura 12 sono rispettivamente riportate le risposte per età e per genere.

Tabella 14. “Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
--	---------	---------	---------	--------

Per niente	8,6	5,9	5,2	6,5
Un po'	41,2	35,9	28,4	35
Abbastanza	30,3	33,6	35,7	33,3
Molto	19,8	24,5	30,7	25,2

Figura 12 Frequenza di coloro che si sentono “molto” o “abbastanza” stressati dalla scuola, per età e genere (%)



Per un confronto nel tempo

Nella Tabella 15 si riporta un confronto tra alcuni dati/indicatori rilevati nella survey del 2018 e quella del 2022. Tra le due raccolte dati gli adolescenti hanno vissuto la pandemia da COVID-19. Le indicazioni ministeriali e i cambiamenti vissuti hanno avuto un impatto sulle abitudini e sulla scuola. Anche in questo caso, e per fortuita casualità, HBSC può offrire un'immagine della situazione pre- e post- pandemia.

Tabella 15. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%)

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	56,2	53,3
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	63,9	57,7
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	60,5	62,6
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	86,9	85,7
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	91,3	85,3
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	63,9	56,3
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	52,4	58,5

Dal confronto tra periodo pre-pandemia e il periodo post-pandemico si nota una riduzione in percentuale di quasi tutti gli indicatori storici, tranne che quello relativo al “Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)” che è leggermente aumentato, mentre è aumentata la sensazione che gli amici siano più gentili e disponibili.

Conclusioni

La scuola, con tutte le relazioni che si vivono in essa, rappresenta durante l'adolescenza il più importante ambiente di vita per un individuo.

Dalla lettura dei dati è possibile tracciare le caratteristiche delle scuole in quanto edificio e luogo formativo, delineare il rapporto degli studenti con la scuola come istituzione, con gli insegnanti e con i propri coetanei. I Dirigenti affermano di avere laboratori didattici attrezzati e palestra in buone condizioni ma che gli istituti, in generale, necessitano di interventi a livello strutturale.

Risultano abbastanza diffuse misure di promozione della salute adottate dalla scuola coinvolgendo in alcuni aspetti organizzativi gli studenti. Complessivamente, da parte dei ragazzi emerge la percezione di un ambiente scolastico favorevole e coinvolgente nello sviluppo di politiche e regole scolastiche, caratterizzato da buoni rapporti con i pari e con i propri insegnanti. Mediamente, soprattutto per i più giovani, la scuola sembra essere un luogo “piacevole” e gli insegnanti rappresentano fonte di sostegno della propria personalità nonché di aiuto in caso di necessità; anche i compagni sono vissuti come gentili e disponibili. Fenomeni di bullismo e di cyberbullismo sono diffusi in percentuali molto modeste. Essi tuttavia, soprattutto se subiti ripetutamente, possono portare a progressiva perdita di autostima e dunque, meritano attenzione da parte delle famiglie e delle istituzioni.

Con il passaggio dai 13 ai 15 anni, la scuola sembra perdere i suoi caratteri di piacevolezza, almeno per una minoranza degli adolescenti, ed anche le relazioni che in essa si intrattengono, sia con gli insegnanti che con i pari, sembrano diventare più difficili.

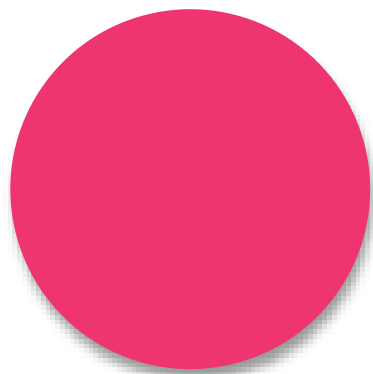
In conclusione, nonostante lo stereotipo dell'adolescente che parla male della scuola, gli esiti dell'indagine evidenziano un vissuto nella scuola da parte dei giovani in maggioranza positivo. Tuttavia, nella considerazione che un rapporto negativo con i docenti si associa frequentemente ad insuccesso scolastico e che la non accettazione da parte dei pari si associa sovente a condotte di tipo aggressivo e antisociale o a problematiche di tipo ansioso-depressivo, occorrerebbe investire nella migliore formazione relazionale ai docenti per gestire il possibile impatto che le

relazioni rivestono nella vita scolastica, promuovendo un clima di classe sereno atto a prevenire fenomeni di bullismo e a migliorare l'apprendimento dei ragazzi.

La maggiore collaborazione possibile tra operatori del mondo della Scuola e del mondo della Salute è auspicabile, soprattutto al fine di pianificare e realizzare interventi mirati ad affrontare quelle problematiche che il presente rapporto ha messo in luce. In questa direzione, l'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Puglia, nel 2011, ha sottoscritto un Protocollo d'Intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale atto a garantire un'efficace governance interistituzionale sui temi della promozione della salute nelle scuole (cfr. allegato), grazie al quale si stanno promuovendo percorsi e azioni strutturati e condivisi nelle aree d'intervento relative all'alimentazione, all'attività fisica, al fumo, all'abuso di sostanze, agli incidenti stradali, alla salute mentale, all'affettività e la sessualità, alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

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.
- ⁶ Wang C, Hatzigianni 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, Berchialla P, Dalmaso 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.
- ¹⁶ UNESCO. (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

Introduzione

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in ambito di promozione della salute in adolescenza: i comportamenti a rischio di dipendenza. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti trasgressivi che possono avere conseguenze sulla salute attuale e futura. Fra questi, l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Inoltre per i soli quindicenni (per i 17enni, vedi capitolo dedicato), l'indagine HBSC prevede dei quesiti volti ad indagare le loro esperienze col gioco d'azzardo, riconosciuto oramai come un'altra importante tematica da affrontare in ambito di sanità pubblica, anche fra i più giovani.

Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani al fumo di tabacco e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. Ci sono diverse ragioni per cui gli adolescenti decidono di utilizzare sostanze psicotrope, incluso il desiderio di provare nuove esperienze, il tentativo di affrontare problemi o di essere socialmente più accettati, o semplicemente rispondere alla pressione dei pari. I preadolescenti e gli adolescenti sono considerati "biologicamente programmati" per la ricerca di nuove esperienze e per l'adozione di comportamenti così come sono impegnati nella costruzione della loro identità. Provare droghe, siano esse legali o illegali, può soddisfare queste normali esigenze ma in modo non salutare, con possibili ripercussioni nella loro vita futura¹. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico, non solo individuali.

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

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 ad essa 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 si instaura 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, nonostante le conseguenze negative note legate al fumo, 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.

Nelle Tabelle 1 e 2 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato sigarette/sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30.

Tabella 1. Frequenza del fumo di sigaretta negli ultimi 30 giorni, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,5	91,4	72,9	87,5
1-2 giorni	0,3	2,9	7	3,5
3-5 giorni	0,1	1,4	3,9	1,9
6-9 giorni	0	0,7	4,1	1,7
10-19 giorni	0	0,7	2,6	1,1
20-29 giorni	0	1	1,8	0,9
30 giorni o più	0,1	1,9	7,7	3,4

Tabella 2. Frequenza del fumo di sigaretta elettronica negli ultimi 30 giorni, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,2	91,7	79	89,7
1-2 giorni	0,5	3,3	9,1	4,4
3-5 giorni	0,1	1	4,2	1,8
6-9 giorni	0,1	1,7	1,9	1,2
10-19 giorni	0	0,7	2,4	1,1
20-29 giorni	0	0,7	1,1	0,6
30 giorni o più	0,1	0,9	2,4	1,2

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato; la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 99,5% degli undicenni al 91,4% dei tredicenni sino al 72,9% dei quindicenni.

In Tabella 3 si può notare la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazzi che dichiarano di aver fumato ogni giorno negli ultimi 30 giorni.

Tabella 3. Frequenza del fumo di sigaretta, ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0,2	2,1	5,5	2,7
Femmine	0	1,7	10,5	4,1

Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici⁶ ed 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 ad 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. Nel nostro Paese 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.

Nelle Tabelle 4 e 5 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

Tabella 4. Frequenza del consumo di alcol nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	81	58,7	28,5	55,3
1-2 giorni	11,9	18,7	19,4	16,8
3-5 giorni	3,5	6,3	10,4	6,8
6-9 giorni	0,8	3,7	7,8	4,2
10-19 giorni	0,5	4,8	10,3	5,4
20-29 giorni	0,1	1,9	6,1	2,8
30 giorni o più	2,2	5,9	17,5	8,7

Tabella 5. Frequenza del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	89,4	72,8	46,2	69,1
1-2 giorni	6,9	15,1	25,9	16,1
3-5 giorni	1,3	6,7	12,9	7,1
6-9 giorni	1,2	2,7	7	3,7
10-19 giorni	0,2	0,6	4,3	1,8
20-29 giorni	0	1	1,2	0,7
30 giorni o più	0,9	1,1	2,4	1,5

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 81% degli undicenni al 58,7% dei tredicenni sino al 28,5% dei quindicenni.

In Tabella 5 bis è riportata la frequenza di consumo di alcol quotidiana per genere ed età.

Tabella 5 bis. Frequenza di consumo di alcol ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	1,1	1,2	2,2	1,5
Femmine	0,7	0,9	2,7	1,4

In Tabella 6 si ha il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche.

Tabella 6. Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	1,2	8,1	4,8	18,9	67
Vino	1,1	3,1	3,6	14,7	77,5
Superalcolici	0,5	5,8	7,8	17,4	68,4
Alcolpops	0,9	3,6	5,2	12,3	78
Spritz	0,3	3,9	4,3	15,4	76,1
Altra bevanda alcolica	0,7	7,1	6,9	18,1	67,2

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriachezza. In Tabella 7 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

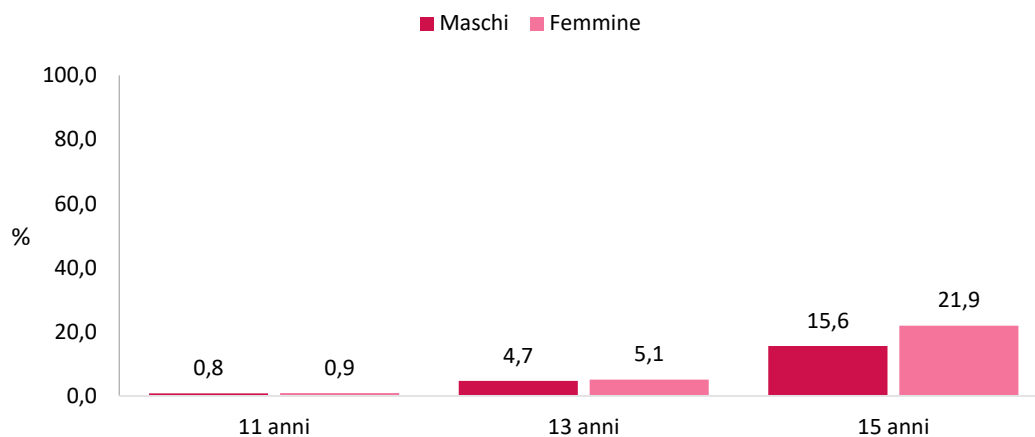
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	96,9	90,1	68,4
Si, una volta	2,3	5	13,2
Si, 2-3 volte	0,3	3,9	10,7
Si, 4-10 volte	0,4	0,5	4,4
Più di 10 volte	0,1	0,5	3,3

Com'è evidente il fenomeno dell'ubriacatura aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età.

Nella Figura 1 è possibile osservare le differenze di genere ed età nella frequenza di ubriachezza; in particolare in coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 volte o più nella vita.

Figura 1. Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più nella vita, per età e genere

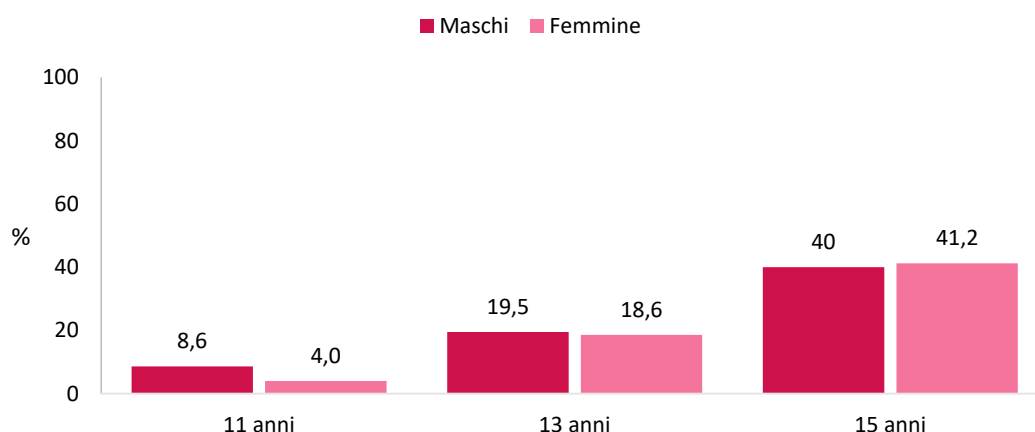


In controtendenza alle passate rilevazioni, le femmine, in percentuale superiore ai maschi, dichiarano di essersi ubriacate due volte o più nella vita come viene nettamente evidenziato dalle risposte dei 15enni (21,9% vs 15,6%).

Nella sorveglianza 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 giovani¹¹⁻¹². A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema¹³.

Nella Figura 2 è possibile notare le differenze di genere nella frequenza di binge drinking.

Figura 2. Frequenza di coloro che dichiarano di aver consumato almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi, per età e genere



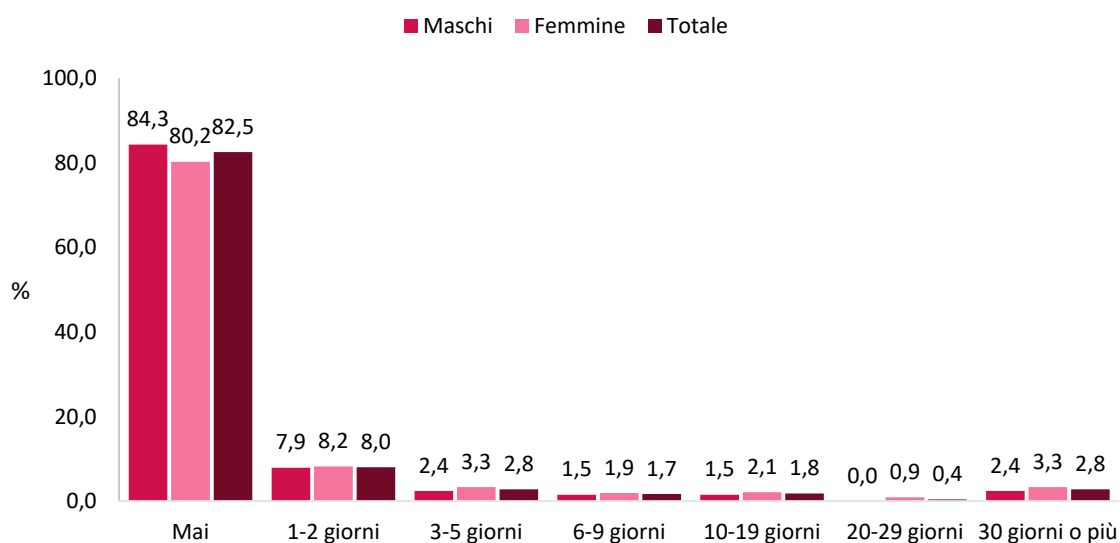
I maschi, in percentuale simile alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno aumenta con l'età.

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 ad 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).

Nella Figura 3 è possibile notare le differenze di genere nella frequenza di quindicenni che consumano cannabis.

Figura 3. Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis nella vita, per genere



Dai dati riportati si nota che 8 ragazzi su 10 non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale (2,8%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è lievemente maggiore tra le femmine.

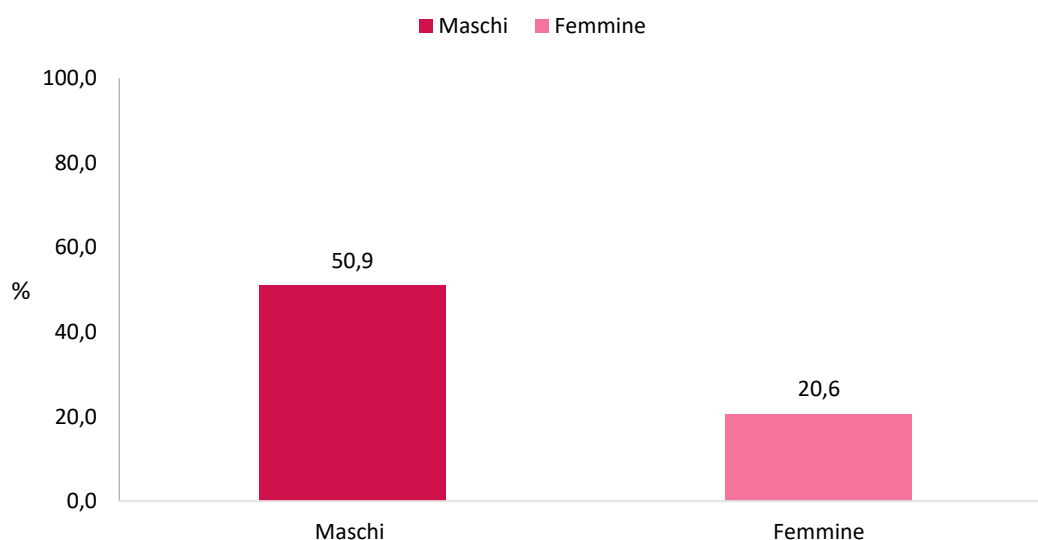
Gioco d'azzardo

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 questa 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.

Nell'ambito dell'indagine HBSC 2022 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni e di 17 anni (vedi capitolo 17enni) di indicare se abbiano mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. Nella Figura 4 si riporta tale informazione per genere.

Figura 4. Frequenza di quindicenni che hanno scommesso denaro nella loro vita, per genere



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (50,9%) rispetto alle femmine (20,6%).

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.

Nella Tabella 8 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 8. Gli indicatori di HBSC stratificati per il FAS (%) – solo 15enni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	9,9	5,7	8,6
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	20,1	19,1	28,1
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	56,6	52,5	51,1
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	19,1	17,8	19,6
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	40,9	40,9	38,5
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	20,8	14,3	21
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	36,9	36,5	46

I dati evidenziano che il consumo di sigarette, alcol e ricorso al Binge drinking è più diffuso nelle fasce di popolazione a più basso e medio potere d'acquisto. Mentre l'uso di sigarette elettroniche e il gioco d'azzardo è più frequente tra ragazzi con FAS elevato.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 9, 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. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

Tabella 9. Gli indicatori storici di HBSC: un confronto pre e post pandemia (%) - solo 15enni

	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	31,9	27,1
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	50,3	53,8
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	17,8	18,4
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	39,9	40,5
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27	8,8
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	42,9	37,5

Tra gli indicatori a confronto si evidenzia la frequenza tra chi ha dichiarato di aver fumato la sigaretta almeno un giorno negli ultimi 30 giorni, fatto uso di cannabis e giocato almeno una volta nella vita, è diminuita rispetto al 2018. Mentre la frequenza di consumo di alcol, l'esperienza di 2 o più volte di episodi di ubriachezza e di Binge Drinking sono leggermente più elevati nel 2022.

Conclusioni

I comportamenti e gli stili di vita degli adolescenti sono predittori importanti per la salute, non solo nel periodo stesso dell'adolescenza, ma anche per il fatto che, con elevata probabilità, essi sono destinati a permanere anche in età adulta, influenzando conseguentemente lo stato di salute.

Essi sono, tuttavia, qualificati come “fattori di rischio modificabili” e per questo gli enti istituzionalmente e socialmente responsabili di attuare la prevenzione primaria (Asl, Scuola, Enti locali, Associazioni sportive etc.) dovrebbero sentirsi obbligati ad un impegno comune per realizzare un'efficace promozione della salute.

L'analisi dei comportamenti a rischio nel campione degli adolescenti della Puglia, discusso in questo capitolo, evidenzia che esiste la propensione di una significativa quota di adolescenti a comportamenti che possono essere lesivi della loro sicurezza e della loro salute. Occorre tuttavia evitare riflessioni eccessivamente allarmistiche o troppo generalizzate. Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato, ma la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 99,5% degli undicenni al 91,4% dei tredicenni sino al 72,9% dei quindicenni. Circa il 30% dei

quindicenni fuma, più o meno frequentemente. La frequenza del fumo di sigaretta, ogni giorno negli ultimi 30 giorni è del 5,5% dei quindicenni maschi e di circa l'10,5% delle ragazze.

Per quanto riguarda il consumo di alcol, la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol; tale percentuale si riduce sensibilmente, però, con l'aumentare dell'età, passando dall'81% degli undicenni al 58,7% dei tredicenni sino al 28,5% dei quindicenni. Il 13,2% dei quindicenni dichiara che ha vissuto, almeno una volta nella vita, l'esperienza dell'ubriachezza. Le femmine in misura maggiore rispetto ai maschi hanno dichiarato di essersi ubriacati due volte o più nella vita. Anche il fenomeno del binge drinking è più frequente nelle femmine. L'abitudine al consumo di bevande alcoliche, aumenta con l'età e interessa entrambi i generi.

Per quanto riguarda l'uso di cannabis, i risultati indicano che 8 ragazzi su 10 non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale (2,8%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nelle femmine.

C'è da interrogarsi su quali percorsi le istituzioni possano intraprendere per prevenire i comportamenti a rischio negli adolescenti. È condiviso dagli specialisti che, una demonizzazione rigida di taluni comportamenti è un fattore negativo, in quanto impedisce all'adolescente di potersi esprimere consapevolmente e comunicare le proprie esperienze in relazione a comportamenti realmente vissuti. Si tratta, piuttosto, di accompagnare il processo di crescita garantendo il sostegno nella gestione dei momenti critici.

È evidente che una prima forma di prevenzione va condotta nel contesto familiare, anche se questa, da sola, è certamente insufficiente. Nel contesto delle istituzioni scolastiche vanno promossi interventi che utilizzino tutte le tecniche più efficaci per stimolare e consolidare, in un'ottica di empowerment, uno sviluppo sano e consapevole della persona, in una prospettiva di realizzazione di programmi permanenti piuttosto che di interventi estemporanei.

È importante predisporre ed attuare programmi di intervento a supporto della genitorialità e di sensibilizzazione all'ascolto dei figli, di formazione degli insegnanti alla corretta diffusione di conoscenze circa i comportamenti sopra indagati, proponendosi come riferimenti affidabili e non giudicanti dei ragazzi stessi, di intervento sociale ed assistenziale, con il potenziamento delle attività consultoriali e la predisposizione di programmi educativo-informativi rivolti a fasce di popolazione a rischio; occorre, inoltre, attuare strategie per la prevenzione degli infortuni sulla strada (partnership fra Enti Locali, Servizi Sanitari, Autorità Autostradali).

Ancora una volta va ribadito che, a beneficio delle problematiche sopra indagate, occorre senz'altro rafforzare la stretta alleanza tra operatori del mondo della Scuola e della Salute in Puglia, al fine di mettere a punto efficaci e non episodici programmi di prevenzione.

Bibliografia essenziale

¹Nationa Institute on Drug abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>

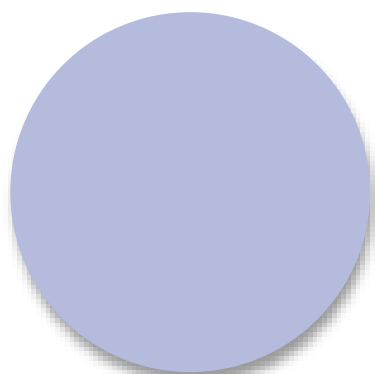
²WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

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, Pfortner TK, Simons-Morton B, Vieno A, Vollebbergh 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-Setäläet 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

Introduzione

La salute consente all'uomo di raggiungere e soddisfare i propri obiettivi di vita e, nella definizione positiva proposta dall'OMS, si rappresenta come un capitale che al fianco di quelle fisiche riconosce altre categorie di risorse individuali e sociali, permettendo così agli individui di essere attivi nei normali contesti di vita e di lavoro¹⁻³. Il benessere può invece essere definito come una condizione di equilibrio in cui l'individuo percepisce di avere le risorse fisiche, psicologiche e sociali di cui ha bisogno per rispondere alle sfide che la vita gli propone. In assenza di questo equilibrio il soggetto tende a percepire una condizione di ansia che si può accompagnare a sintomi di stress quali i disturbi del sonno o il mal di stomaco fino ad arrivare alla depressione. Ogni soggetto è quindi portatore di risorse interne (potenzialità fisiche, psicologiche, cognitive, ecc.) che sono però in continua interazione con le risorse presenti nei diversi livelli del sistema ecologico del quale si trova a far parte, attraverso dinamiche complesse che rispondono al principio della causalità reciproca. Accettare questa impostazione richiede che nell'interrogarsi sulla salute di una popolazione non ci si concentri più sui soli fattori di rischio delle malattie ma si ampli l'orizzonte di osservazione, cercando quindi di mettere a fuoco le diverse "risorse" di cui il soggetto ha bisogno, non solo per rispondere alle necessità di tipo fisiologico ma anche a quelle di tipo culturale, sociale e di altro tipo ancora: risorse che rappresentano una sorta di capitale sul quale fondare la propria salute⁴.

Valutare la salute a livello di popolazione non è certo compito di facile esecuzione⁵ e ancora più complesso può apparire quello di definire e monitorare la salute dei giovani in età adolescenziale: è in questa fascia di età che troviamo i tassi di mortalità e morbosità più bassi che nel resto dell'arco della vita ma è anche questa l'età in cui gli aspetti relazionali e di contesto di vita cominciano a giocare un ruolo fondamentale dimostrandosi in grado di determinare la condizione di salute del futuro adulto²⁻³. Quest'influenza, già nota per i principali fattori di rischio - come una scorretta alimentazione, il sovrappeso-obesità o la presenza di comportamenti e abitudini voluttuarie nei confronti delle patologie cardio-vascolari o tumorali - risulta evidente anche per alcune tra quelle che prima sono state definite come risorse dell'ambiente ecologico del soggetto rispetto a condizioni su cui si accentra una sempre maggiore attenzione: l'ansia, la depressione e la nevrosi⁶.

In questo contesto lo studio HBSC offre l'opportunità di monitorare alcune delle variabili più importanti e utili a descrivere questo momento definito come centrale nello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione dei ragazzi del proprio stato di salute e del proprio benessere nei diversi ambiti della loro vita, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psico-fisico sono raccolte in quattro macro categorie:

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

Inoltre, nella rilevazione del 2022 sono state introdotte una domanda sul benessere psicologico, valutato attraverso la scala WHO-5 e una sulla solitudine percepita.

In questo capitolo si riporta, inoltre, una sezione relativa alla salute sessuale e alla frequenza di infortuni.

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 ad 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.

Nella Tabella 1 sono riportate le frequenze relative alla valutazione del proprio stato di salute, per classe di età.

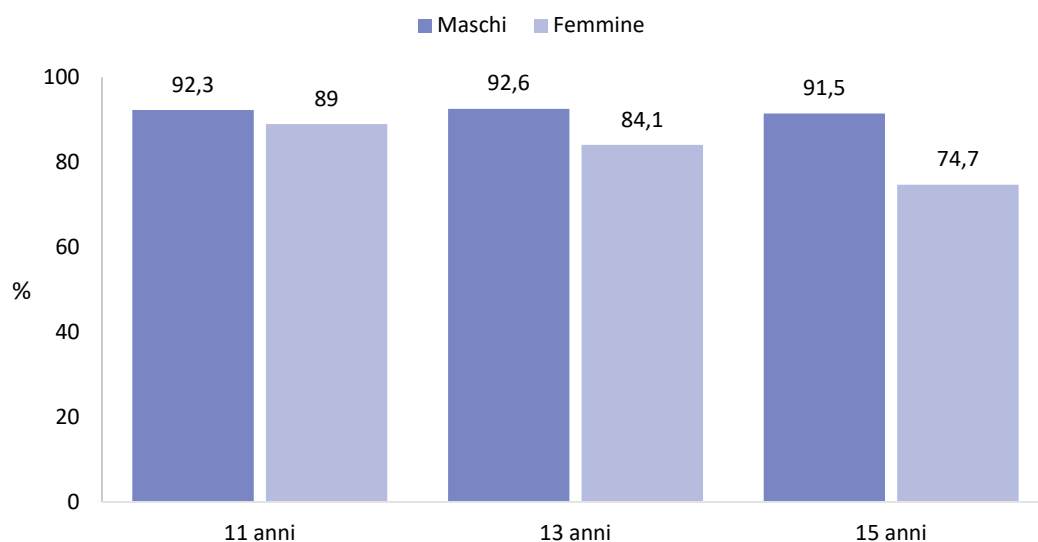
Tabella 1. “Diresti che la tua salute è..., per età” (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	34,1	32,3	29,2	31,8
Buona	56,6	56,3	54,8	55,8
Discreta	8	10,8	13,7	10,9
Scadente	1,3	0,6	2,3	1,4

Dai dati in tabella si evince che circa l'87,6% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

Nella Figura 1 sono riportate differenze tra maschi e femmine riguardo al giudizio “buona o eccellente” sul proprio stato di salute, per classe di età.

Figura 1. Frequenza di ragazzi che considerano la propria salute “buona o eccellente”, per età e genere



Il giudizio positivo circa la propria salute è costante nelle tre fasce d'età tra i maschi, mentre diminuisce all'aumentare dell'età nelle femmine.

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.

Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione della propria soddisfazione di vita è riportato in Tabella 2 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6. Le percentuali riguardano i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

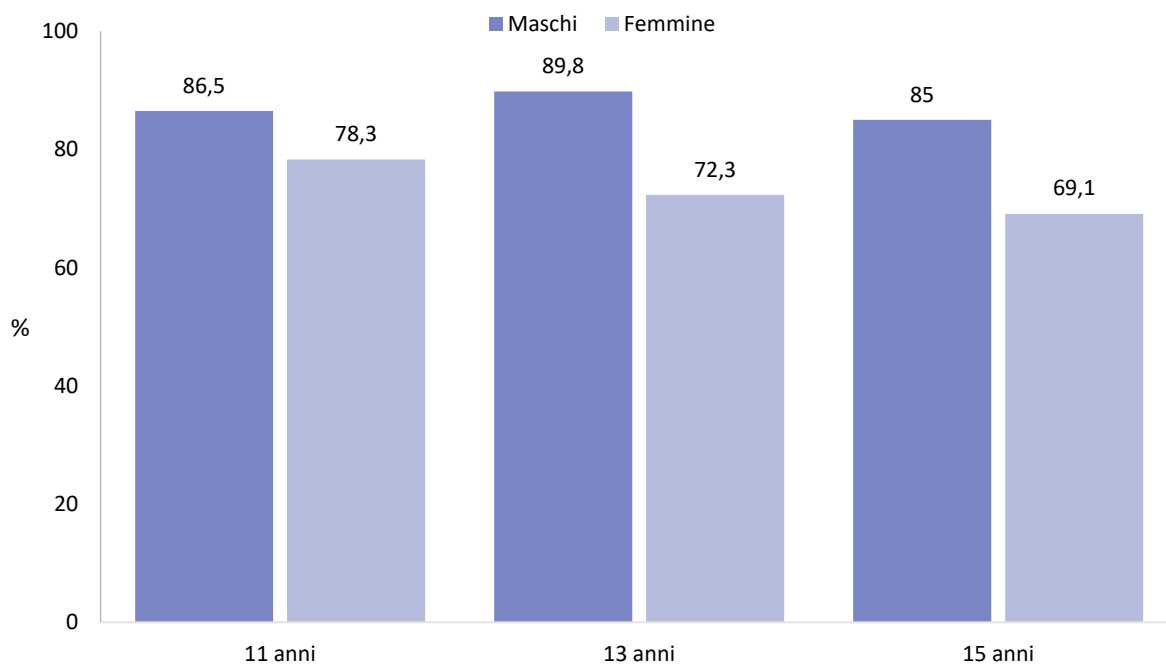
Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	17,5	18,5	22,1	19,4
≥6	82,5	81,5	77,9	80,6

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere. Un giudizio più critico è stato espresso dai quindicenni, il 22,1% sente di trovarsi sul gradino della peggior vita possibile ma circa l'80% dei ragazzi intervistati percepisce il proprio stato di benessere come il migliore possibile allo stato attuale.

Nella Figura 2 le percentuali di percezione di un buon livello di soddisfazione di vita (≥ 6) da parte dei ragazzi vengono distribuite tra maschi e femmine e per fascia di età.

Figura 2. Frequenza di coloro che riferiscono un buon livello di soddisfazione di vita (punteggio ≥ 6) misurato su scala da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile) per età e per genere



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze, con più basse percentuali nelle femmine nelle tre fasce d'età.

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 ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³, si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche¹⁴, tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subitico 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.

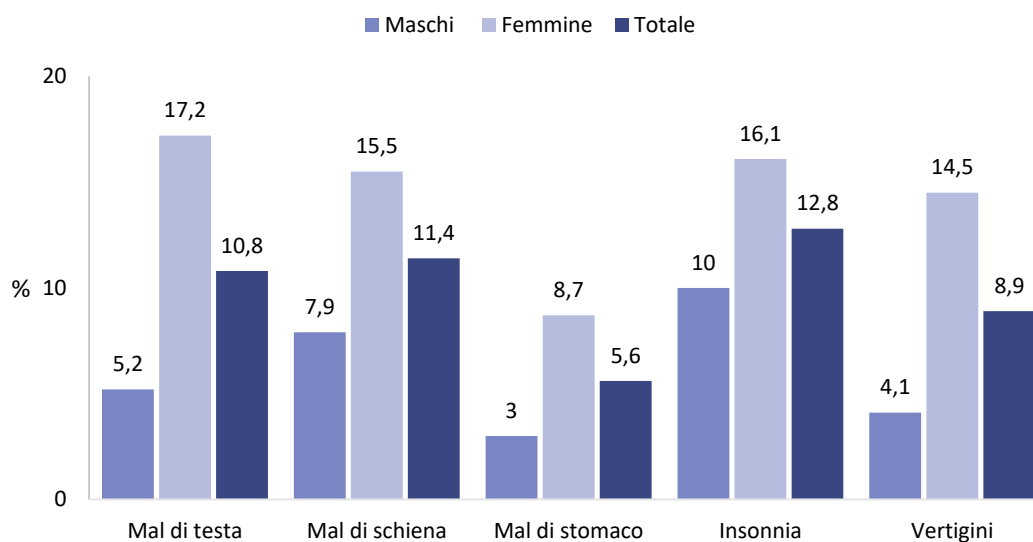
La Tabella 3 riporta le frequenze percentuali riferite alle tre classi di età (11, 13 e 15 anni) dei sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali avuti negli ultimi sei mesi.

Tabella 3. “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	46,6	46,7	48,8	47,4
Più di una volta a settimana	26,7	27,6	28,1	27,5
Circa una volta a settimana	14,9	16,1	13,6	14,9
Circa una volta al mese	9,14	7	6,9	7,6
Raramente o mai	2,7	2,6	2,7	2,6

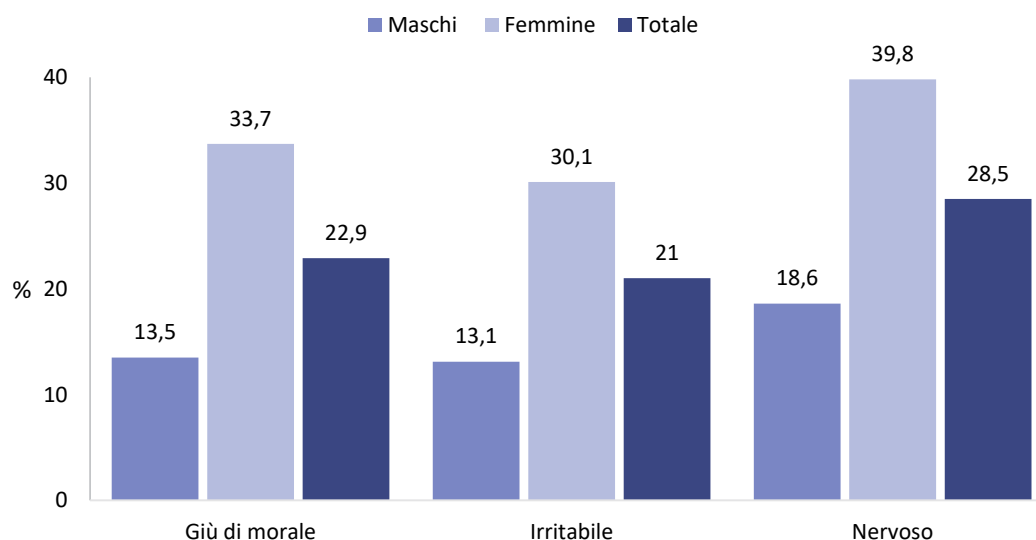
Le percentuali riscontrate non evidenziano particolari differenze tra le varie classi di età. Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte¹⁵⁻¹⁶: una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l’aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l’altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso). Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

Figura 3. Frequenze 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



Il sintomo maggiormente riferito è l’insonnia con una percentuale di 12,8%

Figura 4. Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sentirsi giù, irritabile o nervoso, per genere



Il sintomo maggiormente riferito è il nervosismo con una percentuale di 28,5%

Utilizzo di farmaci

Come si diceva nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³. Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la prima volta nel report 2010¹⁷. 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

Tabella 4. "Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No	39,8	38,5	39,2	39,2
Sì	60,2	61,5	60,8	60,8

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. La Tabella 5 mostra la frequenza di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 5. Frequenze di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	20,9	21,1	21
No	79,1	78,9	79

Come si rileva dalla Tabella 5 il 21% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale minore delle femmine.

La Tabella 6 analizza per genere le frequenze percentuali di utilizzo, nell'ultimo rapporto sessuale, di metodi contraccettivi quali preservativo, pillola, coito interrotto e altri tipi di contraccettivi. La domanda è stata posta solo a coloro che avevano dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 6. Frequenze percentuali del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	68,8	49,4	60,1
Pillola	8,3	9,1	8,7
Coito interrotto	52,7	64	57,8
Contracezione di emergenza	10,3	15,7	12,8
Giorni fertili	27,8	47,8	36,9
Altri metodi	2,7	3,4	3

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare i maschi preferiscono utilizzare il preservativo 68,8%, mentre le femmine preferiscono il coito interrotto 64%.

Benessere psicologico

A partire 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; in questo modo ad un più alto punteggio corrisponde una migliore valutazione del proprio benessere. Complessivamente, un punteggio superiore al 50% della somma dei punteggi dei singoli item indica una condizione di buon benessere psicologico. La Tabella 7 mostra la frequenza di ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

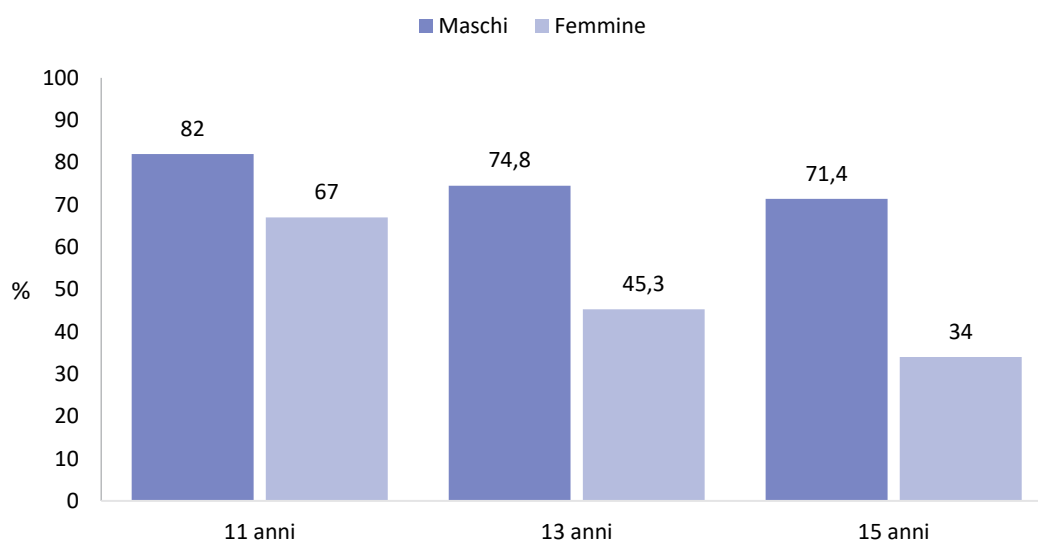
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	74,8	60,7	54,9	63,2
$< 12,5$	25,2	39,3	45,1	36,8

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Un giudizio più critico è stato espresso dai 15enni mentre il 74,8% degli 11enni ha un buon livello psicologico.

Nella Figura 5 le percentuali di percezione di un buon livello di benessere psicologico da parte dei ragazzi vengono distribuite tra maschi e femmine e per fascia di età.

Figura 5. Frequenza di coloro che dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico (punteggio $\geq 12,5$, per genere e per età



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze tra gli 11enni, maschi 82% e femmine il 67%, mentre le differenze sono più marcate nelle età superiori, infatti tra i 15enni, sono più basse nelle femmine con 34% rispetto ai maschi con 71,4%.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire 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. La Tabella 8 mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12 mesi.

Tabella 8. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a solo/a”, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	33,2	19,1	26,6
Raramente	33,2	22,1	28
A volte	24,8	35,8	29,9
La maggior parte delle volte	7,2	17,7	12,1
Sempre	1,7	5,3	3,3

Infortunati

Ai ragazzi è stato chiesto il numero delle volte che, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Tabella 9. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiera?, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	49,9	52,8	58	53,7
Una volta	27,7	24,6	21,8	24,6
Due volte	10,2	12,8	11,8	11,6
Tre volte	5,3	5,1	3,9	4,7
Quattro volte o più	6,8	4,7	4,5	5,3

In generale il 53,7% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche.

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

Nella Tabella 10 proponiamo la stratificazione con la scala FAS dei due livelli di percezione della soddisfazione di vita.

Tabella 10. Livello di soddisfazione di vita stratificato per il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	23,8	18,1	14,2
≥ 6	76,2	81,9	85,8

Il livello di soddisfazione della vita è maggiore nei FAS più elevati.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 11, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 del livello di soddisfazione di vita. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che può aver inciso sulla percezione dei ragazzi riguarda alla soddisfazione di vita che percepiscono. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

Tabella 11. Livello di soddisfazione di vita: un confronto pre e post pandemia (%)

	2018	2022
< 5	10,4	19,4
≥ 6	89,6	80,6

I livelli più bassi di soddisfazione della vita sono aumentati rispetto al periodo pre-covid, 10,4% nel 2018 e 19,4% nel 2022.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati raccolti emerge un'immagine sostanzialmente positiva della salute e del benessere percepito. Va però sottolineato che esiste un evidente contrasto tra quanto dichiarato dai ragazzi intervistati relativamente alla propria salute/benessere e quanto dichiarato in relazione alla sofferenza di particolari sintomi psico-somatici (verosimilmente correlata ad un uso consistente di farmaci), mostrando che non necessariamente chi dichiara di soffrire di alcuni sintomi ha una percezione negativa della propria salute nel suo complesso. La percezione della propria salute, infatti, sembra essere influenzata dalle risorse possedute per poter far fronte alle situazioni in cui si è in presenza di sintomi. I fattori protettivi generali rispetto alla propria salute e ai propri comportamenti sono riconducibili anche a una riferita soddisfazione delle proprie condizioni economiche, abitative e di relazioni familiari, alla presenza e al riconoscimento da parte dei giovani di una scuola che può costituire un importante punto di riferimento oltre che un momento di intercettazione dei segni di malessere e disagio, alla capacità di assumere consapevolmente decisioni protettive per la propria salute, al grado di soddisfazione medio per la qualità della propria vita. I nuovi modelli di salute, sostenuti dall'OMS, valutano l'interazione tra la componente biologica, quella psicologica e quella sociale, in un rapporto di costante equilibrio. In particolare il concetto di benessere psicologico che può influenzare quello fisico, viene da un livello adeguato di accettazione del sé, dalla crescita personale, dal percepire uno scopo nella vita, dalla consapevolezza delle proprie capacità e competenze nel gestire l'ambiente circostante e nell'utilizzare le opportunità, nell'assumere autonomamente le scelte di vita e nell'instaurare positive relazioni con gli altri (Ryff e Keyes, 1995).

È dimostrato che spesso i genitori dei ragazzi non sanno correttamente gestire i sintomi somatici e psichici lamentati dai loro figli ed è per questo che è particolarmente importante la risposta che i servizi sanitari, in sinergia con la scuola, devono poter fornire. È necessario rinforzare i programmi di educazione alla salute nelle scuole, rivolti ai ragazzi e alle loro famiglie, finalizzandoli alla promozione di comportamenti salutari e all'innalzamento degli standard di salute e di benessere: è probabile, infatti, che i giovani siano soddisfatti della loro salute solo in virtù della giovane età e non perché ad essa corrisponda una reale condizione di benessere psico-fisico. Occorre, inoltre, incidere sullo stato e sulla percezione di benessere nel genere

femminile che, con il procedere dell'adolescenza, mostra aree di maggiore vulnerabilità rispetto al genere maschile.

La frequente percezione di sintomi “psicologici” più che di quelli “somatici” ed un benessere percepito che si riduce con l'aumentare dell'età sono informazioni da non sottovalutare, soprattutto alla luce dell'aumento generalizzato dell'uso di psicofarmaci.

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.

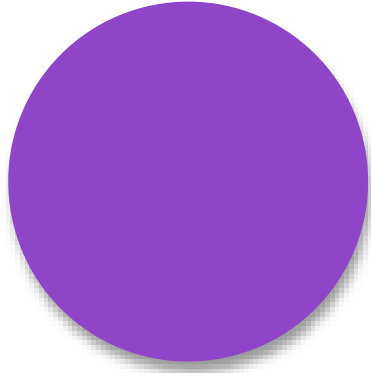
¹⁴Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.

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

Introduzione

Nell'ultimo decennio, l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso e importante soprattutto tra (pre)adolescenti e giovani in tutto il mondo. Infatti, per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, Internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per moltissimi motivi diversi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network¹. La letteratura scientifica sul tema dell'uso dei social media tra i più giovani indica che, quando limitato e responsabile, tale uso può avere un impatto positivo sul benessere dei ragazzi in termini di maggiore percezione di supporto sociale, connessione con i pari e impegno civico²⁻⁴. D'altra parte, studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico dei social media può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}. Similmente, anche un uso regolato dei videogiochi può avere effetti positivi sul benessere degli adolescenti, consentendo, ad esempio, di allenare alcune abilità cognitive e favorendo la cooperazione tra gruppi^{7,8}. Tuttavia, quando l'uso dei videogiochi diventa eccessivo e difficile da controllare, può comportare diverse conseguenze negative, tra cui un peggioramento dello stile di vita quotidiano e del rendimento scolastico⁹.

In questo senso, sebbene la ricerca in questo ambito stia procedendo velocemente, l'analisi delle motivazioni, dei benefici e dei rischi che i ragazzi incontrano utilizzando i social media e i videogiochi è attualmente riconosciuta come fondamentale a livello nazionale e internazionale.

L'uso dei social media

Per quanto riguarda i possibili benefici e rischi in termini di connessione sociale, lo studio HBSA rileva la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti online con i loro amici, con amici di un gruppo allargato, con altre persone (es. familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 1 sono riportate le risposte dei ragazzi per età.

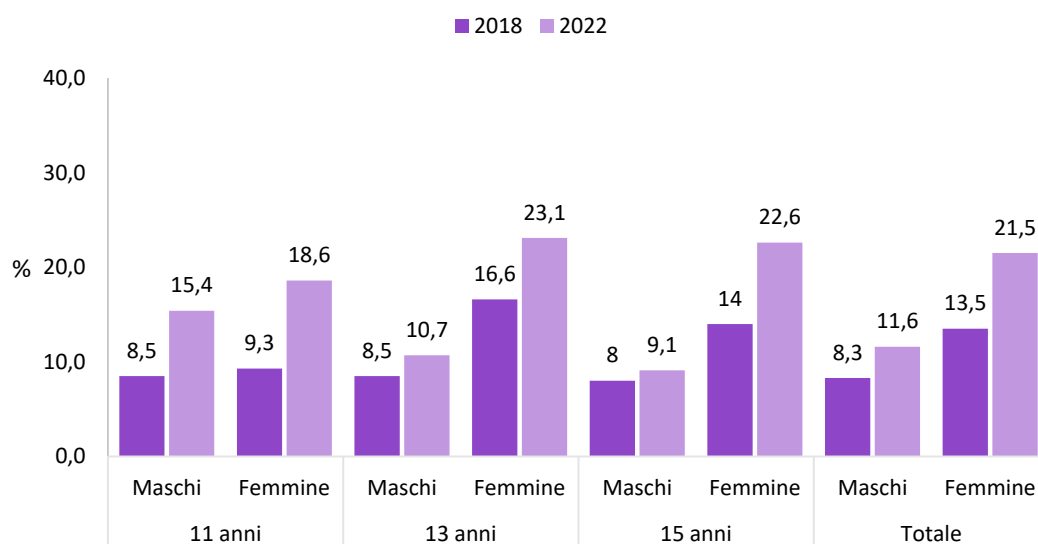
Tabella 1. "Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	76,1	80,5	84,9	80,6
Amici di un gruppo allargato	50,2	53,8	54,3	52,8
Amici conosciuti tramite internet	15,5	23,3	20	19,7
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	56,1	50,8	51,5	52,7

Dalla tabella si evince che circa l'81% dei ragazzi ha contatti online con gli amici stretti in percentuale crescente al crescere dell'età; lo stesso andamento crescente si registra per i contatti con il gruppo allargato e con altre persone - non amici, mentre si osserva una diminuzione della percentuale relativa ai contatti online per gli amici conosciuti tramite internet.

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). In Figura 1 sono riportate le percentuali di adolescenti che dichiarano di fare un uso problematico dei social media, divisi per genere, età e anno di rilevazione.

Figura 1. Percentuale di ragazzi che fanno uso problematico dei social media, per età e genere (%), nelle rilevazioni del 2018 e 2022

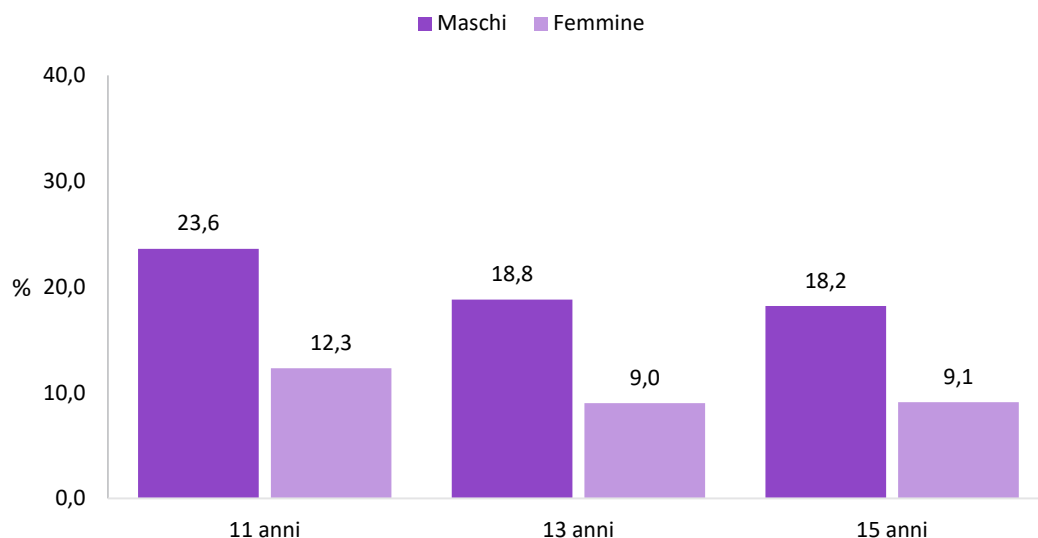


Le femmine sono quelle che in maggiore percentuale fanno un uso problematico dei social media, sia nel 2018 (8,3% vs. 13,5%) che nel 2022 (11,6% vs. 21,5%). I tredicenni sono quelli che ne fanno maggiormente uso rispetto alle altre classi d'età. Confrontando le annate, nella rilevazione 2022 si osserva un aumento della percentuale di ragazzi, per tutte le età, che fanno uso problematico dei social rispetto alla precedente rilevazione

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.

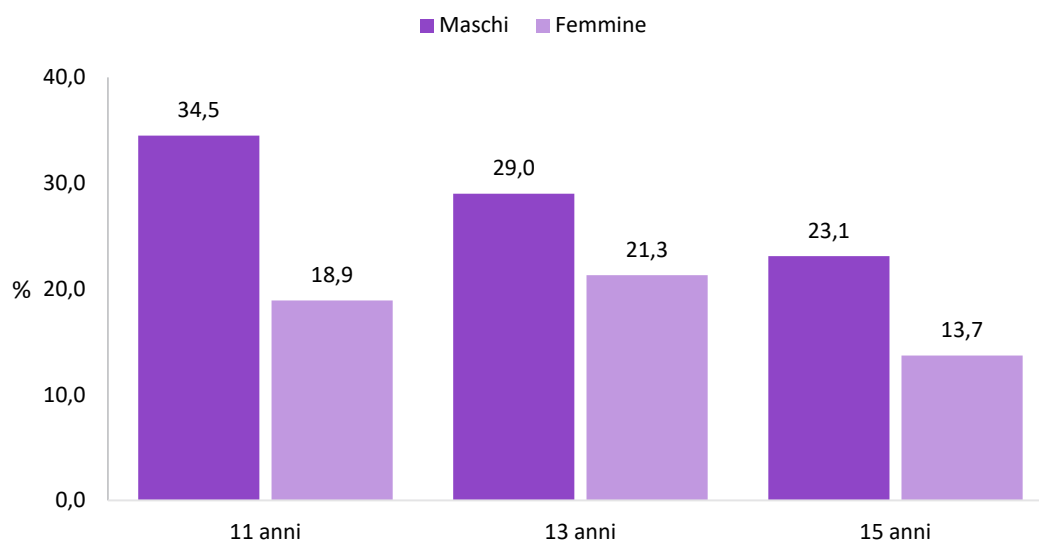
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere



Osservando la Figura 2, si nota che il 23,6% dei ragazzi maschi di 11 anni, il 18,8% dei ragazzi di 13 anni ed il 18,2% dei ragazzi di 15 anni dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa il 10%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno.

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 (es., di mancanza di controllo, di 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.

Figura 3. Percentuale di ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi, per età e genere



I maschi fanno un maggiore uso problematico dei videogiochi rispetto alle femmine. Percentuale che tende a scendere con l'età per entrambi i sessi.

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

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante del benessere e degli stili di vita degli adolescenti. Nella Tabella 2 riportiamo la stratificazione con la scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

Tabella 2. Gli indicatori dell'uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	77,2	82,4	83,5
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	48	53,6	59
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	20,1	18,3	21,8
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,6	53,7	58,7
Uso problematico dei social media	16,6	15,8	15,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	20,1	15,8	14,6
Uso problematico dei videogiochi	26,6	24,1	23,3

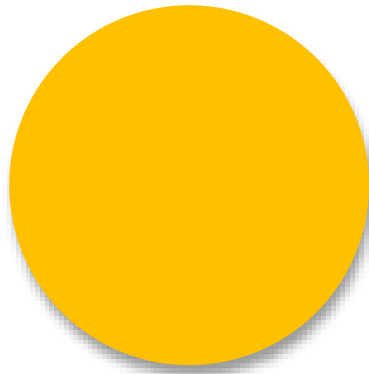
Dall'analisi dei vari indicatori rapportati al livello FAS, emerge: l'uso problematico dei social media diminuisce all'aumentare della scala FAS; così come per il tempo (almeno 4 ore/die) dedicato a giocare con i videogiochi e l'uso problematico di questi, diminuiscono all'aumentare del FAS.

Conclusioni

La maggior parte dei ragazzi (8 su 10) ha dichiarato di ricorrere ai social, quasi tutti i giorni o più spesso, per restare in contatto con amici stretti. Questa abitudine risulta essere più frequente nelle femmine rispetto ai maschi, con lievi differenze tra i livelli di FAS. Circa il 28% dei maschi fa un uso problematico dei videogiochi, percentuale maggiore rispetto alle femmine. La tendenza all'uso problematico è maggiore nei ragazzi che appartengono a famiglie con FAS basso. L'uso problematico dei social e dei videogiochi è un fenomeno, rispetto al 2018, in forte aumento nella nostra Regione. Risulta pertanto, necessario implementare le attività di prevenzione e promozione della salute su tali tematiche.

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 dei ragazzi e delle loro famiglie, offrendo così un importante strumento di valutazione. Di seguito si riportano i principali risultati.

Positività al COVID-19

La prima domanda a cui hanno risposto i ragazzi verteva sulla eventuale positività, sia di loro stessi che della loro famiglia, al COVID-19, nonché sulla ospedalizzazione a seguito dell'infezione. Nella Tabella 1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi per età e genere rispetto alla positività al COVID-19. La Tabella 2 riporta invece in percentuale le risposte dei ragazzi rispetto alla eventuale positività al COVID-19 di familiari e la loro ospedalizzazione.

Tabella 1. "Sei mai risultato/a positivo/a ad un test (un risultato positivo significa che avevi contratto il COVID-19) per il COVID-19?", per età e genere (%)

	Maschi	Femmine
11 anni	49,1	44
13 anni	39,5	35,7
15 anni	38,5	42,6
17 anni	37,4	44,2
Totale	41	41,7

Osservando la Tabella 1, si nota che il 49,1% dei ragazzi di 11 anni, il 39,5% dei ragazzi di 13 anni, il 38,5% dei ragazzi di 15 anni, il 37,4% dei ragazzi di 17 anni è risultato positivo al COVID-19.

Tabella 2. "Qualcuno della tua stretta cerchia familiare (cioè genitore, fratello o nonno) è risultato positivo al COVID-19? se sì, qualcuna di queste persone è stata ospedalizzata?", per età (%)

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	74	11,1
13 anni	72,3	13,8
15 anni	74,9	12,1
17 anni	70,6	13,9
Totale	73	12,7

Osservando la Tabella 2, si nota che il 74% dei ragazzi di 11 anni, il 72,3% dei ragazzi di 13 anni, il 74,9% dei ragazzi di 15 anni, il 70,6% dei ragazzi di 17 anni hanno avuto un familiare

positivo al COVID-19 e in media il 12% dei ragazzi, nelle quattro fasce d'età, ha dichiarato che ha avuto un familiare ospedalizzato a causa della infezione.

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. Nella Tabella 3, si riporta l'impatto percepito del COVID-19 sui diversi aspetti, per genere, e nella Figura 1 si riporta l'impatto "prevalentemente negativo" dei medesimi items stratificato per età le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.).

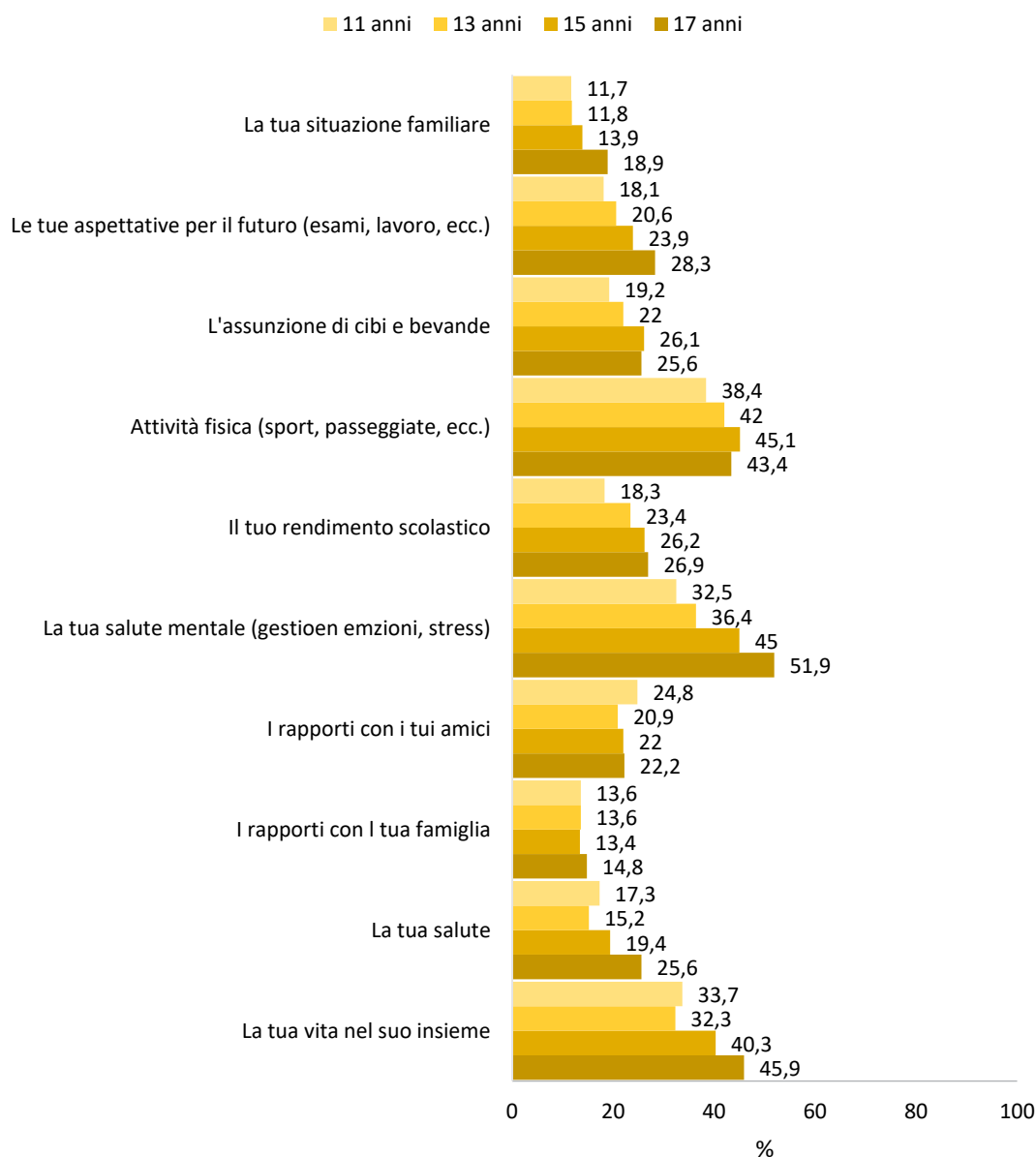
Tabella 3. "Che impatto hanno avuto le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) sui seguenti aspetti della tua vita?" per genere (%)

	Maschi			Femmine		
	Negativo *	Né negativo né positivo	Positivo *	Negativo *	Né negativo né positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	33,2	41,8	25	43,5	42	14,6
La tua salute	16,3	41,3	42,4	22,7	40,9	36,4
I rapporti con la tua famiglia	10,5	29,4	60,2	17,5	30	52,5
I rapporti con i tuoi amici	18,6	28,2	53,2	26,6	29,7	43,8
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	31,3	32,7	36	52,7	27,4	19,9
Il tuo rendimento scolastico	23,4	31,4	45,2	24,2	32,6	43,2
L'assunzione di cibi e bevande	18,1	42,5	39,4	28,9	40,1	31
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	40,4	23,4	36,2	44,4	27,2	28,4
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	18,7	41,8	39,6	27,2	40,4	32,4
La situazione finanziaria familiare	13,2	47	39,8	15,2	48,4	36,4

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

Osservando la Tabella 3, si nota che le femmine hanno evidenziato un impatto peggiore rispetto ai maschi, soprattutto nella percezione della propria vita nel suo insieme, maschi 33,2% e femmine 43,5%, sulla salute soprattutto mentale, maschi 31,3% e femmine 52,7%, nell'alimentazione, maschi 18,1% e femmine 28,9%.

Figura 1. - Impatto del COVID-19 per età; risposta molto/abbastanza negativo



Osservando la Figura 1, si nota che i ragazzi più grandi hanno avuto un impatto abbastanza negativo rispetto ai ragazzi più piccoli soprattutto per la situazione familiare, per le aspettative per il futuro, l'alimentazione, la salute mentale, il rendimento scolastico, la propria vita nel suo insieme. Mentre non ci sono differenze d'età per l'impatto negativo sull'attività fisica, i rapporti con gli amici e il rapporto con la famiglia.

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. Nella Tabella 4 si riportano le risposte dei ragazzi circa la frequenza con cui hanno interrogato le diverse fonti di informazione.

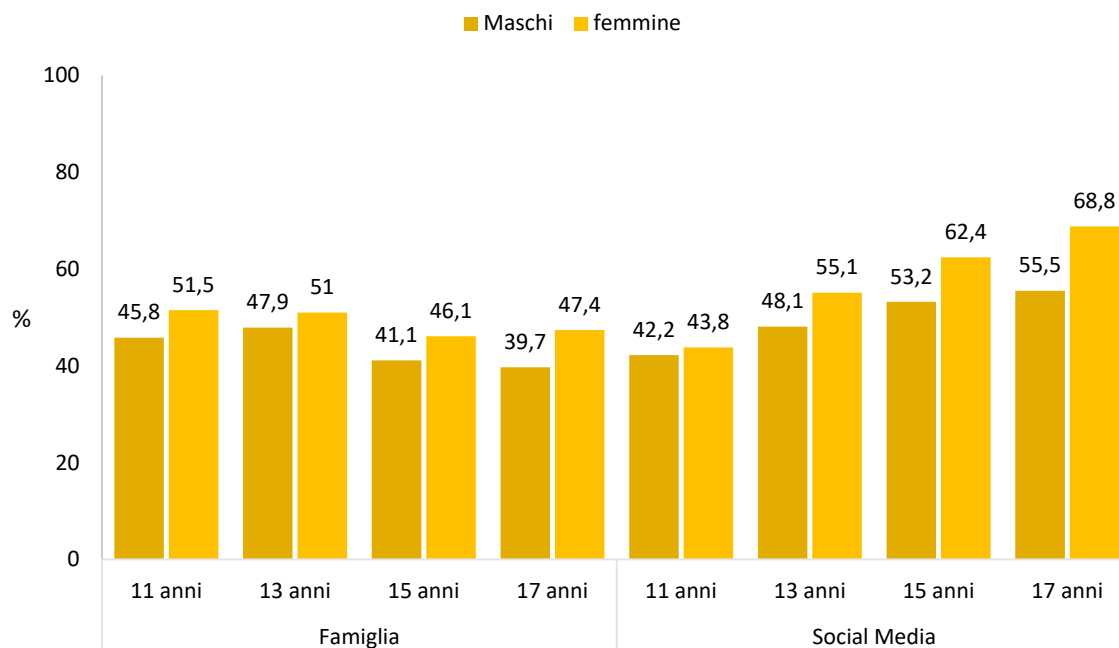
Tabella 4. "Con quale frequenza hai usato ciascuna delle seguenti fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19?" per genere (%)

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	56,4	43,6	51,1	48,9
Amici	82,6	17,4	77,3	22,7
Insegnanti e altro personale scolastico	72,4	27,6	67,2	32,8
Giornali, riviste, radio e tv	44,6	55,4	39,4	60,6
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	50,2	49,8	42,1	57,9
Autorità sanitarie nazionali	59	41	60,8	39,2
Blogger/influencer online	81,7	18,3	77,9	22,1
Altre fonti	92,3	7,7	94,1	5,9

Osservando la Tabella 4, non si segnalano differenze di genere rispetto alle fonti consultate, che sono state soprattutto i giornali, le riviste radio e tv, seguite dai social media, poi i familiari ed infine le autorità sanitarie nazionali.

Nella Figura 2 si riporta un approfondimento per età rispetto alla consultazione “spesso/sempr” della famiglia e dei social media per avere informazioni sulla pandemia.

Figura 2. Percentuale di ragazzi che hanno interrogato spesso/sempre la famiglia e i social media per avere informazioni sulla pandemia, per genere ed età



Osservando la Figura 2, si nota che i ragazzi più grandi più dei coetanei più piccoli hanno interpellato maggiormente i social media piuttosto che la famiglia. Si evidenziano differenze di genere poiché la percentuale di femmine è costantemente più elevata nella ricerca di informazioni sulla pandemia.

Misure di protezione

Durante la pandemia di COVID-19 sono state implementate diverse misure di protezione. Nella Tabella 5 si riportano le percentuali di frequenza circa l'utilizzo di alcune di queste misure adottate.

Tabella 5. "Con quale frequenza hai usato ciascuno dei seguenti dispositivi di protezione?" per genere (%)

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr
Rispettato il distanziamento sociale	44	56	32	68
Lavato regolarmente le mani	28	72	19,9	80,1
Indossato una mascherina protettiva	17,3	82,7	9,6	90,4
Usato un igienizzante per le mani	32,7	67,3	16,4	83,6
Evitato di toccarti il viso	62,7	37,3	54,2	45,8
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	35,5	64,5	28,1	71,9
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	35,9	64,1	28,1	71,9
Evitato assembramenti di persone	49	51	38	62
Sei rimasto a casa in generale	48,6	51,4	36,5	63,5
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	28,6	71,4	19,2	80,8

Osservando la Tabella 5, si nota che i maschi meno delle femmine hanno utilizzato i dispositivi di protezione elencati in tabella.

Nelle Figure 3a e 3b si riporta un approfondimento per età e genere rispetto all'utilizzo/pratica "spesso/sempr" di alcune misure di protezione.

Figura 3a. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere

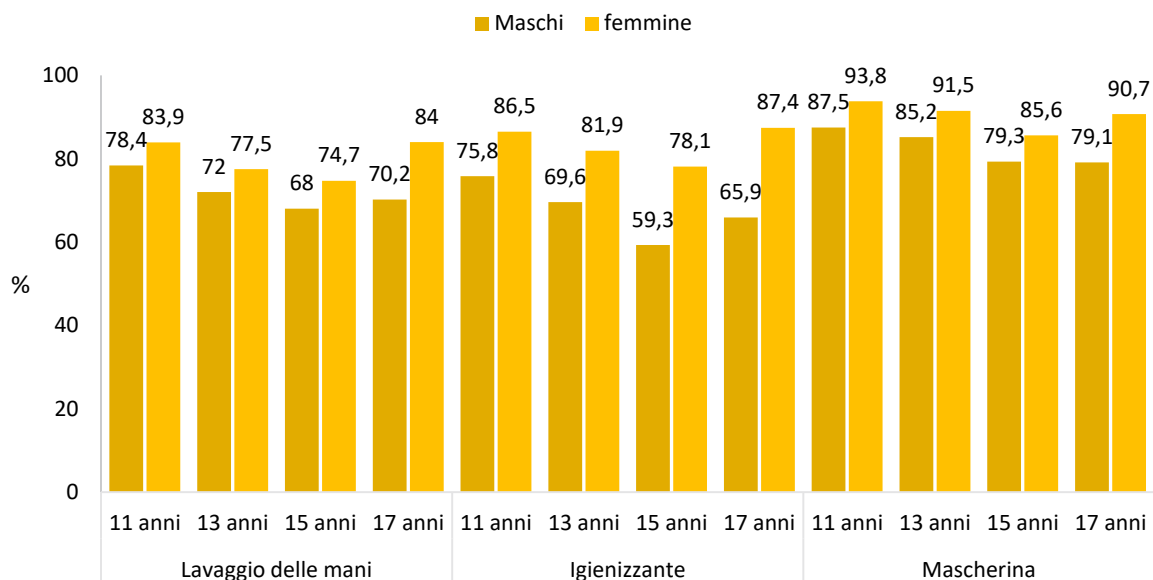
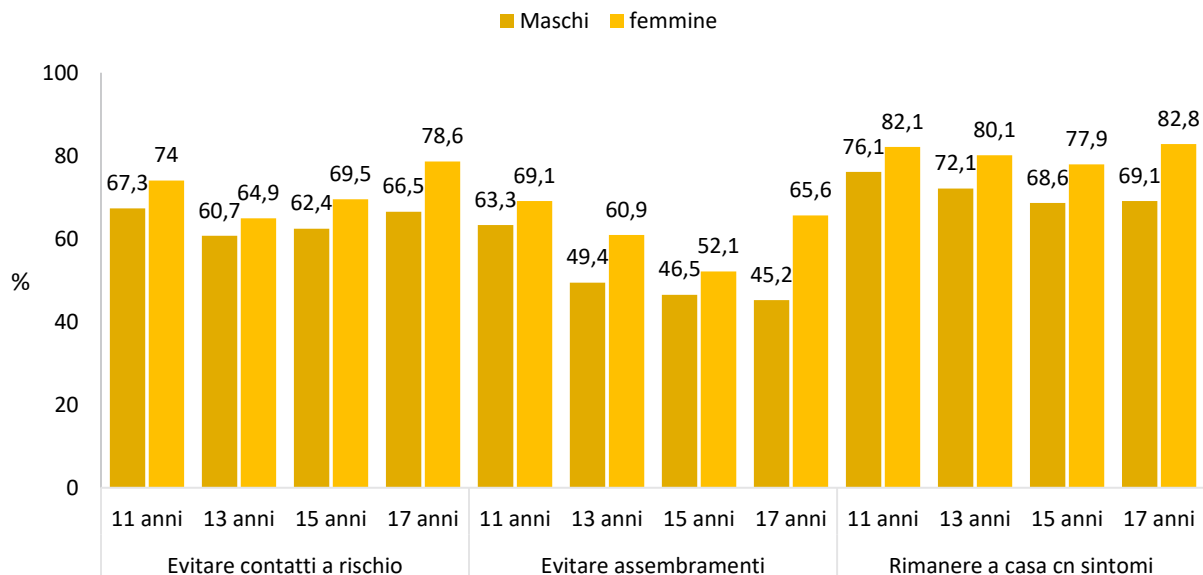


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Dall'analisi delle Figure 3a e 3b, emerge che i ragazzi più giovani, rispetto ai coetanei più grandi, hanno fatto un uso maggiore del lavaggio delle mani e del gel igienizzante. L'adozione della mascherina e la permanenza a casa in presenza di sintomi sono state pratiche comuni alla maggior parte dei ragazzi, senza distinzioni d'età. Si evidenzia, tuttavia, che i 13enni e i 15enni hanno evitato contatti a rischio e assembramenti meno frequentemente degli 11enni e dei 17enni.

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

Nella Tabella 6 si riporta la stratificazione delle fonti utilizzate “spesso/sempr” con l'indicatore del FAS (Family Affluence Scale).

Tabella 6. Consultazione “spesso/sempr” delle seguenti fonti stratificate per il FAS”

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	40	48,3	53
Amici	18,9	21	18,4
Insegnanti e altro personale scolastico	29,9	29,9	30,4
Giornali, riviste, radio e tv	55,7	59,8	57,8
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	54,3	52,5	54,1
Autorità sanitarie nazionali	36,8	41,3	43,9
Blogger/influencer online	19,9	19,4	22,4
Altre fonti	5,5	7	8,9

Non emergono differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate, se non per le fonti familiari e delle autorità sanitarie nazionali che vengono maggiormente utilizzate col crescere del FAS.

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

Nella Tabella 7 si evidenzia la stratificazione delle misure di protezione adottate “spesso/sempr” con l'indicatore del FAS (family Affluence Scale).

Tabella 7. Adozione “spesso/sempr” delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	60,7	62,7	62,2
Lavato regolarmente le mani	75,8	76,6	74,1
Indossato una mascherina protettiva	85,7	88,1	83,3
Usato un igienizzante per le mani	73,3	76,6	74,7
Evitato di toccarti il viso	38,9	42,2	43,9
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	65,7	70,3	66,3
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	67,9	69	63,9
Evitato assembramenti di persone	56,4	57,6	52,4
Sei rimasto a casa in generale	57,8	59	50,8
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	73,7	78,8	71,8

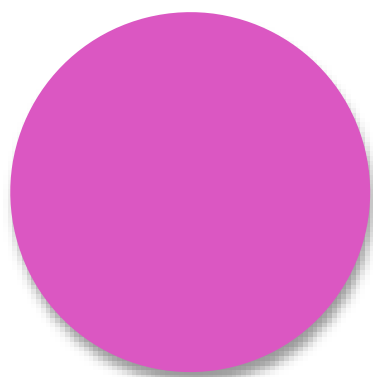
Non emergono differenze rispetto al FAS circa le misure di protezione utilizzate.

Conclusioni

La pandemia da Covid-19 ha impattato su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie, in particolare sulla salute mentale, l'attività fisica e la vita nel suo insieme. Tale impatto negativo ha avuto un maggiore effetto nei più grandi (15-17 anni) rispetto ai più piccoli e più nelle femmine che nei maschi. C'è da evidenziare che relativamente ai rapporti con la famiglia e con gli amici le misure per contenere la pandemia hanno dato un impatto positivo in entrambi i generi. In generale i ragazzi si informavano consultando *i giornali, le riviste radio e tv, seguite dai social media, poi i familiari ed infine le autorità sanitarie nazionali*. I ragazzi più grandi tendono a informarsi di più rispetto ai più piccoli, le femmine più dei maschi. La maggior parte dei ragazzi ha fatto ricorso a tutte le misure di protezione raccomandate, le femmine con maggiore frequenza rispetto ai maschi con nessuna differenza tra i diversi livelli nella scala FAS.

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 poiché 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. Questa fascia d'età, per competenze relazionali e cognitive nonché differenze legate allo sviluppo corporeo, si differenzia notevolmente dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni; per tale motivo, la descrizione delle loro caratteristiche e dei loro stili di vita è stata volutamente trattata separatamente.

Il rationale delle domande sottoposte ai ragazzi di 17 anni è lo stesso delle altre fasce d'età precedentemente illustrate; per tale motivo, di seguito si riportano solamente le tabelle descrittive dei dati e i commenti.

La famiglia

La Struttura Familiare

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 (Tabella 1) nel 81,9 % dei casi i ragazzi vivono con entrambi i genitori, il 12,8% con la madre e solo il 2% con il padre.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	81,9
Solo madre	12,8
Solo padre	2
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,7
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1,6
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	17,8
1 fratello o sorella	58,2
2 o più fratelli o sorelle	24
Totale	100

Come si evince dalla Tabella 2, *più della metà del campione (58,2%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 17,8%.*

La qualità delle relazioni con i genitori

Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupano con madre, padre, patrigno o matrigna. Le modalità di risposta alla domanda “*Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente*” sono distribuite su una scala di tipo ordinale da “*molto facile*” a “*non ho o non vedo questa persona*”. Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

Tabella 3. Quanto è facile per te parlare con tuo padre di cose che ti preoccupano veramente? (%)

Molto facile	15,5
Facile	30
Difficile	24,5
Molto difficile	24,1
Non ho o non vedo mai questa persona	5,9
Totale	100

Tabella 4. Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente? (%)

Molto facile	28,6
Facile	37,3
Difficile	22,3
Molto difficile	10,3
Non ho o non vedo mai questa persona	1,5
Totale	100

Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre.

Lo status socio-economico familiare

Nella Tabella 5 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socio-economico.

Tabella 5. Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') (%)

Family Affluence Scale	
Basso	39,3
Medio	49,8
Alto	10,9
Totale	100

La famiglia su 10 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (10,9%), mentre il 49,8% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 39,3% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Nella prima parte del sotto-capitolo vengono 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 capitolo 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 obeso 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.

Nella Tabella 6 è riportata la frequenza di consumo della colazione durante la settimana.

Tabella 6. “Di solito quante volte fai colazione (nei giorni di scuola)?” (%)

Mai	29,4
Un giorno	4,1
Due giorni	3,6
Tre giorni	5,2
Quattro giorni	4,6
Cinque giorni	53,2

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono 17,5%. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione 29,4%.

La frequenza del consumo dei pasti insieme in famiglia è stata indagata con un'apposita domanda. Nella Tabella 7 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana.

Tabella 7. “Quante volte tu e la tua famiglia consumate pasti insieme?” (%)

Ogni giorno	55,1
La maggior parte dei giorni	33
Circa una volta alla settimana	8,5
Meno di una volta alla settimana	1,9
Mai	1,5

Il 55,1% dei diciassetenni consuma pasti con la propria famiglia, il 33% dichiara di mangiare insieme per la maggior parte dei giorni della settimana e solo l'1,5% non mangia mai insieme.

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.

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

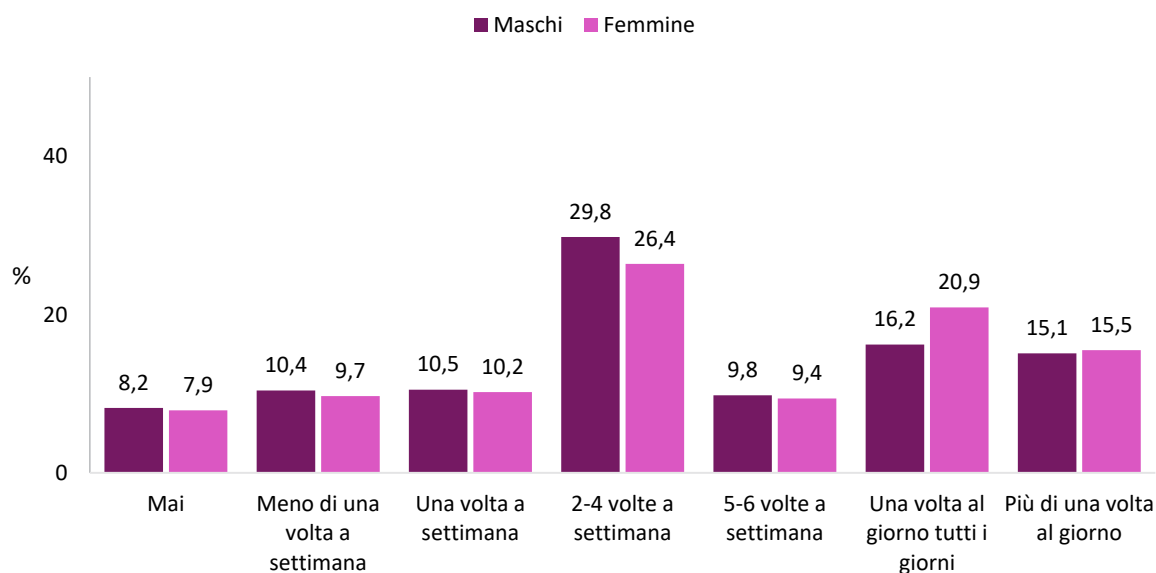
Tabella 8. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?” (%)

Mai	8
Meno di una volta a settimana	10
Una volta a settimana	10,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9,6
Una volta al giorno tutti i giorni	18,7
Più di una volta al giorno	15,3

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” e “Una volta al giorno tutti i giorni”.

Nella Figura 1 sono riportate le frequenze percentuali del consumo di frutta su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 1. Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi.

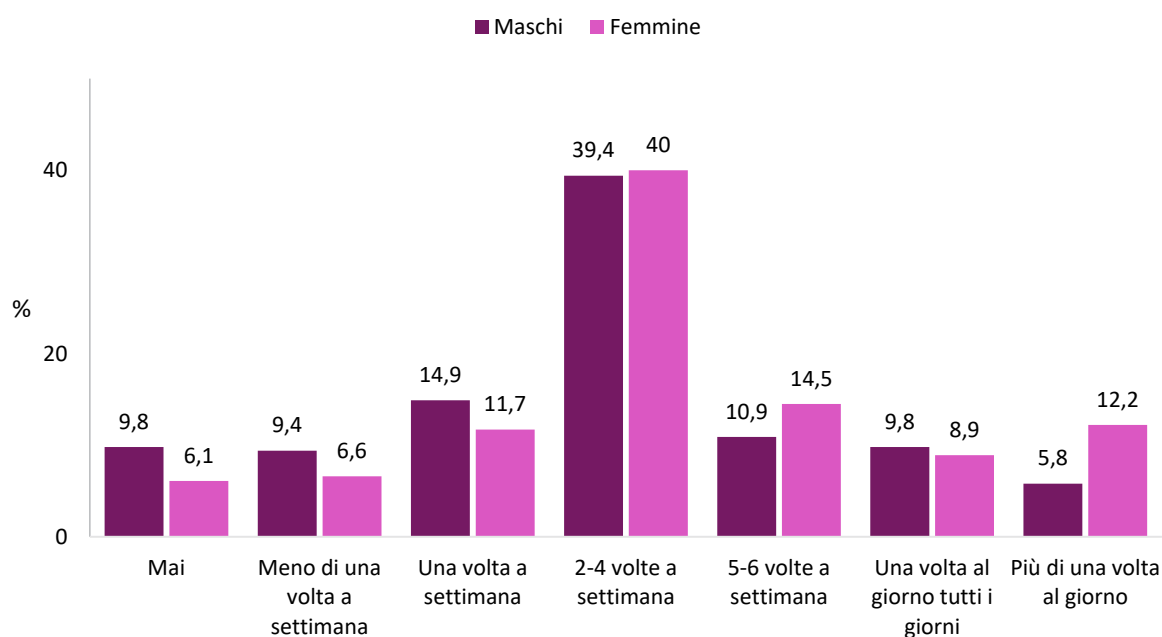
Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	7,9
Meno di una volta a settimana	8
Una volta a settimana	13,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	39,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12,8
Una volta al giorno tutti i giorni	9,3
Più di una volta al giorno	9,1

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana”.

Nella Figura 2 sono riportate le frequenze percentuali di consumo di verdura su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 2. Frequenza del consumo di verdura, per genere (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente sovrapponibili.

Consumo di dolci e bevande gassate

Nelle Tabelle 10 e 11 sono riportate le frequenze settimanali del consumo di dolci, caramelle o cioccolato, cola o altre bibite con zucchero.

Tabella 10. “Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?” per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	4,4	4,1	4,2
Meno di una volta a settimana	11,4	13	12,3
Una volta a settimana	15,4	15,8	15,6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,1	25,9	26,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16	14	14,9
Una volta al giorno tutti i giorni	12,7	16,3	14,6
Più di una volta al giorno	12	10,9	11,4

Tabella 11. “Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?” per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	16	28,2	22,4
Meno di una volta a settimana	22,1	27,2	24,8
Una volta a settimana	22,5	17,5	19,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22	16,5	19,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8,5	4,8	6,6
Una volta al giorno tutti i giorni	4	1,6	2,8
Più di una volta al giorno	4,9	4,3	4,6

Consumo di legumi

Nella Tabella 12 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di legumi.

Tabella 12. “Di solito quante volte alla settimana mangi legumi?” per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	6,9	7,4	7,2
Meno di una volta a settimana	8,7	10,9	9,8
Una volta a settimana	23,1	23,4	23,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	45,1	40,9	42,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8,4	11,5	10
Una volta al giorno tutti i giorni	4,9	4,6	4,7
Più di una volta al giorno	2,9	1,3	2,1

Circa il 43% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 7% dichiara di non assumerli mai.

In Tabella 13 si riporta la frequenza di consumo quotidiana di alcuni alimenti.

Tabella 13. “Indicatori sintetici di consumo di alimenti, per genere” (%)

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	31,3	36,4
Verdura (almeno una volta al dì)	15,6	21,1
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	61,3	58,3
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	8,9	5,9
Snack salati (almeno una volta al dì)	14,2	19,6
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	67,6	69,2
Dolci (almeno una volta al dì)	24,7	27,2

Dalla Tabella 13 si osserva che le femmine consumano più spesso frutta e verdura, mentre una percentuale maggiore di ragazzi mangia legumi, almeno 2 volte a settimana, rispetto alle femmine.

Stato nutrizionale

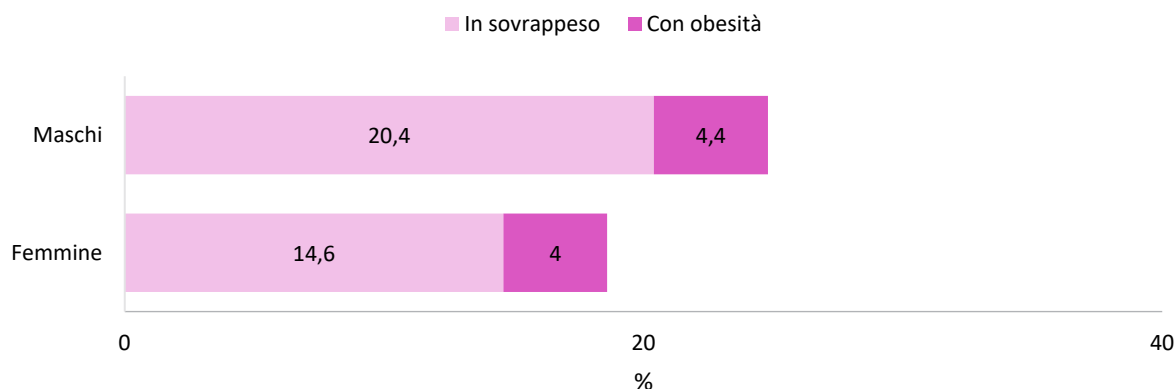
Nella Tabella 14 sono riportate le frequenze riferite allo stato ponderale dei ragazzi e delle ragazze. La Figura 3, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per genere.

Tabella 14. Valutazione del peso in base all' IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati) (%)

Sottopeso	2,5
Normopeso	75,9
Sovrappeso	17,4
Obeso	4,2

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 75,9%. I ragazzi sottopeso sono il 2,5%, in sovrappeso sono il 17,4% e con obesità sono il 4,2%.

Figura 3. Frequenza di sovrappeso e obesità per genere, (IOTF cutoff) (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di sovrappeso sono più alte nei maschi con il 20,4% rispetto al 14,6% nelle femmine. Mentre per l'obesità la frequenza è simile.

Insoddisfazione corporea

Nella Tabella 15 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo.

Tabella 15. “Pensi che il tuo corpo sia...” per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	2	1	1,5
Un po' troppo magro	14	4,5	9
Più o meno della taglia giusta	62,1	54,6	58,2
Un po' troppo grasso	20,4	34,2	27,6
Decisamente troppo grasso	1,5	5,8	3,7

In generale il 58,2% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” e “Un po’ troppo magro” circa il 27,6% e il 3,7% rispettivamente.

Nella Tabella 16 sono riportate le frequenze dei ragazzi che si percepiscono “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” in relazione al proprio IMC (dichiarato).

Tabella 16. Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per genere (%)

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	0	0,4	0,3
Normopeso	36,4	60,5	52,3
Sovrappeso	48,3	30,3	36,4
Obeso	15,3	8,8	11

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una percentuale non trascurabile (52,3%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta; in Tabella 17 è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

Tabella 17. In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire? per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	35,3	32,3	33,8
No, ma dovrei perdere qualche chilo	20	32,5	26,6
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	21,3	6,6	13,6
Sì	23,3	28,5	26,1

In generale il 33,8% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 26,6% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 26,1% dei ragazzi è a dieta.

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. In Tabella 18 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 18. “Quante volte al giorno ti lavi i denti?” per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	77,1	90,1	83,9
Una volta al giorno	20,5	8,1	14
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	1,8	1,3	1,5
Meno di una volta alla settimana	0,2	0,3	0,3
Mai	0,4	0,2	0,3

Il FAS e le abitudini alimentari

Nella Tabella 19 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 19. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	48,3	56	55,3
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	29,1	36,2	38,2
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	16,5	19	20,3
Consumo quotidiano di bevande gassate	8,3	7,3	4,9
Prevalenza di sovrappeso	22	14,8	13,1
Prevalenza di obesità	4,2	3,8	5,7

Il consumo quotidiano della prima colazione, di frutta e verdura almeno una volta al giorno è più elevato tra i soggetti appartenenti alla scala FAS medio-alta, mentre il consumo maggiore di bevande gassate è nella fascia di FAS bassa. La prevalenza di sovrappeso è maggiore nel FAS basso di contro la prevalenza di obesità è maggiore nel FAS alto.

Sport e tempo libero

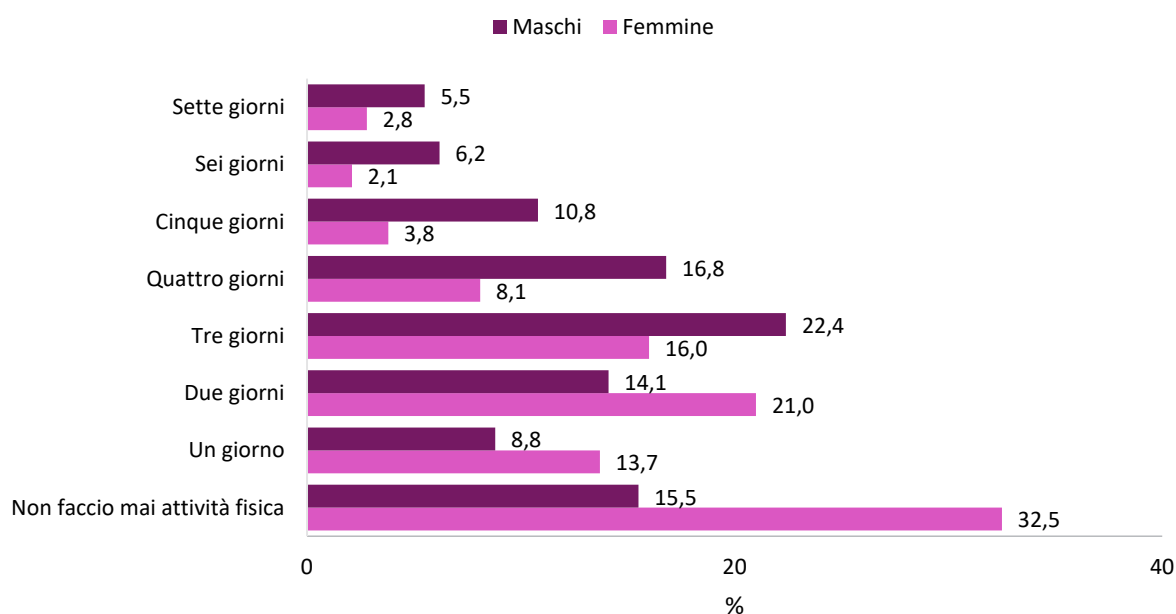
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

Tabella 20. “Nell’ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?” (%)

Non faccio mai attività fisica	24,4
Un giorno	11,4
Due giorni	17,7
Tre giorni	19,1
Quattro giorni	12,2
Cinque giorni	7,1
Sei giorni	4,1
Sette giorni	4,1

Osservando la Tabella 20, si nota che il 24,4% dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 49%, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo l'8,2% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata. In Tabella 21 si riporta in percentuale le risposte dei ragazzi per genere.

Tabella 21. "Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	6,4	3,3	4,8
Da 4 a 6 volte a settimana	23,4	7,3	14,9
2-3 volte a settimana	38,5	32,6	35,4
Una volta a settimana	10	11,6	10,9
Una volta al mese	5,7	9,3	7,5
Meno di una volta al mese	7,1	12,9	10,2
Mai	8,9	23	16,3

Osservando la Tabella 21, si nota che il 16,3% dei ragazzi di 17 anni, non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 35,4%, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

Nelle Tabelle 22, 23 e 24 vengono descritte le frequenze d'uso della televisione/DVD/ e di altre forme di intrattenimento su schermo da parte dei ragazzi.

Tabella 22. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare?" per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	18	37,5	28,2
Circa mezz'ora	16,4	15	15,7
Circa un'ora	18,5	11,4	14,8
Circa 2 ore	17,8	9,4	13,4
Circa 3 ore	10,4	6,4	8,3
Circa 4 ore	6,7	4,8	5,7
Circa 5 ore o più	12,2	15,4	13,9

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 43,9%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere, si evidenziano differenze di genere poiché i maschi sono il 52,7% e le femmine sono il 35,8%.

Tabella 23. " Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.)? per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	4,2	2	3
Circa mezz'ora	7,5	2,8	5
Circa un'ora	19,5	9,6	14,3
Circa 2 ore	20,6	15,8	18,1
Circa 3 ore	13,7	19,6	16,8
Circa 4 ore	11,7	13,9	12,8
Circa 5 ore o più	22,8	36,3	29,9

Tabella 24. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio You Tube, ecc.?", per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	6,6	12,7	9,8
Circa mezz'ora	12,4	17,7	15,2
Circa un'ora	27,9	23,8	25,7
Circa 2 ore	23,5	17,5	20,3
Circa 3 ore	11,7	9,9	10,7
Circa 4 ore	5,6	6,3	6
Circa 5 ore o più	12,4	12,2	12,3

Solo il 20,3% dei diciassetenni dichiara di guardare TV/DVD o video per circa 2 ore.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

Nella Tabella 25 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 25. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	23,1	28,8	38
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	34,1	43,2	54,5
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	29	28,3	22,8
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	61,3	59,3	55,7
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	30,3	28,8	22,8

Considerando il livello socio-economico, si evidenzia che i ragazzi che prevalentemente praticano l'attività fisica raccomandata appartengono ai FAS medio e alto. I ragazzi appartenenti al FAS più basso tendono in prevalenza maggiore a giocare per più di 2 ore al giorno con i videogiochi e a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli sui siti web

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.

Nelle Tabelle 26, 27 e 28 sono riportate le risposte a ciascuna delle domande.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	11,3	9,1	10,1
D'accordo	28,3	26,8	27,5
Né in accordo né in disaccordo	37,6	35	36,2
Non d'accordo	13,4	18,7	16,2
Per niente d'accordo	9,4	10,4	9,9

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	9,4	8,9	9,2
D'accordo	30,5	26,6	28,5
Né in accordo né in disaccordo	31,2	34	32,7
Non d'accordo	16	19,3	17,7
Per niente d'accordo	12,9	11,1	11,9

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	22,7	18,5	20,5
D'accordo	44,6	39,9	42,2
Né in accordo né in disaccordo	21,6	28,7	25,3
Non d'accordo	6,5	9,6	8,1
Per niente d'accordo	4,5	3,3	3,9

Le percentuali di coloro che si dichiarano d'accordo o molto d'accordo con le affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti diminuiscono tra le femmine.

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.

In Tabella 29 è riportata la percentuale dei ragazzi che si dichiara abbastanza, d'accordo o del tutto d'accordo con le affermazioni che seguono.

Tabella 29. Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	72,3	73,6	73
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	75	72,8	73,8
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	83,8	83,1	83,4
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	76,3	73,7	74,9

Quindi è stato chiesto di riportare il grado di accordo con diverse affermazioni sulla disponibilità e gentilezza dei compagni e su quanti si sentano accettati per quello che sono. (modalità di risposta da “sono molto d'accordo” a “non sono per niente d'accordo”).

Nelle Tabelle 30 e 31 sono riportate le risposte relative alle diverse affermazioni per tutti i gradi di accordo.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	18,5	11,4	14,8
D'accordo	50,8	41,6	46
Né in accordo né in disaccordo	19,8	28,9	24,5
Non d'accordo	8	13,5	10,9
Per niente d'accordo	2,9	4,6	3,8

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	32	21	26,2
D'accordo	47,1	40,3	43,5
Né in accordo né in disaccordo	16,2	27,2	22
Non d'accordo	2,4	6,6	4,6
Per niente d'accordo	2,4	4,9	3,7

Come si evince dalla lettura della tabella 31, la percentuale di chi è “D'accordo” e “molto d'accordo” è più alta tra i maschi, 79,1%, rispetto alle femmine 61,3%.

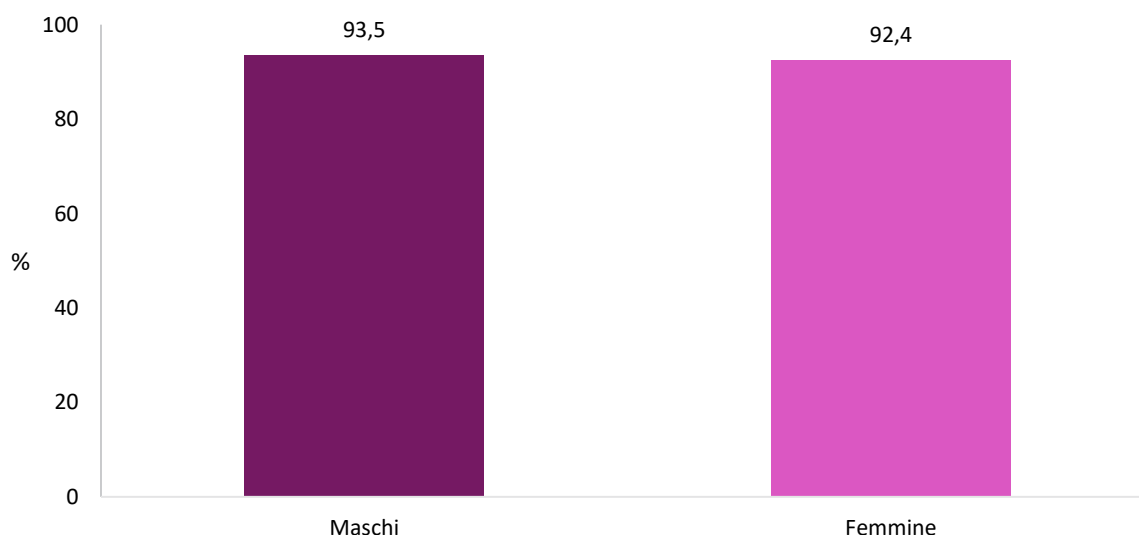
Bullismo e Cyberbullismo

Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una 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. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da “Mai” a “Più volte alla settimana”, riportate per esteso in Tabella 32 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 5

Tabella 32. Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	93,5	92,4	92,9
Una o due volte	4,5	5,4	5
Due o tre volte al mese	0,5	1,2	0,9
Circa una volta alla settimana	0,9	0,3	0,6
Più volte alla settimana	0,5	0,7	0,6

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente le ragazze rispetto ai ragazzi.

Figura 5. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi, per genere

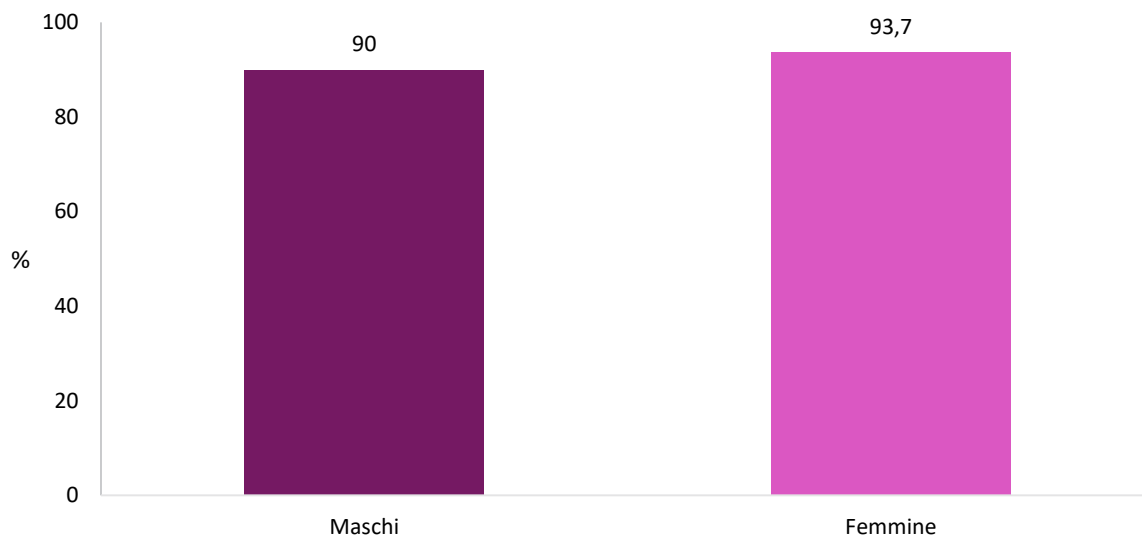
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo)

Tabella 33. Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	90	93,7	91,9
Una o due volte	4,9	4	4,4
Due o tre volte al mese	1,6	0,5	1
Circa una volta alla settimana	1,1	1,3	1,2
Più volte alla settimana	2,4	0,5	1,4

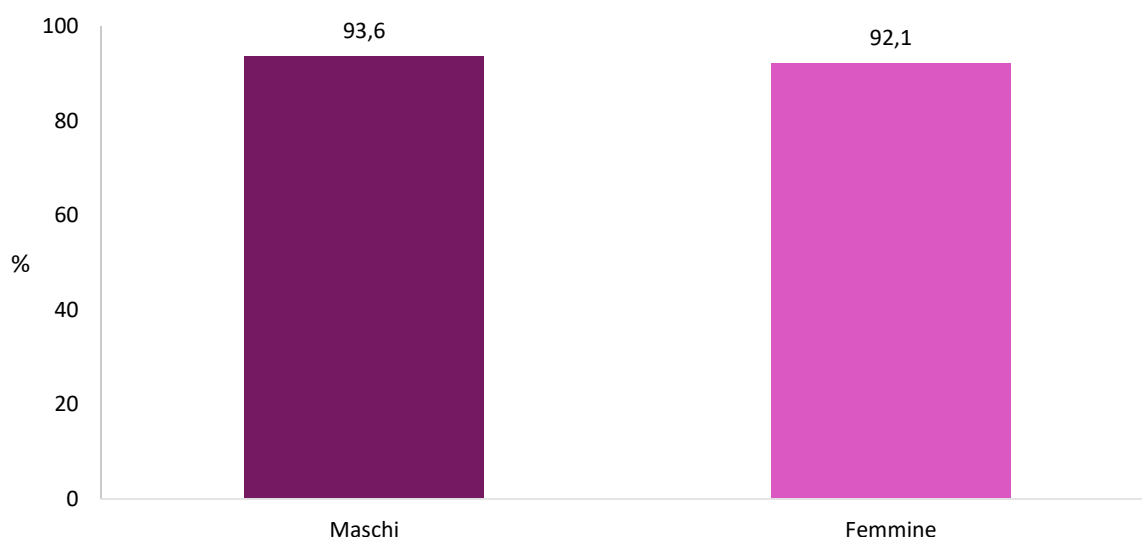
Nella Tabella 33 e nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno. Mentre l'8% dichiara di aver partecipato ad atti di bullismo.

Figura 6. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai partecipato ad atti di bullismo contro un compagno negli ultimi 2 mesi, per genere



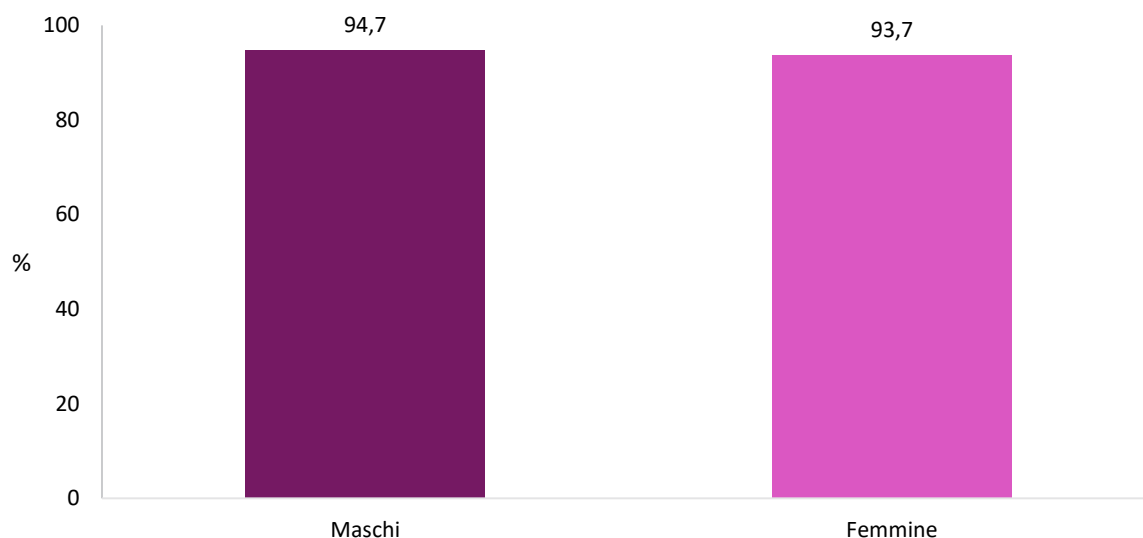
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo.

Figura 7. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per genere (%)



Nella Figura 7 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha subito azioni di cyberbullismo.

Figura 8. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per genere (%)



Nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato azioni di cyberbullismo.

Oltre al bullismo i ragazzi possono incorrere in situazioni relazionali violente. Ai ragazzi è stato quindi chiesto se, nel corso dell'ultimo anno fossero stati coinvolti in zuffe o in colluttazioni, riportate in Tabella 34.

Tabella 34. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno? per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	71,5	86,1	79,1
Una volta	14,7	6,5	10,4
Due volte	6,5	3,5	4,9
Tre volte	3,4	1,2	2,2
Quattro volte o più	3,8	2,8	3,3

La tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiarò di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente.

La Scuola

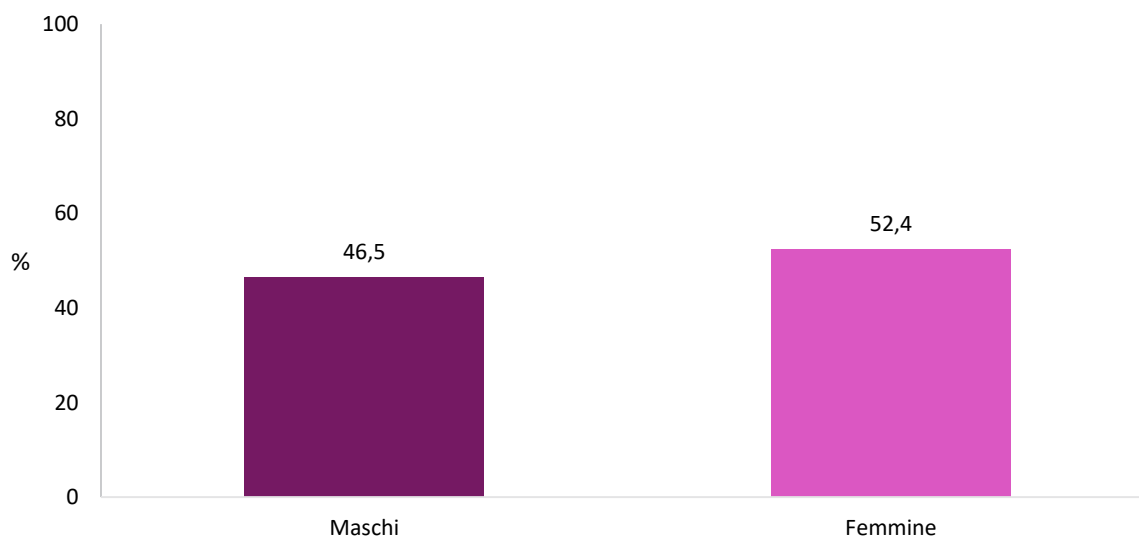
In Tabella 35 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

Tabella 35. “Attualmente cosa pensi della scuola?”, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	4,6	7,3	6
Abbastanza	42	45,1	43,6
Non tanto	36,3	36	36,1
Non mi piace per nulla	17,2	11,6	14,2

Nella Figura 9, per i soli ragazzi ai quali la scuola piace abbastanza o molto sono riportate le risposte per genere ed età.

Figura 9. Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, per genere (%)



Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola non sia molto positivo soprattutto tra i ragazzi. Infatti il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze.

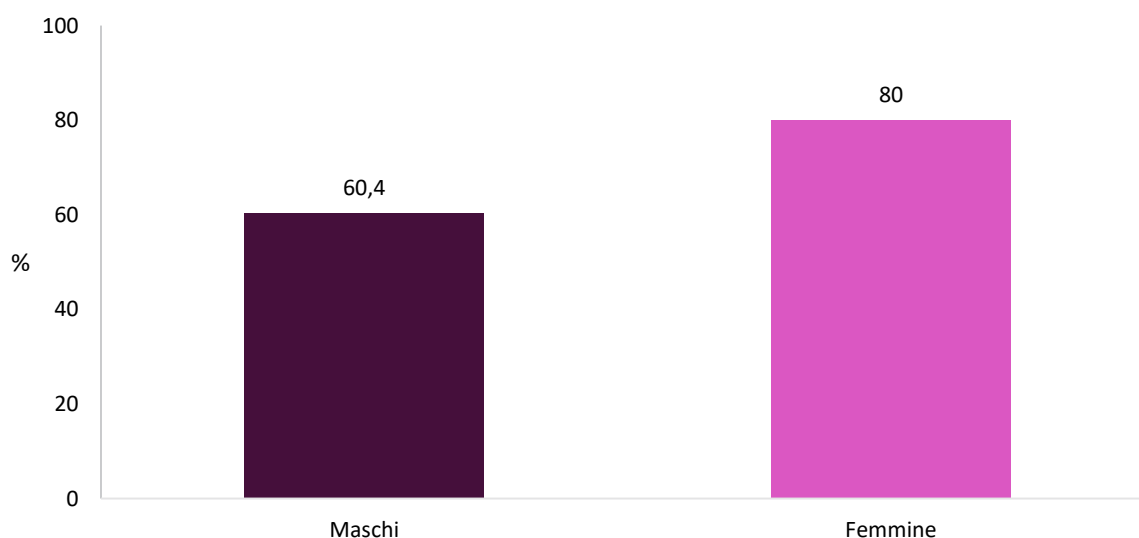
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

In Tabella 36 e Figura 13 sono rispettivamente riportate le risposte per età e per genere.

Tabella 36. “Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?”, (%)

Per niente	5
Un po’	24,3
Abbastanza	34,1
Molto	36,5

Figura 10. Frequenza di coloro che si sentono “molto” o “abbastanza” stressati dalla scuola, per genere (%)



Conclusioni

I ragazzi diciassetenni dell'indagine appartengono in maggior prevalenza ad uno stato socio economico medio-basso, la struttura familiare è caratterizzata per lo più da un piccolo nucleo di persone, avendo i ragazzi prevalentemente un fratello o una sorella. Le relazioni tra genitori e figli non favoriscono costantemente un dialogo positivo che permetta un'apertura e condivisione delle loro preoccupazioni; quando questo avviene è la figura materna quella con cui i ragazzi riescono più facilmente a parlare. Lo stato nutrizionale, ricavato dai dati riferiti di peso ed altezza, stima un'alta percentuale di ragazzi in condizione di normopeso (75,9%), mentre il 17,4% risulta sovrappeso ed il 4,2% obeso. Sono infine sottopeso il 2,5%. A questi dati non corrisponde una corretta percezione del proprio stato, in quanto 1 su 2 dei normopeso si considera comunque in eccesso ponderale ed altrettanti dichiarano di seguire una dieta. Le abitudini alimentari, seppur da migliorare, risultano più attente nelle scelte effettuate ed i comportamenti più salutari adottati, in generale, si riscontrano più frequentemente nei ragazzi appartenenti ai livelli socio economici medio e alto. Così è anche per l'abitudine di effettuare regolarmente un'attività fisica moderata e intensa. Molto tempo giornaliero è dedicato a guardare TV, video, siti web, infatti circa il 30% supera le 2 ore massime raccomandate. Non si notano, in tal caso, differenze significative tra ragazzi appartenenti a FAS basso con quelli del FAS medio e alto. Mentre superano le 2 ore di tempo per giocare con i videogiochi maggiormente i ragazzi appartenenti a FAS basso. I ragazzi trascorrono gran parte del loro tempo nell'ambiente scolastico e gli impegni di studio ne occupano buona parte del restante.

Pertanto, è di rilevante importanza, per garantire loro uno stato di benessere ed una sana crescita, che si stabiliscano relazioni positive con i propri insegnanti ed il gruppo dei pari, inclusi i compagni di classe. Nell'indagine si evidenzia che circa il 26% dei ragazzi di 17 anni manifesta apertamente una certa insoddisfazione nel rapporto con gli insegnanti, in quanto viene percepito un mancato interesse nei propri riguardi. La relazione con il gruppo dei pari appare decisamente positiva, in quanto un'alta percentuale di ragazzi ritiene di poter contare sulla presenza di amici, anche nei momenti più difficili. Nella relazione specifica con i compagni di classe, una buona parte si sente soddisfatta ed accettata. Un'elevata quota di ragazzi dichiara, inoltre, di non essere stato oggetto di bullismo, né di averlo perpetrato a danno di altri, analogamente si esprime anche per il cyberbullismo. La maggior parte poi, dice di non essere mai stata coinvolta in episodi violenti e, nei casi in cui ciò è avvenuto, il coinvolgimento è stato maggiore per i maschi. In generale circa la metà dei ragazzi (49,6%) mostra apprezzamento per la scuola, che per molti (95%) rappresenta un importante fattore di stress.

Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze

Questa sezione affronta una delle tematiche maggiormente discusse in ambito di promozione della salute in pre(adolescenza): i comportamenti a rischio di dipendenza. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti trasgressivi che possono avere conseguenze sulla salute attuale e futura. Fra questi, l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Inoltre per i soli quindicenni e diciassetenni, l'indagine HBSC prevede dei quesiti volti ad indagare le loro esperienze col gioco d'azzardo, riconosciuto oramai come un'altra importante tematica da affrontare in ambito di sanità pubblica, anche fra i più giovani.

Nelle Tabelle 37 e 38 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato sigarette/sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30.

Tabella 37. Frequenza del fumo di sigaretta negli ultimi 30 giorni, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	61,2	54,3	57,6
1-2 giorni	6,4	9,9	8,2
3-5 giorni	5,8	3,9	4,8
6-9 giorni	3,2	5,3	4,3
10-19 giorni	3,6	5,4	4,6
20-29 giorni	4,1	5,6	4,9
30 giorni o più	15,6	15,5	15,6

Tabella 38. Frequenza del fumo di sigaretta elettronica negli ultimi 30 giorni, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	79,2	67,7	73,1
1-2 giorni	8,2	13	10,7
3-5 giorni	3,4	5,6	4,6
6-9 giorni	3,4	2,7	3
10-19 giorni	1,7	3,5	2,7
20-29 giorni	0,6	3	1,9
30 giorni o più	3,4	4,4	3,9

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato; la percentuale dei maschi è più alta, 79,2%, rispetto alle femmine, 67,7%.

In Tabella 39 si può capire la differenza di genere per quanto riguarda la quota di ragazzi che dichiarano di fumare ogni giorno negli ultimi 30 giorni.

Tabella 39. Frequenza del fumo di sigaretta, ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere (%)

Maschi	15,6
Femmine	15,5

Alcol

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

Nelle Tabelle 40 e 41 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

Tabella 40. Frequenza del consumo di alcol nella vita, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	17,1	13,9	15,4
1-2 giorni	15,7	14,8	15,3
3-5 giorni	7,2	8,9	8,1
6-9 giorni	9,3	11,5	10,5
10-19 giorni	11,8	10,3	11
20-29 giorni	5,1	5,8	5,5
30 giorni o più	33,8	34,6	34,2

Tabella 41. Frequenza del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	28,4	26,4	27,3
1-2 giorni	28	32	30,1
3-5 giorni	18	18,3	18,1
6-9 giorni	12	11,1	11,5
10-19 giorni	8,7	8,3	8,5
20-29 giorni	1,2	1,9	1,6
30 giorni o più	3,7	2,1	2,8

I ragazzi intervistati che hanno dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol nella vita sono il 15,4%, mentre coloro che non lo hanno assunto negli ultimi 30 giorni sono il 27,3%. Le frequenze maggiori del consumo di alcol si hanno per 30 o più giorni nella vita 34,2%; 1-2 giorni negli ultimi 30 giorni, 30,1%.

In Tabella 41 bis è riportata la frequenza di consumo di alcol quotidiana per genere.

Tabella 41 bis Frequenza di consumo di alcol ogni giorno negli ultimi 30 giorni, (%)

Maschi	3,7
Femmine	2,1

In Tabella 42 si ha il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche.

Tabella 42. Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	2,6	24,8	13	36,9	22,7
Vino	1,5	12,6	12,8	42,4	30,7
Superalcolici	1	15,9	19	39,8	24,2
Alcolpops	1	5,6	8	28,9	56,4
Spritz	1,4	17,4	21,7	39,8	19,7
Altra bevanda alcolica	1,7	23	21,3	37,9	16,1

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriachezza. In Tabella 43 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 17 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

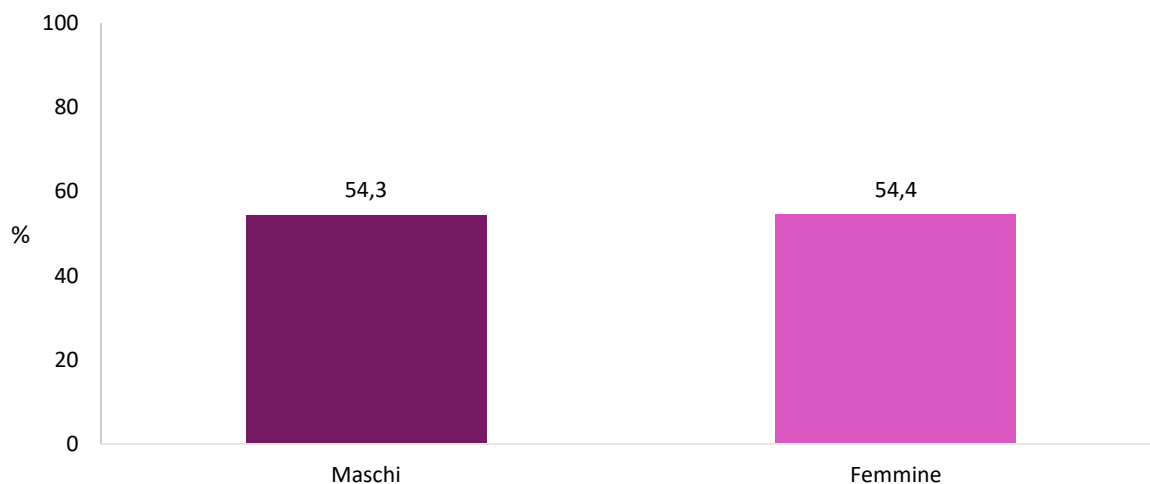
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	35,5
Sì, una volta	20
Sì, 2-3 volte	22,7
Sì, 4-10 volte	10,3
Più di 10 volte	11,6

Il fenomeno dell'ubriachezza è molto comune tra i ragazzi, solo il 35,5% dichiara di non essersi mai ubriacato, mentre l'11,6% lo ha fatto per più di 10 volte.

Nella Figura 11 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di ubriachezza; in particolare in coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 volte o più.

Figura 11. Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più nella vita, per genere

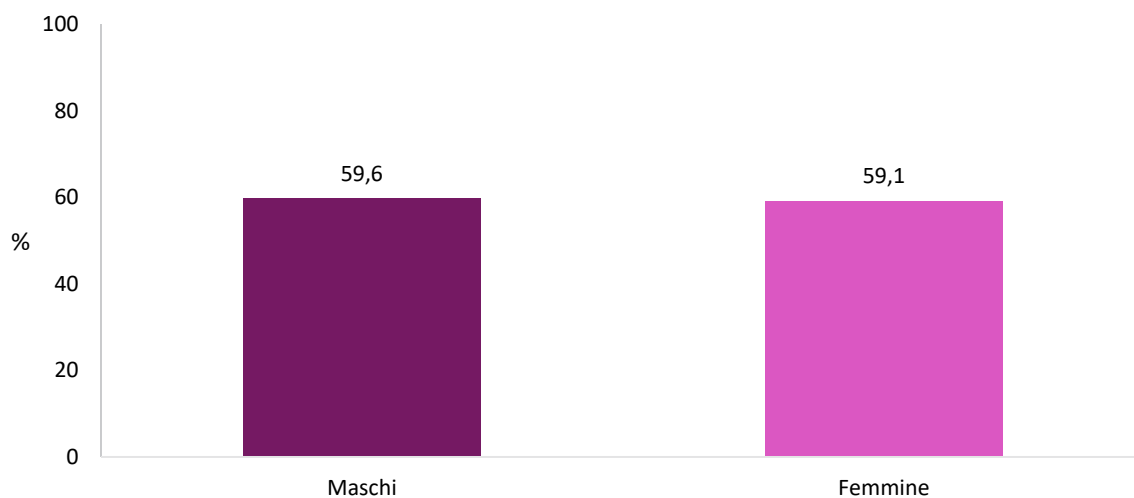


I maschi, in percentuale uguale alle femmine, dichiarano di essere stati ubriachi due volte o più nella vita (54,3% vs 54,4%).

Nell'indagine viene 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. A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema:

Nella Figura 12 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di binge drinking.

Figura 12. Frequenza di coloro che dichiarano di aver consumato almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi, per genere

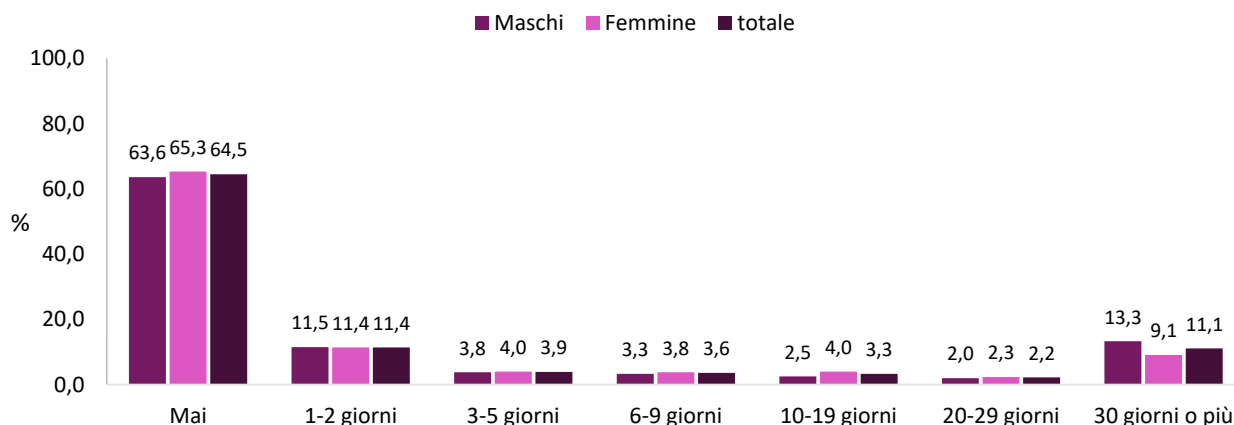


I maschi e le femmine, con la stessa percentuale dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno aumenta con l'età.

Cannabis

Nella Figura 13 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di diciassetenni che consumano cannabis.

Figura 13. Frequenza dei diciassetenni che hanno fumato cannabis nella vita, per genere

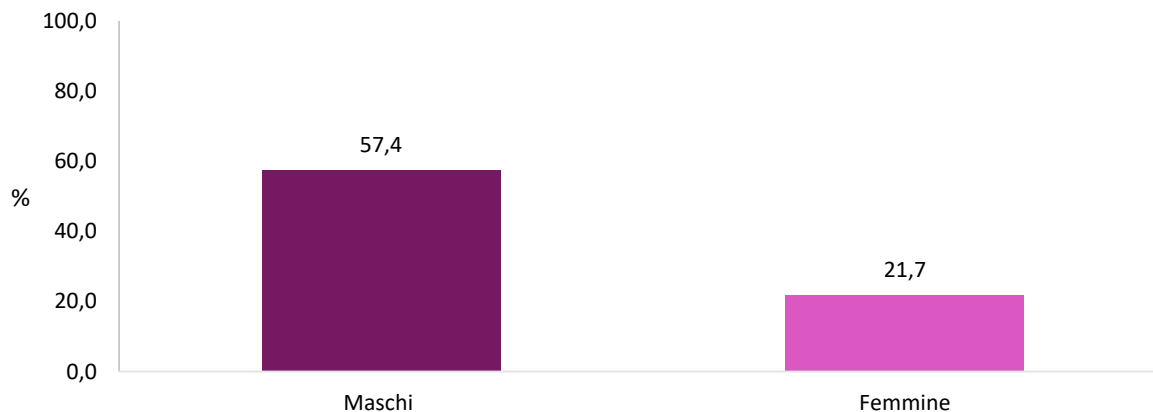


6 ragazzi su 10 non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale, 11% ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

Gioco d'azzardo

Nell'ambito dell'indagine HBSC 2022 è stato chiesto ai ragazzi di 17 anni di indicare se abbiano mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. Nella Figura 14 si riporta tale informazione per genere

Figura 14. Frequenza di diciassetenni che hanno scommesso denaro almeno una volta nella loro vita, per genere



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (57,4%) rispetto alle femmine (21,7%).

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.

Nella Tabella 44 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 44. Gli indicatori di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	43,9	41,4	45,3
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27,3	26,7	27
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	70,3	73,3	78,8
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	35,2	38,4	45,5
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	58,1	60,2	61
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	33	36,7	41
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	33,9	40,4	45,5

In base alla stratificazione con il FAS non ci sono grandi differenze per il consumo di sigarette, mentre per il consumo di alcol, l'ubriachezza, il Binge drinking, il fumo di cannabis e il gioco d'azzardo si fanno più frequenti nei FAS più alti.

Salute e benessere

Salute percepita

Nella Tabella 45 sono riportate le frequenze percentuali relative alla valutazione del proprio stato di salute.

Tabella 45. “Diresti che la tua salute è..., per genere” (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	28,5	12,7	20,3
Buona	57,5	60,1	58,9
Discreta	12,5	24	18,5
Scadente	1,4	3,1	2,3

Dai dati in tabella si evince che circa il 79% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono.

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione della propria soddisfazione di vita è riportato in Tabella 46 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6.

Tabella 46. “in generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= la peggior vita possibile) a 10 (= la miglior vita possibile)”, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	20,5	33	27,1
≥6	79,5	67	72,9

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze con una alta soddisfazione della vita tra i maschi.

Sintomi riportati

La Tabella 47 riporta le frequenze percentuali riferite dei sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali avuti negli ultimi sei mesi.

Tabella 47. “negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini”, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	32,4	65,3	49,7
Più di una volta a settimana	33,3	26,9	29,9
Circa una volta a settimana	22,5	5,8	13,8
Circa una volta al mese	9,6	1,3	5,3
Raramente o mai	2,2	0,7	1,4

Le percentuali riscontrate evidenziano disturbi quotidiani nel 49,7% dei giovani intervistati, con frequenze nettamente superiori nelle femmine rispetto ai maschi (65,3% VS 32,4%).

Utilizzo di farmaci

Nella Tabella 48 si riporta il dato riferito ai farmaci assunti nell'ultimo mese per almeno un sintomo, per genere.

Tabella 48. “nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?” per genere, (%)

	Maschi	Femmine	Totale
No	42,2	24	32,7
Sì	57,8	76	67,3

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni e diciassettenni contiene una breve sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale. La Tabella 49 mostra la frequenza di *diciassettenni* che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 49. frequenze di ragazzi che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
No	53,6	55,2	54,4
Sì	46,4	44,8	45,6

Come si rileva dalla Tabella 51 il 45,6% dei diciassettenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine

La Tabella analizza per genere le frequenze percentuali di utilizzo, nell'ultimo rapporto sessuale, di metodi contraccettivi quali preservativo, pillola, coito interrotto e altri tipi di contraccettivi. La domanda è stata posta solo a coloro che avevano dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 50. frequenze percentuali del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	64,6	60,1	62,3
Pillola	5,2	6	5,6
Coito interrotto	67,2	64,9	66
Contraccezione di emergenza	8	10,5	9,3
Giorni fertili	27,8	31,4	29,7
Altri metodi	1,2	1,1	1,1

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare il coito interrotto è quello più adottato da entrambi, 66%, insieme all'uso del preservativo 62,3.

Benessere Psicologico

La Tabella 51 mostra la frequenza di ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

Tabella 51 frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio ≥ 12.5 , basso livello se punteggio < 12.5), per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
< 12.5	33,2	64,7	49,7
≥ 12.5	66,8	35,3	50,3

La percezione del proprio benessere psicologico è più critica nelle femmine 35,3% rispetto ai maschi 66,8%.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire 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. La Tabella 52 mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12.

Tabella 52. “negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a solo/a”, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	25,2	9,6	17
Raramente	33,4	23,1	28
A volte	27,8	40,6	34,5
La maggior parte delle volte	11,6	21,5	16,8
Sempre	2	5,3	3,7

Infortunati

Ai ragazzi è stato chiesto il numero delle volte che, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico. Nella Tabella 53 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 17 anni.

Tabella 53. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiera?, per genere (%)”

	Maschi	Femmine	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	57,9	67,4	62,9
Una volta	21,8	18,7	20,2
Due volte	11,8	6,1	8,8
Tre volte	4,5	4,3	4,4

In generale il 62,9% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

Nella Tabella 54 proponiamo la stratificazione con la scala FAS dei due livelli di percezione della soddisfazione di vita.

Tabella 54. Livello di soddisfazione di vita stratificato per il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	31,8	24,4	21,1
≥ 6	68,2	75,6	78,9

Conclusioni

In questo report sono stati analizzati i comportamenti a rischio dipendenze nei 17enni, ciò che emerge è che la maggior parte di essi, il 57,6% e il 73,1%, rispettivamente non ha mai fumato sigarette/sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30, i maschi mostrano una più bassa frequenza al fumo rispetto alle femmine. Dall'analisi sul consumo di alcol tra i 17enni emerge un quadro più preoccupante, in quanto solo il 15,4% ha dichiarato di non averne mai bevuto nella vita, con nessuna differenza tra genere. Le bevande sprits sono quelle maggiormente consumate, seguite dalla birra, dai superalcolici, e dal vino. Ad uno status socio-economico elevato (FAS alto) corrisponde un maggior consumo di alcol, più frequenti episodi di ubriachezza e di binge drinking. La frequenza di fumo di cannabis risulta essere basso nei 17enni pugliesi, con il 64,5% che ha dichiarato di non averne mai fatto uso. La frequenza di fumo di cannabis aumenta all'aumentare dello status socio-economico. Giocare d'azzardo è un comportamento più frequente nei maschi rispetto alle femmine, ricorrono maggiormente i ragazzi che provengono da famiglie socio-economicamente più avvantaggiate. Per quanto

riguarda le abitudini sessuali, il 45,6 % dei 17enni ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi, le femmine in percentuale minore rispetto ai maschi. Si osserva tra i nostri ragazzi uno scarso utilizzo dei metodi contraccettivi e di protezione. Infatti il coito interrotto, con il 66% è il metodo più utilizzato, seguito dal preservativo (62,3%).

Social Media

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 (es. familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 55 sono riportate le risposte dei ragazzi.

Tabella 55. Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

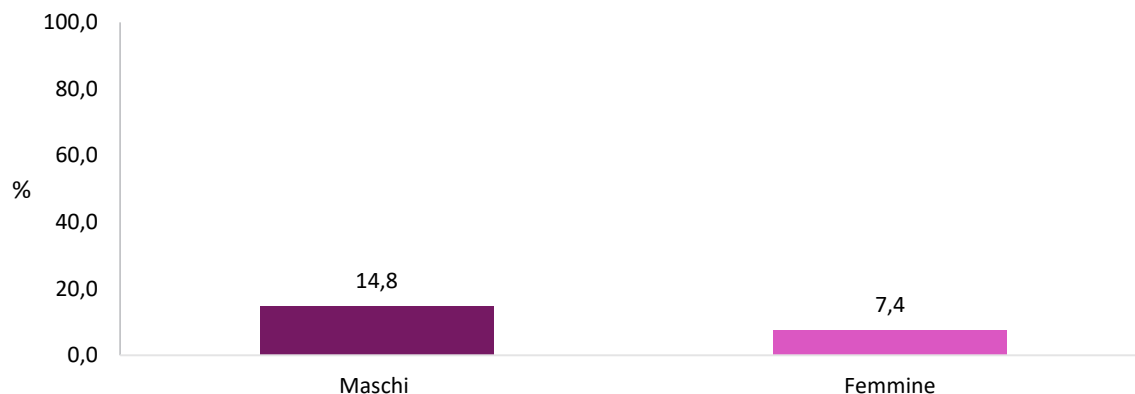
	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	84,5	88,3	86,5
Amici di un gruppo allargato	53,1	47,6	50,2
Amici conosciuti tramite internet	21,3	17,7	19,4
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	45,8	54,7	50,5

I contatti online risultano essere abbastanza frequenti nei 17enni, in particolare con gli amici stretti, i familiari e gli amici di un gruppo allargato.

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine 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 15 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per genere.

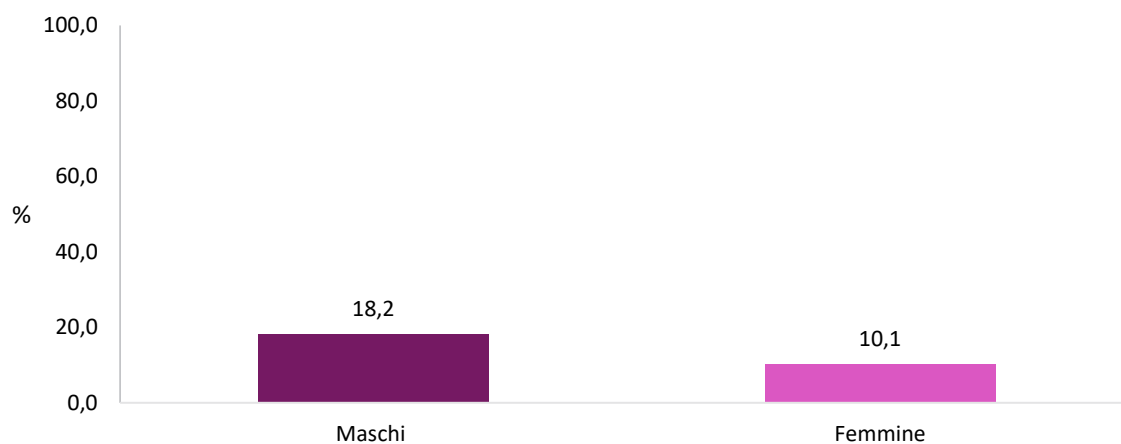
Figura 15. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere



Osservando la Figura 15, si nota che il 14,8% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa il 7,4%, di 17 anni, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno.

La prevalenza di ragazzi e 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) è illustrata nella Figura 16.

Figura 16. Percentuale di ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi, per genere



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

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante del benessere e degli stili di vita degli adolescenti. Nella Tabella 56 riportiamo la stratificazione con la scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

Tabella 56. Gli indicatori dell'uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	84,7	87,2	91,9
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	48,1	51,2	54,1
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	19,9	18,2	23,6
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	45,7	53,2	54,5
Uso problematico dei social media	9,9	10,5	8,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	14,8	11	8,5
Uso problematico dei videogiochi	17,1	14,2	13,6

Conclusioni

I social media sono diventati una parte importante della vita di tutti noi e in generale per i ragazzi, l'uso di questi aumenta con l'aumentare del FAS familiare. Gli amici stretti e familiari rappresentano una fonte continua di contatti online finalizzato a mantenere le connessioni sociali. Il 14,8% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa 7,4%, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno 4 ore in un giorno. Questi comportamenti sono indipendenti dallo status socio-economico della famiglia.