

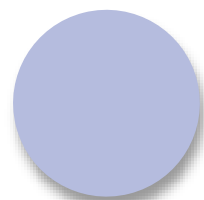
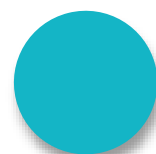
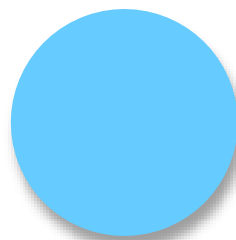
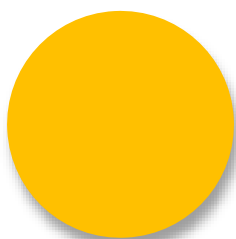
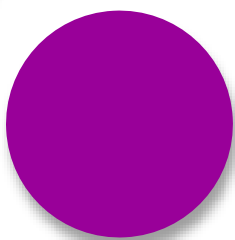
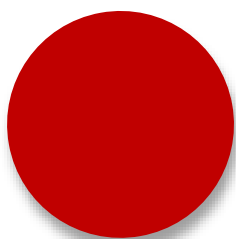
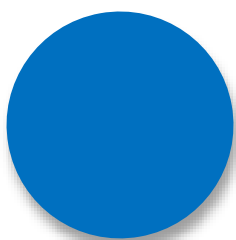
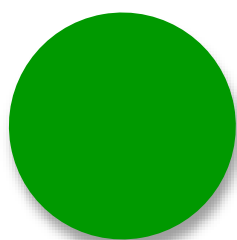


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

HBSC 2022

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

**Regione
Emilia-Romagna**





INDICE

PREFAZIONE	1
PREMESSA	2
RINGRAZIAMENTI	3
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC Italia 2022 e il campione regionale	6
Introduzione	7
Metodologia	7
Popolazione in studio	7
Modalità di campionamento	7
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	8
Valutazione del comitato etico dell'ISS e privacy	8
Descrizione del campione regionale	9
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	11
La famiglia	12
Introduzione	12
La struttura familiare	12
La qualità delle relazioni con i genitori	13
Lo status socio-economico familiare	16
Per un confronto nel tempo	17
Per un confronto geografico	18
Conclusioni	18
Bibliografia essenziale	19
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	20
Introduzione	21
Frequenza e regolarità dei pasti	21
Consumo di frutta e verdura	22
Consumo di dolci e bevande gassate	24
Stato nutrizionale	27
Insoddisfazione corporea	28
Igiene orale	30
Il FAS e le abitudini alimentari	31
Per un confronto nel tempo	31
Per un confronto geografico	32
Conclusioni	33
Bibliografia essenziale	34
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	35
Introduzione	36
L'attività fisica	36
Comportamenti sedentari	39
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	39
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	41
Per un confronto nel tempo	42
Per un confronto geografico	42
Conclusioni	43
Bibliografia essenziale	44
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	45
Introduzione	46
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	46
Rapporto con gli insegnanti	50
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	53
Bullismo e cyberbullismo	56

La scuola	61
Per un confronto nel tempo	64
Per un confronto geografico	65
Conclusioni	66
Bibliografia essenziale.....	67
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	68
Introduzione	69
Uso di sostanze	69
Fumo.....	69
Alcol.....	71
Gioco d'azzardo	75
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	76
Per un confronto nel tempo	77
Per un confronto geografico	78
Conclusioni	79
Bibliografia essenziale.....	81
CAPITOLO 7 Salute e Benessere.....	82
Introduzione	83
Salute percepita	84
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	85
Sintomi riportati	86
Utilizzo di farmaci	88
Abitudini sessuali	89
Benessere psicologico	91
Solitudine percepita.....	92
Infortuni	92
Il FAS e la soddisfazione di vita	93
Per un confronto nel tempo	93
Conclusioni	94
Bibliografia essenziale.....	94
CAPITOLO 8 Social media e gaming	95
Introduzione	96
L'uso dei social media	96
L'uso dei videogiochi.....	98
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	99
Per un confronto geografico	100
Conclusioni	101
Bibliografia essenziale.....	102
CAPITOLO 9 COVID-19	103
Introduzione	104
Positività aSARS-CoV-2.....	104
Impatto della pandemia su aspetti della vita delle ragazze e dei ragazzi e delle loro famiglie	105
Fonti di informazione sul COVID-19	108
Misure di protezione.....	110
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS	113
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS.....	113
Conclusioni	114
Bibliografia essenziale.....	116



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 Berchialla, Rosanna Irene Comoretto, Michela Bersia, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma

Università degli Studi di Padova

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

Università degli Studi di Siena

Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione e del Merito

Alessandro Vienna

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



GRUPPO DI RICERCA REGIONALE HBSC 2022

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Referenti Regionali: Paola Angelini, Serena Broccoli, Marina Fridel

Ufficio Scolastico Regionale: Chiara Brescianini

AUSL Piacenza Dario Signorelli, Bulla Cristian, Prazzoli Rita, Sartori Cristina, Posio Emanuele, Gavazzoni Francesco, Bossio Lorenzo, Rossetti Valeria, Pasini Melania

AUSL Parma Sandra Vattini, Nicola Bolsi, Elena Cerati, Elena Felloni, Alessia Miduri

AUSL Reggio Emilia Alessandra Palomba, Della Giustina Claudia, Luppi Chiara, Pellacani Chiara

AUSL Modena Simona Midili, Jenny Pinca

AUSL Bologna Luciana Prete, Princivalle Sara, Sanna Tiziana, Carli Roberta, Celenza Francesca, Brighetti Monica, Bottazzi Davide, Castiglione Lilla, Ciccarello Cicchino Sabrina, Prospero Paolo, Sardo Cardalano Marika, Di Bitetto Mauro

AUSL Imola Maria Grazia Cancellieri, Chiara Cenni

AUSL Ferrara Pacifico Stefania, Ambra Tonioli, Federica Sandri, Nicoletta Valente, Francesco De Motoli

AUSL Romagna ambito Cesena Orietta Galassi, Arianna Dimmito, Giampiero Battistini

AUSL Romagna ambito di Forlì Macaluso Ilaria, Mega Ferdinando, Morelli Lucrezia, Scardovi Alessia, Scarpellini Paola, Soro Giorgia

AUSL Romagna ambito Ravenna Andrea di Donato, Clotilde Caccia, Serena Valentini

AUSL Romagna ambito Rimini Anna Capolongo, Daniela Giorgetti



RESPONSABILITA' EDITORIALI

Il gruppo di coordinamento nazionale HBSC e il gruppo di coordinamento scientifico del progetto sono responsabili di tutte le parti comuni, incluse le introduzioni ai vari capitoli, se non modificate dai responsabili regionali.

Il servizio di Epidemiologia dell'Ausl di Modena è responsabile dei dati contenuti nelle tabelle e dei grafici allegati.

Per la Regione Emilia-Romagna i responsabili delle parti a commento dei dati, se modificate rispetto a quanto fornito dal gruppo di coordinamento nazionale HBSC, e delle conclusioni sono:

Paola Angelini	Settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, RE-R
Marco Battini	Settore assistenza territoriale, RE-R
Petra Bechtold	Servizio di epidemiologia, AUSL di Modena
Serena Broccoli	Settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, RE-R
Giuliano Carrozzi	Servizio di epidemiologia, AUSL di Modena
Simona Di Mario	Settore assistenza territoriale, RE-R
Marina Fridel	Settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, RE-R
Gianmarco Imperiali	Settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, RE-R
Monica Malaguti	Settore politiche sociali, inclusione e pari opportunità, RE-R
Eleonora Masciocco	Servizio di epidemiologia, AUSL di Modena
Giulio Matteo	Settore prevenzione collettiva e sanità pubblica, RE-R
Mariateresa Paladino	Settore politiche sociali, inclusione e pari opportunità, RE-R



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 ragazze e 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 delle ragazze e 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 delle ragazze e dei ragazzi e.

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

Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno reso possibile la buona riuscita dell'indagine: i referenti di ciascuna regione, gli operatori sanitari, i Dirigenti Scolastici e gli insegnanti di tutti gli istituti coinvolti. Un ringraziamento particolare va alle ragazze e 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

Il Ministero della Salute ha da tempo avviato un proficuo rapporto di collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e del merito per la realizzazione condivisa di interventi che coinvolgono il Servizio sanitario e gli Istituti scolastici, finalizzati alla promozione della salute, di sani stili di vita e per il contrasto delle patologie croniche.

In particolare, il Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025 attraverso il Programma predefinito "Scuole che promuovono salute" intende strutturare un percorso congiunto e continuativo per sostenere l'approccio globale alla salute raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato regioni del 17.10.2019 "Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute". In Emilia-Romagna l'attuazione di questa visione, che sostiene la Salute in tutte le politiche, è rafforzata dalla Legge regionale n. 19/2018 anche attraverso la costruzione di alleanze forti tra Enti Locali, Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna, Scuole e Aziende sanitarie, con la supervisione del "Tavolo regionale permanente per l'educazione alla salute e alla prevenzione nel sistema educativo e formativo", presieduto dall'Assessore regionale competente, con funzioni consultive e che coinvolge i rappresentanti dei diversi soggetti del sistema educativo e formativo nella programmazione e attuazione delle iniziative a loro rivolte.

In questo contesto si colloca lo Studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazze e ragazzi di età scolare) a cui la Regione Emilia-Romagna partecipa con l'obiettivo di analizzare i contesti familiari e scolastici, nonché le abitudini e gli stili di vita dei nostri adolescenti (alimentazione, attività fisica, comportamenti a rischio), per trarre elementi che consentano di orientare sempre meglio politiche e azioni coerenti a livello sanitario e scolastico, compreso lo sviluppo della rete di scopo Scuole che promuovono salute.

La realizzazione di questo studio ha consentito agli operatori sanitari ed alle scuole di realizzare un'esperienza di azione comune, rivelandosi un'importante iniziativa di aggregazione multidisciplinare ed intersettoriale, e a tutti gli operatori, i dirigenti scolastici, i docenti va un sentito ringraziamento per aver reso possibile la raccolta dati. Da ultimo è importante sottolineare come tutto ciò sia stato possibile grazie alla fattiva partecipazione delle ragazze e dei ragazzi che hanno risposto al questionario.

Giuseppe Diegoli

*Responsabile Settore Prevenzione
collettiva e Sanità pubblica*

Regione Emilia-Romagna



RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutte le studentesse e 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 Emilia-Romagna, di seguito riportate, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.

PIACENZA

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO G. VIDA MONTICELLI D'ONGINA - MONTICELLI D'ONGINA
ISTITUTO COMPRESIVO FIOREZZUOLA SCUOLA MEDIA G. GATTI - FIOREZZUOLA D'ARDA
SCUOLA IPSIA MATTEI FIOREZZUOLA D'ARDA - FIOREZZUOLA D'ARDA
LICEO SCIENTIFICO LORENZO RESPIGHI - PIACENZA
LICEO ARTISTICO BRUNO CASSINARI - PIACENZA
ISTITUTO TECNICO ECONOMICO G.D. ROMAGNOSI - PIACENZA

PARMA

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE ZAPPA FERMI - BORGO VAL DI TARO
ISTITUTO COMPRESIVO P.ZANI - FIDENZA
ISS MAGNAGHI SOLARI - FIDENZA
I.I.S.S CARLO EMILIO GADDA - FORNOVO DI TARO
ISTITUTO COMPRESIVO TOSCANINI - PARMA
ISTITUTO COMPRESIVO SALVO D'ACQUISTO - PARMA
ISTITUTO COMPRESIVO GIUSEPPE VERDI DI CORCAGNANO - PARMA
LICEO STATALE DELLE SCIENZE UMANE ALBERTINA SANVITALE - PARMA
LICEO SCIENTIFICO G. MARCONI - PARMA
ISS PIETRO GIORDANI - PARMA
ITAS FABIO BOCCHIALINI - PARMA
SCUOLA S. AGOSTINO - SALSOMAGGIORE TERME
ITIS G. GALILEI - SAN SECONDO PARMENSE
IC CORNIGLIO RENZO PEZZANI - TIZZANO VAL PARMA

REGGIO EMILIA

ISTITUTO COMPRESIVO GATTATICO CAMPEGINE - CAMPEGINE
IPSSI M. CARRARA - GUASTALLA
ISTITUTO SUPERIORE MATILDE DI CANOSSA - REGGIO EMILIA
LICEO SCIENTIFICO - LINGUISTICO ALDO MORO - REGGIO EMILIA
ITPSSC FILIPPO RE - REGGIO EMILIA
ISTITUTO A. MOTTI - REGGIO EMILIA
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO FRANCESCO PETRARCA - SAN POLO D'ENZA
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO M.M. BOIARDO - SCANDIANO
SCUOLA SECONDARIA DI II GRADO P. GOBETTI - SCANDIANO

MODENA

ISTITUTO COMPRESIVO MARCONI - CASTELFRANCO EMILIA
SCUOLA SECONDARIA I GRADO CESARE FRASSONI - FINALE EMILIA
FRANCESCA BURSI - FIORANO MODENESE
ISTITUTO COMPRESIVO DI GUIGLIA E MARANO SUL PANARO - GUIGLIA
ISTITUTO COMPRESIVO FERRARI - MARANELLO
FRANCESCO MONTANARI - MIRANDOLA
ISS GALILEO GALILEI - MIRANDOLA
ISTITUTO COMPRESIVO MATTARELLA - MODENA

SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO G. CARDUCCI - MODENA
ISTITUTO COMPRESIVO LANFRANCO - MODENA
ISTITUTO COMPRESIVO GUIDOTTI - MODENA
IIS F. CORNI - MODENA
LICEO SCIENTIFICO ALESSANDRO TASSONI - MODENA
LICEO SCIENTIFICO SACRO CUORE - MODENA
I.I.S. ADOLFO VENTURI - MODENA
ITES J. BAROZZI - MODENA
IIS F. SELMI - MODENA
ISTITUTO TECNICO STATALE F. CORNI - MODENA
I.T.I.S. ENRICO FERMI - MODENA
IIS G. GUARINI - MODENA
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO - MONTESE
LEONARDO DA VINCI - SASSUOLO
LICEO A.F. FORMIGGINI - SASSUOLO
BAGGI - SASSUOLO
IIS VOLTA - SASSUOLO
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO L.A. MURATORI - VIGNOLA

BOLOGNA

ISTITUTO COMPRESIVO 2 - BOLOGNA
SAFFI - BOLOGNA
ISTITUTO COMPRESIVO 12 FARINI - BOLOGNA
ISTITUTO COMPRESIVO 14 VOLTA - BOLOGNA
ISTITUTO COMPRESIVO 16 GUIDO RENI - BOLOGNA
SCUOLA MEDIA GANDINO - BOLOGNA
LICEO CLASSICO LUIGI GALVANI - BOLOGNA
LICEO LINGUISTICO INTERNAZIONALE BOLDRINI - BOLOGNA
LICEO MALPIGHI - BOLOGNA
IIS BELLUZZI-FIORAVANTI - BOLOGNA
ITCS G. SALVEMINI - CASALECCHIO DI RENO
SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO DONINI-PELAGALLI – CASTEL MAGGIORE
MATTEUCCI – GRANOROLO DELL’EMILIA
ISTITUTO COMPRESIVO 7 ORSINI - IMOLA
LICEO RAMBALDI, VALERIANI, ALESSANDRO DA IMOLA - IMOLA
IIS IPIA F. ALBERGHETTI, IMOLA
IIS PAOLINI-CASSIANO - IMOLA
ISTITUTO COMPRESIVO G. DOSSETTI - MARZABOTTO
ISTITUTO COMPRESIVO FALCONE E BORSELLINO - MONTERENZIO
MARGHERITA HACK - PIANORO
DUE RISORGIMENTI - SALA BOLOGNESE
IIS ETTORE MAJORANA - SAN LAZZARO DI SAVENA
ISTITUTO COMPRESIVO FAUSTINO MALAGUTI - CREPELLANO

FERRARA

I.P.S.I.A IISS. F.LLI TADDIA - CENTO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE GUIDO MONACO DI POMPOSA - CODIGORO
LICEO SCIENTIFICO T. LEVI CIVITA - CODIGORO
DANTE ALIGHIERI - FERRARA
ISTITUTO COMPRESIVO ALDA COSTA - SCUOLA MEDIA MATTEO MARIA BOIARDO - FERRARA
ISTITUTO COMPRESIVO GOVONI - SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO TASSO - FERRARA
LICEO SCIENTIFICO A. ROITI - FERRARA
I.P.S.S.A.R.O. VERGANI - FERRARA
IIS GB ALEOTTI - FERRARA
ITI COPERNICO-CARPEGGIANI - FERRARA

RAVENNA

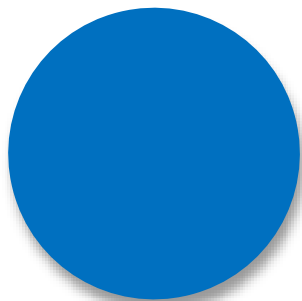
ISTITUTO COMPRENSIVO C BERTI GRAZIANI - BAGNACAVALLO
G. UGONIA - BRISIGHELLA
ISTITUTO COMPRENSIVO PAZZI - BRISIGHELLA
ISTITUTO COMPRENSIVO DON STEFANO CASADIO - SCUOLA MEDIA LUIGI VAROLI - COTIGNOLA
I.P. PERSOLINO STROCCHI - FAENZA
ITIP BUCCI - FAENZA
ISTITUTO SAN GIUSEPPE - LUGO
ISTITUTO COMPRENSIVO. LUGO¹ BARACCA - LUGO
LICEO GREGORIO RICCI CURBASTRO - LUGO
SCUOLA POLO PROFESSIONALE - LUGO
SCUOLA POLO TECNICO -TURISMO
ISTITUTO COMPRENSIVO SAN BIAGIO - S.S. 1° GRADO DON MINZONI - RAVENNA
ISTITUTO COMPRENSIVO S.P. DAMIANO - RAVENNA
ITIS NULLO BALDINI - RAVENNA

FORLÌ-CESENA

VIA PASCOLI - CESENA
LICEO SCIENTIFICO A. RIGHI - CESENA
I.T.E. RENATO SERRA - CESENA
I.S. ITT PASCAL COMANDINI - CESENA
I.S.I.S DA VINCI - CESENATICO
I.T.C AGNELLI - CESENATICO
ISTITUTO COMPRENSIVO 8 CAMELIA MATATIA - FORLÌ
ISTITUTO TECNICO SAFFI-ALBERTI DI FORLÌ

RIMINI

ISTITUTO COMPRENSIVO FILIPPINI - CATTOLICA
ISS TONINO GUERRA - NOVAFELTRIA
ISTITUTO COMPRENSIVO P. OLIVIERI - PENNABILLI
SCUOLA FRATELLI CERVI (ISTITUTO COMPRENSIVO G. ZAVALLONI) - RIMINI
LICEO GIULIO CESARE MANARA VALGIMIGLI - RIMINI
LICEO DELLE SCIENZE UMANE MAESTRE PIE - RIMINI
SCUOLA MEDIA STATALE TERESA FRANCHINI – SANTARCANGELO DI ROMAGNA



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 ragazze e 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 dalle ragazze da 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 tredicenni 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 alunne e alunni ripetenti. Le numerosità ottenute sono state poi maggiorate del 10% in tutte le fasce di età per considerare i tassi di non-rispondenza attesi da alunne e 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 le ragazze e 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 alle ragazze e 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 sulla pandemia di COVID-19 e il suo impatto nella vita delle ragazze e dei ragazzi.

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

Il questionario rivolto al Dirigente Scolastico, somministrato contestualmente alla raccolta dati delle ragazze e 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 auto compilati dalle ragazze e 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 delle ragazze e 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 della propria figlia o 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 è stata presa in esame e valutati positivamente dal Comitato Etico dell’ISS nella seduta del 22/11/2021.

Descrizione del campione regionale

Nella Regione Emilia-Romagna sono state campionate 109 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 125 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 234 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 232 classi con un tasso di rispondenza complessiva da parte delle classi del 99,1% (Tabella 1). Si tratta di un tasso di rispondenza delle ragazze e dei ragazzi superiore al tasso nazionale, pari al 97,3%. 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	54	53	98,1
Classe III Media	55	55	100,0
Classe II superiore	60	60	100,0
Classe IV superiore	65	64	98,5
Totale	234	232	99,1

Il campione era costituito da un totale di 4.204 studentesse e studenti di cui: il 23,1% di 11 anni, il 25,1% di 13 anni, il 25,2% di 15 anni e il 26,6% di 17 anni (Tabella 2).

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

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	489 (23,3)	481 (22,8)	970 (23,1)
13 anni	524 (25,0)	532 (25,2)	1.056 (25,1)
15 anni	555 (26,5)	506 (24,0)	1.061 (25,2)
17 anni	528 (25,2)	589 (28,0)	1.117 (26,6)
Totale	2.096 (100)	2.108 (100)	4.204 (100)

Circa il 5,8% delle ragazze e dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 17 anni (Figura 1)

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

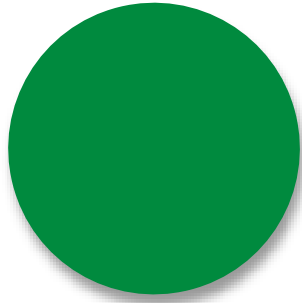


Nella Tabella 3 è riportata la provenienza dei genitori delle studentesse e degli studenti che hanno partecipato allo studio

Tabella 3. Composizione del campione dei genitori delle ragazze e dei ragazzi per nascita in Italia e all'estero (%)

Entrambi i genitori nati in Italia	74,4
Almeno un genitore nato all'estero	8,7
Entrambi i genitori nati all'estero	16,9

La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi ha entrambi i genitori di nazionalità italiana (74,4%), l'8,7% degli adolescenti dichiara di avere un genitore nato in altri paesi e il 16,9% riferisce di avere entrambi i genitori nati all'estero.



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 le ragazze e 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 le ragazze e 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 delle ragazze e 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 le bambine e 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 bambine e 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 delle bambine e dei bambini, e come l'instabilità familiare in generale sia strettamente legata con lo sviluppo dei rapporti sociali delle ragazze e dei ragazzi, soprattutto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale, oppure uno stato di conflittualità permanente.

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (Tabella 1).

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%), 11-17 anni

Madre e padre (no altri adulti)	81,1
Solo madre	10,7
Solo padre	1,8
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,8
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4,6
Totale	100

Le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante (81,1%); le famiglie monogenitoriali rappresentano il 12,5% dei nuclei familiari di cui il 10,7% con solo la madre. Nel 1,8% dei casi le ragazze e i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite", mentre il 4,6% delle ragazze e dei ragazzi ha indicato di vivere in altra sistemazione senza genitori o nonni. La percentuale di ragazze e ragazzi che dichiara di abitare con entrambi i genitori non si discosta dalla media nazionale pari all'81% senza variazioni tra le regioni del nord, centro o sud Italia.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%), 11-17 anni

Figli unici	22,8
1 fratello o sorella	53,2
2 o più fratelli o sorelle	24,0
Totale	100

Come si evince dalla Tabella 2, più della metà del campione (53,2%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazza/ragazzo su 4 ha due o più sorelle/fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 22,8%.

La qualità delle relazioni con i genitori

La natura e la qualità delle relazioni che le ragazze e 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 le loro figlie e 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 e comportamenti di rischio per la salute, una migliore autostima e meno problemi scolastici⁷. Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo alle ragazze e ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano 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 le ragazze e 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	17 anni	Totale
Molto facile	35,7	23,8	15,0	13,5	22,5
Facile	33,9	31,3	31,3	28,2	31,3
Difficile	18	22,8	24,6	29,8	23,5
Molto difficile	9,9	17	22,7	21,7	17,6
Non ho o non vedo mai questa persona	2,5	5,1	6,4	6,8	5,1
Totale	100	100	100	100	100

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

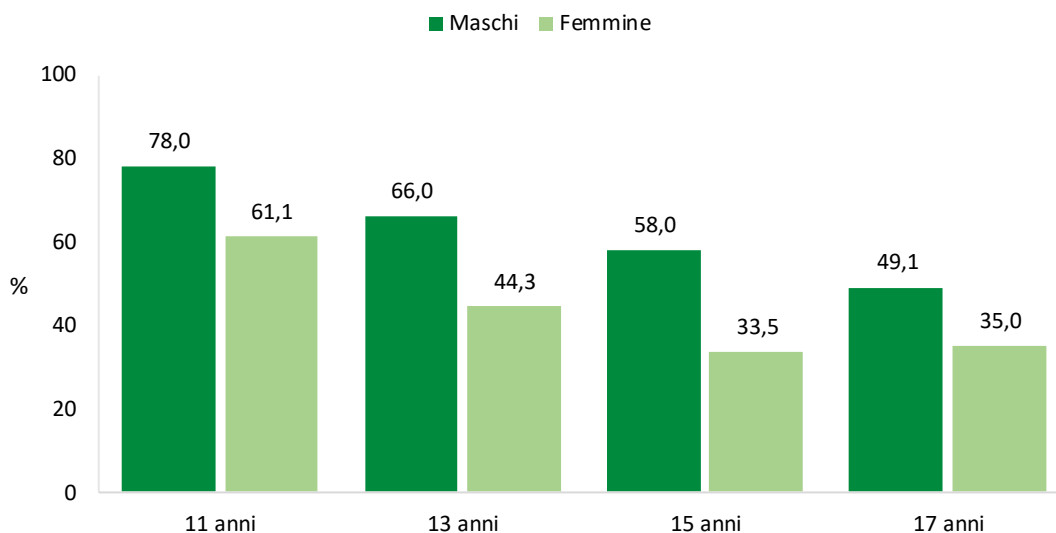
	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Molto facile	51,9	35,2	25,6	23,6	34,7
Facile	31,3	35,7	38,7	39,4	36,1
Difficile	10,9	18,4	20,5	23,4	18
Molto difficile	4,5	9,3	13,1	11,5	9,5
Non ho o non vedo mai questa persona	1,4	1,4	2,1	2,1	1,7
Totale	100	100	100	100	100

Fino a tredici anni per più della metà delle ragazze e dei ragazzi è facile o molto facile parlare con il padre o la madre delle proprie preoccupazioni. All'aumentare dell'età invece diminuisce la facilità di dialogo.

Confrontando le Tabelle 3 e 4 appare più difficile per le ragazze e i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con il padre che con la madre; il 53,8% dichiara di parlare facilmente o molto facilmente con il proprio padre di cose che lo preoccupano mentre la percentuale relativamente alla comunicazione con la madre è pari a 70,8%. Questa differenza è evidente in tutte le fasce di età analizzate: a 11 anni le percentuali di buona comunicazione (facile o molto facile) sono pari a 69,6% col padre e 83,2% con la madre, a 13 anni 55,1% col padre e 70,9% con la madre, a 15 anni la buona comunicazione ammonta a 46,3% col padre e a 64,3% con la madre e a 17 anni a 41,7% con il padre e a 63,0% con la madre. Da questi dati emerge un peggioramento nella qualità del rapporto coi genitori, sia madre che padre, al crescere dell'età.

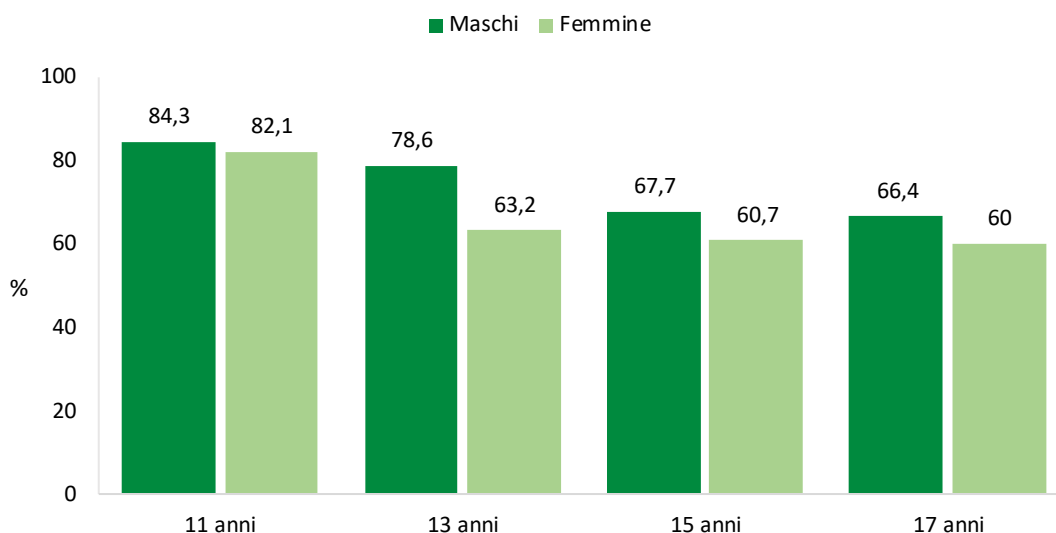
Un ulteriore elemento di differenza nella relazione con madre e padre dipende dal genere dei figli (Figura 1 e 2). Nel caso dei padri è migliore la comunicazione tra figli maschi e padri rispetto a quella che hanno le figlie femmine, mentre la comunicazione tra madri e figli risulta buona in modo sostanzialmente analoga tra maschi e femmine.

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



In ogni caso, come si può vedere in Figura 1 la facilità di dialogo con il padre cala al crescere dell'età sia per i maschi che per le femmine passando dal 61% a 11 anni per le femmine al 35% per le diciassetenni, mentre per i maschi passa dal 78% degli undicenni a meno del 50% a 17 anni. In modo analogo, ma meno accentuato, ciò accade rispetto al dialogo con la madre, che si stabilizza dopo i 15 anni. (Figura 2).

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 delle ragazze e dei ragazzi⁸. È stato anche osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico delle ragazze e dei ragazzi⁹.

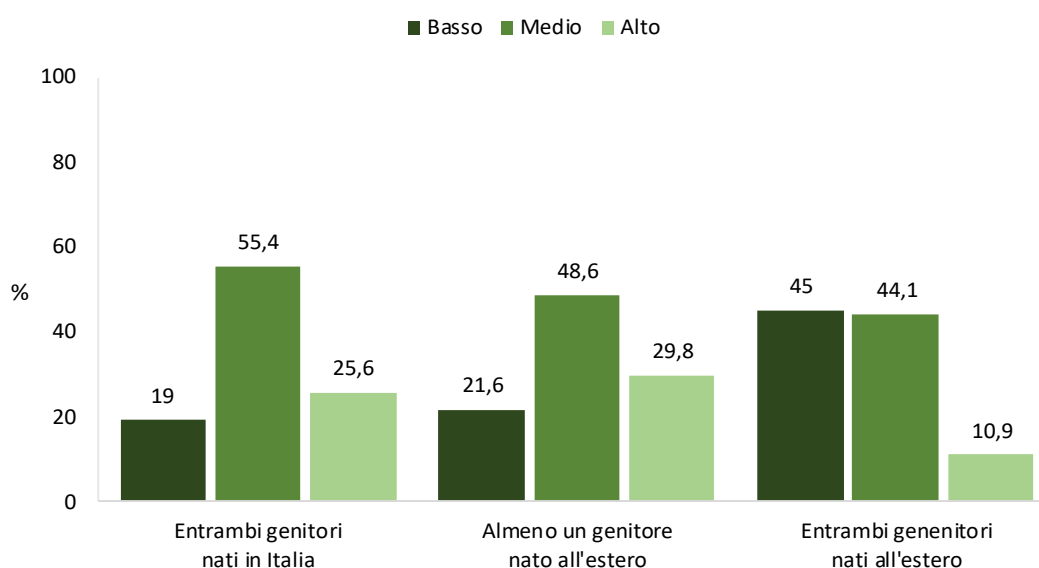
Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è misurato utilizzando lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare)¹⁰ che prende in considerazione alcuni beni di consumo quali: possedere un'auto, possedere 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 misurato tramite la *Family Affluence Scale* e nella Figura 3 la distribuzione della provenienza dei genitori per livello socio-economico.

Tabella 5. Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') (%), 11-17 anni

Family Affluence Scale	
Basso	23,6
Medio	52,9
Alto	23,5
Totale	100

Figura 3. Provenienza dei genitori stratificato per il FAS (%), 11-17 anni



Relativamente allo status socio-economico, circa 1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (23,5%), mentre il 52,9% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 23,6% è nella fascia di "basse possibilità di consumo". Emergono differenze rispetto alla scala FAS circa la provenienza dei genitori; infatti, il 45% delle famiglie con entrambi i genitori nati all'estero si colloca nella fascia bassa.

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.

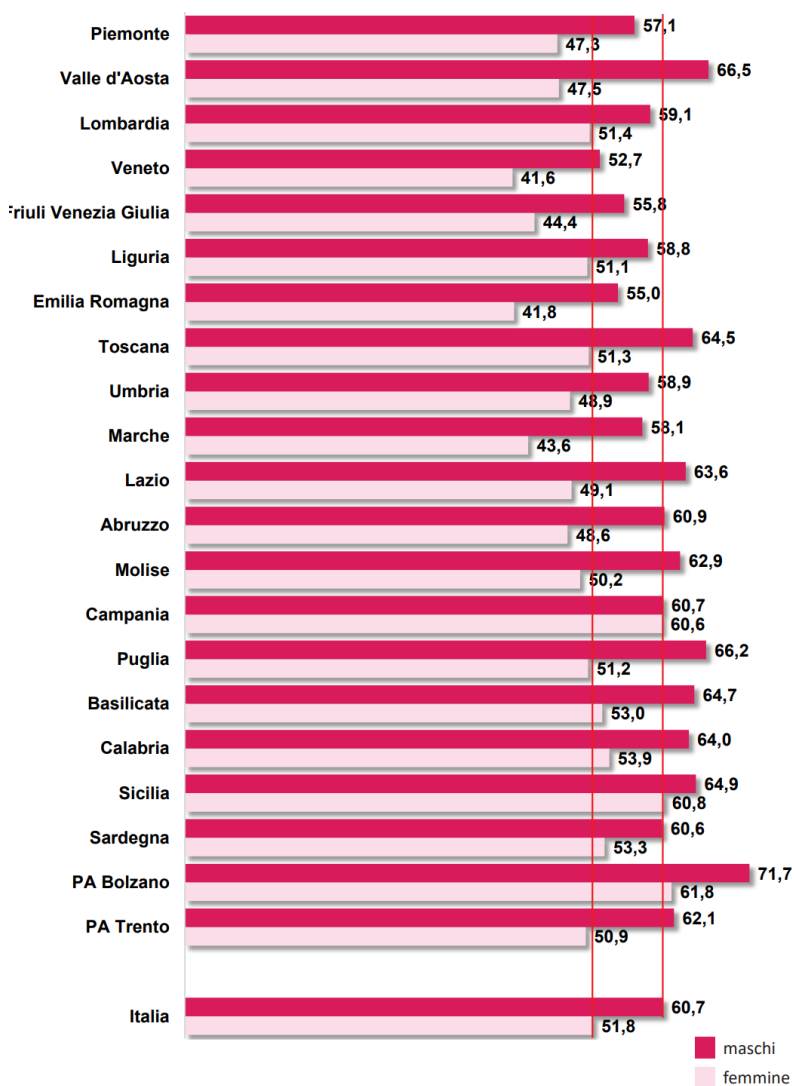
Tabella 6. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazze e ragazzi che vivono con entrambi i genitori	81,3	81,1
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	76,5	72,9
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	58,3	57,2
Famiglie con FAS alto	28,9	23,5

La stabilità familiare non sembra aver subito forti modificazioni nell'arco temporale di 4 anni. Purtroppo, gli indicatori collegati alla facilità di comunicazione in famiglia da parte delle ragazze e dei ragazzi evidenziano un leggero peggioramento nel confronto con i dati del 2018. Si riducono invece le famiglie con FAS alto che passano dal 28% del 2018 al 23,5% del 2022. Possiamo quindi ipotizzare un peggioramento dopo la pandemia da COVID-19 delle situazioni socio-economiche delle famiglie con figli.

Per un confronto geografico

Figura 4. Frequenza di quindicenni che dichiarano un elevato supporto familiare (%), per genere e regione



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

Il supporto familiare è definito come la percezione che hanno le ragazze e i ragazzi sulla capacità della famiglia di sostenerli ed aiutarli nel prendere decisioni, di dare loro supporto emotivo quando ne hanno bisogno e se in famiglia possono parlare dei loro problemi. Le ragazze e i ragazzi emiliani-romagnoli che dichiarano un elevato supporto familiare sono meno rispetto alla media nazionale, ed in particolare il dato è più basso per le femmine (41,8%).

Conclusioni

Le femmine dichiarano di avere una facilità di dialogo sia con la madre che con il padre leggermente inferiore rispetto ai coetanei di genere maschile. Anche se in entrambi i sessi, la comunicazione più fluida risulta nei confronti della madre rispetto al padre.

Comparando i dati italiani con i dati dell'Emilia-Romagna emerge che la facilità di dialogo delle figlie femmine con il padre è inferiore rispetto ad altre regioni italiane. Inoltre, sono meno

rispetto alla media nazionale i ragazzi e in particolare le ragazze che dichiarano un elevato supporto familiare.

L'importanza dell'influenza della componente familiare è supportata anche dalle recenti ricerche regionali.

Nella terza ricerca regionale sugli adolescenti intitolata "Tra presente e futuro", già preceduta nel 2019/2020 da "Essere adolescenti in Emilia-Romagna", e l'anno successivo da "Noi al tempo della pandemia", emerge come l'emozione prevalente in famiglia sia la fiducia (per il 45%) seguita in ordine di scelta dal 25% dalla rabbia (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>).

Altro aspetto interessante nella ricerca del 2021 riguarda la correlazione tra la percezione delle ragazze e dei ragazzi rispetto alla considerazione che ne hanno di loro gli adulti. Le correlazioni evidenziano quanto la percezione di godere di una buona considerazione da parte dei genitori influisca su tutti gli ambiti di vita degli adolescenti.

Il campione di intervistati che coglie una certa fiducia da parte dei genitori rispetto al senso di responsabilità, volontà, intelligenza e determinazione, durante la pandemia si è impegnato maggiormente nello studio e in altre attività rispetto agli altri con una considerazione inferiore.

In particolare: lo "stare senza far niente" è aumentato durante la pandemia del 40,1% per chi percepisce alta considerazione e del 57,3% per chi ritiene che i propri genitori non ripongano fiducia nelle loro capacità. Contemporaneamente, le ragazze e i ragazzi che rientrano nel cluster con un'alta considerazione si sono sentiti meno soli e hanno riscontrato meno tensione familiare di quanto sia avvenuto per chi rientra nel cluster dei genitori che nutrono una scarsa considerazione verso i figli.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

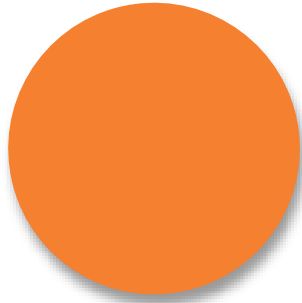
⁶ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128

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

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



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^{1,2,3,4}.

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^{5,6,7}; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare delle loro figlie e dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{8,9} e incoraggiando scelte alimentari salutari¹⁰. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente¹¹.

Nella prima parte del capitolo vengono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari delle ragazze e 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 zuccherate¹².

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale delle ragazze e dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura¹³, 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.^{14,15}; per i confronti internazionali sono utilizzate le curve dell'OMS¹⁶.

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'adolescenza¹⁷.

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^{18,19,20}.

Alle ragazze e 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	17 anni	Totale
Mai	15,9	22,8	27,8	26,3	23,0
Un giorno	3,2	2,6	4,7	3,9	3,6
Due giorni	4,3	4,2	4,0	3,6	4,1
Tre giorni	4,9	6,2	5,2	5,1	5,3
Quattro giorni	5,8	5,1	5,3	4,0	5,1
Cinque giorni	65,9	59,1	53	57,1	58,9

Più della metà delle ragazze e dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola (58,9%), ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età eccetto che per i 17 anni dove si registra un aumento del consumo quotidiano. 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. Piuttosto alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione, tale percentuale aumenta con l'età per poi stabilizzarsi.

Tabella 1a. “Di solito quante volte fai colazione (nel fine settimana)?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	7,0	11,0	12,2	13,6	10,8
Un giorno (sabato o domenica)	15,9	19,7	25,5	28,1	22,0
Entrambi i giorni	77,1	69,3	62,3	58,3	67,2

Ben più della metà delle ragazze e dei ragazzi dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana (67,2%), ma il consumo diminuisce al crescere dell'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	17 anni	Totale
Ogni giorno	53,2	53,0	47,0	45,7	50,0
La maggior parte dei giorni	34,8	39,0	43,0	42,1	39,3
Circa una volta alla settimana	7,0	4,9	6,0	7,3	6,2
Meno di una volta alla settimana	2,2	1,5	2,2	2,2	2,0
Mai	2,8	2,0	3,0	2,7	2,5

La metà delle ragazze e dei ragazzi consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”, in particolare si ha il 53,2% degli undicenni, il 53% dei tredicenni, il 47% dei quindicenni e il 45,7% dei diciassetenni: il consumo giornaliero tende a diminuire al crescere dell'età. 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.

Alle ragazze e 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 3 e Tabella 4.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	4,1	3,7	6,0	5,0	4,7
Meno di una volta a settimana	7,5	6,0	7,5	7,9	7,2
Una volta a settimana	11,6	9,7	12,5	10,5	11,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24,7	31,1	28,0	30,0	28,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,5	13,2	13,8	14,4	13,7
Una volta al giorno tutti i giorni	17,6	20,0	15,1	15,8	17,2
Più di una volta al giorno	21,0	16,3	17,1	16,4	17,8

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore (circa 30%) si evidenzia per la categoria “Tra 2 e 4 giorni a settimana”. In generale non si evidenziano sostanziali differenze tra le classi di età sopra i 13 anni, la percentuale è più bassa invece per gli undicenni (24,7%) che riportano più frequentemente degli altri di mangiare frutta più volte al giorno.

Nella Figura 1 sono riportate le frequenze percentuali del consumo di frutta su base settimanale distinte per maschi e femmine, dove si evidenzia una maggiore, ma piccola, percentuale di ragazze che consumano con maggior frequenza la frutta

Figura 1. Frequenza del consumo di frutta, per genere (%), 11-17 anni

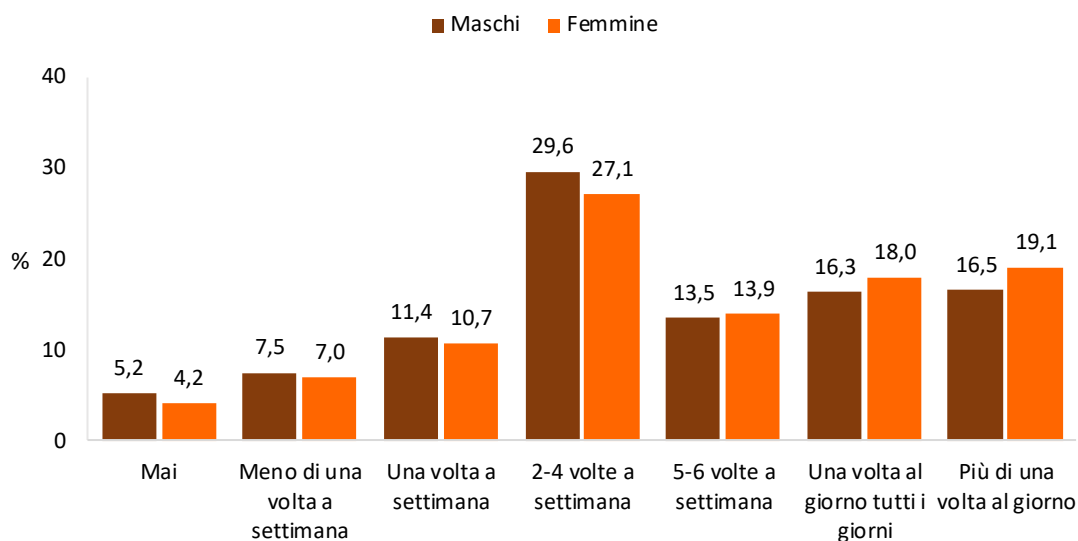


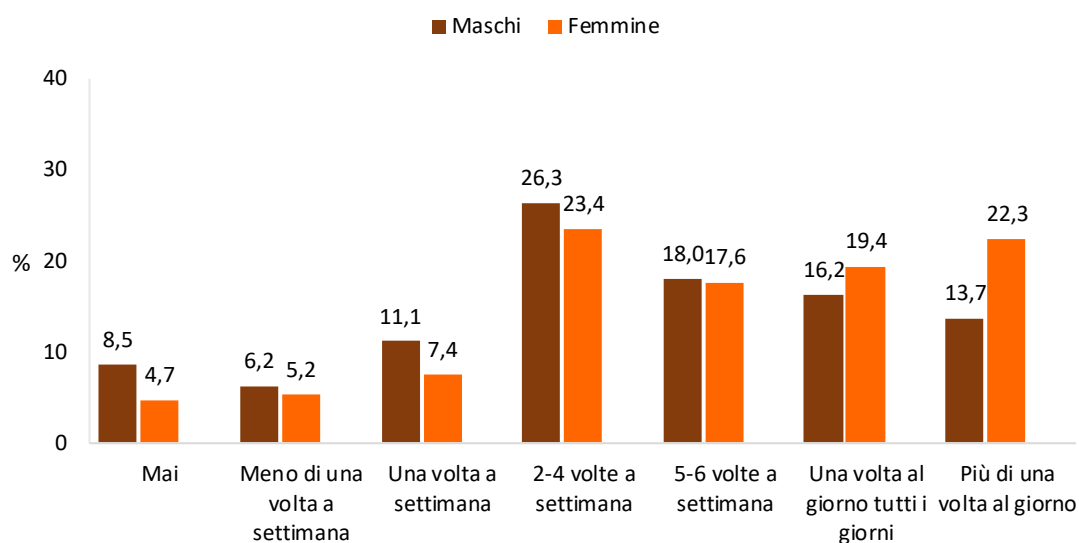
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	7,7	6,3	6,6	5,9	6,6
Meno di una volta a settimana	8,2	5,3	5,4	3,6	5,7
Una volta a settimana	10,2	10,4	7,9	8,2	9,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	21,9	25,1	26	26,9	24,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17,8	18,5	17,6	17,2	17,8
Una volta al giorno tutti i giorni	16,3	18,2	18	18,9	17,8
Più di una volta al giorno	17,9	16,2	18,5	19,3	17,9

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per la categoria “Tra 2 e 4 giorni a settimana”. Il consumo quotidiano di verdura aumenta al crescere dell’età.

Nella Figura 2 sono riportate le frequenze percentuali di consumo di verdura su base settimanale distinte per maschi e femmine dove si evidenzia un maggiore percentuale di ragazze che consumano frequentemente la verdura; questa differenza è superiore a quella evidenziata per la frutta.

Figura 2. Frequenza del consumo di verdura, per genere (%), 11-17 anni



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 ^{21,22}.

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	17 anni	Totale
Mai	3,0	2,7	2,8	4,9	3,3
Meno di una volta a settimana	9,9	8,3	8,5	8,9	8,9
Una volta a settimana	14,5	12,0	13,6	12,5	13,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,0	33,2	27,1	29,7	29,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16,3	17,6	18,2	16,7	17,2
Una volta al giorno tutti i giorni	15,7	14,4	16,5	17,3	15,9
Più di una volta al giorno	12,6	11,8	13,3	10,0	12,0

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	18,8	17,2	18,7	21,1	18,8
Meno di una volta a settimana	25,0	22,1	19,9	23,3	22,6
Una volta a settimana	26,1	21,6	22,0	22,6	23,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	17,2	22,1	23,3	20,2	20,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	4,8	7,5	6,9	6,4	6,37
Una volta al giorno tutti i giorni	4,0	4,7	5,3	2,9	4,27
Più di una volta al giorno	4,1	4,8	3,9	3,5	4,16

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero (il 27,9% mangia dolci una/più volte al giorno contro l'8,5% che invece fa un consumo di bevande zuccherate). Per quanto riguarda le classi di età, generalmente i consumi risultano sovrapponibili, possiamo notare una percentuale un più alta di 15enni che consumano dolci più di 5 giorni a settimana (48% vs circa 44% delle altre classi di età) e una percentuale più alta di 13 e 15enni che consumano bibite zuccherate più di 5 giorni a settimana (17% vs 12% di 11 e 17enni).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	19,3	15,2	14,7	12,8	15,7
Meno di una volta a settimana	17,4	15,7	17,8	14,7	16,5
Una volta a settimana	20,9	20,2	24,3	23	22,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	21,1	26,6	24,4	33,8	26,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9,3	11,6	11	8,4	10,1
Una volta al giorno tutti i giorni	5,9	7,1	5,4	4,9	5,8
Più di una volta al giorno	6,1	3,6	2,4	2,4	3,7

Il 26,1% delle ragazze e dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana con una percentuale maggiore nelle ragazze e ragazzi di 17 anni, mentre il 15,7% dichiara di non assumerli mai, quest'ultimo atteggiamento diminuisce con il crescere dell'età.

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		17 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	34,2	43,1	36,5	36,1	30,1	34,5	29,5	34,5
Verdura (almeno una volta al dì)	26,8	41,8	30,6	38,1	31,2	42,4	31,1	44,5
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	40,1	44,7	50,2	47,5	42,1	44,4	48,7	50,1
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	9,4	6,8	9,9	9,2	10,1	8,1	7,39	5,6
Snack salati (almeno una volta al dì)	17,6	18,8	15,1	18,9	16,7	19,9	15,4	19,1
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	50,4	58,4	56,3	61,5	61,7	58,8	68,3	63,7
Dolci (almeno una volta al dì)	24,6	32,1	25	27,4	28,7	31,1	25,6	28,7

Generalmente il consumo di alimenti quali frutta, verdura, legumi e cereali risulta essere maggiore nelle femmine mentre nei maschi maggiore è il consumo di bibite gassate/zuccherate, snack salati: Non vi sono differenze rilevanti in termini di età, tranne che per il consumo di cereali.

Stato nutrizionale

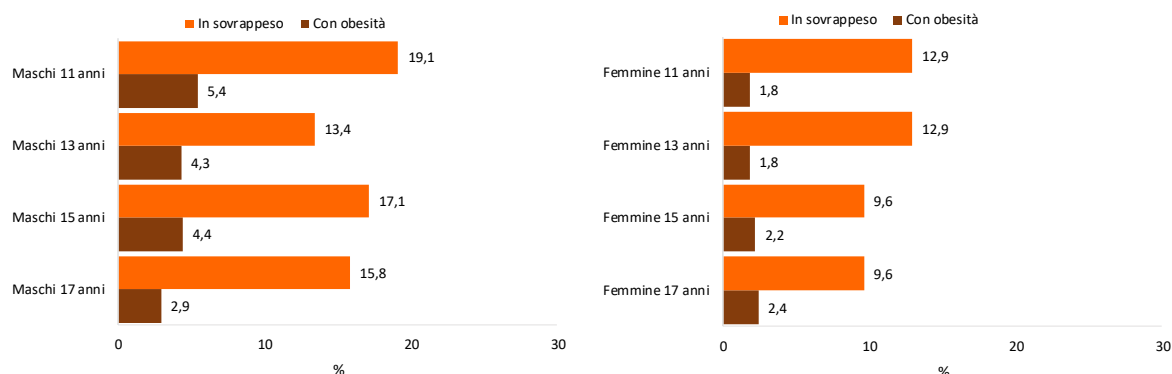
È stato chiesto alle ragazze e ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare le ragazze e i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13, 15 e 17 anni. La Figura 3 evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13, 15 e 17 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	17 anni	Totale
Sottopeso	4,2	2,4	2,0	2,5	2,8
Normopeso	76,1	81,3	81,0	82,3	80,1
Sovrappeso	16,1	13,2	13,6	12,5	13,9
Obeso	3,6	3,1	3,4	2,7	3,2

La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 80,1%. Le ragazze e i ragazzi sottopeso sono il 2,8%, i sovrappeso sono il 13,9% e gli obesi sono il 3,2%. La percentuale di obesità più alta si registra tra gli undicenni (pari al 3,6%), i quali presentano anche una percentuale maggiore di sovrappeso (16,1%); in linea di massima la prevalenza di eccesso ponderale tende a diminuire al crescere dell'età.

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



La quota di ragazzi maschi in eccesso ponderale è decisamente maggiore rispetto alle femmine, indipendentemente dall'età; la percentuale di maschi in stato di obesità tende a diminuire al crescere dell'età, si verifica il contrario nelle femmine, dove potrebbe esserci una sottostima dell'IMC riferito, fenomeno osservato nelle sorveglianze degli adulti.

Insoddisfazione corporea

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo, causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi²³. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi “troppo grasse/i”, indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. A ragazze e ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magra/o, (ii) un po' troppo magra/o, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grassa/o, (v) decisamente troppo grassa/o. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso²⁴. Nella Tabella 10 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11, 13 e 15 anni.

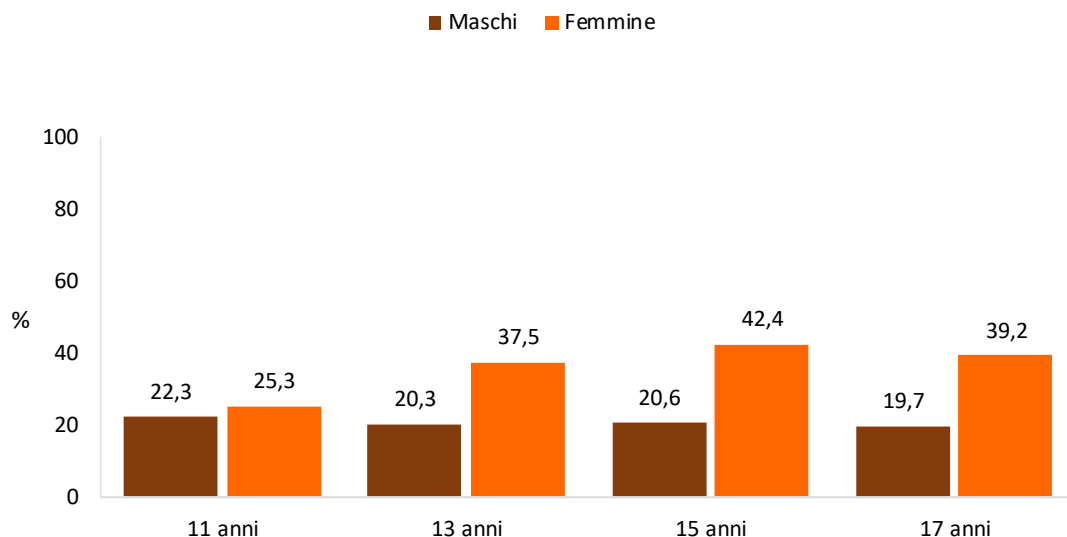
Tabella 10. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Decisamente troppo magra/o	3,0	1,7	2,2	1,4	2,1
Un po' troppo magra/o	11,0	9,6	12,2	12,4	11,2
Più o meno della taglia giusta	62,2	59,7	54,6	56,2	58,3
Un po' troppo grassa/o	21,9	25,5	26,6	25,3	24,9
Decisamente troppo grassa/o	1,9	3,5	4,4	4,7	3,5

In generale il 58,3% delle ragazze e dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, quasi uno su quattro “Un po' troppo grassa/o” e circa l'11% “Un po' troppo magra/o”. La percentuale delle ragazze e dei ragazzi che si percepisce “Un po' troppo grassa/o” e “Decisamente troppo grassa/o” aumenta al crescere dell'età.

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

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



All’aumentare dell’età aumenta la quota di coloro che si percepiscono “grasse/i o molto grasse/i”, tale convinzione è maggiore nelle femmine per tutte le età prese in considerazione, soprattutto a partire dai 13 anni.

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

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

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Sottopeso	0,9	0,6	0	1,3	0,7
Normopeso	54,4	58,2	63,1	61,5	59,5
Sovrappeso	32,3	31,6	27,8	29,2	30,1
Obeso	12,4	9,6	9,1	8,0	9,7

Il 30,1% delle ragazze e dei ragazzi in sovrappeso si percepisce “Un po’ troppo grassa/o” e “Decisamente troppo grassa/o” mentre solo il 9,7% delle ragazze e dei ragazzi con obesità ha questa percezione. Tuttavia, una percentuale niente affatto trascurabile (59,5%) di ragazze e ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta fino ai 15 anni per poi diminuire.

A ragazze e 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 da loro.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	52,5	45,4	36,3	34,8	42,8
No, ma dovrei perdere qualche chilo	20,7	23,7	24,0	25,9	23,4
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	8,9	9,8	15,5	16,0	12,3
Sì	17,9	21,1	24,2	23,3	21,5

In generale il 42,8% delle ragazze e dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 23,4% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 21,5% di ragazze e ragazzi è a dieta. Per le diverse categorie vi è un aumento in percentuale al crescere dell'età eccetto per la categoria “No, il mio peso è quello giusto” in cui la percentuale diminuisce al crescere dell'età.

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	47,0	38,5	42,8
No, ma dovrei perdere qualche chilo	17,8	29,1	23,5
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	16,6	8,0	12,3
Sì	18,6	24,4	21,5

Per quanto riguarda le differenze di genere, la percentuale di coloro che sono a dieta o stanno facendo qualcosa per dimagrire risulta essere maggiore nelle femmine rispetto ai maschi (24,4% contro 21,5%); stessa cosa si evidenzia in coloro che non sono a dieta ma pensano che dovrebbero perdere qualche chilo.

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 da ragazze e ragazzi.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Più di una volta al giorno	72,2	72	73,7	76,9	73,6
Una volta al giorno	23,4	24,2	22,2	20,1	22,6
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3,2	2,4	2,9	2,2	2,7
Meno di una volta alla settimana	0,3	0,7	0,6	0,2	0,4
Mai	0,9	0,7	0,6	0,6	0,7

La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi afferma di lavarsi i denti “Più di una volta al giorno” (73,6%), tale abitudine aumenta al crescere dell'età; per le altre categorie non sono presenti differenze rilevanti tra le varie età.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	68,5	78,8	73,6
Una volta al giorno	26,6	18,5	22,6
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3,6	1,8	2,7
Meno di una volta alla settimana	0,4	0,4	0,4
Mai	0,9	0,6	0,7

La maggior parte delle ragazze afferma di lavarsi i denti “Più di una volta al giorno” (78,8%), la frequenza di questa abitudine diminuisce nei ragazzi (68,5%).

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 delle ragazze e dei ragazzi.

Nella Tabella 14 proponiamo la stratificazione con la scala FAS (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’) di alcuni indicatori presenti in questo capitolo. (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 14. Gli indicatori storici di HBSC stratificati per livello di FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	53,5	59,4	64,5
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	28,9	35,1	40,8
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	29,9	36,0	40,3
Consumo quotidiano di bevande gassate	9,9	8,1	7,2
Prevalenza di sovrappeso	15,2	14,6	11,4
Prevalenza di obesità	4,9	2,8	2,3
Eccesso ponderale	20,1	17,4	13,7

I dati mostrano come ci sia una correlazione tra le abitudini alimentari “positive” e l’indicatore di FAS: ad un aumento del benessere socio-economico corrisponde una maggiore diffusione di buone pratiche (es. consumo di frutta in popolazione con FAS basso 28,9%, con FAS alto 40,8%, una diffusione più alta del 11,9%). Si riscontra anche una minore diffusione di eccesso ponderale: obesità (-2,6%) e sovrappeso (-3,8%) nella popolazione con FAS alto.

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.

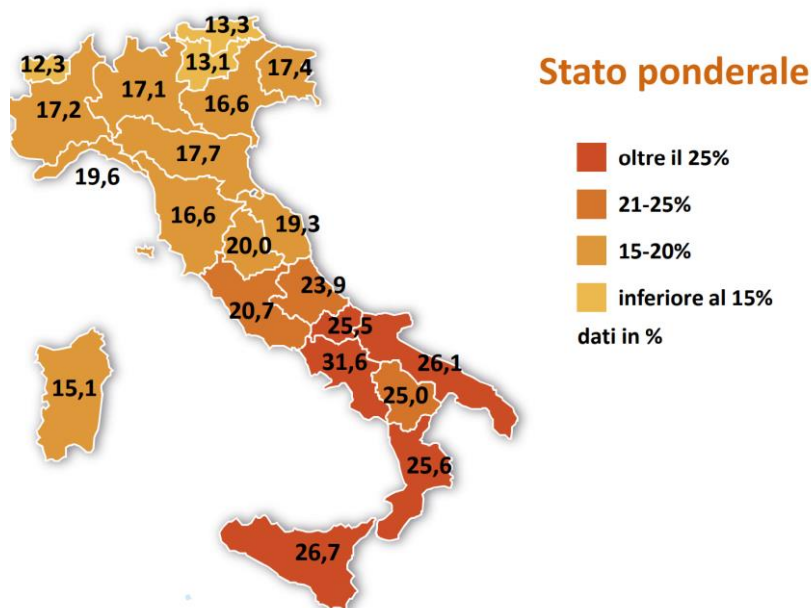
Tabella 15. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	60,6	59,4
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	37,6	35,7
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	35,1	35,0
Consumo quotidiano di bevande gassate	10,3	9,0
Prevalenza di sovrappeso	13,8	14,3
Prevalenza di obesità	2,17	3,4
Eccesso ponderale	16,0	17,7

Dopo la pandemia da COVID-19, riscontriamo un peggioramento nelle sane abitudini alimentari, in particolare lo scarso consumo di frutta e nell'assenza del consumo quotidiano della prima colazione. Si nota inoltre l'incremento dell'eccesso ponderale (+1,7%), con l'aumento del sovrappeso (+0,5%) e soprattutto di obesità +1,23%.

Per un confronto geografico

Figura 5. Frequenza di eccesso ponderale per regione, 11-15 anni (%)



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbhc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

La prevalenza di ragazze e ragazzi in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) in Emilia-Romagna (17,7%) è simile alla prevalenza media nazionale (18,2%) e alla prevalenza riscontrata nelle regioni del Nord. Le prevalenze più elevate si riscontrano invece nelle regioni del Sud, dove un ragazzo su 4 risulta sovrappeso.

Conclusioni

Analizzando i dati regionali riguardanti le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale delle ragazze e dei ragazzi nel periodo adolescenziale, il quadro mostra una diffusione tra i giovani di comportamenti alimentari scorretti ed emergono diverse criticità su cui intervenire al fine di prevenire lo sviluppo di malattie cronico-degenerative.

Dai dati emerge che solo poco più della metà dei giovani consumano la colazione durante i giorni di scuola (58,9%), dato in calo con l'aumentare dell'età. Mangiano frutta più di una volta al giorno solo il 17,8% dei giovani e le verdure il 17,9% con un aumento al crescere dell'età, il 37,9% consuma dolci almeno una volta al giorno e il 12% più di una volta.

In queste abitudini riscontriamo un comportamento più virtuoso nelle femmine: dai dati emerge che consumano verdura almeno una volta al giorno il 22,3% delle femmine contro il 13,7% dei maschi, la frutta il 19,1% contro il 16,5%.

Per quanto riguarda lo stato ponderale l'80,1% delle ragazze e dei ragazzi risulta normopeso, il 2,8% sottopeso e il 3,2% obesi. Comparando questo dato coi numeri pre-pandemia in ragazze e ragazzi tra gli 11- 15 anni si evidenzia un forte aumento dell'obesità con un passaggio dal 2,17% al 3,4%, in particolare l'obesità nei quindicenni passa da 1,9% al 3,4%. La quota di sottopeso nelle ragazze e nei ragazzi tra gli 11- 15 anni mostra un incremento dal 2,7% nel 2018 al 2,9% nel 2022.

Per quanto riguarda la percezione del proprio stato ponderale riscontriamo un aumento di coloro che si percepiscono "grassi o molto grassi" all'aumentare delle età, con un dato più alto nelle femmine a partire dai 13 anni (dai dati il 42,4% delle ragazze a 15 anni si percepisce grassa o molto grassa contro il 20,6% dei ragazzi).

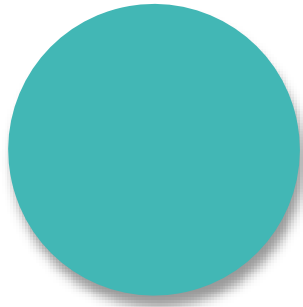
Confrontando la percezione ponderale delle ragazze e dei ragazzi con il proprio valore di IMC si riscontra come solo il 9,7% degli obesi si percepisca tale e di contro il 59,5% dei normopeso si consideri troppo grasso.

I risultati dell'indagine dimostrano pertanto che persistono tra gli adolescenti emiliano-romagnoli cattive abitudini alimentari che richiedono interventi finalizzati ad aumentare il consumo di alimenti salutari (frutta e verdura) e a introdurre comportamenti alimentari virtuosi (consumare la colazione al mattino).

Sono emerse inoltre significative informazioni rispetto alla percezione soggettiva che le ragazze, in particolar modo, hanno del proprio corpo ritenuto eccessivamente grasso; si impone perciò la necessità di adottare strategie comunicative che utilizzino strumenti e tecnologie nei contesti in cui gli stessi giovani cercano informazioni. Ad acuire una situazione già difficile si è aggiunta la pandemia che ha portato all'aumento di diverse patologie legate all'alimentazione soprattutto negli adolescenti, bisogna perciò intervenire partendo dal contesto familiare e scolastico con prese in carico mirate sugli adolescenti in particolare quelli che iniziano a manifestare sovrappeso, obesità e sottopeso.

Bibliografia essenziale

- ¹ 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)
- ² Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103
- ³ 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
- ⁴ Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/tr6005.pdf>.
- ⁵ 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.
- ⁶ 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*.
- ⁷ 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.
- ⁸ 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
- ⁹ 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.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ 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.
- ¹² 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).
- ¹³ 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.
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ 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.
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ 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.
- ²¹ 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.
- ²² 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.
- ²³ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell’adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ²⁴ Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

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 individui¹. 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*”² 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^{3,4}.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica⁵ 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 vigorosa⁶.

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^{7,8}.

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 intensa⁹.

La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto da ragazze e ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, divertirsi, costruire nuove amicizie e crescere in salute^{10,11}.

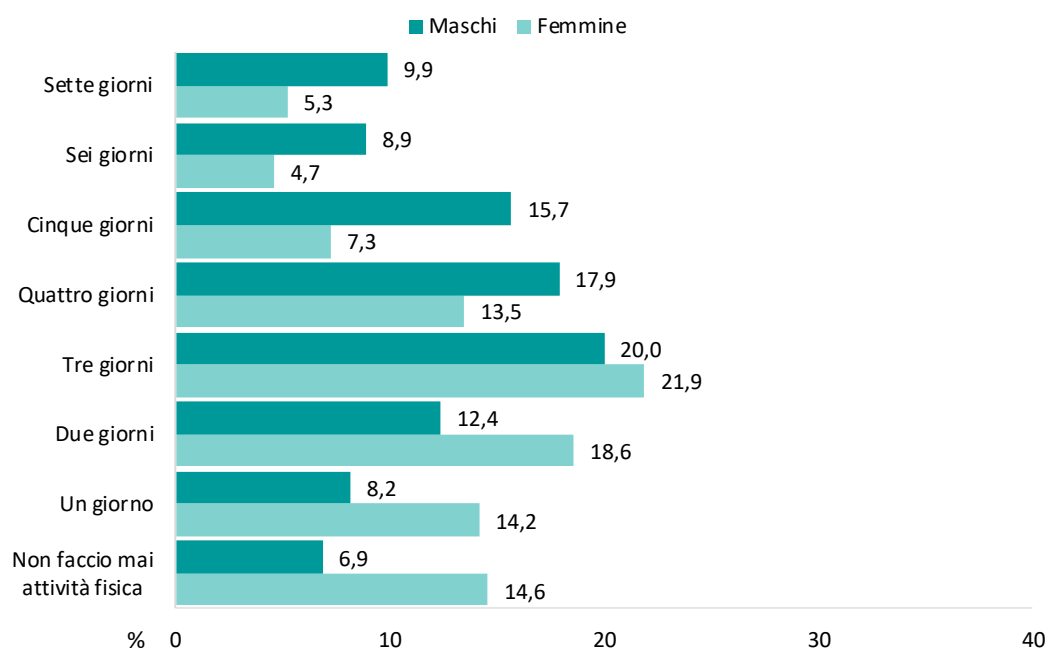
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta da ragazze e ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “*negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno*”; in Tabella 1 e in Figura 1a si riportano in percentuale le risposte di ragazze e 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	17 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	6,1	6,1	14,1	18,3	10,7
Un giorno	10,5	10,1	11,2	13,4	11,2
Due giorni	17,3	15,8	13,1	15,8	15,5
Tre giorni	22,7	20,9	20,9	18,9	21,0
Quattro giorni	16,2	17,8	14,5	14	15,7
Cinque giorni	10,6	12,5	13,8	8,6	11,5
Sei giorni	5,9	8,4	6,9	5,8	6,8
Sette giorni	10,7	8,4	5,5	5,2	7,6

Osservando la Tabella 1, si nota che il 6,1% degli 11-13enni, il 14,1% di ragazze e ragazzi di 15 anni ed il 18,3% di ragazze e ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 52%, in tutte le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 14,4% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

Figura 1a. Frequenza di attività fisica moderata-intensa settimanale (numero di giorni con almeno 60 minuti di attività fisica) per genere (%), 11-17 anni



In Figura 1, invece, si riportano in percentuale le risposte di ragazze e ragazzi per genere. Si evince che, nel complesso, ad essere più attivi fisicamente sono i ragazzi; il 9,9% dei ragazzi contro il 5,3% delle ragazze svolge attività fisica ogni giorno della settimana per almeno 60 minuti.

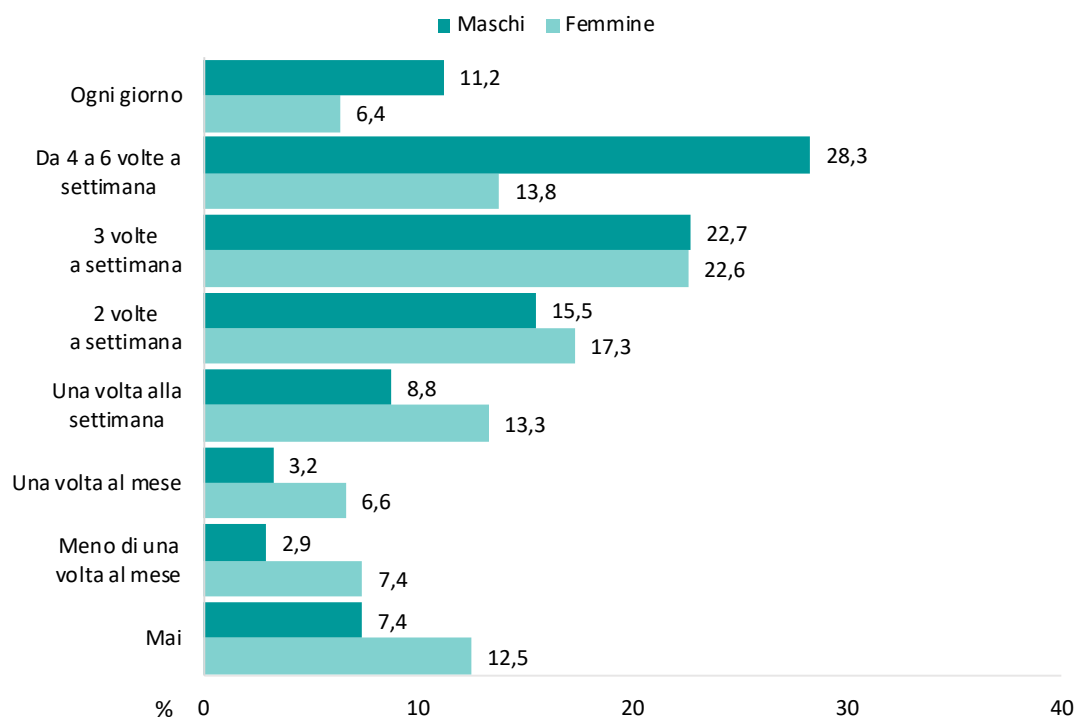
A ragazze e ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell’orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per

individuare le differenze con un'attività fisica moderata-intensa. In Tabella 2 e in Figura 1b si riportano in percentuale le risposte di ragazze e ragazzi rispettivamente per età e genere

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Ogni giorno	12,5	10,7	6,3	4,9	8,8
Da 4 a 6 volte a settimana	19,5	22,1	23,4	18,9	21,1
3 volte a settimana	22,2	22,5	22,1	23,9	22,6
2 volte a settimana	17,2	19,0	13,9	15,2	16,4
Una volta a settimana	10,9	11,1	10,6	11,6	11,0
Una volta al mese	3,4	3,0	6,3	7,7	4,9
Meno di una volta al mese	4,7	4,5	6,1	5,5	5,2
Mai	9,6	7,1	11,3	12,3	10,0

Figura 1b. Attività fisica intensa al di fuori dell’orario scolastico per genere (%), 11-17 anni



Si nota che il 9,6% di ragazze e ragazzi di 11 anni, il 7,1% di ragazze e ragazzi di 13 anni, l'11,3% di ragazze e ragazzi di 15 anni ed il 12,3% di ragazze e ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 43,7%, in tutte le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le tre e le sei volte alla settimana. Si evince che, nel complesso, ad essere più attivi fisicamente sono i ragazzi; il 11,2% dei ragazzi contro il 6,4% delle ragazze svolge attività fisica ogni giorno della settimana per almeno 60 minuti.

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^{12,13}. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nelle ragazze e nei ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze^{14,15,16}.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente "screen time") e l'obesità¹⁷.

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.

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 media¹⁸. 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 Internet¹⁹.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media^{20,21}; 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 YouTube.

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	17 anni
Nessuna	8,9	14,8	19,7	28,8
Circa mezz'ora	17,7	13,2	15,5	13,4
Circa un'ora	25,6	18,3	17,0	17,3
Circa 2 ore	20,7	18,7	16,1	13,7
Circa 3 ore	11,3	12,5	10,2	8,0
Circa 4 ore	5,5	7,6	7,2	6,1
Circa 5 ore o più	10,3	14,9	14,3	12,7

Si osserva che il tempo passato a giocare a videogiochi, in particolare di che ne trascorre più di due ore al giorno, è più alto nei tredicenni (35%) e nei quindicenni (31,7%) rispetto a ragazze e ragazzi di 11 e 17 anni (circa 27%).

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	17 anni
Nessuna	29,8	9,7	4,5	2,87
Circa mezz'ora	20,9	12,6	9,8	6,63
Circa un'ora	16,1	18,8	13,2	14,7
Circa 2 ore	13,5	19,3	21,4	22,4
Circa 3 ore	7,2	12,5	15,6	18,0
Circa 4 ore	4,2	9,8	11,4	12,5
Circa 5 ore o più	8,3	17,3	24,1	22,9

In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenta notevolmente con l'età. Le ragazze e i ragazzi che vi dedicano più di 2 ore al giorno sono circa il 20% degli 11enni, il 40% dei 13enni, il 51% dei 15enni ed il 54% dei 17enni.

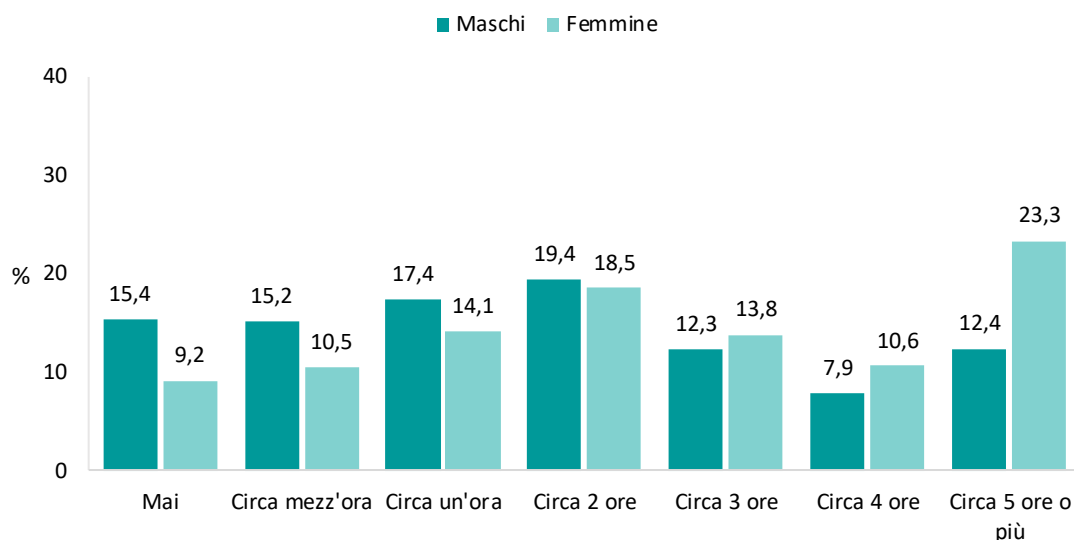
Tabella 5. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio You Tube, ecc.?", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni
Nessuna	7,7	9,6	9,3	8,6
Circa mezz'ora	22,2	18,3	17,5	15,1
Circa un'ora	32,2	25,6	22,9	25,3
Circa 2 ore	16,5	20,4	21,8	21,4
Circa 3 ore	9,0	10,0	12,2	13,0
Circa 4 ore	4,3	5,8	6,6	6,3
Circa 5 ore o più	8,1	10,3	9,7	10,3

Il 21,4% dei giovani a 11 anni, il 26,1% a 13 anni, il 28,5% a 15 anni ed il 29,6% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due al giorno.

In Figura 2 si riportano le differenze di genere nell'uso di PC, tablet o smartphone per stare sui social.

Figura 2. Tempo dedicato a usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) per genere (%), 11-17 anni



Per quel che riguarda le differenze di genere si osserva una preferenza nella durata di uso del PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network delle femmine. Sono infatti 47,7% delle ragazze che dedicano più di due ore al giorno ai social network, contro il 32,6% dei ragazzi e il 23,3% delle ragazze che dedicano per questa attività 5 o più ore al giorno contro il 12,4% dei ragazzi.

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 di ragazze e ragazzi.

Nella Tabella 6 proponiamo la stratificazione con la scala FAS (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') di alcuni indicatori presenti in questo capitolo. (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 6. Gli indicatori storici di HBSC stratificati per FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	34,7	40	51,7
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	42,8	52,7	62,4
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	32,9	30	27,4
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	45	38,9	37,7
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	28,2	26,7	22,6

Dai dati si evince una correlazione diretta tra l'attività fisica e la scala FAS: all'aumentare del livello FAS aumenta la percentuale di ragazze e ragazzi che svolge attività fisica (per l'attività intensa si passa dal 42,8% al 62,4% per la moderata dal 34,7% al 51,7%). Il tempo dedicato a PC o affini, televisione, social networks e video games diminuisce all'aumentare del livello FAS.

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. Si osserva una diminuzione dell'attività fisica moderata/intensa e un lieve incremento dell'attività fisica intensa.

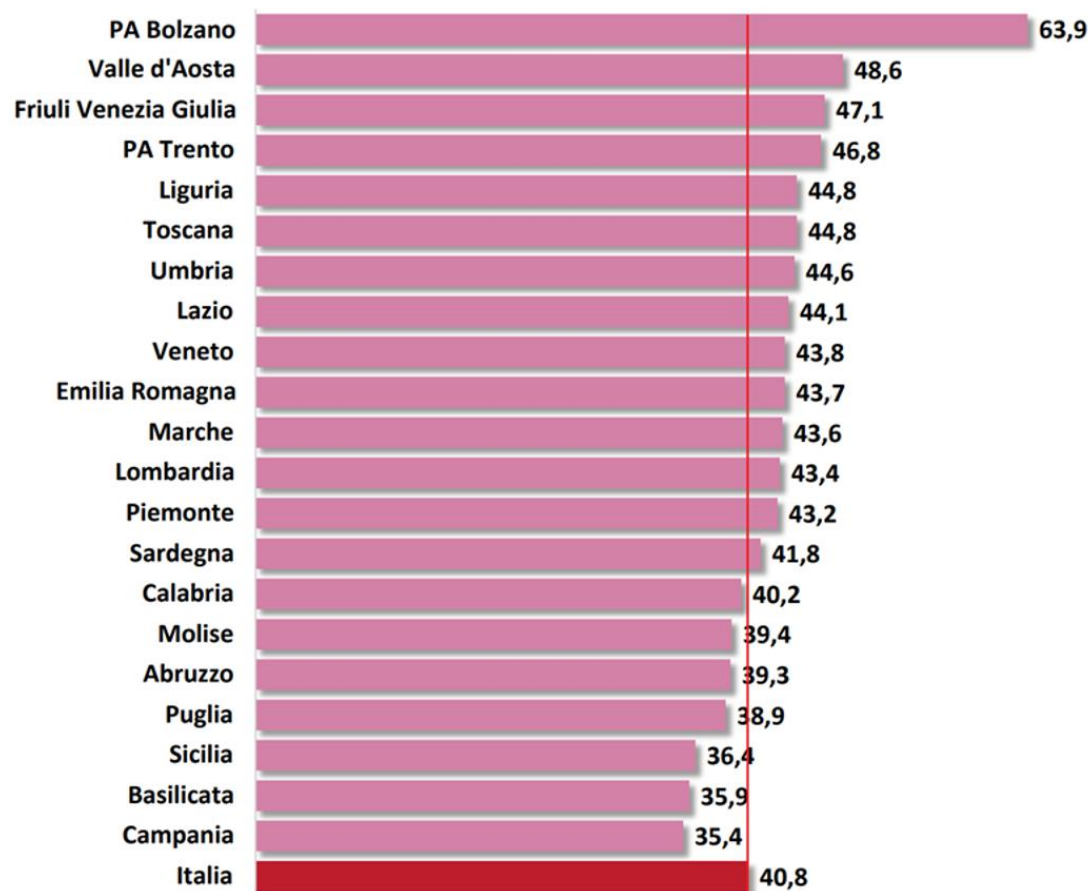
Tabella 7. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%), 11-15anni

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	46,9	43,7
Attività fisica intensa (almeno 4 volte a settimana)	30,7	31,5

NB: Attività fisica intensa ("almeno 3 volte a settimana") non si può calcolare, nel 2018 la domanda era categorizzata (ogni giorno, da 4 a 6, da 2 a 3 ecc.). Per concordanza con 2018 abbiamo utilizzato "almeno 4 volte a settimana di attività intensa"

Per un confronto geografico

Figura 3. Frequenza di ragazze e ragazzi che praticano attività fisica moderata-intensa per almeno 4 giorni a settimana (60 minuti al giorno), per regione, 11-15 anni



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbhc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

Conclusioni

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità le ragazze e i ragazzi fino a 17 anni dovrebbero quotidianamente svolgere almeno 60 minuti di attività fisica moderata intensa e 3 sessioni a settimana di attività fisica intensa per godere di livelli ottimali di fitness cardiorespiratoria e muscolare, salute cardiocircolatoria (pressione arteriosa, lipidi e glucosio ematico, sensibilità all'insulina), massa ossea, funzioni cognitive (funzioni esecutive e rendimento scolastico) e buona salute mentale (riduzione dei sintomi di depressione), nonché per ridurre la massa grassa.

I dati raccolti in Emilia-Romagna mostrano che solo una piccola parte dei giovani tra gli 11 e i 17 anni della Regione Emilia-Romagna raggiunge questo livello di attività fisica: il 10,7% degli undicenni, l'8,4% dei tredicenni, il 5,5% dei quindicenni e il 5,2% dei diciassetenni, notiamo pertanto una rilevante riduzione con l'età. Solo poco più della metà degli adolescenti (53,5%) raggiunge il livello raccomandato di 3 sessioni a settimana di attività intensa, con un andamento sempre calante all'aumentare dell'età se si considera più di tre sessioni a settimana. I dati regionali non si discostano dalla media nazionale.

Al di sotto dei livelli raccomandati, l'attività fisica svolta determina comunque un parziale beneficio per la salute, tuttavia, una quota non trascurabile di giovani (10,7%) riferisce di non svolgere mai alcun tipo di attività fisica, a diciassette anni lo dichiara il 18,3%, a undici solo il 6,1%.

Comparando i dati pre-pandemia con quelli attuali nella fascia d'età 11-15 anni si nota una diminuzione dell'attività fisica moderata-intensa: si è passati dal 46,9% al 43,7%, mentre vi è un lieve incremento dell'attività fisica intensa (dal 30,7% al 31,5%).

Sebbene non sia stato identificato un cut-off ottimale ci sono ormai sufficienti evidenze per affermare che, indipendentemente dal volume di attività fisica svolto, il tempo trascorso dagli adolescenti in attività sedentarie, come guardare la TV o utilizzare i Tablet, è associato a una maggiore massa grassa, peggior fitness e salute cardiovascolare, comportamenti e modalità di socializzazione inadeguati e ridotta durata del sonno.

In Emilia-Romagna una quota importante di adolescenti trascorre più di tre ore davanti alla televisione, al PC, allo smartphone guardando video (16,6%) utilizzando social network (25,4%) giocando a video giochi (18,8%), quindi nel complesso il 60,8% degli adolescenti passa più di 3 ore davanti ad uno schermo, questo trend aumenta nettamente con l'età.

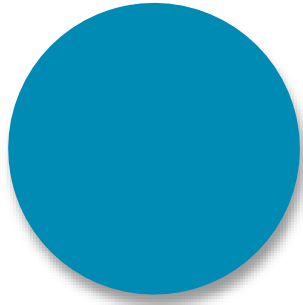
È significativo osservare che, tra i giovani dell'Emilia-Romagna, i livelli di attività fisica diminuiscono durante l'arco di vita compreso tra gli 11 e i 17 anni e al contempo aumentano le attività sedentarie, preparando il terreno al consolidamento di un comportamento a rischio destinato a mostrare un'alta prevalenza nell'età adulta.

I dati suggeriscono pertanto la necessità di maggiore attenzione alla pianificazione di interventi che riducano la transizione da uno stile di vita attivo a uno più sedentario durante l'età adolescenziale. I setting più promettenti per raggiungere le ragazze e i ragazzi sono l'associazionismo sportivo, attraverso strategie che limitino il fenomeno dell'abbandono delle attività motorie e sportive organizzate, e la scuola. La sostituzione di altre forme di attività fisica con altre più tipiche dell'età adulta, come la mobilità attiva e l'attività motoria autonoma in spazi pubblici, rappresenta un'altra possibile strategia di intervento.

I dati suggeriscono inoltre la necessità di adottare strategie comunicative che utilizzino strumenti e tecnologie nei contesti in cui gli stessi giovani cercano informazioni. Il gruppo di pari rappresenta una idonea modalità di approccio per affrontare i temi che riguardano gli stili di vita in quanto l'adolescente è stimolato a sfruttare le relazioni e interazioni sociali per strutturare il senso d'identità e rafforzare valori e modelli.

Bibliografia essenziale

- ¹ Global recommendations on physical activity for health: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
- ² 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
- ³ 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
- ⁴ 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
- ⁵ 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
- ⁶ Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913
- ⁷ Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health. Human Kinetics*. 2007.
- ⁸ 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
- ⁹ World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; ISBN 978-92-4-001512-8.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ 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
- ¹² 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
- ¹³ 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
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ 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.
- ¹⁶ 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
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ <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>
- ¹⁹ Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- ²⁰ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. *Media Use in School-Aged Children and Adolescents*. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)
- ²¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



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 di ragazze e ragazzi. 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 ragazze e 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 delle studentesse e 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 ragazze e ragazzi hanno del contesto scolastico, esaminando il loro rapporto con gli insegnanti, con i pari, le compagne e 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 delle nostre ragazze e 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 delle studentesse e degli studenti. Queste informazioni saranno utili nel confronto con le risposte fornite da studentesse e studenti per una migliore comprensione delle eventuali differenze che emergono nei comportamenti e nelle condizioni di salute di ragazze e 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 (%)

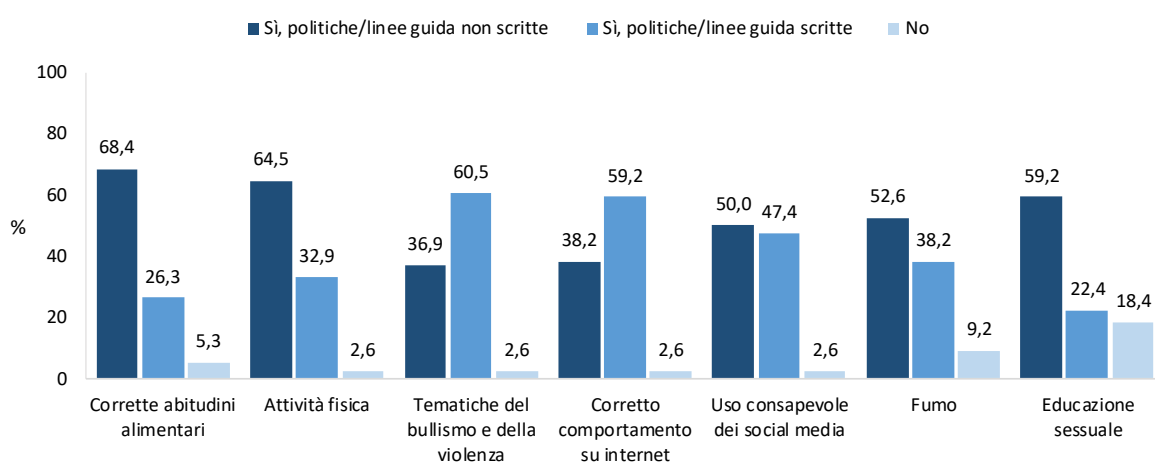
	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	13,2	56,6	25,0	0	1,3	3,9
La palestra è in buone condizioni	19,7	55,3	17,1	1,3	0	6,6
I laboratori didattici sono attrezzati	14,5	52,6	18,4	5,3	1,3	7,9
La scuola necessita di restauro	15,8	36,9	31,6	10,5	2,6	2,6

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 52,7% dei dirigenti scolastici afferma che la propria scuola avrebbe bisogno di un restauro (il 15,8% è 'completamente d'accordo' e il 36,9% è 'd'accordo'). Per quanto riguardano i giudizi su aspetti specifici, oltre tre terzi dei dirigenti si dichiara 'd'accordo/completamente d'accordo' sulle

buone condizioni del cortile (69,8%), della palestra (75%) e dei laboratori didattici (67,1%), seppure oltre il 6% dei dirigenti scolastici affermi che la palestra non è una risorsa presente nel proprio edificio scolastico. Il 30 % circa non si dichiara d'accordo sulla adeguatezza dei materiali didattici a disposizione.

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 di ragazze e ragazzi (Figura 1).

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

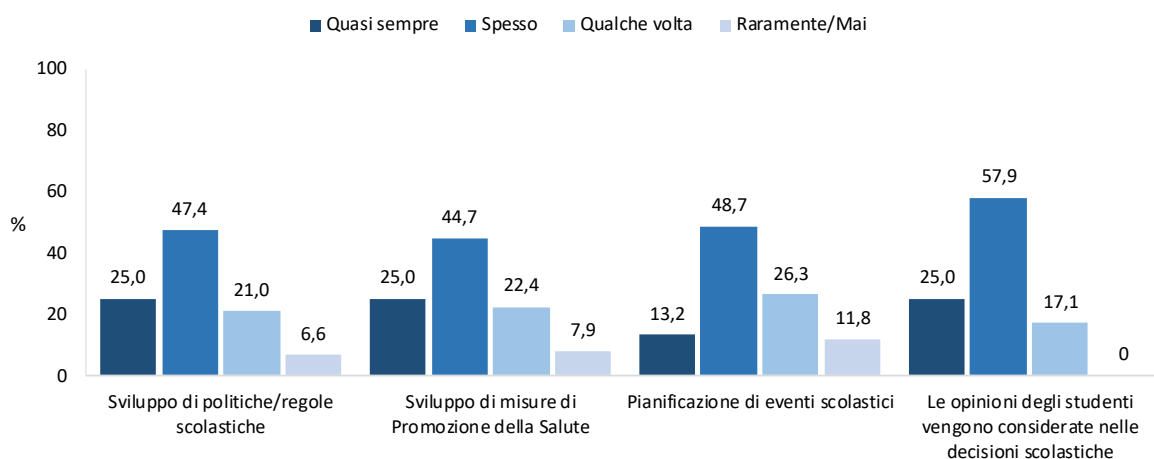


Indipendentemente dalle attività specifiche, è altrettanto importante descrivere quale livello di partecipazione la scuola offra alle proprie studentesse e ai propri studenti, sia nella pianificazione che nella organizzazione delle attività che li riguardano (Figura 2). Secondo i dirigenti scolastici che hanno risposto al questionario esistono politiche e linee guida scritte per quanto riguarda il corretto uso di internet e il fumo (38%). Il 18 % risponde che non esistono politiche specifiche per promuovere competenze educative legate al benessere quali l'educazione sessuale, mentre nel 60 % dei casi esistono misure di promozione di tale educazione a livello informale e nel 22% grazie alla presenza di linee guida e politiche scritte.

Dai dati della ricerca regionale “Tra presente e futuro” (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) i temi da trattare a scuola più richiesti da parte di ragazze e ragazzi sui quali occorre fare prevenzione sono relativi alla violenza di genere, alla salute mentale e all'educazione sessuale, seguiti dal consumo di sostanze e dall'educazione ambientale, come confermato dal commento seguente.

“C'è bisogno di fare educazione riguardo alla sessualità, ma non solo sulle malattie sessualmente trasmissibili, bensì su concetti che sembrano basilari ma non lo sono, come il consenso, la libertà, gli orientamenti sessuali, l'identità di genere, il Revenge porn e tanti altri temi. Educazione riguardo alla violenza di genere, al razzismo, al bullismo, e più educazione civica nelle scuole, anche nei licei, e magari servirebbe un supporto psicologico più efficace nelle scuole e in generale nelle istituzioni”

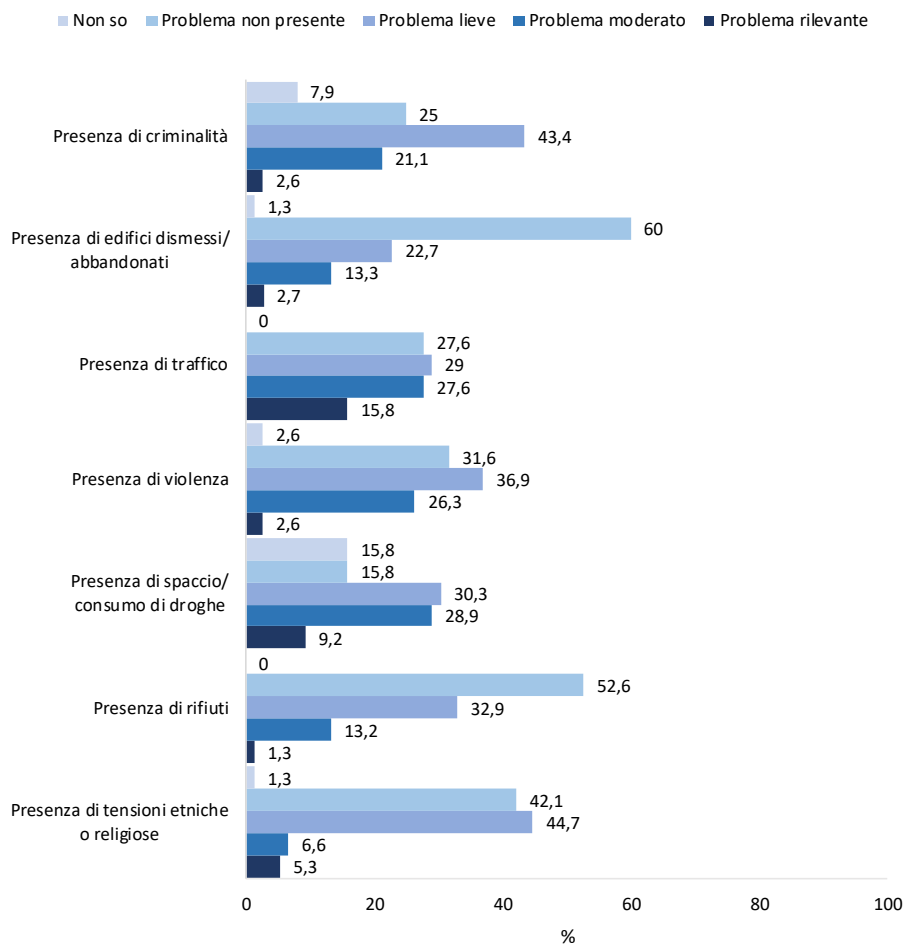
Figura 2. Coinvolgimento di studentesse e studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento di studentesse e studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (25% quasi sempre; 47,4% spesso) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni di studentesse e studenti nelle decisioni che competono la scuola (25% quasi sempre; 57,9% spesso).

Il contesto ambientale, come luogo nel quale la scuola è inserita, è di estrema rilevanza per le ragazze e 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 (%)



Un problema giudicato rilevante da oltre il 15% dei rispondenti è la presenza di traffico nella zona in cui è ubicata la scuola. Tra i problemi gravi è risultato essere rilevante per il 9,2% dei Dirigenti scolastici lo spaccio e il consumo di droghe, ritenuto invece un problema moderato dal 28,9 % degli stessi. Per importanza e gravità seguono la presenza di tensioni etniche o religiose segnalate come rilevanti dal 5,3 % dei presidi, seguite dalla presenza di violenza (2,6%) e alla presenza di criminalità (2,6%).

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

Per niente bene	0
Non molto bene	13,2
Nella media	64,5
Piuttosto bene	18,4
Molto bene	2,6
Non so	1,3

Secondo il Dirigente Scolastico, chiamato a valutare le condizioni di benessere presenti nel quartiere in cui opera la scuola appare “non molto bene” per il 13,2% e per il 64,5% nella media. “piuttosto bene” per il 20% circa dei rispondenti (Tabella 2).

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	4,0	10,5	2,6
In disaccordo	15,8	23,7	7,9
Abbastanza in disaccordo	7,9	10,5	13,2
Né in accordo né in disaccordo	18,4	21,1	14,5
Abbastanza d'accordo	19,7	7,9	15,8
D'accordo	25,0	18,4	30,2
Completamente d'accordo	7,9	5,3	10,5
Non so	1,3	2,6	5,3

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, il 32,9% dei Dirigenti è completamente d'accordo e d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (23,7%). Una percentuale superiore di Dirigenti si trova in disaccordo o completamente in disaccordo con l'affermazione posta dalla domanda (34,2%) relativa alla mancanza di punti di ritrovo. Quasi il 20% dei presidi è in disaccordo sulla scarsità di iniziative culturali nel territorio. Al contempo, la maggior parte dei dirigenti è d'accordo sulla presenza di molte associazioni che operano nel sociale (30,2% “d'accordo” e 10,5% “completamente d'accordo”).

Rapporto con gli insegnanti

La buona qualità della relazione tra insegnanti e studentesse 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 le studentesse e 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 ragazze e 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 la studentessa e/o 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	17 anni	Totale
Molto d'accordo	19,2	11,1	7,1	5,5	11,1
D'accordo	35,5	35,4	24,6	26,2	30,7
Né in accordo né in disaccordo	30,6	34,9	35,9	37,3	34,5
Non d'accordo	8,8	12,7	19,8	19,5	15,0
Per niente d'accordo	5,9	5,9	12,6	11,5	8,8

Rispetto alla qualità delle relazioni che le alunne e gli alunni avvertono nei confronti degli insegnanti, analizzando sia la Tabella 4 che 6 emerge come il vissuto positivo da parte di alunne e alunni cali all'aumentare dell'età. Infatti, coloro che sono d'accordo e molto d'accordo sono collocati nella fascia di età dei piccoli (11 e 13 anni) mentre al crescere dell'età, cala il grado di accordo sull'affermazione che gli insegnanti si interessano a te come persona, la percentuale di chi è "molto d'accordo" cala dal 19% degli undicenni ad appena il 5,5% dei diciassettenni. Confrontando i dati nazionali con quelli regionali vediamo che le alunne e gli alunni che si dichiarano d'accordo con l'affermazione "gli insegnanti sono interessati a me come persona" ottengono risultati leggermente più bassi di alcuni punti percentuali.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Molto d'accordo	31,7	17,8	8,0	6,2	16,5
D'accordo	35,1	33,4	24,6	24,7	29,7
Né in accordo né in disaccordo	20,1	28,1	32,1	34,8	28,4
Non d'accordo	6,9	13,1	20,9	19,4	14,8
Per niente d'accordo	6,2	7,6	14,4	14,9	10,6

Il disaccordo con l'affermazione "ho molta fiducia nei miei insegnanti" prevale nei grandi: tra i 15-17enni (il 34% circa dei grandi è in disaccordo) contro il 13% circa dei piccoli (11 anni) e il 20% dei tredicenni (Tabella 5).

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	17 anni	Totale
Molto d'accordo	46,7	32,1	18,6	15,1	28,9
D'accordo	35,1	41,4	39,2	40,1	38,9
Né in accordo né in disaccordo	12,9	18,2	28,2	31,1	22,1
Non d'accordo	3,1	5,4	8,0	9,5	6,3
Per niente d'accordo	2,2	2,9	6,0	4,3	3,8

Anche sul fatto di sentirsi accettati come persona dagli insegnanti (Tabella 6) lo scarto tra più piccoli e più grandi è rilevante visto che sono d'accordo quasi la metà degli undicenni (46,7%) mentre lo sono appena il 15% dei diciassetenni. Ad ogni modo, se sommiamo la percentuale di alunne e alunni che si trovano molto d'accordo e d'accordo con l'affermazione posta, vediamo che è abbastanza rassicurante notare che più del 50% dei 17enni si trova d'accordo, in percentuale molto inferiore ai piccoli che all'80% si trovano d'accordo.

Come indicato per i genitori nella ricerca regionale "Noi al tempo della pandemia" (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) anche i docenti hanno un ruolo fondamentale nella definizione dell'autostima e auto determinazione di ragazze e ragazzi. I dati evidenziano come le ragazze e i ragazzi che percepiscono un rimando positivo rispetto all'opinione sulle giovani generazioni da parte degli insegnanti, dichiarino durante la pandemia meno fatica nella concentrazione, si siano annoiati di meno, si siano sentiti più motivati e abbiano affrontato le difficoltà con un livello d'ansia nettamente inferiore. Nel dettaglio: il 29,3% di chi percepisce alta considerazione contro il 44,3% di chi pensa di essere poco considerato. E questa opinione, così come viene percepita dal campione, incide ancora di più sul rendimento, sul clima sereno con i docenti e sulla voglia di imparare.

Ma il cluster "insegnanti con alta o bassa considerazione" non si ferma al clima e ai risultati scolastici, va oltre, influenzando decisamente l'area della fiducia per il futuro.

Per consentire un confronto immediato tra gradi di accordo osservato ed età del rispondente per genere, nella Figura 4a e 4b sono riportate per maschi e femmine le percentuali relative all'essere "accordo" o "molto d'accordo" con le singole affermazioni per età.

Figura 4a. 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 (%)

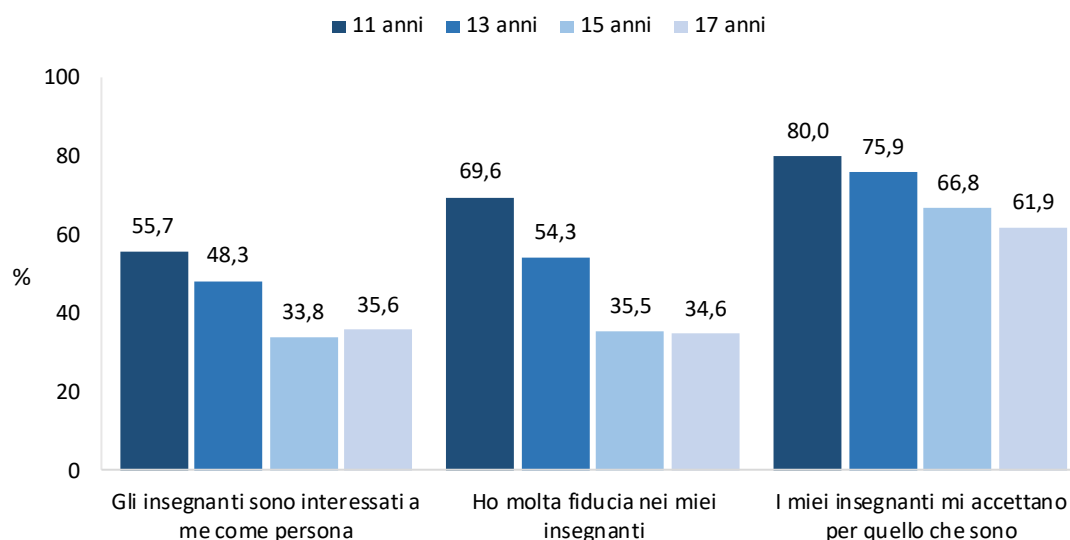
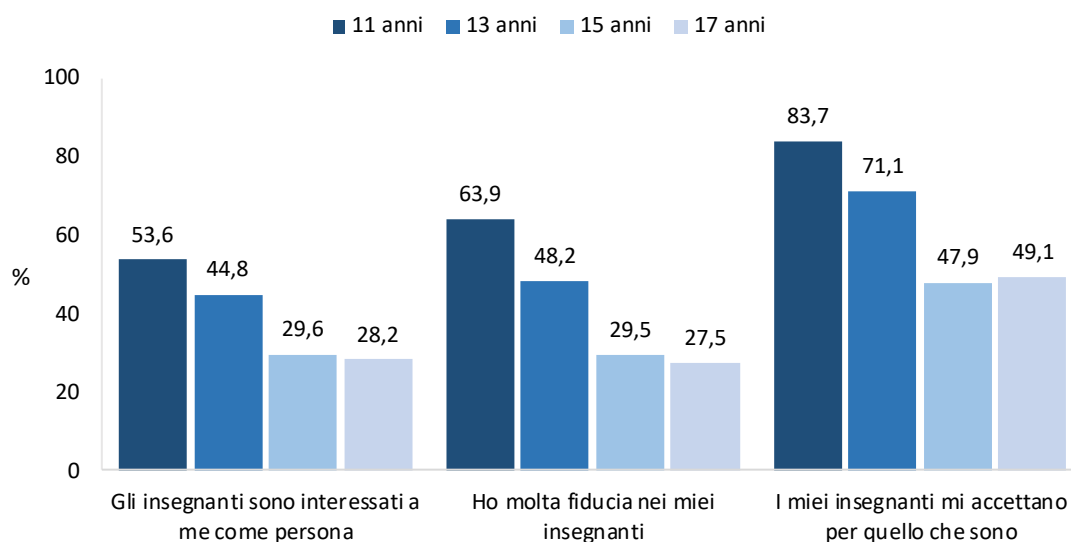


Figura 4b. Ragazze che dichiarano di essere “d’accordo” o “molto d’accordo” con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti, per età (%)



Sono gli undicenni più delle alunne e degli alunni più grandi a pensare che i loro insegnanti si interessano a loro per entrambi i generi. Analogamente notiamo un andamento decrescente (inversamente proporzionale all’età) del giudizio positivo rispetto alla fiducia e senso di accettazione di sé da parte degli insegnanti. Al crescere dell’età di alunne e alunni cala la percentuale di giudizi positivi pur essendo prevalente la positività fino a 13 anni in tutte le dimensioni esplorate. In tutte le dimensioni esplorate le femmine riferiscono meno fiducia negli insegnanti rispetto ai maschi in particolare, a partire dai 15 anni, lamentano più dei maschi di non essere accettate per quello che sono.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

Il modo in cui le ragazze e i ragazzi si relazionano con i loro pari e con le compagne e i compagni di scuola rappresenta un ulteriore fattore chiave per lo sviluppo della personalità di ragazze e 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, le studentesse e gli studenti che riportano maggiori difficoltà a relazionarsi con le compagne e i compagni presentano in media un peggiore rendimento con voti complessivamente più bassi¹³. Riportare relazioni positive tra pari, così come avere amiche e 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 da amiche e amici in caso di necessità.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	75,6	69,7	68,3	71,6	71,3
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	77,2	70,8	69,8	72,3	72,6
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	82,5	80,6	81,6	82,6	81,8
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	70,5	67,2	68,2	73,6	69,7

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	17 anni	Totale
Molto d'accordo	26,9	14,1	11,6	13,8	16,8
D'accordo	38,4	37,7	39,2	44,7	39,8
Né in accordo né in disaccordo	24,5	28,8	30	23,6	26,8
Non d'accordo	7,7	13,1	14,2	13,3	12
Per niente d'accordo	2,5	6,3	5,0	4,6	4,6

Una percentuale di ragazze e ragazzi di 11 anni attorno al 10% non è d'accordo sull'affermazione di poter contare sulla maggior parte delle compagne e dei compagni di classe. La percentuale di ragazze e ragazzi in disaccordo aumenta fino al 19% tra i 13 e i 15 anni, e diventa del 17 % tra i diciasettenni (somma di non d'accordo e per niente d'accordo). È confortante notare però che più della maggioranza delle ragazze e dei ragazzi di qualsiasi età del campione ritiene la maggior parte delle proprie compagne e dei propri compagni gentile e disponibile, con la percentuale più alta di accordo (65%) tra gli undicenni (Tabella 8).

Comparando i dati regionali con quelli nazionali, rispetto al rapporto positivo che alunne e alunni dichiarano di avere nei confronti delle loro compagne e dei loro compagni, emerge che i rapporti sono buoni soprattutto a 11 anni e in modo inferiore nei 13enni, allo stesso modo di quanto accade a livello nazionale. Gli undicenni dichiarano di sentirsi accettati nel 75% dei casi e nel 61% dei casi da parte dei quindicenni. Lo stesso andamento lo vediamo anche a livello nazionale con percentuali che calano dal 76,5% al 66% nei quindicenni.

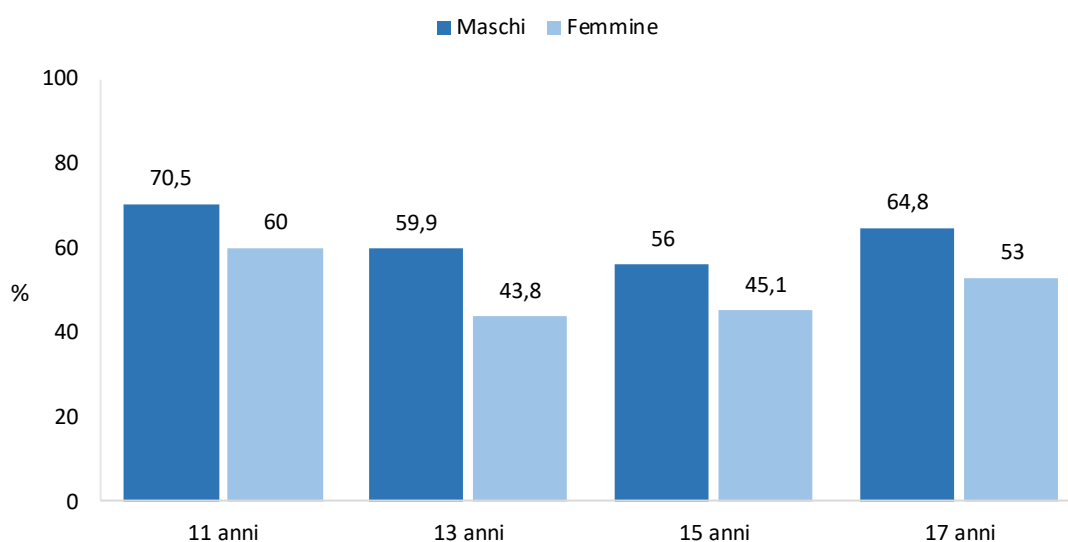
Tabella 9. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Molto d'accordo	39,4	23,7	19,5	19,6	26,0
D'accordo	36,1	35,6	42,4	43,3	39,1
Né in accordo né in disaccordo	16,8	26,5	25,9	25,3	23,5
Non d'accordo	4,06	7,8	7,5	6,8	6,5
Per niente d'accordo	3,64	6,4	4,7	5,0	4,9

In Tabella 9 emerge che la maggior parte delle ragazze e dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dalle proprie compagne e dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notandosi un decremento nel passaggio dagli 11 (75,5%) ai 15 anni (61,9%) un valore solo poco più alto si registra nei diciasettenni (62,9%). Rimane una percentuale di ragazzi più o meno del 10% a seconda dell'età che non si sentono accettati dai compagni per quello che sono (8% tra gli 11enni, 14% tra i 13enni, 12 % tra i quindicenni, 11% dei 17enni).

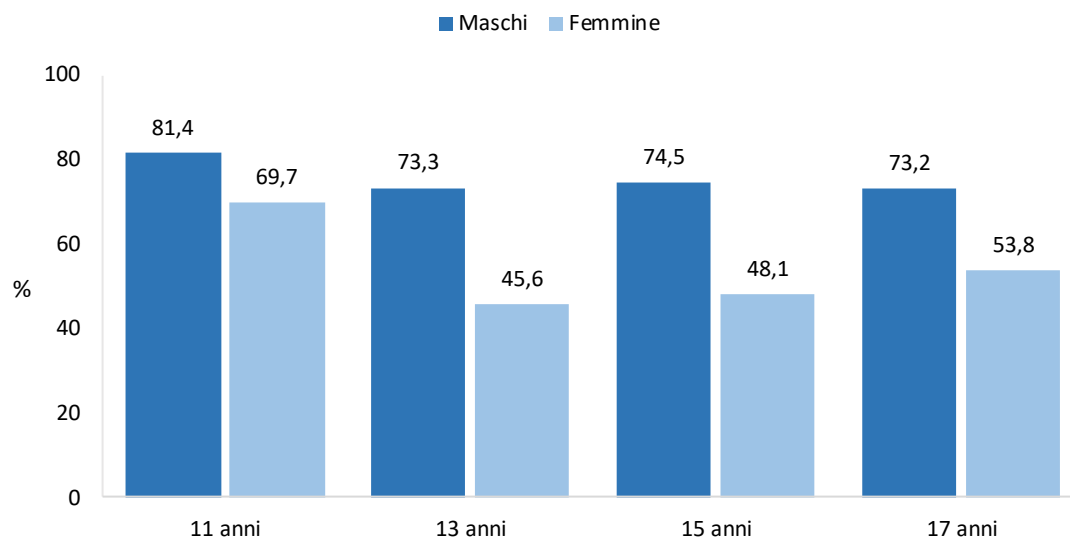
Nella consapevolezza che lo sviluppo delle relazioni tra pari avvenga con modalità e con livelli di qualità differenti tra ragazze e ragazzi della stessa età, nelle Figure 5 e 6 si riportano alcune risposte di ragazze e ragazzi rispetto alle affermazioni su cui sono stati intervistati.

Figura 5. Frequenza di coloro che sono “molto d'accordo” o “d'accordo” con l'affermazione: “la maggior parte delle mie compagne e dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età e genere (%)



Le femmine si dimostrano in percentuale inferiore ai maschi d'accordo sull'affermazione relativa alla percepita gentilezza delle compagne e dei compagni, con scarti percentuali anche superiori al 10% per quanto riguarda le diciasettenni (53%) rispetto ai coetanei maschi (64,8%).

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



Anche il grado di accettabilità da parte delle proprie compagne e dei propri compagni è differente tra i maschi e le femmine (Figura 6 e 7). Le percezioni delle ragazze risultano più negative rispetto ai loro coetanei.

Le alunne di 13 anni sono quelle che più di tutti gli altri gruppi ritengono di essere molto d’accordo o d’accordo sul fatto che le loro compagne e i loro compagni le accettano così come sono.

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 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’analoga aggressività che viene esercitata attraverso l’uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone 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 le ragazze e 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 a ragazze e 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	17 anni	Totale
Non sono stata/o oggetto di bullismo	81,3	86,2	89,2	92,3	86,9
Una o due volte	11	8	6,2	5,2	7,8
Due o tre volte al mese	3,2	1,7	1,8	1,2	2
Circa una volta alla settimana	1,5	1,62	0,7	0,4	1,1
Più volte alla settimana	3	2,48	2,1	0,9	2,2

L’aver subito episodi di bullismo negli ultimi mesi sembra essere inversamente proporzionale all’età: il 92% dei diciassetenni non è stato oggetto di bullismo, contro l’81% degli undicenni.

Anche gli episodi di bullismo subito più volte alla settimana è superiore nei piccoli (11enni: 3%) rispetto ai grandi (0,9% 17enni) con un andamento inversamente proporzionale all’età.

Nella ricerca regionale “Tra presente e futuro” (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) nel rapporto con i coetanei a scuola il disagio maggiore si registra rispetto all’esclusione da parte delle compagne e dei compagni per il 79% e in tema di violenza sono considerati comportamenti violenti in ordine le molestie, le offese razziste e le minacce ma, se ripetuti, anche i video non autorizzati e le offese dirette.

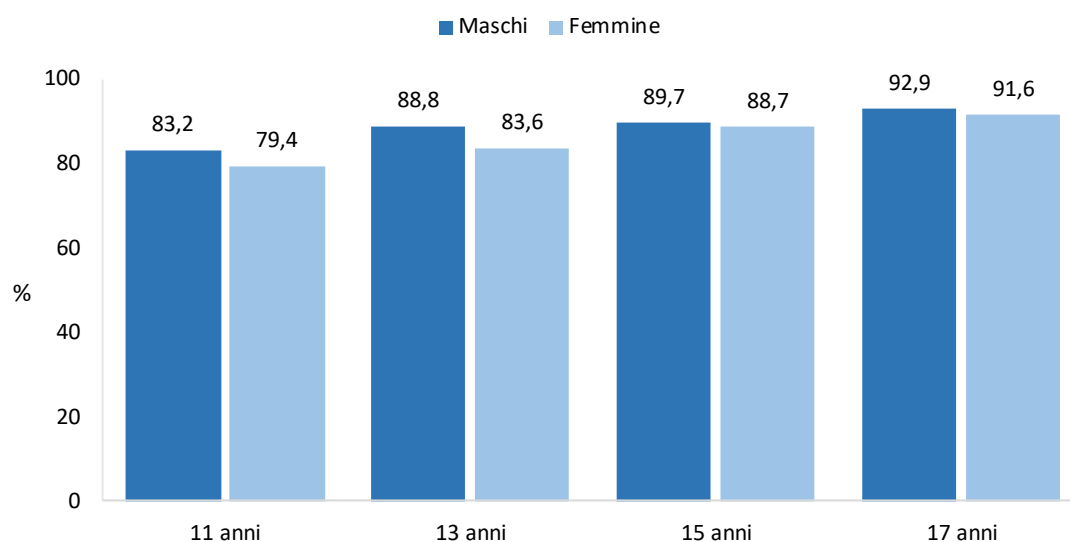
Le prese in giro e le esclusioni si sono frequentemente dimostrate capaci di generare malessere a scuola, generando stati di ansia, tristezza, rabbia e insicurezza. Subire prepotenze o prese in giro poco significative ma costanti determina situazioni di disagio che a lungo termine

diventano intollerabili. È altamente probabile che dover frequentare tutte le mattina un luogo dal quale ci si sente isolati ed esclusi a lungo andare diventi alienante e intollerabile.

Questo risultato dimostra quanto sia importante la variabile tempo negli episodi di bullismo e quanto sia essenziale nel lavoro di ricerca con gli adolescenti adottare paradigmi nuovi, non predefiniti dall'esperienza e da conoscenze precostituite, ma dall'osservazione sul campo.

In merito al tema del bullismo per metà dei rispondenti si affronta il problema in classe e gli insegnanti intervengono con determinazione ma la restante metà ha una percezione negativa rispetto alle modalità di intervento sul tema. Nel caso in cui si assistano o si subiscano prepotenze preoccupa che un 16% subisca mentre la maggioranza reagisce parlandone con amiche e amici o compagne e compagni o con i genitori o gli insegnanti.

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



La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi (86,9%), a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente le ragazze rispetto ai ragazzi e decresce con l'età (Figura 7).

Un'altra variabile da considerare riguarda la tipologia per cittadinanza. Nella ricerca regionale del 2020, realizzata prima dello scoppio della pandemia, il bullismo preoccupava il 40,3% delle ragazze e dei ragazzi stranieri con uno scarto di 10 punti percentuali rispetto ai coetanei italiani. Questa paura, vissuta soprattutto in classe e a scuola, suggeriva quanto fosse ancora lunga la strada da percorrere per considerare normale lo "stare insieme" a prescindere dal luogo di nascita e dalla provenienza.

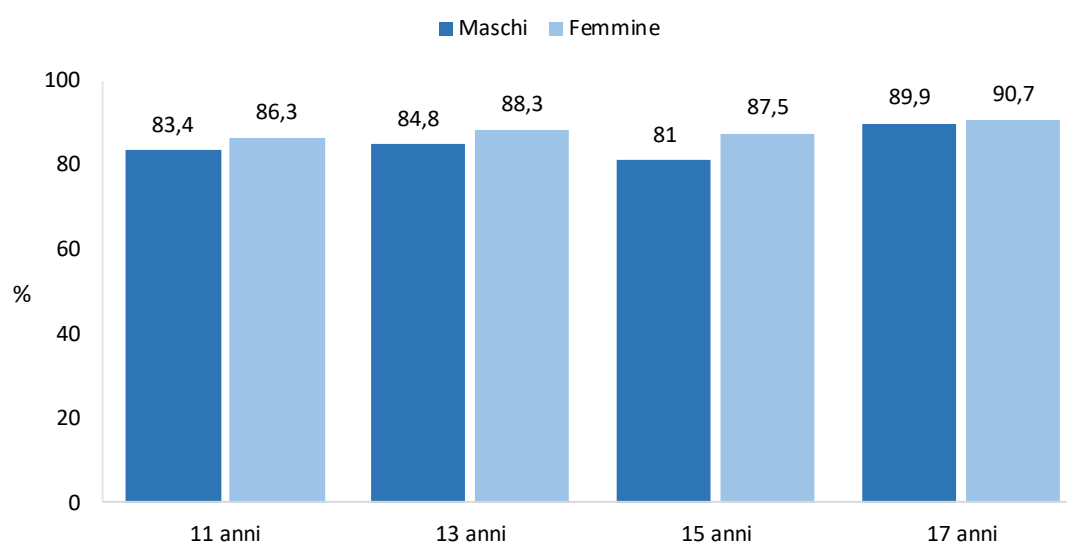
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo a ragazze e ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

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	17 anni	Totale
Non ho fatto la/il bulla/o con un compagno	84,9	86,6	84,1	90,3	86,3
Una o due volte	10,1	8,9	10,3	6,4	9,0
Due o tre volte al mese	2,0	2,0	2,1	0,7	1,8
Circa una volta alla settimana	1,8	1,5	1,4	0,8	1,4
Più volte alla settimana	1,2	1,0	2,1	1,8	1,5

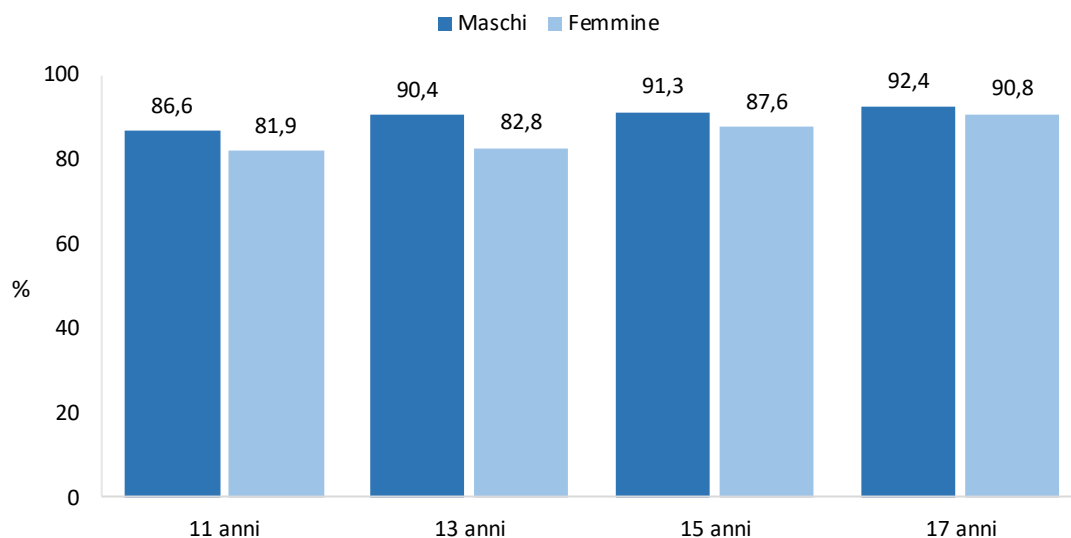
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte di ragazze e ragazzi, a prescindere all'età, non ha praticato episodi di bullismo verso una compagna o un compagno. Le ragazze a tutte le età dichiarano una partecipazione inferiore ad atti di bullismo nei confronti di compagne e compagni rispetto ai loro coetanei maschi. Non è irrilevante notare però che circa il 10% delle ragazze e dei ragazzi di 17 anni ha partecipato a uno più atti di bullismo negli ultimi mesi. Il 3% degli 11enni ha partecipato ad atti di bullismo almeno una volta la settimana.

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



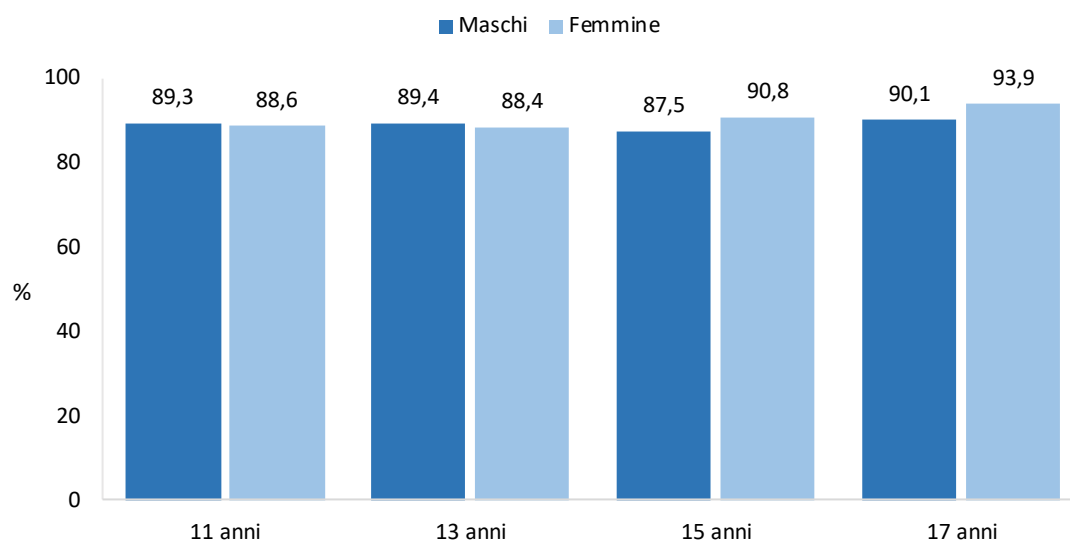
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto a ragazze e ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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 di ragazze e ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito azioni di cyberbullismo. C'è un gradiente in crescita all'aumentare dell'età per il non averne subito e un leggero gradiente di genere a sfavore delle ragazze. Il 18% delle ragazze di 11 anni, quindi potrebbe aver subito atti di cyberbullismo, contro il 13% circa dei ragazzi di 11 anni.

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 delle ragazze e dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato azioni di cyberbullismo, con differenze di genere che si manifestano soprattutto a partire dai 15 anni, a favore delle ragazze.

Oltre al bullismo ragazze e ragazzi possono incorrere in situazioni relazionali violente. Quindi, è stato chiesto loro 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 azzuffata/o o picchiata/o con qualcuno? per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	65,0	66,3	68,7	79,6	69,4
Una volta	17,8	16,8	16,9	10,3	15,7
Due volte	5,9	6,5	5,8	4,5	5,7
Tre volte	2,8	3,3	3,0	1,7	2,8
Quattro volte o più	8,5	7,1	5,6	3,9	6,4

La Tabella 12 mostra come un'elevata percentuale delle studentesse e degli studenti intervistati dichiarò di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente (65% dei gli undicenni e in proporzione crescente i ragazzi di età superiore fino al 79,6% dei diciassetenni). Al contrario, in media, circa uno su tre, dichiara di essersi azzuffato/picchiato con qualcuno, percentuali più elevate si osservano per i ragazzi di 11 e 13 anni.

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 ragazze e 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 di ragazze e 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 le ragazze e i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

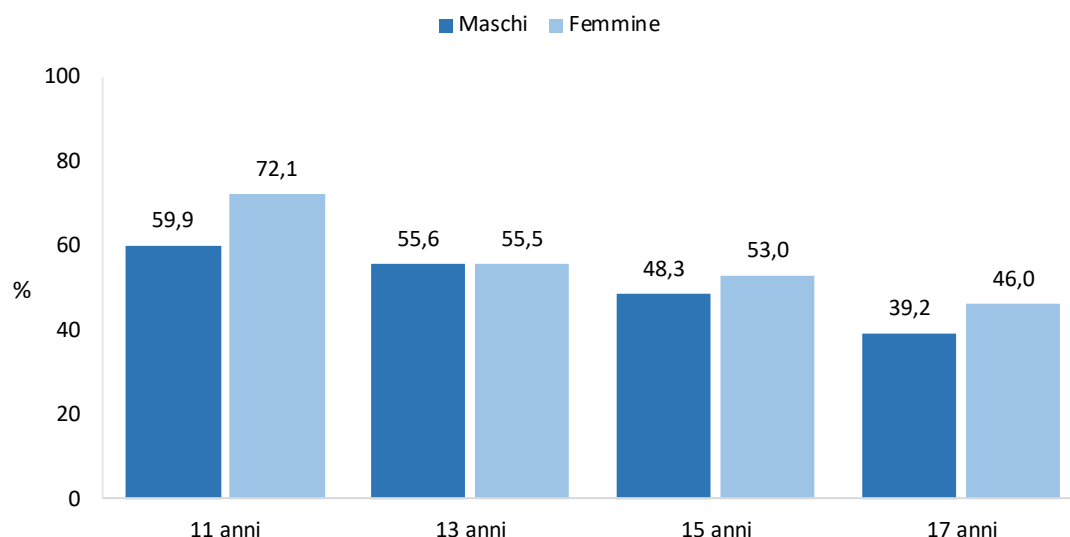
	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mi piace molto	13,4	6,2	5,2	4,9	7,6
Abbastanza	52,5	49,3	45,4	37,9	46,7
Non tanto	24,4	34	34,2	40,3	32,8
Non mi piace per nulla	9,7	10,5	15,2	16,9	12,9

La valutazione di ragazze e ragazzi rispetto alla scuola e al gradimento diminuisce al crescere dell'età. Piace molto o abbastanza a oltre il 65% degli undicenni contro il 43% circa dei diciassetenni.

E all'inverso non piace tanto o per nulla a più della metà dei 17enni (57%), contro il 35% degli undicenni. Il gradimento della scuola ha quindi un andamento inversamente proporzionale all'età. Confrontando i dati regionali con quelli nazionali, rispetto alla risposta “mi piace molto la scuola” vediamo che in Emilia-Romagna sono in percentuale leggermente inferiore, di alcuni punti percentuali le ragazze e i ragazzi a cui piace molto la scuola, 13% degli undicenni, contro il 18% a livello nazionale, il 6% dei tredicenni contro più del 8% a livello nazionale.

Nella Figura 11, solamente per ragazze e 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 di ragazze e ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell'età. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze, ma anche tra le femmine permane un peggioramento nel gradimento all'aumentare dell'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 di ragazze e ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto a ragazze e 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 (%)

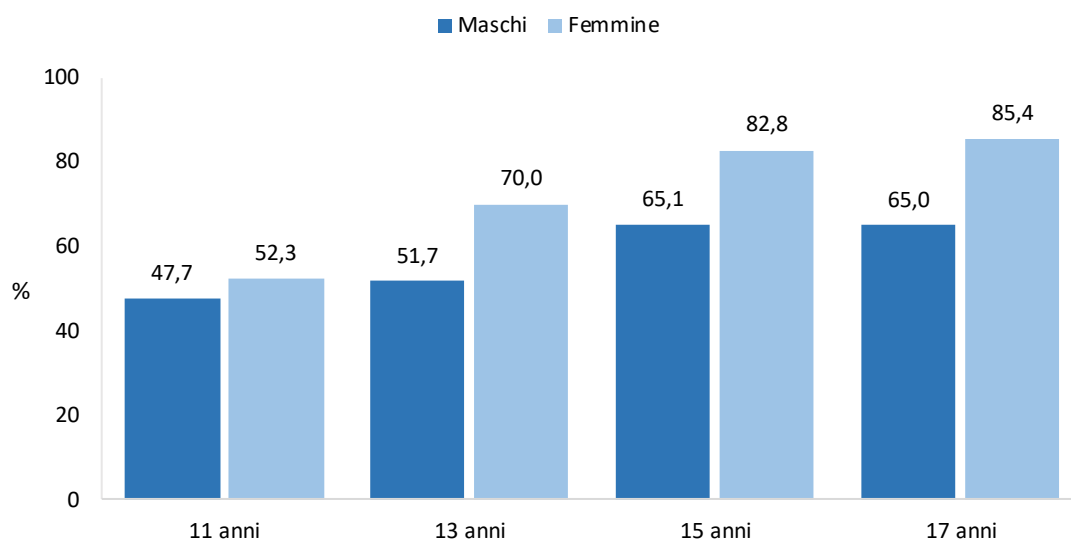
	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Per niente	7,4	5,4	3,5	4,7	5,3
Un po'	42,6	33,7	22,9	19,6	30,3
Abbastanza	31,1	38,1	35,8	32,4	34,4
Molto	18,9	22,8	37,8	43,3	30,0

Oltre il 60% delle alunne e degli alunni intervistati si sente abbastanza o molto stressato dai compiti scolastici. Lo stress riguarda più i grandi dei piccoli. A 11 anni dichiarano di essere abbastanza o molto stressati il 50%, a 13 anni il 60,9%, a 15 anni il 73,6% e a 17 anni il 75,7%. Il 43% dei 17enni si dichiara molto stressato contro il 19% circa degli undicenni.

Già nella rilevazione HBSC del 2018 emergeva che in testa alle maggiori paure comparisse per il 65% di ragazze e ragazzi la scuola e, in misura maggiore per le femmine. Tale dato è confermato dall'indagine regionale attuale, in cui emerge uno stato ansiogeno, molto più forte

di quanto ci si potesse aspettare, che caratterizza fortemente tutte le scuole di ogni ordine e grado coinvolte nella ricerca.

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



Esaminando le risposte di maschi e femmine relative alla domanda “quanto ti senti stressata/o da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?” è risultato che lo stress, oltre a venir percepito maggiormente al crescere dell’età in entrambi i sessi, colpisce più le ragazze rispetto ai ragazzi. Le femmine di 17 anni hanno percentuali di stress più alte dei coetanei maschi superiore di 20 punti percentuali. Anche a 13 anni le ragazze hanno quasi venti punti in più percentuali rispetto ai maschi della stessa età.

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.

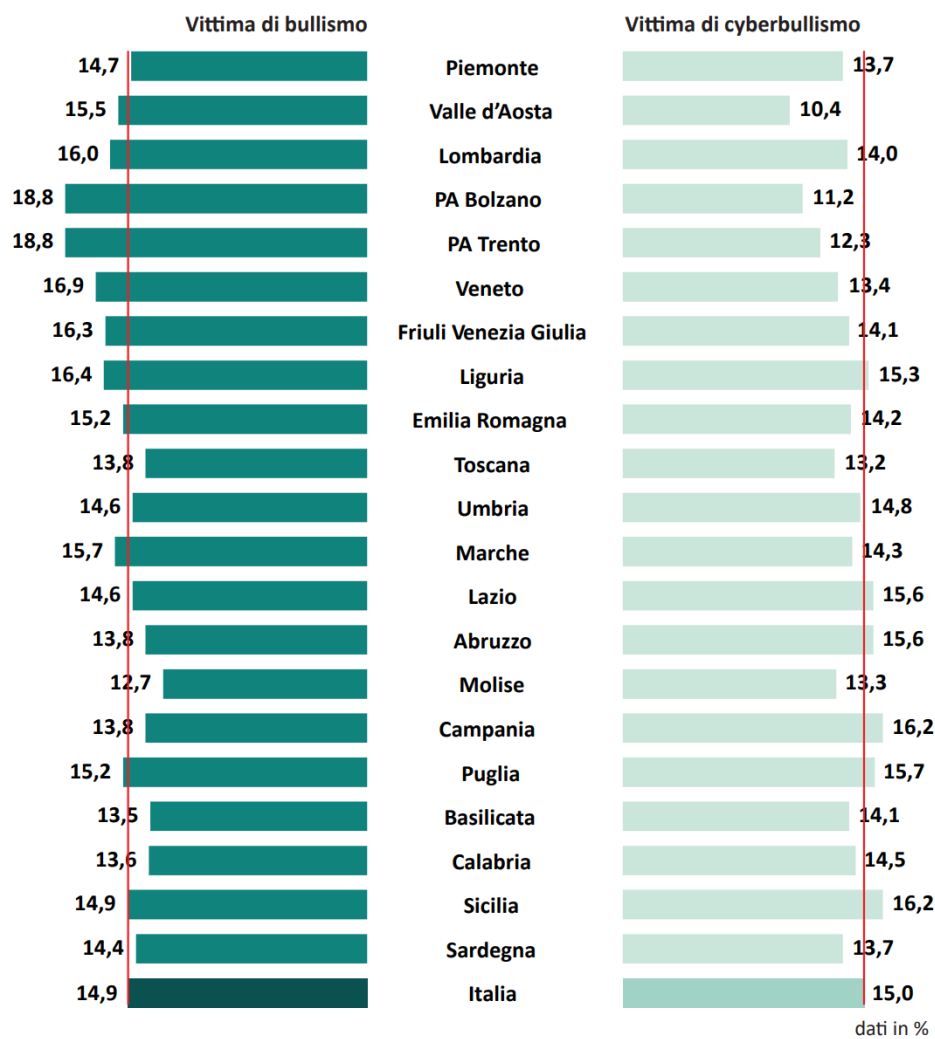
Tabella 15. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%), 11-15 anni

	2018	2022
Alle ragazze e ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	49,3	44,4
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	60,6	50,4
Le mie compagne e i miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	64,0	56,1
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	86,5	85,5
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	90,5	86,8
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	65,8	57,4
Mi sento stressata/o dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	58,0	61,3

E' significativo notare che nel confronto tra le risposte date nel 2018 rispetto al 2022, tutti gli item risultano peggiorati nel sondaggio recente, rispetto a quello prima della pandemia: le ragazze e i ragazzi del 2022 si sentono più stressati (+3%), hanno meno fiducia negli insegnanti (-10%), le compagne e i compagni risultano un po' meno gentili e disponibili (-8%), la scuola piace un po' meno (-8%), hanno subito leggermente di più episodi di bullismo e cyberbullismo (+ 1%; +3%).

Per un confronto geografico

Figura 13. Frequenza di coloro che dichiarano di aver subito atti di bullismo e cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per regione



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

Conclusioni

Come appurato da diverse fonti la pandemia da COVID-19, la crisi sanitaria, socio-economica, hanno avuto forti ripercussioni. Gli ultimi anni sembrano aver stressato di più le ragazze e i ragazzi, che manifestano meno disponibilità nei confronti delle compagne e dei compagni e gradimento nei confronti della scuola e meno fiducia nei confronti dei loro insegnanti.

La valutazione delle ragazze e dei ragazzi rispetto alla scuola e al gradimento diminuisce al crescere dell'età: piace molto o abbastanza a oltre il 65% degli undicenni contro il 43% circa dei diciassetenni.

Il gradimento della scuola ha quindi un andamento inversamente proporzionale all'età. Per migliorare il gradimento della scuola da parte di ragazze e ragazzi si potrebbe amplificare il percorso partecipativo e stimolarli ad essere autonomi sulle modalità per rendere la scuola più attraente, sperimentare, inoltre, forme innovative di didattica e di apprendimento.

In linea con quanto emerso dalla presente indagine, nell'analisi più dettagliata dell'ultima ricerca regionale "Tra presente e futuro" (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) si notano alcuni aspetti ricorrenti: al crescere dell'età crescono ansia e sfiducia nella scuola e nel futuro; in generale le ragazze denunciano maggiore malessere anche in ragione di una pronunciata consapevolezza più sfumata nel genere maschile.

I livelli di ansia e preoccupazione denunciati dal campione dei giovani dagli 11 ai 19 anni sono tali da far ritenere che la scuola sia percepita un luogo di malessere, capace per osmosi, di riflettersi nella prospettiva di un futuro incerto che toglie ogni illusione alla possibilità di realizzare i propri sogni e i propri progetti di vita. Nei commenti di ragazze e ragazzi viene richiesta ripetutamente una maggiore attenzione al benessere relazionale a scuola, all'importanza di avere una scuola che dia spazio anche a questioni e competenze che la società attuale richiede e che tratti tematiche legate all'identità di genere.

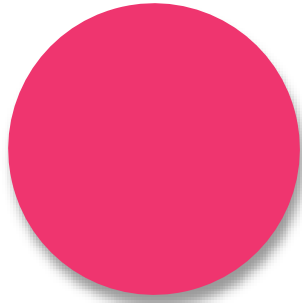
Così come ben espresso da alcuni commenti: *Penso che a scuola si dovrebbero trattare un po' di più argomenti come la solitudine, depressione, stress e ansia spesso causate dalla scuola stessa. Fare un'ora facendo una specie di colloquio con i prof per farci sentire un po' più vicini a loro, discutendo ovviamente di temi importanti.*

A mio parere, la scuola dovrebbe "interessarsi" di più alla salute mentale degli alunni. Le professoresse non lo notano (per la maggior parte delle volte) che un alunno soffre mentalmente. Sono molto contenta che la scuola abbia fornito una psicologa a chiunque ne abbia bisogno, però secondo me non è abbastanza. Ci vuole un passo in più."

Vi sono differenze significative anche rispetto alla tipologia di scuola frequentata: nei licei si registra un maggiore livello d'ansia (specialmente in relazione agli enti di formazione professionale) unita però a una maggiore determinazione e voglia di contare. Viene riconosciuta l'importanza dello sport non solo per le ricadute a livello fisico ma anche a livello educativo e in generale viene richiesta una maggiore attenzione al "corpo" in ambito scolastico.

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, Berchiolla 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 ragazze e 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	17 anni	Totale
Mai	99,3	94,2	75,7	64,9	84,6
1-2 giorni	0,4	3,3	5,9	9,0	4,4
3-5 giorni	0,1	1,0	4,0	5,2	2,4
6-9 giorni	0	0,5	2,9	3,7	1,7
10-19 giorni	0	0,3	2,7	3,9	1,6
20-29 giorni	0	0,5	2,3	2,7	1,3
30 giorni o più	0,2	0,2	6,5	10,6	4,0

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	99,0	94,0	77,0	76,4	87,3
1-2 giorni	0,5	2,4	9,3	9,2	5,1
3-5 giorni	0,1	1,2	3,4	3,0	1,9
6-9 giorni	0,2	0,5	3,1	3,4	1,7
10-19 giorni	0,1	0,9	2,2	2,5	1,3
20-29 giorni	0	0,4	0,9	1,0	0,5
30 giorni o più	0,1	0,6	4,1	4,5	2,2

Si osserva che la maggior parte (84,6%) delle ragazze e dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato una sigaretta negli ultimi 30 giorni. Il consumo di sigarette, compreso anche quello più saltuario, aumenta sensibilmente con l’età, passando dal 5,8% dei 13enni, al 24,3% dei 15enni sino al 35,1% dei diciassetenni.

Un andamento simile si osserva per il consumo di sigarette elettroniche dei 11-15enni.

Nelle Tabella 3a e 3b si può notare la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazze e ragazzi che dichiarano di aver fumato sigarette e sigarette elettroniche ogni giorno negli ultimi 30 giorni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Maschi	0,2	0,2	4,2	13,0	3,9
Femmine	0,2	0,2	8,9	8,5	4,2

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Maschi	0,0	1,0	2,2	3,9	1,6
Femmine	0,2	0,2	6,2	5,1	2,7

La percentuale di ragazze e ragazzi che dichiara di aver fumato quotidianamente nell'ultimo mese aumenta con il progredire dell'età. Per quanto riguarda la differenza per genere lo 0,2% degli 11-13enni dichiara di aver fumato sigarette ogni giorno negli ultimi 30 giorni. A 17 anni il fumo quotidiano è maggiore tra i maschi (13%) rispetto alle femmine (8,5%), ma a 15 anni si assiste a una inversione a sfavore delle ragazze. Relativamente al fumo delle sigarette elettroniche, si osserva che il fumo quotidiano nelle ragazze di 15 e 17 anni è maggiore rispetto ai loro coetanei.

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 ragazze e 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	17 anni	Totale
Mai	89,4	68,1	27,8	16,2	52,6
1-2 giorni	6,5	12,1	16,9	12,3	11,8
3-5 giorni	1,2	6,4	9,5	7,5	6
6-9 giorni	0,6	3,7	8,2	6,5	4,6
10-19 giorni	0,4	3,3	11,7	10,7	6,3
20-29 giorni	0,5	1,8	5,4	8,0	3,7
30 giorni o più	1,4	4,6	20,5	38,8	15,0

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Mai	95,7	78,9	41,3	27,8	63,1
1-2 giorni	2,9	12,3	28,5	25,1	16,5
3-5 giorni	0,8	4,2	15,7	21,5	9,9
6-9 giorni	0,3	2,5	7,2	13,1	5,4
10-19 giorni	0,1	1,4	4,5	7,3	3,1
20-29 giorni	0,1	0,1	1,2	1,8	0,7
30 giorni o più	0,1	0,6	1,6	3,4	1,3

La maggior parte delle ragazze e dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol (52,6%); tale percentuale si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 89,4% degli undicenni al 68,1% dei tredicenni al 27,8% dei quindicenni sino al 16,2% dei diciassetenni. Dalla Tabella 5 emerge che anche la percentuale di ragazze e ragazzi che dichiara di aver consumato alcol nell’ultimo mese tende a crescere con l’età, passando dal 4,3% degli 11enni al 72,2% dei 17enni.

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	17 anni	Totale
Maschi	0,2	0,6	1,4	3,9	1,4
Femmine	0	0,6	1,9	3,0	1,3

In tutti i gruppi di età il consumo quotidiano di alcol è quasi inesistente, sia tra i ragazzi che tra le ragazze (1,4% e 1,3% rispettivamente).

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	0,5	7,3	5,9	17,0	69,3
Vino	1,1	6,0	8,3	18,7	66,0
Superalcolici	0,3	7,2	9,9	16,4	66,2
Alcolpops	0,5	2,8	4,0	12,6	80,1
Spritz	0,3	7,4	9,7	14,0	68,6
Altra bevanda alcolica	0,5	9,5	9,7	16,1	64,2

Se si considera la tipologia di bevanda alcolica, il vino e i superalcolici sono ai primi posti, seguiti dallo spritz e dalla birra, in ultimo gli alcolpops.

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

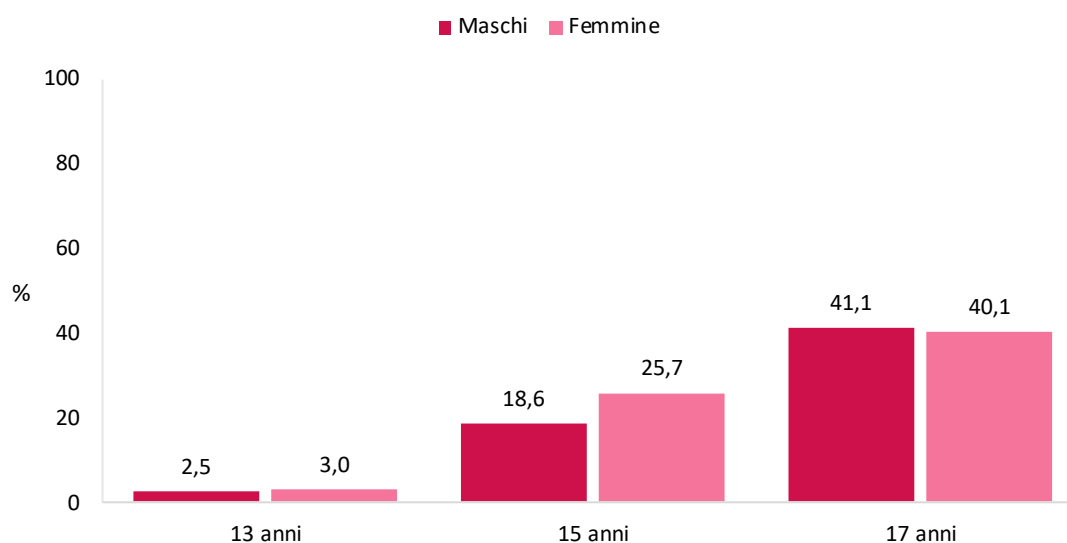
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni
No, mai	98,1	92,6	65,3	45,5
Si, una volta	1,5	4,7	12,7	13,9
Si, 2-3 volte	0,3	1,4	12,2	19,2
Si, 4-10 volte	0,1	0,9	5,2	11,2
Più di 10 volte	0	0,5	4,6	10,2

Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età, infatti, se tra gli 11 e i 13 anni la frequenza del "No, mai" è ben oltre il 90% nei 15enni tale frequenza si riduce al 65,3% e nei 17enni a 45,5%.

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

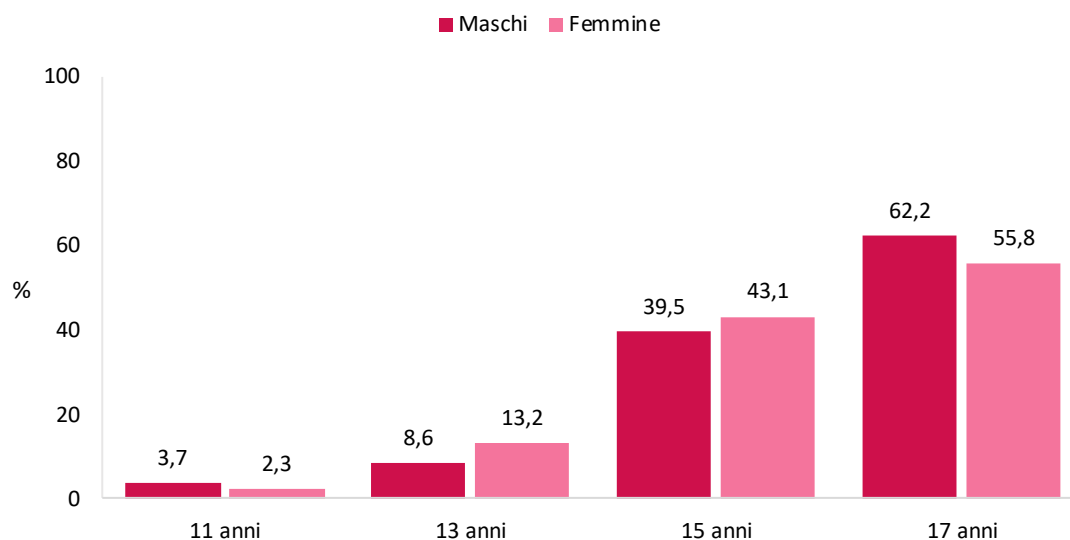


Le femmine, in percentuale superiore ai maschi, dichiarano di essere state ubriache due volte o più: a 15 anni il 18,6% dei ragazzi si è ubriacato due o più volte, quota inferiore rispetto alle loro coetanee (25,7%). Oltre il 40% dei 17enni dichiara di aver sperimentato l'ubriachezza due o più volte nella vita, con valori simili tra i generi. La quota degli 11enni non viene riportata per i valori molto bassi (maschi 0,2% e femmine 0,6%).

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

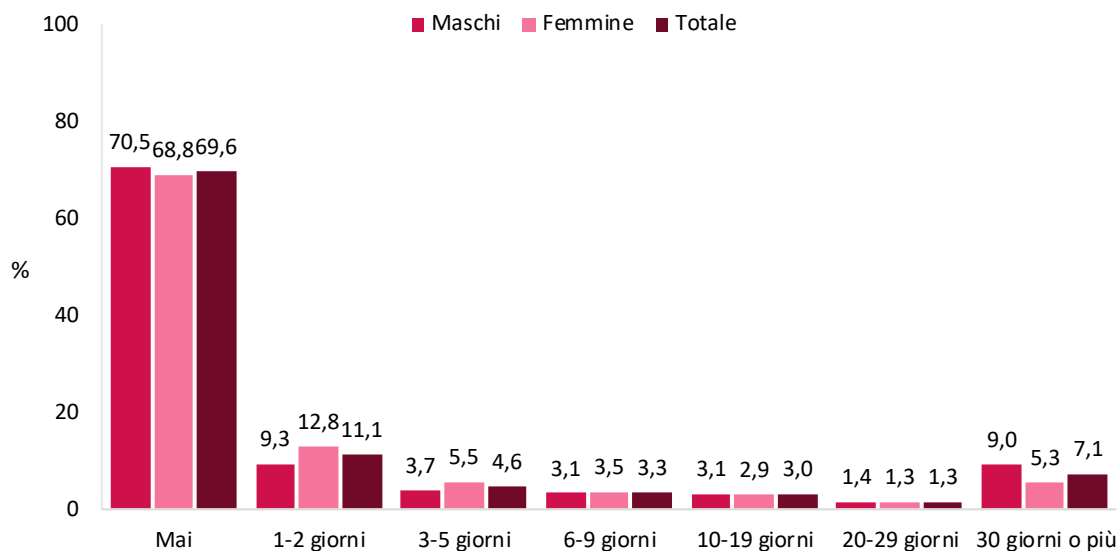


Analogamente a quanto già visto per il consumo di alcolici e l'ubriachezza, anche il fenomeno del binge drinking presenta un aumento al crescere dell'età. Tra i 13 e 15enni si osserva una maggior prevalenza fra le femmine rispetto ai loro coetanei. All'età di 15 anni, il 43,1% delle ragazze e il 39,5% dei ragazzi ha bevuto almeno una volta cinque o più bevande alcoliche nel corso di una stessa, mentre tra i 17enni, i maschi (62,2%) in percentuale superiore alle femmine (55,8%), dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol.

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.

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

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



In Emilia-Romagna circa il 30% dei 15-17enni ha fatto uso di cannabis almeno una volta nel corso della vita. Dai dati emerge che il 29,5% dei maschi e il 31,2% delle femmine ne ha dichiarato l'uso. Il 7,1% ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (9%) rispetto alle loro coetanee (5,3%).

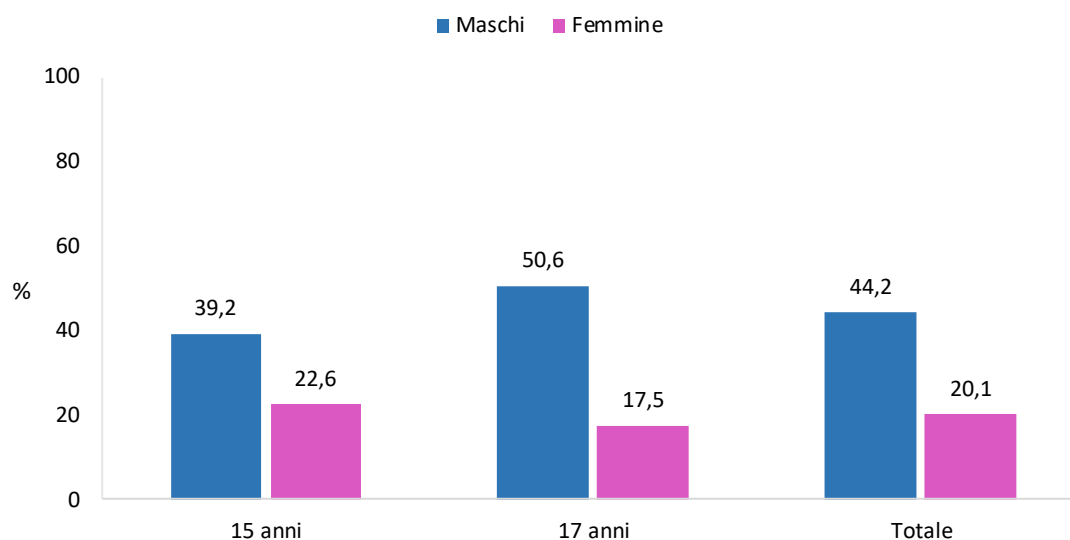
Gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è diventato un problema sempre più diffuso tra gli adolescenti; questi ultimi sono considerati ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottostimarne i rischi e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza¹⁵⁻¹⁷. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a conseguenze negative, come comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio¹⁸. L'indagine HBSC ha come obiettivo quello di monitorare l'esperienza delle ragazze e 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 alle ragazze e 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 la quota di quindicenni che ha provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita per genere.

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



Il gioco d'azzardo coinvolge circa il 32% delle ragazze e dei ragazzi, con sostanziali differenze di genere. Il 44,2% dei maschi e il 20,7% delle femmine ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita.

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 di ragazze e ragazzi.

Nella Tabella 8 proponiamo la stratificazione con la scala FAS (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') di alcuni indicatori presenti in questo capitolo. (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 8. Gli indicatori di HBSC stratificati per il FAS (%), 15-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	10,0	7,4	8,5
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	22,6	22,6	25,0
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	55,6	66,3	71,9
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	25,4	30,9	33,9
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	40,3	50,3	55,6
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	27,2	31,6	30,0
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	27,9	31,4	37,4

Le ragazze e i ragazzi provenienti da famiglie con FAS alto sono soggetti a maggior rischio di comportamenti di dipendenza da fumo di sigaretta elettronica, alcol, cannabis e, in particolare, gioco d'azzardo. Probabilmente questo è legato ad una maggiore disponibilità economica.. Rimane più alto l'utilizzo di sigarette tradizionali tra le ragazze e i ragazzi provenienti da famiglie con FAS basso.

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.

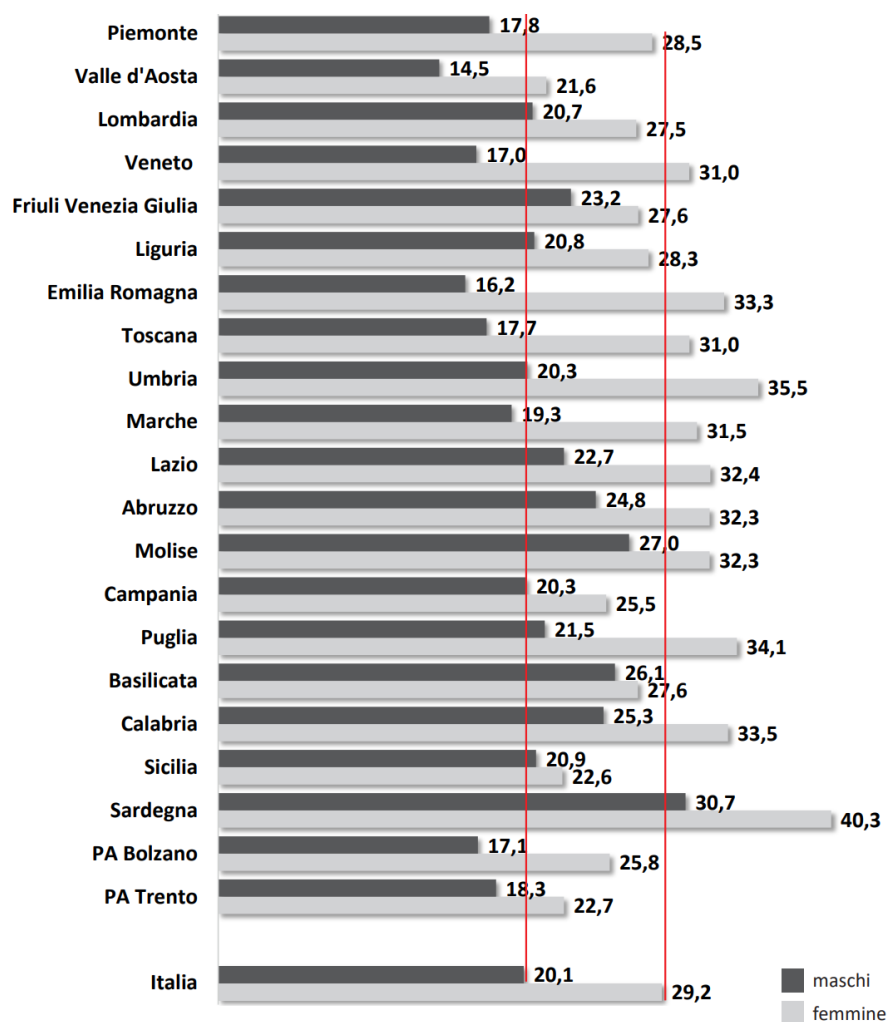
Tabella 9. Gli indicatori storici di HBSC: un confronto pre e post pandemia (%) - solo 15enni

	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27,2	24,3
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	47,1	58,7
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	15,7	22,0
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	36,4	41,2
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	11,1	12,2
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	32,6	31,2

Nel periodo post pandemia si osserva un notevole peggioramento negli indicatori legati al consumo di alcol. La percentuale di ragazze e ragazzi di 15 anni che consumano alcol almeno un giorno negli ultimi 30 aumenta in modo preoccupante dal 47% nel 2018 al 59% nel 2022.

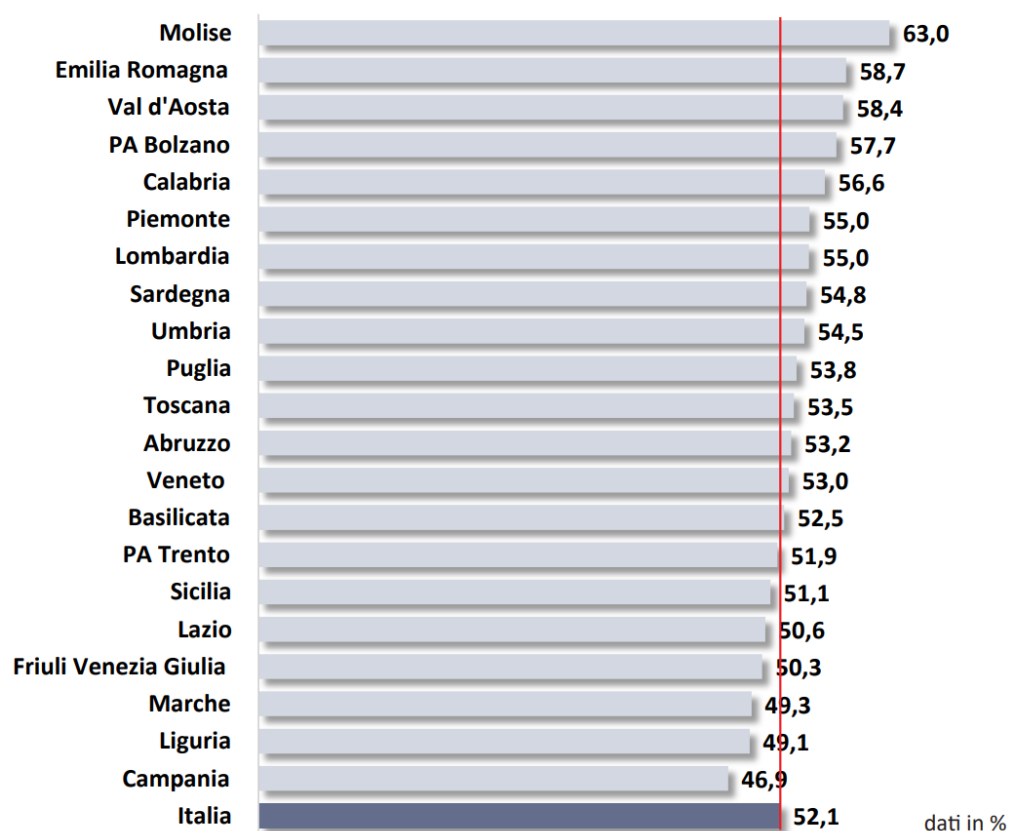
Per un confronto geografico

Figura 5. Frequenza di quindicenni che hanno fumato almeno un giorno negli ultimi 30, per genere e regione



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

Figura 6. Frequenza del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per regione



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

Conclusioni

I dati evidenziati dimostrano, in continuità con il precedente rapporto, come il consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali sia un comportamento che si è profondamente modificato nella percezione della popolazione generale e dei giovani stessi e ha assunto dimensioni sociali e individuali differenti rispetto ad anni fa. I giovani “considerati “biologicamente programmati” per la ricerca di nuove esperienze e per l’adozione di comportamenti, così come sono impegnati nella costruzione della loro identità”, hanno una disponibilità ad approcciarsi ad alcuni comportamenti (consumo di sostanze, di alcol, di nicotina e di gioco) non solo per caratteristiche specifiche ma anche per approcci culturali ormai radicati. Gli stili di consumo, nella fascia 11-17 anni, anche per questa sorveglianza, come ci confermano i nostri professionisti, evidenziano:

- un abbassamento dell’età media di iniziazione all’uso sostanze e al consumo abituale;
- un uso trasgressivo che si trasforma in habitus trasversale alle fasce sociali e alle età;
- una prevalenza di uso ricreazionale e prestazionale (lavoro, studio, etc.) con scarsa conoscenza/consapevolezza sui rischi del policonsumo e del consumo continuativo.

Analizzando i dati riguardanti il consumo di nicotina si può notare come l’utilizzo di sigarette “tradizionali” e di sigarette digitali siano simili, rispetto al primo approccio, evidenziando come il fenomeno non possa più essere interpretato unicamente sul concetto del “fumo di sigaretta”. Sempre di più la ricerca della nicotina e dei suoi effetti sembra essere un dato osservabile e individuabile. Sempre sul consumo di nicotina, il rapporto ci permette di

confermare che a partire dai 15 anni la disponibilità al consumo aumenta (il 17,2% dei diciassetenni ha fumato tabacco tra i 10 e i 30 giorni nell'ultimo mese contro l'11,5% dei quindicenni e l'1,9% dei tredicenni). Altro dato di conferma di trend osservati da tempo è la prevalenza di consumo di tabacco da parte del genere femminile rispetto a quello maschile (tale dato è confermato anche a livello nazionale).

Il consumo di alcol ha aspetti speculari rispetto alla nicotina evidenziando, però, una sua maggiore attrattività. L'alcol continua ad essere la sostanza più "interessante" per le giovani generazioni a prescindere dalle normative: il 10,6% delle ragazze e dei ragazzi di undici anni ha consumato alcolici almeno una volta nella vita. I tredicenni sono al 31,9%; i quindicenni al 72,2%; i diciassetenni all'83,8%. Da non sottovalutare il dato per cui il 12,5% delle persone di 17 anni ha consumato tra i 10 e i 30 giorni nell'ultimo mese (7,3% dei tredicenni).

Anche i dati sulla ubriacatura ci chiedono di prestare attenzione:

- il 54,5% delle persone di 17 anni si è ubriacata una volta (contro il 34,7 di chi ha 15 anni).
- Il 21,4 delle persone di 17 anni si è ubriacata tra le 4 e le 10 volte nella vita.
- Le ragazze di 13 anni adottano pratiche di binge per il 4,8% in più dei ragazzi.
- Le ragazze di 15 anni adottano pratiche di binge per il 4% in più dei ragazzi.

Anche sul consumo di cannabis si rileva una sostanziale uniformità di consumo rispetto al genere femminile e maschile. Il dato per cui il 30,4% delle/dei quindicenni e delle/dei diciassetenni ha consumato una volta nella vita cannabis ci obbliga a inserire sempre di più questo comportamento tra le azioni ricercate dal nostro target di riferimento.

Il gioco d'azzardo, rispetto al dato regionale, ci evidenzia come sia una pratica puramente maschile (22,1% di differenza) e che le ragazze di 15 anni sono più propense all'azzardo delle ragazze di 17 (22,6% contro il 17,5%).

Molto interessante risulta lo studio che compara lo status socio-economico della famiglia in merito ai comportamenti di consumo.

Esso evidenzia che:

- Un FAS basso ha una percentuale di consumo di tabacco (in un arco temporale di 30 giorni) superiore agli altri due (anche se le differenze tra i tre status sono di pochi punti percentuali).
- Nel consumo di sigarette elettroniche le ragazze e i ragazzi appartenenti a contesti familiari agiati hanno una propensione maggiore all'utilizzo.
- I contesti familiari con FAS alto sono più disponibili all'utilizzo di alcolici, alla ubriacatura e alla adozione di pratiche di binge drinking.
- Anche il consumo di cannabis è abbastanza omogeneo con una prevalenza di contesti familiari medi e alti.
- I contesti familiari con fas alto hanno una disponibilità maggiore a sperimentare il gioco d'azzardo.

I dati appena evidenziati ci impongono di continuare ad agire azioni di intercettazione precoce, di ampliare le azioni di prossimità, di non attendere che i fenomeni si approccino alla porta dei nostri servizi e creare sempre di più reti in grado di interloquire con un mondo in continua metamorfosi ed evoluzione. Per il perseguimento di queste finalità è necessario pensare un sistema di servizi in forte connessione con la realtà sociale, capace di apprendimento e di riflessione e quindi di modificarsi in relazione al mutare dei fenomeni.

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, Vollebergh W, Pickett W. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 ;25 Suppl 2:69-72.

⁷Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, Elgar FJ. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S120-S128.

⁸Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.

⁹Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.

¹⁰Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*.

¹¹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Drinking Levels Defined*. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.

¹²M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, *Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions.*, in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323-8.

¹³Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).

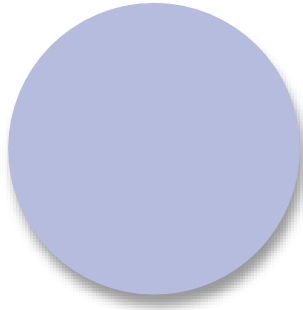
¹⁴Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.

¹⁵Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862-1873.

¹⁶ Frisone, F., Settineri, S., Sicari, P. F., & Merlo, E. M. (2020). Gambling in adolescence: a narrative review of the last 20 years. *Journal of Addictive Diseases*, 38(4), 438-457..

¹⁷Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci*. 2016;17(8):970-980.

¹⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36



CAPITOLO 7

Salute e Benessere

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 di ragazze e 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.

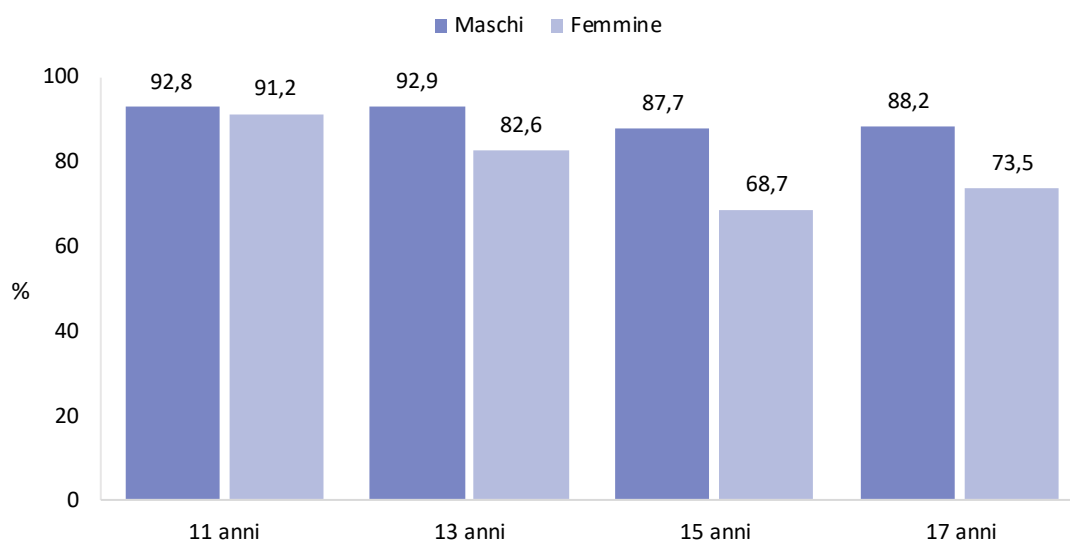
Tabella 1. “Diresti che la tua salute è...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Eccellente	36,5	33,9	23,5	21,9	29,4
Buona	55,5	53,9	55,2	58,5	55,6
Discreta	7,2	10,6	16,6	15,7	12,4
Scadente	0,8	1,6	4,7	3,9	2,6

Dai dati in Tabella 1 si evince che l'85% delle ragazze e dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge che nel passaggio dagli 11 ai 17 anni diminuisce la percentuale di chi reputa la sua salute eccellente e aumenta quella di chi la reputa buona.

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 ragazze e ragazzi che considerano la propria salute “buona o eccellente”, per età e genere



Il giudizio positivo circa la propria salute tende a diminuire all’aumentare dell’età, soprattutto per le ragazze e presenta evidenti differenze di genere. Le ragazze, infatti, rispetto ai loro coetanei, presentano una percentuale minore di dichiarazione di salute “buona o eccellente” soprattutto dai 13 anni in poi.

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 a ragazze e 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 nelle ragazze e nei ragazzi¹².

Il giudizio espresso da ragazze e 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 le persone di 11, 13 e 15 e 17 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 (%)

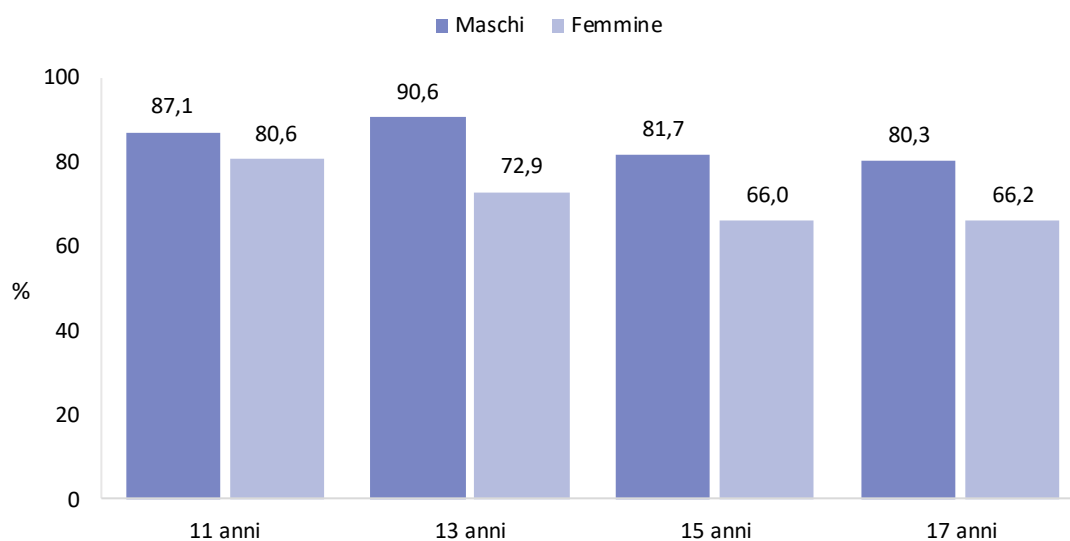
	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
0-5	16,1	18,3	25,8	27,2	21,5
≥6	83,9	81,7	74,2	72,8	78,5

Complessivamente l’78,5% delle ragazze e dei ragazzi dichiara livelli medio-alti di soddisfazione (≥ 6 punti) per la propria vita, mentre un giudizio più critico (punteggio da 0 a 5

punti) è stato espresso dall'21,5% del campione con una percentuale più elevata nei diciassetenni.

Nella Figura 2 le percentuali di percezione di un buon livello di soddisfazione di vita (≥ 6) da parte di ragazze e 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 evidenti differenze tra i due generi. La percezione medio-alta del proprio benessere è in percentuale più bassa nelle femmine con un andamento decrescente all'aumentare dell'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 a ragazze e 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 ragazze e 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 diverse classi di età dei sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali avuti negli ultimi sei mesi.

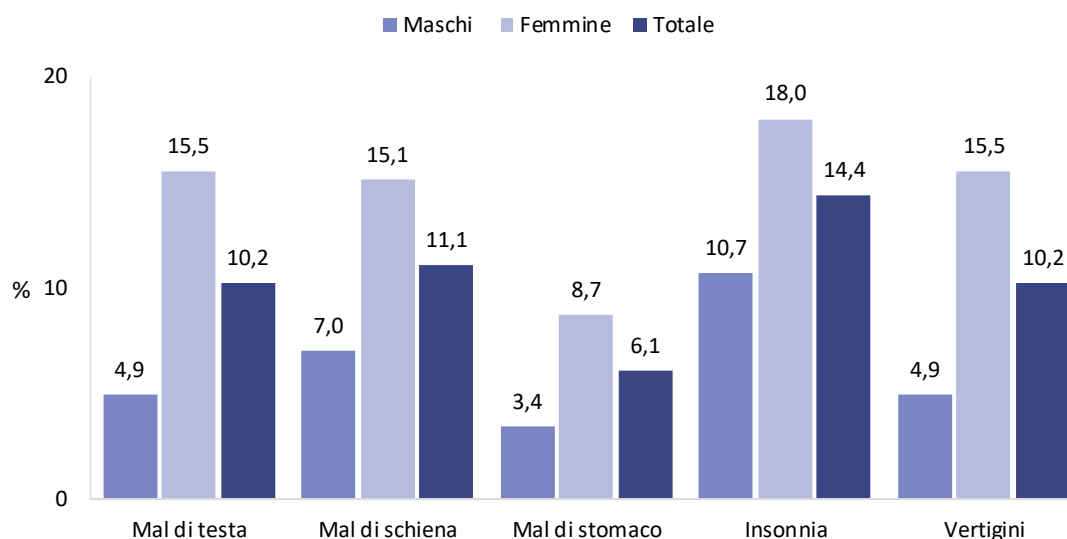
Tabella 3. “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentita/o) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini”,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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
Circa ogni giorno	38,2	43,1	51,3	45,9	44,5
Più di una volta a settimana	25,6	30,3	29,3	32,1	29,2
Circa una volta a settimana	20,6	15,6	12,2	14,9	15,8
Circa una volta al mese	12,1	9,3	5,8	5,7	8,4
Raramente o mai	3,5	1,7	1,4	1,4	2,1

Solo una piccola parte delle alunne e degli alunni intervistati, pari al 2,1%, riferisce di soffrire dei sintomi in elenco raramente o quasi mai, mentre il 44,5% li sente all'incirca tutti i giorni e il 15,8% una volta alla settimana. Le percentuali riscontrate evidenziano un aumento dei sintomi quotidiani all'aumentare dell'età ad eccezione dei 17 anni in cui vi è un calo.

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 dalle ragazze e dai ragazzi quotidianamente.

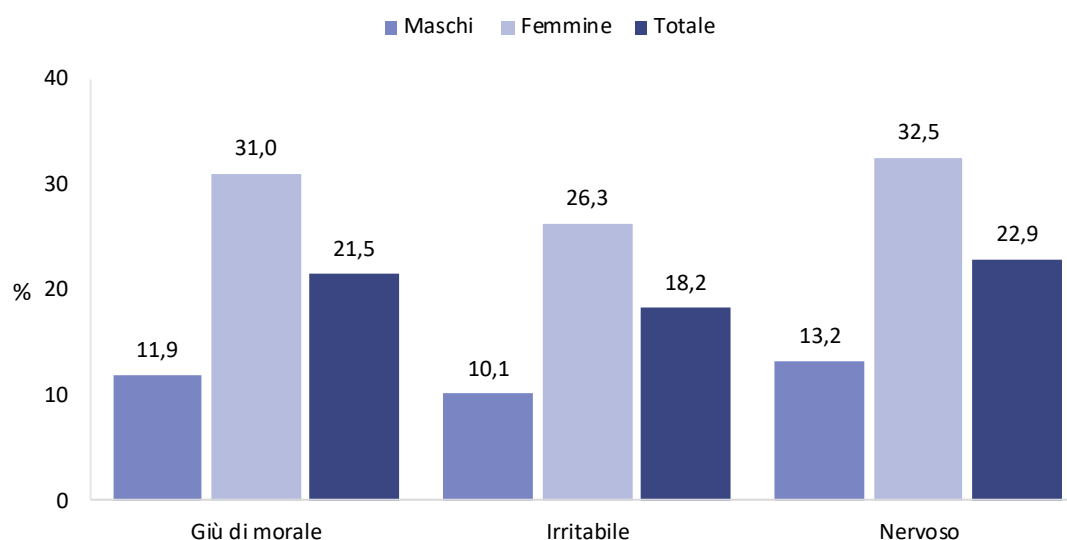
Figura 3. Frequenze di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini per genere, 11-17 anni



Il sintomo maggiormente riferito è la difficoltà di addormentarsi con una percentuale di 14,4%, a seguire il mal di schiena con il 11,1%, e, infine mal di testa e vertigini, entrambi con una

percentuale del 10.2%. Le femmine riferiscono in percentuale maggiore rispetto ai maschi di tutti i sintomi elencati.

Figura 4. Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di sentirsi giù, irritabile o nervosa/o per genere, 11-17 anni



Il 22,9% dei giovani dichiara di soffrire ogni giorno di sentirsi nervoso, il 21,5% di sentirsi giù di morale e il 18,2% irritabile. Questi sintomi psicologici sono molto più evidenti nelle femmine rispetto ai maschi.

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. La Tabella 4 riporta l'uso dei farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
No	46,7	40,1	34,9	32,8	39,0
Sì	53,3	59,9	65,1	67,2	61,0

La maggior parte dei giovani dichiara di aver fatto uso di farmaci per almeno un sintomo, tale utilizzo aumenta con il crescere dell'età passando dal 53,3% negli undicenni al 65,1% nei quindicenni e al 67,2% nei diciassettenni.

Tabella 4a. “Nell’ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?” per genere (%), 11-17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
No	47,8	30,2	39,0
Sì	52,2	69,8	61,0

Il ricorso ai farmaci è presente in percentuale maggiore nelle ragazze con il 69,8%.

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto alle ragazze e ai ragazzi quindicenni e diciassetenni 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 e diciassetenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

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

	15 anni			17 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Sì	19,0	20,7	19,9	39,0	46,5	42,9
No	81,0	79,3	80,1	61,0	53,5	57,1

Come si rileva dalla Tabella 5, il 20% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; le femmine in percentuale leggermente maggiore dei maschi; per i diciassetenni invece il 42,9% dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi, anche per questa età le femmine in percentuale maggiore rispetto ai maschi.

La Tabella 5a analizza la frequenza di adolescenti, nello specifico quindicenni e diciassetenni, che hanno avuto rapporti sessuali in base allo status socio-economico della propria famiglia, misurato tramite FAS (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’). (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 5a. Frequenze di ragazze e ragazzi quindicenni e diciassetenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per FAS (%)

	15 anni			17 anni		
	FAS basso	FAS medio	FAS alto	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Sì	19,2	16,5	27,4	39,9	44,1	42,0
No	80,8	83,5	72,6	60,1	55,9	58,0

Il 27,4% dei quindicenni che presentano un FAS alto hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali, seguiti dal 19,2% aventi un FAS basso e dal 16,5% con FAS medio; passando ai diciassetenni si ha che il 44,1% di coloro che hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali presenta un FAS medio, seguiti da coloro che hanno un FAS alto con il 42% e infine dal 40% circa con FAS basso.

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

	15 anni			17 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	75,5	64,7	70,0	67,3	52,6	58,9
Pillola	21,4	17,2	19,3	24,3	33,8	29,7
Coito interrotto	40,2	53,5	46,9	46,6	43,1	44,6
Contraccezione di emergenza	15,3	11,1	13,2	9,5	10,0	9,8
Giorni fertili	22,4	22,2	22,3	15,0	15,0	15,0
Altri metodi	2,0	5,1	3,5	6	5,2	5,6

Dai dati presenti in Tabella 6 si evince che tra gli adolescenti che hanno già avuto un rapporto sessuale completo, il 70%, tra i quindicenni, dichiara di aver utilizzato il preservativo, a seguire il coito interrotto con il 47% e infine, i giorni fertili (22,3%) durante l'ultimo rapporto. Inoltre, si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare nell'utilizzo del preservativo con una percentuale maggiore nei maschi e del coito interrotto invece, per le femmine. Tra i diciassetenni quasi il 60,0% dichiara di aver utilizzato il preservativo, a seguire il coito interrotto con il 44,6% e infine, la pillola (30% ca.) durante l'ultimo rapporto. Anche per quest'età si riscontrano alcune differenze di genere nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi; in particolare nell'utilizzo del preservativo e del coito interrotto con una percentuale maggiore nei maschi e della pillola invece, per le femmine.

La Tabella 6a analizza e approfondisce il tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale in base allo status socio-economico della propria famiglia misurato tramite FAS (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo'). (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

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

	15 anni			17 anni		
	FAS basso	FAS medio	FAS alto	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Preservativo	70,7	70,1	68,7	54,7	58,8	64,5
Pillola	14,6	20,2	21,9	22,6	31,0	33,3
Coito interrotto	46,3	54,2	40,6	50,9	43,8	40,9
Contraccezione di emergenza	9,8	14,3	12,5	7,6	10,2	8,6
Giorni fertili	24,4	21,4	23,4	19,0	13,8	12,9
Altri metodi	2,4	2,4	4,7	4,8	4,7	5,4

Se tra i quindicenni che hanno diversi livelli dello stato socio-economico familiare non si evidenziano differenze rilevanti tra i metodi di contraccezione utilizzati; per i diciassetenni la situazione cambia: la maggior parte di essi aventi un FAS alto utilizza il preservativo (64,5%) e la pillola (33,3%), al contrario coloro che presentano un FAS basso utilizzano maggiormente il coito interrotto (50,9%) e i giorni fertili (19,0%).

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). La ragazza o 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 ragazze e ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

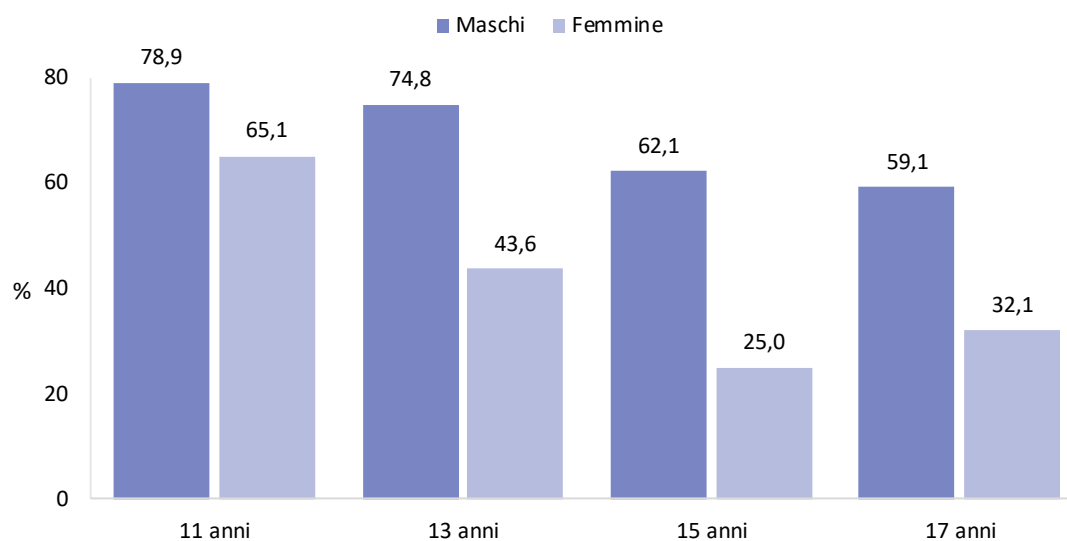
Tabella 7. Frequenze di ragazze e ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	17 anni	Totale
< 12,5	28,0	41,0	55,6	55,1	44,4
$\geq 12,5$	72,0	59,0	44,4	44,9	55,6

Poco più della metà delle ragazze e dei ragazzi riporta un livello di benessere psicologico alto, il quale aumenta al crescere dell'età. Tuttavia, un giudizio più critico è stato espresso dagli undicenni e dai tredicenni.

Nella Figura 5 le percentuali di percezione di un buon livello di benessere psicologico da parte delle ragazze e 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 delle differenze con percentuali di percezione di un buon livello di benessere psicologico più basse nelle femmine rispetto ai maschi. Tali

percentuali diminuiscono al crescere dell'età in entrambi i generi con un'unica eccezione nelle femmine di 17 anni in cui vi è un aumento.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Alle ragazze e 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 da ragazze e ragazzi negli ultimi 12 mesi.

Tabella 8. “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a solo/a” per genere (%), 11-17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	32,2	13,1	22,7
Raramente	34,0	25,2	29,6
A volte	24,7	37,3	31,0
La maggior parte delle volte	6,9	19,8	13,3
Sempre	2,2	4,6	3,4

Il livello di solitudine percepita è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi con il 24,4% delle ragazze che ha dichiarato di sentirsi sola negli ultimi 12 mesi “sempre” o “la maggior parte delle volte”. In generale il 31,0% dei giovani ha dichiarato di sentirsi solo “a volte” negli ultimi 12 mesi.

Infortunati

Alle ragazze e 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 ragazze e 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	17 anni	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	53,5	49,2	51,2	56,1	52,3
Una volta	24,9	27,3	27,1	23,9	25,9
Due volte	10,4	14,0	11,9	11,2	11,9
Tre volte	5,2	4,5	5,3	4,4	4,9
Quattro volte o più	6,0	5,0	4,5	4,4	5,0

In generale il 52,3% delle ragazze e dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche; non si riscontrano particolari differenze tra i vari gruppi d'età.

Il FAS e la soddisfazione di vita

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante per analizzare e approfondire alcune abitudini e stili di vita di ragazze e ragazzi.

Nella Tabella 10 proponiamo la stratificazione con la scala FAS (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’) di alcuni indicatori presenti in questo capitolo. (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 10. Livello di soddisfazione di vita stratificato per il FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	29,3	20,6	15,5
≥ 6	70,7	79,4	84,5

Tabella 10a. Livello di soddisfazione di vita (punteggio ≥ 6) stratificato per genere e FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Maschi	78,8	86,4	89,5
Femmine	63,9	72,5	78,6

Tabella 10b. Livello di salute buona o eccellente stratificato per genere e FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Maschi	86,5	90,9	92,7
Femmine	75,6	80,2	82,7

Le ragazze e i ragazzi che vivono in famiglia con FAS alto riportano una migliore soddisfazione rispetto alla propria vita e una migliore percezione della propria salute rispetto alle ragazze e ai ragazzi che vivono in famiglie meno abbienti, sia tra i maschi che tra le femmine.

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 delle ragazze e dei ragazzi riguardo 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 (%), 11-15 anni

	2018	2022
< 5	11,4	20,0
≥ 6	88,6	80,0

La percentuale di ragazze e ragazzi che dichiarano poca soddisfazione per la propria vita aumenta dall'11% del 2018 al 20% del 2022, evidenziando un impatto considerevole della pandemia su questo indicatore.

Conclusioni

La percezione dello stato di salute e di benessere dei giovani fra 11 e 17 anni della Regione si caratterizza per:

1. un sostanziale, e non inatteso, peggioramento degli indicatori prescelti al crescere dell'età
2. una significativa differenza negli esiti misurati in base al genere, con le ragazze che riferiscono sempre esiti peggiori dei ragazzi a parità di età
3. una non sempre evidente associazione fra FAS ed esiti di salute e benessere.

La frequenza di rapporti sessuali completi fra 15enni e 17enni non correla con il FAS, così come l'uso del preservativo o di altri metodi contraccettivi, ad eccezione del maggior utilizzo della pillola contraccettiva e minore utilizzo del coito interrotto all'aumentare del FAS. All'aumentare del FAS invece corrisponde una maggiore soddisfazione di vita e un maggiore livello di salute percepito. È possibile che alcune delle associazioni pure esistenti non siano state rilevate vista la numerosità campionaria limitata quando si stratifichi l'analisi per fascia di età, genere e FAS.

Nonostante questi limiti, le osservazioni ripetute nel tempo con una metodica standard permettono un utile confronto, come quello che ha evidenziato un peggioramento del livello di soddisfazione prima e dopo la fase acuta della pandemia di COVID-19.

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., Dalmasso, 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.

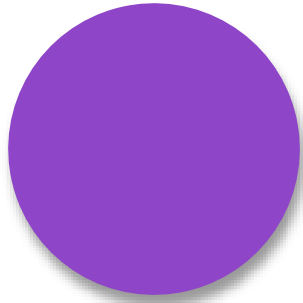
¹⁴Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.

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 delle ragazze e 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 le ragazze e 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 HBSC rileva la frequenza con cui le ragazze e i ragazzi hanno contatti online con le loro amiche e i loro amici, con amiche e amici di un gruppo allargato, con altre persone (es. familiari, compagne e compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 1 sono riportate le risposte di ragazze e 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	17 anni	Totale
Amiche/i stretti	67,9	77,7	83,6	85,3	78,2
Amiche/i di un gruppo allargato	43,1	45,5	46,5	47,2	45,4
Amiche/i conosciuti tramite internet	12,8	18,8	20,1	17,7	17,3
Altre persone, non amiche/i (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50,6	46,0	51,0	54,0	50,2

La maggioranza delle ragazze e dei ragazzi è in contatto tutti i giorni con la cerchia di amiche e amici stretti (78,2%) tramite i nuovi media, in percentuale crescente all'aumentare dell'età. Lo stesso andamento si registra per i contatti con altre persone (genitori, sorelle, fratelli, ecc.) e con amiche e amici di un gruppo allargato (rispettivamente il 50,2% e il 45,4%). Circa il 17% ha contatti giornalieri con amiche e amici conosciuti esclusivamente online, questo tipo di relazione risulta maggiore tra i quindicenni (20,1%).

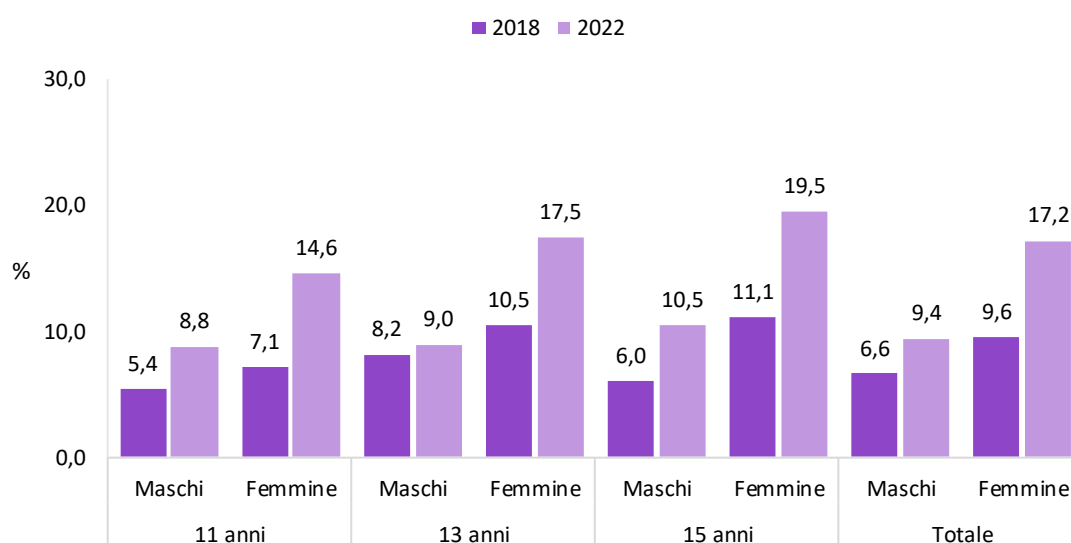
Tabella 1a. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone” per genere (%), 11-17 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Amiche/i stretti	74,2	82,2	78,2
Amiche/i di un gruppo allargato	49,1	41,8	45,4
Amiche/i conosciuti tramite internet	17,8	16,8	17,3
Altre persone, non amiche/i (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,7	51,7	50,2

L’82,2% delle ragazze sono in contatto tutti i giorni con la cerchia di amiche e amici stretti contro il 74,2% dei ragazzi. Mentre per i contatti con amiche e amici di un gruppo allargato e amiche e amici conosciuti tramite internet risultano avere più contatti i maschi rispetto alle femmine (rispettivamente 49,1% e 17,8%). Per i contatti con altre persone (genitori, sorelle, fratelli, ecc.) si registra una percentuale lievemente maggiore nelle femmine (51,7%).

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 ragazze e ragazzi 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 ragazze e ragazzi che fanno uso problematico dei social media, per età e genere (%), nelle rilevazioni del 2018 e 2022

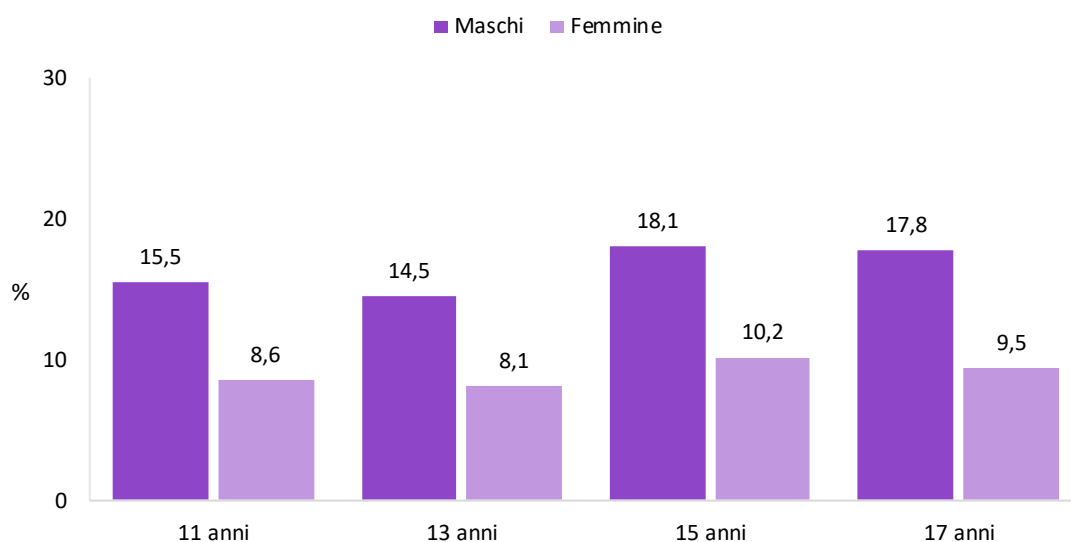


L’uso problematico dei social media cresce con l’età ed è maggiore nelle femmine per ogni fascia d’età, la percentuale di utilizzo problematico inoltre è aumentato in modo rilevante nel 2022 rispetto al 2018.

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, alle ragazze e 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 delle ragazze e 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.

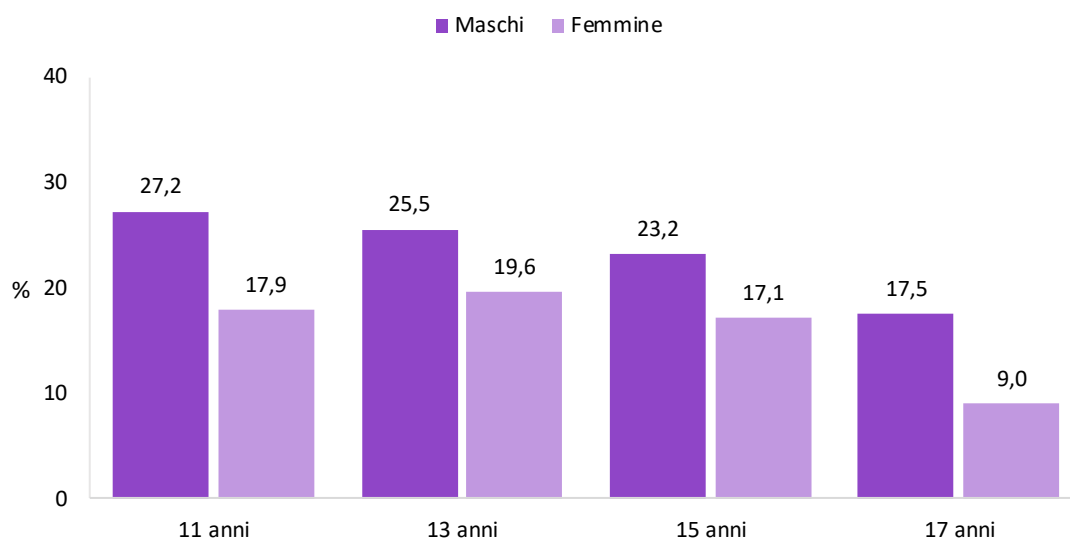
Figura 2. Percentuale di ragazze e ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere



Osservando la Figura 2, si nota che il 15,5% dei maschi di 11 anni, il 14,5% dei ragazzi di 13 anni, il 18,1% dei ragazzi di 15 anni e il 17,8% dei ragazzi di 17 anni dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa il 9,1%, 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, alle ragazze e ai ragazzi 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 ragazze e di ragazzi 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). La Figura 3 riporta la frequenza di ragazze e ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi.

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



L'uso problematico di videogiochi decresce con l'età ed è maggiore nei maschi per ogni fascia d'età, con una percentuale più elevata negli undicenni con il 27,2.

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.

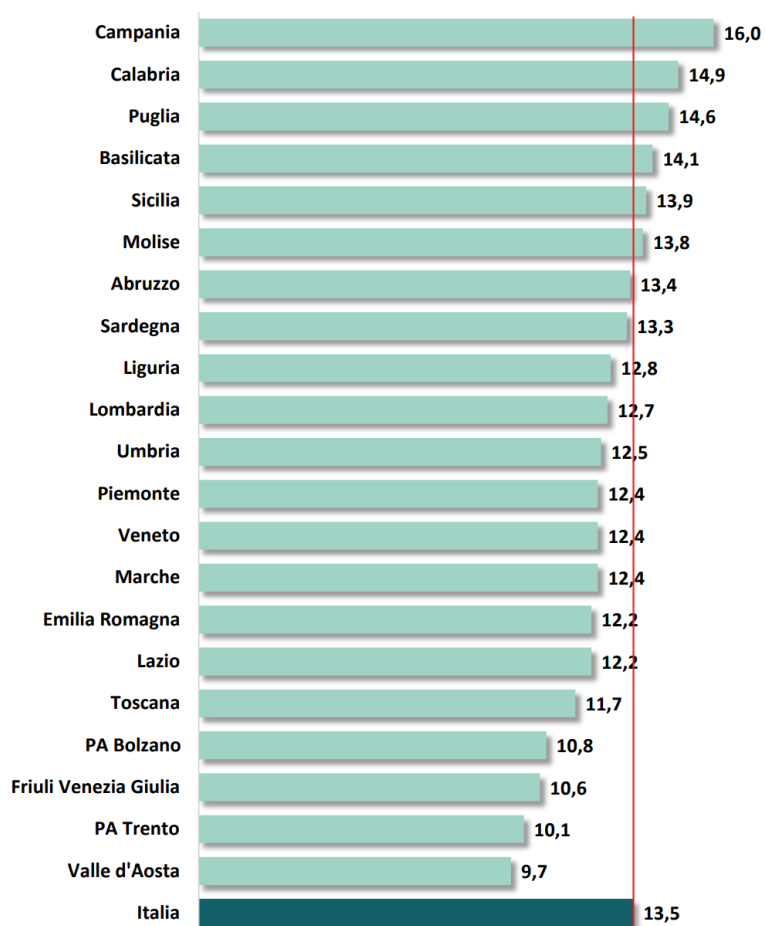
Nella Tabella 2 proponiamo la stratificazione con la scala FAS (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') di alcuni indicatori presentati in questo capitolo. (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 2. Gli indicatori dell'uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amiche/i stretti	72,0	80,2	79,8
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	42,5	44,7	49,8
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amiche/i conosciuti tramite internet	19,2	15,5	18,0
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amiche/i (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	46,1	51,0	53,0
Uso problematico dei social media	13,7	11,2	12,9
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	17,7	12,7	11,7
Uso problematico dei videogiochi	24,0	22,3	22,0

Per un confronto geografico

Figura 4. Percentuale di adolescenti che fanno uso problematico dei social media (6+ criteri), per regione



Fonte: https://www.epicentro.iss.it/hbsc/pdf/temi2022/HBSC%20-%20Schede%20Sintesi_2022.pdf

Conclusioni

La ricerca in oggetto, che ha contattato persone di età compresa tra gli 11 e i 17 anni, conferma alcuni trend e osservazioni che il mondo dei servizi ha notato da tempo rispetto ad un fenomeno nuovo e di difficile decifrazione. Il divario generazionale di fronte cui ci troviamo presenta caratteristiche uniche e innovative e alcuni strumenti che per le giovani generazioni sono attraenti e fondamentali tendono ad essere giudicati e avversati dal mondo adulto. Il mondo digitale non è più un luogo finto ed effimero ma è diventato una realtà relazionale ed esperienziale concreta e prolungata nelle esperienze di crescita delle giovani generazioni (ma non solo). Il fatto che il 78,2% delle ragazze e dei ragazzi dagli 11 ai 17 anni abbia contatti digitali (attraverso i social) con amiche e amici (il 67,9% degli undicenni e il 77,7% dei tredicenni) ci impone di contemplare questi strumenti come luoghi relazionali in cui le persone “inseriscono” emozioni, sentimenti, apprendimenti e percorsi di crescita. Se il 17,3% delle ragazze e dei ragazzi intervistati ha relazioni giornaliere stabili con persone conosciute in rete (12,8% degli undicenni e 20,1% dei tredicenni) significa che questi strumenti non servono solamente a “curare e mantenere” relazioni in essere ma anche a generare nuove conoscenze e nuove esperienze. Questo significato (dei social network e del mondo digitale in generale) viene confermato dal fatto che questi strumenti vengono utilizzati anche per “manutenere” le relazioni familiari (il 50,2% del target si relaziona stabilmente attraverso l’online con persone vicine ma non definibili come pari o amiche e amici). Come tutti i fenomeni nuovi, si evidenzia un aumento della percentuale di utilizzo problematico rispetto all’ultima rilevazione del 2018 (per la popolazione femminile si passa dal 9,6% del 2018 al 17,2% del 2022 – per la popolazione maschile si passa dal 6,6% al 9,6%). Il rapporto evidenzia come l’uso problematico di questi strumenti sia, percentualmente, più a caratterizzazione femminile che maschile. Anche l’analisi dello stato socio economico delle famiglie delle ragazze e dei ragazzi intervistate ci evidenzia come non ci siano sostanziali differenze tra i vari livelli di agiatezza rispetto all’utilizzo dei social o alle problematiche con essi generate. Il 13,7% delle ragazze e dei ragazzi con FAS basso dichiara un uso problematico contro l’11,2% di chi ha FAS medio e il 12,9% di chi ha FAS alto.

Interessante risulta l’analisi sui dati legati al tema del Gaming (novità del report 2022) che ci evidenzia che:

- i ragazzi giocano molto di più delle ragazze in tutti i range di età analizzati (11-13-15-17);
- l’abitudine quotidiana al videogioco (4 ore) riguarda più del 16% delle persone di 11/17 anni di genere maschile;
- l’uso problematico è prevalentemente maschile con un progressivo decremento con l’aumentare dell’età (27,2% 11 anni – 25,5% 13 anni – 18,1% 15 anni – 17,8% 17 anni);
- da non sottovalutare, in merito alla problematicità, anche il dato delle ragazze (17,9% delle undicenni – 19,6% delle tredicenni – 17,1% delle quindicenni);
- rispetto ai dati afferenti alle condizioni socio economiche delle famiglie si può notare che più il Fas è basso (17,7%) più il tempo impiegato nell’utilizzo dei videogiochi si alza (12,7% Fas medio – 11,7% Fas alto);
- Anche l’uso problematico di videogames si alza con l’abbassarsi delle condizioni socio-economiche delle famiglie (22% Fas alto, 22,3% Fas medio, 24% Fas basso).

Un aspetto interessante emerso nella ricerca regionale “Tra presente e futuro” (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) evidenzia

che più di una ragazza o ragazzo su tre (34,9%) pensa giustamente che l'eccesso di ore passate davanti a uno schermo sia un fattore negativo per la salute, ma solo il 9,6% trascorre di fronte ai device al massimo un'ora al giorno. È pur vero che la pandemia ha costretto la scuola alla didattica a distanza e quindi la sovraesposizione si può dire sia stata imposta, ma dopo il ritorno in presenza, la maggioranza del campione pari al 50,7% passa quotidianamente più di quattro ore davanti a uno schermo digitale.

In linea con le considerazioni fatte per la sorveglianza del 2018 si ritiene fondamentale nel prossimo periodo:

- Aumentare le competenze del personale sociale, sanitario, educativo nella comprensione e nell'utilizzo, a fini professionali, degli strumenti digitali
- Sperimentare progettazioni di intercettazione precoce sulle tematiche del digitale con particolare attenzione al gaming e all'internet disorder
- Promuovere azioni di peer education finalizzate all'aumento delle competenze e delle life skills dei giovani

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.

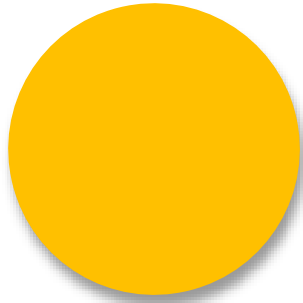
⁹Bender, P. K., Kim, E. L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports*, 7, 553-560.

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 da COVID-19, a seguito della diffusione globale del nuovo focolaio di coronavirus (COVID-19SARS-CoV-2). (OMS, 2020)¹.

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

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

Positività aSARS-CoV-2

La prima domanda a cui hanno risposto le ragazze e i ragazzi verteva sulla eventuale positività, sia di loro stesse/i che della loro famiglia, a SARS-CoV-2, nonché sulla ospedalizzazione a seguito della infezione. Nella Tabella 1 si riportano in percentuale le risposte delle ragazze e dei ragazzi per età e genere rispetto alla positività a SARS-CoV-2. La Tabella 2 riporta invece in percentuale le risposte di ragazze e ragazzi rispetto alla eventuale positività a SARS-CoV-2 di familiari e la loro ospedalizzazione.

Tabella 1. "Sei mai risultato/a positivo/a ad un test (un risultato positivo significa che avevi contratto la COVID-19) per il SARS-CoV-2?", per età e genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	54,9	50,7	52,8
13 anni	42,7	44,8	43,8
15 anni	44,8	42,7	43,8
17 anni	43,6	52,5	48,3
Totale	46,8	47,6	47,2

Osservando la Tabella 1, si nota che il 52,8% degli 11enni, il 43,8% 13enni, il 43,8% dei 15enni, il 48,3% dei 17enni è risultato positivo a SARS-CoV-2. In particolare, una percentuale maggiore di adolescenti risultati positivi risulta nelle ragazze di 17 anni con il 52,5% e nei maschi di 11 anni con il 54,9%.

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

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	77,7	14,3
13 anni	73,2	15,4
15 anni	76,6	17,1
17 anni	73,6	16,0
Totale	75,4	15,7

Osservando la Tabella 2, si nota che il 77,7% degli 11enni, il 73,2% dei 13enni, il 76,6% dei 15enni, il 73,6% dei 17enni anni ha avuto una familiare positivo al COVID-19 e il 15,7% delle ragazze e dei ragazzi ha dichiarato che ha avuto un familiare ospedalizzato a causa dell'infezione.

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

L'esposizione diretta o di un familiare a un caso positivo 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 alle ragazze e 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 (%), 11-17 anni

	Maschi			Femmine			Totale		
	Negativo*	Nè neg/pos	Positivo*	Negativo*	Nè neg/pos	Positivo*	Negativo*	Nè neg/pos	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	31,8	44,1	24,1	38,6	44,5	16,8	35,2	44,3	20,5
La tua salute	16,6	44,6	38,7	21,4	45,0	33,7	19,0	44,8	36,2
I rapporti con la tua famiglia	11,8	34,8	53,4	17,4	33,1	49,5	14,6	34,0	51,4
I rapporti con le/i tue/oi amiche/i	23,5	33,4	43,1	26,7	36,0	37,3	25,1	34,7	40,2
La tua salute mentale	29,3	38,0	32,7	53,0	27,4	19,5	41,2	32,7	26,1
Il tuo rendimento scolastico	21,9	33,7	44,3	24,3	36,6	39,1	23,1	35,2	41,7
L'assunzione di cibi e bevande	18,3	49,2	32,5	30,0	42,5	27,4	24,2	45,9	30,0
Attività fisica	41,6	24,6	33,7	41,4	28,2	30,4	41,5	26,4	32,0
Le tue aspettative per il futuro	21,0	47,8	31,2	30,2	43,9	25,9	25,6	45,8	28,6
La situazione finanziaria	15,2	51,2	33,6	15,5	51,7	32,8	15,3	51,5	33,2

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

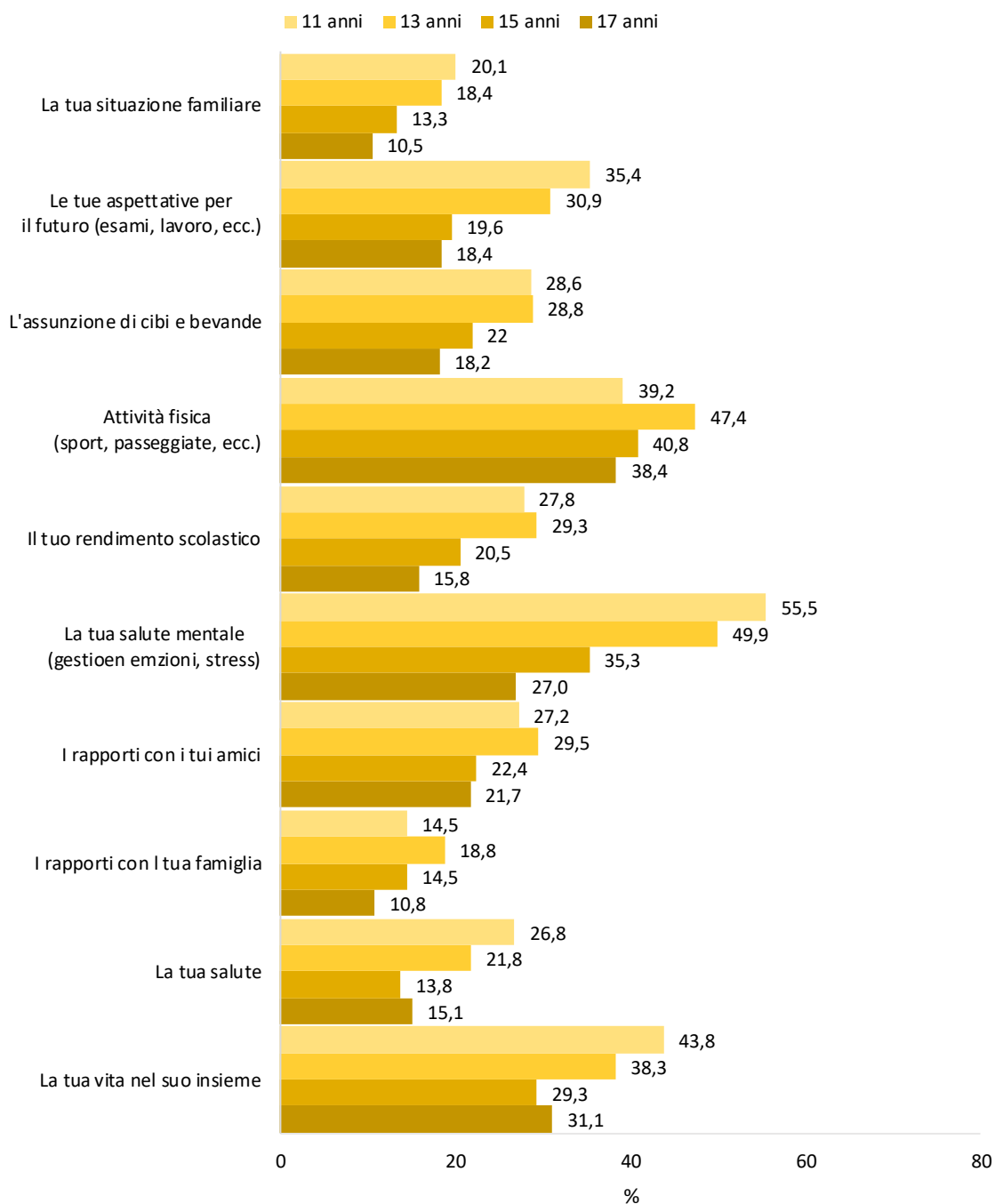
Osservando la Tabella 3, si nota che le femmine più dei maschi hanno avuto un impatto negativo rispetto alla maggior parte delle situazioni considerate; per l'attività fisica e per la situazione familiare, si riscontra la stessa percentuale di impatto negativo per entrambi i generi.

Secondo la maggioranza delle femmine la COVID-19 ha impattato negativamente sulla loro salute mentale (53% rispetto al 29% nei maschi) e sulle loro aspettative per il futuro (30%

contro il 21% dei maschi). Rispetto al rendimento scolastico il periodo della pandemia e la didattica a distanza sembrano invece, nella percezione delle ragazze e dei ragazzi, avere avuto un impatto o positivo o neutro per entrambi i sessi: uno su tre giudica l'impatto in modo neutro, mentre il 44% dei ragazzi e il 39% delle ragazze giudica l'impatto sul rendimento scolastico positivo. La maggioranza dei ragazzi (53%) e poco meno della metà delle ragazze (49%) giudica migliorato il rapporto con i propri familiari durante la pandemia, mentre oltre il 40% di entrambi i sessi giudica come negativo l'impatto che la COVID-19 ha avuto sull'attività fisica. Poco meno della metà delle ragazze e dei ragazzi dichiara di essere risultato positiva/o a SARS-CoV-2 e circa il 15% delle ragazze e dei ragazzi dichiara che un proprio familiare ha dovuto ricorrere a cure ospedaliere a causa dell'infezione da SARS-CoV-2. Oltre il 75% delle ragazze e dei ragazzi ha dichiarato che un membro della propria cerchia ristretta di relazioni ha contratto il COVID-19.

Nella ricerca regionale "Noi al tempo della pandemia del 2021 (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) si conferma che il genere ha inciso in modo significativo sul cambiamento dei propri comportamenti. Le adolescenti hanno vissuto con maggior sofferenza e disagio l'emergenza sanitaria e le restrizioni che ne sono seguite, dichiarando l'insorgere di una maggiore aggressività (+31,5% rispetto al 17,8% dei maschi), l'alternanza di consumo eccessivo di cibo e periodi di dieta, infine, anche se in piccola percentuale, hanno dichiarato un aumento di atti auto lesivi (+6,3% contro il 3,1% dei coetanei).

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



Osservando la Figura 1, si nota che le ragazze e i ragazzi più piccoli, ossia gli undicenni e i tredicenni, hanno avuto più frequentemente un impatto molto/abbastanza negativo rispetto a quelli di età superiore per quasi tutte le categorie prese in considerazione. In particolare, vediamo che le aspettative per il futuro sono peggiorate durante gli anni della pandemia per il 35% dei più piccoli contro il 18% circa dei diciassetenni, come pure per la salute mentale per il 55% degli undicenni e per il 50% dei tredicenni, contro il 29% dei quattordicenni e quindicenni.

La ricerca regionale “Noi al tempo della pandemia” (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) ha rilevato che gli adolescenti nella fascia dagli 11 ai 13 anni abbiano trovato ancora nella famiglia un valido supporto e abbiano messo in atto strategie di compensazione alle misure di restrizione del periodo della pandemia quali coltivare hobby, leggere o ascoltare musica. Chi invece ha qualche anno in più, fino alla maggiore età, ha trovato una sorta di compensazione nell’eccesso di cibo, il cui consumo ~~che~~ è aumentato in modo progressivo (dal 27,2% tra 11 e 13 anni al 35,4% dei 18-19enni) e nel consumo di tabacco, incrementato da quasi un diciottenne su 5.

Gli adolescenti chiamati in causa attraverso la ricerca regionale considerano per il 63,8% come aspetto maggiormente negativo causato dalle restrizioni il fatto di non aver vissuto esperienze così come avevano immaginato di poter fare. Per questo il 35,7% ritiene il 2020 un anno sprecato. Un lungo periodo senza la scoperta di nuove passioni e neppure la riscoperta del valore dei rapporti familiari (rispettivamente 18,7% e 22,4%).

I giovani intervistati come già verificato in altre parti della ricerca regionale, attribuiscono una grande importanza al contatto diretto con le amiche e gli amici (40,7%) con cui il 42,8% del campione dichiara di essere riuscito a mantenere buoni rapporti ovviamente solo tramite chat, smartphone e i social.

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 delle ragazze e 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 (%), 11-17 anni

	Maschi		Femmine		Totale	
	Mai/raramente /a volte	Spesso/ sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/ sempre	Mai/raramente /a volte	Spesso/ sempre
Familiari	56,1	43,9	47,4	52,6	51,7	48,3
Amiche/i	83,7	16,3	81,0	19,0	82,3	17,7
Insegnanti e altro personale scolastico	79,4	20,6	76,2	23,8	77,8	22,2
Giornali, riviste, radio e tv	49,1	50,9	46,6	53,4	47,8	52,2
Social media	63,8	36,2	57,0	43,0	60,4	39,6
Autorità sanitarie nazionali	65,5	34,5	66,3	33,7	65,9	34,1
Blogger/ influencer online	88,3	11,7	86,2	13,8	87,3	12,7
Altre fonti	93,2	6,8	96,4	3,61	94,8	5,2

Osservando la Tabella 4, si nota che nel complesso il 52,2% degli adolescenti ha consultato sempre/spesso fonti come giornali, riviste, tv e radio per ottenere informazioni sulla pandemia. In particolare, il 52,2% delle ragazze e dei ragazzi ha consultato giornali, riviste, radio e tv; il 48,3% i familiari; il 39,6% i social media; il 34,1% le autorità sanitarie nazionali, il 22,2% gli insegnanti e altro personale scolastico; il 17,7% gli amici; il 12,7% blogger e influencer online. Le femmine più dei maschi hanno consultato maggiormente le fonti indicate.

L'indagine regionale "Noi al tempo della pandemia" (<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza>) ha messo in evidenza come i giovani siano sempre più lontani dalla carta stampata (solo il 3,3% legge i quotidiani), ma si allineano al rapporto Censis nella fruizione informativa proposta dai telegiornali (36,7%). Un giovane su 5 (19,8%) trae dal confronto con i genitori le informazioni richieste che, probabilmente non riguardano i temi di attualità in generale, ma in particolare l'emergenza sanitaria. Sono presenti alcuni commenti che esprimono posizioni equilibrate nell'informarsi, nella capacità di critica e nel riconoscere notizie false:

«Credo che questa pandemia abbia fatto capire a molte persone quanto è importante informarsi da fonti sicure. Purtroppo, non tutti pensano che le fonti sicure siano le stesse che penso io. Basti pensare quante fake news girano sui social, queste hanno fatto sì che soprattutto nella fascia tra i 50 e 60 anni ci siano stati tanti creduloni che non sanno trovare notizie vere e fondate».

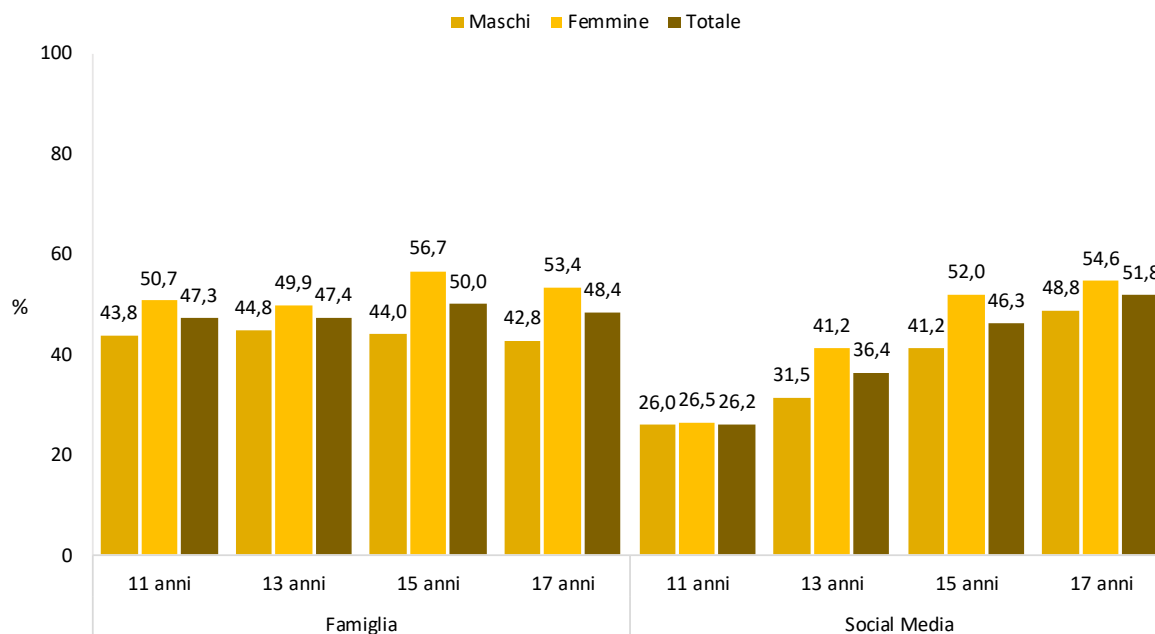
I dati disaggregati per cittadinanza hanno evidenziato che gli adolescenti di origine straniera hanno parlato molto meno dell'emergenza sanitaria con i propri genitori rispetto ai coetanei italiani (rispettivamente 14,6% e 21%) preferendo rivolgersi alle fonti disponibili in rete (17,8%) con uno scarto significativo rispetto ai ragazzi autoctoni (9,3%).

In generale, a cominciare dai 12-13 anni, i genitori perdono gradualmente la loro priorità a favore del gruppo di amiche e amici, la nuova "famiglia sociale" che favorisce la sperimentazione della propria autonomia e la formazione della propria identità.

Questa necessità di "smarcarsi" dalla famiglia di origine e anche quindi dalla cultura del Paese di provenienza, sembra essere avvertita in modo più rilevante dagli adolescenti di origine straniera.

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

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



Osservando la Figura 2, si nota che le ragazze e i ragazzi più piccoli hanno interpellato maggiormente la famiglia con una percentuale più elevata nelle femmine rispetto ai maschi per tutte le età considerate; mentre i più grandi hanno interpellato i social media con una percentuale più elevata nelle femmine per tutte le età eccetto che per gli undicenni in cui non vi sono differenze tra i due generi.

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 (%), 11-17 anni

	Maschi		Femmine		Totale	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/ sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/ sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/ sempre
Rispettato il distanziamento sociale	50,4	49,6	43,0	57,0	46,7	53,3
Lavato regolarmente le mani	40,2	59,8	26,9	73,1	33,5	66,5
Indossato una mascherina protettiva	16,9	83,1	8,0	92,0	12,4	87,6
Usato un igienizzante per le mani	44,0	56,0	26,4	73,6	35,1	64,9
Evitato di toccarti il viso	72,3	27,7	63,8	36,2	68,0	32,0
Tossito/starnutito nel gomito o fazzoletto	43,8	56,2	32,4	67,6	38,1	61,9
Hai evitato il contatto con persone a rischio	41,4	58,6	33,4	66,6	37,4	62,6
Evitato assembramenti di persone	57,6	42,4	47,3	52,7	52,5	47,5
Sei rimasta/o a casa in generale	57,2	42,8	48,2	51,8	52,7	47,3
Sei rimasta/o a casa se avevi sintomi	31,2	68,8	22,7	77,3	26,9	73,1

In generale l'87,6% degli adolescenti ha utilizzato come dispositivo di protezione la mascherina protettiva; si nota inoltre che le femmine più dei maschi hanno utilizzato maggiormente i dispositivi di protezione indicate: il 92,0% delle ragazze ha indossato una mascherina protettiva contro l'83,1% dei ragazzi; il 73,6% delle ragazze ha usato un igienizzante per le mani contro il 56% dei ragazzi.

Nelle Figure 3a e 3b si riporta un approfondimento per età e genere rispetto all'utilizzo/pratica "spesso/sempre" 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

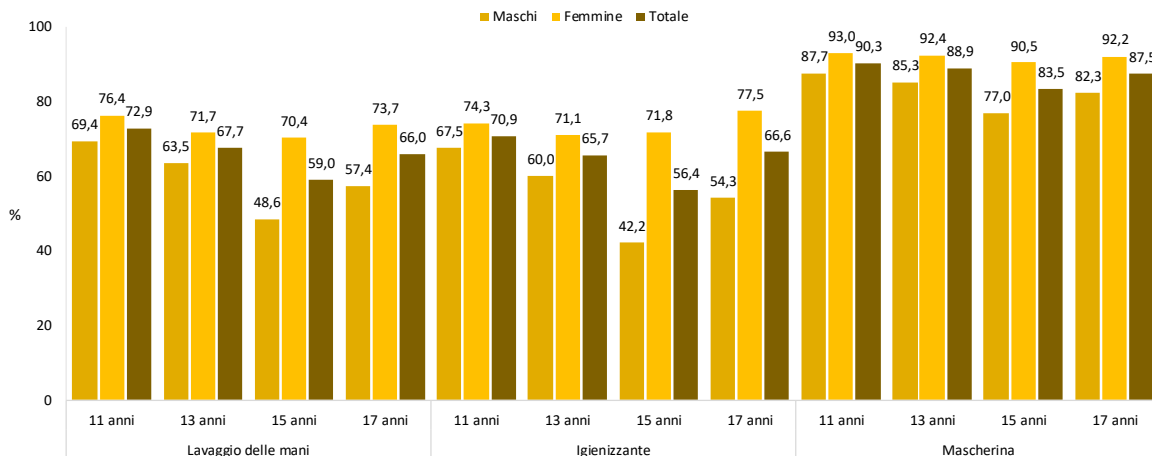
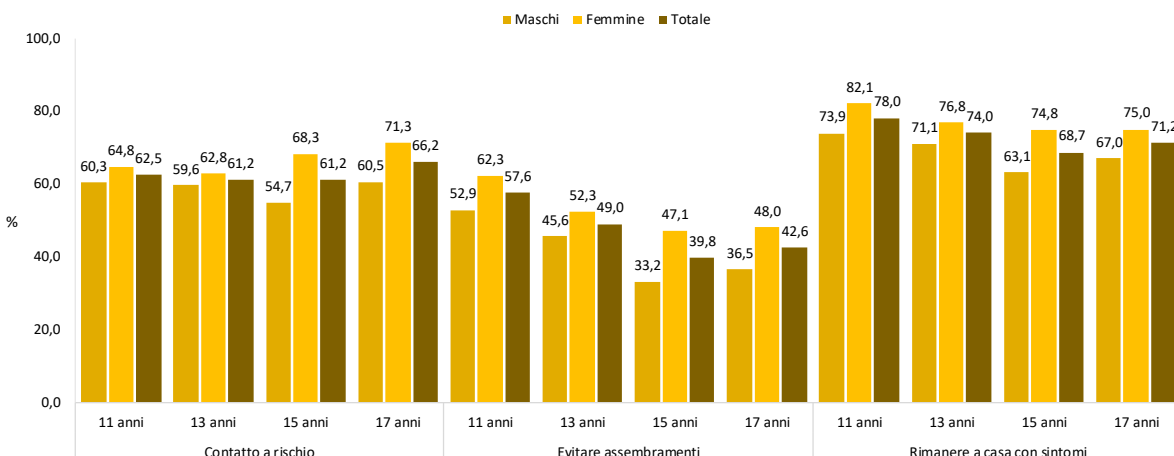


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Osservando le Figure 3a e 3b, si conferma che le femmine, per le varie età, hanno utilizzato maggiormente i dispositivi di protezione considerati rispetto ai maschi.

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

Nella Tabella 6 proponiamo la stratificazione delle fonti utilizzate “spesso/semprè” con la scala FAS (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’). (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 6. Consultazione “spesso/semprè” delle seguenti fonti stratificate per il FAS”, 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, sorelle, fratelli, ecc.)	40,5	50,7	51,2
Amiche/i	17,9	17,1	18,4
Insegnanti e altro personale scolastico	24,0	20,8	23,1
Giornali, riviste, radio e tv	49,0	52,8	54,8
Social media (Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	41,3	39,8	37,4
Autorità sanitarie nazionali	33,0	34,1	34,7
Blogger/influencer online	14,7	11,2	13,5
Altre fonti	6,5	4,4	5,4

In generale non emergono differenze rilevanti rispetto ai FAS circa le fonti utilizzate.

Nella Tabella 6a si riporta l'eventuale positività al COVID-19 con l'indicatore del FAS (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’). (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare)..

Tabella 6a. "Sei mai risultato/a positivo/a ad un test (un risultato positivo significa che avevi contratto il COVID-19) per il COVID-19?" per FAS (%), 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
No	24,9	53,9	21,2
Sì	22,2	51,8	26,1

Risulta aver contratto il COVID-19 maggiormente gli adolescenti aventi un FAS medio con il 51,8%.

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/semprè” con l'indicatore del FAS (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’). (Per maggiori dettagli rispetto alla scala FAS si veda CAPITOLO 2 - Lo status socio-economico familiare).

Tabella 7. Adozione “spesso/sempre” delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS, 11-17 anni

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	53,5	54,3	51,6
Lavato regolarmente le mani	65,3	67,0	65,9
Indossato una mascherina protettiva	86,9	89,0	86,6
Usato un igienizzante per le mani	66,2	66,0	61,4
Evitato di toccarti il viso	31,8	31,8	32,5
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	60,0	62,5	63,3
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amiche/i, persone con malattie croniche, ecc.)	59,2	65,0	62,8
Evitato assembramenti di persone	45,7	48,7	46,8
Sei rimasta/o a casa in generale	51,4	47,6	42,3
Sei rimasta/o a casa se avevi sintomi	70,5	74,9	72,1

Nel complesso non emergono differenze rilevanti rispetto al FAS circa le misure di protezione utilizzate. In generale possiamo notare che la maggiore aderenza alle regole sanitarie e alle misure di protezione ha riguardato maggiormente le ragazze e i ragazzi appartenenti alle classi FAS medio, (vedi per esempio l’uso della mascherina (89%), rimanere a casa in caso di sintomi (75%)), anche se lo scarto rispetto alle classi basse o alte è di appena pochi punti percentuali. Unica eccezione è rappresentata dalla domanda “sei rimasta/o a casa in generale” a cui si sono adeguati maggiormente le ragazze e i ragazzi appartenenti ad una classe socio-economica bassa (51%) rispetto alla classe alta (42%) e media (47%).

Conclusioni

Le misure di distanziamento sociale, caratterizzanti la pandemia da COVID-19, hanno avuto sull’età adolescenziale un forte impatto, in quanto hanno comportato sostanziali modifiche alle abituali modalità di interazione con i coetanei, nell’ambito scolastico e collettivo in generale. Dalle indagini condotte, risulta che più della metà delle ragazze di 17 anni e dei ragazzi di 11 anni è risultato positivo all’infezione. Emerge che pressoché i tre quarti delle ragazze e dei ragazzi hanno avuto un familiare positivo all’infezione e circa 1 ragazza/o su 6 ha avuto un familiare ricoverato in ospedale per COVID-19.

La pandemia ha comportato un’influenza negativa maggiore nelle ragazze e ragazzi più piccoli rispetto a quelli più grandi di età; la ridotta attività fisica e la situazione finanziaria familiare hanno inciso negativamente su tutti, ragazze e ragazzi. La COVID-19 ha impattato negativamente sulla salute mentale e sulle aspettative per il futuro in modo particolare per le femmine.

Per ottenere informazioni sulla pandemia, più della metà degli adolescenti intervistati ha consultato spesso fonti come giornali, riviste, tv e radio nonché i propri familiari, in particolar modo le femmine.

I social media sono stati interpellati dalle ragazze e dai ragazzi più grandi mentre i più piccoli si sono confrontati maggiormente con i propri familiari: in entrambi i casi il dato è più accentuato nelle femmine.

La stragrande maggioranza degli adolescenti ha utilizzato la mascherina come dispositivo di protezione delle vie aeree, comportamento ancora più evidente nelle ragazze per le varie fasce di età.

In generale non emergono differenze rilevanti rispetto ai livelli di status socio-economico (FAS) circa le fonti utilizzate.

Il 51,8% di adolescenti con un FAS medio ha contratto maggiormente il COVID-19. Nel complesso non emergono differenze rilevanti rispetto al FAS circa le misure di protezione utilizzate.

Nonostante gli adolescenti sembrano molto delusi dalla pesante esperienza vissuta della pandemia, mostrano tuttavia una buona dose di consapevolezza e responsabilità, dichiarando (53,5%) di aver riscoperto l'importanza della solidarietà e dell'aiuto reciproco: fatto questo straordinariamente positivo perché restituisce l'immagine di giovani responsabili e consapevoli capaci di impegnarsi concretamente per superare il momento di difficoltà.

È indubbio che la mancata opportunità di vivere le esperienze che dovrebbero essere normalmente vissute da adolescenti ha provocato maggior sofferenza fra le ragazze e i ragazzi più grandi (68% contro il 58,1% degli 11-13enni) anche perché, essendo maggiorenni, avrebbero avuto la possibilità, anche giuridica, di poter acquisire più autonomia sperimentandosi in situazioni nuove di progressiva indipendenza dalla famiglia.

Il tempo libero ha subito una flessione piuttosto scontata soprattutto nella pratica sportiva, a favore di attività più stanziali come coltivare hobby (aumento del 36,3%), cucinare (+44,5%) e stare da soli (+58,7%). Per altre modalità di svago che erano già in essere prima della pandemia, come ascoltare musica, chattare e guardare la TV si è verificato un incremento di frequenza rispettivamente di 60,3% per la musica, 65,1% per le chat e 45,6% per la TV.

Come già rilevato precedentemente, anche rispetto alla dimensione emozionale si conferma che le adolescenti sono state più duramente colpite dalle conseguenze dell'emergenza sanitaria, con scostamenti molto significativi, rispetto agli adolescenti maschi. Tutte quelle emozioni che hanno abitato i pensieri e la vita delle giovani generazioni al tempo del lockdown quali tristezza, senso di solitudine, insicurezza ma anche rabbia e ansia, fra le ragazze sono aumentate in misura quasi doppia rispetto ai coetanei maschi, probabilmente anche per una maggiore capacità femminile di ascoltarsi e dare parola alle emozioni.

Un altro aspetto singolare e più preoccupante è rappresentato dal fatto che sono i giovani più grandi, già maggiorenni, ad aver mostrato di essere i più vulnerabili rispetto agli effetti della pandemia con un crollo della fiducia nel futuro del 38% (rispetto al 20,2% del campione più giovane) e della determinazione del 27,9% (-13,3% per chi ha tra 11 e 13 anni).

A prescindere da tutte le considerazioni sui dati disaggregati per età e per cittadinanza, gli adolescenti emiliano-romagnoli hanno dimostrato un notevole interesse per ciò che stava e sta succedendo, attingendo le informazioni da diverse fonti e dimostrando una buona capacità di analisi, hanno sfatato l'idea che le nuove generazioni siano autoreferenziali, legate solo al presente e distanti da ciò che succede intorno a loro.

Il crollo nella fiducia per il futuro si coniuga con un calo sensibile di determinazione, ed è normale che i giovani possano aver provato o provare tristezza, rabbia, senso di solitudine e delusione. Pare quasi che con l'avvicinarsi della fine del ciclo di studi la spinta ad esplorare il mondo venga sopraffatta dal timore di abbandonare le certezze, tra cui la scuola e la sua dimensione di regole tutto sommato protettive, per trovarsi in situazioni nuove e sfidanti nei confronti delle quali forse non ci sente ancora preparati.

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

