



HBSC

Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni

Regione ABRUZZO



<i>PREFAZIONE</i>	6
<i>PREMESSA</i>	8
<i>RINGRAZIAMENTI</i>	9
1. LO STUDIO HBSC ITALIA 2018 E IL CAMPIONE REGIONALE	10
INTRODUZIONE	11
METODOLOGIA.....	11
POPOLAZIONE IN STUDIO	11
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO	11
QUESTIONARI PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E PROCEDURE DI ANALISI	12
VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY	12
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE	13
2. IL CONTESTO FAMILIARE	15
LA FAMIGLIA.....	16
INTRODUZIONE	16
LA STRUTTURA FAMILIARE.....	16
LA QUALITA' DELLE RELAZIONI CON I GENITORI	18
LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE	20
CONCLUSIONI	21
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	22
3. L'AMBIENTE SCOLASTICO	23
INTRODUZIONE	24
STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE	24
RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI	29
RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE	31
BULLISMO E CYBERBULLISMO.....	32
LA SCUOLA	38
CONCLUSIONI	39
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	40
4. SPORT E TEMPO LIBERO	41
INTRODUZIONE	42
L'ATTIVITA' FISICA.....	42
COMPORAMENTI SEDENTARI.....	44
FREQUENZA DELL'USO DI TELEVISIONE, COMPUTER E NUOVE FORME DI COMUNICAZIONE	45
CONCLUSIONI	47

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	48
5. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE	50
INTRODUZIONE	51
FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI.....	52
CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA.....	53
CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE.....	56
STATO NUTRIZIONALE	58
INSODDISFAZIONE CORPOREA.....	59
IGIENE ORALE	61
CONCLUSIONI	62
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	63
6. COMPORTAMENTI DI DIPENDENZA	65
INTRODUZIONE	66
USO DI SOSTANZE.....	66
FUMO.....	67
ALCOL.....	68
CANNABIS.....	71
GIOCO D'AZZARDO	72
CONCLUSIONI	74
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	74
7. SALUTE E BENESSERE	92
INTRODUZIONE	78
SALUTE PERCEPITA	79
BENESSERE PERCEPITO	80
SINTOMI RIPORTATI.....	81
UTILIZZO DI FARMACI	83
ABITUDINI SESSUALI	84
INFORTUNI	85
RAPPORTO TRA PARI	85
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	86
8. I SOCIAL MEDIA	87
INTRODUZIONE	88
L'USO DEI SOCIAL MEDIA	88
CONCLUSIONI	90
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	91

Il Gruppo di Ricerca HBSC Italia 2018

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

Università degli studi di Torino: Franco Cavallo, Nazario Cappello, Giulia Piraccini, Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Lorena Charrier, Paola Dalmasso, Patrizia Lemma, Veronica Sciannameo

Università degli studi di Padova: Alessio Vieno, Natale Canale, Marta Gaboardi, Michela Lenzi, Claudia Marino, Massimo Santinello

Università degli studi di Siena: Giacomo Lazzeri, Mariano Vincenzo Giacchi, Andrea Pammolli, Rita Simi

Ministero della Salute: Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: Alessandro Vienna

Referenti regionali: Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito, Antonella Cernuzio, Marina La Rocca, Adalgisa Pugliese (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini e Marina Fridel (Regione Emilia Romagna), Claudia Carletti, Federica Concina, Luca Ronfani, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Giulia Cairella, Laura Bosca, Maria Teresa Pancallo (Regione Lazio), Giannaelisa Ferrando (Regione Liguria), Corrado Celata, Liliana Coppola, Claudia Lobascio, Giuseppina Gelmi, Lucia Crottogini, Veronica Velasco (Regione Lombardia), Simona De Introna, Giordano Giostra (Regione Marche), Maria Letizia Ciallella, Michele Colitti, Ermanno Paolitto (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Domenico Stingi, Pina Pacella, Pietro Pasquale (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro, Salvatore Scondotto (Regione Sicilia), Laura Aramini, Valentina Corridori, Giacomo Lazzeri (Regione Toscana), Marco Cristofori, Daniela Sorbelli, Giovanni Giovannini (Regione Umbria), Anna Maria Covarino (Regione Valle D'Aosta), Federica Michieletto, Erica Bino (Regione Veneto), Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento), Antonio Fanolla, Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano).

Il Gruppo di Ricerca Regionale HBSC 2018

Regione ABRUZZO

Claudia Colleluori (referente tecnico)

Ercole Ranalli (referente tecnico)

Manuela Di Giacomo (referente regionale)

OPERATORI ASL

ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila: Maddalena Scipioni (referente aziendale), Pulsoni Remo, Mancini Antonino, D'Orazi Francesco, Dora Manetta, Diana Di Santo, Daniela Giagnoli.

ASL 02 Lanciano-Vasto -Chieti: Colleluori Claudia, (referente aziendale) Di Tommaso Flora, Di Camillo Francesca, Marinelli Ornella, Di Biase Lorella, Salvatore Sergio.

ASL 03 Pescara: Giorgio Robuffo (referente aziendale) Calabrese Marina, Maria Evangelista

ASL 04 Teramo: D'Onofrio Tiziana (referente aziendale) Di Matteo Laura, Pompili Sonia.

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 costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età.

HBSC è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa e prevede indagini campionarie su scala nazionale ogni 4 anni.

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

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

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

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

Nel 2017, Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm), "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" - GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017 ha inserito il "Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni" tra quelli di rilevanza nazionale e regionale e ha individuato nell'ISS l'Ente presso il quale è istituito. L'ISS ha coordinato la rilevazione del 2018 con la collaborazione dell'Università di Torino, di Siena e di Padova, storicamente coinvolte nello studio nazionale e internazionale.

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

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

Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno reso possibile la buona riuscita dell'indagine: i referenti 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 2018

PREMESSA

Anche la Regione Abruzzo, in linea con le indicazioni nazionali scaturenti dal programma Guadagnare salute, ha attivato sul proprio territorio lo studio HBSC.

Questo studio ha consentito di sviluppare azioni efficaci e di impatto positivo non solo tra gli operatori sanitari coinvolti ma anche e soprattutto nel target oggetto delle prescritte azioni di monitoraggio.

I risultati di questo studio costituiscono allo stato attuale anche uno strumento importante per la costruzione del Nuovo Piano Regionale di Prevenzione, alla luce delle indicazioni nazionali in materia.

Anche lo studio HBSC, come precedenti studi di indagine comportamentale (PASSI e OKKIO alla salute), si è rivelato una esperienza positiva la cui realizzazione è stata resa possibile grazie al sostegno e all'entusiasmo degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione del territorio, in un momento particolarmente complesso per la Regione Abruzzo dovuto agli adempimenti connessi all'uscita dal Piano di risanamento del deficit sanitario.

Altamente positiva si è rivelata la collaborazione tra scuola e sanità, rappresentando il punto di partenza per altre e prossime collaborazioni in attività che vedono coinvolti gli operatori sanitari, gli insegnanti, i dirigenti scolastici.

Soddisfatti dei risultati raggiunti l'esperienza e la professionalità maturata sarà sicuramente utilizzata per future ed efficaci azioni di promozione della salute.

Dott.ssa Manuela Di Giacomo

Responsabile Ufficio Igiene e Sanità Pubblica

Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

Si ringraziano tutte le scuole della Regione Abruzzo che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2018.

1. LO STUDIO

HBSC ITALIA 2018 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. 2016¹]

L'adolescenza rappresenta un periodo di grandi cambiamenti e sfide che richiede un'attenzione particolare in quanto in questa fase di vita, comunemente definita di transizione, 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.

La rigidità del protocollo di indagine, cui tutti i Paesi partecipanti al network HBSC devono attenersi, consente la confrontabilità dei dati raccolti a livello internazionale e nazionale e garantisce la costruzione di indicatori di salute solidi utili anche per monitorare l'efficacia di eventuali azioni e interventi di promozione della salute intrapresi.

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

METODOLOGIA

POPOLAZIONE IN STUDIO

La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano rispettivamente le prime e le terze classi delle scuole secondarie di I grado e le classi seconde delle scuole secondarie di II grado (sia scuole statali sia paritarie distribuite in tutte le regioni italiane). Le scuole di fatto sono il setting ideale per la raccolta dei dati sia in termini operativi che in vista di possibili interventi di comunità.

MODALITA' DI CAMPIONAMENTO

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale. La stratificazione è stata fatta 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, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

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 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%. E' 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 (quest'ultimo opzionale). 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.

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

Il questionario rivolto al dirigente scolastico, somministrato contestualmente alla raccolta dati rivolta ai ragazzi, indaga alcune dimensioni relative ad aspetti della scuola, nello specifico:

- 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 e con il sostegno degli insegnanti che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire da parte del personale delle Asl.

Le risposte ai questionari vengono acquisite mediante la lettura ottica da parte di una ditta incaricata del lavoro a livello nazionale.

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 comunque restituita, firmata dai genitori, agli insegnanti della classe coinvolta.

Non vengono rilevati dati identificativi dei singoli individui che partecipano all'indagine sia perché la sorveglianza è interessata a dati di popolazione sia per rispetto della normativa sulla privacy.

La versione definitiva del protocollo e dei questionari adottati nel 2018 sono stati presi in esame e valutati positivamente dal Comitato Etico dell'ISS nella seduta del 20 novembre 2017.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE

Nella Regione Abruzzo sono state campionate 119 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 67 classi per la scuola secondario di II grado (Classe II), per un totale di 186 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno restituito i questionari compilati 182 classi con una rispondenza complessiva del 97.8%. (tabella 1.1).

“La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma l’efficacia delle fasi preparatorie dell’indagine e la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute”.

Tabella 1.1 Rispondenza per classe(%)

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	59	58	98,3
Classe III Media	60	57	95,0
Classe II superiore	67	67	100,0
Totale	186	182	97,8

Il campione era costituito da un totale di **2847** studenti di cui: il 32.9% di 11 anni, il 31.5% di 13 anni ed il 35.6% di 15 anni (tabella 1.2)

Tabella 1.2 Composizione del campione, per età e genere (%)

	Maschi	Femmine
11 anni	479	456
13 anni	479	419
15 anni	473	541
Totale	1431	1416

Circa il 4.1% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 13 (figura 1)

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

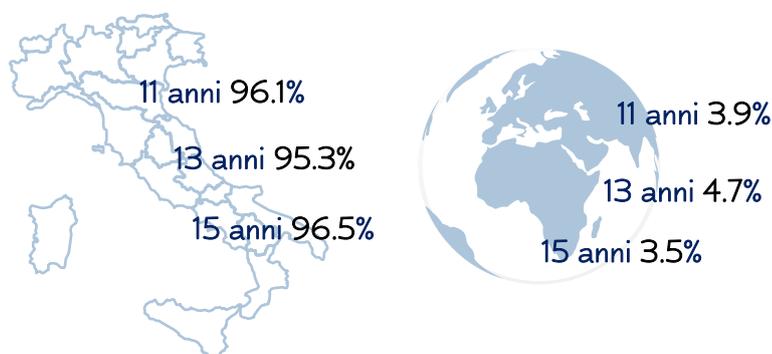


Tabella 1.3 Composizione del campione dei genitori dei ragazzi ed età per nascita in Italia e all'estero (%)

	%
Entrambi i genitori nati in Italia	81.5
Almeno un genitore nato all'estero	10.9
Entrambi i genitori nati all'estero	7.6

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nel 18,5% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altra nazionalità

2. IL CONTESTO FAMILIARE

LA FAMIGLIA

INTRODUZIONE

L'adolescenza è un processo evolutivo che coinvolge non solo i ragazzi, ma l'intera famiglia. Le trasformazioni che interessano i ragazzi sul piano psico-fisico si accompagnano anche a un cambiamento delle relazioni familiari e amicali^{1,2}.

La famiglia, insieme alla scuola e al mondo dei pari, è l'ambito nel quale gli adolescenti iniziano a costruire la propria identità personale e il proprio ruolo sociale. Attraverso la ridefinizione dei rapporti con i genitori e, contemporaneamente, ad un più intenso investimento nelle relazioni amicali, avviano una progressiva acquisizione di autonomia con precipue componenti affettive, ideative e sociali³.

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

LA STRUTTURA FAMILIARE

La struttura familiare negli ultimi anni, seguendo le trasformazioni della società, è diventata sempre più complessa e ha subito un processo di diversificazione. Anche se in Italia questo processo che ha visto crescere nuove strutture familiari è cominciato più tardi rispetto ad altri paesi europei, la cosiddetta famiglia tradizionale non è più la sola opzione. Infatti è ormai comune imbattersi in famiglie mono-genitoriali, o famiglie 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) che un tempo erano una risorsa mentre oggi nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani e infine la crescita di nuove tipologie familiari: in particolare le famiglie mono-genitoriali e le famiglie ricostituite⁴.

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2018⁵), circa il 16% delle famiglie italiane sono monogenitoriali. Anche in Italia, si è ormai compiuto il passaggio dalla vecchia monogenitorialità, originata dalla vedovanza, alla nuova monogenitorialità derivante dalla rottura volontaria dell'unione coniugale e dalle nascite al di fuori del matrimonio o da madri single.

La famiglia ricostituita invece è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio.

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'adolescenza⁶. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi quanto mai attuale.

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^{7,8} o come il cambiamento della struttura familiare abbia delle conseguenze anche di tipo economico⁹.

Riguardo a questo ultimo punto, è stata osservata una forte associazione tra basso livello socio-economico e salute psichica dei bambini¹⁰, e come l'instabilità familiare in generale sia strettamente legata con lo sviluppo dei rapporti sociali dei ragazzi¹¹.

Diversi autori hanno però messo in discussione queste relazioni, sostenendo che lo svantaggio diventa reale soltanto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, oppure uno stato di conflittualità permanente o l'esistenza di problemi economici^{12,13}.

Non è tuttavia ancora chiaro se questo tipo di associazioni causali si riscontrino anche tra gli adolescenti.

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 2.1)

Le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante; le famiglie monogenitori rappresentano il 13.7 % dei nuclei familiari di cui il 11,9% composti da donne. Nel 2.7 % dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite" che possono essere più o meno complesse e appaiono caratterizzate da una certa fragilità. Solo nell'1.3% dei casi i ragazzi hanno indicato di non vivere con i genitori ma in altra sistemazione senza genitori o nonni.

Tabella 2.1 Tipologia di famiglia (%)	
	%
Madre e padre (no altri adulti)	82.3
Solo madre	11.9
Solo padre	1.8
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.7
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1.3
Totale	100

Come si evince dalla tabella 2.2, Più della metà del campione (57.6%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 3 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 14.7%.

Tabella 2.2 Fratelli e sorelle (%)

	%
Figli unici	14.7
1 fratello o sorella	57.6
2 o più fratelli o sorelle	27.7
Totale	100

LA QUALITÀ DELLE RELAZIONI CON I GENITORI

La natura e la qualità delle relazioni che i ragazzi instaurano con i genitori, durante l'adolescenza, influiscono in misura rilevante sui loro comportamenti di salute e sul benessere percepito. Molti studi hanno dimostrato che la comunicazione familiare è un indicatore della capacità dei genitori di aiutare i loro figli adolescenti ad affrontare positivamente le difficoltà che possono incontrare^{14,15}, 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 sostanze^{14,16}.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito^{13,17}. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi,¹⁸ comportamenti antisociali^{19,20} e comportamenti di rischio per la salute^{21,22}, una migliore autostima²³ e meno problemi scolastici²². 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 2.3 e 2.4 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 2.3: Quanto è facile per te parlare con tuo **padre** di cose che ti preoccupano veramente?, per età (%)

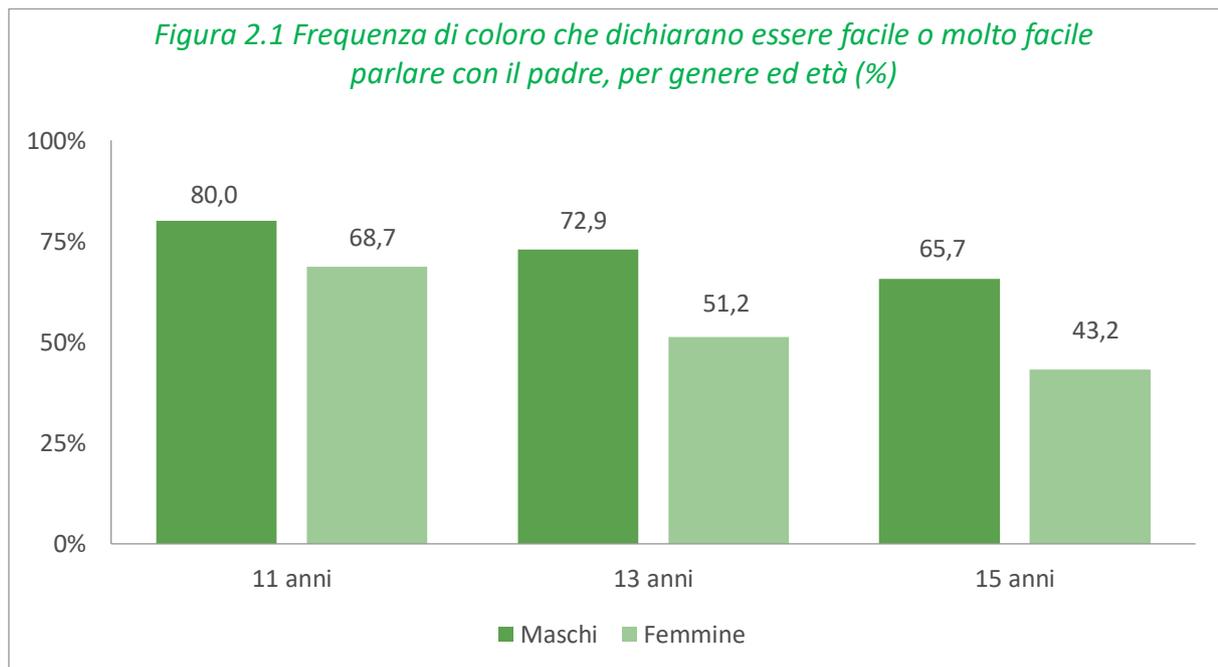
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto facile	40.2	26.5	19.3
Facile	34.3	36.3	34.4
Difficile	15.3	21.9	23.7
Molto difficile	8.0	11.8	17.9
Non ho o non vedo mai questa persona	2.2	3.5	4.7
Totale	100	100	100

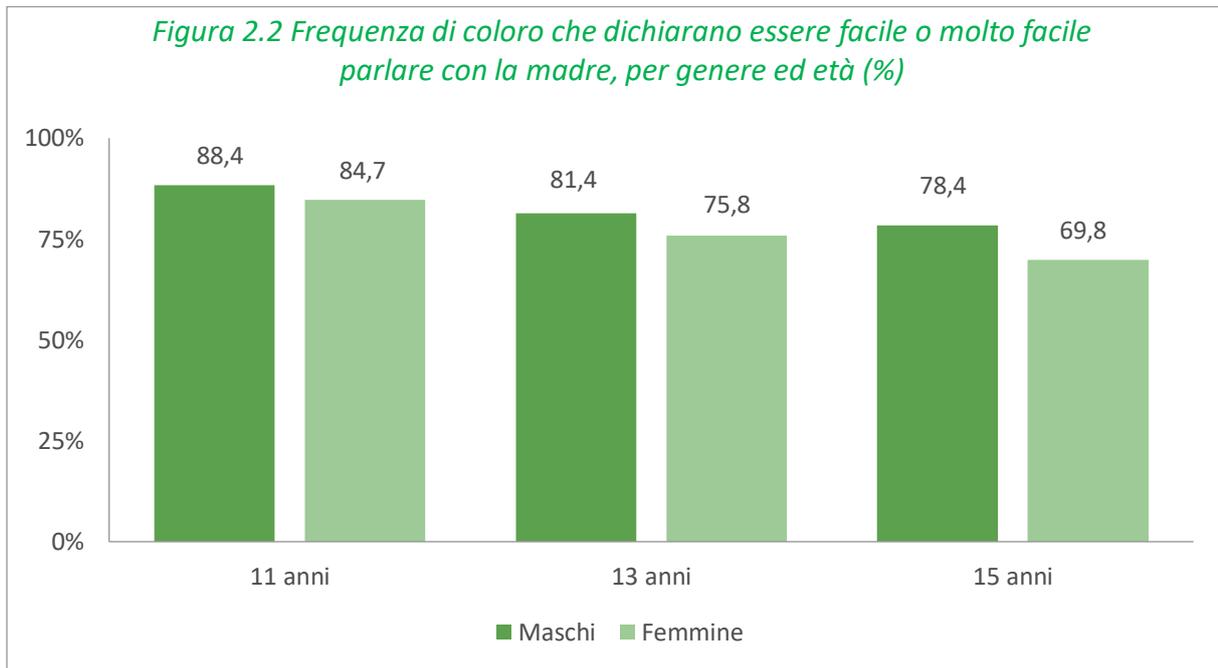
Tabella 2.4: Quanto è facile per te parlare con tua **madre** di cose che ti preoccupano veramente?, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto facile	59.7	41.8	32.5
Facile	27.0	37.0	41.3
Difficile	9.4	15.2	17.2
Molto difficile	3.4	5.2	7.9
Non ho o non vedo mai questa persona	0.5	0.8	1.1
Totale	100	100	100

Confrontando le due tabelle (2.3 e 2.4) 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 rispetto al genere, si osservano differenze in tutte le età nella comunicazione con il padre e la madre (figura 2.1 e 2.2)





LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi²⁴. Numerosi studi hanno dimostrato che il livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori^{25,26} anche in maniera indiretta. È stato infatti osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi^{12,27}.

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una misura composita che incorpora lo status economico (reddito), lo status sociale (educazione) e lo status professionale (occupazione) così come definito dai seguenti indicatori:

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare)²⁸. Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);
- status sociale (istruzione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

A questi indicatori, si aggiunge un quarto elemento di valutazione relativo alla percezione che i ragazzi hanno dello stato di benessere della propria famiglia; ai ragazzi viene infatti chiesto di indicare quanto pensino stia bene la propria famiglia dal punto di vista economico. Le modalità di risposta a questa domanda sono distribuite su una scala ordinale da "Molto bene" a "Per niente bene".

Nella tabella 2.5 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socio-economico.

Tabella 2.5 Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da ‘Basse possibilità di consumo’ ad ‘Alte possibilità di consumo’) (%)

Family Affluence Scale	%
Basso	23.8
Medio	52.0
Alto	24.2
Totale	100

Si osserva che 1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (24.2%), mentre il 52% è nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 23.8% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”.

In tabella 2.6 è invece riportata la distribuzione del livello di istruzione dei genitori dichiarato dai ragazzi intervistati

Tabella 2.6 Livello di istruzione del padre e della madre dichiarato dai ragazzi, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
PADRE			
Licenza elementare	0.8	1.9	1.2
Licenza media	8.9	19.6	20.9
Scuola professionale	4.7	11.0	13.2
Maturità	21.8	35.3	36.0
Laurea	27.2	20.3	20.9
Non so	36.6	11.8	7.8
MADRE			
Licenza elementare	0.9	0.9	0.9
Licenza media	6.5	14.4	15.6
Scuola professionale	3.5	8.4	8.3
Maturità	24.0	35.4	39.0
Laurea	35.2	30.0	30.2
Non so	29.9	10.9	6.0

Per quanto riguarda il livello d’istruzione dei genitori, si osserva una prevalenza di titoli di studio medio/alto (maturità-laurea).

CONCLUSIONI

La maggior parte dei ragazzi (82.3%) dichiara di vivere con entrambi i genitori, il 2.6% in famiglie allargate. Le famiglie monogenitoriali risultano intorno al 13.7% (11,9% vive solo con la madre; il 1.8% vive solo con il padre).

La facilità di comunicazione con i genitori risulta più facile con le madri rispetto ai padri.

La maggior parte delle famiglie presenta un livello economico medio-alto.

Si evidenzia un buon numero di genitori laureati : madri laureate 31.9% e padri 22.9% rispettivamente.

Le madri hanno un livello di istruzione maggiore rispetto ai padri.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ¹Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012, 378(9826): 1630-1640
- ²Santrock, J.W. (2014). *Adolescence* (15th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education
- ³Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003–67
- ⁴Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, Giacco D, Mulè A, de Rosa C, Fiorillo A, Maj M. The family in Italy: cultural changes and implications for treatment, *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(2):149-56
- ⁵ISTAT (2018). *Popolazione e Famiglie Anno 2018*. Roma, ISTAT.
- ⁶Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent–child communication. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287–305
- ⁷Cooper, C., P. E. Bebbington, H. Meltzer, D. Bhugra, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell, and M. King. 2008. "Depression and Common Mental Disorders in Lone Parents: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey." *Psychological Medicine*, 38 (3): 335–342
- ⁸Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Meltzer, H. (2003). Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med*, 33: 715–722
- ⁹Mazzucco, 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
- ¹⁰Dashiff, C., W., Di Micco, B., Myers and K., Sheppard. 2009. "Poverty and Adolescent Mental Health." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22: 23–32
- ¹¹Cavanagh, S. E., and A. C. Huston. 2008. "The Timing of Family Instability and Children's Social Development." *Journal of Marriage and Family*, 70 (5): 1258–1270
- ¹²Levin KA, Currie C. Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152–68
- ¹³Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- ¹⁴Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
- ¹⁵Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ¹⁶Gutman, 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
- ¹⁷Gallarín M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601–10
- ¹⁸Demidenko N, Manion I, Lee CM. Father–daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1727–34.
- ¹⁹Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- ²⁰Ackerman, 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
- ²¹Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. The protective effects of parent–college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300–2.
- ²²Rostad WL, Silverman P, McDonald MK. Daddy's little girl goes to college: an investigation of females' perceived closeness with fathers and later risky behaviors. *J Am Coll Health*. 2014;62(4):213-20
- ²³Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent–child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203–12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol*. 2014;17
- ²⁴Elgar 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
- ²⁵Kerr M, Stattin H, Biesecker G, et al. Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. Relationships With Parents and Peers in Adolescence, *Handbook of psychology*, Vol. 6, Developmental psychology, 2003 NJ John Wiley & Sons
- ²⁶Hoskins D, (2014), Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes, *Societies* 2014, 4, 506–531
- ²⁷Viner 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
- ²⁸Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Health Education Research*. 1997;12(3):385–397

3. L'AMBIENTE SCOLASTICO

INTRODUZIONE

In adolescenza, l'ambiente scolastico rappresenta un contesto di sviluppo privilegiato in quanto ambiente sociale prossimale in cui l'individuo trascorre buona parte della propria quotidianità equindi in grado di influenzarne l'adattamento e il benessere.

Il contesto scolastico può agire infatti supportando l'adolescente nel suo percorso di crescita, rappresentando una fonte significativa di sostegno sociale (soprattutto rispetto alle relazioni che si instaurano con coetanei e insegnanti) e favorendo l'acquisizione di competenza, autonomia e capacità di coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali¹.

La scuola può, dunque, rappresentare un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in relazione a comportamenti legati alla salute.

Obiettivo di questo capitolo è, da un lato, approfondire la percezione del contesto scolastico attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai ragazzi ad alcuni items relativi al loro rapporto con gli insegnanti, con i compagni di classe e con la scuola in generale e, dall'altro, approfondire le caratteristiche (in senso strutturale e organizzativo) del contesto scolastico che i ragazzi sperimentano attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai dirigenti scolastici.

STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE

Le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente². È stato chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti, favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

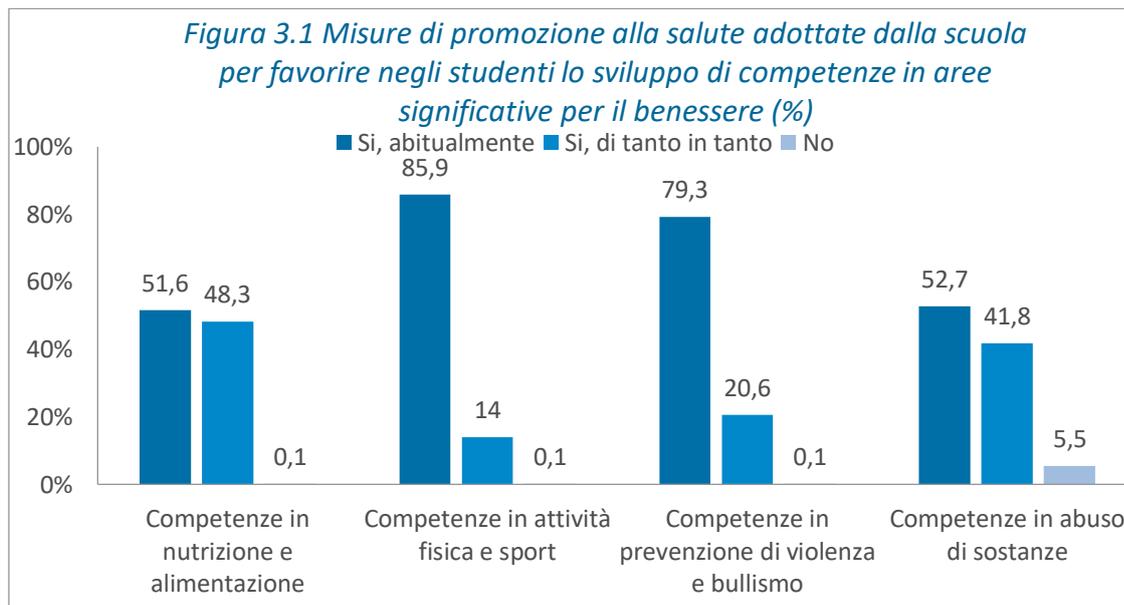
Nella tabella 3.1 si riportano alcune delle informazioni fornite dai Dirigenti scolastici circa le risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza rispetto ai bisogni.

Tabella 3.1 Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

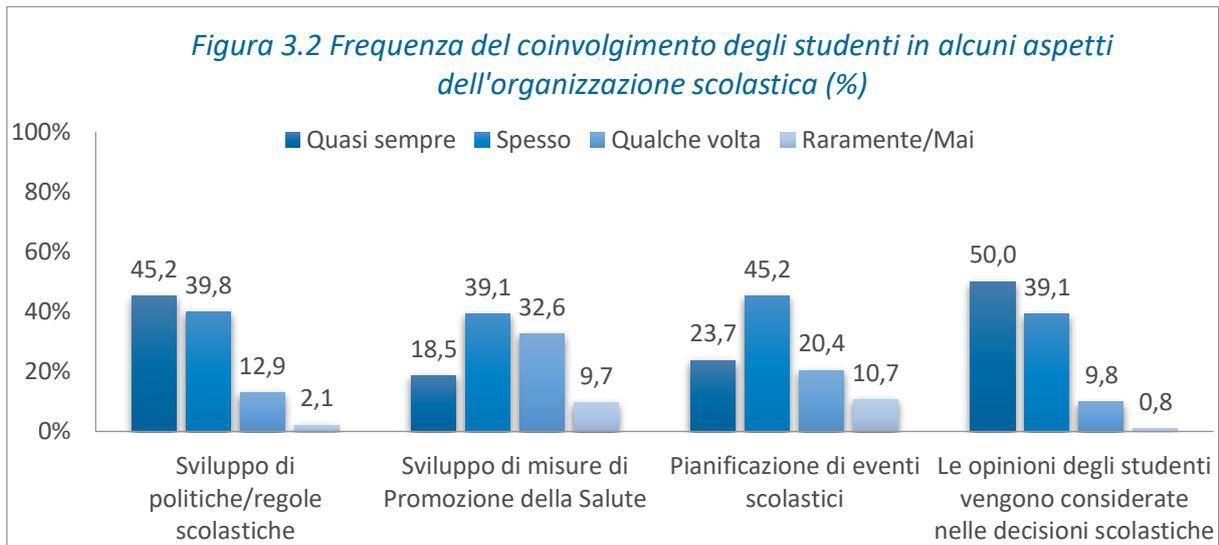
	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo
Il cortile è in buone condizioni	5.7	52.2	29.5	4.5
La palestra è in buone condizioni	15.3	53.8	23.1	4.4
I laboratori didattici sono attrezzati	13.4	42.4	26.1	9.8
Le classi soddisfano i bisogni di insegnanti e alunni	6.7	58.4	29.2	4.5
La scuola necessita di restauro	25.3	48.3	16.9	4.6

La lettura dei dati presenti in tabella 3.1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: il 48,3% dei Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri, e solo il 6,7% 'completamente d'accordo' sull'adeguatezza delle classi nel soddisfare bisogno di insegnanti e alunni.

Il questionario rivolto ai Dirigenti scolastici ha permesso di esplorare anche le eventuali attività di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere (figura 3.1).



Una specifica sezione del questionario intendeva indagare il grado di partecipazione degli allievi ad alcuni degli aspetti organizzativi dell'istituzione scolastica (figura 3.2) La lettura dei dati presenti in figura 3.2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (45,1% quasi sempre; 39,8%; Qualche volta/Mai 15,0%) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (50,0% quasi sempre; 39,1% spesso).

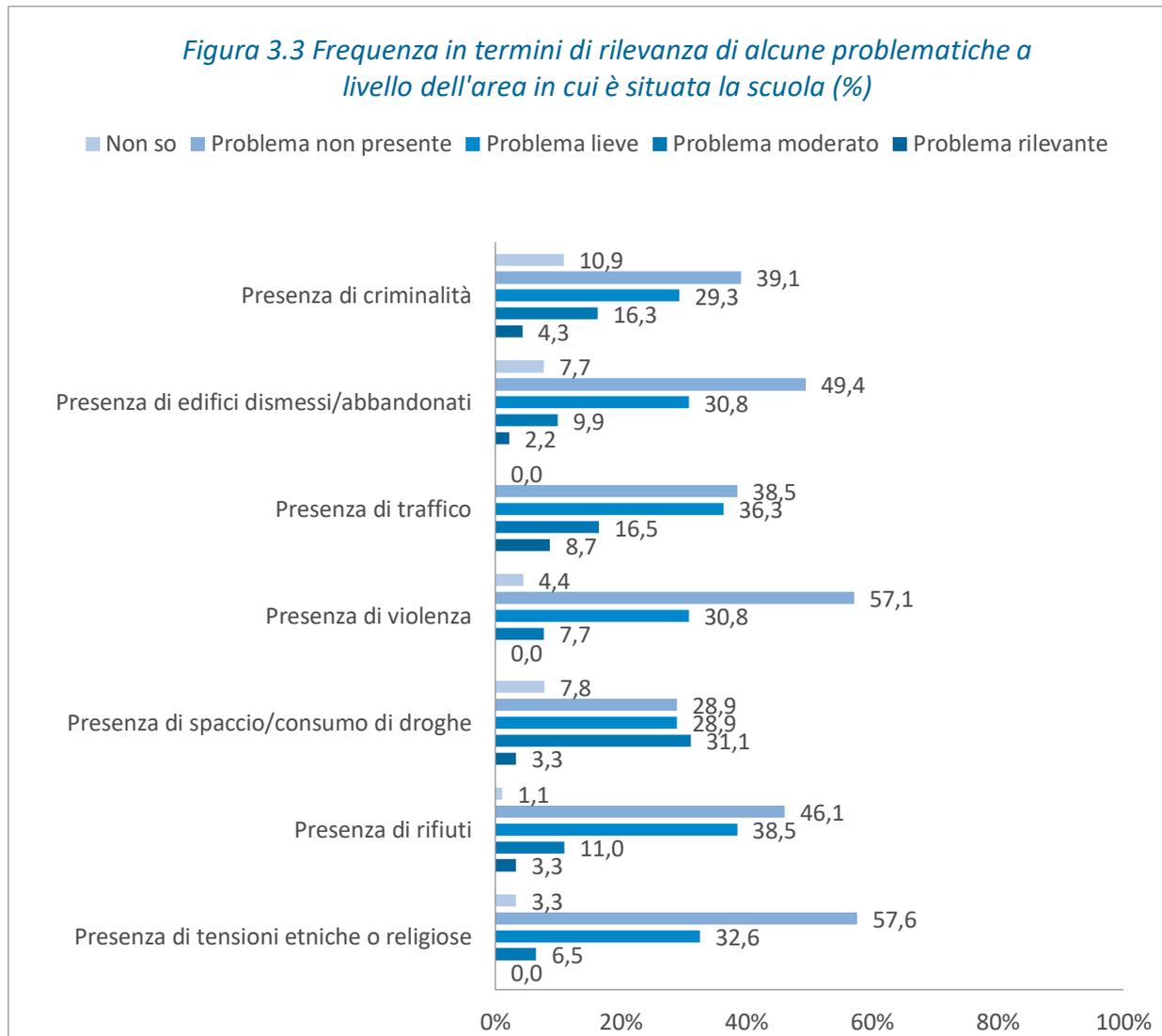


Dalle risposte al questionario emerge che, nella maggior parte dei casi, non esistono cassette per i suggerimenti (88.2%) o modalità informatiche che possano convogliare le eventuali lamentele (80.9%), mentre una prassi spesso seguita (nel 57.5% dei casi) è quella di svolgere indagini sugli studenti. L'istituzione si mostra però molto disponibile all'accoglienza degli studenti nelle ore d'ufficio (89.6 %).

Tabella 3.2 Modalità per esprimere lamentele nell'ambito della scuola (%)

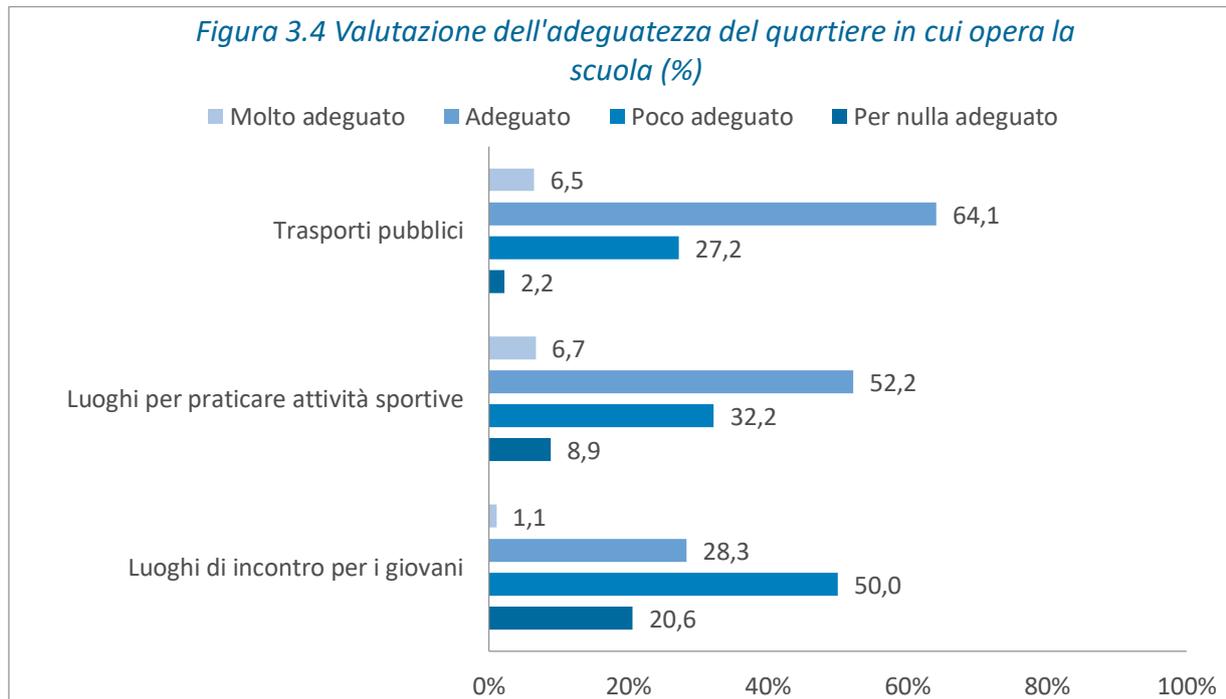
	Cassetta suggerimenti	Home page, forum, blog	Ore ufficio	Indagini studenti
Si	11.8	19.0	89.6	57.5
No	88.2	81.0	10.4	42.5
Totale	100	100	100	100

I Dirigenti scolastici hanno, inoltre, potuto esprimere un giudizio circa la percezione, in termini di rilevanza, di alcune problematiche dell'area in cui è situata la scuola (figura 3.3) e dell'adeguatezza del quartiere in cui si trova la scuola (figura 3.4)



Il problema più importante è risultato essere la presenza di trasgressioni legate allo spaccio/consumo di droghe ritenuto rilevante dal 3.3% dei Dirigenti scolastici e moderato dal 31.1% degli stessi.

Per importanza e gravità seguono la presenza di traffico (25.1%), di criminalità (20.6%).



Il quartiere in cui opera la scuola appare poco o per nulla adeguato quale luogo d'incontro per giovani (70.6%), e adeguato per i trasporti pubblici (il 64.1% degli intervistati risponde 'adeguati', il 27.2% 'poco adeguati'; il 2.2% 'per nulla adeguati'), mentre risulta i luoghi per attività sportive risultano adeguati per il 58.8%.

Ai Dirigenti scolastici è stato inoltre chiesto di esprimere una valutazione delle attività e delle manifestazioni disponibili nel quartiere in cui opera la scuola (tabella 3.3)

Tabella 3.3 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	6.5	5.4	6.7
In disaccordo	13.0	8.7	23.3
Abbastanza in disaccordo	16.3	14.1	17.8
Né in accordone in disaccordo	14.2	15.3	20.0
Abbastanza d'accordo	16.3	25.0	21.1
D'accordo	25.0	26.1	10.0
Completamente d'accordo	8.7	5.4	1.1

La richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, l' 8.7% dei Dirigenti è completamente d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (5.4%).

RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata una delle componenti che maggiormente contribuisce all'adattamento scolastico dell'adolescente³⁻⁴.

Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata ad un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola¹, è predittiva di un migliore adattamento comportamentale e scolastico⁵⁻⁶, ed influenza il successo scolastico⁷⁻⁸.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato come una relazione positiva con gli insegnanti contribuisca a contenere i comportamenti aggressivi⁹ e rappresenti un fattore protettivo per l'assunzione di comportamenti a rischio¹⁰⁻¹¹.

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro di esprimere il proprio grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I miei insegnanti si interessano a me come persona", "Ho molta fiducia nei miei insegnanti" e "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono".

Nella tabelle 3.4, 3.5 e 3.6 sono riportate le risposte dei ragazzi a ciascuna domanda

Tabella 3.4 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti si interessano a me come persona", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	18.5	17.7	7.0
D'accordo	43.6	40.1	31.0
Né in accordo né in disaccordo	27.5	30.0	36.7
Non d'accordo	7.3	8.9	17.5
Per niente d'accordo	3.1	3.3	7.8

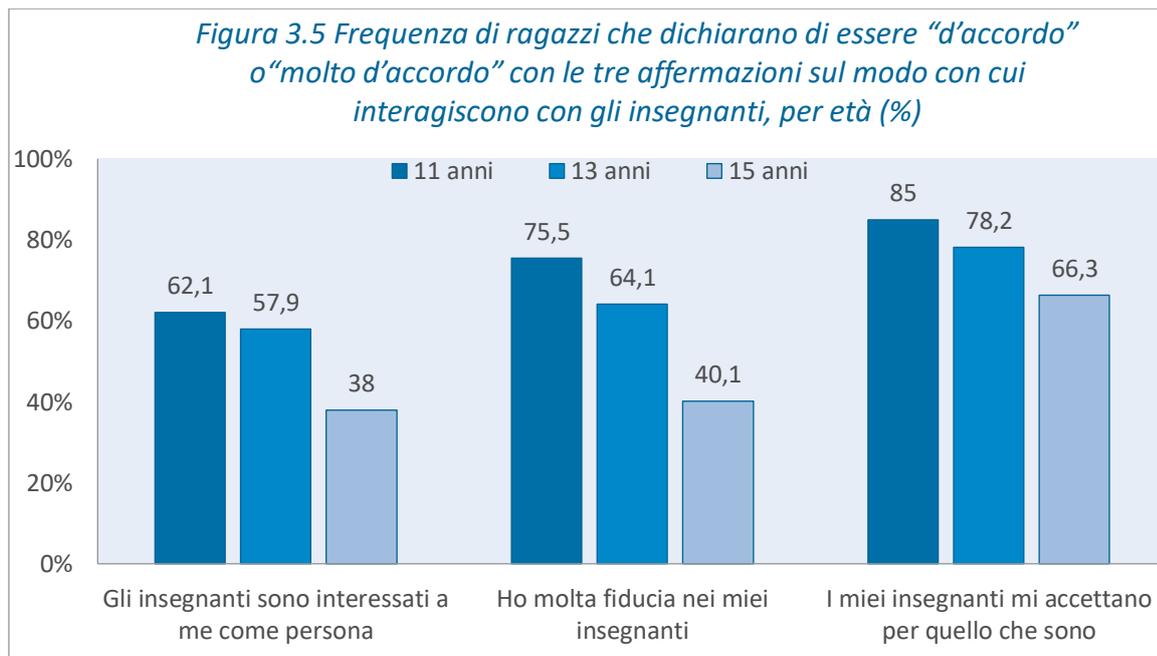
Tabella 3.5 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	40.7	24.2	9.3
D'accordo	34.8	39.9	30.8
Né in accordo né in disaccordo	18.1	23.2	37.9
Non d'accordo	3.2	8.2	13.8
Per niente d'accordo	3.2	4.5	8.2

Tabella 3.6 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	50.0	40.4	22.6
D'accordo	35.0	37.8	43.8
Né in accordo né in disaccordo	11.7	16.0	23.9
Non d'accordo	2.2	3.7	6.5
Per niente d'accordo	1.1	2.1	3.2

Mentre la fascia di ragazzi più giovane (11 anni) è per la maggioranza molto d'accordo' con l'affermazione; tale percezione diminuisce con l'avanzare dell'età. I ragazzi di 13 e 15 anni, infatti, sono perlopiù semplicemente 'd'accordo' e, in percentuali minori, 'né d'accordo né in disaccordo' oppure non 'd'accordo'.



Nella figura 3.5 si può cogliere a colpo d'occhio come il grado di "accordo" o "molto d'accordo" con le singole affermazioni riportate nelle tabelle precedenti sia differente nelle diverse età considerate.

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 CON I COMPAGNI DI CLASSE

Il rapporto con i pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente^{6,12}. Questo sistema relazionale sembra influenzare il coinvolgimento degli studenti nelle attività scolastiche, e la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste infatti un legame tra relazioni con i coetanei e rendimento scolastico: gli studenti con relazioni carenti con i propri compagni di classe tendono ad avere voti peggiori¹³, mentre avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche¹⁴ e favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico¹⁵.

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni “La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile” e “I miei compagni mi accettano per quello che sono”. (modalità di risposta da “sono molto d'accordo” a “non sono per niente d'accordo”). Nelle tabelle 3.7 e 3.8 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

Tabella 3.7 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 (%)
Molto d'accordo	33.7	20.8	14.9
D'accordo	39.2	39.8	43.5
Né in accordone in disaccordo	20.5	23.0	26.3
Non d'accordo	4.8	12.2	11.5
Per niente d'accordo	1.8	4.2	3.8

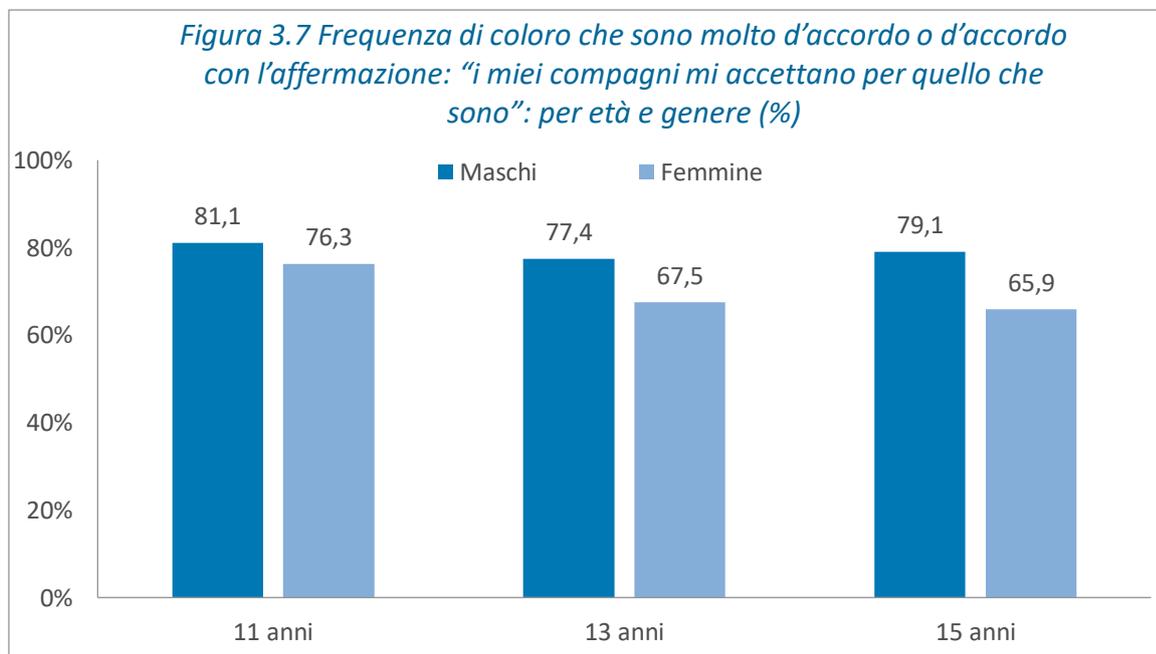
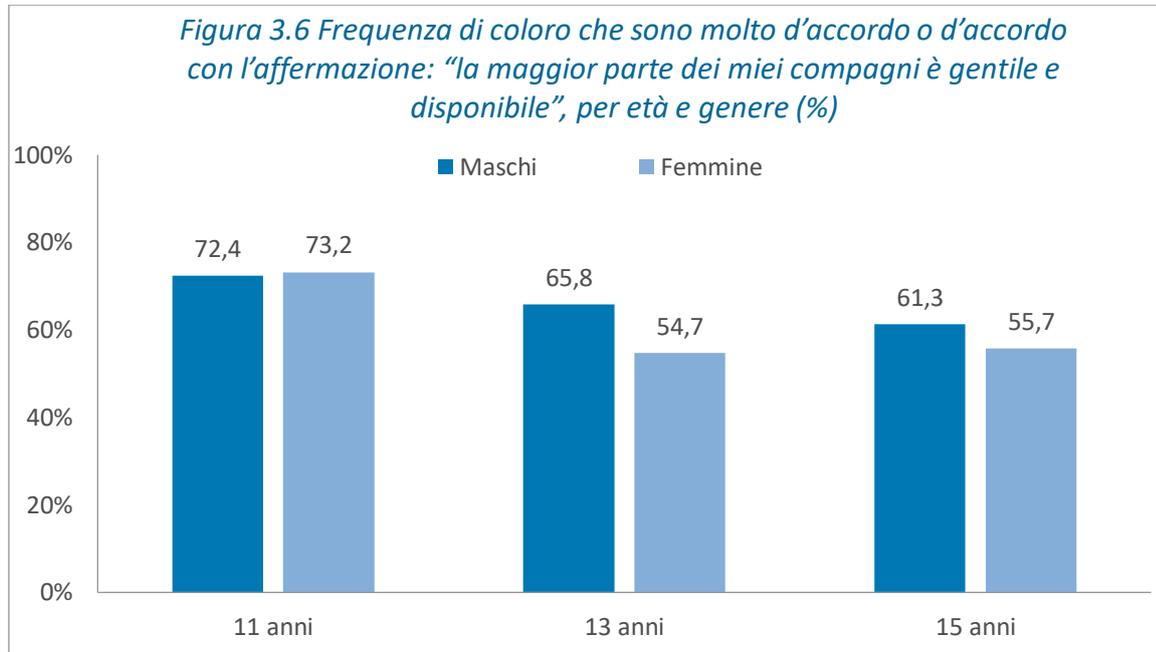
Tabella 3.8 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei compagni mi accettano per quello che sono”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	44.4	36.5	29.5
D'accordo	34.3	36.2	42.5
Né in accordone in disaccordo	14.6	16.2	19.6
Non d'accordo	3.4	6.0	5.1
Per niente d'accordo	3.3	5.1	3.3

Come si evince dalla lettura della tabella 3.7, la percezione della disponibilità dei propri compagni diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 72.9% 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 60.6% di tredicenni ed un 58.4% di quindicenni con la stessa percezione.

In tabella 3.8 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 (78.7%) ai 15 anni (73%).

Il grado di accettabilità da parte dei propri compagni è differente tra i maschi e le femmine (figura 3.6 e 3.7) mostrando un maggiore grado di accettabilità tra i maschi (67%) rispetto alle femmine (61.5%).



BULLISMO E CYBERBULLISMO

Il recente report dell'Unesco¹⁶ che descrive il fenomeno del bullismo in 71 paesi del mondo dice che l'Italia è tra i paesi a minore prevalenza ed è nel gruppo di quelli con trend in riduzione. Il fenomeno è maggiormente rappresentato nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo differente tra i due generi: manifestazioni più frequentemente di tipo fisico nei maschi e di tipo

verbale e psicologico nelle ragazze¹⁶. Per quel che riguarda il fenomeno del cyber bullismo, ancora poco esplorato, in un recente lavoro che ha coinvolto 7 paesi tra cui l'Italia, il fenomeno sembra essere in aumento¹⁷. Non vengono descritte differenze di genere per gli atti legati alla diffusione di foto o di immagini mentre il genere femminile risulta essere più esposto di quello maschile per gli episodi legati all'utilizzo e la diffusione di messaggi di testo. Il cyberbullismo, a differenza del bullismo, sembra aumentare al crescere dell'età probabilmente in parte a causa della maggiore disponibilità di mezzi tecnologici nei ragazzi più grandi. La letteratura sottolinea come non sia ancora possibile discutere se esista una correlazione tra bullismo in riduzione, e cyberbullismo in aumento e se quest'ultimo sia un fenomeno nuovo e indipendente oppure la transizione del bullismo¹⁸.

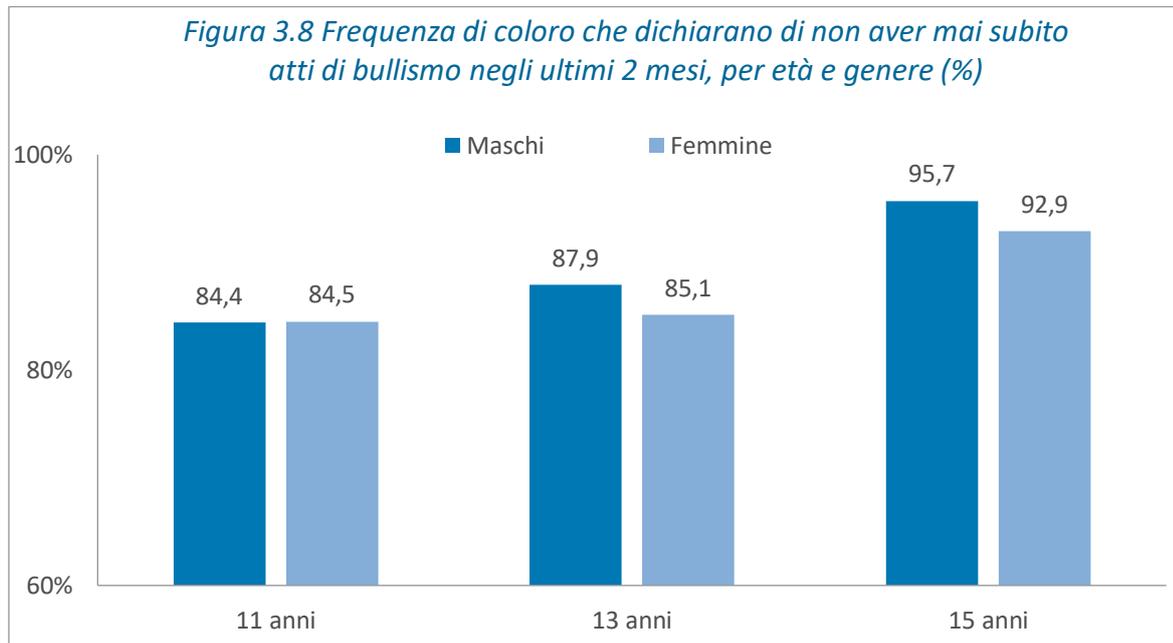
Un clima positivo tra pari e buone relazioni con le figure adulte di riferimento, soprattutto insegnanti, riducono la probabilità di accadimento di atti lesivi e risultano quindi un forte fattore protettivo¹⁸. Le dinamiche relazionali che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono un ulteriore elemento protettivo¹⁶.

L'HBSC ha approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana" (tabella 3.9)

Tabella 3.9 Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non sono stato oggetto di bullismo	84.5	86.6	94.2
Una o due volte	9.7	7.6	4.0
Due o tre volte al mese	2.2	1.8	1.0
Circa una volta alla settimana	1.9	1.9	0.3
Più volte alla settimana	1.7	2.1	0.5

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 3.8)

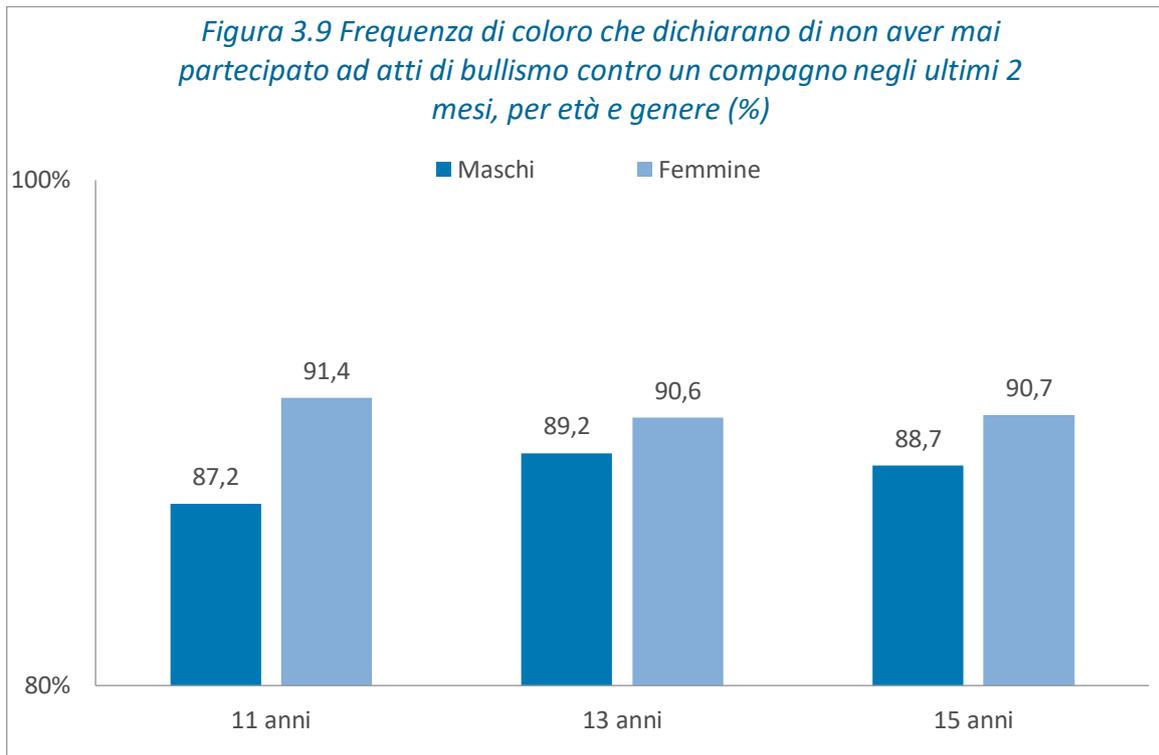


Oltre al bullismo subito, è stato anche chiesto ai ragazzi se avessero mai partecipato ad atti di bullismo contro un pari negli ultimi due mesi (tabella 3.10 e figura 3.9).

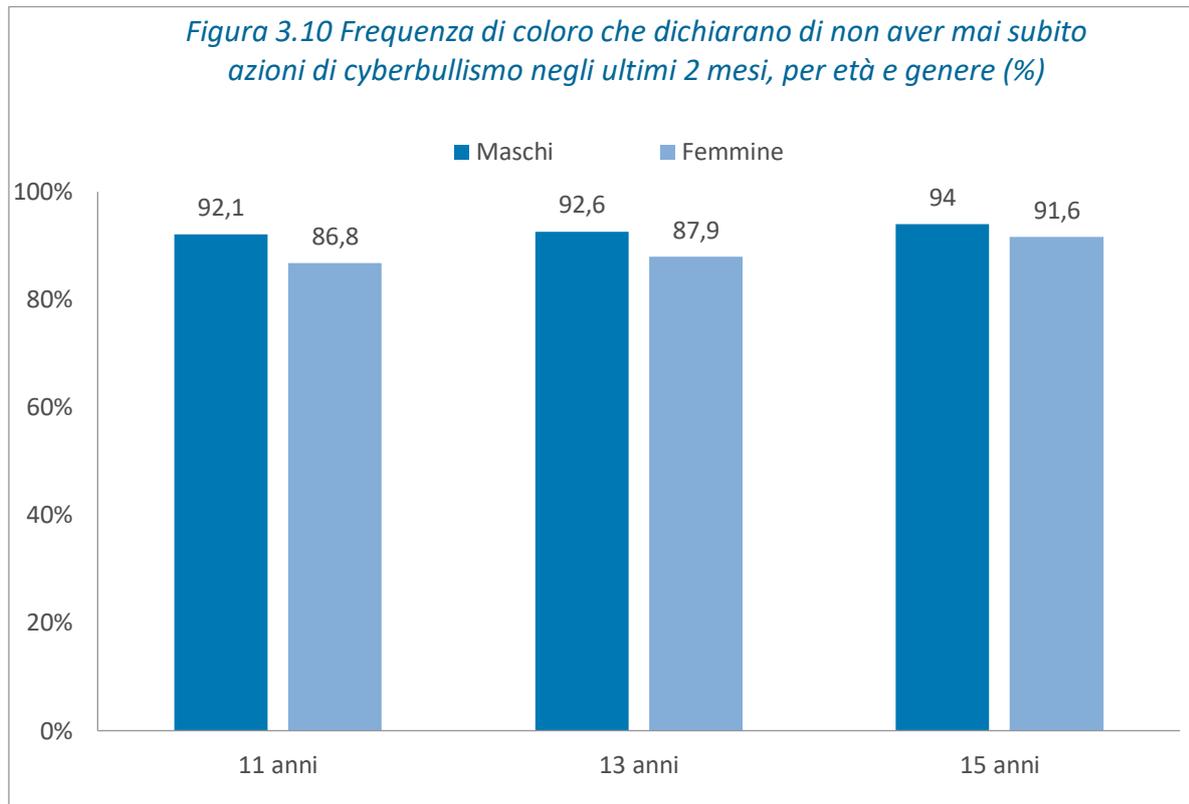
Tabella 3.10 Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non ho fatto il bullo con un compagno	89.3	89.8	89.8
Una o due volte	7.8	7.9	6.9
Due o tre volte al mese	1.8	1.4	2.2
Circa una volta alla settimana	0.9	0.3	0.4
Più volte alla settimana	0.2	0.6	0.7

Nella tabella 3.10 e nella figura 3.9 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno e non vi sono differenze significative tra i sessi.

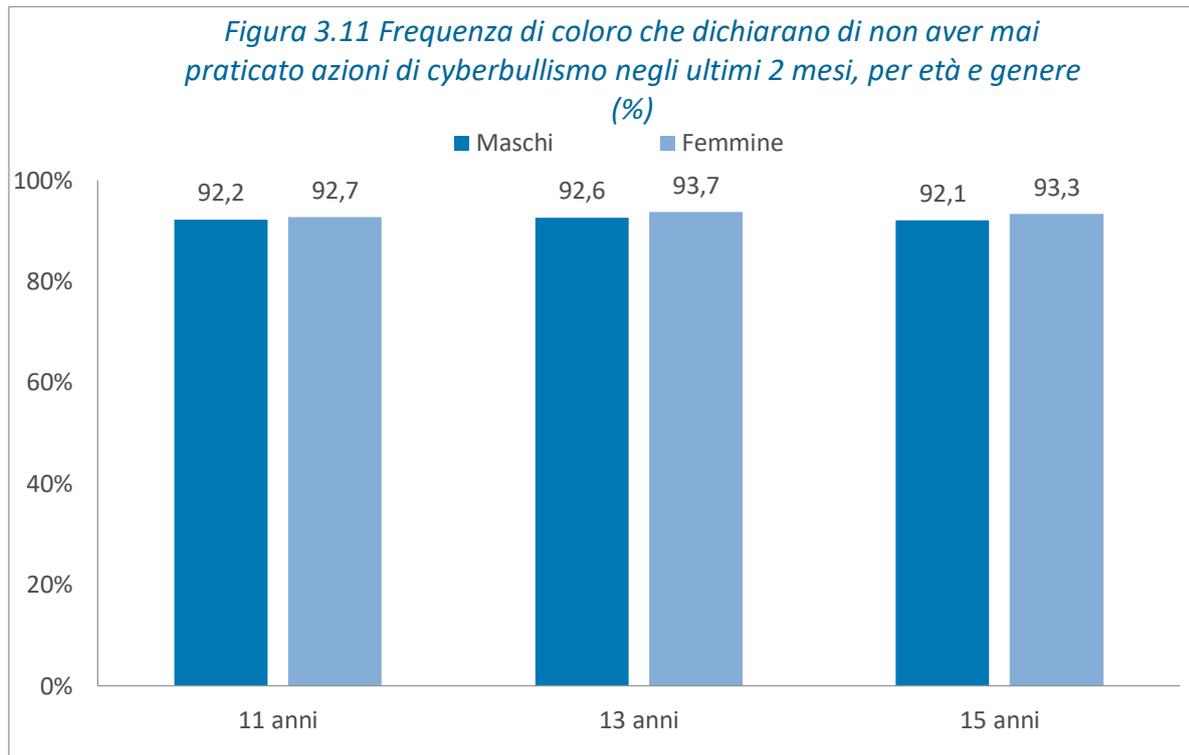


Il Cyberbullismo, una forma di bullismo condotto attraverso strumenti telematici (come ad esempio tramite in internet), è stato oggetto dell'indagine 2018. Anche in questo caso, attraverso due domande specifiche, è stato chiesto ai ragazzi se hanno subito e/o partecipato ad azioni di cyberbullismo (figura 3.10 e figura 3.11).



Il Cyberbullismo, una forma di bullismo condotto attraverso strumenti telematici (come ad esempio tramite in internet), è stato oggetto dell'indagine 2018. Anche in questo caso, attraverso due domande specifiche, è stato chiesto ai ragazzi se hanno subito e/o partecipato ad azioni di cyberbullismo (figura 3.10 e figura 3.11).

Nella figura 3.10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito azioni di cyber bullismo.



Nella figura 3.11 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato azioni di cyber bullismo.

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?") negli ultimi 12 mesi. Nella Tabella 3.11 sono riportate le risposte fornite dai ragazzi, suddivise per fascia d'età.

Tabella 3.11 Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?" per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	63.8	63.1	70.4
Una volta	16.9	17.2	14.9
Due volte	6.2	8.3	5.8
Tre volte	3.6	4.3	2.9
Quattro volte o più	9.5	7.1	6.0

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

LA SCUOLA

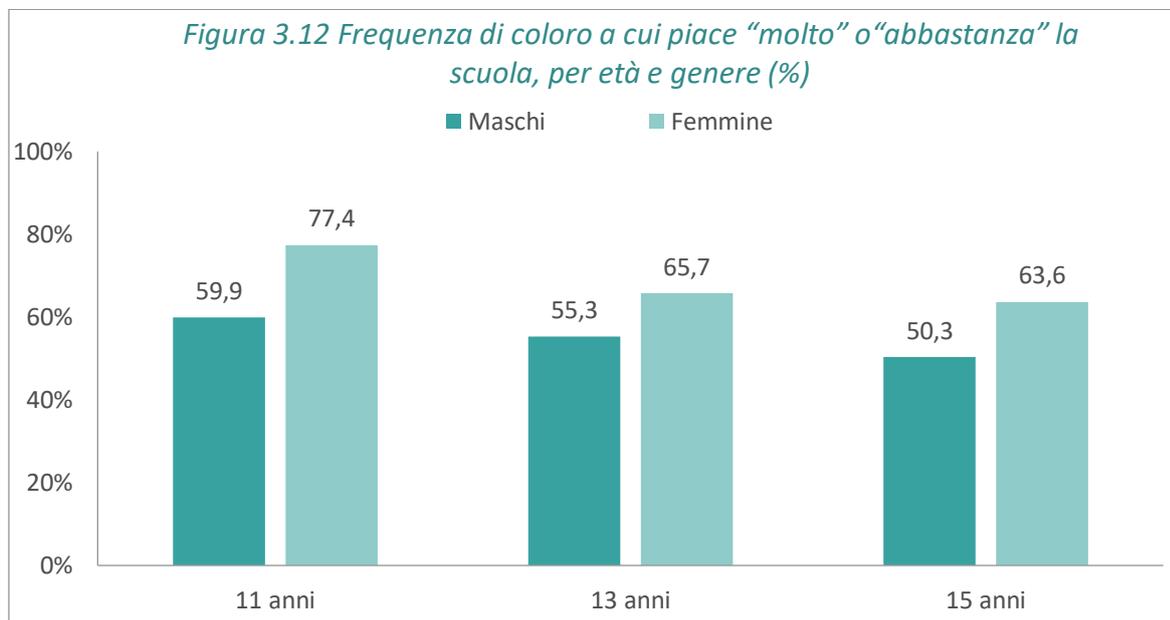
La scuola rappresenta un contesto educativo in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata. Per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" in senso più ampio e complessivo.

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.12 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

Tabella 3.12 "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mi piace molto	15.5	8.9	8.1
Abbastanza	53.0	51.3	49.3
Non tanto	19.3	29.4	29.4
Non mi piace per nulla	12.2	10.4	13.2

In figura 3.12 è invece possibile notare le differenze di genere circa le risposte "mi piace molto/abbastanza" la scuola.



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/meno diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età.

Anche l'eventuale stress causato dalla scuola è stato indagato chiedendo ai ragazzi di esprimere il loro giudizio tramite una scala a 4 punti da "per niente stressato" a "molto stressato".

In tabella 3.13 e 3.14 si possono osservare le risposte dei ragazzi della nostra regione, suddivise rispettivamente per età e per genere.

Tabella 3.13 “Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Per niente	9.7	5.5	5.7
Un pò	42.6	43.4	30.4
Abbastanza	30.1	32.9	36.5
Molto	17.6	18.2	27.4

Tabella 3.14 “Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?”, per età e genere (%)

	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Per niente	11.1	8.3	6.9	3.8	8.5	3.3
Un pò	39.7	45.6	48.5	37.6	37.5	24.3
Abbastanza	29.4	30.7	30.8	35.4	32.8	39.6
Molto	19.8	15.4	13.8	23.2	21.2	32.8

CONCLUSIONI

Dall'indagine emerge che le strutture scolastiche nella stragrande maggioranza necessitano di interventi di adeguamento, si evidenziano carenze di tipo strutturale legate con maggiore frequenza nel settore dei laboratori e delle palestre, mentre migliore appare la situazione delle classi.

Il gradimento nei confronti della scuola è maggiore nelle femmine e subisce un decremento con l'aumentare dell'età.

Inoltre circa 3 ragazzi su 4 dei ragazzi intervistati dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni di classe, notandosi un leggero decremento con l'aumentare dell'età.

E' presente una percentuale non trascurabile di ragazzi che subiscono episodi di bullismo, risulta più evidente nel sesso femminile ed ha tendenza a ridursi significativamente con il crescere dell'età.

Per quel che riguarda il cyber bullismo la maggior parte dei ragazzi dichiara di non aver subito né praticato atti di bullismo di tal fatta, senza differenze di età.

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, Shahaiean A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, Berchialla P, Dalmaso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health*, 2015;37:573-80.
- ¹³Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Dalla 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)
- ¹⁸Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt.

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); per raggiungere questo ambizioso obiettivo è necessario prendere atto del fatto che i principali determinanti dell'inattività fisica sono associati a cambiamenti sociali e ambientali, come la tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione, che stanno trasformando il modo in cui le persone vivono, lavorano, viaggiano e si divertono, incrementando i livelli di sedentarietà³.

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^{4,5}. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che la sedentarietà sottrae tempo all'attività fisica; alcuni studi hanno, infatti, dimostrato una riduzione del rischio di mortalità quando si sostituisce il tempo impiegato in attività sedentarie con una sessione di attività fisica di pari durata⁶.

Lo stare seduti “*sitting time*” viene considerato un marker del profilo “sedentario” e comprende tutta una serie di attività quali: guardare la TV, stare al computer, stare seduti a leggere o a lavorare, ecc⁷.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica⁸ 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 vigorosa⁹.

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^{10,11}.

Attualmente, il primo Piano d'azione globale per promuovere l'attività fisica - *More active people for a healthier world* – dell'OMS risponde alla richiesta dei governi di avere linee guida aggiornate sulle politiche efficaci per aumentare l'attività fisica in tutta la popolazione e, specialmente, nei gruppi più a rischio come le donne adulte e gli adolescenti¹².

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

L'ATTIVITA' FISICA

Secondo l'OMS, per i giovani (5-17 anni) i livelli raccomandati di attività fisica includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa¹³.

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^{14,15}. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l'autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire una ampia serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura¹⁶. E' infatti ampiamente

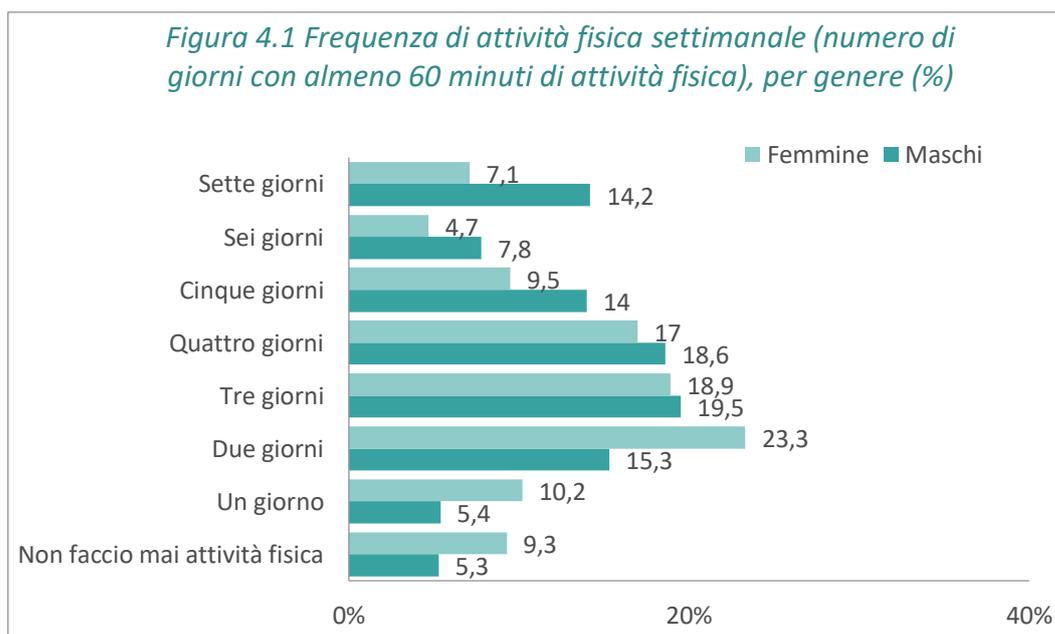
dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare si manifestano non solo nello sviluppo fisico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia^{17,18}.

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 4.1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

Tabella 4.1 "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 (%)
Non faccio mai attività fisica	4.2	8.5	9.5
Un giorno	6.6	6.2	11.2
Due giorni	19.4	18.7	19.7
Tre giorni	17.6	20.5	19.7
Quattro giorni	20.3	17.4	15.2
Cinque giorni	12.0	11.6	11.8
Sei giorni	6.3	6.2	6.1
Sette giorni	13.6	10.9	6.8

Osservando la tabella 4.1, si nota che il 4.2% dei ragazzi di 11 anni, il 8.5% dei ragazzi di 13 anni ed il 9.5% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 18.7%, 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 8.46% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).



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 4.2 si riporta in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

Tabella 4.2 “Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età (%)”

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Ogni giorno	14.1	11.2	7.1
Da 4 a 6 volte a settimana	21.5	19.6	19.2
2-3 volte a settimana	39.4	40.7	38.0
Una volta a settimana	11.4	12.2	14.1
Una volta al mese	3.0	4.3	6.0
Meno di una volta al mese	3.4	3.0	5.3
Mai	7.2	9.0	10.3

Osservando la tabella 4.2, si nota che il 7.2% dei ragazzi di 11 anni, il 9.0% dei ragazzi di 13 anni ed il 10.3% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 39.5%, 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.

COMPORAMENTI 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^{19,20}. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamentine i ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze^{21,22,23}.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente “screen time”) e l'obesità²⁴. Alcuni studi hanno, inoltre, trovato un'associazione tra il comportamento sedentario e i livelli di pressione arteriosa e il colesterolo totale, ma anche con l'autostima, i problemi di comportamento sociale, l'idoneità fisica e il rendimento scolastico²⁴.

Gli stili di vita sedentari permeano tutti i settori della vita, inclusi il lavoro, la scuola, i trasporti, il tempo libero/svago e le attività spirituali/contemplative. L'elevata prevalenza della sedentarietà e dei suoi esiti avversi ha di fatto aggiunto un paradigma completamente nuovo al campo “dell'attività fisica”, incentrato sulla sua comprensione e riduzione^{25,26}.

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. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e week-end.

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 media²⁷. 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 Internet²⁸.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media^{29,30}; 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 4.3 e 4.4 viene descritta la frequenza d'uso della televisione/DVD/altre forme di intrattenimento su schermo da parte dei ragazzi durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

Tabella 4.3 "Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi laTV, dei video, dei DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?" **nei giorni di scuola**, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	12.7	5.9	8.4
Circa mezz'ora	22.2	16.4	15.3
Circa un'ora	27.3	28.6	25.4
Circa 2 ore	18.2	24.3	25.7
Circa 3 ore	9.4	13.4	12.9
Circa 4 ore	5.4	6.9	7.4
Circa 5 ore o più	12.7	5.9	8.4

Tabella 4.4 "Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi laTV, dei video, dei DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?" **nel fine settimana**, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	6.5	6.3	9.2
Circa mezz'ora	16.6	9.7	8.5
Circa un'ora	19.6	18.6	17.1
Circa 2 ore	21.7	22.5	22.8
Circa 3 ore	14.0	16.2	18.0
Circa 4 ore	10.0	11.6	10.7
Circa 5 ore o più	11.6	15.1	13.7

In generale, si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 80.4 % degli undicenni il 75.2% dei tredicenni ed il 74.8% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

Durante il fine settimana si osservano sostanziali cambiamenti nella frequenza rispettivamente il 60.4 % degli undicenni il 57.1% dei tredicenni ed il 57.6% dei più grandi.

Nelle tabelle 4.5 e 4.6 viene descritta la frequenza d'uso del computer/console/tablet/smartphone e altri device da parte dei ragazzi durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

Tabella 4.5 “Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno passi a giocare al computer, alla console, sui tablet, sullo smartphone o altri device?” **nei giorni di scuola**, per età (%)

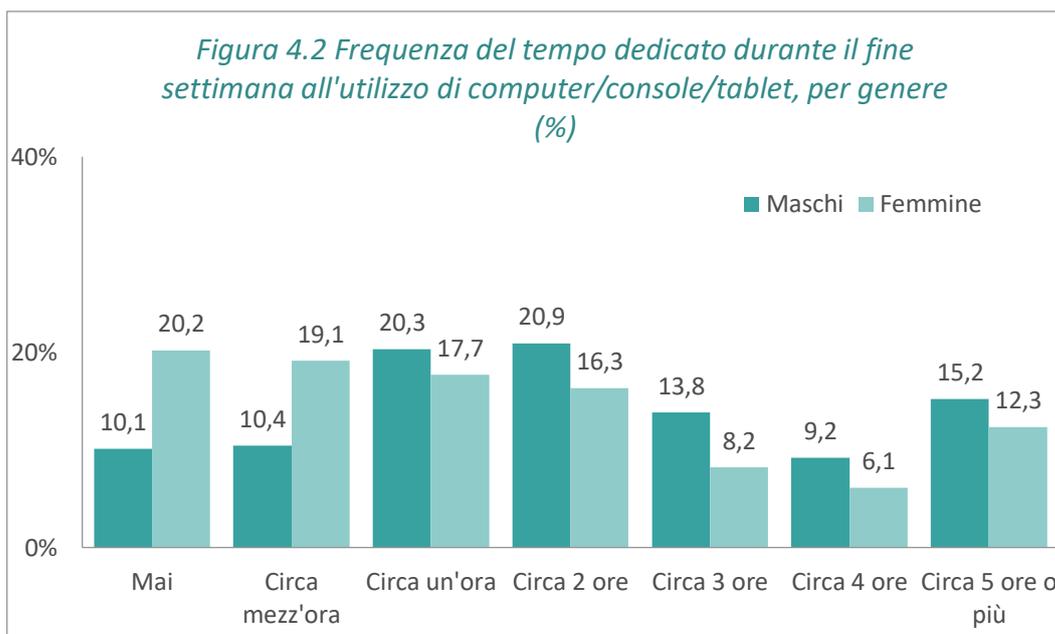
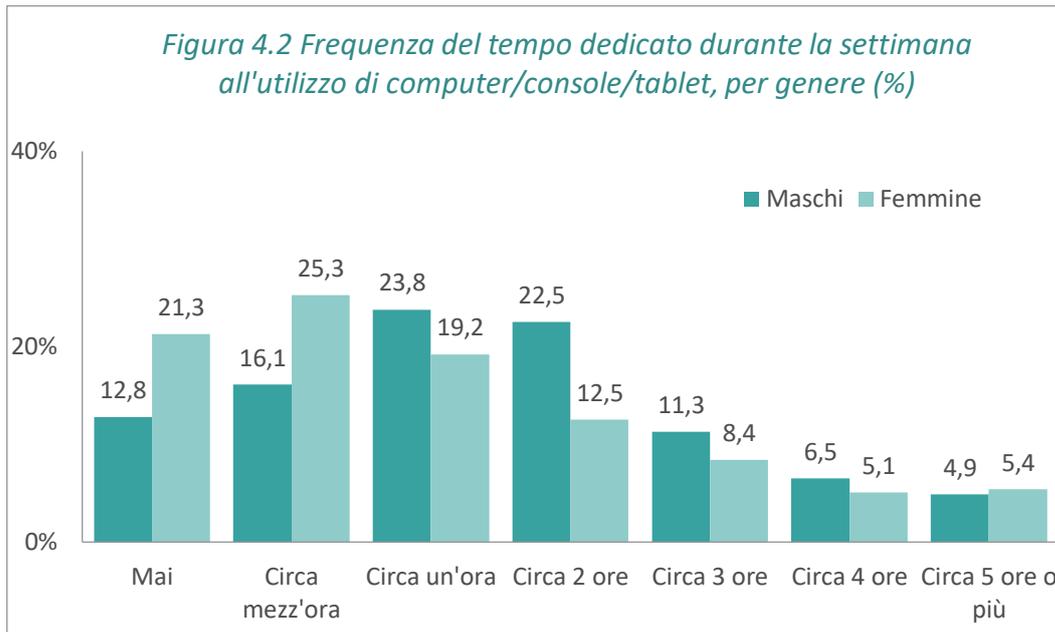
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	17.5	14.4	19.8
Circa mezz'ora	22.9	20.3	18.2
Circa un'ora	25.4	19.1	19.9
Circa 2 ore	15.3	20.9	16.2
Circa 3 ore	8.6	10.0	11.3
Circa 4 ore	4.7	6.3	6.5
Circa 5 ore o più	5.6	9.0	8.1

Tabella 4.6 “Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno passi a giocare al computer, alla console, sui tablet, sullo smartphone o altri device?” **nel fine settimana**, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	11.9	14.1	20.4
Circa mezz'ora	18.8	12.8	12.1
Circa un'ora	20.6	18.0	18.5
Circa 2 ore	19.4	18.4	18.0
Circa 3 ore	10.1	12.1	11.0
Circa 4 ore	6.7	8.4	7.9
Circa 5 ore o più	12.5	16.2	13.1

Solo il 15.3% dei giovani a 11 anni, il 20.9% a 13 anni ed il 16.2% dei più grandi dichiara di usare per circa 2 ore computer/console/tablet/smartphone e altri device durante i giorni di scuola; di contro, durante il fine settimana, le prevalenze sono rispettivamente 19.4% a 11 anni, 18.4% a 13 anni e 18.0% a 15 anni. In generale la frequenza più elevata del tempo dedicato dagli adolescenti a questi device si osserva durante il fine settimana/nei giorni di scuola.

In figura 4.2 e 4.3 si riportano le differenze di genere, limitatamente all'uso durante i giorni di scuola e nel fine settimana, di computer/console/tablet/smartphone e altri device.



Per quel che riguarda le differenze di genere si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per i diversi device. Sono infatti solo poco più del 12.8% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 21.3% delle ragazze.

CONCLUSIONI

I dati regionali scaturiti dall'indagine HBSC evidenziano quanto i comportamenti sedentari siano particolarmente diffusi tra gli adolescenti. Come è noto, tali comportamenti rappresentano un vero e proprio fattore di rischio per l'instaurarsi di patologie croniche in età adulta.

L'attività fisica è prevalentemente svolta durante l'orario scolastico e nell'ambito di attività sportive organizzate, mediamente 2-3 volte a settimana, esiste inoltre una percentuale piccola ma significativa di ragazzi che non pratica mai attività fisica.

Possono spiegare in parte tali comportamenti sedentari ad esempio l'organizzazione dei centri urbani che non sempre favorisce il movimento a piedi o in bicicletta, la scarsa presenza di spazi all'aperto facilmente fruibili per camminare o giocare, le abitudini sedentarie della famiglia e l'attrazione dei ragazzi verso i mezzi a motore.

I benefici che si traggono dallo svolgimento di una attività motoria regolare si riflettono non solo nello sviluppo corporeo ma anche nella socialità e nell'autonomia del ragazzo. Risulta utile dunque diffondere tra i ragazzi l'importanza dell'attività fisica strutturata e non, per la loro crescita.

E' importante osservare che l'attrattiva per i programmi televisivi, la disponibilità di giochi elettronici, l'evoluzione tecnologica, che permettono ai ragazzi di relazionarsi con i propri pari senza uscire di casa, alimentano i comportamenti sedentari in modo particolare nei 13-15enni particolarmente interessati ai nuovi strumenti elettronici e dalla TV.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ¹Global recommendations on physical activity for health: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1
- ²Global 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
- ³Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile: https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf
- ⁴Ekelund 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
- ⁵Keadle 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
- ⁶Rees-Punia E, Evans EM, Schmidt MD, Gay JL, Matthews CE, Gapstur SM, Patel AV. Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities. *Am J Prev Med*. 2019;56(5):736-741.
- ⁷Owen N. Sedentary behavior: Understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Preventive Medicine* 55 (2012) 535–539)
- ⁸Biddle 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
- ⁹Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913
- ¹⁰Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health*. Human Kinetics. 2007.
- ¹¹Janssen 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
- ¹²More active people for a healthier world: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- ¹³WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- ¹⁴Liu 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.

- ¹⁵Rodriguez-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
- ¹⁶Eime RM, Young JA, Harvey JT, et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;15:10-98.
- ¹⁷EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- ¹⁸Granger E, Di Nardo F, Harrison A, Patterson L, Holmes R, Verma A. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *Eur J Pub Health.* 2017;27:100–6
- ¹⁹Carson 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
- ²⁰Tremblay, 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
- ²¹Pengpid 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.
- ²²Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;242:5–13.
- ²³Stanczykiewicz 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
- ²⁴de 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.
- ²⁵Rollo S, Gaston A, Prapavessis H. Cognitive and motivational factors associated with sedentary behavior: a systematic review. *AIMS Public Health.* 2016. 10.3934/publichealth.2016.4.956.
- ²⁶Katzmarzyk PT. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes.* 2010;59(11):2717-25.
- ²⁷<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>
- ²⁸Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015.* Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- ²⁹COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. *Media Use in School-Aged Children and Adolescents.* *Pediatrics.* 2016 Nov;138(5)
- ³⁰<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. ABITUDINI
ALIMENTARI E
STATO
NUTRIZIONALE

INTRODUZIONE

Le abitudini alimentari scorrette sono riconosciute tra i principali determinanti con implicazioni dirette sulla salute individuale^{1,2,3} e sono direttamente correlate alle alterazioni della dieta.

L'alimentazione ha, dunque, un forte impatto sulla salute nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente dell'individuo, ma anche la possibilità di sviluppare, nel tempo, patologie cronico degenerative come cancro, diabete, malattie cardiovascolari e obesità^{4,5,6,7}.

Mangiare sano può di fatto salvare la vita e per tale motivo occorre sin da piccoli instaurare e far conoscere corretti stili alimentari⁸. 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. Nei giovani, in particolare durante l'adolescenza, il processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute risulta fondamentale essendo questa un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di trasformazioni fisiche ed emotive.

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali fattori determinanti^{9,10,11}; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{12,13} e incoraggiando scelte alimentari salutari¹⁴. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente¹⁵.

L'OMS nel 2018 ha prodotto una fact sheet ad hoc che fornisce una serie di raccomandazioni per una dieta sana in tutte le fasce della popolazione e individua una serie di azioni che sinergicamente possono portare ad un miglioramento dell'offerta alimentare¹⁶. La dieta, infatti, si evolve nel tempo ed essendo influenzata da molti determinanti sociali ed economici, necessita di interventi multisettoriali ad esempio nell'ambito della governance, dell'agricoltura e dell'industria.

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 zuccherate¹⁷.

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura¹⁸, 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.^{19,20}; per i confronti internazionali le curve dell'OMS²¹.

L'Indice di Massa Corporea (IMC) di bambini, adolescenti e adulti, pur rimanendo elevato, sembra aver subito in alcuni Paesi ad alto reddito un arresto della crescita (plateau); al contrario, in alcune regioni asiatiche, è in continuo aumento²². Questa fase di plateau non deve, tuttavia, distogliere l'attenzione dal problema dell'obesità, soprattutto quella dei giovani, che rappresenta un fattore di rischio per una serie di morbosità in età adulta con ripercussioni notevoli anche sulla sfera psicologica dell'individuo.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitasi nell'infanzia e nell'adolescenza²³; anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più urgenti in termini di prevenzione. Recenti studi suggeriscono, infatti, che il consumo di alimenti e bevande zuccherate è un chiaro fattore di rischio per la salute orale, in particolare: la carie dentale e l'infiammazione gengivale

sono risultate correlate ad una dieta ad alto contenuto di zuccheri mentre, l'erosione dentale e il trauma dentale sono stati più comunemente associati al consumo di bevande zuccherate ²⁴.

FREQUENZA E REGOLARITA' 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 snack/“cibi spazzatura” (junk food) e può persistere come abitudine scorretta in età adulta ^{25,26,27}.

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 5.1 e 5.2 sono riportate rispettivamente le frequenze di consumo della colazione durante la settimana e il fine settimana.

Tabella 5.1 “Di solito quante volte fai colazione (in settimana)?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	16.5	21.0	29.4	21.8
Un giorno	4.5	4.7	3.7	4.3
Due giorni	4.8	3.9	4.1	4.3
Tre giorni	6.1	6.5	5.2	6.0
Quattro giorni	4.2	4.7	4.8	4.5
Cinque giorni	63.9	59.2	52.8	59.1

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.

Tabella 5.2 “Di solito quante volte fai colazione (nel fine settimana)?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Non faccio mai colazione il fine settimana	5.7	6.4	10.1	7.2
Di solito faccio colazione uno solo tra i giorni del fine settimana (o sabato o domenica)	14.1	20.9	30.4	21.2
Di solito faccio colazione sia il sabato che la domenica	80.2	72.7	59.5	71.6

Ben più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana, ma il consumo diminuisce al crescere dell'età.

Nella tabella 5.3 sono riportate le frequenze degli spuntini che i ragazzi consumano tra i pasti per le diverse classi di età.

Tabella 5.3 “Di solito fai uno spuntino tra i pasti?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
No	9.9	7.1	7.3	8.2
Solo metà mattina	12.4	11.7	14.2	12.7
Solo nel pomeriggio	33.6	26.4	21.5	27.6
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	44.1	54.8	57.0	51.5

Il 51.5% dei ragazzi ha l’abitudine di consumare uno spuntino sia la mattina che il pomeriggio, con frequenza maggiore tra i ragazzi di 13 e 15 anni.

Circa il 40.3% dei ragazzi consuma la merenda una volta al giorno, mattina o pomeriggio. Non si evidenziano particolari differenze per classi di età.

Nel 2018 è stata introdotta una nuova domanda con la finalità di rilevare la frequenza del consumo dei pasti insieme in famiglia. Nella tabella 5.4 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana per le diverse classi di età.

Tabella 5.4 “Quante volte tu e la tua famiglia consumate pasti insieme?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Ogni giorno	51.1	57.6	57.3	55.2
La maggior parte dei giorni	34.8	34.4	33.9	34.4
Circa una volta alla settimana	9.6	6.1	6.3	7.4
Meno di una volta alla settimana	2.7	1.3	1.2	1.8
Mai	1.8	0.6	1.3	1.2

Il 51.1% degli undicenni, il 57.6% dei tredicenni e il 57.3% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”; le frequenze sono simili nelle diverse classi di età. Anche per le altre categorie di consumo non si evidenziano particolari differenze.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione¹⁷ consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l’apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione. Inoltre, diverse evidenze scientifiche suggeriscono che l’elevato consumo di fibre è associato a una riduzione del rischio di sviluppare patologie croniche invalidanti (diabete, cancro, dislipidemia, ecc.)²⁸.

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

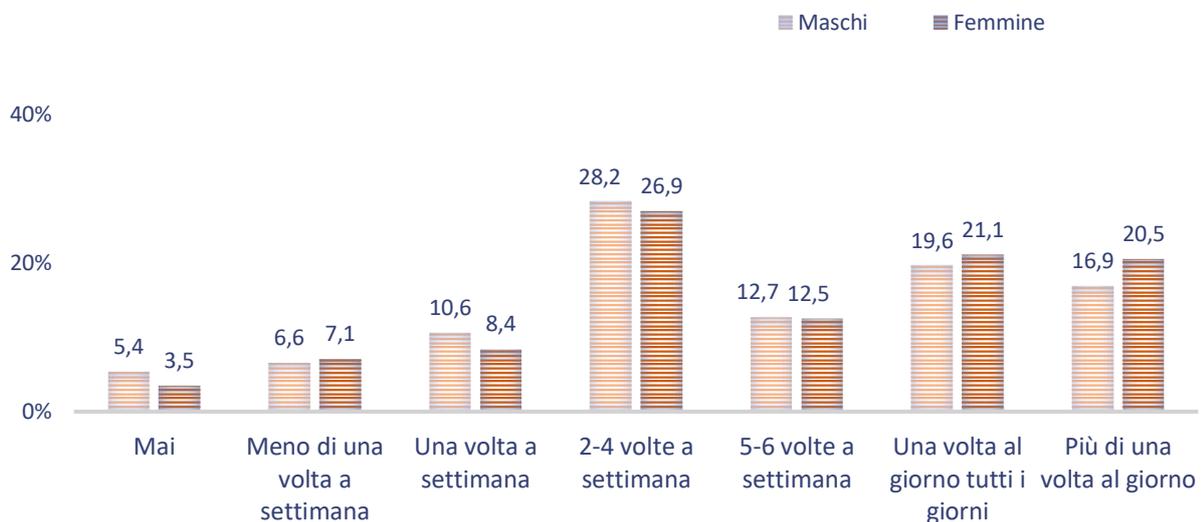
Tabella 5.5 “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	4.5	3.2	6.0	4.4
Meno di una volta a settimana	5.5	7.7	7.5	6.9
Una volta a settimana	8.7	11.0	8.5	9.5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26.2	27.6	29.3	27.6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13.0	12.1	12.8	12.6
Una volta al giorno tutti i giorni	20.5	21.4	18.7	20.3
Più di una volta al giorno	21.6	17.0	17.2	18.7

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” e “Una volta al giorno tutti i giorni”. In generale non si evidenziano sostanziali differenze tra le classi di età, anche se si nota una percentuale inferiore nei ragazzi di 15 anni.

Nella figura 5.2 sono riportate le frequenze percentuali del consumo di frutta su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 5.2 Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)



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

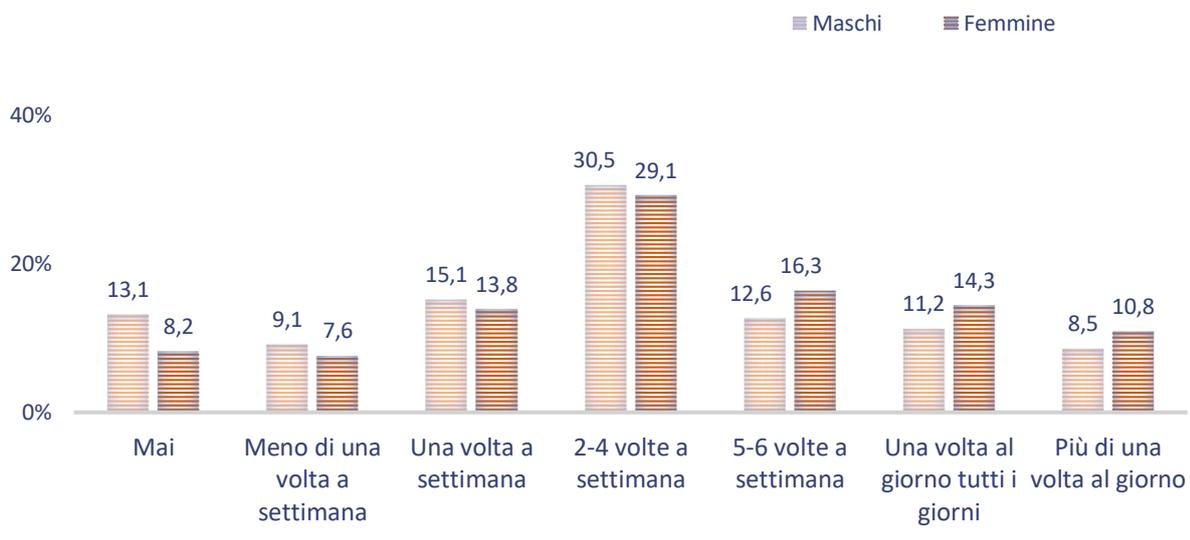
Tabella 5.6 “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	12.8	9.3	9.7	10.7
Meno di una volta a settimana	8.0	8.9	7.9	8.3
Una volta a settimana	14.7	15.4	12.8	14.4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	27.7	29.3	33.2	29.8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14.4	15.5	13.0	14.4
Una volta al giorno tutti i giorni	11.4	13.4	13.5	12.7
Più di una volta al giorno	11.0	8.2	9.9	9.7

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

Nella figura 5.2 sono riportate le frequenze percentuali di consumo di verdura su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 5.2 Frequenza del consumo di verdura, per genere (%)



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

CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti ^{29,30}.

Nelle tabelle 5.7 e 5.8 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 5.7 “Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	5.0	4.4	5.1	4.9
Meno di una volta a settimana	13.5	12.3	9.5	11.9
Una volta a settimana	17.5	12.3	15.3	15.0
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.4	28.2	28.8	28.4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12.6	16.7	15.2	14.8
Una volta al giorno tutti i giorni	10.7	14.3	14.6	13.2
Più di una volta al giorno	12.1	11.8	11.5	11.8

Tabella 5.8 “Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	17.3	16.1	17.9	17.0
Meno di una volta a settimana	21.1	19.1	23.6	21,1
Una volta a settimana	22.7	20.6	21.7	21.7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	16.0	22.4	18.9	19.1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9.2	7.9	7.7	8.3
Una volta al giorno tutti i giorni	5.3	6.5	4.7	5.6
Più di una volta al giorno	8.4	7.4	5.5	7.2

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero.

Per quanto riguarda le classi di età generalmente i consumi risultano sovrapponibili.

Nella tabella 5.9 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di legumi.

Tabella 5.9 “Di solito quante volte alla settimana mangi legumi?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	14.3	10.5	9.0	11.4
Meno di una volta a settimana	15.2	14.3	11.9	13.9
Una volta a settimana	22.1	20.4	21.7	21.4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26.3	32.8	37.3	31.8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14.2	13.8	12.6	13.6
Una volta al giorno tutti i giorni	3.2	5.5	4.5	4.4
Più di una volta al giorno	4.7	2.7	3.0	3.5

Il 31.8% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre l’11.4% dichiara di non assumerli mai.

Tabella 5.10 Frequenze di “Consumo almeno una volta al giorno tutti i giorni” con indicatori sintetici, per età e genere (%)

	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta	39.1	45.2	36.8	40.2	32.4	38.8
Verdura	20.4	24.6	19.8	23.4	18.6	27.5
Legumi	7.6	8.2	7.2	9.4	8.7	6.5
Cola o altre bibite zuccherate/gassate	14.5	12.9	17.7	9.6	12.7	8.1
Snack salati	10.5	8.6	10.4	12.4	10.3	11.2
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.)	15.4	17.6	17.7	12.2	12.5	10.7
Cereali (pane, pasta, riso)	56.1	57.0	63.5	66.9	68.2	65.6

Raffrontando le differenze di genere si evidenzia un maggior consumo di frutta e verdura tra le femmine in ogni categoria di età, mentre i maschi presentano un maggior consumo di bevande zuccherate/gassate.

Il consumo di cereali è simile per età nei due sessi e va incrementandosi con il crescere dell’età.

STATO NUTRIZIONALE

E' 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 Cole ¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella tabella 5.11 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La figura 5.4, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

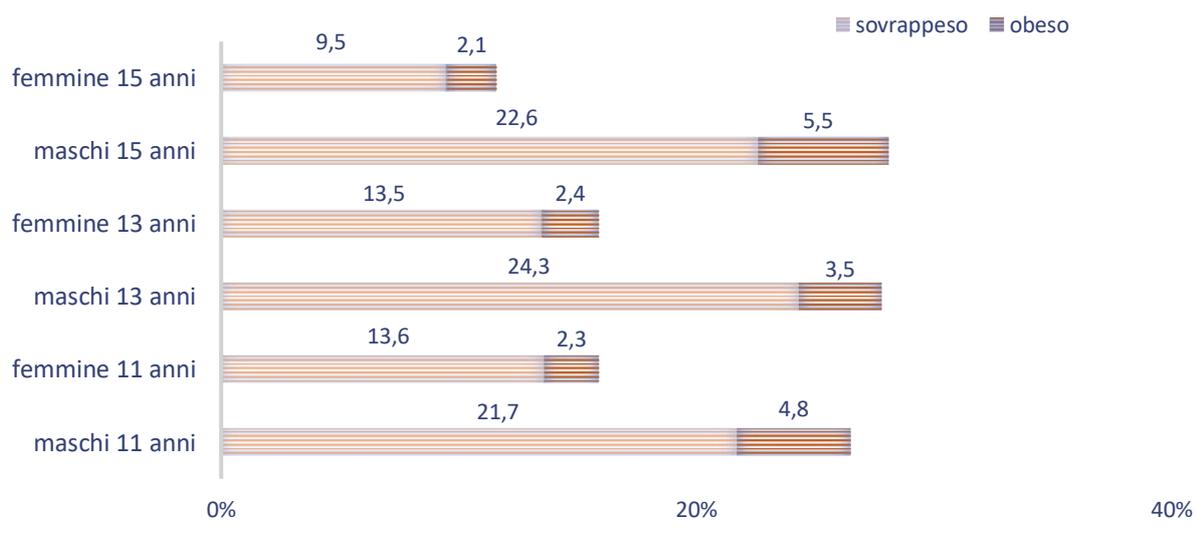
Tabella 5.11 Valutazione del peso in base al IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Sottopeso	3.6	2.8	3.1	3.2
Normopeso	75.0	74.9	77.3	75.6
Sovrappeso	17.8	19.3	15.8	17.8
Obeso	3.6	3.0	3.8	3.4

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 75.6%.

I ragazzi sottopeso sono il 3.2%, i sovrappeso sono il 17.8% e gli obesi sono il 3.4%. La percentuale di obesità è sovrapponibile nelle tre fasce di età.

Figura 5.4 Frequenza di sovrappeso e obesità per genere ed età (%)



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 oggettivi ³¹. 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 sovrappeso ³².

Nella tabella 5.12 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11, 13 e 15 anni.

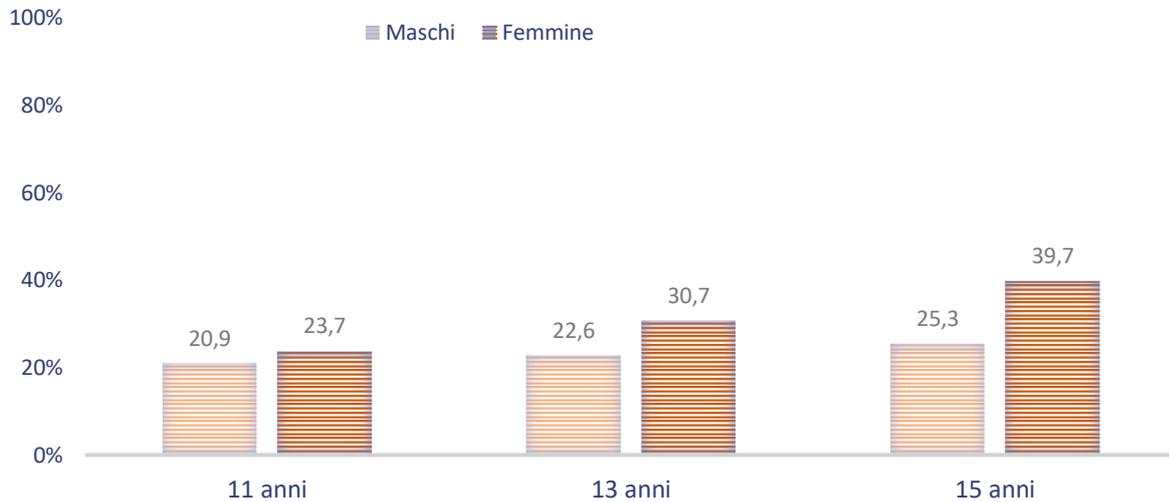
Tabella 5.12 “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Decisamente troppo magro	2.9	1.3	2.1	2.1
Un po' troppo magro	10.7	10.1	8.8	10.0
Più o meno della taglia giusta	64.1	62.2	56.1	61.2
Un po' troppo grasso	20.4	23.6	30.3	24.3
Decisamente troppo grasso	1.9	2.8	2.7	2.4

In generale il 61.2% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro” circa il 24.3% e il 10.0% rispettivamente.

Nella figura 5.5 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.

Figura 5.5 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 5.13 sono riportate le frequenze dei ragazzi che si percepiscono "Un po' troppo grasso" e "Decisamente troppo grasso" in relazione al proprio IMC (dichiarato), per classe di età.

Tabella 5.13 Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Sottopeso	7.7	4.5	10.7	7.6
Normopeso	12.3	15.6	23.2	17.0
Sovrappeso	48.1	58.5	66.9	57.8
Obeso	74.1	79.2	87.9	80.4

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce "Un po' troppo grasso" e "Decisamente troppo grasso" risulta avere un IMC sovrappeso/obeso.

Tuttavia una percentuale non trascurabile (17%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l'età.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta; in tabella 5.14 è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

Tabella 5.14 “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	48.0	42.9	36.3	42.9
No, ma dovrei perdere qualche chilo	25.5	27.7	28.9	27.2
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	8.5	11.1	10.4	10.0
Sì	17.0	19.3	24.4	19.9

In generale il 42.9% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 27.2% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 19.9% dei ragazzi è a dieta.

IGIENE ORALE

L’abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. In tabella 5.15 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 5.15 “Quante volte al giorno ti lavi i denti?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Più di una volta al giorno	74.1	74.2	79.5	75.7
Una volta al giorno	22.2	22.4	18.6	21.3
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.3	2.4	1.6	2.1
Meno di una volta alla settimana	0.9	0.4	0.1	0.5
Mai	0.5	0.6	0.2	0.4

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati regionali, riguardanti le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale dei ragazzi nel periodo adolescenziale, emergono alcune problematiche su cui intervenire, tenuto conto che corretti stili di vita consentono di favorire benessere e prevenire lo sviluppo di malattie cronico-degenerative.

Un punto critico da evidenziare riguarda l'abitudine al consumo della colazione, che va diminuendo con l'aumentare dell'età. Tale abitudine alimentare scorretta si correla in maniera diretta con l'aumento ponderale.

Un altro punto critico è il consumo di frutta e verdura, risultato nettamente inferiore alla raccomandazione di consumare “più volte al giorno”. Solo il 19% dei ragazzi preso in esame nel campione ha dichiarato di consumare “più volte al giorno” la frutta e solo il 9,7% la verdura, dato ancora deficitario pur notandosi un modico incremento rispetto al passato.

All'opposto il consumo di dolci e bevande zuccherate risulta eccessivo, il consumo di dolci non sembra modificarsi al crescere dell'età, quello di bevande zuccherate diminuisce significativamente nei 15 anni.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale, 1 ragazzo su 5 si dichiara obeso o in sovrappeso, mentre un dato da rimarcare è che più di 1 ragazzo su tre, pur avendo un peso normale, ritiene di essere in sovrappeso. Tale aspetto deve essere attentamente valutato dato l'aumento delle problematiche legate ai disturbi del comportamento alimentare.

Le criticità emerse sono state riconosciute come fattori di rischio negli studi Ebp, riguardanti la prevenzione di sovrappeso e obesità e di molte patologie cronico-degenerative. Queste dovrebbero pertanto essere oggetto di intervento già a partire dai primi anni di vita, nella consapevolezza che interventi educativi attuati precocemente, con il coinvolgimento prima dei genitori e poi della scuola, possono determinare più facilmente l'adozione di buone abitudini che si consolidano e mantengono nel tempo.

L'adolescenza appare come un momento importante per responsabilizzare i ragazzi, renderli partecipi delle scelte che li riguardano e quindi consapevoli e motivati su quanto è utile per salvaguardare e promuovere la salute.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ¹World Health Organization. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014;
- ²Willett WC, Stampfer MJ. Current evidence on healthy eating. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 77–95
- ³Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). *PLoS One* 2017; 12: e0175149
- ⁴World 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)
- ⁵Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103
- ⁶Das 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
- ⁷Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- ⁸GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.
- ⁹Watts 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.
- ¹⁰Salvy 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.*
- ¹¹Ferris 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.
- ¹²Loth 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
- ¹³Hebestreit 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.
- ¹⁴Hebestreit 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.
- ¹⁵Salvy 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.
- ¹⁶https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1
- ¹⁷Istituto 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).
- ¹⁸Currie 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.
- ¹⁹Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- ²⁰Cole 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.
- ²¹World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.
- ²²NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128 · 9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390(10113):2627-42.
- ²³Asawa 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.
- ²⁴Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.

-
- ²⁵Kant 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.
- ²⁶Hallström 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.
- ²⁷Lazzeri 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.
- ²⁸Veronese N, Solmi M, Caruso MG, Giannelli G, Osella AR, Evangelou E, Maggi S, Fontana L, Stubbs B, Tzoulaki I. Dietary fiber and health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Am J Clin Nutr*. 2018 Mar 1;107(3):436-444.
- ²⁹Malik 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.
- ³⁰Vartanian 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.
- ³¹Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ³²Whitehead, 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.

6. COMPORTAMENTI DI DIPENDENZA

INTRODUZIONE

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute in preadolescenza e adolescenza: i comportamenti a rischio. 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 che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nell'ultima indagine, inoltre, sono stati inseriti, per i soli quindicenni, 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. Da questo punto di vista, la fascia d'età dei teen-agers è considerata una finestra temporale particolarmente vulnerabile all'uso di sostanze a causa del fatto che il cervello si trova ancora in una fase di sviluppo e malleabilità (chiamata neuro plasticità) in cui alcune aree sono più mature di altre. La parte del cervello che processa il rinforzo ed il dolore, cruciali nell'assunzione di sostanze, matura prima della corteccia prefrontale responsabile del controllo delle emozioni e degli impulsi oltre che della presa di decisioni².

In linea generale bisogna considerare che non c'è un unico fattore responsabile dell'uso delle sostanze psicoattive, ma una serie di fattori che interagiscono fra di loro. Sono infatti vari i fattori che possono influenzare l'assunzione di sostanze durante l'adolescenza inclusa la loro disponibilità nella comunità di residenza o nella scuola, o l'utilizzo da parte dei propri amici. Anche la famiglia sembra rivestire un ruolo importante: violenza, abuso, malattie psichiatriche e uso da parte dei genitori incrementano la probabilità di utilizzo da parte dei figli³⁻⁴. Infine, esistono delle vulnerabilità ereditarie che spesso si combinano con caratteristiche di personalità (es. impulsività o sensation seeking) o a condizioni come depressione, ansia e Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) che possono rendere più probabile l'uso di sostanze durante la fase adolescenziale⁵. 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.

In accordo con il "Global burden of disease, injuries and risk factors study"- 2013⁶⁻⁷, l'uso di alcol e tabacco e secondariamente l'uso di sostanze illegali sono i principali fattori di rischio per morti premature e morbilità, espressa in termini di anni di vita adattati alla disabilità (disability-adjusted life years, DALYs). 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 premature⁸. 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 dipendenza⁹, in linea anche con quanto indicato a livello internazionale dalla Convenzione Quadro dell'OMS sul controllo del tabacco¹⁰ che stabilisce obiettivi e principi a cui i governi devono adeguarsi.

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 indipendenza¹¹⁻¹². A riguardo già da diversi anni, poiché è stata dimostrata l'inefficacia di interventi basati solo sulla trasmissione di informazioni, si stanno sviluppando programmi finalizzati a sviluppare e rafforzare le competenze dei giovani per fare fronte alle pressioni sociali¹³.

Nelle tabelle 6.1 e 6.2 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato almeno una sigaretta nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

Tabella 6.1 Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una sigaretta nella vita, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	96.0	82.4	52.3	78.9
1-2 giorni	3.7	8.5	10.8	7.4
3-5 giorni	0.2	2.7	6.2	2.8
6-9 giorni	0.0	0.8	3.4	1.3
10-19 giorni	0.0	1.6	4.2	1.7
20-29 giorni	0.0	1.2	2.4	1.0
30 giorni o più	0.1	2.8	20.7	6.9

Tabella 6.2 Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	99.2	91.7	66.7	87.4
1-2 giorni	0.5	4.8	9.1	4.4
3-5 giorni	0.2	1.1	4.2	1.7
6-9 giorni	0.0	0.7	3.0	1.1
10-19 giorni	0.1	0.1	4.8	1.4
20-29 giorni	0.0	0.3	5.1	1.6
30 giorni o più	0.0	1.3	7.1	2.4

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 96% degli undicenni al 82.4% dei tredicenni sino al 52.3% dei quindicenni.

In tabella 6.3 si può capire la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazzi che dichiarano di fumare ogni giorno negli ultimi 30 giorni.

Tabella 6.3 Frequenza del fumo di sigaretta,ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Maschi	0.0	2.3	7.2	2.8
Femmine	0.0	0.2	6.9	2.2

ALCOL

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici¹⁴ ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni¹⁵, il consumo e l’abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché 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 adulta¹⁶. 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 adulta¹⁷.

Una considerazione da fare è che poiché l’OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni e in Italia vige il divieto (Legge 8.11.2012 n.189) di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, il consumo anche di una sola bevanda alcolica da parte di ragazzi minorenni rappresenta un comportamento a rischio nel consumo di alcol. Sebbene l’uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti paesi, 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 limitarli¹⁸.

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 6.4 e 6.5 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita

Tabella 6.4 Frequenza del consumo di alcol **nella vita**, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	82.1	58.2	25.1	57.6
1-2 giorni	9.3	18.4	16.2	14.5
3-5 giorni	3.5	8.4	11.5	7.5
6-9 giorni	2.0	4.0	10.5	5.1
10-19 giorni	1.1	4.5	13.9	5.9
20-29 giorni	0.6	1.1	6.6	2.4
30 giorni o più	1.4	5.4	16.2	6.9

Tabella 6.5 Frequenza del consumo di alcol **negli ultimi 30 giorni**, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	91.5	77.3	44.9	73.3
1-2 giorni	6.3	15.5	25.6	15.0
3-5 giorni	1.3	4.0	16.4	6.5
6-9 giorni	0.6	1.2	6.6	2.5
10-19 giorni	0.2	0.6	3.6	1.3
20-29 giorni	0.1	0.2	1.0	0.4
30 giorni o più	0.0	1.2	1.9	1.0

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 91.5% degli undicenni al 77.3% dei tredicenni sino al 44.9% dei quindicenni

In Tabella 6.5 bis è riportata la frequenza di consumo di alcol quotidiana per genere ed età.

Tabella 6.5 bis Frequenza di consumo di alcol ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Maschi	0.0	1.9	3.4	1.6
Femmine	0.0	0.5	0.6	0.4

In tabella 6.6 si ha il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche.

Tabella 6.6 Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente/Mai
Birra	1.0	7.6	6.2	42.5
Vino	0.6	3.1	4.0	46.1
Superalcolici	0.3	1.7	3.5	47.2
Alcolpops	1.1	2.5	3.7	46.3
Spritz	0.5	2.0	4.5	46.4
Altra bevanda alcolica	0.8	2.4	4.7	46.0

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriacatura. In tabella 6.7 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

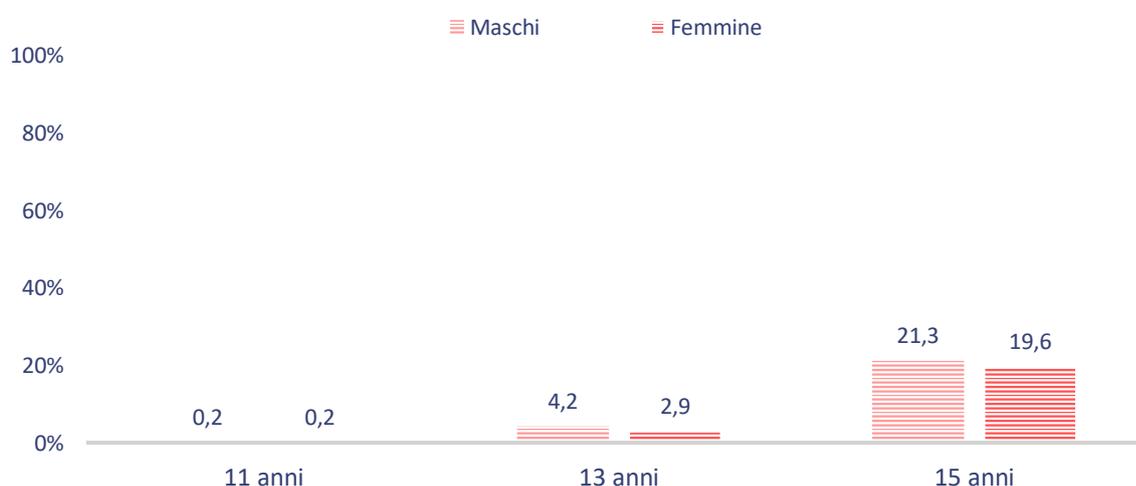
Tabella 6.7 Frequenza di ubriacatura, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
No, mai	97.3	90.6	65.0
Si, una volta	2.5	5.8	14.5
Si, 2-3 volte	0.2	2.7	12.4
Si, 4-10 volte	0.0	0.3	5.2
Più di 10 volte	0.0	0.6	2.9

Il fenomeno dell'ubriacatura aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età.

Nella figura 6.1 è possibile capire le differenze di genere ed età nella frequenza di ubriacatura; in particolare in coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 volte o più.

Figura 6.1 Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere (%)

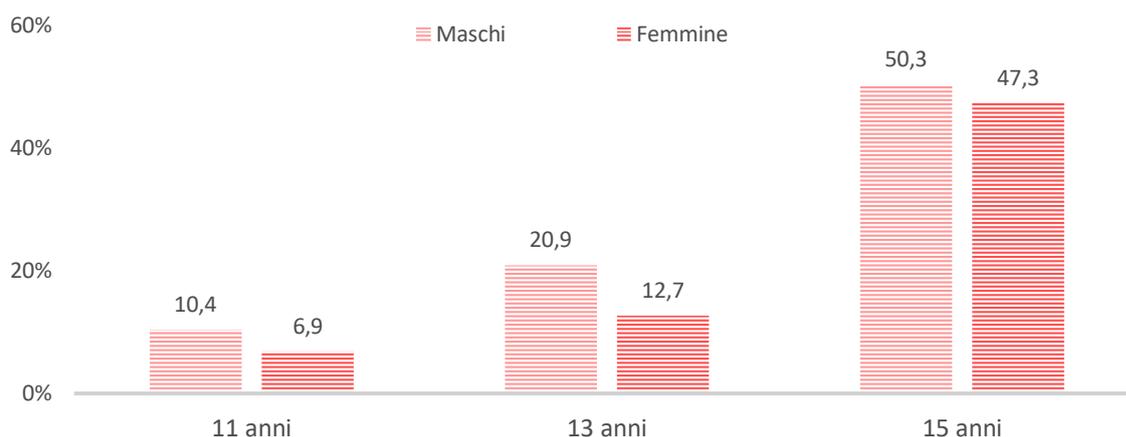


In questa categoria solo tra i tredicenni si nota una lieve percentuale superiore nei maschi rispetto alle femmine, 4.2% vs 2.9%)

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 giovani¹⁹⁻²⁰. A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie comunitarie come la Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (2014-2016)²¹ 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 tema²².

Nella figura 6.2 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di binge drinking.

Figura 6.2 Frequenza di coloro che dichiarano di aver consumato almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi, per età e genere (%)



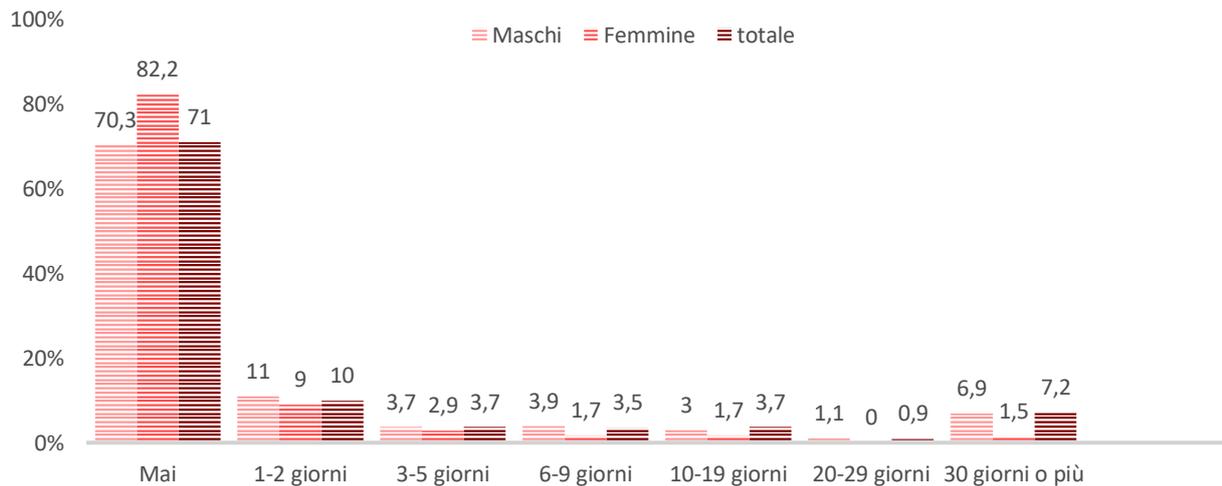
I maschi, in percentuale superiore alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno aumenta con l'età.

CANNABIS

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante²³⁻²⁴. 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 iniziazione²³. Nonostante si stia riscontrando come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis lo studio di questo fenomeno rimane dunque una priorità per la Sanità Pubblica, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

Nella figura 6.3 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di quindicenni che consumano cannabis.

Figura 6.3 Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis, per genere (%)



3 ragazzi su 4 non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale (4.0%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (6.9% vs 1.53).

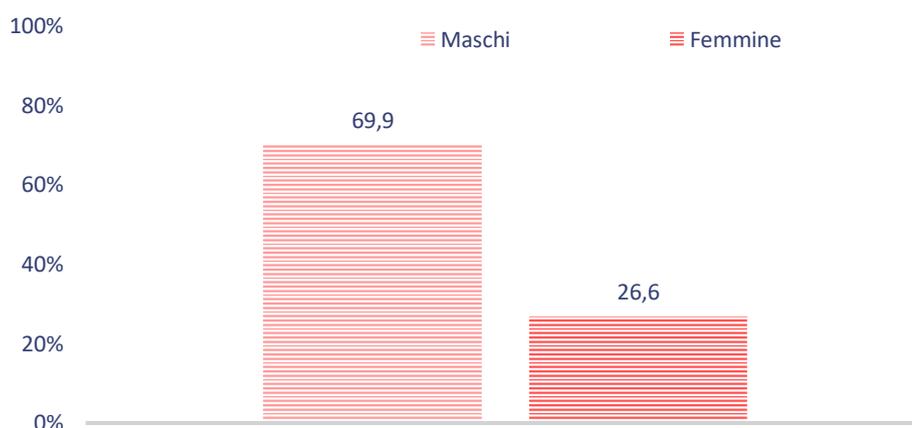
GIOCO D'AZZARDO

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica e un campo emergente di ricerca²⁵⁻²⁶. Gli adolescenti sono considerati un gruppo ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottovalutare i rischi legati al gioco e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza per problemi di gioco²⁷. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a diverse conseguenze negative, come per esempio comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio²⁸. D'altra parte il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che dei recenti dati su 33 Stati Europei dimostrano come il 23% degli studenti ha dichiarato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (32% dei ragazzi vs 14% ragazze)²⁵. Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscono sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di aspetti legati alla società, variabili socio-economiche e dei media nell'influenzare valori, credenze e comportamenti rispetto a questo vizio. Le domande sul gioco d'azzardo inserite per la prima volta nell'indagine HBSC Italia del 2014 (e riproposte nella rilevazione 2018) sono volte ad indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita, che a valutare il loro grado di

‘coinvolgimento’ riuscendo ad individuare la quota di ragazzi ‘a rischio’ di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano ‘seri problemi’.

Nell’ambito dell’indagine HBSC 2018 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni di indicare se hanno mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. Nella figura 6.4 si riporta tale informazione per genere.

Figura 6.4 Frequenza di quindicenni che hanno scommesso denaro, per genere (%)



La figura 6.5 mostra la percentuale di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio e problematico.

Figura 6.5 Frequenza di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio/problematico, per genere (%)



Il confronto tra maschi e femmine per quanto riguarda i comportamenti a rischio e problematico legati al gioco d’azzardo evidenzia anche in questo caso frequenze maggiori nei maschi.

CONCLUSIONI

Questa sezione prende in considerazione alcuni comportamenti rischiosi per la salute dei ragazzi. Sono stati indagati l'uso di tabacco, di alcol, di sostanze psicoattive, i comportamenti sessuali e le esperienze col gioco d'azzardo (per i soli quindicenni).

Per quanto riguarda il fumo, la percentuale di coloro che hanno dichiarato di fumare ogni giorno negli ultimi trenta, cresce con l'aumentare dell'età e in particolar modo nel passaggio tra i tredici e i quindici anni, raggiungendo nei quindicenni una percentuale intorno al 7% senza particolari differenze tra i sessi.

Il consumo di alcol segue lo stesso andamento, ossia aumenta al crescere dell'età. Il consumo quotidiano di bevande alcoliche è inoltre più frequente nei maschi rispetto alle femmine. Anche la percentuale di coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 o più volte aumenta con l'età specialmente nel passaggio tra i 13 e i 15 anni.

Vista la propensione dei ragazzi ad adottare comportamenti a rischio, in modo particolare tra i 15enni, sarebbe utile rafforzare le misure di informazione e di prevenzione a partire dalle fasce di età 11 -13 anni, monitorando le fasce d'età a maggior rischio.

Per il consumo di cannabis sembra opportuno aumentare gli sforzi a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani poiché l'utilizzo di sostanze illecite in modo particolare in età adolescenziale appare allarmante.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

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

²Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al.(2004): Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 101:8174–8179.

³Oliveira LMFT, Santos ARMD, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Freitas CMSM, Diniz PRB. Influence of parental smoking on the use of alcohol and illicit drugs among adolescents. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 Jan 14;17(1):eAO4377.

⁴Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2016 Jul;16(5):419-429.

⁵Sussman, S.; Skara, S.; and Ames, S.L. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse* 43(12–13):1802–1828, 2008.

⁶Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, et al.,. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401.

⁷GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, et al., Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.

⁸WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

⁹Cavallo 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.

¹⁰Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. <https://www.who.int/fctc/en/>

¹¹Audrain-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.

¹²Lambert 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.

¹³Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav*. 2004;31(6):702-19.

¹⁴Looze 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.

¹⁵Vieno 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. ¹⁶Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.

¹⁷Engels 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.

¹⁸Jo 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.

¹⁹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Drinking Levels Defined*. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.

²⁰M. 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.

²¹Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016).

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf

²²Scafato 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).

²³Fink 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.

²⁴Burdzovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use.*Addiction*. 2017;112(11):1973-1982.

²⁵Molinaro 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.

²⁶Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *J Gambl Stud*. 2017;33(2):397-424.

²⁷Canale 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.

²⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36

7. SALUTE E BENESSERE

INTRODUZIONE

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

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

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

- a) Percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);
- b) Percezione del proprio benessere (valutato 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).

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

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 7.1 sono riportate le frequenze percentuali relative alla valutazione del proprio stato di salute, per classe di età.

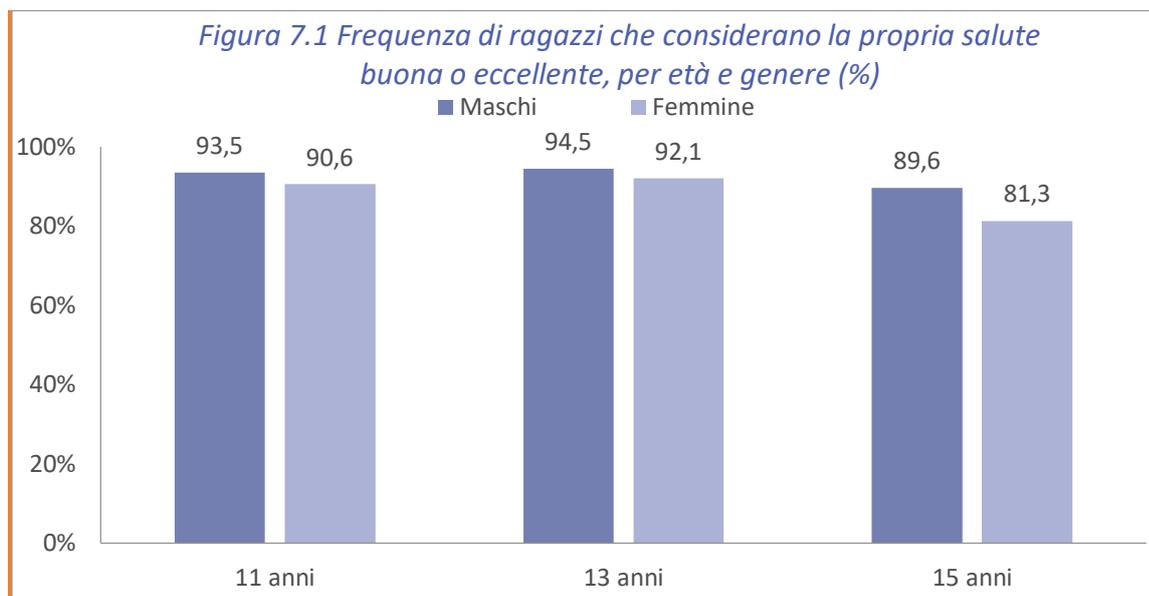
Tabella 7.1 “Diresti che la tua salute è..., per età” (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Eccellente	40.2	40.6	26.4	36.4
Buona	51.8	52.8	58.8	54.1
Discreta	6.9	6.1	12.8	8.3
Scadente	1.1	0.5	2.0	1.2

Dai dati in tabella si evince che circa il 45.2% 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 7.1 sono riportate differenze tra maschi e femmine riguardo al giudizio “buona o eccellente” sul proprio stato di salute, per classe di età.



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all'aumentare dell'età e risente di lievi differenze di genere

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.

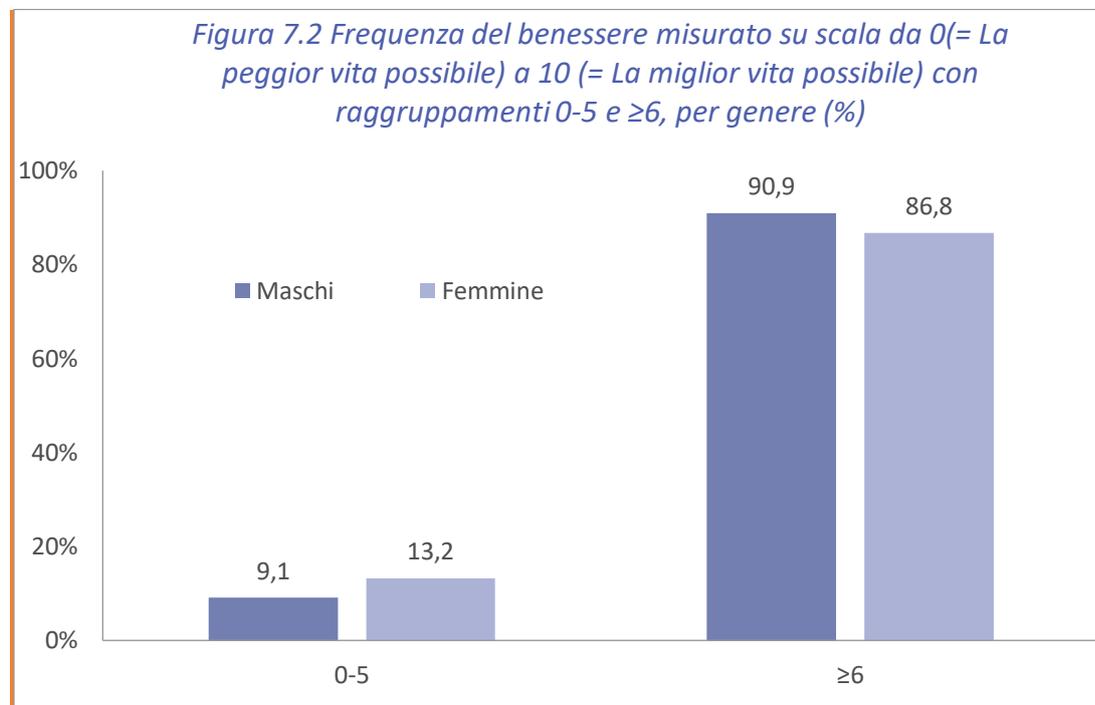
Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione del proprio benessere è riportato in tabella 7.2 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6. Le percentuali riguardano i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Tabella 7.2 "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	8.7	9.5	16.3	11.1
≥6	91.3	90.5	83.7	88.9

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere. Un giudizio più critico è stato espresso dai quindicenni (16.3%).

Nella Figura 7.2 le percentuali di percezione del benessere da parte dei ragazzi vengono distinte tra maschi e femmine con raggruppamenti 0-5 e ≥ 6 .



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia solo lievi differenze a favore dei primi.

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.

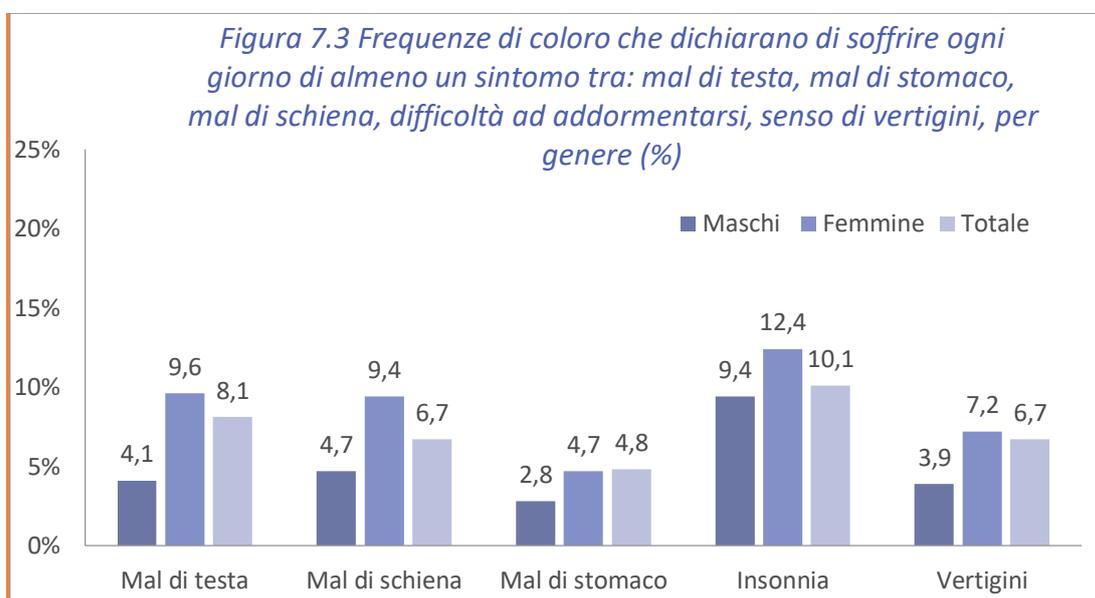
La tabella 7.3 riporta le frequenze percentuali riferite alle tre classi di età (11, 13 e 15 anni) dei sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali avuti negli ultimi sei mesi.

Tabella 7.3 “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 (%)

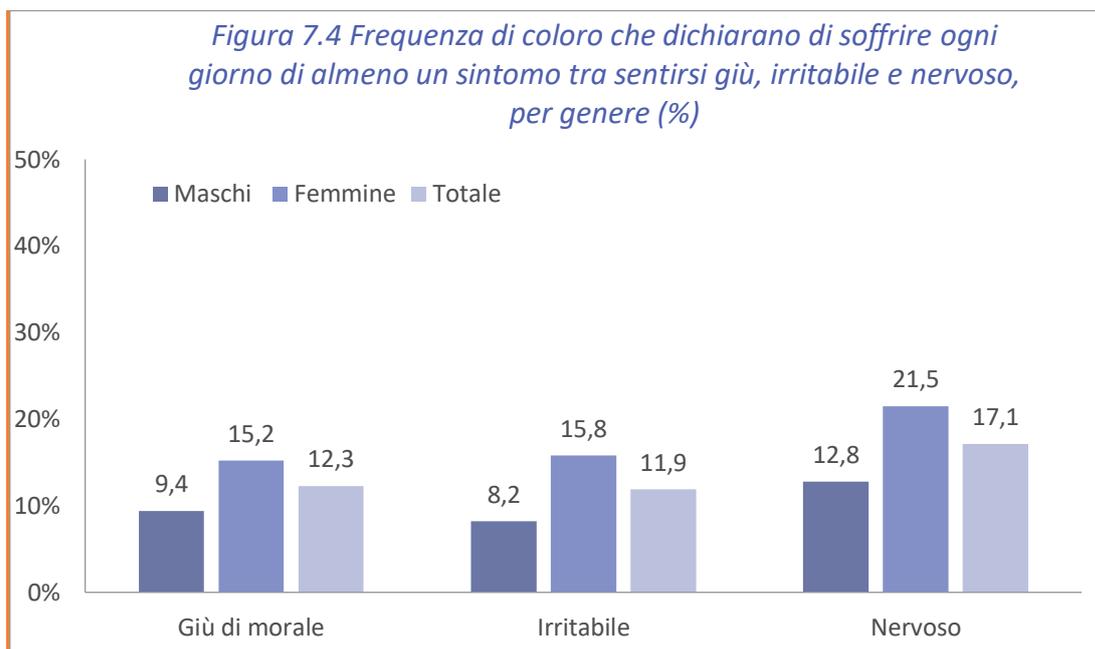
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Circa ogni giorno	36.7	35.0	37.4	36.3
Più di una volta a settimana	27.5	31.3	32.6	30.3
Circa una volta a settimana	19.8	18.3	17.0	18.5
Circa una volta al mese	12.6	13.3	11.5	12.5
Raramente o mai	3.4	2.1	1.5	2.4

Le percentuali riscontrate non evidenziano particolari differenze tra le varie classi di età

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte¹⁵⁻¹⁶: una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l’aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l’altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso). Le Figure 7.3 e 7.4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

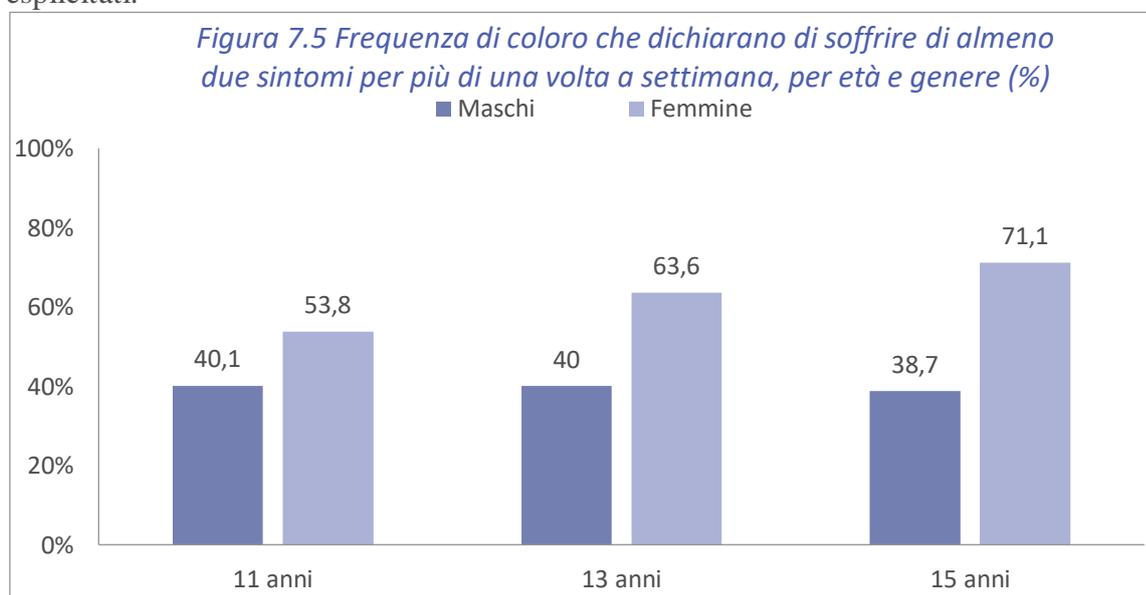


Il sintomo maggiormente riferito è l’insonnia con una percentuale di 10.1%



Il sintomo maggiormente riferito è il sentirsi nervoso con una percentuale di 17.1%.

La figura 7.5 mostra le percentuali, distinte per genere, dei ragazzi di 11, 12 e 13 anni che, almeno una volta a settimana, dichiarano di soffrire di due dei sintomi precedentemente esplicitati.



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 7.4 “Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
No	43.3	40.5	33.5	39.5
Si	56.7	59.5	66.5	60.5

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 7.5 mostra la frequenza di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 7.5 Frequenze di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Si	24.7	16.6	20.2
No	75.3	83.4	79.8

Come si rileva dalla tabella il 20.2% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine.

La tabella 7.6 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 7.6 Frequenze percentuali del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Preservativo	74.7	71.1	73.1
Pillola	5.3	9.0	6.9
Coito interrotto	35.1	43.7	39.1
Altri metodi	2.3	9.0	5.4

In tabella si evincono poche differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine.

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 7.7 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Tabella 7.7 “Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiera?, per età (%)”

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	52.8	52.5	56.9	53.8
Una volta	27.3	27.6	22.6	26.1
Due volte	10.2	12.3	12.1	11.5
Tre volte	4.3	4.0	5.0	4.4
	5.4	3.6	3.4	4.2

In generale il 53,8% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche

RAPPORTO TRA PARI

Per indagare il rapporto dei ragazzi con i propri pari, sono state elaborate alcune domande volte ad identificare il sostegno che i ragazzi ricevono dalla propria rete di coetanei. In tabella 7.8 è possibile capire quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 7.8 Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo", "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	76.9	74.9	76.1
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	79.7	78.9	77.3	78.8
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	86.8	85.8	86.8	86.5
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	73.1	77.4	76.6	75.6

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.

8. I SOCIAL MEDIA

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 delle nuove tecnologie può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}. 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 sui social media 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 8.1 sono riportate le risposte dei ragazzi.

Tabella 8.1 "Quante volte hai contatti online con le seguenti persone", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Amici stretti	75.1	86.6	90.5	84.1
Amici di un gruppo allargato	55.2	64.2	67.3	62.2
Amici conosciuti tramite internet	8.2	16.8	15.2	13.4
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	57.4	60.3	62.2	59.6

Si nota una elevatissima frequenza di contatti giornalieri con il gruppo di amici stretti, che si mantiene abbastanza elevata tra amici di un gruppo allargato e altre persone, che aumenta con il crescere dell'età..

Molto minore è la frequenza di contatti con persone conosciute su internet, di cui tuttavia occorre rilevare il notevole incremento, oltre il doppio, tra la fascia di età 11 anni e 13 anni, per poi decrescere.

Nell'indagine HBSC 2018 sono state, inoltre, inserite per la prima volta alcune domande relative all'uso problematico dei social media con lo scopo di evidenziare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continuo divenire. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di rispondere ad alcune domande volte ad indagare una motivazione negativa all'uso dei social: la

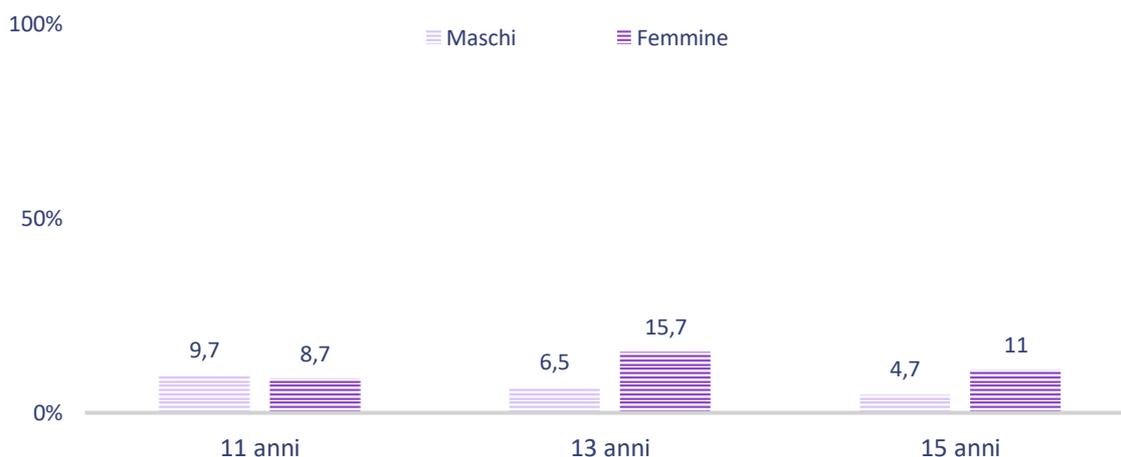
preferenza per le interazioni sociali online rispetto a quelle faccia a faccia^{7,8}. In tabella 8.2 sono riportate le risposte dei ragazzi.

Tabella 8.2 Frequenza di ragazzi che sono d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni:..., per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
<i>“Su internet parlo più facilmente dei miei segreti, piuttosto che faccia a faccia”</i>	10.5	13.4	11.7	11.9
<i>“Su internet parlo più facilmente dei miei sentimenti più profondi piuttosto che in un incontro faccia a faccia”</i>	13.2	15.6	15.3	14.7
<i>“Su internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia”</i>	12.8	13.9	12.0	12.9

Inoltre, gli indicatori della Social Media Disorder Scale⁹ offrono una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la prevalenza di ragazzi a rischio di sviluppare una problematicità legata dell'uso dei social media (cioè i ragazzi che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi), figura 8.1.

Figura 8.1 Frequenza di ragazzi che fanno uso problematico dei social media, per età e genere (%)



I dati rilevano una differenza tra i due sessi con la netta prevalenza di quello femminile, relativamente però alle sole fasce di età 13 anni (15.7% vs 6.5%) e 15 anni (11.0% vs 4.7%).

CONCLUSIONI

La rilevazione conferma l'elevata tendenza ad un uso sempre più diffuso dei social media da parte dei ragazzi, che aumenta col crescere dell'età, soprattutto nei rapporti con il gruppo di amici, sia stretti che allargati.

I contatti con il gruppo familiare mostra invece solo un lieve incremento legato all'età.

Le situazioni di problematicità in rapporto all'uso di questi mezzi di comunicazione hanno un andamento crescente con l'età soprattutto nel sesso femminile, molto meno evidente in quello maschile.

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
- ⁷Marino, C., Vieno, A., Altoè, G., & Spada, M. M. (2017). Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 5–10.
- ⁸Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1097.
- ⁹Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478

