



HBSC 2022

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

Regione
Liguria



Sommario

PREFAZIONE	1
PREMESSA	2
RINGRAZIAMENTI	4
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	7
Valutazione del comitato etico dell'ISS e privacy	8
Descrizione del campione regionale	8
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 socioeconomico familiare	15
Per un confronto nel tempo	16
Conclusioni	16
Bibliografia essenziale	16
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	17
Introduzione	18
Frequenza e regolarità dei pasti	18
Consumo di frutta e verdura	19
Consumo di dolci e bevande gassate	21
Stato nutrizionale	23
Insoddisfazione corporea	24
Igiene orale	26
Il FAS e le abitudini alimentari	26
Per un confronto nel tempo	26
Conclusioni	27
Bibliografia essenziale	27
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	29
Introduzione	30
L'attività fisica	30
Comportamenti sedentari	32
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	32
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	34
Per un confronto nel tempo	35
Conclusioni	35
Bibliografia essenziale	35
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	37
Introduzione	38
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	38
Rapporto con gli insegnanti	41

Rapporto tra pari e con i compagni di classe	43
Bullismo e cyberbullismo	45
La scuola	49
Per un confronto nel tempo.....	51
Conclusioni	51
Bibliografia essenziale	52
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	54
Introduzione	55
Uso di sostanze.....	55
Fumo	55
Alcol.....	57
Cannabis	60
Gioco d’azzardo.....	60
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	61
Per un confronto nel tempo.....	62
Conclusioni	62
Bibliografia essenziale	63
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	64
Introduzione	65
Salute percepita	66
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	67
Sintomi riportati	68
Utilizzo di farmaci.....	70
Abitudini sessuali	70
Benessere psicologico	71
Solitudine percepita	72
Infortuni	73
Il FAS e la soddisfazione di vita	73
Per un confronto nel tempo.....	74
Conclusioni	74
Bibliografia essenziale	74
CAPITOLO 8 Social media e gaming	75
Introduzione	76
L’uso dei social media	76
L’uso dei videogiochi	77
Il FAS, l’uso dei social media e dei videogiochi	79
Conclusioni	80
Bibliografia essenziale	80
CAPITOLO 9 COVID-19	81
Introduzione	82
Positività al COVID-19	82
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	83
Fonti di informazione sul COVID-19	84
Misure di protezione	86
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l’indicatore del FAS	87
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l’indicatore FAS	88
Conclusioni	88
Bibliografia essenziale	89
CAPITOLO 10 17 anni	90
Lo stato di salute dei diciassetenni	91

La famiglia	91
La Struttura Familiare.....	91
La qualità delle relazioni con i genitori.....	91
Lo status socioeconomico familiare	92
Abitudini alimentari e stato nutrizionale	92
Frequenza e regolarità dei pasti.....	93
Consumo di frutta e verdura	93
Consumo di dolci e bevande gassate	95
Consumo di legumi.....	96
Stato nutrizionale	97
Insoddisfazione corporea	97
Igiene orale.....	98
Il FAS e le abitudini alimentari	98
Sport e tempo libero	99
Comportamenti sedentari.....	101
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	102
Rapporto con gli insegnanti	102
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	103
Bullismo e Cyberbullismo.....	104
La Scuola.....	107
Conclusioni	109
Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze.....	109
Alcol.....	110
Cannabis	113
Gioco d'azzardo.....	114
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	114
Salute e benessere	115
Salute percepita	115
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito).....	115
Sintomi riportati	115
Utilizzo di farmaci.....	116
Abitudini sessuali	116
Benessere Psicologico	117
Solitudine percepita	117
Infortuni	117
Il FAS e la soddisfazione di vita	118
Conclusioni	118
Social Media	118
L'uso dei social media	118
L'uso dei videogiochi	119
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	120
Conclusioni	120



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).



REGIONE LIGURIA

A.Li.Sa. - Camilla Sticchi (referente regionale), Laura Pozzo (referente regionale), Federica Varlese (coordinamento regionale);

Ufficio Scolastico Regionale - Roberto Galuffo;

ASL 1 - Cristina Caprile (referente), Sabrina Pastorino;

ASL 2 - Marina Astengo (referente);

ASL 3 - Concetta Teresa Saporita (referente), Patrizia Crisci, Paola Del Sette;

ASL 4 - Antonella Carpi (referente), Maura Ferrari Bravo (referente), Ester De Nevi;

ASL 5 - Roberta Baldi (referente), Carla Tazzer, Laura Gavarini, Valentina Ritondale.



PREFAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

Il nostro augurio è che questa attività di monitoraggio, 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 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

Nel 2022 è stata condotta in Liguria la quarta indagine HBSC “Health Behaviour in School-Aged Children” sui comportamenti legati alla salute, configurandosi come strumento prezioso per acquisire conoscenze sugli stili di vita e la percezione della salute nei preadolescenti e adolescenti della nostra regione, potendo inoltre monitorarne l’evoluzione del tempo, legata sia al naturale mutamento sociale ma anche al potenziale impatto degli interventi di promozione della salute, da tempo attivi in Liguria, grazie alla ormai consolidata collaborazione tra SSR e Ufficio Scolastico Regionale, formalizzata all’interno di specifici Protocolli di Intesa, l’ultimo siglato nel corso dell’anno 2022.

In particolare, si fa riferimento all’offerta formativa scolastica sui temi della promozione della salute, che ogni anno Regione Liguria formalizza tramite A.Li.Sa., proponendo alla comunità scolastica un insieme di interventi mirati al miglioramento delle abitudini e delle competenze per la vita (c.d. *life skills*) calibrata per i singoli target di età.

Dall’analisi del dato emerge per esempio, una preoccupante situazione di malessere e insoddisfazione nei giovani, particolarmente accentuata nel genere femminile, suggerendo l’urgenza di attivare soluzioni mirate nell’ottica di un approccio *equity-oriented*.

L’indagine HBSC prende in esame diverse tematiche, dall’analisi del contesto familiare all’ambiente scolastico, agli stili di vita, in primis la pratica di attività fisica, le abitudini alimentari e i comportamenti a rischio fornendo periodicamente un quadro aggiornato su tutti quei fattori che influenzano la salute e il benessere dei giovani, i nostri adulti di domani.

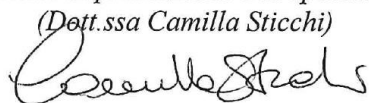
Il report offre un’immagine rappresentativa, anche al fine di evidenziare aree di criticità e poter quindi riorientare al meglio le politiche regionali e le azioni rivolte a promuovere l’adozione di scelte favorevoli alla salute nei giovani di tale fascia d’età, azioni e obiettivi contemplati nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.

HBSC integra e completa gli altri sistemi di sorveglianza nazionali, OKkio alla Salute, raccolta di dati sullo stato nutrizionale, gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie, PASSI e Passi d’Argento, che si rivolgono invece alla popolazione adulta e anziana, contribuendo, insieme a questi, a fornire il patrimonio informativo necessario a orientare le politiche sanitarie oltre a rappresentare strumenti indispensabili in fase di pianificazione, attuazione e monitoraggio dei piani nazionali e regionali di prevenzione.

È doveroso rendere disponibili i dati raccolti tramite il presente report, destinato non solo ai policy makers del SSN, ma a tutti gli stakeholders, popolazione compresa, affinché tutti possano contribuire a mettere in atto interventi migliorativi, basati su reali necessità, garantire la divulgazione ai soggetti interessati, in particolare ai ragazzi stessi, con lo scopo di incrementarne la loro consapevolezza e responsabilità sociale.

Il lavoro congiunto di più settori, con diversi punti di vista, consentirà di realizzare quella proficua collaborazione essenziale per rendere operativa la Rete “Scuola Ligure che Promuove Salute” (S.L.P.S.), recentemente istituita in adempimento alle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, con particolare riferimento al Programma Predefinito 1-Scuole che promuovono salute.

Il Direttore
S.C. Coordinamento regionale
delle attività di prevenzione e di epidemiologia
(Dott.ssa Camilla Sticchi)

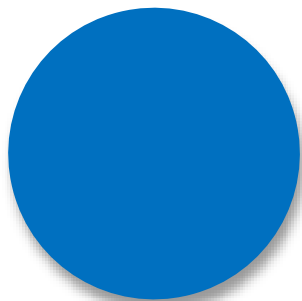




RINGRAZIAMENTI

I referenti di A.Li.Sa., congiuntamente agli operatori sanitari coinvolti, esprimono un sentito ringraziamento a tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione di questa indagine, in particolare ai ragazzi, ai loro genitori, agli insegnanti e ai Dirigenti Scolastici. I quali rappresentano gli attori principali per costruire una “scuola ligure che promuove salute”, dove le relazioni sociali, l’ambiente fisico e organizzativo consentano di vivere in maniera serena e orientata allo sviluppo del benessere dell’intera comunità scolastica. Si ringraziano tutte le scuole della Regione Liguria, riportate nella pagina successiva, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.

<p>ASL1: IIS G. MARCONI POLO TECNOLOGICO IMPERIESE IIS G. RUFFINI IIS FERMI POLO MONTALE LICEO APROSIO LICEO G.P. VIEUSSEUX IIS C. COLOMBO SANREMO LICEO G.D. CASSINI I.C. VENTIMIGLIA G. BIANCHERI I.C. BORDIGHERA G. RUFFINI I.C. SANREMO LEVANTE G. PASCOLI I.C. SANREMO PONENTE I.C. SANREMO CENTRO PONENTE I.C. SANREMO CENTRO LEVANTE I.C. LITTARDI I.C. VALLECROSIA A. DORIA I.C. RIVA SAN LORENZO I.C. VAL NERVIA I.C. TAGGIA</p>	<p>I.P.S. I.S. GASLINI/MEUCCI IPSSA N. BERGESE IPSSA M. POLO I.P.S.C. - G. CASAREGIS IPSAA B. MARSANO LICEO SCIENTIFICO EMILIANI LICEO CLASSICO SCIENTIFICO-SPORTIVO KING LS L. DA VINCI LS E. FERMI - LICEO DELLE SCIENZE UMANE S.G. CALASANZIO LICEO STATALE SANDRO PERTINI LICEO P. GOBETTI GRAZIA DELEDDA LICEO CLASSICO E LINGUISTICO G. MAZZINI LICEO CLASSICO E LINGUISTICO C. COLOMBO LC DORIA I.C. TERRALBA- PARINI MERELLO I.C. SAN TEODORO I.C. DI AVEGNO RECCO I.C. CASTELLETTO/S.M.S. I.C. CERTOSA - SMS CAFFARO I.C. ARENZANO-SMS CHIOSSONE SECONDARIA. I GRADO VITO SCAFIDI I.C. RONCO SCRIVIA/SMS PASCOLI I.C. CAMPOMORONE /SMS A. NOLI I.C. S. FRANCESCO DA PAOLA-BIXIO I.C. SERRA RICCO'-SMS UNGARETTI I.C. SERRA RICCO'/NEGRI S. OLCESE I.O. CONVITTO / SEC. I GR. SEDE</p>
<p>ASL2: I. I. S. S. G. FALCONE I. I. S. S. FERRARIS-PANCALDO I. I. S. S. G. FALCONE I. S. S. MAZZINI-DA VINCI LICEO GIORDANO BRUNO LICEO ORAZIO GRASSI LICEO G. DELLA ROVERE LICEO S. GIUSEPPE CALASANZIO I.C. DI CAIRO MONTENOTTE I.C. DI PIETRA LIGURE I.C. VARAZZE - CELLE I.C. LOANO - BOISSANO I.C. ANDORA/LAIGUEGLIA I.C. CARCARE</p>	<p>ASL4: IST.TECN. TECNOLOGICO CABOTO/CHIAVARI LICEO E I.T.S. G. NATTA/ S. LEVANTE I.P.S.I.A. DEAMBROSIS /CHIAVARI LICEO DA VIGO – RAPALLO I.C. CHIAVARI II-SCUOLA SECONDARIA ILARIA ALPI I.C. GB DELLA TORRE/ S.M.S. CHIAVARI 1 I.C. COGORNO/ S.M.S. COGORNO ISTITUTO A. GIANELLI RAPALLO</p>
<p>ASL3: I.T.C. - L. EINAUDI IPSIA A. ODERO DUCHESSA DI GALLIERA I.P.S. - J. RUFFINI I.P.S.C.T.-NUOVO IST. PROF. COMM.LE LS G.D. CASSINI LICEO DA VIGO - RECCO LICEO ECONOMICO SOCIALE I.T.T.L. NAUTICO SAN GIORGIO LICEO E ITS MAJORANA/GIORGI ITS PRIMO LEVI I.TECNICO GASTALDI/ABBA LICEO E ITS I. CALVINO I.T.I. GALILEI ITS C. ROSSELLI I.T.S. - E. MONTALE LAS PAUL KLEE-NICOLO' BARABINO</p>	<p>ASL5: I.I.S. "G. CAPELLINI – N. SAURO" ALBERGHIERO G. CASINI I.I.S. "L. EINAUDI – D. CHIODO" IST.TECN. COMMERCIALE E TECNOLOGICO "A. FOSSATI-M. DA PASSANO" I.I.S. "PARENTUCELLI – ARZELA" I.I.S. "PARENTUCELLI – ARZELA" I.C. N. 2 LA SPEZIA E PORTOVENERE I.C. N. 4 DELLA SPEZIA I.C. STATALE ANNA FRANK I.C. N. 7 DELLA SPEZIA I.C. N. 8 DELLA SPEZIA I.C. FABRIZIO DE ANDRÈ DI SANTO STEFANO DI MAGRA I.C. LEVANTO (ISA 23)</p>



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC Italia 2022 e il campione regionale

Introduzione

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

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

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

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

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

Metodologia

Popolazione in studio

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

Modalità di campionamento

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

La numerosità campionaria è di 1.200 soggetti per fascia di età; tale numerosità è stata maggiorata del 5% per la fascia di età dei 13enni e del 15% per la fascia di età dei 15enni e dei 17enni al fine di considerare la presenza in queste fasce di età di eventuali alunni ripetenti. Le numerosità ottenute sono state poi maggiorate del 10% in tutte le fasce di età per considerare i tassi di non-rispondenza attesa degli alunni in base alle rilevazioni precedenti al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del 3,5% con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento.

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il Dirigente Scolastico. Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale; contengono una parte “core” comune a tutti i Paesi

partecipanti e una parte “*opzionale*” con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

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

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

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

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

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

Entrambi i questionari sono anonimi e vengono autocompilati dai ragazzi e dai dirigenti scolastici a scuola direttamente online (compilazione online per la prima volta nel 2022).

La costruzione del database, la pulizia dei record e la successiva analisi dei dati è stata realizzata a livello centrale dal gruppo di coordinamento dell’ISS e delle tre Università.

Valutazione del comitato etico dell’ISS e privacy

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

Descrizione del campione regionale

Nella Regione Liguria sono state campionate 119 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 128 classi per la scuola secondaria di II grado (Classe II e IV), per un totale di 247 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 199 classi con una rispondenza complessiva del 80,6% (Tabella 1).

La partecipazione delle classi campionate è stata minore rispetto alla precedente rilevazione e inferiore in relazione alle altre regioni del nord Italia; tuttavia, è stata garantita la rappresentatività del campione. In considerazione del ridotto tasso di rispondenza si propone

per il futuro un maggiore sforzo per sensibilizzare all'adesione, presumibilmente imputabile ad alcune criticità quali: tempistiche di realizzazione a ridosso della fine attività scolastica, necessità di una comunicazione più efficace, concomitanza con altre indagini, tra cui lo Studio COVID-bambini, ecc.

Tabella 1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	59	51	86,4
Classe III media	60	51	85,0
Classe II superiore	60	46	76,7
Classe IV superiore	68	51	75,0
Totale	247	199	80,6

Il campione era costituito da un totale di 3.213 studenti di cui: il 26,1% di 11 anni, il 29,2% di 13 anni, il 23,4% di 15 anni e il 21,3% di 17 anni (Tabella 2).

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

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	428	411	839
13 anni	450	488	938
15 anni	435	316	751
17 anni	369	316	685
Totale	1.682	1.531	3.213

Circa il 7% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza di stranieri nelle fasce d'età 11 anni e 17 anni (Figura 1).

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

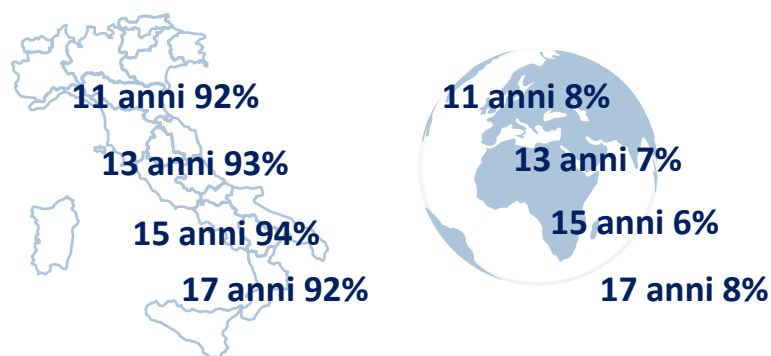
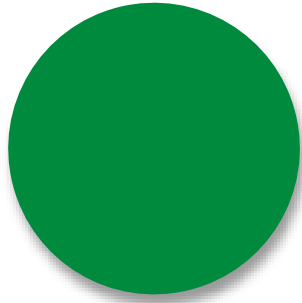


Tabella 3. Composizione del campione dei genitori dei ragazzi per nascita in Italia e all'estero (%)

Entrambi i genitori nati in Italia	75,1
Almeno un genitore nato all'estero	9,1
Entrambi i genitori nati all'estero	15,8

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nel 24,9% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altre nazionalità.



CAPITOLO 2

Il contesto familiare

La famiglia

Introduzione

L'adolescenza è un processo evolutivo caratterizzato da trasformazioni in cui i cambiamenti sul piano psico-fisico che interessano i ragazzi si accompagnano a 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, a 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 socioeconomico della famiglia, definiscono il contesto di vita, e la percezione che i ragazzi hanno di essa, aspetti questi in grado di influenzare il benessere e i comportamenti di salute nel loro complesso.

La struttura familiare

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

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

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

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

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

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (Tabella 1); il 75,9 % dei ragazzi hanno indicato di vivere con entrambi i genitori e l'eventuale numero di fratelli

e sorelle in famiglia (tabella 2) più della metà del campione (53,4%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo circa 2 ragazzi su 10 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 23,8%.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	75,9
Solo madre	14,8
Solo padre	1,5
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2,6
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	5,2

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	23,8
1 fratello o sorella	53,4
2 o più fratelli o sorelle	22,8

La qualità delle relazioni con i genitori

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

È stato osservato che la qualità della relazione con i genitori è associata alla propensione ad adottare comportamenti di salute a rischio. Ad esempio, avere una relazione difficile con la madre risulta associato ad una maggiore propensione all'abitudine al fumo e, al consumo frequente di alcol e di altre sostanze⁶.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi, comportamenti antisociali e comportamenti di rischio per la salute, una migliore autostima e meno problemi scolastici⁷. Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li 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 i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	39,2	22,5	18
Facile	29,9	32,9	28,5
Difficile	16,9	20,6	25,6
Molto difficile	10	17,8	21
Non ho o non vedo mai questa persona	4,1	6,2	6,9

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	56,5	38,1	31,4
Facile	27,6	33,2	37,7
Difficile	9,3	18,1	18,6
Molto difficile	5,9	9	10,5
Non ho o non vedo mai questa persona	0,7	1,6	1,8

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

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che la comunicazione con il padre diminuisce all'aumentare dell'età con poca differenza di genere anche se le ragazze di tutte le fasce d'età manifestano maggiore difficoltà come mostrato nelle figure 1 e 2 la comunicazione è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze in tutte le fasce d'età.

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

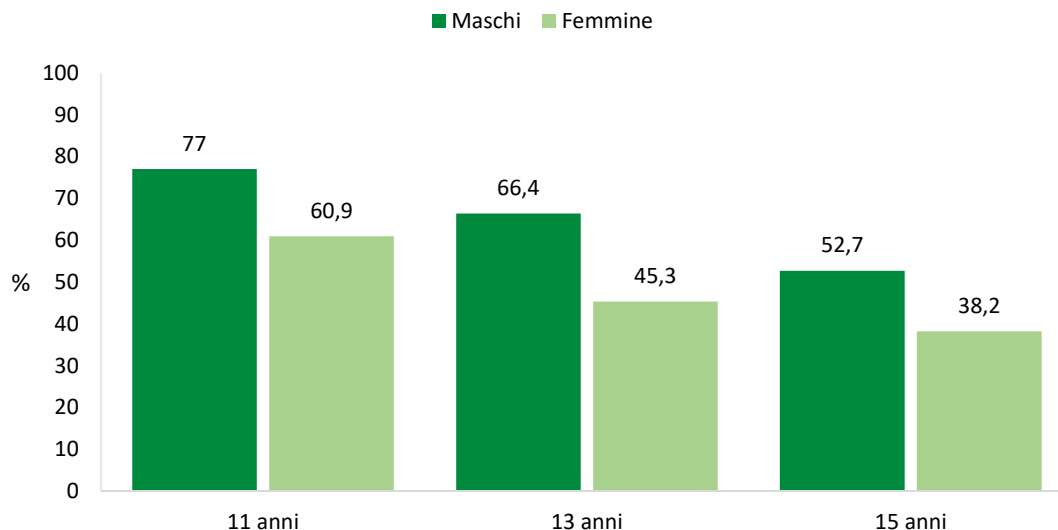
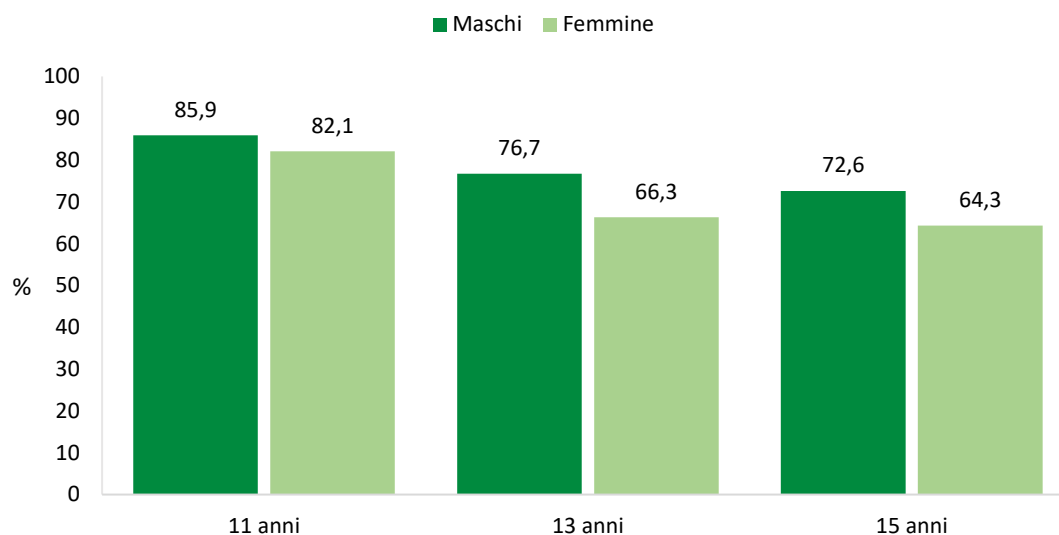


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



Lo status socioeconomico familiare

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

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socioeconomico 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 socioeconomico.

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

Family Affluence Scale	
Basso	35,6
Medio	48,5
Alto	15,9

Circa 1 famiglia su 6 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (15,9%), mentre il 48,5% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 35,6% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 6, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compreso gli adolescenti. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

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

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	76,1	75,9
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	78,3	74,4
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	60,6	56,2
Famiglie con FAS alto	21,1	15,9

Conclusioni

In Regione Liguria si evidenzia una ridotta tendenza al colloquio con entrambi i genitori, forse anche in relazione all'aumentato accesso a strumenti di comunicazione virtuale con i loro pari e una significativa riduzione delle possibilità di consumo delle famiglie.

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

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

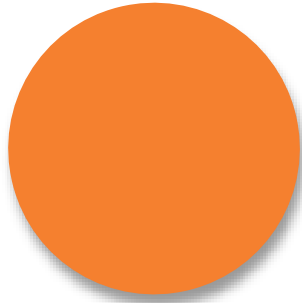
⁶ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128

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 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 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 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 a 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}.

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	19,6	26,2	28	24,8
Un giorno	3	3,5	5,3	4,1
Due giorni	3,6	4,3	6,4	4,9
Tre giorni	4,3	4,8	4,8	4,7
Quattro giorni	3,9	5	3,2	3,9
Cinque giorni	65,6	56,1	52,3	57,6

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono confrontabili sia tra le diverse categorie sia tra le varie

classi di età. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione e la loro percentuale aumenta con l'età.

La percentuale di ragazzi che invece consuma la colazione entrambi i giorni nel fine settimana (complessivamente 71,7%) è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola (complessivamente 57,6%).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	53,5	52,3	48,7	51,3
La maggior parte dei giorni	35,9	38,9	41,7	39,1
Circa una volta alla settimana	5,9	3,9	5,2	5
Meno di una volta alla settimana	2,3	2,3	2,3	2,3
Mai	2,4	2,6	2,1	2,3

Il 53,5% degli undicenni, il 52,3% dei tredicenni e l'48,7% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”; le frequenze sono simili nelle diverse classi di età anche se diminuisce lievemente al crescere dell'età. Anche per le altre categorie di consumo non si evidenziano particolari differenze.

Consumo di frutta e verdura

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

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

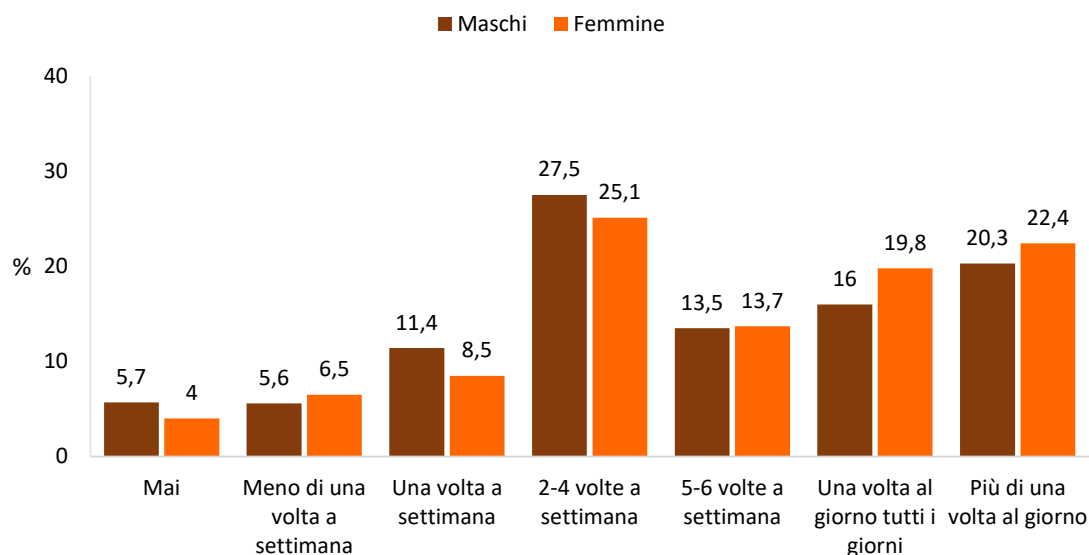
Tabella 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3,7	5,2	5,4	4,8
Meno di una volta a settimana	5,1	6	6,8	6
Una volta a settimana	8,7	10	11,2	10,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24	27,4	27,5	26,4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,8	12,6	14,3	13,6
Una volta al giorno tutti i giorni	19,3	18,2	16,3	17,8
Più di una volta al giorno	25,4	20,6	18,5	21,3

La maggior parte dei giovani liguri consuma frutta tra i 2 e i 4 giorni a settimana, ma è elevata anche la percentuale di coloro che la consumano più di una volta al giorno tutti i giorni. In generale non si evidenziano sostanziali differenze tra le classi di età nel consumo di frutta, anche se si nota una certa riduzione nel consumo quotidiano al crescere dell'età (18,5% dei ragazzi di 15 anni consuma frutta più di una volta al giorno vs il 25,4% degli 11enni).

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili, a eccezione di una percentuale lievemente maggiore di femmine che consuma frutta almeno una volta al giorno.

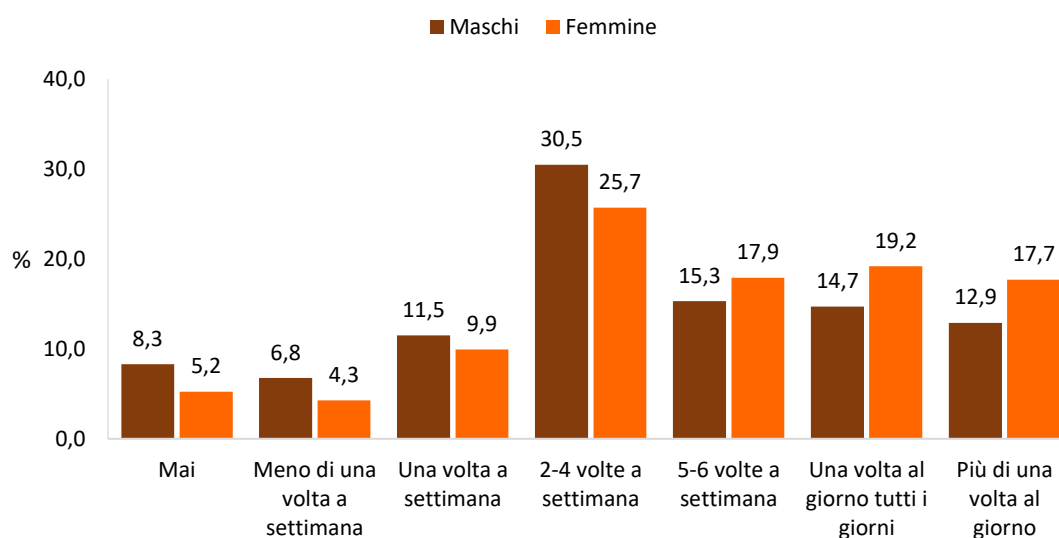
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	7,4	7	6,3	6,8
Meno di una volta a settimana	7	4,8	5,1	5,6
Una volta a settimana	14,1	10,8	8	10,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,9	27,1	31,1	28,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,8	18,2	15,8	16,5
Una volta al giorno tutti i giorni	15,1	17,8	17,5	16,9
Più di una volta al giorno	14,7	14,3	16,2	15,1

La maggior parte dei giovani liguri consuma verdura tra i 2 e i 4 giorni a settimana, con una percentuale maggiore nei 15enni.

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere è maggiore la percentuale di ragazze che consuma verdura almeno una volta al giorno, mentre i ragazzi tendono a consumarla 2-4 volte la settimana ed anche in quantità inferiori.

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	Totale
Mai	4,7	3,1	5,3	4,5
Meno di una volta a settimana	8,4	10,4	10	9,6
Una volta a settimana	16,9	12,9	11,8	13,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,2	29,3	32,1	30
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,9	18,2	14,7	16,2
Una volta al giorno tutti i giorni	13,7	15,8	14,7	14,7
Più di una volta al giorno	12,2	10,3	11,4	11,3

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

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

In generale è maggiore il consumo settimanale di dolci rispetto al consumo di bevande zuccherate. Per quanto riguarda le classi di età non si osservano sostanziali differenze nei consumi, risultando variabili le tendenze in ordine alla frequenza analizzata.

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	Totale
Mai	21	17,5	16,2	18,1
Meno di una volta a settimana	17,5	17,3	17,9	17,6
Una volta a settimana	18,5	21,3	23	21,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	23,2	23,9	27	24,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9,5	11,3	8,6	9,7
Una volta al giorno tutti i giorni	5,7	5,6	4,8	5,3
Più di una volta al giorno	4,6	3	2,4	3,3

Il 24,9% dei ragazzi consuma legumi tra i 2 e i 4 giorni a settimana, mentre il 18% dichiara di non assumerli mai; la percentuale di coloro che li consumano una volta a settimana e tra 2-4 giorni aumenta al 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	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	44,1	45,2	34,2	43,1	32,2	38,4
Verdura (almeno una volta al dì)	27,2	32,5	27,5	36,3	27,9	41,6
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	43,7	42,3	42,8	44,7	43,5	41,9
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	13,4	9,5	11,6	9,5	9,2	8,6
Snack salati (almeno una volta al dì)	17,3	18,6	11,2	18,9	12,8	14,8
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	50,8	53,7	59,4	58,4	56,7	52,5
Dolci (almeno una volta al dì)	24,9	26,9	24,2	27,9	24,2	28,6

Il consumo di verdura nelle femmine aumenta al crescere dell'età così come il consumo di dolci, il consumo di frutta nei ragazzi e nelle ragazze diminuisce al crescere dell'età. Il consumo di bevande è più elevato nei maschi di 11 anni rispetto alle femmine della stessa età, riducendosi però nelle classi di età successive.

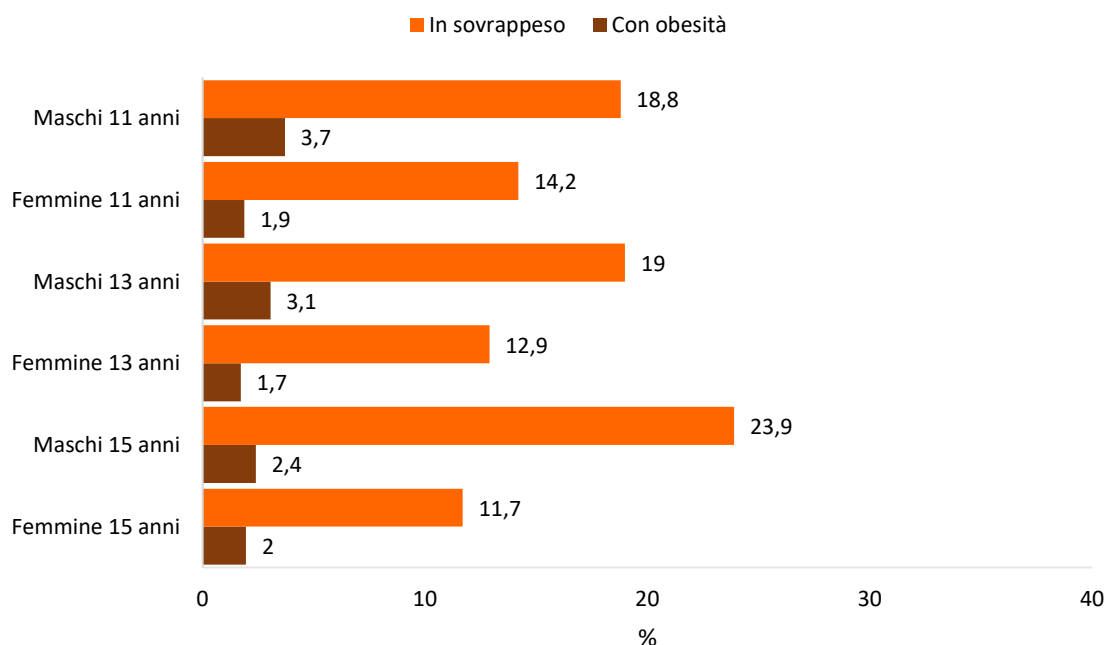
Stato nutrizionale

È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC=kg/m²) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La Figura 3 evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3,7	2,7	1,2	2,44
Normopeso	76,9	79,1	77,8	77,9
Sovrappeso	16,6	15,8	18,7	17,2
Obeso	2,8	2,4	2,2	2,44

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



La maggior parte dei ragazzi (77,9%) risulta essere normopeso, il 2,4% sottopeso. Il 19,6% dei ragazzi è in eccesso ponderale, con il 2,4% di ragazzi obesi, con differenze significative tra i due generi, soprattutto nella classe di età più grande dei ragazzi 15enni, dove il doppio dei maschi (23,9%) risulta in sovrappeso rispetto alle coetanee (11,7%).

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. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in 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	Totale
Decisamente troppo magro	2	1,8	0,9	1,5
Un po' troppo magro	11,2	10,7	8,5	10
Più o meno della taglia giusta	63,8	61	60,6	61,7
Un po' troppo grasso	20,1	22,4	26,5	23,3
Decisamente troppo grasso	2,9	4,1	3,5	3,5

In generale il 61,7% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro” circa il 23,3% e l'10%, rispettivamente. La percentuale di ragazzi che si ritengono sottopeso diminuisce all'aumentare dell'età mentre aumenta contestualmente la percezione di essere in sovrappeso.

Importante sottolineare come la percezione del proprio peso spesso non corrisponda allo stato ponderale. In tabella 11 sono sintetizzate le frequenze riferite relativamente alla percezione del proprio corpo per indice di massa corporea.

Tabella 11. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per indice di massa corporea (%)

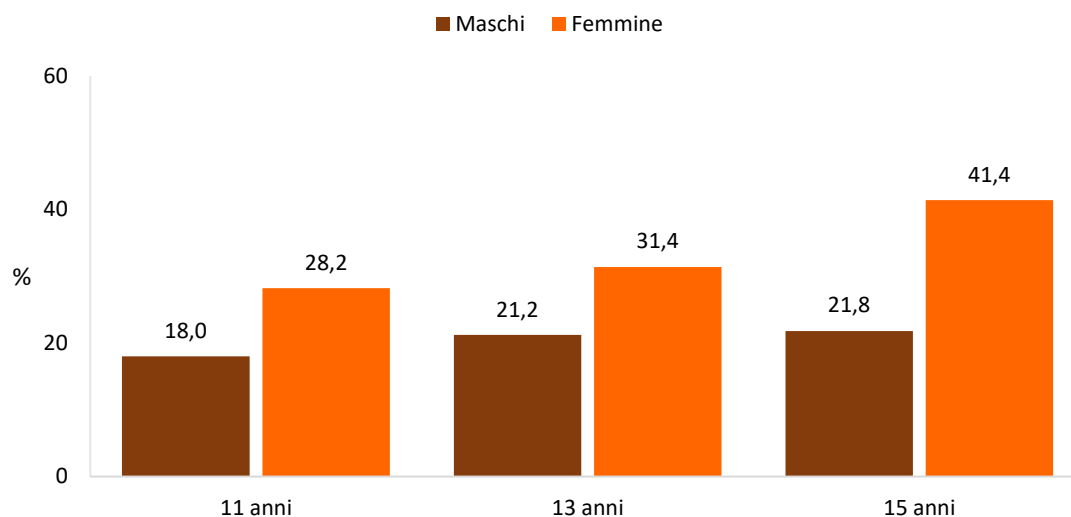
	Decisamente troppo magro	Un po' troppo magro	Più o meno della taglia giusta	Un po' troppo grasso	Decisamente troppo grasso
Sottopeso	16,39	21,31	57,38	4,92	-
Normopeso	1,45	11,95	67,76	17,01	1,83
Sovrappeso	0,49	0,74	43,84	48,03	6,90
Obeso	-	-	15,25	52,54	32,20
nc	1,54	13,85	56,15	23,08	5,38

Da segnalare come più del 62% dei soggetti sottopeso si ritenga invece della taglia giusta, se non addirittura leggermente in sovrappeso, con il potenziale rischio di favorire disturbi del comportamento alimentare.

D'altro canto, il 59% dei ragazzi in eccesso ponderale giudica invece corretto il proprio peso, dimostrando una scarsa consapevolezza della propria condizione di rischio e della conseguente messa in atto di misure correttive.

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

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



All’aumentare dell’età aumenta la quota di coloro che si percepiscono “grassi o molto grassi”, tale convinzione è maggiore nelle femmine.

Nella Tabella 12 sono riportate le frequenze dei ragazzi che si percepiscono “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” in relazione al proprio IMC, per classe di età.

Tabella 12. Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per età (%)

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	0	0,4	1	0,5
Normopeso	54,2	56	57,2	56,1
Sovrappeso	35,6	35,9	35,3	35,6
Obeso	10,2	7,7	6,5	7,8

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere effettivamente un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia, una percentuale non trascurabile (18,7%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso e addirittura il 4,8% dei sottopeso; quest’ultimo fenomeno aumenta con l’aumentare dell’età.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se, nel periodo in cui hanno compilato il questionario, fossero a dieta; in Tabella 13 è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

Tabella 13. “In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	51,3	48,1	39,5	45,8
No, ma dovrei perdere qualche chilo	20,2	22	25,6	22,8
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	8,1	10,6	10,5	9,8
Sì	20,4	19,3	24,3	21,6

In generale il 45,8% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 22,8% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 21,6% dei ragazzi è a dieta. La percezione che il proprio peso sia quello giusto diminuisce al crescere dell'età.

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 14 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 14. “Quante volte al giorno ti lavi i denti?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	78,2	75,5	78,2	77,3
Una volta al giorno	18,4	20,7	18,5	19,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,5	2,9	2,1	2,5
Meno di una volta alla settimana	0,5	0,3	0,5	0,4
Mai	0,4	0,6	0,7	0,6

Il FAS e le abitudini alimentari

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

Nella Tabella 15 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

Tabella 15. Gli indicatori storici di HBSC stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	51,5	60,8	62,1
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	34,4	41,6	43,3
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	27,8	33,4	38,6
Consumo quotidiano di bevande gassate	12,3	8,4	10,1
Prevalenza di sovrappeso	19,5	16,5	12,9
Prevalenza di obesità	3,4	2,1	1,2

Tutte le variabili dei consumi di prima colazione, frutta e verdura una volta al giorno aumentano all'aumentare del FAS, gradiente inverso hanno la prevalenza di sovrappeso e obesità che sono più elevati nei ragazzi con FAS basso.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 16, 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 16. Gli indicatori storici di HBSC un confronto pre e post pandemia (%)

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	62,5	57,6
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	40,2	39,1
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	29,8	32
Consumo quotidiano di bevande gassate	11,3	10,2
Prevalenza di sovrappeso	13,1	17,2
Prevalenza di obesità	2,1	2,4

Negli ultimi 4 anni si è osservata una diminuzione nel consumo della prima colazione e un aumento dell'eccesso ponderale.

Conclusioni

Dai dati sulle abitudini alimentari degli adolescenti liguri emergono alcune criticità considerate fattori di rischio dagli studi Ebp per molte patologie croniche non trasmissibili tali da confermare la necessità di implementazione di programmi multicomponente di promozione della salute già a partire dai primi anni di vita; infatti sono ormai riconosciuti come interventi efficaci quelli realizzati precocemente e con il coinvolgimento dei destinatari ma anche delle famiglie della scuola e di tutti gli stakeholder del territorio.

In particolare, in Liguria il 24,8% dei ragazzi non fa mai la prima colazione e tale abitudine aumenta al crescere dell'età il 28% nei ragazzi quindicenni, valore stabile rispetto al 2014.

Invariato rispetto al 2014 il consumo di frutta: solo 4 ragazzi su 10 mangiano frutta una volta /più volte al giorno tutti i giorni e il 15 % mangia verdura più di una volta al giorno. Un ragazzo su 8 consuma dolci almeno una volta al giorno e il 10% beve bevande zuccherate tutti i giorni almeno una volta al giorno.

Per quanto riguarda lo stato di nutrizione risulta che la percentuale di sovrappeso/obeso è in leggero aumento rispetto alla precedente rilevazione passando dal 15,2% del 2018 al 19,6% del 2022 con una palese predominanza dei maschi in tutte le fasce d'età; incremento dei valori di obesità rispetto alle precedenti rilevazioni (1,4% nel 2014, 2,14 % nel 2018 e 2,4% nel 2022).

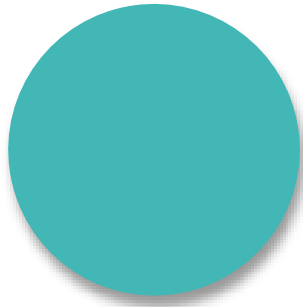
In merito alla percezione della propria immagine corporea si nota come essa continui ad essere sovrastimata: il 26,8% dei ragazzi si percepisce in sovrappeso/obeso a fronte di valori di IMC per sovrappeso/obeso del 19,6%. Più o meno stabile la percentuale di ragazzi a dieta restrittiva (21,6%) o che pensa di dover intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo (22,8%), quest'ultimo aspetto è riferito soprattutto dai ragazzi di 13 e 15 anni, età molto critica per lo sviluppo corporeo, come già riportato nella rilevazione del 2018.

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

-
- ³Das 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
- ⁴Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- ⁵Watts 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.
- ⁶Salvy 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.*
- ⁷Ferris 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.
- ⁸Loth 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
- ⁹Hebestreit 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.
- ¹⁰Hebestreit 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.
- ¹¹Salvy 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.
- ¹²Istituto 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).
- ¹³Currie 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.
- ¹⁴Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- ¹⁵Cole 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.
- ¹⁶World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.
- ¹⁷Asawa 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.
- ¹⁸Kant 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.
- ¹⁹Hallström 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.
- ²⁰Lazzeri 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.
- ²¹Malik 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.
- ²²Vartanian 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.
- ²³Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell’adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ²⁴Whitehead, 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 dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, divertirsi, costruire nuove amicizie e crescere in salute^{10,11}.

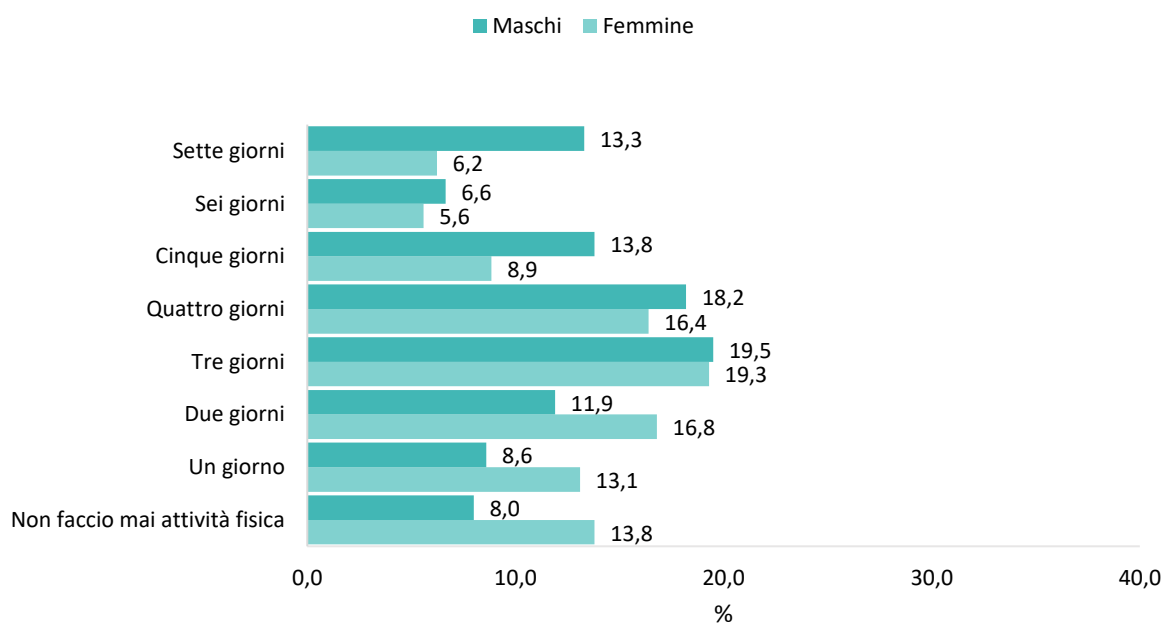
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “*negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno*”; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano in percentuale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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	7,4	9,8	14,3	10,7
Un giorno	10	10,5	11,4	10,7
Due giorni	15	15,9	12,2	14,2
Tre giorni	22,1	15,8	20,2	19,4
Quattro giorni	18,7	18,9	15,1	17,4
Cinque giorni	11,8	12,4	10,4	11,4
Sei giorni	5,5	6,3	6,4	6,1
Sette giorni	9,5	10,3	10	10

Osservando la Tabella 1, si nota che il 7,4 % dei ragazzi di 11 anni, il 9,8% dei ragazzi di 13 anni ed il 14,3% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 51%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 16,1% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



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

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

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

Osservando la Tabella 2, si nota che il 9% dei ragazzi di 11 anni, l’8,6% dei ragazzi di 13 anni ed il 10,9% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 39%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

I comportamenti sedentari, come ad esempio la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi, sono negativamente associati con la salute e il benessere durante l'adolescenza^{12,13}. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti 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
Nessuna	7,3	13,6	16
Circa mezz'ora	17,1	12,8	15,5
Circa un'ora	21,8	19	15,7
Circa 2 ore	21	18,8	16,4
Circa 3 ore	12,8	11,7	10,4
Circa 4 ore	7,7	7,7	9,2
Circa 5 ore o più	12,3	16,4	16,8

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 67,2% degli undicenni il 64,2% dei tredicenni ed il 63,6% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	23,4	8,2	4,8
Circa mezz'ora	21,9	14,2	11,5
Circa un'ora	17,7	18,9	13,9
Circa 2 ore	16,8	16,8	20
Circa 3 ore	6,5	13	16,4
Circa 4 ore	5,2	8,9	11,5
Circa 5 ore o più	8,5	20	21,9

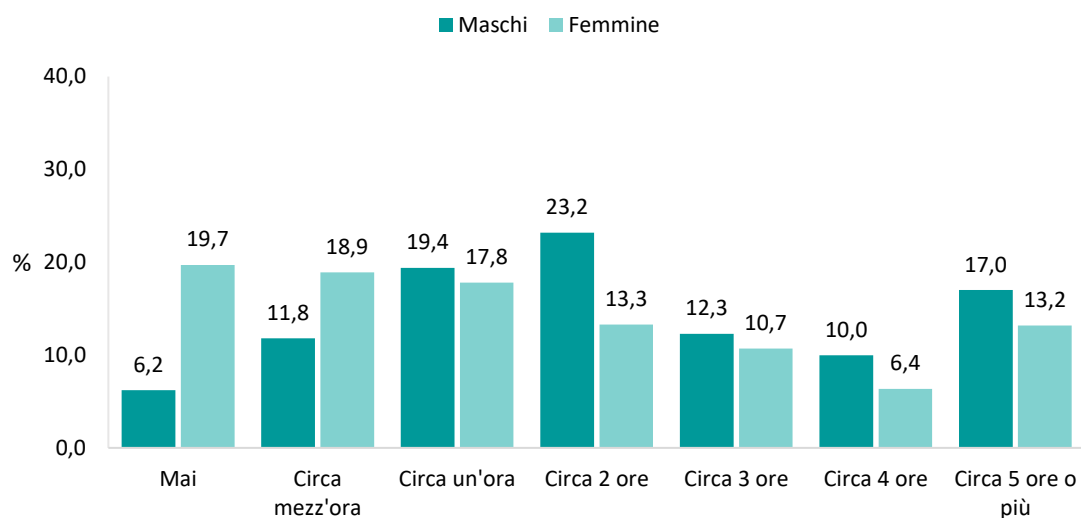
In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	6,7	8,7	12,5
Circa mezz'ora	24,6	21,5	14,4
Circa un'ora	27,6	25,5	24,4
Circa 2 ore	19,5	19,8	20,8
Circa 3 ore	10,3	9,3	10,8
Circa 4 ore	3,7	5,5	6,6
Circa 5 ore o più	7,6	9,7	10,5

Il 21,6% dei giovani a 11 anni, il 24,5% a 13 anni ed il 27,8% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due al giorno.

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



Si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network. Sono infatti solo poco più del 6,2% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 19,7% delle ragazze.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	38,6	45,7	56,2
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	49,1	56	66,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	40,3	31,4	31,3
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	42,2	35,9	36,6
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	28,2	21,6	25,9

Si conferma la stretta correlazione tra FAS alto e abitudine all'esercizio fisico, inversamente proporzionale invece il FAS e il tempo utilizzato con dispositivi tecnologici e TV.

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, compresi gli adolescenti. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

Emerge una significativa riduzione nella percentuale di ragazzi liguri che svolgono attività fisica intensa dopo la pandemia, con una riduzione di 17 punti percentuali rispetto alla rilevazione effettuata in periodo pre-pandemico.

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

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	47,1	44,9
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	72,5	55,4

Conclusioni

Il confronto dei dati sull'attività fisica degli adolescenti liguri, rispetto alla precedente rilevazione, mostra significative variazioni tra coloro che non svolgono mai attività fisica (10,7% vs l'8% del 2018), più stabile la percentuale di coloro che la praticano regolarmente per almeno un'ora al giorno per sette giorni (10%). Il 41% dei giovani svolge attività fisica per almeno un'ora dai due ai quattro giorni/settimana

I comportamenti sedentari si modificano negativamente nel tempo libero, aumentando il tempo giornaliero trascorso davanti a tv, video o altre forme di intrattenimento come pure il tempo per gioco al computer, console, o altri device, in particolare per 5 o più ore. In generale le femmine fanno un uso minore di tali device rispetto ai coetanei maschi.

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

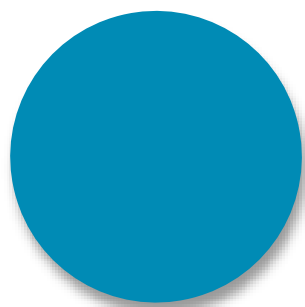
⁷ Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health*. *Humana Kinetics*. 2007.

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

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

Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere

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

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

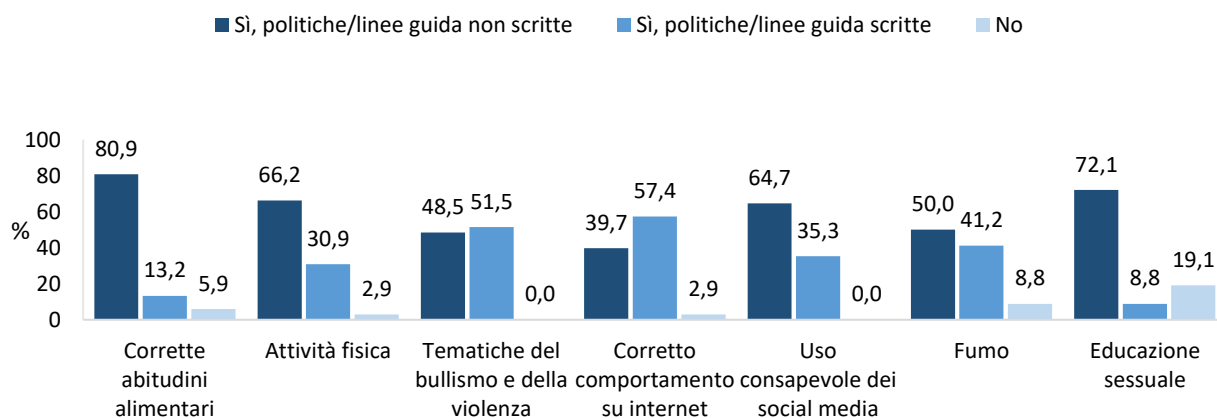
Tabella 1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	7,3	41,2	20,6	10,3	0	20,6
La palestra è in buone condizioni	11,8	57,4	13,2	8,8	0	8,8
I laboratori didattici sono attrezzati	11,8	42,6	26,5	5,9	0	13,2
La scuola necessita di restauro	27,9	41,2	26,5	2,9	0	1,5

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 41,2% dei Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri.

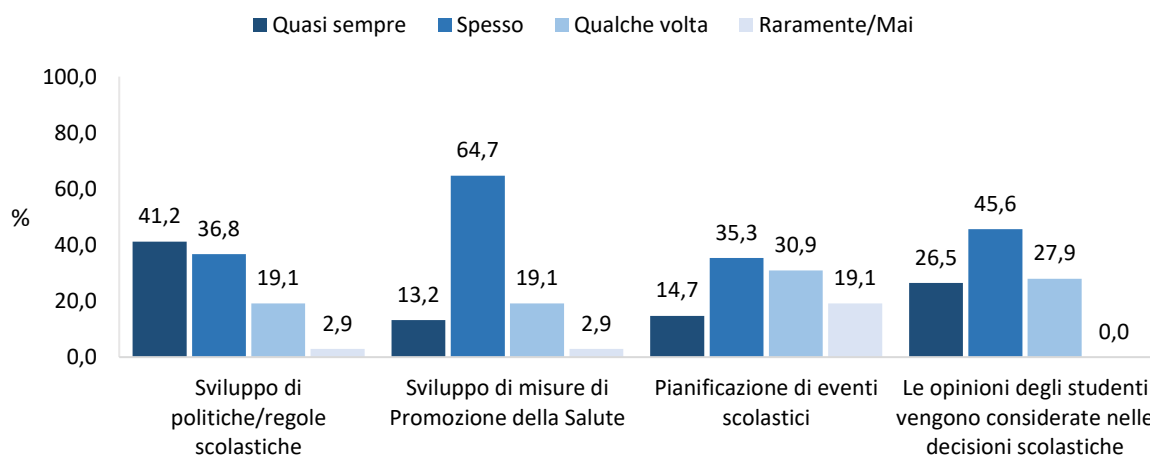
Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di riportare quali eventuali attività di promozione della salute sono state condotte con la finalità di favorire l'acquisizione di nuove conoscenze o nuove competenze nelle aree più significative per il benessere dei ragazzi (Figura 1).

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



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

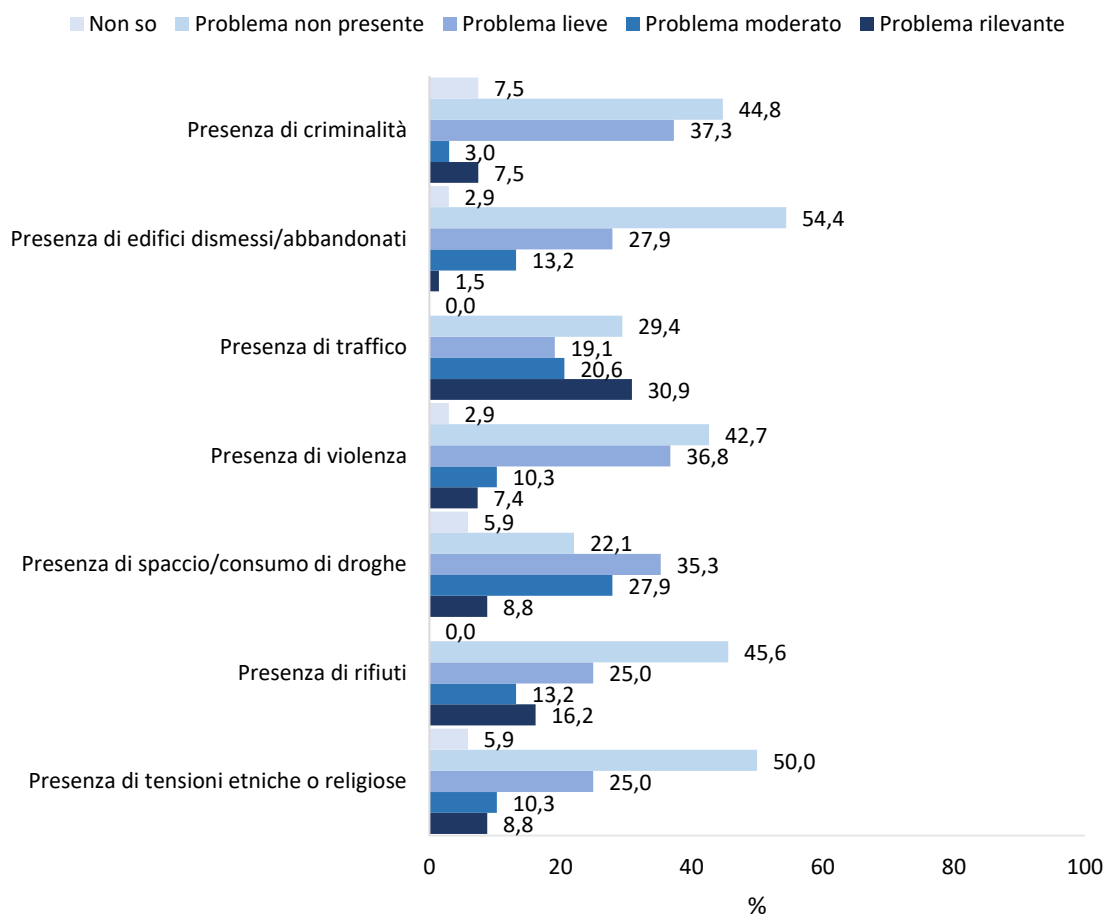
Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (41,2% quasi sempre; 36,8% spesso) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (26,5% quasi sempre; 45,6% spesso).

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

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



Il problema più importante è risultato essere la presenza di traffico, ritenuto rilevante dal 30,9% dei Dirigenti Scolastici e moderato dal 20,6% degli stessi. Per importanza e gravità seguono la presenza di rifiuti, ma vi è anche una certa percentuale di dirigenti che considera moderato il problema legato alla presenza di spaccio e consumo di droghe o abuso di alcol (27,9%).

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

Per niente bene	0
Non molto bene	14,7
Nella media	60,3
Piuttosto bene	20,6
Molto bene	4,4
Non so	4,4

Il Dirigente Scolastico giudica di medio benessere il quartiere in cui opera la scuola nel 60,3% dei casi.

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	1,5	7,4	0
In disaccordo	13,2	27,9	20,6
Abbastanza in disaccordo	16,2	4,4	8,8
Né in accordo né in disaccordo	14,7	10,3	10,3
Abbastanza d'accordo	19,1	8,8	22,1
D'accordo	20,6	32,3	23,5
Completamente d'accordo	10,3	1,5	10,3
Non so	4,4	7,4	4,4

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, il 10,3% dei Dirigenti è completamente d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (1,5%).

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	17,6	14,1	9,4	13,4
D'accordo	36,7	32,3	25,9	31,2
Né in accordo né in disaccordo	34,3	37,2	42,6	38,4
Non d'accordo	6,3	9,9	15,4	10,9
Per niente d'accordo	5,1	6,5	6,7	6,1

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	36,3	19,9	12,1	22
D'accordo	35,6	34,4	29,5	32,9
Né in accordo né in disaccordo	18,5	26,4	32,3	26,2
Non d'accordo	5,1	9,1	16	10,5
Per niente d'accordo	4,5	10,2	10,1	8,4

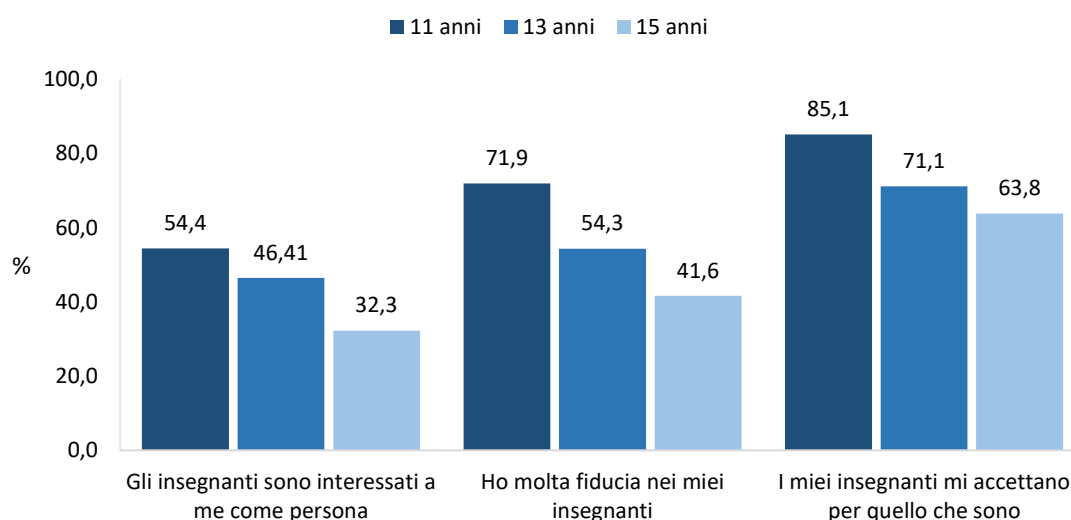
Tabella 6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	52,1	32,9	20,4	34,1
D'accordo	33	38,2	43,4	38,6
Né in accordo né in disaccordo	11,2	19,4	27,2	19,9
Non d'accordo	1,7	5,9	6,3	4,7
Per niente d'accordo	2	3,5	2,7	2,7

Mentre la fascia di ragazzi più giovane è per la maggioranza "molto d'accordo" con le affermazioni "I miei insegnanti si interessano a me come persona", "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", tali percezioni diminuiscono con l'avanzare dell'età. I ragazzi di 13 e 15 anni, infatti, sono perlopiù semplicemente "d'accordo" e, in percentuali minori, "né d'accordo né in disaccordo".

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

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



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

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	76,2	71,2	68,3	71,6
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	78,7	71,8	70,7	73,5
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	84,2	82,3	79,9	82
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	71,6	71,3	70,9	71,2

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	25	10,8	10,2	14,9
D'accordo	42,9	33	42,7	39,7
Né in accordo né in disaccordo	23,6	31,5	25,4	26,8
Non d'accordo	5,76	16,8	15,4	12,9
Per niente d'accordo	2,76	7,9	6,3	5,7

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	37,9	20,1	19,1	25,2
D'accordo	37,5	40	42,4	40,1
Né in accordo né in disaccordo	16,6	25,5	25,5	22,8
Non d'accordo	4,7	8,1	6,7	6,5
Per niente d'accordo	3,3	6,3	6,3	5,4

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, la percezione della disponibilità dei propri compagni diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 67,9% di undicenni che sono d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" si registra un 43,8% di tredicenni ed un 52,9% di quindicenni con la stessa percezione.

In Tabella 9 emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notandosi un decremento nel passaggio dagli 11 (75,4%) ai 15 anni (61,5%).

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

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

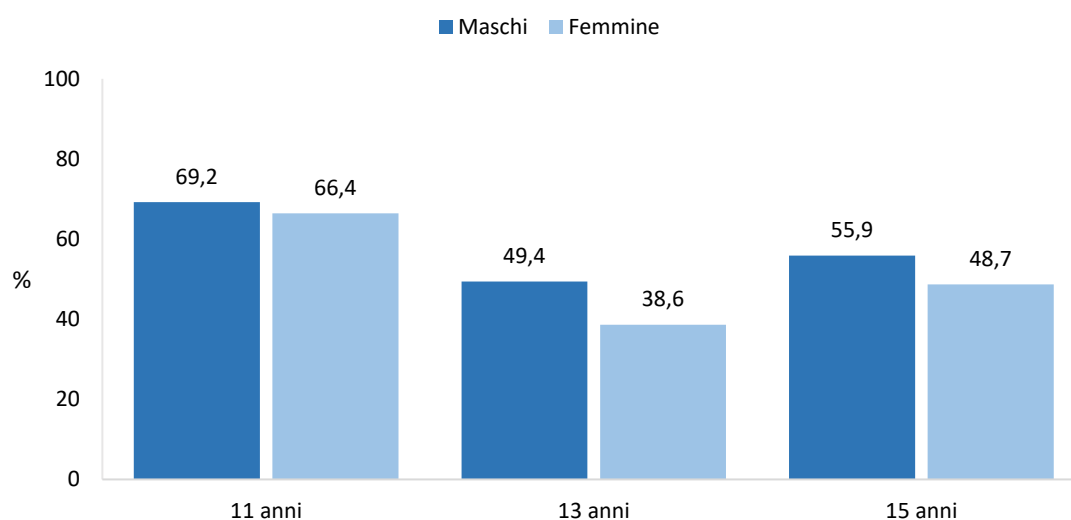
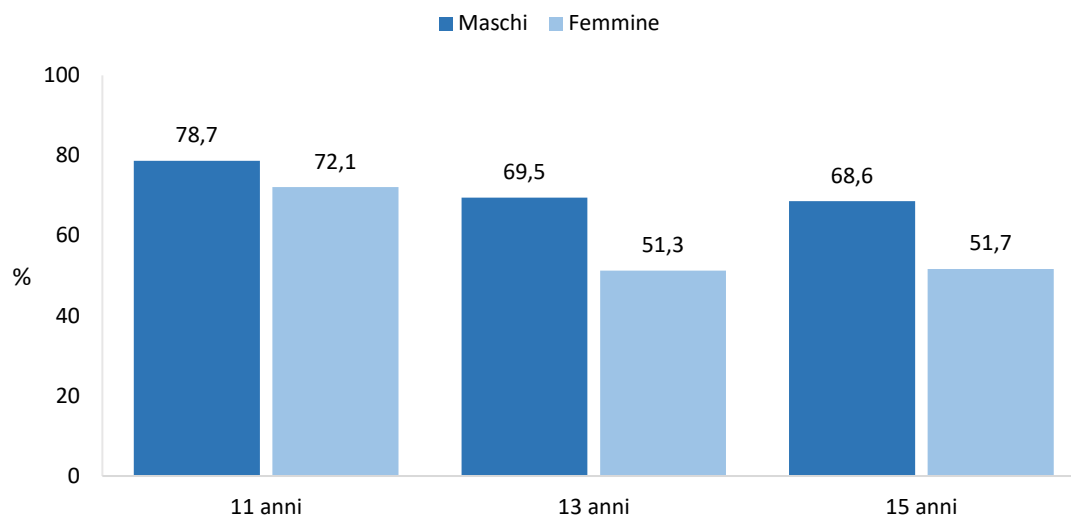


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



Bullismo e cyberbullismo

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

Il cyberbullismo è un'analogia aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, gli atti di cyberbullismo possono accadere in un tempo indefinito, in qualunque momento, coinvolgono un pubblico più vasto e spesso al di fuori della cerchia di conoscenze della vittima e si diffondono rapidamente senza possibilità o percezione di controllo¹⁹. Un lavoro della Commissione Europea di qualche anno fa, che coinvolgeva sette paesi, tra cui l'Italia, ha dimostrato che il fenomeno è nuovo e in crescita, complice anche la diffusione dei

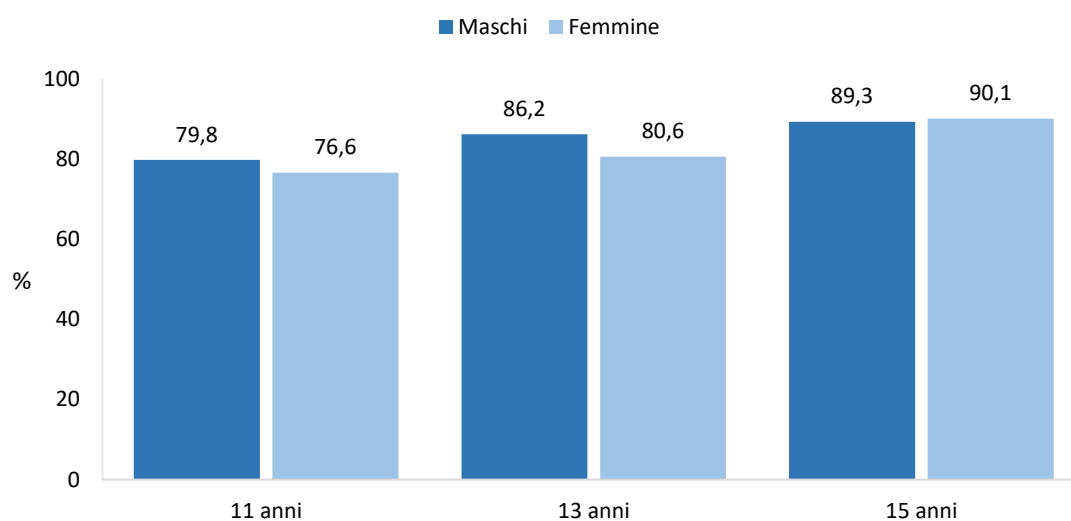
dispositivi elettronici e la precoce esposizione agli stessi. A differenza del bullismo, il cyberbullismo sembra aumentare con l'età e sembra imporsi come fenomeno a sé, simile al bullismo ma solo nel nome²⁰. Se pur tutto ciò sembra essere allarmante, recenti studi confermano che un clima positivo tra i coetanei e delle buone relazioni con figure adulte di riferimento, soprattutto gli insegnanti scolastici/coach sportivi, riducono la probabilità di questi comportamenti lesivi e rappresentano un potente fattore protettivo. Le dinamiche relazionali positive, che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono, infatti, un ulteriore elemento protettivo su cui investire¹⁹. Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da “Mai” a “Più volte alla settimana”, riportate per esteso in Tabella 10 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 7.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	78,2	83,3	89,6	84,1
Una o due volte	13,5	9,4	6,74	9,7
Due o tre volte al mese	3,1	3,2	1,6	2,6
Circa una volta alla settimana	2,3	1,4	1,1	1,5
Più volte alla settimana	2,9	2,7	0,94	2,1

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

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



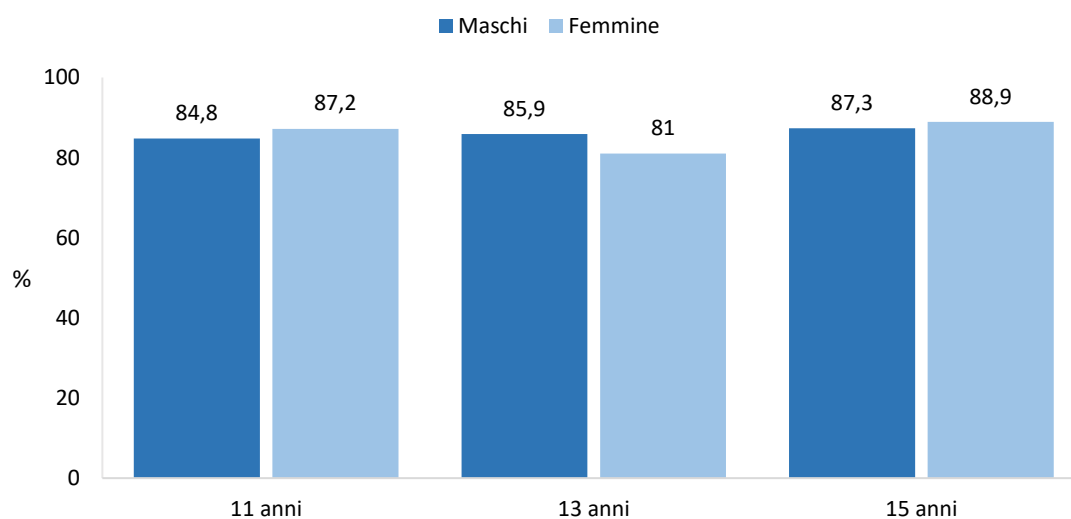
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	86	83,4	88	85,9
Una o due volte	9,2	10,8	7,7	9,1
Due o tre volte al mese	2,5	2,4	1,8	2,2
Circa una volta alla settimana	0,7	1,5	0,9	1,1
Più volte alla settimana	1,6	1,9	1,6	1,7

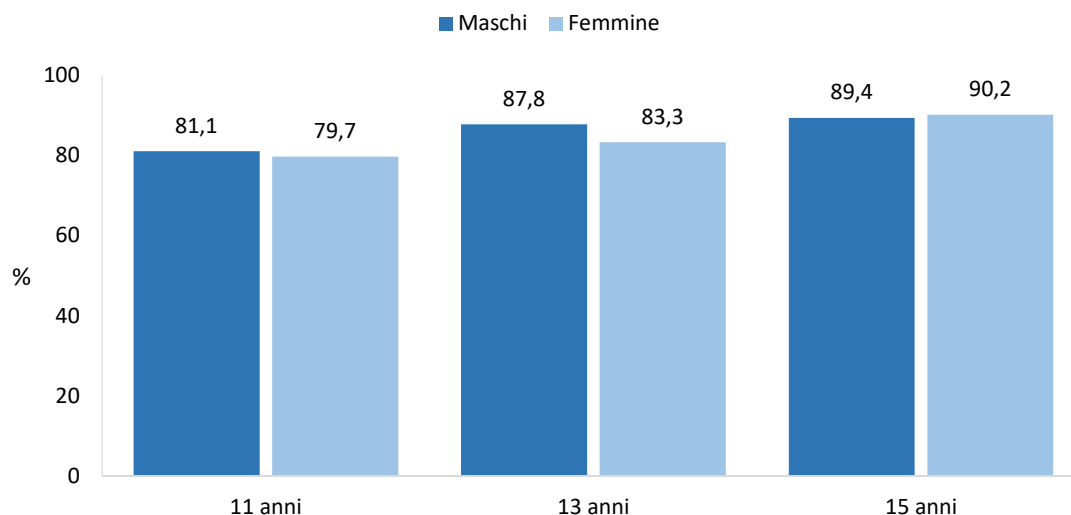
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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



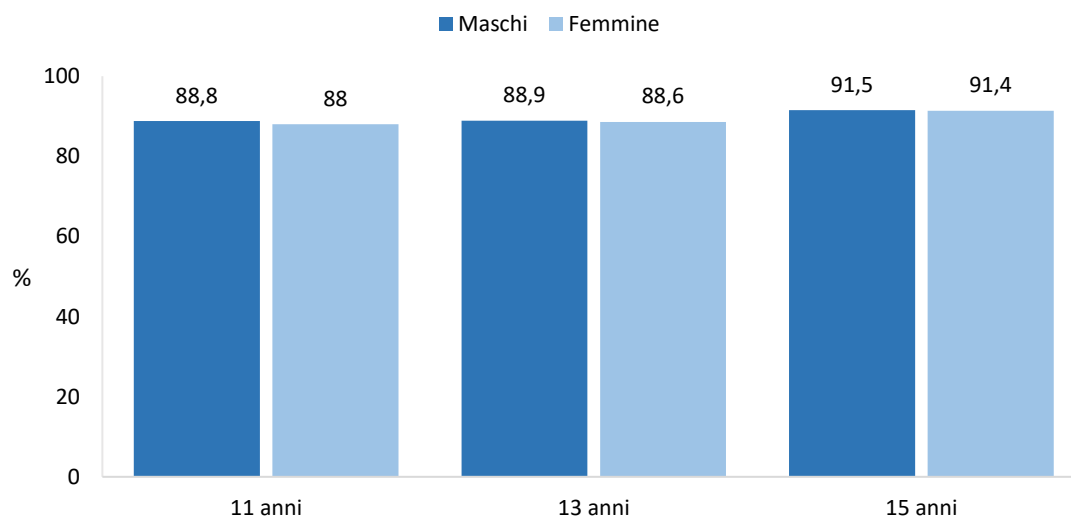
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	61,6	61,1	71,2	65,1
Una volta	17,1	18	14,2	16,3
Due volte	7,5	9,9	5,6	7,57
Tre volte	3,6	3,6	2,9	3,37
Quattro volte o più	10,2	7,4	6,1	7,7

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

La scuola

La scuola, contesto educativo esplorato nella sua accezione più ampia, è il luogo all'interno del quale gli adolescenti trascorrono la maggior parte della loro quotidianità. Nella scuola i ragazzi sperimentano le loro difficoltà, vivono momenti di tensione e stress ma anche relazioni e scambi positivi, con i coetanei, con gli adulti e con le diverse forme di autorità.

Il rapporto dei ragazzi con la scuola è uno tra i determinanti della salute più significativi per la popolazione nell'età dello sviluppo. Lo studio ha indagato alcuni aspetti di questo rapporto con diverse domande, ad esempio chiedendo loro cosa pensassero della scuola.

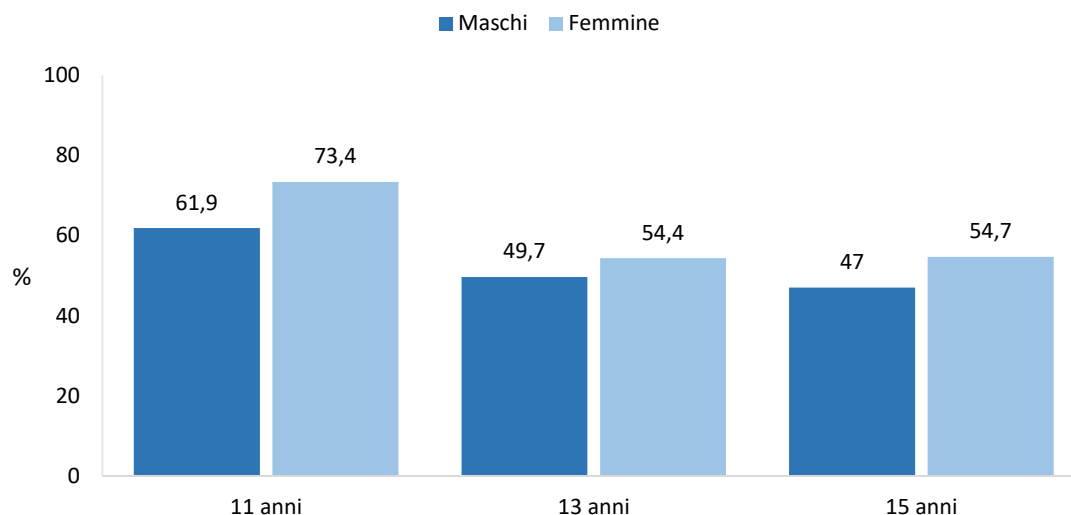
In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	14,7	7	7,6	9,6
Abbastanza	52,9	45,1	42,7	46,6
Non tanto	23,3	33,7	34,7	30,8
Non mi piace per nulla	9,1	14,2	15,1	13

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

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



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

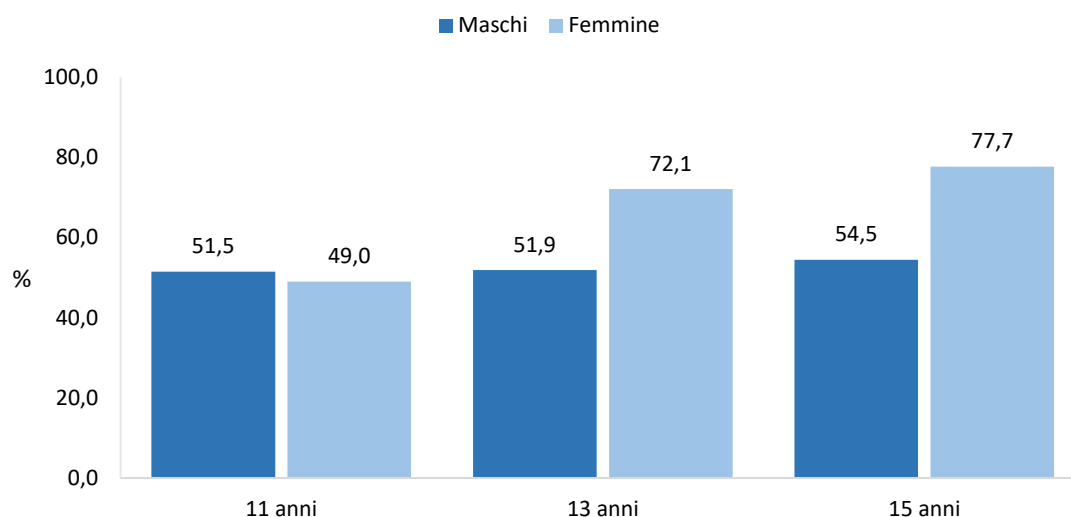
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Per niente	8,4	7,4	8,7	8,1
Un po’	41,3	30,2	27,1	32,5
Abbastanza	29,5	32,6	29,8	30,6
Molto	20,8	29,8	34,4	28,8

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



Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d’accordo/molto d’accordo)	46,4	44,6
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d’accordo/molto d’accordo)	57,2	54,9
I miei compagni sono gentili e disponibili (d’accordo/molto d’accordo)	57,7	54,7
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d’accordo/molto d’accordo)	86,9	84,1
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d’accordo/molto d’accordo)	90,9	85,5
La scuola mi piace abbastanza o molto (d’accordo/molto d’accordo)	59,3	56,2
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	58	59,4

Conclusioni

Quanto emerge dall’indagine sulle scuole liguri è rappresentativo di una situazione di sostanziale adeguatezza delle strutture scolastiche, la maggior parte dei Dirigenti lamenta però una scarsità di spazi esterni di aggregazione e per eventi culturali, mentre sembrano abbastanza adeguate le attività di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti

lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere, infatti il 77,9% degli studenti riferisce di essere stato coinvolto spesso o quasi sempre dalla sua scuola in interventi di promozione della salute.

In merito al rapporto con gli insegnanti non si notano lievi differenze rispetto alla rilevazione precedente, significativo rimane il calo di fiducia nei confronti dei docenti e la percezione di scarsa accettazione da parte loro, tali valori diminuiscono sensibilmente al crescere dell'età; solo il 35,3% dei quindicenni è d'accordo con l'affermazione "Gli insegnanti sono interessati a me come persona" contro il 54,3 degli undicenni e solo il 41,6% dei quindicenni ha fiducia negli insegnanti contro il 72% degli undicenni.

In generale buono è il rapporto dei ragazzi con i loro compagni, diminuisce lievemente al crescere dell'età ed è decisamente migliore nei maschi rispetto alle femmine. Dei ragazzi 15enni che sono d'accordo /molto d'accordo con l'affermazione "i miei compagni mi accettano per quello che sono" il 68,6 % sono maschi il 51,7 % femmine.

In Liguria la percentuale dei ragazzi a cui piace molto/abbastanza la scuola è molto bassa (56,2 %) valore in riduzione rispetto al 2018 (59%), tendente a peggiorare al crescere dell'età ed è più basso nei maschi.

La maggior parte dei ragazzi (84,1%) non ha mai subito atti di bullismo, in particolare tra i 15enni, l'89,3% dei maschi e il 90,1% delle femmine, tra gli 11enni, il 79,8% dei maschi e il 76,6% delle femmine. Anche per il cyber bullismo la maggior parte dei ragazzi non ha mai subito azioni di cyberbullismo.

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.

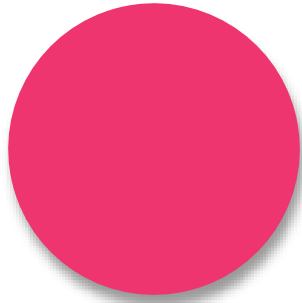
¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.

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 ragazzi che ha fumato sigarette/sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,4	92,5	76	88,4
1-2 giorni	0,4	2,9	5,4	3,1
3-5 giorni	0,1	1,2	3	1,5
6-9 giorni	0	0,3	2,7	1,1
10-19 giorni	0	1,1	2,3	1,2
20-29 giorni	0	0,54	2,84	1,3
30 giorni o più	0,1	1,41	7,7	3,4

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,8	91,9	80,7	90,1
1-2 giorni	0	3,9	7,2	3,9
3-5 giorni	0	1,2	3,4	1,7
6-9 giorni	0,1	0,9	2,9	1,4
10-19 giorni	0,1	0,9	1,9	1
20-29 giorni	0	0	1	0,4
30 giorni o più	0	1,2	2,9	1,5

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato; la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 99,4% degli undicenni al 92,5% dei tredicenni sino al 76% dei quindicenni.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0,2	1,1	8,6	4
Femmine	0	1,7	6,4	2,8

Alcol

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	88,6	65,6	33,9	60,6
1-2 giorni	6,8	16,8	17,9	14,1
3-5 giorni	1,8	5,5	9,1	5,73
6-9 giorni	0,9	3,5	9,1	4,82
10-19 giorni	0,9	3,2	9,63	4,93
20-29 giorni	0	1,7	4,34	2,2
30 giorni o più	1	3,7	16	7,61

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	94,5	79,2	50,9	73,4
1-2 giorni	3,8	12,7	22	13,4
3-5 giorni	0,7	4	11,9	5,9
6-9 giorni	0,5	1,3	6,3	2,9
10-19 giorni	0,1	1,7	4,6	2,3
20-29 giorni	0	0,4	1,6	0,7
30 giorni o più	0,4	0,7	2,7	1,4

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 88,6% degli undicenni al 65,6% dei tredicenni sino al 33,9% dei quindicenni.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0,5	0,9	3,2	1,7
Femmine	0,3	0,4	2,1	0,9

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	0,9	5,4	3,5	15,1	75,1
Vino	0,8	3,2	3,9	16,4	75,7
Superalcolici	0,4	3,8	5,4	14,5	75,9
Alcolpops	0,8	2,9	3,5	9,9	82,9
Spritz	0,7	4	4	12,8	78,5
Altra bevanda alcolica	1	4,9	5,4	15,3	73,4

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

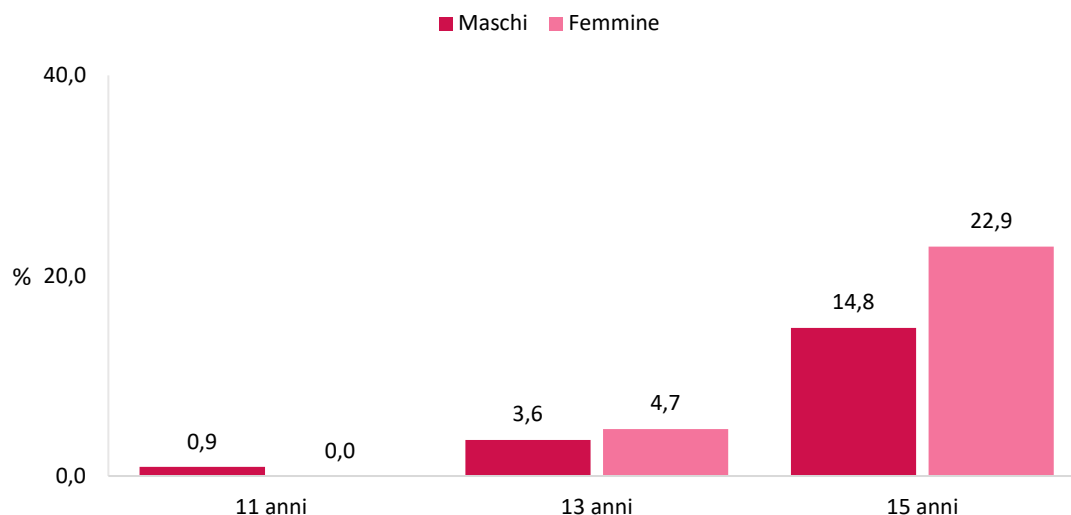
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	98,2	92,3	69,3
Si, una volta	1,3	3,5	12,6
Si, 2-3 volte	0	2,7	10,8
Si, 4-10 volte	0,1	0,5	3,5
Più di 10 volte	0,4	1	3,8

Il fenomeno dell'ubriacatura aumenta sensibilmente, anche nella frequenza, con l'aumentare dell'età, complessivamente gli alunni che non sono mai stati ubriachi sono l'85,3%.

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

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

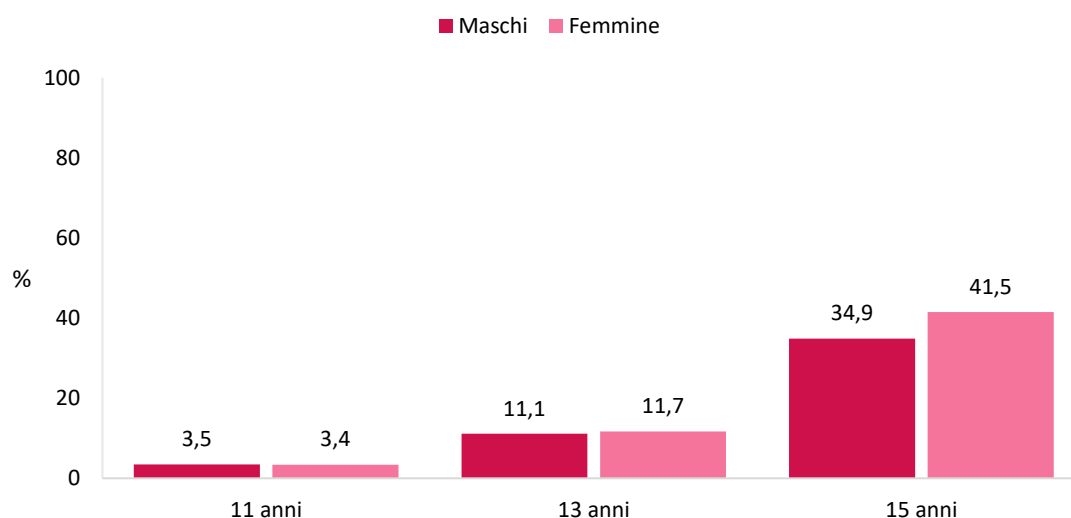


In particolare, nei quindicenni i maschi, in percentuale minore rispetto alle femmine, dichiarano di essersi ubriacati due volte o più nella vita (14,8% vs 22,9%)

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



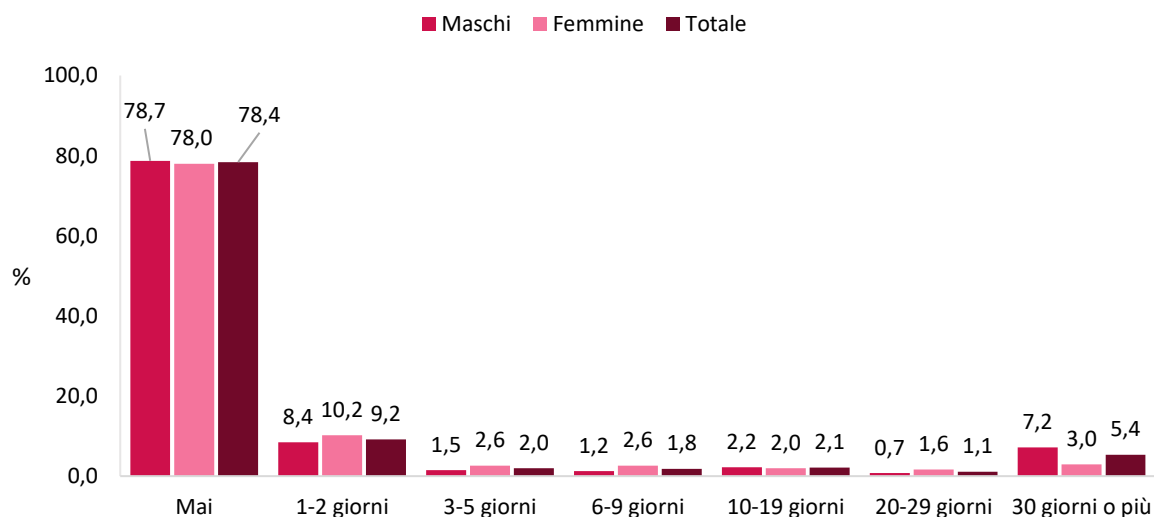
Anche in questo caso le femmine dichiarano di aver consumato, in percentuale superiore ai maschi, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno aumenta con l'età in entrambi i generi.

Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante¹⁴. Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione¹⁴. Nonostante si stia riscontrando, come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis, lo studio di questo fenomeno rimane una priorità per la Sanità Pubblica, in primis perché il periodo pandemico appena attraversato sembra aver aumentato il disagio tra gli adolescenti, e soprattutto per indirizzare nuove politiche preventive e di controllo. L'uso di cannabis è indagato solo nei 15enni e nei 17enni (vedi capitolo dedicato ai 17enni).

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

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



Poco meno di 8 ragazzi su 10 non hanno mai consumato cannabis e solamente una piccola percentuale (5,4%) ha dichiarato di avere fumato cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi 7,2%, nelle ragazze 3%.

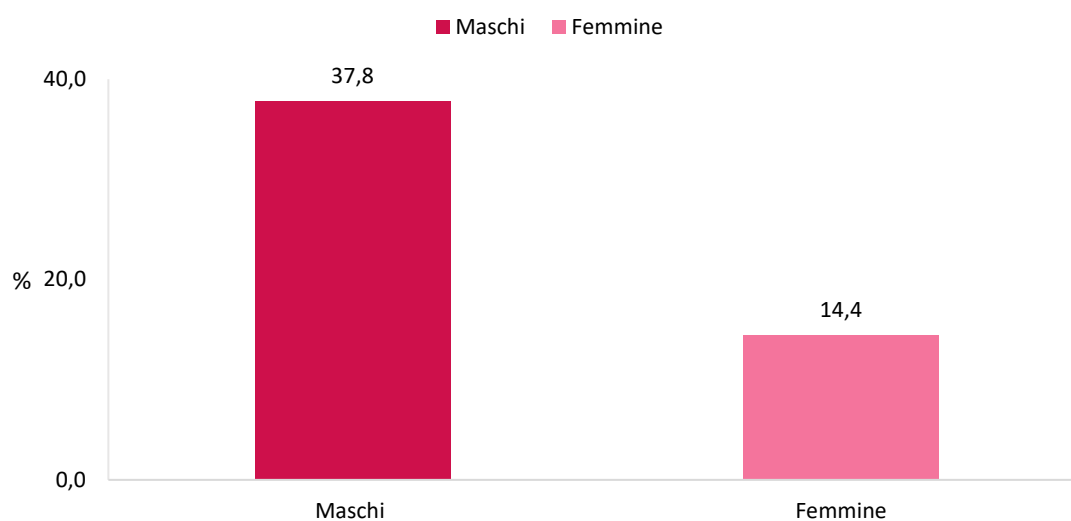
Gioco d'azzardo

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 dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi.

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

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



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (37,8%) rispetto alle femmine (14,4%).

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	7,8	6,1	5,6
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	14,9	18,5	27
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	46,3	46,7	58,8
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	15,4	18,6	20
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	34	35,7	46,3
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	22,7	16,6	29,3
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	27,7	24,9	30,8

I comportamenti a rischio dei 15enni riportati nella Tabella 8 aumentano nelle famiglie con il FAS alto, a eccezione del fumo di sigaretta che risulta più frequente nelle famiglie con stato socioeconomico 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	28,5	24
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	46,8	49,1
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	19	18,2
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	38,8	37,7
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	22,8	11,7
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	37,4	27,7

Dal confronto emerge una significativa riduzione (più di 10 punti percentuali) sia per “Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni” sia per “Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita” mentre gli altri valori oscillano di poco, lievemente aumentato il consumo di alcol almeno una volta nell'ultimo mese.

Conclusioni

Dall'indagine HBSC 2022 emerge che l'88,4% dei ragazzi non ha mai fumato, in miglioramento rispetto all'indagine 2018, tale percentuale si riduce all'aumentare dell'età passando da un 99,4% degli undicenni all'92,5% dei tredicenni al 76% dei quindicenni (in netto miglioramento rispetto al 54% dei 15enni nel 2018)

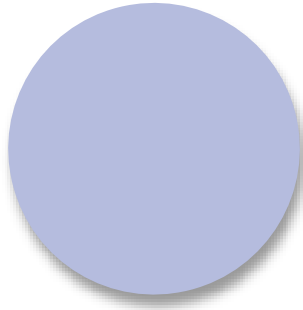
Quasi l'8% dei ragazzi di 15 anni di età dimostra una cronicizzazione del vizio del fumo (consumo giornaliero). In lieve riduzione il consumo di cannabis con il 78% di ragazzi che dichiara di non averne mai fatto uso.

In merito al consumo di alcol il 61% dei ragazzi dichiara di non aver mai bevuto alcol ma tale percentuale decresce al crescere dell'età tanto che a 15 anni solo il 33,9 % dei ragazzi dichiara di non aver mai bevuto. Stabile rispetto alla rilevazione 2018 il fenomeno delle ubriacature che si conferma inferiore nei quindicenni maschi rispetto alle femmine di pari età (15% maschi vs 23% femmine). Il comportamento del binge drinking è aumentato nei maschi 15enni e lievemente ridotto nelle femmine coetanee.

Il fenomeno del gioco d'azzardo si è complessivamente ridotto di quasi 10 punti percentuali restando comunque maggiormente frequente nei maschi rispetto alle femmine.

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-Setäläet T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.
- ⁹Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- ¹⁰Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*.
- ¹¹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Drinking Levels Defined*. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- ¹²M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, *Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions.*, in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323-8.
- ¹³Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).
- ¹⁴Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.
- ¹⁵Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862-1873.
- ¹⁶ Frisone, F., Settineri, S., Sicari, P. F., & Merlo, E. M. (2020). Gambling in adolescence: a narrative review of the last 20 years. *Journal of Addictive Diseases*, 38(4), 438-457..
- ¹⁷Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci*. 2016;17(8):970-980.
- ¹⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36



CAPITOLO 7

Salute e Benessere

Introduzione

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

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

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

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

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

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

Salute percepita

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

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

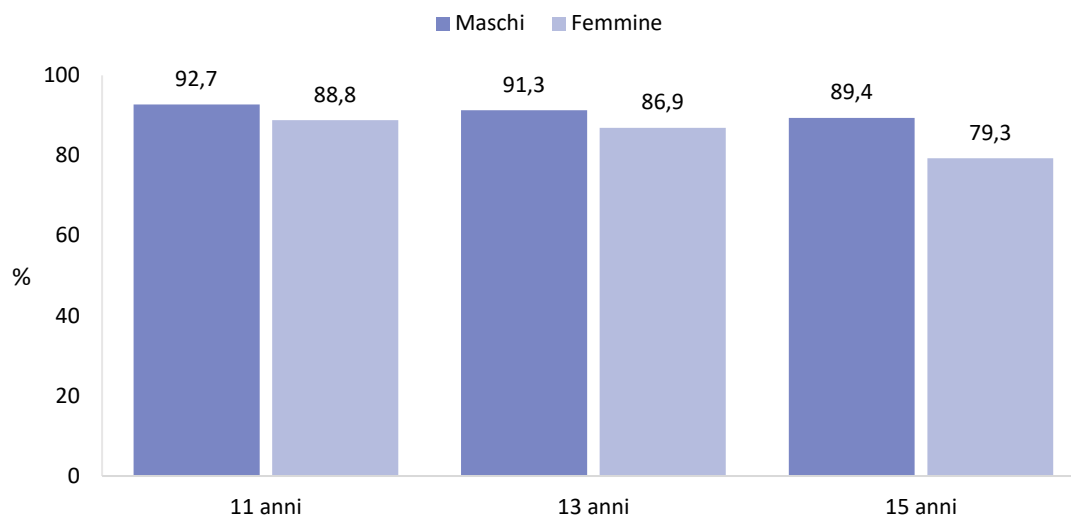
Tabella 1. “Diresti che la tua salute è..., per età” (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	37,8	34,1	27,1	32,6
Buona	52,9	54,9	58	55,5
Discreta	8,6	9,6	13,4	10,7
Scadente	0,7	1,4	1,5	1,2

Dai dati in tabella si evince che circa l'88,1% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

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

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all’aumentare dell’età e risente di lievi differenze di genere, in particolare nelle ragazze più grandi è marcatamente inferiore rispetto ai coetanei maschi (79,3% vs. 89,4%).

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

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

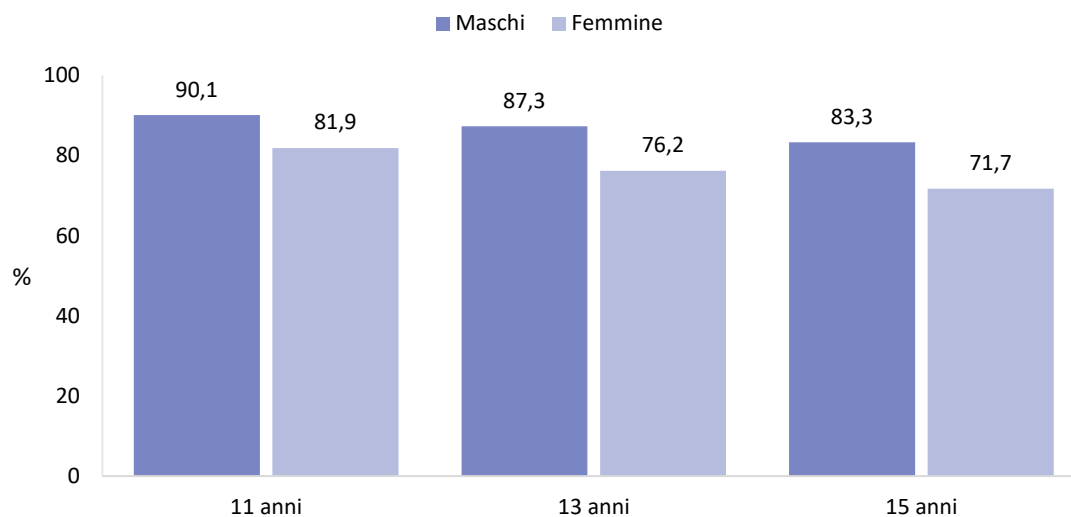
Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	13,9	18,5	21,6	18,2
≥6	86,1	81,5	78,4	81,8

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere, all’aumentare dell’età diminuisce la percentuale di coloro che si sentono in buono livello di soddisfazione. Un giudizio più critico è stato espresso dai quindicenni (21,6%).

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

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



Il confronto tra coetanei per genere evidenzia come le ragazze riferiscano percentuali inferiori di soddisfazione in ogni età in particolare nelle 15enni (83,3% dei maschi e 71,7% delle femmine).

Sintomi riportati

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

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

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

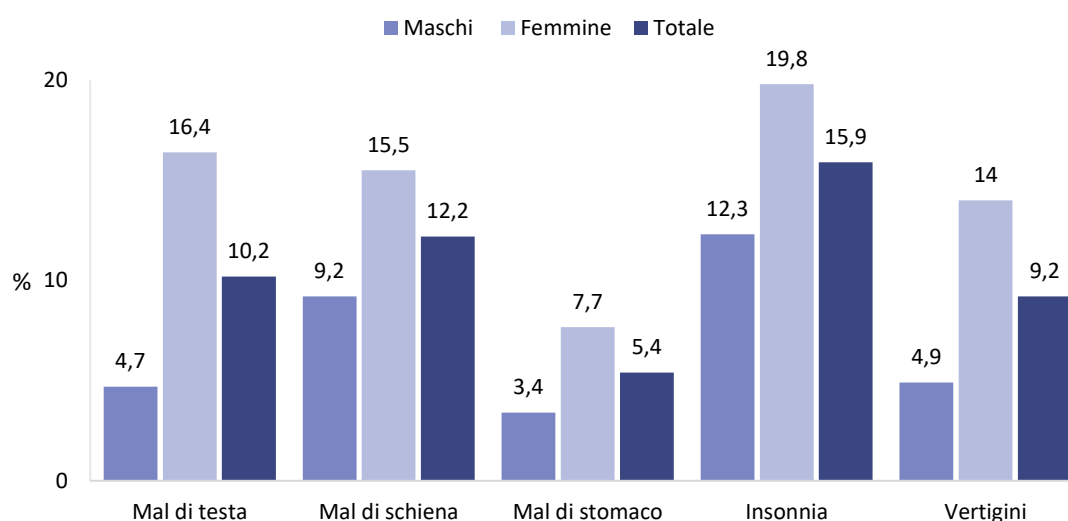
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	44,3	50	46,5	46,9
Più di una volta a settimana	27,1	29,3	30	28,9
Circa una volta a settimana	16,9	12,2	14,9	14,7
Circa una volta al mese	9,4	5,8	5,8	6,9
Raramente o mai	2,3	2,7	2,8	2,6

Le percentuali riscontrate evidenziano lievi differenze tra le varie classi di età.

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

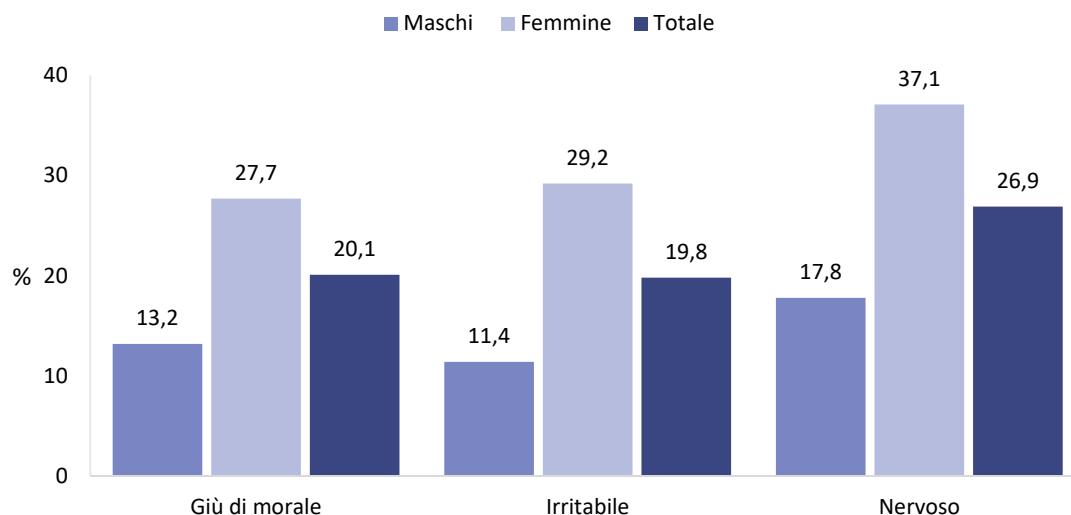
Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



Il sintomo maggiormente riferito è l’insonnia con una percentuale del 15,9%. Confrontando i generi la percentuale di femmine che dichiara di avere quotidianamente mal di testa è di molto superiore (16,4%) rispetto ai ragazzi (4,7%), differenza analoga per genere relativamente ad altri sintomi soggettivi come le vertigini (14% vs 4,9%) e, in generale, per tutti i sintomi descritti, le femmine dichiarano di soffrirne maggiormente.

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



Il sintomo maggiormente riferito è il nervosismo, con una percentuale di 26,9%, come per i sintomi della Figura 3, anche in questo caso (sentirsi ogni giorno giù di morale, irritabile o nervoso), una percentuale maggiore di femmine, rispetto ai coetanei maschi, dichiara di soffrirne in percentuali maggiori con una differenza di circa 20 punti percentuali.

Utilizzo di farmaci

Come si diceva nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³. Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la prima volta nel report 2010¹⁷. Nell'indagare questo comportamento viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese (mai, una volta, più di una volta) a farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro,

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No	40,8	37	37,9	38,5
Sì	59,2	63	62,1	61,5

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni contiene una breve sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale. La Tabella 5 mostra la frequenza di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	25,4	23,4	24,6
No	74,6	76,6	75,4

Come si rileva dalla Tabella 5 il 24,6% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	63,4	69	65,7
Pillola	19	27,5	22,5
Coito interrotto	59,8	58	59,1
Contracezione di emergenza	14,9	21,7	17,6
Giorni fertili	29	29	29
Altri metodi	4,9	4,4	4,7

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; i metodi più utilizzati sono il preservativo (maggiore frequenza nelle femmine) e il coito interrotto.

Benessere psicologico

A partire dalla rilevazione 2022, il questionario HBSC ha inserito una domanda relativa al benessere psicologico, misurato attraverso la scala WHO-5¹⁸, composta da 5 item che fanno riferimento all'umore positivo (buon umore, rilassamento), alla vitalità (sentirsi attivi, svegli e riposati) e agli interessi generali (essere interessati a nuove cose). Il ragazzo deve rispondere a ciascun item scegliendo fra sei opzioni, lungo una scala Likert che va da 0 ("mai") a 5 ("sempre"). Il punteggio grezzo è ottenuto sommando le cifre nelle varie caselle e può variare da 0 a 25; in questo modo ad un più alto punteggio corrisponde una migliore valutazione del proprio benessere. Complessivamente, un punteggio superiore al 50% della somma dei punteggi dei singoli item indica una condizione di buon benessere psicologico. La Tabella 7 mostra la frequenza di ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

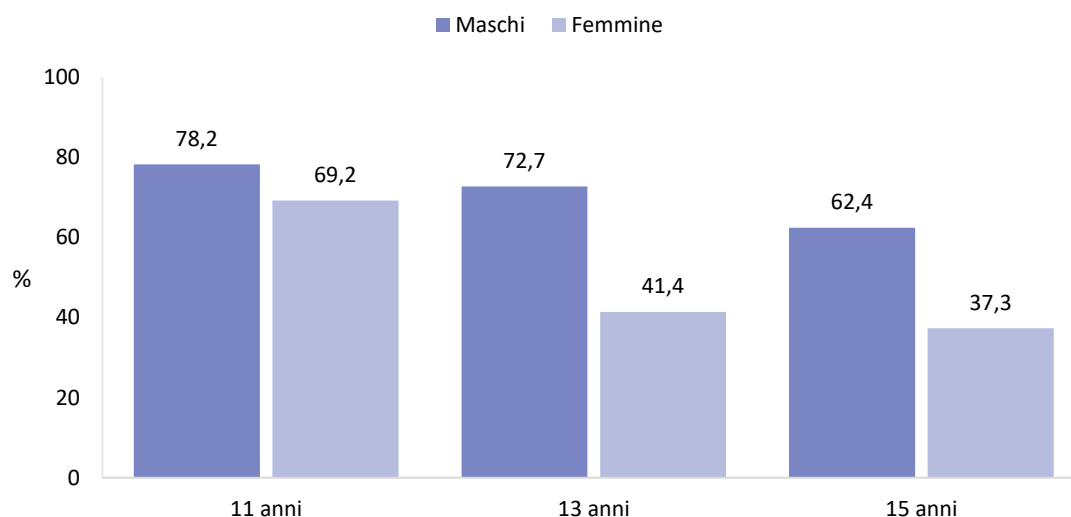
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	73,8	56,4	51,8	59,9
$< 12,5$	26,2	43,6	48,2	40,1

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico, decresce all'aumentare dell'età. Un giudizio più critico è stato espresso dai quindicenni.

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

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



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia importanti differenze, in tutte le età le ragazze riferiscono in percentuali più basse di avere un buon livello di benessere psicologico.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli negli ultimi 12 mesi. La Tabella 8 mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12 mesi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	34,5	15,5	25,5
Raramente	32,4	26,3	29,5
A volte	23,4	36,9	29,8
La maggior parte delle volte	7,5	16,3	11,7
Sempre	2,2	5	3,5

Infortunati

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	50,1	51,6	54,5	52,2
Una volta	27	26	25	25,9
Due volte	11,3	10,1	11,1	10,9
Tre volte	5,4	6,4	4,3	5,3
Quattro volte o più	6,2	5,9	5,1	5,7

In generale il 52,2% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche.

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	23,5	15,2	14,1
≥ 6	76,5	84,8	85,9

Il proxy dello stato socioeconomico familiare alto corrisponde a livelli di soddisfazione di vita più alti (85,9%).

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
< 5	13,3	18,2
≥ 6	86,7	81,8

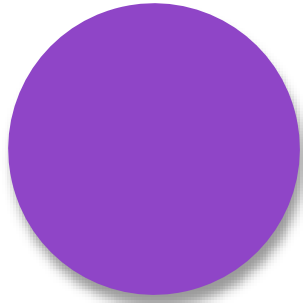
Nel post pandemia si è assistito a una diminuzione del 5% del livello di soddisfazione di vita.

Conclusioni

Sono le ragazze a mostrare una peggior salute percepita, anche psicologica, e un maggior consumo di farmaci. Le informazioni riportate in questo capitolo per la loro trasversalità sono fondamentali per orientare le azioni di promozione di salute. Le femmine in generale tendono a percepire la propria salute in maniera meno positiva e sono gravate da una negativa percezione del proprio benessere psicologico, fenomeno che si accentua nelle ragazze più grandi.

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 dei ragazzi in termini di maggiore percezione di supporto sociale, connessione con i pari e impegno civico²⁻⁴. D'altra parte, studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico dei social media può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}. Similmente, anche un uso regolato dei videogiochi può avere effetti positivi sul benessere degli adolescenti, consentendo, ad esempio, di allenare alcune abilità cognitive e favorendo la cooperazione tra gruppi^{7,8}. Tuttavia, quando l'uso dei videogiochi diventa eccessivo e difficile da controllare, può comportare diverse conseguenze negative, tra cui un peggioramento dello stile di vita quotidiano e del rendimento scolastico⁹.

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

L'uso dei social media

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

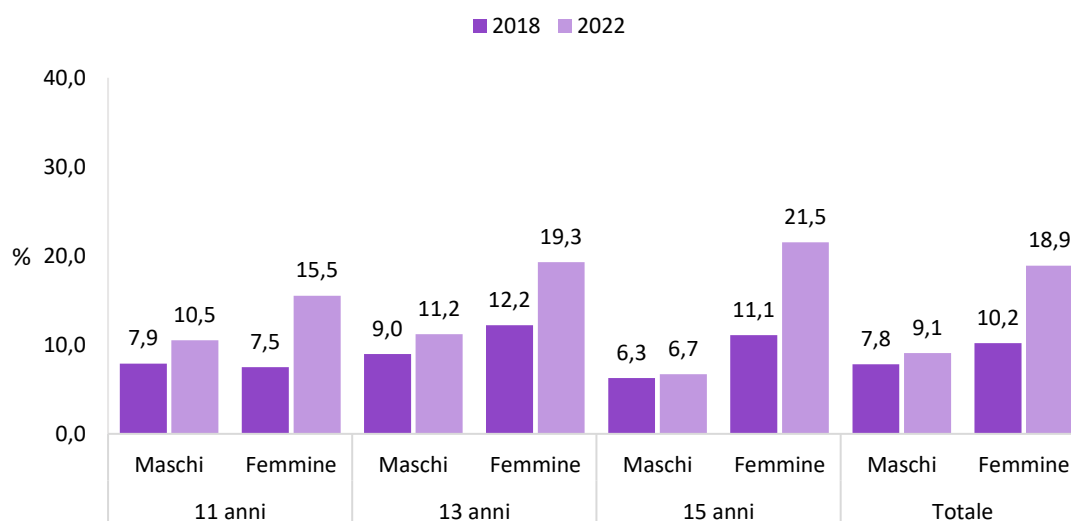
Tabella 1. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	66,1	77,3	80,7	75,1
Amici di un gruppo allargato	43,1	43,2	43,7	43,4
Amici conosciuti tramite internet	12,2	19,8	19,9	17,5
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	49,3	47,4	53	50,1

I ragazzi hanno contatti quasi quotidiani maggiormente con amici stretti o altre persone (es. fratelli e genitori), le percentuali aumentano al crescere dell'età.

Nell'indagine HBSC sono inoltre presenti alcune domande relative all'uso problematico dei social media (introdotte per la prima volta nella somministrazione del 2018), che hanno lo scopo di evidenziare la diffusione di un fenomeno che sembra in continua crescita. La Social Media Disorder Scale¹⁰ offre una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la percentuale di ragazzi e ragazze il cui uso dei social media può essere classificato come "problematico" (cioè coloro che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi). In Figura 1 sono riportate le percentuali di adolescenti che dichiarano di fare un uso problematico dei social media, divisi per genere, età e anno di rilevazione.

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

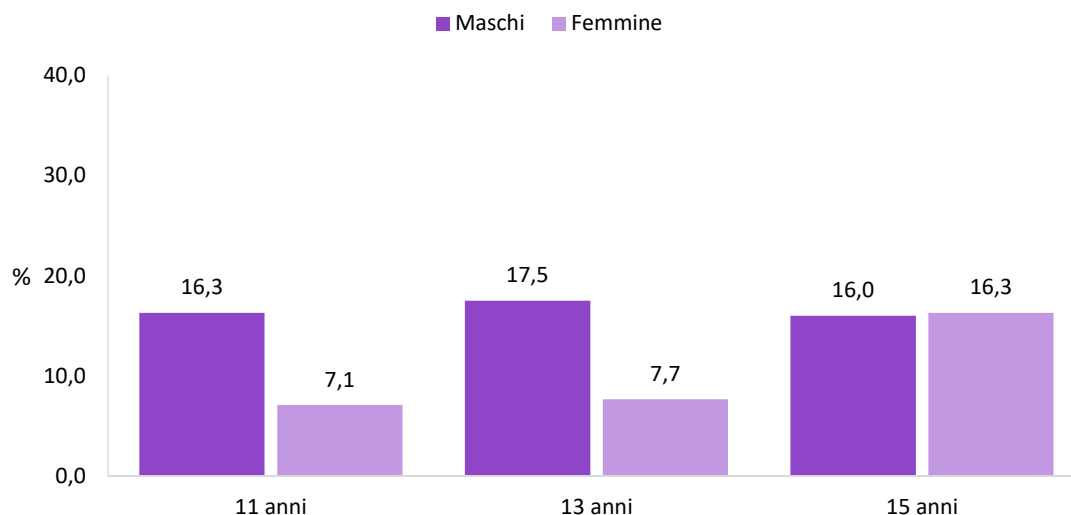


È aumentato notevolmente l'uso problematico dei social media dopo la pandemia in entrambi i generi e in tutte le fasce d'età soprattutto nelle liguri 15enni che è passato dal 11,1 del 2018 al 21,5% del 2022.

L'uso dei videogiochi

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

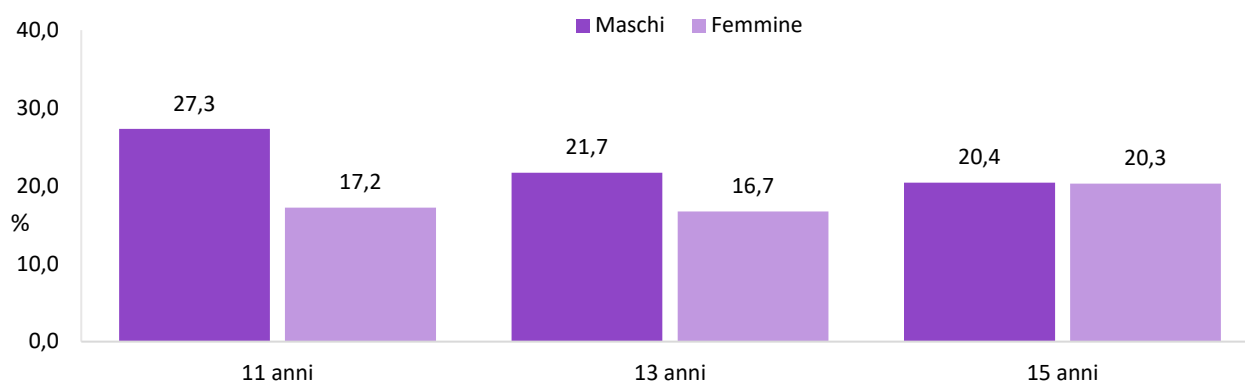
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere



Osservando la Figura 2, si nota che il 16,3% dei ragazzi maschi di 11 anni, il 17,5% dei ragazzi di 13 anni e il 16% dei ragazzi di 15 anni dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre tale abitudine è dichiarata in una percentuale inferiore di ragazze fino ai 13 anni (circa il 7-8%), percentuale che raggiunge quella dei coetanei maschi a 15 anni.

Inoltre, nella rilevazione del 2022, il protocollo dello studio HBSC include l'Internet Gaming Disorder Scale¹², uno strumento di misura validato a livello internazionale e nazionale per valutare la presenza dell'uso problematico dei videogiochi sulla base dei nove criteri per l'Internet Gaming Disorder identificati nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 5° Edizione, Testo Revisionato, redatto dall'*American Psychiatric Association*¹³. Nello specifico, ai ragazzi e alle ragazze è stato chiesto di indicare la frequenza con cui negli ultimi 12 mesi hanno messo in atto alcuni comportamenti relativi all'uso dei videogiochi (es., di mancanza di controllo, di uso per regolare l'umore e conseguenze negative per la vita quotidiana) su una scala da 1 a 5, da "Mai" a "Sempre". In questo modo, è possibile rilevare la percentuale di ragazzi e di ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi (ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento), Figura 3.

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



Complessivamente, il 22,9% dei ragazzi riferisce un uso problematico. Osservando la Figura 3, si notano alcune differenze per genere che si annullano nei ragazzi di 15 anni.

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	71,2	76,7	79,7
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	42,1	42,8	48,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	19,1	16,5	16,1
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	45,2	52	55,9
Uso problematico dei social media	15,4	12,3	12,8
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	15,9	12,6	11,6
Uso problematico dei videogiochi	23,6	18,7	22,2

Emerge una correlazione inversa tra FAS e ricorso ai social media e videogiochi.

Conclusioni

Dai dati raccolti emerge come la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti giornalieri online (giornalmente o più spesso) con amici stretti, con il gruppo degli amici o con i familiari cresca al crescere delle età; i valori più alti in tutte le fasce d'età sono riferiti alla variabile "contatti quotidiani con amici stretti" (totale 75,1%).

In riferimento all'uso problematico dei social media, cioè un uso dei social (Facebook, Instagram, Whatsapp, Youtube) che crea problemi nella vita quotidiana sia dal punto di vista della gestione delle emozioni sia delle difficoltà relazionali e scolastiche, emerge che tale problema è più frequente nelle femmine di tutte le età, in linea con il dato nazionale.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

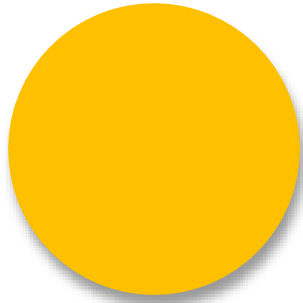
⁹Bender, P. K., Kim, E. L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports*, 7, 553-560.

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

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

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

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



CAPITOLO 9

COVID-19

Introduzione

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

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

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

Positività al COVID-19

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

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

	Maschi	Femmine
11 anni	56,8	55,5
13 anni	44,4	47,7
15 anni	45	48,4
17 anni	52,8	46
Totale	49,6	49,3

Osservando la Tabella 1, si nota che il 56,2% dei ragazzi di 11 anni, il 46,2% dei ragazzi di 13 anni, il 46,5% dei ragazzi di 15 anni, il 49,7% dei ragazzi di 17 anni è risultato positivo al COVID-19. Da rilevare una percentuale lievemente inferiore di positività al COVID-19 nelle femmine di 17 anni.

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

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	78	17,2
13 anni	77,3	17,7
15 anni	71,4	17,8
17 anni	74	16,1
Totale	74,9	17,2

Osservando la Tabella 2, si nota che il 78% dei ragazzi di 11 anni, il 77% dei ragazzi di 13 anni, il 71% dei ragazzi di 15 anni e il 74% dei ragazzi di 17 anni ha avuto una familiare positivo al

COVID-19, complessivamente il 17,2% dei ragazzi ha dichiarato di avere avuto un familiare ospedalizzato a causa della infezione.

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

L'esposizione diretta o di un familiare al COVID-19, così come le misure implementate per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) hanno potenziali impatti a breve e lungo termine sul benessere e sugli stili di vita degli adolescenti. Attraverso una batteria di dieci domande, è stato chiesto ai ragazzi di indicare l'impatto che la pandemia ha generato in vari aspetti della loro vita. Nella Tabella 3, si riporta l'impatto percepito del COVID-19 sui diversi aspetti, per genere, e nella Figura 1 si riporta l'impatto "prevalentemente negativo" dei medesimi items stratificato per età.

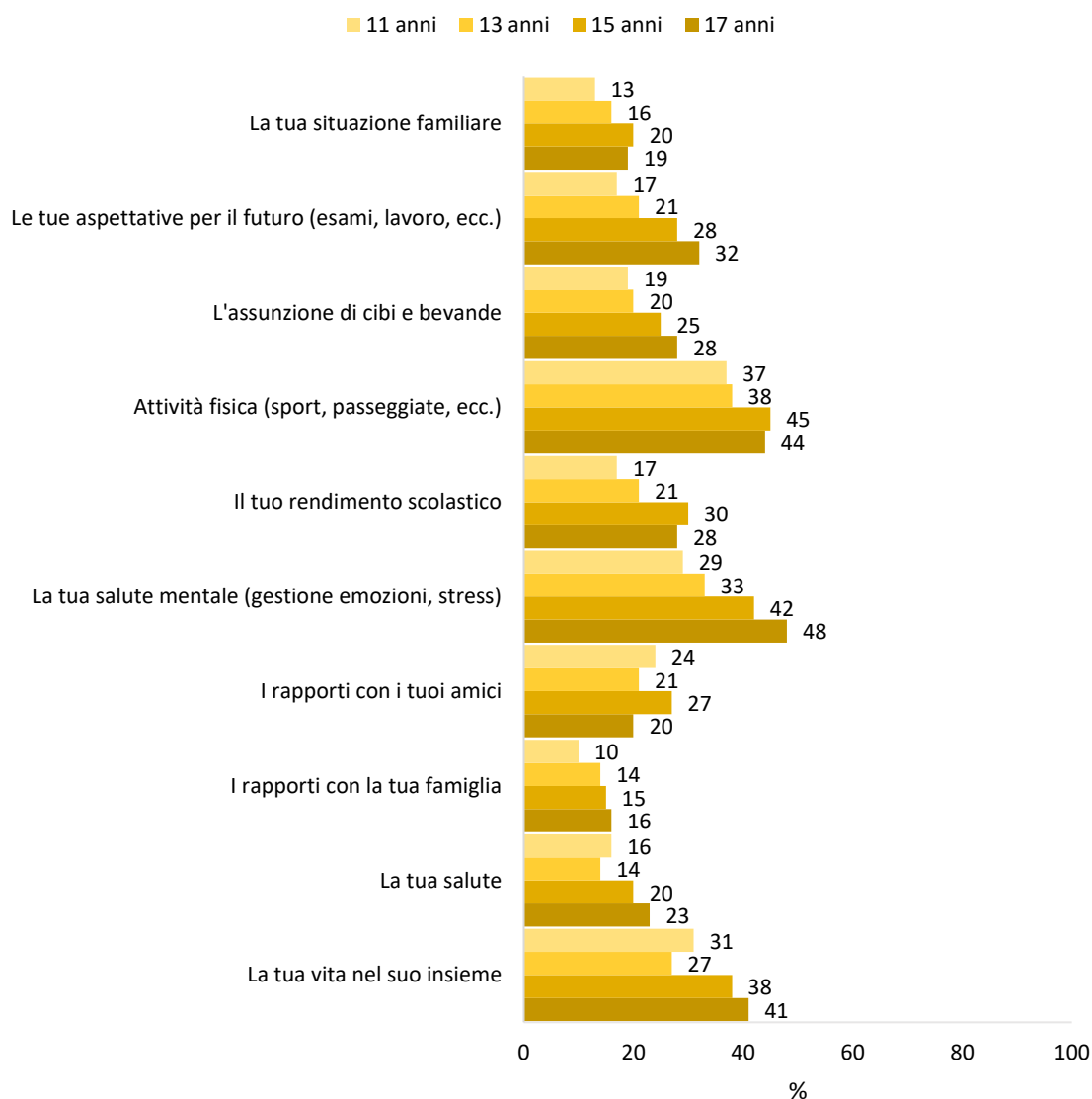
Tabella 3. "Che impatto hanno avuto le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) sui seguenti aspetti della tua vita?" per genere (%)

	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	31,9	45	23,1	37,5	45,3	17,1
La tua salute	16,6	45,2	38,2	20,6	45,2	34,2
I rapporti con la tua famiglia	11,7	35,5	52,8	15,8	35,2	49
I rapporti con i tuoi amici	22,3	33,3	44,4	23,3	34,2	42,5
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	28,3	38,9	32,8	49,9	29,8	20,3
Il tuo rendimento scolastico	24,6	33,2	42,1	24,3	31,8	43,9
L'assunzione di cibi e bevande	17,9	48,2	33,8	29	44	27
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	40,5	24,3	35,1	42,6	27,3	30,1
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	20,7	47,3	32	29,3	42,9	27,8
La situazione finanziaria familiare	16,2	50,4	33,4	18,1	50,3	31,6

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

Osservando la Tabella 3, si nota come la pandemia abbia avuto un impatto peggiore nel genere femminile, in relazione a tutti gli aspetti indagati.

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



Osservando la Figura 1, si nota come l’impatto della pandemia sia stato percepito maggiormente nei ragazzi più grandi, con particolare riferimento alla salute mentale, alla ridotta possibilità di effettuare attività fisica e ricreativa ed anche in merito alle aspettative future.

Fonti di informazione sul COVID-19

Durante la pandemia, le persone hanno cercato e utilizzato informazioni sul coronavirus da varie fonti per comprendere e seguire ciò che stava accadendo. Nella Tabella 4 si riportano le risposte dei ragazzi circa la frequenza con cui hanno interrogato le diverse fonti di informazione.

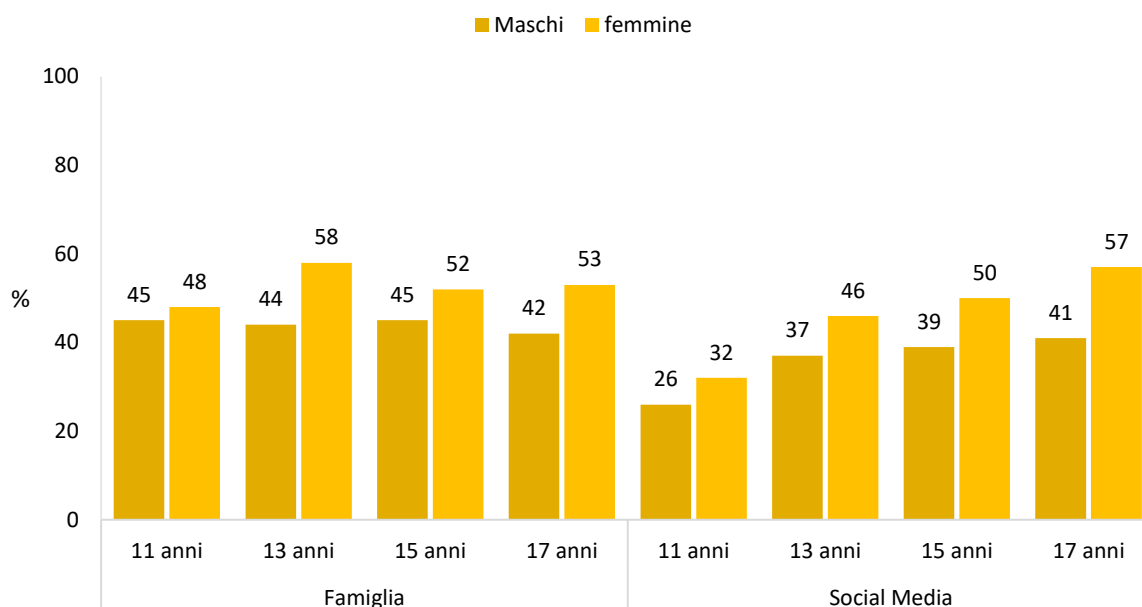
Tabella 4. "Con quale frequenza hai usato ciascuna delle seguenti fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19?" per genere (%)

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	55,8	44,2	47,1	52,9
Amici	85,9	14,1	83,6	16,4
Insegnanti e altro personale scolastico	77,3	22,7	76,7	23,3
Giornali, riviste, radio e tv	47,2	52,8	45,1	54,9
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	63,6	36,4	53,6	46,4
Autorità sanitarie nazionali	65,6	34,4	67,6	32,4
Blogger/influencer online	87,4	12,6	83,1	16,9
Altre fonti	94,1	5,9	95,5	4,5

Osservando la Tabella 4, si osserva che le femmine hanno fatto ricorso maggiormente ai social media e ai familiari, rispetto ai maschi.

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

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



Osservando la Figura 2, solo le ragazze più grandi hanno fatto maggior ricorso ai social media, mentre la fonte familiare è quella maggiormente utilizzata da entrambi i generi e nelle altre classi di età.

Misure di protezione

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

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

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Rispettato il distanziamento sociale	50,3	49,7	42,3	57,7
Lavato regolarmente le mani	31	69	22,2	77,8
Indossato una mascherina protettiva	20,4	79,6	11,5	88,5
Usato un igienizzante per le mani	45,3	54,7	25,7	74,3
Evitato di toccarti il viso	66,2	33,8	61,8	38,2
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	42,7	57,3	36	64
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	40,6	59,4	32,2	67,8
Evitato assembramenti di persone	54,6	45,4	46,6	53,4
Sei rimasto a casa in generale	54,8	45,2	46,5	53,5
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	28,7	71,3	22,7	77,3

Osservando la Tabella 5, si nota come i maschi abbiano utilizzato i dispositivi di protezione in misura nettamente inferiore rispetto alle femmine soprattutto rispetto all'uso dell'igienizzate per le mani (differenza di 20 punti percentuali tra i due generi).

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

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

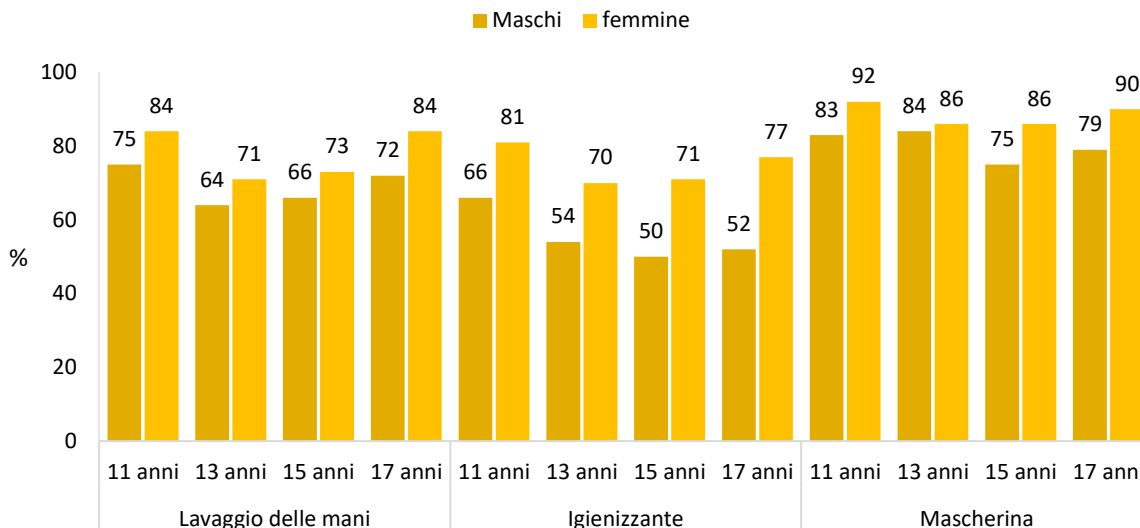
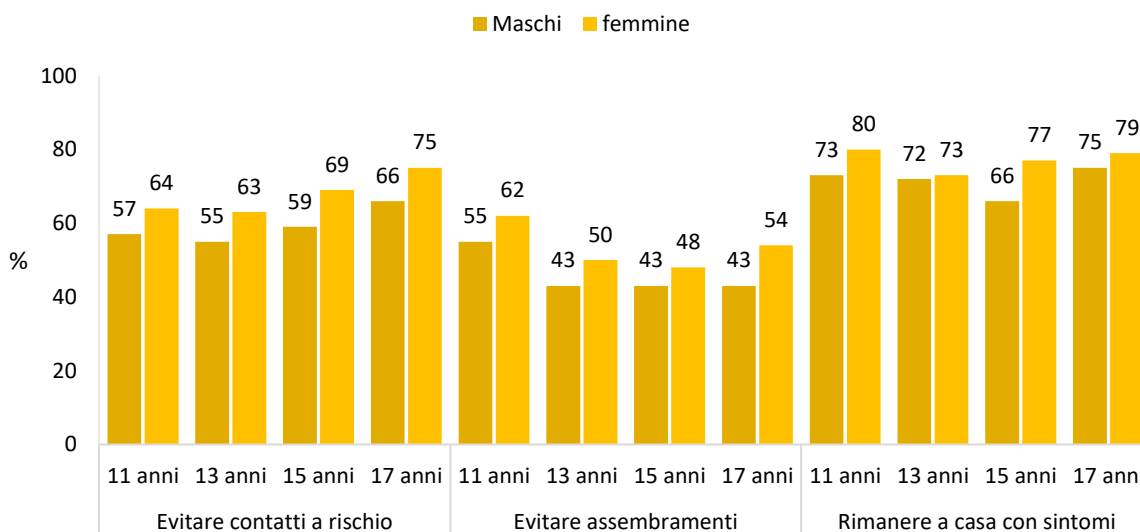


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Osservando le Figure 3a e 3b, si conferma un maggiore rispetto delle regole di distanziamento e un maggiore utilizzo delle misure di prevenzione da parte delle femmine in tutte le età. All'interno del genere maschile, si evidenziano però alcune differenze in relazione all'età, in particolare sembra ridursi con l'età il rispetto dell'indicazione ad evitare assembramenti.

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	43,9	50,7	52,5
Amici	15,5	14,7	15,4
Insegnanti e altro personale scolastico	23,4	22,6	22,8
Giornali, riviste, radio e tv	51,3	56	54,4
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	44	40	39,6
Autorità sanitarie nazionali	31,6	34,3	34,5
Blogger/influencer online	15,5	13,4	14,8
Altre fonti	4,9	5	6,1

Non emergono significative differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate, se non un leggero incremento nel ricorso ai familiari rispetto ai social media al crescere de FAS.

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	52	55,7	52,5
Lavato regolarmente le mani	72,1	73,9	75,6
Indossato una mascherina protettiva	82,7	86,2	81,7
Usato un igienizzante per le mani	64,4	64,7	63,1
Evitato di toccarti il viso	35,3	36,3	36,8
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	57,5	63,1	59,9
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	61,8	65,3	64
Evitato assembramenti di persone	47	50,7	49,8
Sei rimasto a casa in generale	49,6	49,6	47,3
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	70,4	76,6	75,8

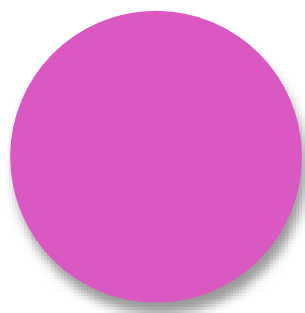
Non emergono differenze rispetto al FAS circa le misure di protezione utilizzate, ad eccezione di un 5% in più di soggetti con FAS alto che ha dichiarato di essere rimasto a casa in presenza di sintomi rispetto ai ragazzi con FAS basso.

Conclusioni

Circa la metà dei ragazzi riferisce di essere risultata positiva a un test per COVID19, circa i ¾ di loro hanno riferito la positività di un familiare con una percentuale complessiva di ospedalizzazione di circa il 17%. E' evidente l'impatto negativo nella loro vita, inteso insieme con effetti sulla salute mentale soprattutto tra le ragazze.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 10

17 enni

Lo stato di salute dei diciassetenni

I ragazzi e le ragazze di 17 anni sono stati coinvolti per la prima volta nella rilevazione HBSC 2022 poiché il DPCM del maggio 2017 ha esteso la sorveglianza sugli adolescenti anche ai ragazzi e alle ragazze che frequentano le classi quarte delle scuole secondarie di II grado. Questa fascia d'età, per competenze relazionali e cognitive nonché differenze legate allo sviluppo corporeo, si differenzia notevolmente dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni; per tale motivo, la descrizione delle loro caratteristiche e dei loro stili di vita è stata volutamente trattata separatamente.

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

La famiglia

La Struttura Familiare

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (Tabella 1) nel 72,5 % dei casi i ragazzi vivono con entrambi i genitori.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	72,5
Solo madre	17,1
Solo padre	3,3
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	4,7
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	2,4
Totale	100

Come si evince dalla Tabella 2, più della metà del campione (51,6%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 2 ragazzi su 10 hanno 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 29,5%.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	29,5
1 fratello o sorella	51,6
2 o più fratelli o sorelle	18,9
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

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

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

Molto facile	17,6
Facile	31,4
Difficile	24,5
Molto difficile	19,5
Non ho o non vedo mai questa persona	6,9
Totale	100

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

Molto facile	31,5
Facile	37,5
Difficile	17,4
Molto difficile	11,3
Non ho o non vedo mai questa persona	2,3
Totale	100

Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile per i 17enni liguri parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre.

Lo status socioeconomico familiare

Nella Tabella 5 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socioeconomico.

Tabella 5. Status socioeconomico misurato secondo la Family Affluence Scale (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’) (%)

Family Affluence Scale	
Basso	39,5
Medio	48,6
Alto	11,9
Totale	100

Circa 1 famiglia su 10 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (11,9%), mentre il 48,6% è nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 39,5% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”.

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

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

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

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

Mai	26,7
Un giorno	4,2
Due giorni	4,5
Tre giorni	4,8
Quattro giorni	4,5
Cinque giorni	55,2

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono complessivamente inferiori al 20%. Alta, rispetto a quanto si potrebbe desiderare, è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (26,7%).

La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana è più alta (66,3%) rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola.

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

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

Ogni giorno	42,1
La maggior parte dei giorni	43,7
Circa una volta alla settimana	9,9
Meno di una volta alla settimana	2,2
Mai	2,1

La maggior parte dei diciassetenni (86%) consuma pasti con la propria famiglia la maggior parte dei giorni.

Consumo di frutta e verdura

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

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

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

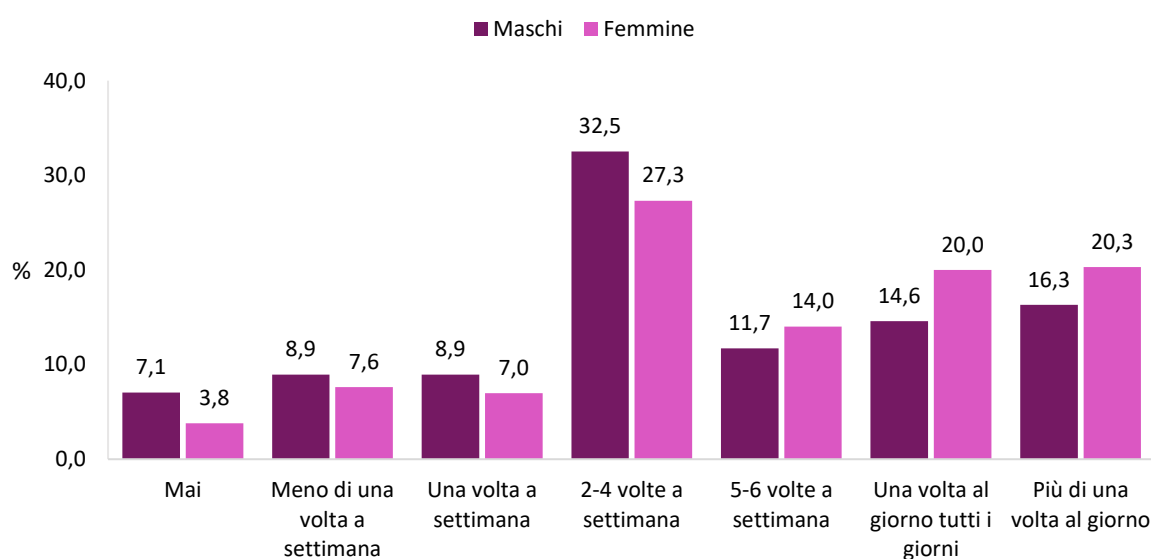
Mai	5,6
Meno di una volta a settimana	8,3
Una volta a settimana	8

Tra 2 e 4 giorni a settimana	30,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12,7
Una volta al giorno tutti i giorni	17,1
Più di una volta al giorno	18,1

Complessivamente il 22% consuma frutta con frequenza inferiore alle 2 volte a settimana.

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente più elevate nelle femmine.

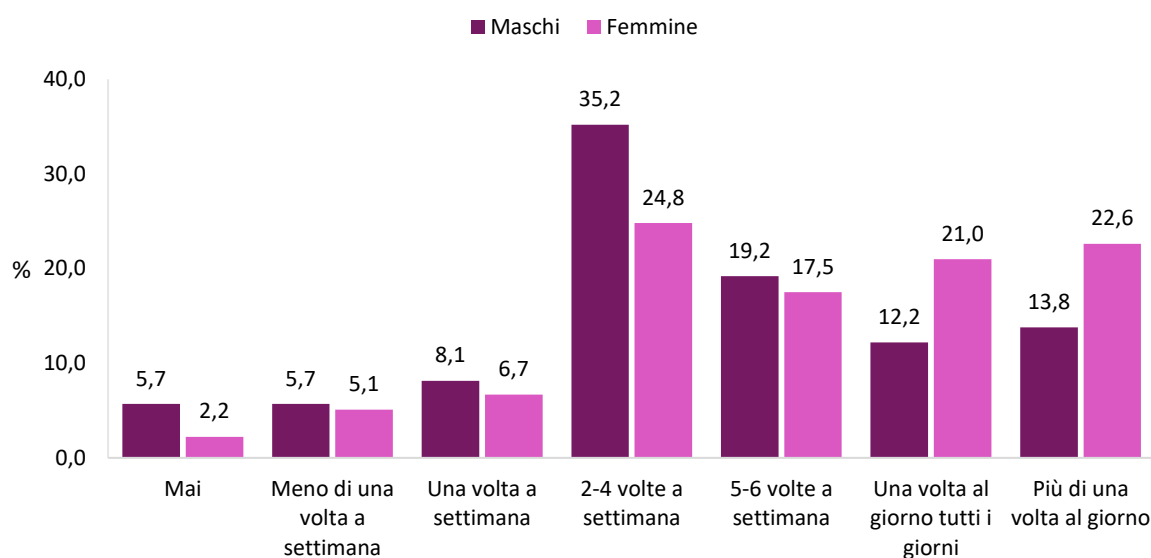
Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	4,1
Meno di una volta a settimana	5,4
Una volta a settimana	7,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	18,4
Una volta al giorno tutti i giorni	16,3
Più di una volta al giorno	17,9

La maggior parte dei diciassetenni (52,6%) consuma verdura almeno 5 giorni a settimana.

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente più elevate nelle femmine.

Consumo di dolci e bevande gassate

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	4,1	3,4	3,8
Meno di una volta a settimana	10,8	10,5	10,7
Una volta a settimana	14,6	13,3	14
Tra 2 e 4 giorni a settimana	32,2	35,6	33,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,2	14,3	14,8
Una volta al giorno tutti i giorni	13,3	15,6	14,3
Più di una volta al giorno	9,8	7,3	8,6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	10,6	24,4	17
Meno di una volta a settimana	18,4	26,7	22,2
Una volta a settimana	19,5	23,5	21,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	27,4	16,2	22,2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11,4	3,4	7,8
Una volta al giorno tutti i giorni	6,2	3,8	5,1
Più di una volta al giorno	6,5	2	4,4

Consumo di legumi

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	11,7	13,4	12,5
Meno di una volta a settimana	17,3	21,7	19,4
Una volta a settimana	22	21,7	21,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	29,5	27,2	28,4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11,1	9,9	10,6
Una volta al giorno tutti i giorni	4,3	3,2	3,8
Più di una volta al giorno	4,1	2,9	3,5

In generale, appare scarso il consumo di legumi in questa fascia di età, soprattutto nel genere femminile.

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

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

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	30,9	40,3
Verdura (almeno una volta al dì)	26	43,6
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	49,1	43,1
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	12,7	5,7
Snack salati (almeno una volta al dì)	14,7	15
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	62,1	53,8
Dolci (almeno una volta al dì)	23	22,9

L’analisi di consumo dei singoli alimenti in questa fascia di età evidenzia alcune differenze per genere, tra cui un maggior consumo di frutta e verdura nelle femmine rispetto ai maschi che sono invece più orientati verso cereali e bibite zuccherate/gassate.

Stato nutrizionale

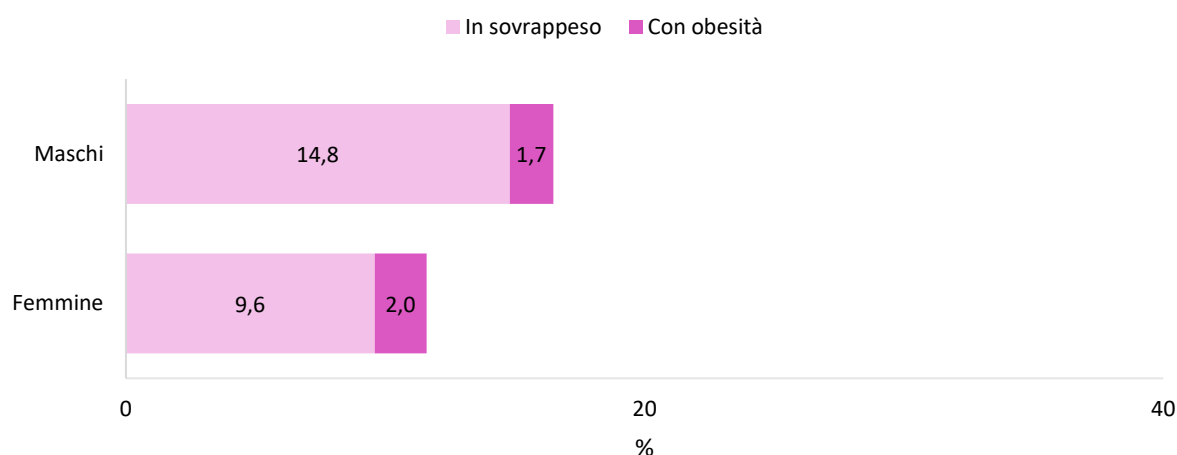
Nella Tabella 14 sono riportate le frequenze riferite allo stato ponderale dei ragazzi e delle ragazze. La Figura 3 evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per genere.

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

Sottopeso	2,9
Normopeso	82,9
Sovrappeso	12,4
Obeso	1,8

Il 14,2% dei diciassetenni è in sovrappeso, in particolare il 16,5% dei maschi l'11,6% delle femmine mentre il 2,9% dei ragazzi di questa età è sottopeso.

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



Insoddisfazione corporea

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	2,4	1,6	2,0
Un po' troppo magro	18,7	6,7	13,1
Più o meno della taglia giusta	63,7	54,4	59,4
Un po' troppo grasso	13,6	33,5	22,8
Decisamente troppo grasso	1,6	3,8	2,6

In generale il 59,4% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” e “Un po’ troppo magro” circa il 22,8% e l’13,1% rispettivamente.

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

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

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	0	0,8	0,6
Normopeso	31,4	76,8	62,6
Sovrappeso	64,7	17,9	32,5
Obeso	3,9	4,5	4,3

Il 36,8% dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia, la maggior parte dei 17enni si considera troppo grasso pur essendo normopeso, in particolare tra le ragazze (76,8%).

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	43,4	29,5	37
No, ma dovrei perdere qualche chilo	15,2	31,4	22,7
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	25,2	8,9	17,7
Sì	16,3	30,2	22,7

In generale circa il 37% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 23% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 23% dei ragazzi è a dieta, in particolare il 30,2% delle ragazze.

Igiene orale

L’abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. In Tabella 18 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	78	87,7	82,5
Una volta al giorno	18,7	11,4	15,3
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,2	0,3	1,3
Mai	1,1	0,6	0,9

Il FAS e le abitudini alimentari

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	51,4	58,3	50
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	32,6	35,1	44,9
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	35,3	33	37,2
Consumo quotidiano di bevande gassate	7,4	10	12,8
Prevalenza di sovrappeso	15	11,4	11,8
Prevalenza di obesità	2,83	1,3	0

L'aumentato livello di FAS si correla favorevolmente con un maggiore consumo di frutta e verdura, ma anche di generi voluttuari come bevande gassate ed una minore tendenza al sovrappeso.

Sport e tempo libero

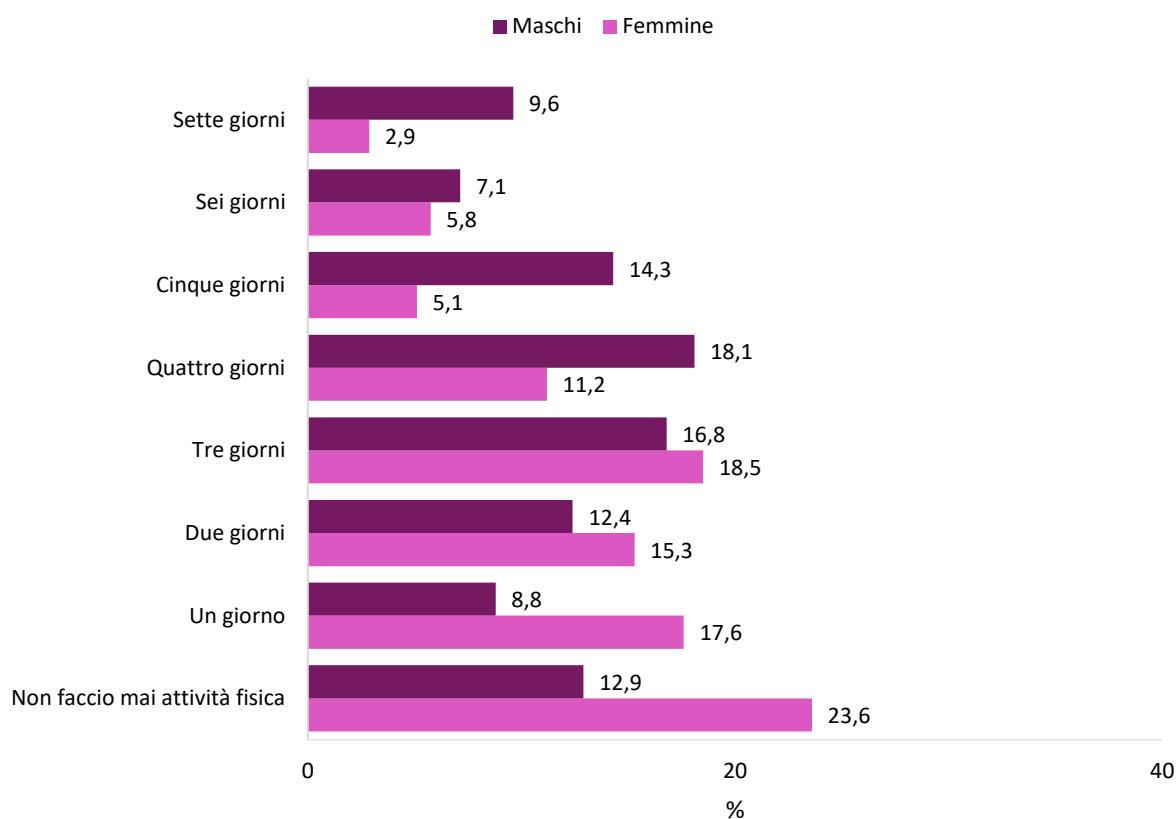
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 e in Figura 4 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

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

Non faccio mai attività fisica	17,9
Un giorno	12,9
Due giorni	13,7
Tre giorni	17,6
Quattro giorni	14,9
Cinque giorni	10
Sei giorni	6,5
Sette giorni	6,5

Osservando la Tabella 20, si nota che il 18% dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 46,2%, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo il 13% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	11	4,4	8
Da 4 a 6 volte a settimana	29,4	14	22,2
2-3 volte a settimana	32,1	37,2	34,5
Una volta a settimana	9,3	14,3	11,6
Una volta al mese	4,4	7,9	6
Meno di una volta al mese	4,1	7,6	5,7
Mai	9,6	14,6	11,9

Osservando la Tabella 21, si nota che il 12% dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 34,5%, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	13,3	32,4	22,1
Circa mezz'ora	15,7	17,5	16,5
Circa un'ora	18,4	14	16,4
Circa 2 ore	20,6	6,3	14
Circa 3 ore	9,7	8,9	9,3
Circa 4 ore	8,7	7,6	8,2
Circa 5 ore o più	13,6	13,3	13,5

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 69%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere, si evidenziano differenze di genere con una percentuale maggiore di femmine che dichiarano di non impiegare mai il loro tempo libero giocando con videogiochi, PC, tablet o cellulare.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	4,6	2,2	3,5
Circa mezz'ora	9,8	4,5	7,3
Circa un'ora	23,1	11,5	17,7
Circa 2 ore	26,1	22,6	24,5
Circa 3 ore	11,4	18,8	14,8
Circa 4 ore	8,2	14	10,9
Circa 5 ore o più	16,8	26,4	21,3

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	4,6	8,9	6,6
Circa mezz'ora	17,1	21	18,9
Circa un'ora	25,2	22,5	24
Circa 2 ore	23,3	18,7	21,2
Circa 3 ore	10	11,7	10,8
Circa 4 ore	8,9	7	8
Circa 5 ore o più	10,8	10,2	10,5

Il 50,5% dei diciassetenni dichiara di guardare TV/DVD o video per almeno 2 ore o più (l'11% fino a oltre 5 ore).

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	29,6	41	44,9
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	45,3	52,7	56,4
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	30,9	30,7	30,8
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	54,1	45,1	33,3
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	32,4	29,8	23,1

La sedentarietà e il ricorso all'utilizzo di videogiochi, PC, tablet o cellulare è strettamente correlato con un livello socioeconomico più basso.

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	12,2	7	9,8
D'accordo	33,4	25,4	29,7
Né in accordo né in disaccordo	36,1	39,4	37,6
Non d'accordo	12,5	19,7	15,8
Per niente d'accordo	5,7	8,5	7

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	12,5	4,5	8,8
D'accordo	27,2	28,5	27,8
Né in accordo né in disaccordo	35,7	36,5	36,1
Non d'accordo	13,1	19,6	16,1
Per niente d'accordo	11,4	10,9	11,2

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	25,5	9,8	18,3
D'accordo	42,8	46,7	44,6
Né in accordo né in disaccordo	23	30,8	26,6
Non d'accordo	6	9,5	7,6
Per niente d'accordo	2,7	3,2	2,9

Le percentuali di coloro che si dichiarano d'accordo o molto d'accordo con le affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti è inferiore tra le femmine, che hanno in generale una percezione più negativa rispetto al rapporto con i docenti ed alla loro capacità di accettazione.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	78,5	74,5	76,7
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	79	75	77,2
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	85,3	82,5	84
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	78,2	75,6	77

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	18,2	10,8	14,8
D'accordo	53,1	43,6	48,8
Né in accordo né in disaccordo	20,6	27,1	23,6
Non d'accordo	5,7	14,3	9,6
Per niente d'accordo	2,4	4,14	3,2

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	30,9	16,9	24,5
D'accordo	46,1	40,8	43,6
Né in accordo né in disaccordo	19,2	32,2	25,2
Non d'accordo	1,6	4,7	3,1
Per niente d'accordo	2,2	5,4	3,6

Come si evince dalla lettura delle tabelle le femmine percepiscono più negativamente il loro rapporto con i compagni.

Bullismo e Cyberbullismo

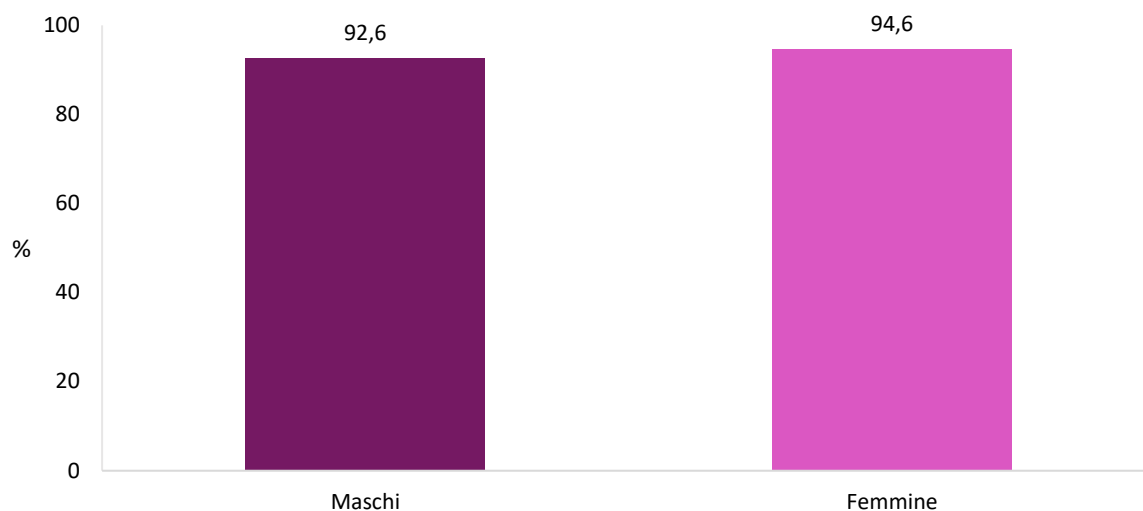
Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana", riportate per esteso in Tabella 32 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 5.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	92,6	94,6	93,6
Una o due volte	3,8	3,5	3,7
Due o tre volte al mese	0,8	0,6	0,7
Circa una volta alla settimana	0,3	0,3	0,2
Più volte alla settimana	2,5	1	1,8

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa un po' più i ragazzi rispetto alle ragazze (Figura 5)

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



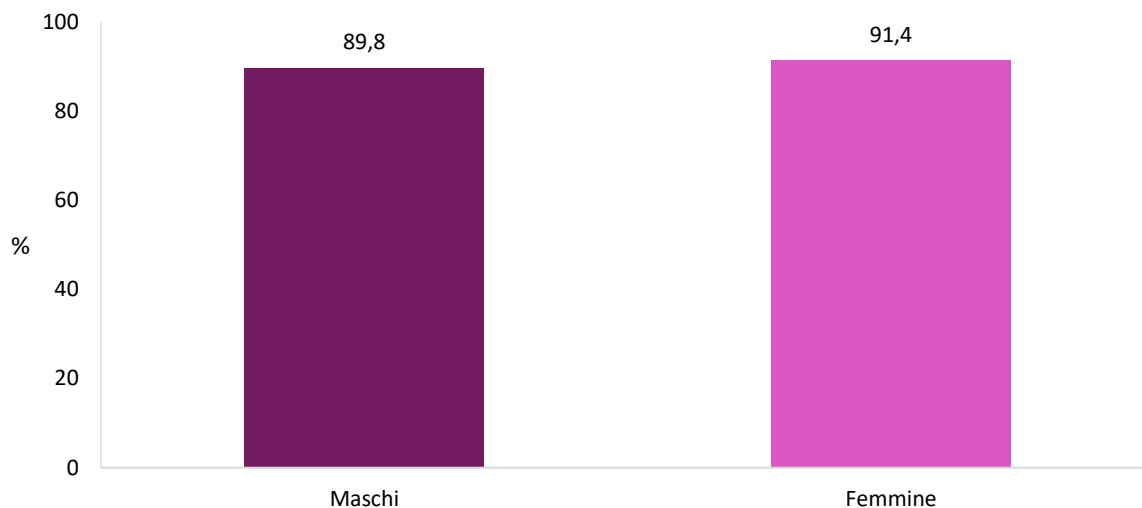
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	89,8	91,4	90,6
Una o due volte	6,3	5,7	6
Due o tre volte al mese	1,7	1,3	1,5
Circa una volta alla settimana	1,1	1	1
Più volte alla settimana	1,1	0,6	0,9

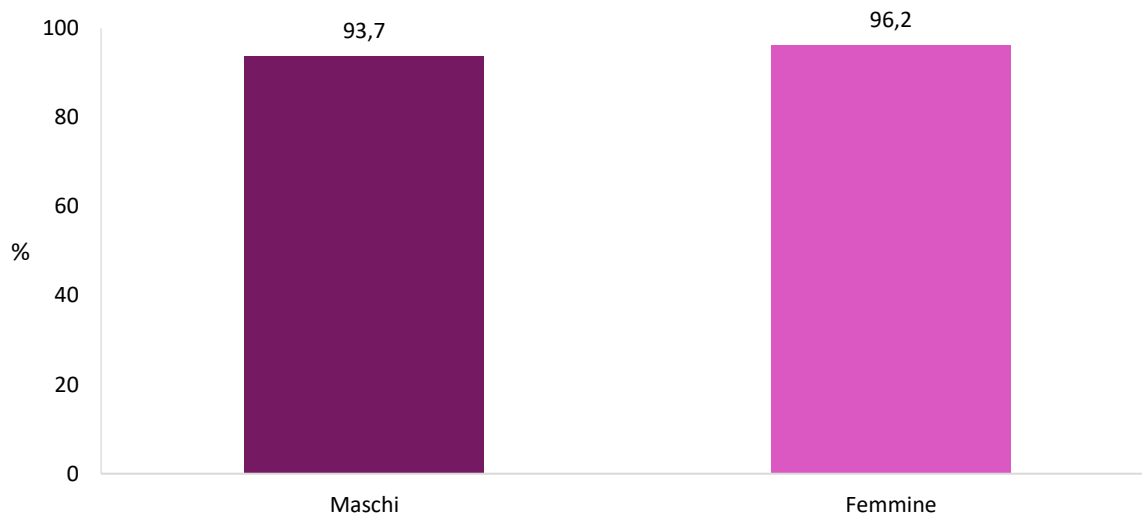
Nella Tabella 33 e nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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



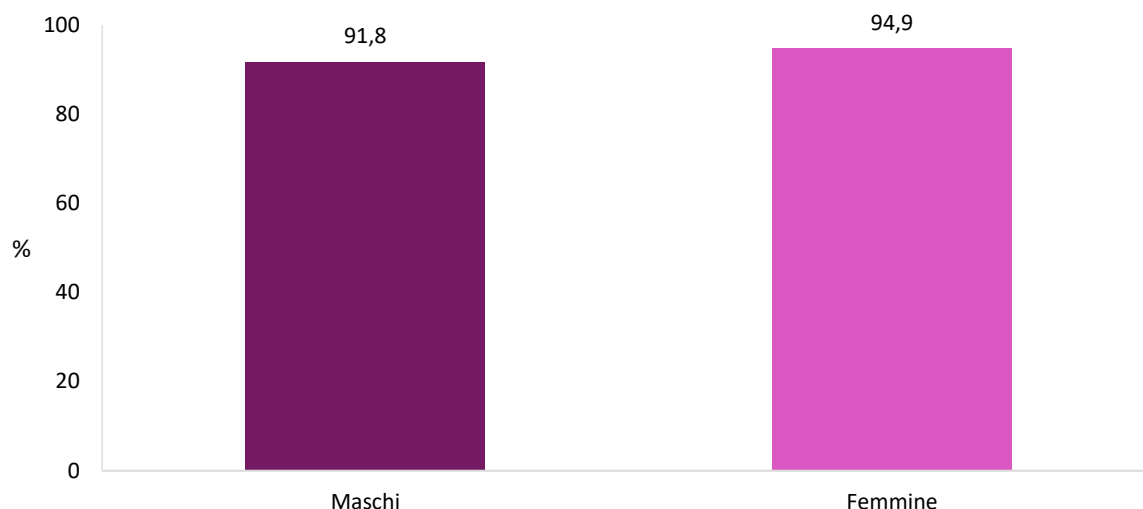
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	69,2	86,3	77,1
Una volta	10,1	8,3	9,24
Due volte	7,4	3,2	5,4
Tre volte	4,6	0,3	2,64
Quattro volte o più	8,7	1,9	5,6

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

La Scuola

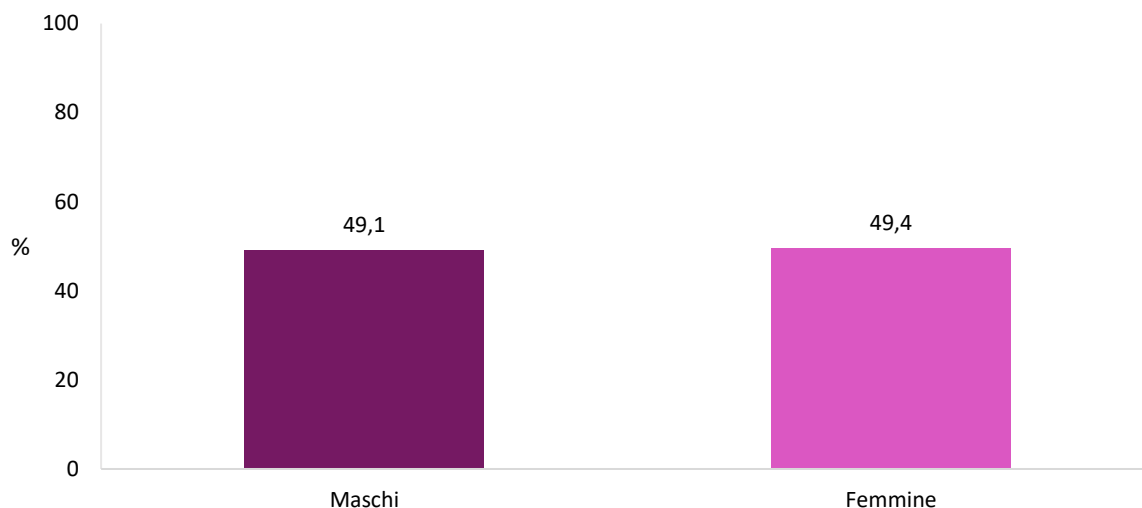
In Tabella 35 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	6,8	5,73	6,3
Abbastanza	42,3	43,6	42,9
Non tanto	36,3	36	36,2
Non mi piace per nulla	14,6	14,6	14,6

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

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



Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola sia positivo in solo la metà dei casi, senza sostanziali differenze di genere.

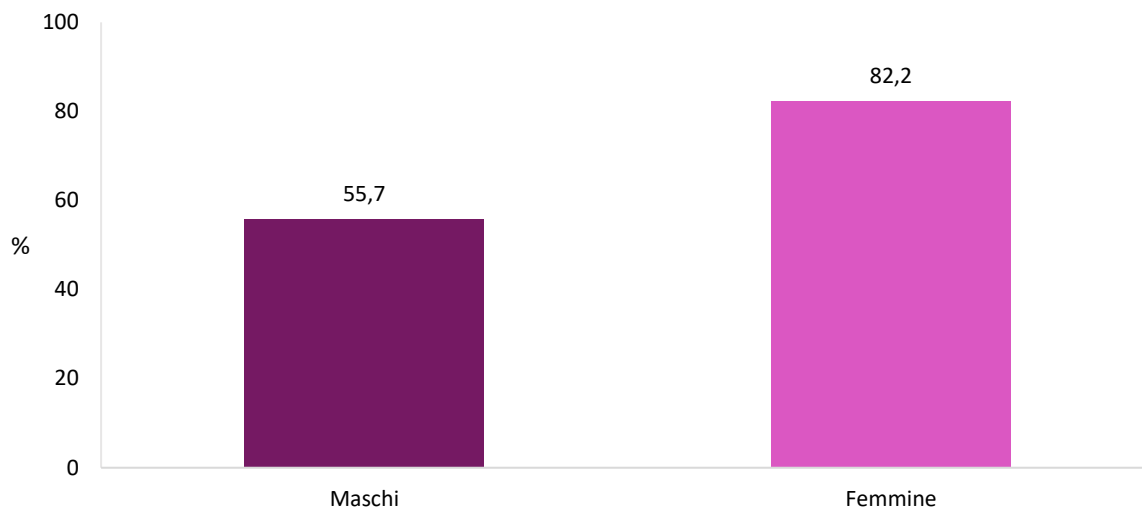
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

Per niente	5,6
Un po’	26,5
Abbastanza	25,3
Molto	42,6

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



Conclusioni

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dal genere, non ha subito episodi di bullismo e di cyberbullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente i ragazzi rispetto alle ragazze. Un'elevata percentuale dei 17enni intervistati dichiara inoltre di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente. Circa la metà dei 17enni vive positivamente il rapporto con la scuola, anche se la stessa percentuale riferisce che la scuola provoca loro stress, condizione molto più diffusa tra le ragazze.

Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	68,7	58,6	64
1-2 giorni	6,6	9,4	7,9
3-5 giorni	1,9	5,8	3,7
6-9 giorni	2,8	3,2	3
10-19 giorni	1,4	3,56	2,4
20-29 giorni	3,1	3,56	3,3
30 giorni o più	15,5	15,9	15,7

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	78,6	74,7	76,8
1-2 giorni	9,7	10,7	10,2
3-5 giorni	3,3	4,6	3,9
6-9 giorni	1,4	3,2	2,2
10-19 giorni	1,4	1,3	1,3
20-29 giorni	1,4	1,6	1,5
30 giorni o più	4,2	3,9	4,1

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

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

Maschi	15,5
Femmine	15,9

Si osserva che il 77% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato, anche se, tra quelli che fumano, circa il 16% lo fa cronicamente (ogni giorno negli ultimi 30 giorni).

Alcol

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	20,7	14	17,6
1-2 giorni	8,38	15,3	11,6
3-5 giorni	7	7,47	7,2
6-9 giorni	8,38	12	10,1
10-19 giorni	13,1	7,47	10,5
20-29 giorni	9,5	10,7	10,1
30 giorni o più	33	33,1	33

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	34,1	23,4	29,1
1-2 giorni	22,1	30,8	26,1
3-5 giorni	17,9	26,6	21,9
6-9 giorni	11,7	8,8	10,4
10-19 giorni	9,2	6,5	7,9
20-29 giorni	1,7	2,3	2
30 giorni o più	3,3	1,6	2,6

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

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

Maschi	3,3
Femmine	1,6

Il 29% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tuttavia, la maggior parte (70%) ha dichiarato di averlo consumato con frequenza variabile, di cui il 2,6% ne fa consumo almeno quotidiano, in particolare i maschi nel 3,3% dei casi.

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	2,5	24,3	16,7	29,9	26,6
Vino	1,1	14,1	15,9	39,9	29
Superalcolici	0,9	24	23,3	34,1	17,7
Alcolpops	2,3	5,7	6,8	28,8	56,4
Spritz	1,6	20,4	25,2	35,5	17,4
Altra bevanda alcolica	1,7	24,8	23,2	33,3	17

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

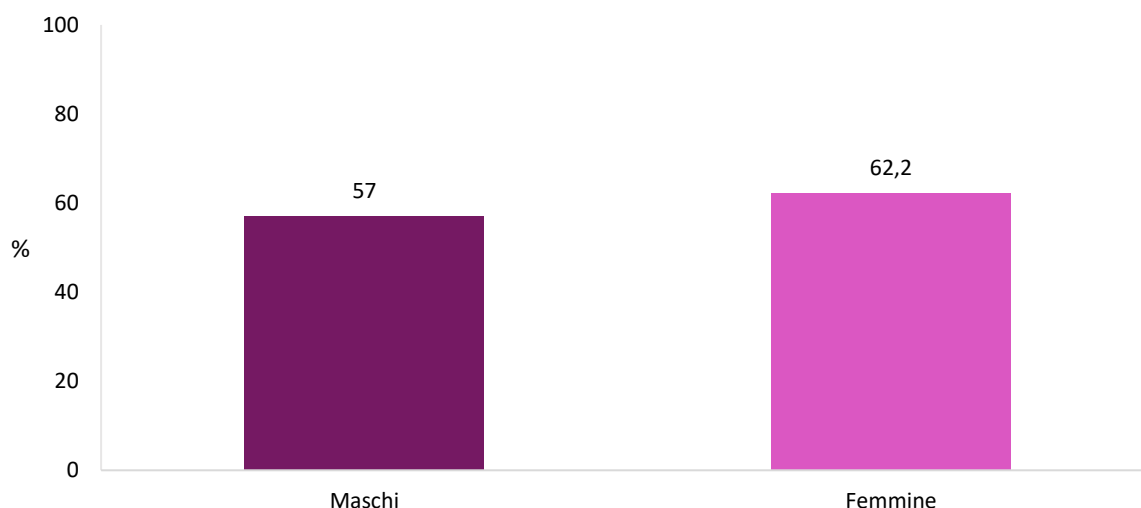
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	28,5
Sì, una volta	16,7
Sì, 2-3 volte	22,5
Sì, 4-10 volte	17,1
Più di 10 volte	15,1

Anche in questo caso, solo una minoranza di ragazzi 17enni riferisce di non essersi mai ubriacato nel corso della vita.

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

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

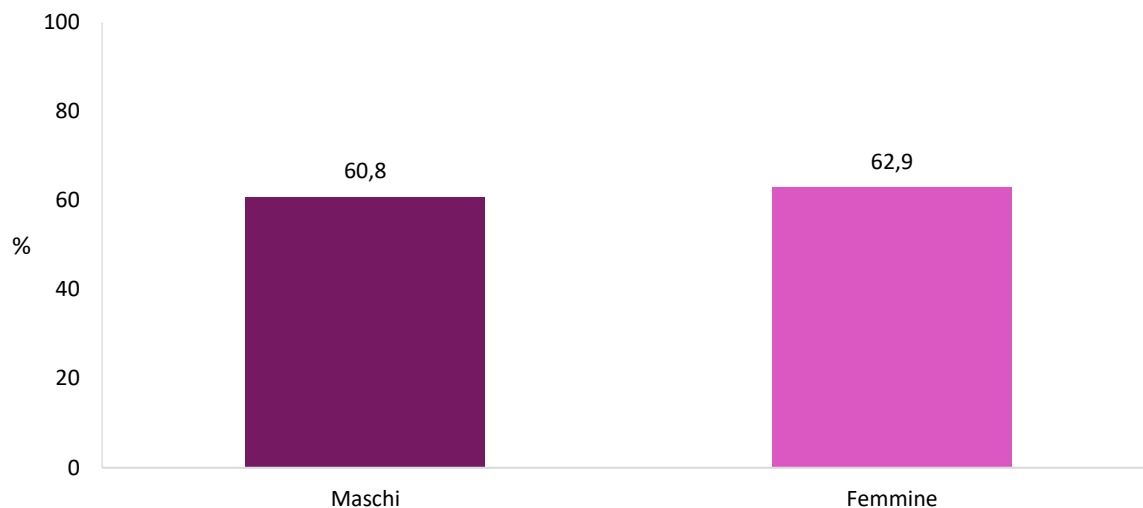


I maschi, in percentuale inferiore rispetto alle femmine, dichiarano di essere stati ubriachi due volte o più nella vita.

Nell'indagine viene indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di oltre 6 Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani. A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema:

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

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

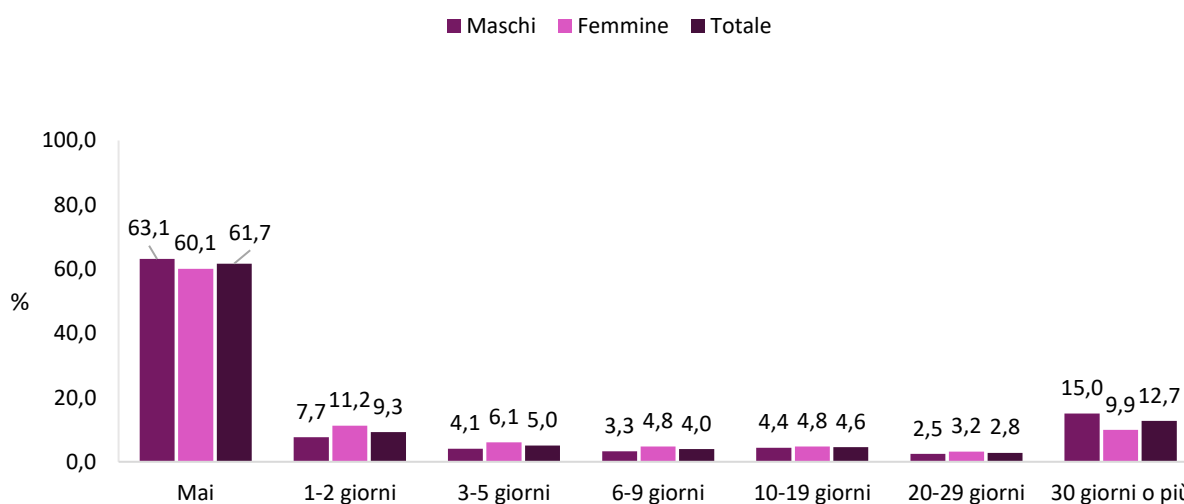


I maschi, in percentuale inferiore alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol.

Cannabis

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

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

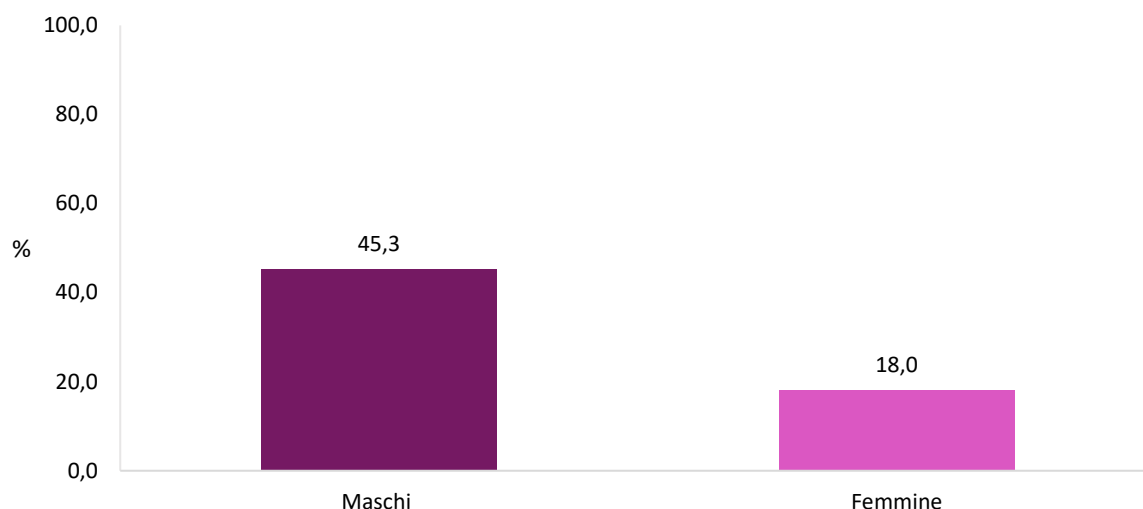


Sei ragazzi su 10 non hanno mai consumato cannabis e una discreta percentuale (13%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

Gioco d'azzardo

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

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



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (45%) rispetto alle femmine (18%).

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	36,7	34,3	39
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	25	20	28,2
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	66,5	73,2	76
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	40,9	46,4	60,3
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	58	61,4	76,9
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	36,4	38,2	48,1
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	28,2	32,9	42,3

Tutte le variabili indagate, intese come comportamenti sfavorevoli alla salute, sono direttamente collegate con uno status socioeconomico più elevato.

Salute e benessere

Salute percepita

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	28	12,4	20,8
Buona	59	58,7	58,9
Discreta	11,4	23,2	16,8
Scadente	1,6	5,7	3,5

Dai dati in tabella si evince che circa l'80% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono, in percentuale inferiore tra le femmine 17enni (71%).

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	20,3	33,1	26,2
≥6	79,7	66,9	73,8

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze di genere, con una percezione soggettiva della vita nettamente peggiore nelle femmine rispetto ai maschi della stessa età.

Sintomi riportati

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	32,5	56,8	43,7
Più di una volta a settimana	33,6	32,4	33
Circa una volta a settimana	19,5	6,4	13,5
Circa una volta al mese	10,3	3,5	7,2
Raramente o mai	4,1	0,9	2,6

Le percentuali riscontrate evidenziano una situazione di malessere particolarmente accentuata nel genere femminile.

Utilizzo di farmaci

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	47	22,6	35,8
Sì	53	77,4	64,2

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto 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 49 mostra la frequenza di diciassetenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	54,1	55,9	55
Sì	45,9	44,1	45

Come si rileva dalla Tabella 49 il 45% dei diciassetenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale lievemente superiore.

La Tabella 50 analizza per genere le frequenze percentuali di utilizzo, nell'ultimo rapporto sessuale, di metodi contraccettivi quali preservativo, pillola, coito interrotto e altri tipi di contraccettivi. La domanda è stata posta solo a coloro che avevano dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	56,2	51,8	54,2
Pillola	24,4	32,1	27,9
Coito interrotto	53,4	58,1	55,6
Contracezione di emergenza	13,7	7,4	10,8
Giorni fertili	16	16,9	16,4
Altri metodi	1,2	4,4	2,7

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare i maschi ricorrono maggiormente al preservativo e alla contraccezione d'emergenza, mentre le femmine riferiscono un maggior utilizzo della pillola anticoncezionale.

Benessere Psicologico

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
< 12.5	37,4	67	51,1
≥ 12.5	62,6	33	48,9

Il confronto tra generi mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Come già emerso per altri indicatori analoghi, un giudizio più critico è stato espresso dalle ragazze.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli negli ultimi 12 mesi. La Tabella 52 mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	26,4	10,2	18,9
Raramente	36	25,5	31,1
A volte	26,2	41,7	33,3
La maggior parte delle volte	9,5	17,5	13,2
Sempre	1,9	5,1	3,4

Infortuni

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	50,1	60	54,7
Una volta	26,2	20,6	23,6
Due volte	14,4	11,1	12,9
Tre volte	4,6	5,4	5
Quattro volte o più	4,6	2,9	3,8

In generale il 55% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche, quando riferiti, sono invece maggiormente frequenti nei maschi.

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	32,8	22,1	19,2
≥ 6	67,2	77,9	80,8

Come atteso, il livello di soddisfazione per la propria vita è strettamente correlato al livello socioeconomico familiare.

Conclusioni

I dati riportati evidenziano come con l'aumentare dell'età dei ragazzi, aumentino i comportamenti a rischio di dipendenze, quando questa non sia addirittura già consolidata nello stile di vita quotidiano.

Sia il fumo di sigaretta che il consumo di alcol risulta più frequente nelle ragazze, in particolare tra le ragazze si registra una frequenza di ubriacatura elevata (il 62% delle ragazze si è ubriacato almeno 2 volte nella vita). Anche il diffuso fenomeno del Binge drinking nella differenza di genere prevale nelle ragazze (maschi 60,8% vs femmine 62,9%). L'uso di cannabis in maniera costante è maggiore nei maschi ed anche il gioco d'azzardo è di molto prevalente tra i ragazzi rispetto alle ragazze. I comportamenti a rischio di dipendenze sono notevolmente più frequenti tra i diciassetenni rispetto ai ragazzi più giovani.

In merito alle abitudini sessuali ed alle precauzioni adottate si evidenzia, anche in questa età, una non completa conoscenza delle misure anticoncezionali, nè, tantomeno del rischio correlato alle malattie sessualmente trasmissibili (il 56% ricorre al coito interrotto). Si rileva infine che una buona parte dei ragazzi manifesta un basso livello di benessere psicologico, in particolare le femmine, che soffrono anche di più di un senso di solitudine. Una maggiore soddisfazione di vita è prevalente in coloro che appartengono ad un livello socioeconomico medio e alto.

Social Media

L'uso dei social media

Per quanto riguarda i possibili benefici e rischi in termini di connessione sociale, lo studio HBSC rileva la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti online con i loro amici, con amici di un gruppo allargato, con altre persone (es. familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 55 sono riportate le risposte dei ragazzi.

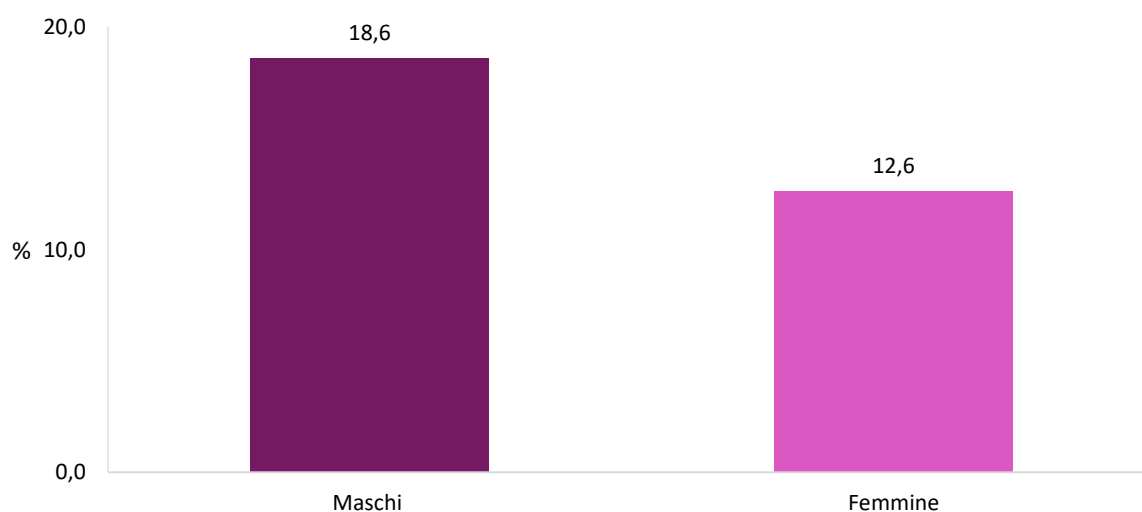
Tabella 55. Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	80,8	82,5	81,6
Amici di un gruppo allargato	46,7	37,3	42,4
Amici conosciuti tramite internet	20,6	12,4	16,8
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,6	51,4	49,9

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano. In Figura 15 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per genere.

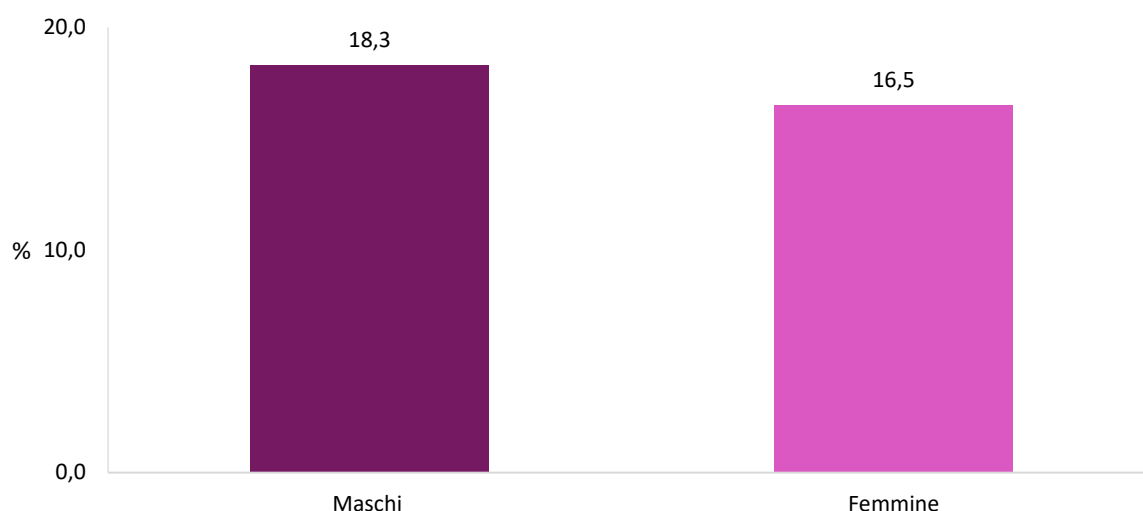
Figura 15. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere



Osservando la Figura 15, si nota che il 19% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa il 13%, di 17 anni, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno.

La prevalenza di ragazzi e ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi (ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento) è illustrata nella Figura 16.

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



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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	79,7	83	87,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	40,1	43,4	48,7
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	18,2	15,1	15,6
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	45,2	53	52,6
Uso problematico dei social media	11,2	9	9,1
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	16,7	17,6	18,8
Uso problematico dei videogiochi	17,2	19,3	10,6

Conclusioni

I diciassetenni, in particolare, trascorrono gran parte del loro tempo sui social media, attraverso cui si relazionano soprattutto con gli amici stretti, spesso realizzando anche nuove conoscenze. Tale tendenza aumenta all'aumentare del FAS. L'uso problematico dei social media e dei videogiochi è invece inversamente correlato al livello socioeconomico più elevato (FAS alto) ed è leggermente più frequente nei maschi (18,3%) rispetto alle femmine (16,5).

