



Istituto Superiore di Sanità

La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni

A cura di P. Nardone, D. Pierannunzio, S. Ciardullo, A. Spinelli, S. Donati,
F. Cavallo, P. Dalmaso, A. Vieno, G. Lazzeri, D. Galeone



Ministero della Salute



Ministero dell'Istruzione



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

1222-2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



UNIVERSITÀ
DI SIENA

1240



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni

A cura di Paola Nardone^a, Daniela Pierannunzio^a, Silvia Ciardullo^a,
Angela Spinelli^a, Serena Donati^a, Franco Cavallo^b, Paola Dalmasso^b,
Alessio Vieno^c, Giacomo Lazzeri^d, Daniela Galeone^e

^a*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

^b*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino*

^c*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli Studi di Padova*

^d*Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena*

^e*Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute*

Roma
2020

Istituto Superiore di Sanità

La Sorveglianza HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children: risultati dello studio italiano tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

A cura di Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Serena Donati, Franco Cavallo, Paola Dalmaso, Alessio Vieno, Giacomo Lazzeri, Daniela Galeone. 2020, x, 65 p.

Nel 2018 è stata condotta nelle Regioni italiane un'indagine sugli studenti di 11, 13 e 15 anni nell'ambito dello studio internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). Le classi su cui si è svolta l'indagine sono state la prima e la terza media della scuola secondaria inferiore e la seconda della secondaria superiore. A tutti i soggetti delle classi campionate è stato somministrato un questionario per indagare i comportamenti correlati alla salute (alimentazione, attività fisica, comportamenti a rischio, percezione del benessere), il rapporto con la scuola, i genitori e i pari e altre informazioni generali che ne definissero condizione di salute e livello sociale. In totale sono state coinvolte 4.183 classi e 58.976 ragazzi.

Parole chiave: stili di vita; adolescenti; benessere

Istituto Superiore di Sanità

The HBSC 2018 - Health Behaviour in School-aged Children Surveillance: the results of Italian study among adolescents aged 11, 13 and 15 years.

Edited by Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Serena Donati, Franco Cavallo, Paola Dalmaso, Alessio Vieno, Giacomo Lazzeri, Daniela Galeone. 2020, x, 65 p.

In 2018 a survey has been conducted throughout all Italian Regions on students (11, 13 and 15 year-old) in the framework of the international Health Behaviour in School-aged Children study. Target classes have been the first and third grade of middle school and the second grade of high school. To all subjects attending the sampled classes a questionnaire has been administered to collect information on their health behavior (dietary habits, physical activity, risk behavior, well-being), their relationship with the school, parents and peers as well as general information concerning their health and social background. In total, 4,183 classes and 58,976 adolescents were involved.

Key words: lifestyles; adolescent; well-being

HBSC 2018 è stato realizzato grazie al finanziamento del Ministero della Salute/Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie e dall'Istituto Superiore di Sanità.

Per informazioni su questo documento scrivere a: paola.nardone@iss.it.

Ringraziamenti

Un ringraziamento va agli operatori sanitari e della scuola che hanno partecipato intensamente alla realizzazione dell'indagine. La lista completa, fornita dai referenti regionali, è riportata in Appendice a p. 59.

Si ringraziano i ragazzi, le famiglie, i dirigenti scolastici e gli insegnanti che hanno preso parte all'indagine, permettendo così di comprendere meglio la salute degli adolescenti italiani e di avviare iniziative per migliorarne il benessere.

Progetto grafico:

Giovanna Morini (Servizio Comunicazione Scientifica)

Copertina:

Massimo Delle Femmine (Servizio Comunicazione Scientifica)

Redazione:

Giovanna Morini, Anna Maria Rossi (Servizio Comunicazione Scientifica)



Istituto Superiore di Sanità

Paola Nardone, Angela Spinelli, Serena Donati, Daniela Pierannunzio, Enrica Pizzi, Silvia Ciardullo, 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

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, 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).

INDICE

Presentazione Silvio Brusaferrò	v
Prefazione Daniela Galeone	vii
La storia di HBSC in Italia Franco Cavallo	ix
Lo studio nazionale HBSC e la sua metodologia Silvia Ciardullo, Paola Nardone, Daniela Pierannunzio, Serena Donati, Angela Spinelli, Franco Cavallo, Paola Dalmasso, Alessio Vieno, Giacomo Lazzeri, Rita Simi e il Gruppo HBSC Italia 2018	1
Il campione in studio Daniela Pierannunzio, Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Angela Spinelli, Franco Cavallo e il Gruppo HBSC Italia 2018	7
Il contesto familiare Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Nazario Cappello, Franco Cavallo, Lorena Charrier, Patrizia Lemma, Veronica Sciannameo, Paola Dalmasso e il gruppo HBSC Italia 2018	9
Il contesto scolastico Michela Lenzi, Claudia Marino e il Gruppo HBSC Italia 2018	15
L'attività fisica e il tempo libero Giacomo Lazzeri, Alberto Borraccino, Rita Simi, Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Daniela Pierannunzio e il Gruppo HBSC Italia 2018	23
Le abitudini alimentari e lo stato nutrizionale Paola Nardone, Silvia Ciardullo, Daniela Pierannunzio, Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Enrica Pizzi, Angela Spinelli e il Gruppo HBSC Italia 2018	29
I comportamenti di dipendenza Natale Canale, Alessio Vieno e il Gruppo HBSC Italia 2018	37
I social media Claudia Marino, Michela Lenzi e il Gruppo HBSC Italia 2018	47
La salute e il benessere Patrizia Lemma, Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Nazario Cappello, Franco Cavallo, Lorena Charrier, Veronica Sciannameo, Paola Dalmasso e il Gruppo HBSC Italia 2018	51
◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇◇	
Referenti regionali, operatori sanitari e della scuola che hanno partecipato alla raccolta dati 2018 Silvia Andreozzi	59

Presentazione

In tutto il mondo ci sono circa 1,2 miliardi di adolescenti (10-19 anni), ovvero il 18% della popolazione mondiale; in alcuni Paesi essi rappresentano quasi un quarto degli abitanti e si stima che negli Stati a basso e medio reddito tale popolazione sia destinata ad aumentare fino al 2050.

Investire nella salute e nel benessere dei ragazzi è una strategia di sanità pubblica prioritaria e fondamentale; l'adolescenza, infatti, è una fase formativa della vita durante la quale i modelli di crescita, sviluppo e comportamento gettano le basi per la salute nella fase adulta e nelle generazioni successive.

I giovani sono un gruppo eterogeneo, non solo per l'età, e dovrebbero essere considerati in tutta la loro diversità con un'attenzione particolare ai gruppi più vulnerabili: soggetti con disabilità o con malattie croniche, residenti in località geo-politicamente conflittuali, soggetti stigmatizzati e/o emarginati in considerazione della propria etnia e del proprio orientamento sessuale.

Soddisfare le esigenze degli adolescenti e della loro comunità, attraverso l'individuazione di soluzioni concrete e applicabili dai diversi Paesi, è l'obiettivo dell'iniziativa "Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)" lanciata nel 2017 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Unicef.

Un'ulteriore manifestazione di attenzione a questa fascia della popolazione arriva nel 2018 dalla "Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)" dell'OMS che auspica un mondo in cui ogni donna, bambino e adolescente possa esercitare il proprio diritto alla salute e al benessere fisico e mentale, abbia pari opportunità sociali ed economiche e sia in grado di partecipare pienamente alla creazione di società prospere e sostenibili.

L'impegno internazionale sulla salute degli adolescenti è dunque in questa fase storica piuttosto elevato; l'Italia non è da meno e questo grazie anche allo studio internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) che dal 2002, a cadenza quadriennale, monitora i determinanti di salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in tutte le Regioni italiane. A partire da maggio 2017, il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 ha sancito definitivamente l'importanza di questo flusso di informazioni inserendo la sorveglianza sugli adolescenti tra i sistemi di rilevanza nazionale e regionale e individuando nell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'ente di coordinamento presso il quale essa è istituita.

In virtù di questo mandato istituzionale, la raccolta dati HBSC 2018 è stata coordinata dall'ISS e dalle Università di Torino, Padova e Siena, storicamente coinvolte in questo studio.

I dati raccolti, se da una parte evidenziano aree critiche sulle quali è necessario uno sforzo congiunto e imminente, dall'altra fotografano adolescenti ottimisti e desiderosi di cambiamento.

L'entusiasmo dei nostri ragazzi, insieme alla passione e alla dedizione dei ricercatori e degli operatori sanitari che hanno lavorato alacremente alla raccolta dati 2018, dovrà essere il motore delle future azioni che sono il naturale prosieguo di una sorveglianza di popolazione.

L'esperienza dell'epidemia da SARS-CoV-2 che stiamo vivendo a livello globale, con i cambiamenti negli stili di vita e nei costumi sociali, rende ancora più centrale il coinvolgimento delle giovani generazioni nell'individuare e promuovere politiche e azioni per stili di vita salubri. ■

Silvio Brusaferrò
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Prefazione

La necessità di conoscere le abitudini di vita dei bambini e degli adolescenti è fortemente motivata dalle implicazioni dirette sulla salute in quanto possono rappresentare fattori di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta.

I Sistemi di sorveglianza sono fondamentali per conoscere consuetudini, credenze e stili di vita delle persone, per identificare i bisogni di salute anche inespressi e le priorità sulle quali è necessario intervenire, per ottenere informazioni utili sull'andamento della malattia o dei fattori di rischio, per studiare l'influenza dei determinanti di salute e per osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati.

In sanità pubblica, sorvegliare significa raccogliere, analizzare e interpretare informazioni, relative a eventi o situazioni che possono essere modificate da interventi specifici, basati su evidenze di efficacia. Per favorire una cultura condivisa della salute e dare attuazione al principio "l'informazione per l'azione" è indispensabile la sistematicità nella raccolta dei dati e l'accuratezza nella loro interpretazione. Lo sviluppo di Sistemi di sorveglianza è un elemento base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute, anche per promuovere l'*empowerment* individuale e comunitario e fare *advocacy* verso i decisori e gli *stakeholder*.

Il Programma nazionale "Guadagnare salute", adottato nel 2007, ha sottolineato la necessità di raccogliere informazioni anche sulle fasce più giovani della popolazione come bambini e adolescenti. È stato così che, accanto alla implementazione del Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, dal 2001 in Italia è stato adottato anche lo studio internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), patrocinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a cui aderiscono più di 40 Paesi tra l'Europa e il Nord America.

La rilevazione HBSC del 2010, con il sostegno del Ministero della Salute, attraverso un progetto CCM coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha visto il coinvolgimento di tutte le Regioni e ha sancito l'inizio di un percorso che ha permesso di individuare questa sorveglianza quale punto di riferimento per monitorare i comportamenti dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Grazie alla sinergia tra l'ISS e la rete delle Università di Torino, Siena e Padova, storicamente coinvolte in HBSC, all'attuale Ministero dell'Istruzione, all'impegno degli operatori delle Aziende sanitarie, dei dirigenti e dei docenti scolastici, l'HBSC si è consolidato come strumento di salute pubblica efficace per indirizzare e valutare strategie e azioni sviluppate attraverso i piani regionali della prevenzione e le reti delle scuole che promuovono salute. Inoltre, la "Sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili e degli stili di vita nella popolazione" è individuata nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 sui nuovi livelli essenziali di assistenza, quale "prestazione" cui i cittadini hanno diritto per accrescere la loro capacità di scegliere e di costruire comunità "competenti".

Per questa ragione, il DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie") ha incluso HBSC tra i "Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale". La rilevazione HBSC 2018 rappresenta la prima raccolta dati inserita nella cornice istituzionale del DPCM e tutte le Regioni hanno aderito a questo mandato istituzionale con il medesimo impegno e la stessa dedizione degli anni precedenti.

Grazie al lavoro e alla tenacia di tutti i servizi coinvolti (ASL, scuole, enti di ricerca, Ministeri, Regioni) la salute dei nostri ragazzi è costantemente monitorata attraverso dati epidemiologici aggiornati e confrontabili a livello regionale, nazionale e internazionale. ■

Daniela Galeone
Direttore dell'Ufficio 8 - Promozione della salute e stili di vita
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute

La storia di HBSC Italia

Che l'adolescenza sia una fase cruciale della vita di ogni individuo è cosa nota, ma che a fronte di tale conoscenza si sia sviluppata da parte delle istituzioni una risposta adeguata, in termini di comprensione della situazione e di interventi, è molto meno scontato. Eppure è in questa fase della vita che si strutturano i comportamenti fondamentali del futuro adulto, le sue abitudini di vita, la qualità dei suoi rapporti con gli altri, le sue aspirazioni e i suoi progetti per il futuro.

Iniziammo per questa ragione, circa venti anni fa, come ricercatori interessati a prendere coscienza più a fondo della realtà di questa situazione, la nostra attività nell'ambito del network internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Fu un'avventura che mise a dura prova le nostre capacità, anche solo pensando al compito di condurre un'indagine nazionale sugli adolescenti tra gli 11 e i 15 anni senza un formale supporto ministeriale o regionale. Nonostante la limitatezza dei mezzi, andò tutto a buon fine, grazie al coordinamento e al supporto delle équipes di ricercatori delle Università di Torino e di Padova, di un gruppo di neuropsichiatri infantili della Sapienza Università di Roma e all'Ufficio di Statistica dell'allora Ministero della Pubblica Istruzione, che fornì l'elenco delle scuole italiane su cui effettuare il campionamento. Vennero raccolti circa 6.000 questionari, il primo campione rappresentativo di adolescenti italiani che rispondeva al questionario utilizzato, per la stessa ricerca, a livello internazionale.

Per la seconda edizione dell'indagine, quella del 2005-06, l'équipe dei ricercatori si era arricchita del gruppo facente capo all'Università di Siena, con la quale iniziarono a svilupparsi collegamenti più stretti con le varie Regioni italiane e con il Ministero della Salute. Le difficoltà non mancarono, ma ciononostante si riuscì a completare l'indagine raggiungendo l'obiettivo prefissato.

I contatti sempre più stretti con le Regioni - alcune in particolare, come Piemonte, Lombardia, Toscana e Veneto - fecero sì che l'esigenza di avere dati più dettagliati e rappresentativi delle realtà locali, quelle che poi contribuivano a definire le politiche per l'adolescenza, iniziasse a diventare una sorta di "imperativo categorico" per dare a HBSC la sua vera dimensione.

Nel 2007, con l'adozione del programma ministeriale "Guadagnare salute", apparve evidente la necessità di un Sistema di sorveglianza sugli adolescenti che coprisse tutte le Regioni per avere informazioni utili alla pianificazione di interventi e che fosse in grado di restituire i dati ai diversi portatori di interesse.

Con il coordinamento e il supporto del Ministero della Salute, dell'attuale Ministero dell'Istruzione e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si avviò nel 2010 la prima indagine nazionale HBSC che aveva un campione rappresentativo di tutte le Regioni italiane. Non ci risulta a tutt'oggi che esista, in tutta la rete HBSC, un esempio di nazione dove la raccolta dei dati sulla popolazione adolescenziale sia così estesa e capillare. Certo la cosa non fu facile; passare dalla raccolta di 5.000-6.000 questionari a 60.000-70.000 non era cosa da poco e non sarebbe mai stato possibile senza l'attivazione delle reti regionali, che l'ISS seppe avviare e coordinare con l'aiuto delle università.

Da allora non fu più immaginabile un'indagine HBSC in Italia che non avesse questo tipo di obiettivo e di visione; lo esigevano soprattutto le Regioni, che finalmente avevano trovato un modo per monitorare, indirizzare e gestire le loro politiche regionali sulla base di dati reali e aggiornati, e anche il Ministero della Salute aveva affermato l'esigenza della "sorveglianza attiva" sulla salute della popolazione come requisito fondamentale per lo sviluppo delle politiche nazionali.

Questa positiva esperienza è stata poi ripetuta nel 2014, attraverso un progetto finanziato dal CCM e attribuito al Gruppo HBSC Italia. Nel 2017 l'emanazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che riordinava le sorveglianze su tutto il territorio nazionale, individuava

fra queste anche quella sugli adolescenti e attribuiva all'ISS il compito di coordinare e garantire l'effettuazione. Da qui a individuare HBSC come strumento adeguato per tale compito il passo fu breve e saldò una collaborazione, che nel tempo si era comunque già costituita, fra équipe universitarie, ISS e Ministeri. Il primo risultato è l'indagine 2018, di cui questo rapporto illustra, in dettaglio, i risultati.

Se tutto questo ha portato, almeno in linea di principio, al consolidamento di HBSC come sorveglianza nazionale, ciò non significa che tutto sia risolto e che gli sforzi per mantenere i tempi e la periodicità dell'indagine, unitamente alla sua qualità, siano automaticamente garantiti; certo il compito è molto più agevole e la strada spianata, ma va sempre ricordato che la funzione dei dati è quella di orientare e mettere in atto scelte adeguate. E dovrà essere proprio sulla quantità e qualità delle scelte operate ai vari livelli, nazionale e regionale, che a questo punto andrà posta l'attenzione per verificare che scelte efficaci siano state in grado di contrastare i problemi emersi e di documentare, attraverso la sorveglianza, una realtà progressivamente diversa.

In questo ambito, il legame sempre più saldo con il contesto internazionale, e l'attenzione alle diversità regionali, sempre forti nel nostro Paese, saranno la chiave di volta per il successo e la continuità di questa sorveglianza. Istanze di ricerca, rappresentate dall'ISS e dalle équipe universitarie, e istanze di orientamento e sorveglianza degli effetti delle politiche, di cui dovrà esserne garante il Ministero della Salute, saranno i cardini su cui ancorare i futuri programmi di HBSC. ■

Franco Cavallo
Professore Emerito - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche,
Università di Torino,
Principal Investigator for Italy for the HBSC Network (2001-2019)

LO STUDIO NAZIONALE HBSC E LA SUA METODOLOGIA

Silvia Ciardullo^a, Paola Nardone^a, Daniela Pierannunzio^a, Serena Donati^a,
Angela Spinelli^a, Franco Cavallo^b, Paola Dalmasso^b, Alessio Vieno^c,
Giacomo Lazzeri^d, Rita Simi^d e il Gruppo HBSC Italia 2018

^a*Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

^b*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche,
Università degli Studi di Torino*

^c*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli Studi di Padova*

^d*Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo,
Università degli Studi di Siena*

HBSHC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) è una sorveglianza internazionale promossa nel 1982 da un gruppo di ricercatori inglesi, finlandesi e norvegesi; dal 1983 è svolta in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1). Nel corso degli anni HBSC ha coinvolto un numero sempre più elevato di Paesi e, a oggi, è presente in 50 Stati tra Europa e Nord America. Lo scopo è rilevare, monitorare e comprendere i comportamenti correlati alla salute nella popolazione pre-adolescente e adolescente attraverso un disegno di studio trasversale con indagini campionarie svolte ogni quattro anni. L'utilizzo di un protocollo internazionale rende possibile il confronto tra i Paesi partecipanti.

L'OMS nel recente documento "Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)" evidenzia il ruolo chiave degli adolescenti nel creare società più sostenibili e sane (2). L'adolescenza rappresenta un periodo complesso della vita durante il quale avvengono numerosi cambiamenti psicologici e fisici che, attraverso l'interazione con il contesto sociale in cui i ragazzi vivono, delineano alcune delle caratteristiche individuali che persisteranno negli adulti futuri. Sempre l'OMS nel report "Health

for the World's Adolescents: a second chance in the second decade" (3) pone l'attenzione sulla eterogeneità della popolazione pre-adolescenziale e adolescenziale, resa ancora più complessa da scenari di vulnerabilità che caratterizzano la vita di alcuni giovani (4). Nella Figura 1, è riportato il modello ecologico proposto dall'OMS esplicativo della complessità del mondo giovanile (3). Dal modello si evidenzia la molteplicità e il modo in cui si interconnettono i fattori individuali e ambientali che intervengono e condizionano la vita degli adolescenti.

La sorveglianza HBSC, grazie alla quantità di informazioni che raccoglie, è uno strumento unico di conoscenza della popolazione giovanile. L'obiettivo è individuare i fattori di rischio e di protezione che possono influenzare le scelte quotidiane degli adolescenti per predisporre e attuare azioni mirate in grado di migliorare il loro benessere presente e futuro. La conoscenza dei comportamenti a rischio sui quali è possibile intervenire e il potenziamento dei fattori protettivi hanno lo scopo di indirizzare i ragazzi verso stili di vita salutari e, in un contesto più ampio, sviluppare in loro le conoscenze e competenze necessarie per affrontare consapevolmente la vita adulta. La ciclicità delle indagini è, inoltre, un mezzo efficace per studiare i fenomeni nel tempo e valutare eventuali cambiamenti derivanti da politiche di intervento. ▶

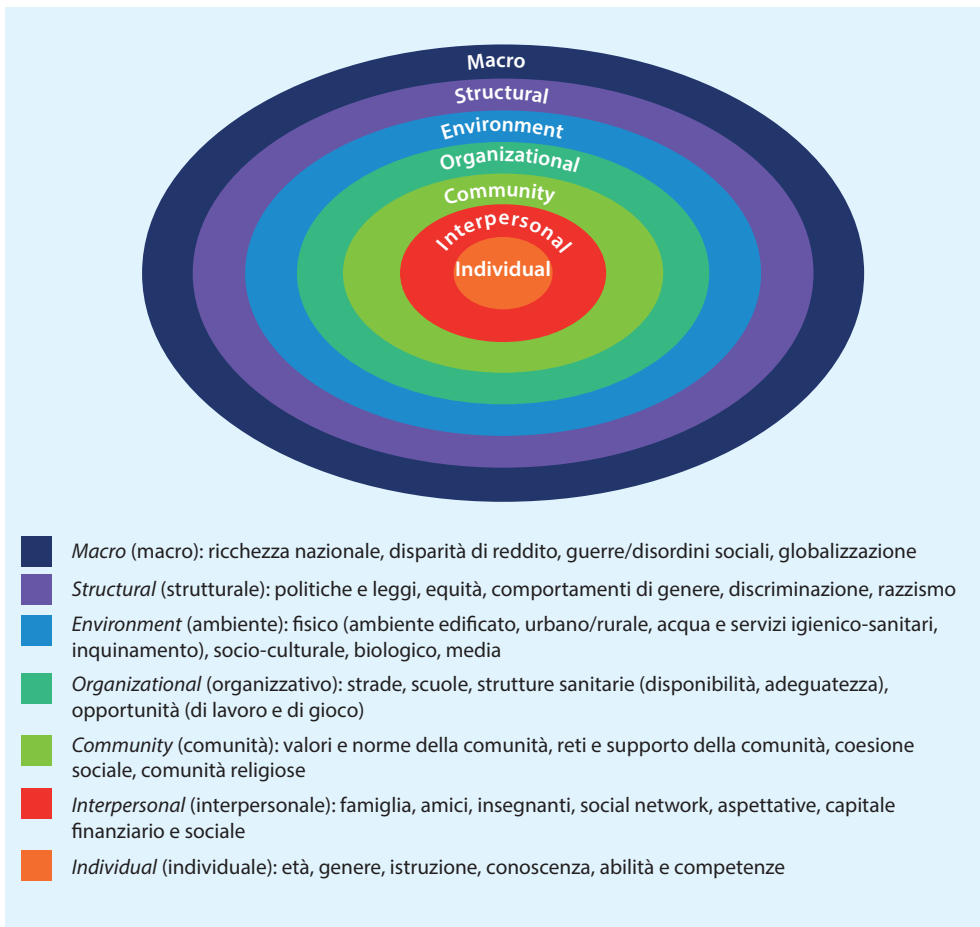


Figura - Modello ecologico proposto dall'OMS sulla interrelazione dei determinanti di salute negli adolescenti (2014)

Fonte: World Health Organization. WHO online report (2014): *Health for the world's adolescents-A second chance in the second decade* (Report summary) - www.who.int/adolescent/second-decade. WHO Reference Number WHO/FWCM-CA/14.05. WHO online report *Health for the world's adolescents - A second chance in the second decade* (2014). Report summary (WHO/FWCMCA/14.05) Figure 3, page 7: *The determinants of adolescent health and development: an ecological model*

HBSC e il contesto nazionale

L'Italia partecipa allo studio HBSC dal 2001 e, a oggi, ha effettuato cinque indagini nazionali (5-8). Dal 2010 il campione è stato ampliato in tutte le Regioni italiane e nelle Province Autonome (PA) permettendo di ottenere informazioni riguardanti le diverse realtà territoriali italiane.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patolo-

gie", in attuazione del Decreto Legge n. 179 del 2012" (9) 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'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'ente di livello nazionale presso il quale è istituito (9). L'ISS ha coordinato la rilevazione del 2018 con la stretta collaborazione delle Università di Torino, Siena e Padova, storicamente coinvolte in HBSC. Il coordinamento nazionale ha supportato anche la Repubblica di San Marino per la rilevazione HBSC 2018.

Il campionamento

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida predisposte dal network internazionale HBSC.

Tutte le Regioni italiane e le PA hanno partecipato all'indagine con un'elevata adesione non solo dei ragazzi, ma anche delle loro famiglie, delle scuole e degli operatori sanitari.

La popolazione in studio è costituita da un campione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Il loro coinvolgimento è avvenuto nelle scuole sia pubbliche che paritarie, precisamente nelle classi prima e terza della scuola secondaria di primo grado (11 e 13 anni) e nella classe seconda della scuola secondaria di secondo grado (15 anni). Dal punto di vista operativo, la scuola rappresenta un luogo idoneo in relazione alla facilità con la quale si possono raggiungere i ragazzi e altri target coinvolti quali genitori, docenti e dirigenti scolastici. In aggiunta, l'ambiente scolastico è un contesto positivo per azioni di promozione della salute nella popolazione giovanile mediante approcci integrati e un costante inserimento di tematiche riguardanti salute e benessere sia nei percorsi formativi didattici che nell'ambiente scolastico in cui i ragazzi vivono.

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 procedimento sistematico dalla lista completa delle scuole, pubbliche e paritarie, fornita dal Ministero dell'Istruzione. La numerosità campionaria è stata fissata a 1.200 soggetti per fascia di età. Il campionamento ha previsto un sovracampionamento per i ragazzi di 13 e 15 anni, rispettivamente 5% e 15%, per mantenere la numerosità stabilita qualora si fosse riscontrata la presenza di alunni ripetenti. Le numerosità ottenute per ogni fascia di età sono state, inoltre, maggiorate del 10% considerando i tassi di non-rispondenza attesa degli alunni in relazione alle rilevazioni precedenti. Lo scopo è stato quello di raggiungere una precisione della stima del 3,5% (intervallo di

confidenza del 95%), valutata in base a una frequenza attesa dello 0,5% per una variabile binomiale. Un ulteriore sovracampionamento è stato previsto per quelle Regioni che ne hanno fatto richiesta.

Tra gli obiettivi futuri della sorveglianza è previsto il coinvolgimento dei ragazzi di 17 anni ed eventualmente l'introduzione di nuovi determinanti in relazione ad argomenti di interesse per il nostro Paese.

Questionari

Lo studio HBSC ha previsto la compilazione di un questionario standardizzato da parte dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni appartenenti rispettivamente alle classi prima e terza della scuola secondaria di primo grado e seconda della scuola secondaria di secondo grado. I ragazzi hanno compilato il questionario in modo autonomo in classe con l'ausilio degli insegnanti precedentemente informati dagli operatori aziendali sulle procedure da seguire. Un secondo questionario opzionale è stato indirizzato ai dirigenti scolastici.

Entrambi i questionari comprendevano una sezione "principale" con domande obbligatorie per tutti i Paesi partecipanti all'indagine e una sezione "opzionale" con tematiche selezionate dal gruppo di coordinamento nazionale tra quelle proposte dal protocollo internazionale 2017-2018. Alcuni argomenti presenti nella sezione "principale" sono approfonditi, attraverso domande aggiuntive, nella sezione "opzionale" per dare la possibilità ai Paesi partecipanti di analizzare più dettagliatamente gli argomenti di interesse. In Tabella sono riportate tutte le tematiche del questionario rivolto ai ragazzi presenti nel protocollo internazionale. Sono evidenziati gli argomenti opzionali inseriti nel questionario 2017-2018 somministrato in Italia.

Il questionario rivolto al dirigente scolastico è stato sottoposto contestualmente alla raccolta dati dei ragazzi. Gli argomenti presenti nel questionario avevano l'obiettivo di indagare alcuni temi relativi alla scuola quali, ad esempio, caratteristiche ed eventuali pro- ►

Tabella - Elenco delle tematiche presenti nel protocollo HBSC internazionale 2017-2018 per il questionario dei ragazzi; sezione principale (obbligatoria) e sezione "opzionale"

Tematiche	Sezione principale (obbligatoria)
Contesto sociale	Scuola, pari, famiglia, disuguaglianza sociale, immigrazione, comunicazione multimediale
Indicatori di salute	Percezione corporea, indice di massa corporea, incidenti, salute e benessere
Comportamenti legati alla salute	Abitudini alimentari (colazione, frequenza di consumo degli alimenti, pasti in famiglia), igiene orale, attività fisica moderata-intensa/attività fisica intensa
Comportamenti a rischio	Uso di alcol, uso di tabacco, uso di cannabis ³ , salute sessuale, bullismo, violenza
Sezione "opzionale" ^b	
Condizioni croniche	Disabilità e condizioni croniche
Alimentazione e dieta	Questionario sulle frequenze alimentari, comportamenti finalizzati alla riduzione del peso ^b , comportamenti legati all'alimentazione, percezione corporea
Comunicazione multimediale	Paura di non poter accedere a Internet, disturbi legati all'utilizzo di videogiochi ^b
Contesto familiare	Situazione familiare, qualità delle relazioni familiari, supporto scolastico dei genitori, supervisione da parte dei genitori, attività con la famiglia
Genere	Norme di genere
Alfabetizzazione sanitaria	Alfabetizzazione sanitaria
Tempo libero	Attività praticata nel tempo libero
Immigrazione	Comportamenti nei confronti degli stranieri, empatia verso gli stranieri, percezione di disuguaglianze
Quartiere	Caratteristiche sociali del quartiere, caratteristiche strutturali del quartiere
Socialità	Fiducia ed empatia
Attività fisica	Attività sedentaria di fronte a un dispositivo elettronico (screen time) ^b , tragitto attivo casa/scuola, fattori ambientali e motivazionali per l'attività fisica
Benessere	Scala di valutazione della depressione, sonno, qualità del sonno, utilizzo di farmaci, questionario SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) sui punti di forza e debolezza, scala Cohen per lo stress percepito, benessere psicologico mediante il WHO-5, sviluppo positivo dell'adolescente, benessere mentale attraverso il coinvolgimento attivo, benessere mentale attraverso la collettività, benessere mentale attraverso l'autoefficacia sociale
Pubertà	Stato della pubertà ^b
Comportamenti a rischio	Attuale abitudine al fumo, numero di sigarette fumate negli ultimi 30 giorni, frequenza di uso di specifiche bevande alcoliche ^b , motivazioni legate al consumo di alcol, uso di sigarette elettroniche, uso di narghilè, frequenza di uso di sostanze negli ultimi dodici mesi, uso di droghe illecite nel corso della vita, uso di sostanze tra pari, gioco d'azzardo ^b
Scuola	Autonomia e capacità acquisite dalla scuola, gratificazione scolastica, partecipazione scolastica ^b
Salute sessuale	Esperienze romantiche, primo rapporto sessuale ^{a,b}
Disuguaglianze sociali	Istruzione dei genitori, percezione dello status socio-economico della famiglia
Salute spirituale	Misura del benessere spirituale
Violenza e lesioni	Incidenti gravi negli ultimi dodici mesi, forme specifiche di bullismo ^b , fenomeni di vittimizzazione, ideazione e comportamento suicidari, violenza (scontri fisici e detenzione di armi), abuso e maltrattamento

(a) Le domande riguardanti il consumo di cannabis e le abitudini sessuali sono presenti solo nei questionari rivolti ai ragazzi di quindici anni; (b) per la sezione "opzionale" sono riportati in azzurro quelli inseriti nel questionario 2017-2018 somministrato in Italia

blematiche riguardanti la scuola e il quartiere, coinvolgimento degli studenti rispetto all'organizzazione e alla pianificazione del contesto scolastico, misure di promozione della salute adottate nella scuola.

Le informazioni sono state raccolte mantenendo la riservatezza e l'anonimato.

La procedura di raccolta dati ha previsto, inoltre, la distribuzione e la compilazione di una scheda di classe, compilata da insegnanti e operatori aziendali, con richiesta di informazioni della classe coinvolta, ad esempio, numero di alunni presenti nonché numero di rifiuti da parte di alunni presenti e assenti.

Valutazione del Comitato Etico dell'ISS e privacy

La versione definitiva del protocollo e dei questionari adottati nel 2017-2018 in Italia sono stati presi in esame e valutati dal Comitato Etico dell'ISS. Per la tutela della privacy, come da indicazioni del protocollo

internazionale, sono state adottate procedure in grado di evitare la possibile identificazione dei singoli individui.

La rete nazionale HBSC 2018

Diverse figure sono state coinvolte e hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine. Il questionario HBSC nazionale 2017-2018 è stato condiviso tra i ricercatori dell'ISS e i referenti regionali. Eventi formativi a livello locale hanno coinvolto i referenti regionali e aziendali e gli operatori aziendali. Questi ultimi hanno affiancato gli insegnanti nelle scuole in occasione della rilevazione in classe. I questionari compilati dai ragazzi e dai dirigenti scolastici sono stati inviati, da ogni Regione, a una ditta che ha provveduto ad acquisire le risposte attraverso lettura ottica. Il gruppo di coordinamento dell'ISS, con il supporto delle Università di Padova, Siena e Torino, ha predisposto il database e realizzato, successivamente, la pulizia e l'analisi dei dati nazionali. ■

Riferimenti bibliografici

1. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): www.hbsc.org.
2. World Health Organization (WHO). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO; 2017.
3. World Health Organization (WHO). *Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade*. Geneva: WHO; 2014 (www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/second_decade/en/).
4. World Health Organization (WHO)/HBSC International Coordinating Centre (Child and Adolescent Health Research Unit - CAHR). *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. (Health Policy for Children and Adolescents; 5)*. Geneva: WHO; 2008.
5. HBSC Italia, Health Behaviour in School aged Children (www.hbsc.unito.it).
6. Lazzeri G, Giacchi MV, Dalmaso P, et al. The methodology of the Italian HBSC 2010 Study (Health Behaviour in School-aged Children). *Ann Ig* 2013;25(3):225-33.
7. Cavallo F, Giacchi M, Vieno A, Galeone D, Tomba A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S (Ed.). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/5).
8. Cavallo F, Lemma P, Dalmaso P, Vieno A, Lazzeri G, Galeone D (Ed.). *4° Rapporto sui dati HBSC Italia 2014*. Torino: Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche; 2016. 116 p.
9. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale* n. 109, 12 maggio 2017.

IL CAMPIONE IN STUDIO

Daniela Pierannunzio^a, Paola Nardone^a, Silvia Ciardullo^a, Angela Spinelli^a,
Franco Cavallo^b e il Gruppo HBSC Italia 2018

^aCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

^bDipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche,
Università degli Studi di Torino

Nel corso della V raccolta dati (anno scolastico 2017-2018) sono state selezionate 4.183 classi nelle scuole secondarie di I (64,4%) e II grado (35,6%). Hanno restituito i questionari compilati 3.608 classi e la rispondenza relativa a ogni classe (Tabella 1) è stata, a livello nazionale, dell'86,3% senza particolari differenze nei diversi gradi di istruzione. A livello regionale (Figura 1) i livelli più bassi di partecipazione delle classi si registrano in Umbria e in Basilicata (meno del 50% considerando i tre gradi di istruzione nel complesso). ▶

Tabella 1 - Rispondenza all'indagine per classe scolastica. Italia, 2018

Classe scolastica	Classi campionate	n. di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza
Prima media	1.313	1.141	86,9
Terza media	1.379	1.194	86,6
Seconda superiore	1.491	1.273	85,4
Totale	4.183	3.608	86,3

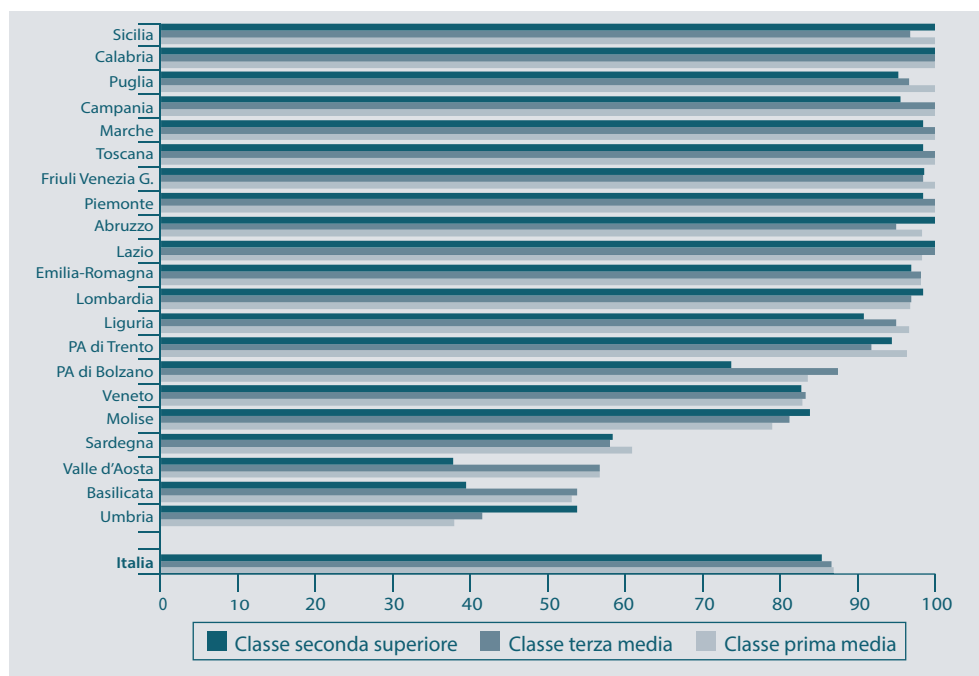


Figura 1 - Rispondenza all'indagine per classe scolastica e Regione. Italia, 2018

In generale, 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.

I ragazzi di 11, 13 e 15 anni che hanno risposto al questionario sono 58.976 (Tabella 2) distribuiti in tutte le Regioni italiane.

Complessivamente, i maschi sono il 50,7% e le femmine il 49,3% e tale rapporto è sostanzialmente stabile nelle diverse età.

Tabella 2 - Composizione del campione, per età e genere. Italia, 2018

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
11 anni	9.940	37,0	9.564	36,1	19.504	36,5
13 anni	10.468	36,1	10.086	35,8	20.554	36,0
15 anni	9.412	26,9	9.506	28,1	18.918	27,5
Totale	29.820	100,0	29.156	100,0	58.976	100,0

Il tasso di rispondenza a livello nazionale di tutti i ragazzi corrisponde al 97,1% con leggere differenze tra il Nord e il Sud (Figura 2). Il 3,5% dei ragazzi dichiara di essere nato all'este-

ro (Tabella 3); nelle Regioni centro-settentrionali la prevalenza di ragazzi nati all'estero è più marcata, conseguenza della maggiore presenza della popolazione straniera (Figura 3).

Tabella 3 - Composizione del campione per nascita in Italia ed età. Italia, 2018

Paese di nascita	11 anni		13 anni		15 anni	
	n.	%	n.	%	n.	%
Italia	18.648	97,1	19.452	96,2	17.935	96,3
Estero	652	2,9	916	3,8	839	3,7
Totale	19.300	100,0	20.368	100,0	18.774	100,0

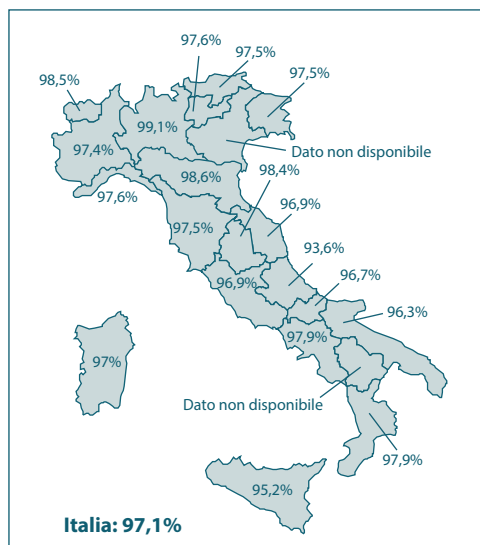


Figura 2 - Tasso di rispondenza dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, per Regione. Italia, 2018



Figura 3 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni nati all'estero per Regione. Italia, 2018

IL CONTESTO FAMILIARE

Paola Berchiolla^a, Alberto Borraccino^b, Nazario Cappello^b,
Franco Cavallo^b, Lorena Charrier^b, Patrizia Lemma^b,
Veronica Sciannameo^b, Paola Dalmasso^b e il Gruppo HBSC Italia 2018

^aDipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino

^bDipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Introduzione

La famiglia, con la scuola e il 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 un più intenso investimento nelle relazioni amicali, gli adolescenti avviano una progressiva acquisizione di autonomia sviluppando le componenti affettive, ideative e sociali (1, 2).

Lo studio HBSC indaga tre rilevanti aspetti del sistema familiare, in grado di influenzare la salute e il benessere degli adolescenti (3, 4):

- la struttura familiare;
- la relazione genitori-figli;
- il livello socio-economico della famiglia.

Infine, poiché il cambiamento sul piano delle relazioni familiari si accompagna al consolidamento delle relazioni amicali, lo studio indaga anche la capacità degli adolescenti di relazionarsi con i coetanei.

La struttura familiare

Negli ultimi anni la struttura familiare è diventata sempre più complessa e ha subito un processo di diversificazione che

ha portato a un maggior numero di famiglie mono-genitoriali e di famiglie ricostituite (5). Questi cambiamenti hanno un forte impatto sullo sviluppo psico-fisico dei ragazzi (6).

Lo studio HBSC indaga la struttura familiare chiedendo agli adolescenti di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo: genitori naturali, acquisiti o altri adulti (Tabella 1). I dati evidenziano come i nuclei familiari maggiormente presenti sono rappresentati dalle famiglie di tipo tradizionale che presentano una distribuzione sostanzialmente omogenea sul territorio nazionale, anche se il dato è leggermente superiore al Sud (84,3% *vs* 80,9% del Nord e 80,2% del Centro).

La maggior parte degli adolescenti del campione ha almeno un fratello o una sorella (Tabella 2). Le famiglie con figli unici si distribuiscono in maniera disomogenea sul territorio, essendo più numerose al Nord (17%) e al Centro (17,9%) contro il 9,8% del Sud. La situazione è rovesciata per le famiglie con tre o più figli che vivono prevalentemente al Sud (33,1%), seguito dal Nord (26,3%) e, infine, dal Centro (23,8%). ▶

Tabella 1 - Tipologia di famiglia del campione utilizzato per lo studio HBSC. Italia, 2018

Struttura familiare	Nord (%)	Centro (%)	Sud (%)	Totale (%)
Madre e padre	80,9	80,2	84,3	82,0
Solo madre	12,4	12,8	10,9	12,0
Solo padre	1,7	2,0	1,4	1,6
Famiglia ricostituita	3,6	3,8	2,2	3,1
Altra sistemazione senza genitori	1,4	1,2	1,2	1,3

Tabella 2 - Campione per numero di fratelli e sorelle. Italia, 2018

Numero di fratelli e sorelle	Nord (%)	Centro (%)	Sud (%)	Totale (%)
Figli unici	17,0	17,9	9,8	14,5
Un fratello o una sorella	56,7	58,3	57,1	57,1
Due o più fratelli o sorelle	26,3	23,8	33,1	28,4

La qualità della relazione 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, come la pressione scolastica, le relazioni con i pari, le aspettative e i cambiamenti psico-fisici (7).

Le Figure 1 e 2 descrivono, rispettivamente, la facilità che i ragazzi hanno nel parlare con il padre e con la madre delle situazioni che li preoccupano.

Si osserva che al crescere dell'età diminuisce la facilità con cui i ragazzi si aprono a entrambi i genitori. La Figura 1 evidenzia che le ragazze 13enni e 15enni, rispetto ai ragazzi, hanno una maggiore difficoltà a parlare con il padre. La Figura 2 evidenzia, invece, che la madre è una persona di riferimento con cui comunicare sia per i ragazzi che per le ragazze. È possibile osservare una relativa variabilità regionale che permette di evidenziare alcune differenze per aree geografiche: gli adolescenti 11enni e 13enni del Sud rispetto ai pari del Centro/Nord hanno, in generale, una maggiore facilità a parlare sia con il padre che con la madre. La differenza è meno marcata nei 15enni.

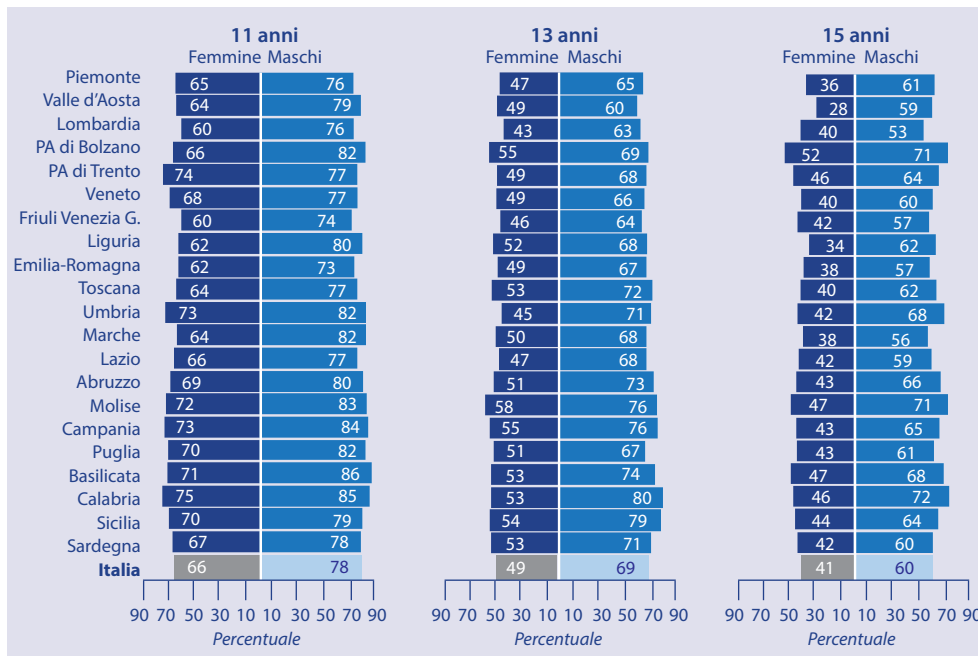


Figura 1 - Percentuale dei ragazzi che dichiara essere "facile" o "molto facile" parlare con il padre, per età, genere e Regione. Italia, 2018

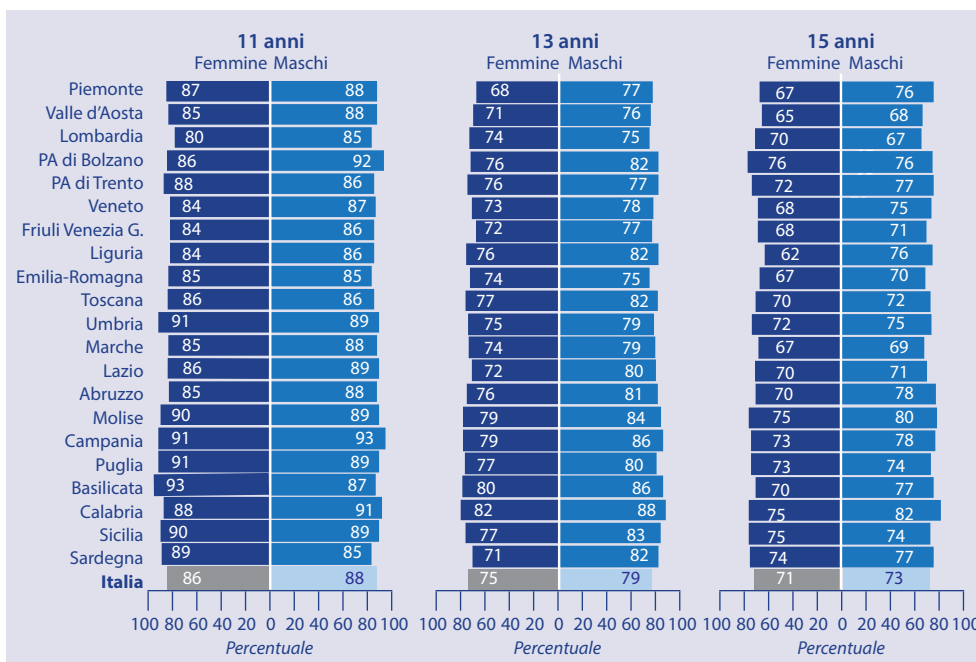


Figura 2 - Percentuale dei ragazzi che dichiara essere "facile" o "molto facile" parlare con la madre, per età, genere e Regione. Italia, 2018

Lo status socio-economico familiare

La posizione socio-economica della famiglia di origine è un'altra dimensione fondamentale della vita familiare in grado di influenzare la salute dei ragazzi, sia direttamente, attraverso il fenomeno delle disuguaglianze sociali di salute, sia indirettamente (8, 9). Un buon livello socio-economico, infatti, influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori (10); inoltre, la letteratura evidenzia come adolescenti che vivono in famiglie con un basso status socio-economico e/o in un ambiente sociale povero e svantaggiato tendano, in genere, ad adottare uno stile di vita poco salutare che può influenzare negativamente l'adattamento scolastico e la relazione con i pari (10, 11).

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC (12), lo status socio-economico è rappresentato da una misura composita che incorpora lo status economico, relativo al livello dei consumi, che viene assunto come un proxy del reddito familiare,

essendo quest'ultimo difficilmente conosciuto dai ragazzi. Con il livello dei consumi si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni (auto, computer, stanza singola, vacanze ecc.) con lo strumento FAS (Family Affluence Scale) (13).

In Figura 3 si possono osservare i risultati relativi allo status socio-economico della famiglia. A livello nazionale, il 71% riporta un livello di benessere che si colloca a livelli medio-alti. A livello regionale, è soprattutto nelle Regioni del Sud che si riscontra una percentuale maggiore di famiglie con basso status socio-economico, con l'eccezione della Liguria tra le Regioni del Nord.

Il rapporto con i pari

Il tempo che i ragazzi trascorrono con i loro coetanei al di fuori dei contesti supervisionati dagli adulti è determinante per lo sviluppo delle abilità sociali (14). Le interazioni socia- ►

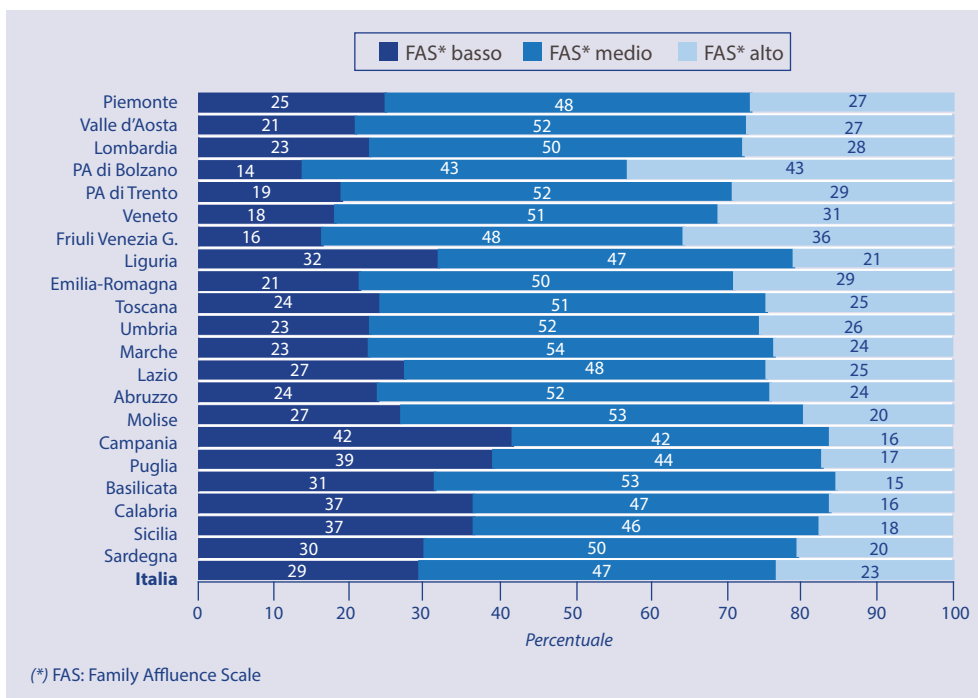


Figura 3 - Status socio-economico familiare per Regione. Italia, 2018

li tra pari, infatti, servono a rafforzare valori e modelli e contribuiscono a strutturare un senso di identità e un orientamento culturale extra-familiare. I dati mostrano che a livello

nazionale, la capacità di relazionarsi con i coetanei giudicati amici risulta elevata e non evidenzia particolari differenze per fascia di età (Figura 4).

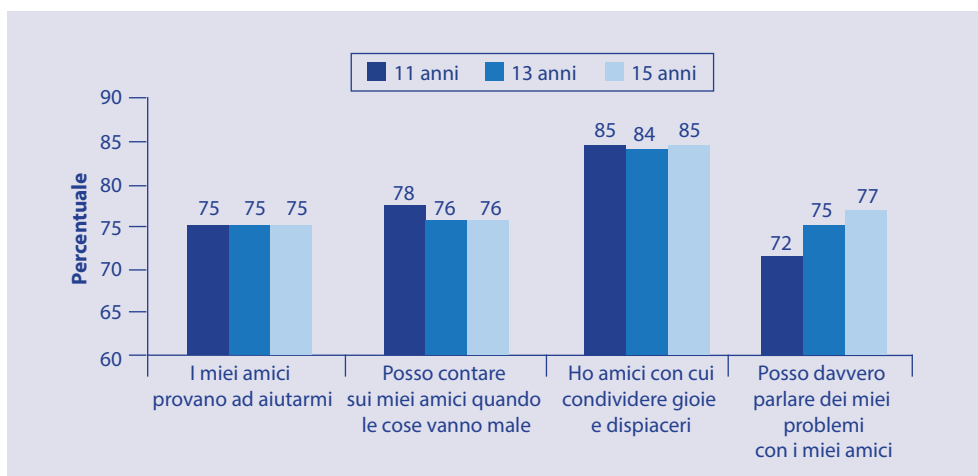


Figura 4 - Percentuale dei ragazzi che dichiara di essere "abbastanza d'accordo", "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli amici, per età. Italia, 2018

Confronto HBSC Italia 2018 e HBSC Italia 2014

- In tutte le fasce di età diminuisce la percentuale di coloro che dichiara di riuscire a parlare “facilmente” o “molto facilmente” con il padre
- Diminuisce la percentuale degli 11enni e 13enni che dichiara di riuscire a parlare “facilmente” o “molto facilmente” con la madre
- Diminuisce la percentuale di adolescenti che riporta un livello medio di agiatezza economica, così come stimato dal FAS (54% nel 2014 vs 47% nel 2018)
- Diminuisce in tutte le fasce di età la percentuale di ragazzi che dichiara di essere da “abbastanza” a “molto d'accordo” con le affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli amici

Confronto HBSC Italia 2018 e internazionale 2018*

- In tutte le fasce di età e in entrambi i generi, la percentuale di coloro che dichiara di riuscire a parlare “facilmente” o “molto facilmente” sia con la madre che con il padre è inferiore alla media internazionale
- La facilità di comunicare con i genitori diminuisce al crescere dell'età, come a livello internazionale
- La percentuale di adolescenti che vive con entrambi i genitori è più alta della media internazionale

(*) Riferimenti bibliografici n. 15 e 16 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, *et al.* Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;378(9826):1630-40.
2. Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM (Ed.). *Handbook of child psychology*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc; 2006;3:1003-67.
3. Levin 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):152-8.
4. Zambon A, Lemma P, Borraccino A, *et al.* Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations. *Eur J Public Health* 2006;16(6): 627-32.
5. Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, *et al.* The family in Italy: cultural changes and implications for treatment. *Int Rev Psychiatry* 2012;24(2):149-56.
6. Bjarnason T, Bendtsen P, Arnarsson A, Borop I, Iannotti R J, Löfstedt P, Haapasalo I, Niclasen B. (Ed.). Life satisfaction among children in different family structures: a comparative study of 36 western societies. *Child Soc* 2012;26(1):51-62.
7. Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014;17:E98.
8. Viner RM, Ozer EM, Denny S, *et al.* Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379(9826):1641-52.
9. Hoskins D. Consequences of parenting on adolescent outcomes. *Societies* 2014;4(3):506-31.
10. Rostad 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.
11. Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, *et al.* The protective effects of parent-college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300-2.
12. Inchley J, Currie D, Cosma A, Samdal O (Ed.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*. St Andrews: CAHRU; 2018.

13. Currie CE, Elton RA, Todd J, *et al.* Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Educ Res* 1997;12(3):385-97.
14. Laible DJ, Carlo G, Roesch SC. Pathways to self-esteem in late adolescence: the role of parent and peer attachment, empathy, and social behaviours. *J Adolesc* 2004;27(6):703-16.
15. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
16. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Michela Lenzi, Claudia Marino e il Gruppo HBSC Italia 2018

*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli Studi di Padova*

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 e quindi 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 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 decisionali (1).

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.

L'obiettivo di questo capitolo è approfondire la percezione del contesto scolastico attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai ragazzi ad alcuni item relativi al loro rapporto con gli insegnanti, con i compagni di classe e con la scuola in generale.

Rapporto con gli insegnanti

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata una delle componenti che maggiormente contribuisce all'adattamento scolastico dell'adolescente (2, 3).

Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata a un maggior utilizzo di strategie di *coping* attivo a scuola, è predittiva di un migliore adattamento comportamentale e scolastico (4, 5), e influenza il successo scolastico (4, 6).

Alcuni studi hanno, inoltre, evidenziato come una relazione positiva con gli insegnanti contribuisca a contenere i comportamenti

aggressivi (7) e rappresenti un fattore protettivo per l'assunzione di comportamenti a rischio (8, 9).

In Figura 1 vengono riportate le percentuali delle ragazze e dei ragazzi che hanno dichiarato di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le tre affermazioni riguardanti il rapporto con i loro insegnanti. Più della metà degli studenti dichiara di percepire che i propri insegnanti dimostrano interesse nei loro confronti. Una percentuale superiore (circa i due terzi degli studenti intervistati) riporta di fidarsi dei propri insegnanti, mentre quasi l'80% dichiara di sentirsi accettato da essi. I risultati mostrano che la percezione del rapporto con gli insegnanti è più positiva per gli 11enni, con la percentuale di coloro che percepiscono in maniera positiva tale rapporto che si abbassa a 13 e a 15 anni.

In Figura 2 sono rappresentate le percentuali relative agli studenti che dichiarano di fidarsi dei propri insegnanti, suddivise per Regione di provenienza. Tra gli 11enni non si riscontrano apprezzabili differenze regionali e di genere. Nelle altre fasce d'età la variabilità regionale è più elevata, anche se non è possibile individuare una chiara tendenza per aree geografiche: ad esempio, tra i 13enni, nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano e in Umbria, le percentuali di studenti che dichiarano di fidarsi dei propri docenti è inferiore alla media nazionale (soprattutto per le ragazze), così come in Sardegna e nella PA di Trento. Tra i 15enni, percentuali più basse della media di studenti che dichiarano di fidarsi dei propri insegnanti si riscontrano in Veneto, nella PA di Bolzano e tra le studentesse di Marche e Basilicata. ►

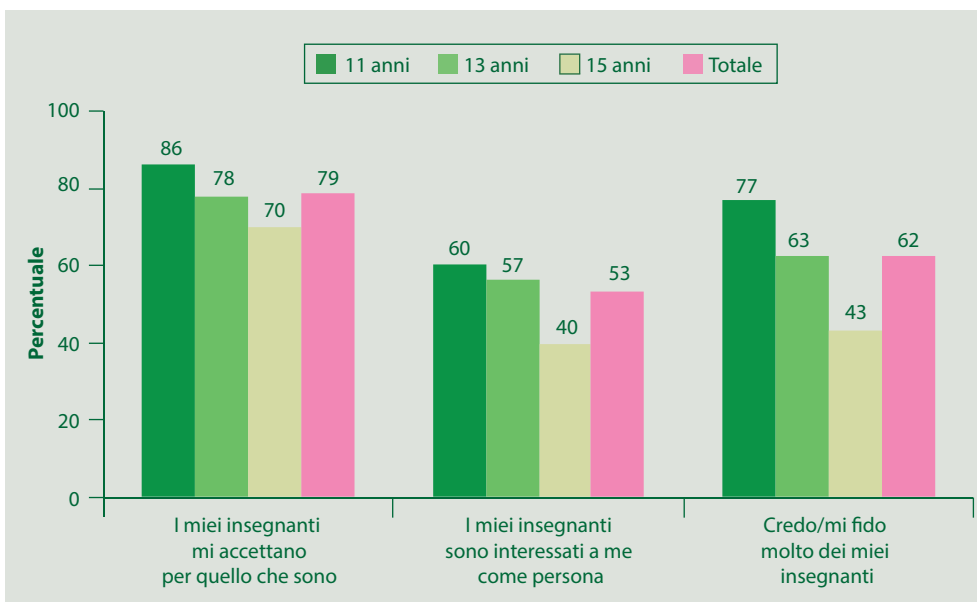


Figura 1 - Percentuale dei ragazzi che dichiara di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti. Italia, 2018

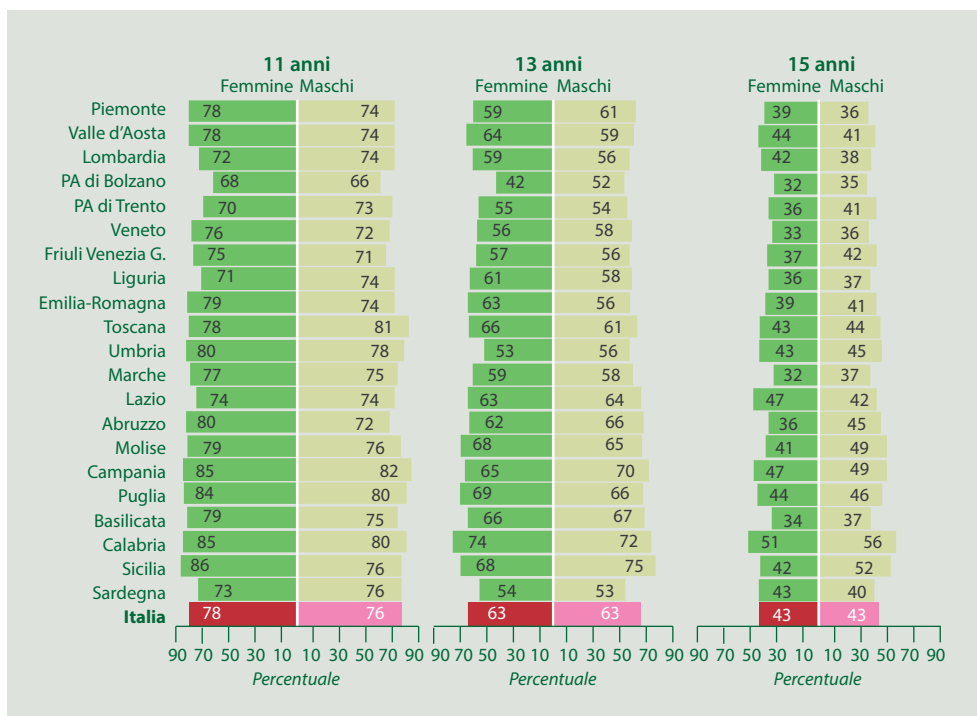


Figura 2 - Percentuale dei ragazzi che si dichiara "d'accordo" o "molto d'accordo" con l'affermazione "Credo/mi fido dei miei insegnanti", per Regione. Italia, 2018

Rapporto con i compagni (bullismo e cyberbullismo)

Il rapporto con i pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente (5, 10). 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 peggiori (11), mentre avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche (12) e favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico (13).

Per valutare il rapporto di ragazze e ragazzi con i compagni di classe sono stati approfonditi il tema del bullismo e del cyberbullismo. Il recente report dell'UNESCO (14), che descrive il fenomeno del bullismo in 71 Paesi del mondo, afferma 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 ragazze. Per quel che riguarda il fenomeno del cyberbullismo, ancora poco esplorato, in un recente lavoro che ha coinvolto 7 Paesi tra cui l'Italia, il fenomeno sembra essere in aumento (15). 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 alla diffusione di messaggi di testo. La letteratura sottolinea come non sia ancora possibile stabilire che tipo di relazione esista tra bullismo e cyberbullismo, e se quest'ultimo sia un fenomeno nuovo e indipendente oppure la transizione del bullismo (16).

I risultati dello studio HBSC (Tabella 1), mettono in evidenza come il fenomeno del bullismo tende a decrescere con l'età: coloro che dichiarano di non essere mai stati vittima di atti di bullismo, infatti, passano dall'83,0% tra gli 11enni, all'86,1% tra i 13enni, per arrivare al 91,1% tra gli studenti di 15 anni. Da notare, in ogni caso, che una percentuale non trascurabile di studenti riferisce di aver subito atti di bullismo (anche se con frequenze diverse): circa il 17% degli 11enni, il 14% dei 13enni e il 9% dei 15enni, infatti, dichiara di avere subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi.

In Figura 3 sono riportate le percentuali di ragazzi che dichiarano di aver subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi, suddivisi per Regione di provenienza. Le percentuali mostrano che non ci sono differenze particolarmente marcate a livello regionale. Sono, però, presenti alcune eccezioni: la percentuale di studenti che dichiara di aver subito atti di bullismo è infatti decisamente superiore alla media nazionale nella PA di Bolzano (in tutte e tre le fasce d'età, soprattutto per quanto riguarda i maschi) e tra i 15enni in Valle d'Aosta. Per quanto riguarda il genere, la Figura 3 mostra che la distribuzione del fenomeno è molto variabile a livello regionale. Nella maggior parte delle ►

Tabella 1 - Percentuale dei ragazzi che dichiara di aver subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età. Italia, 2018

Episodi di bullismo	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Non sono stato oggetto di bullismo	83,0	86,1	91,1	86,4
Una o due volte	10,4	8,9	6,0	8,6
Due o tre volte al mese	2,7	1,9	1,2	2,0
Circa una volta a settimana	1,4	1,3	0,9	1,2
Più volte a settimana	2,5	1,8	0,8	1,8

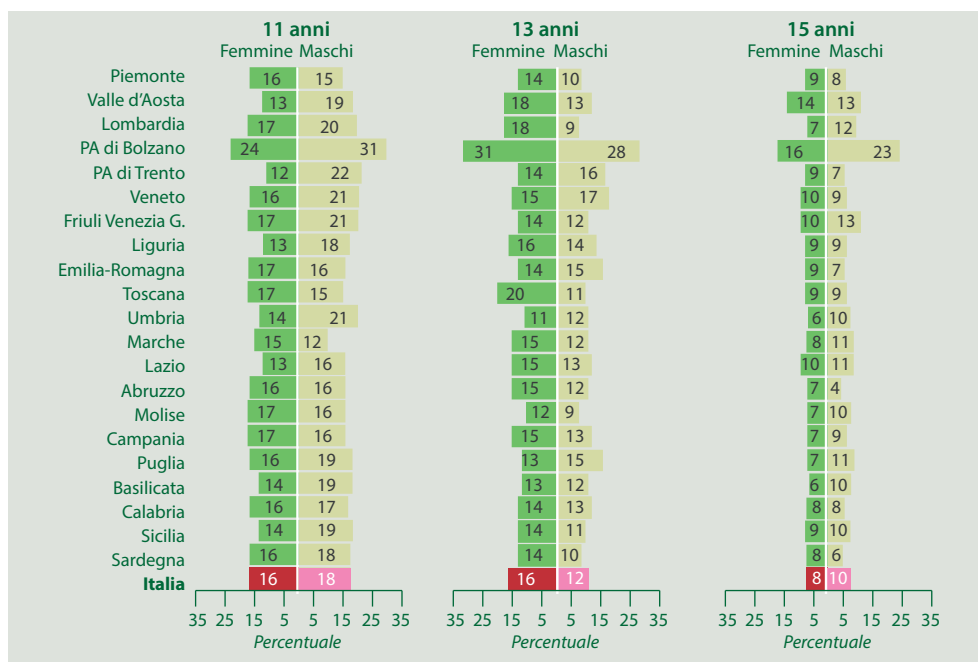


Figura 3 - Percentuale dei ragazzi che ha dichiarato di aver subito atti di bullismo almeno una volta negli ultimi due mesi, per Regione. Italia, 2018

Regioni, tra gli 11enni, infatti, il fenomeno è più diffuso tra i maschi, mentre tra i 13enni sono le ragazze a riportare con maggiore frequenza di aver subito atti di bullismo. Per quanto riguarda i 15enni, infine, circa la metà delle Regioni vede una maggiore prevalenza del bullismo tra i maschi, e l'altra metà nelle femmine.

Per quanto riguarda il cyberbullismo, in Tabella 2 sono rappresentate le percentuali di studenti che dichiarano di aver subito atti di bullismo dai propri compagni di classe attraverso le nuove tecnologie (ad esempio, via email, SMS, WhatsApp, chat ecc.). Complessivamente, più del 90% degli studen-

ti dichiara di non avere subito atti di bullismo attraverso questi canali. Anche in questo caso si nota un decremento del fenomeno al crescere dell'età, anche se meno pronunciato rispetto a quanto osservato per il bullismo tradizionale. Nonostante ciò, quasi il 9% degli studenti intervistati riporta di essere stato vittima di cyberbullismo negli ultimi due mesi.

La Figura 4 mostra le percentuali di ragazze e ragazzi che dichiarano di aver subito atti di cyberbullismo almeno una volta negli ultimi due mesi, suddivisi per Regione di provenienza. I dati mostrano una discreta variabilità a livello regionale, anche se non è possibile identificare

Tabella 2 - Percentuale dei ragazzi che ha dichiarato di aver subito atti di cyberbullismo attraverso le nuove tecnologie negli ultimi due mesi, per età. Italia, 2018

Episodi di cyberbullismo	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Non ho subito azioni di cyberbullismo	89,8	91,5	92,9	91,4
Una o due volte	7,4	6,6	5,3	6,5
Due o tre volte al mese	1,3	0,9	1,0	1,0
Circa una volta a settimana	0,6	0,4	0,3	0,4
Più volte a settimana	0,9	0,6	0,5	0,7

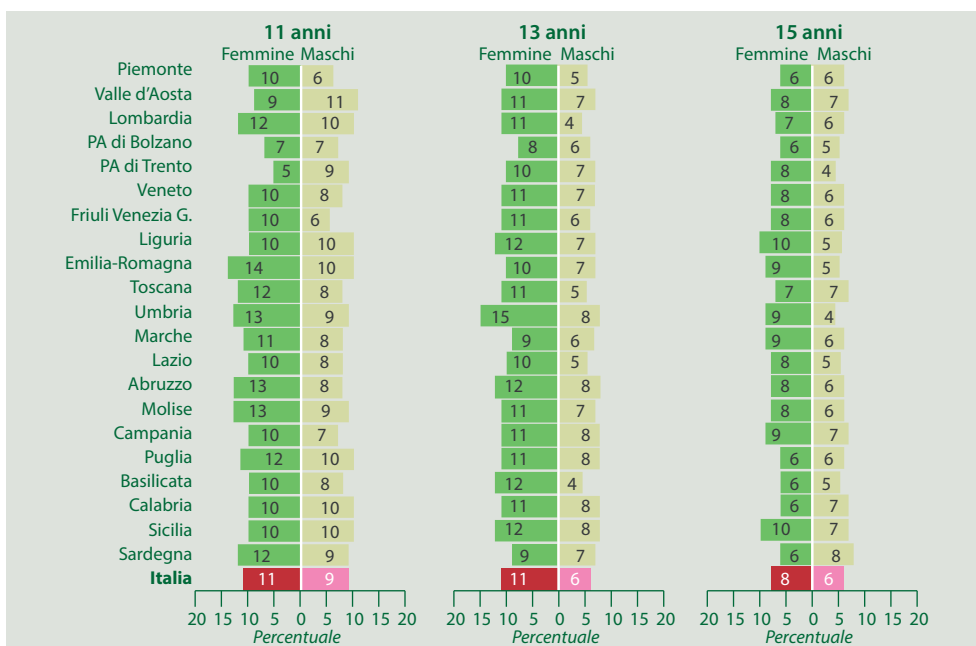


Figura 4 - Percentuale dei ragazzi che ha dichiarato di aver subito atti di cyberbullismo almeno una volta negli ultimi due mesi, per Regione. Italia, 2018

un chiaro trend su base geografica. In quasi tutte le Regioni, per tutte e tre le fasce d'età, il fenomeno è più diffuso tra le ragazze.

Rapporto con la scuola

La scuola rappresenta un contesto educativo in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata. Per questo motivo 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. Il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa ne pensassero. In Tabella 3 si possono osservare

le valutazioni che gli studenti hanno dato della scuola, suddivisi per età. Complessivamente, circa i due terzi dei ragazzi dichiara di apprezzare la scuola ("molto" o "abbastanza"). Il rapporto con la scuola sembra peggiorare con il crescere dell'età, con una percentuale inferiore di studenti che dichiara di apprezzare molto la scuola tra i 13enni e i 15enni (circa il 10%) rispetto agli 11enni (quasi il 20%).

La Figura 5 rappresenta le percentuali di studenti che dichiarano di apprezzare la scuola "molto" o "abbastanza", suddivisi per Regione di provenienza e fascia d'età. Il grafico mostra una variabilità regionale non particolarmente marcata, con un numero ridotto di Regioni ►

Tabella 3 - Percentuale dei ragazzi che ha risposto alla domanda: "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età. Italia, 2018

Rapporto con la scuola	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mi piace molto	19,2	10,5	9,8	13,5
Abbastanza	49,4	53,8	52,6	51,9
Non tanto	20,7	26,7	28,6	25,0
Non mi piace per nulla	10,7	9,0	9,0	9,6

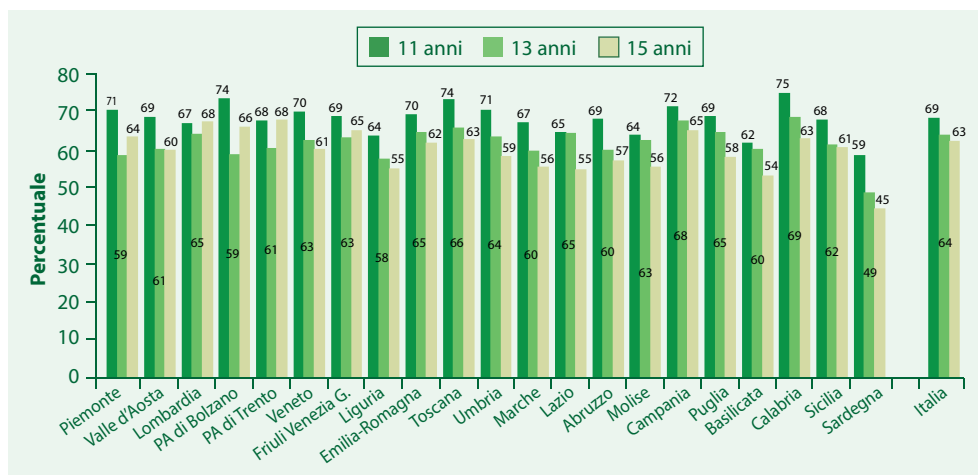


Figura 5 - Percentuale dei ragazzi che ha risposto “molto” o “abbastanza” alla domanda: “Attualmente quanto apprezzi la scuola?”, per Regione. Italia, 2018

che si discosta dalla media nazionale. In Sardegna, ad esempio, in tutte e tre le fasce d'età, la percentuale di studenti che riporta di apprezzare molto la scuola è la più bassa di tutte le Regioni, e si discosta in maniera pronunciata dalla media nazionale. Tra le Regioni in cui, invece, l'apprezzamento della scuola risulta essere particolarmente diffuso spiccano la PA di Bolzano e la Toscana (per gli 11enni), la Calabria (per gli 11enni e i 13enni) e la PA di Trento (per i 15enni).

Complessivamente, i risultati che descrivono la relazione tra gli studenti italiani e la scuola sono incoraggianti e mostrano che la

maggior parte di essi ha buone relazioni con insegnanti, compagni e con la scuola, in generale. Molti sono però gli interventi possibili per ridurre i fattori di rischio emersi, come la mancanza di fiducia nei confronti dei propri docenti, la presenza di atti di bullismo e il mancato apprezzamento della scuola da parte di alcuni studenti. Interventi che consentono l'utilizzo di metodi di insegnamento di tipo collaborativo e un clima scolastico democratico hanno la potenzialità di promuovere relazioni positive con gli insegnanti, con i compagni e con la scuola nel suo complesso, favorendo situazioni di benessere tra i ragazzi. ■

Confronto HBSC Italia 2018 e HBSC Italia 2014

- Stabile la percezione di sentirsi accettati dai propri insegnanti
- Diminuzione della percentuale di ragazzi che si fida degli insegnanti (in tutte e tre le fasce d'età)
- Decremento del bullismo subito tra gli 11enni e i 13enni
- Stabile il cyberbullismo subito
- Stabile il rapporto con la scuola

Confronto HBSC-Italia 2018 e internazionale 2018*

- Minore prevalenza di bullismo subito rispetto alla media internazionale
- Minore prevalenza di cyberbullismo subito rispetto alla media internazionale
- Peggior rapporto con la scuola rispetto alla media internazionale (minore percentuale di studenti che dichiara di apprezzare molto la scuola)

(*) Riferimenti bibliografici n. 17 e 18 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. Zimmer-Gembeck MJ, Locke EM. The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *J Adolesc* 2007;30(1):1-16.
2. Vieno A, Santinello M, Pastore M, et al. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol* 2007;39(1-2):177-90.
3. Longobardi C, Prino LE, Marengo D. Student-teacher relationships as a protective factor for school adjustment during the transition from middle to high school. *Front Psychol* 2016;7:1988.
4. Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev* 2001;72(2):625-38.
5. Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, et al. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol* 2016;59:1-11.
6. Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, et al. The role of emotion regulation and children's early academic success. *J Sch Psychol* 2007;45(1):3-19.
7. Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol* 1999;28(2):173-84.
8. de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, et al. 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.
9. Dudovitz 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(1):12-20.
10. Lemma P, Borraccino A, Berchialla P, et al. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health* 2015;37(4):573-80.
11. Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol* 2003;73(Pt 2):207-21.
12. Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: an examination of the role of school-wide peer culture. *J Youth Adolesc* 2013;42(1):6-19.
13. van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, et al. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One* 2018;13(12):e0208173.
14. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *Behind the numbers: ending school violence and bullying*. Paris: Unesco; 2019.
15. European Parliament. Directorate-General for Internal Policies. Policy Department. Citizens' Rights and Constitutional Affairs. Dalla Pozza V, Di Pietro A, Morel S, et al. *Cyberbullying among young people*. Brussels: 2016; 192 p. ([https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)571367_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)).
16. Mascheroni G, Cuman A. *Net children go mobile: final report (with country fact sheets)*. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt; 2014.
17. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
18. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

L'ATTIVITÀ FISICA E IL TEMPO LIBERO

Giacomo Lazzeri^a, Alberto Borraccino^b, Rita Simi^a, Paola Nardone^c, Silvia Ciardullo^c, Daniela Pierannunzio^c e il Gruppo HBSC Italia 2018

^aDipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università degli Studi di Siena

^bDipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

^cCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggerisce la riduzione dei livelli d'inattività fisica come una delle strategie fondamentali per diminuire il rischio di malattie non trasmissibili come le patologie cardiovascolari e metaboliche (1). L'attività fisica rappresenta, quindi, un valore rilevante per l'adozione e il mantenimento nel tempo di uno stile di vita sano che contrasta i rischi e i disturbi causati dalla sedentarietà (2, 3). In questo capitolo si descrive come e quanto i giovani si muovono e quanto tempo dedicano alle attività sedentarie.

L'attività fisica

Secondo l'OMS, i giovani in età compresa tra i 5 e i 17 anni di età dovrebbero accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa (4). Queste attività includono il gioco, lo sport, il trasporto attivo, le attività ricreative e l'educazione fisica, in occupazioni familiari, scolastiche e di comunità.

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio, in accordo con altri studi internazionali, e

con quanto suggerito dalla stessa OMS, utilizza la domanda *negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?* In Tabella 1 si riportano, in percentuale, le risposte dei ragazzi per età e nella Figura 1 per genere e Regione.

Solo un adolescente su 10 fa attività fisica per un totale di almeno "60 minuti per 7 giorni" e questa abitudine diminuisce all'aumentare dell'età. A livello regionale, per tutte le fasce di età, la Provincia Autonoma (PA) di Bolzano presenta i valori più elevati di attività fisica; i valori più bassi a 11 anni si osservano nei maschi del Lazio e nelle femmine dell'Umbria; a 13 anni per entrambi i generi in Basilicata e a 15 anni nei maschi della Basilicata e nelle femmine della PA di Trento (Figura 1).

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 2 si riportano, in percentuale, le risposte dei ragazzi per età. ►

Tabella 1 - Percentuale dei ragazzi che ha risposto alla domanda: "Nell'ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno", per età. Italia, 2018

Attività fisica nell'ultima settimana	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai svolto attività fisica	5,0	9,0	14,0	8,0
Un giorno	6,5	7,5	10,9	8,6
Due giorni	20,2	19,2	17,8	18,1
Tre giorni	19,5	19,6	20,2	19,8
Quattro giorni	17,3	17,0	14,8	17,0
Cinque giorni	12,4	11,9	10,0	11,6
Sei giorni	7,2	6,5	5,5	6,9
Sette giorni	11,9	9,3	6,8	10,0

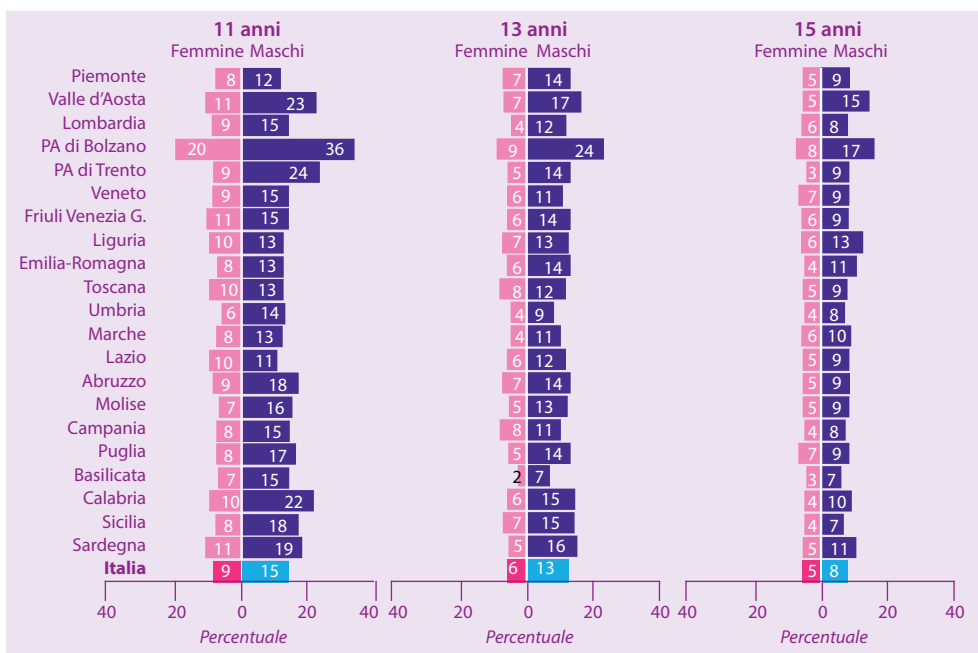


Figura 1 - Percentuale di ragazzi di 11, 13 e 15 anni che ha risposto di fare attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno, per età, genere e Regione. Italia, 2018

Tabella 2 - Percentuale della quantità di attività fisica intensa esercitata dai ragazzi al di fuori dell'orario scolastico, per età. Italia, 2018

Attività fisica extrascolastica	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	8,1	9,6	11,3	8,6
Meno di una volta al mese	3,3	4,5	6,2	4,4
Una volta al mese	2,9	4,6	5,4	4,2
Una volta a settimana	12,9	13,6	14,6	13,7
2-3 volte a settimana	39,7	38,7	37,6	38,0
Da 4 a 6 volte a settimana	19,8	19,5	18,1	20,4
Ogni giorno	13,3	9,5	6,8	10,6

L'8,1% dei ragazzi di 11 anni, il 9,6% dei ragazzi di 13 anni e l'11,3% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre complessivamente il 38% dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

I comportamenti sedentari, come ad esempio la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi, se protratti per diverso tempo nell'arco della giornata, possono avere ripercussioni sulla salute e sul benessere dell'a-

dolescente (5, 6). Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente "tempo trascorso davanti a uno schermo" o *screen time*) e l'obesità (7). Nella sezione del questionario HBSC (vedi p. 4) dedicata all'attività fisica sono presenti domande sulla sedentarietà, ovvero quante ore al giorno vengono trascorse davanti alla TV e al computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e fine settimana.

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

L'utilizzo dei media tra gli adolescenti ha continuato a crescere negli ultimi dieci anni, aiutato dall'aumento dell'uso del telefono cellulare costantemente connesso a Internet (8), mentre le raccomandazioni a livello internazionale suggeriscono di limitare le attività *screen-based* a tempi inferiori alle 2 ore al giorno (9, 10).

Nelle Tabelle 3 e 4 viene descritta la frequenza d'uso della televisione/DVD/altre forme di intrattenimento su schermo. In generale, si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV/video/DVD sia uguale o superiore alle due ore giornaliere per il 42,2% degli adolescenti di 11 anni, per il 52,9% di 13 anni e per il 56,2% di 15 anni (Tabella 3). Durante il fine settimana si osserva un aumento nelle frequenze (62,6%, 71,7% e 69,5% rispettivamente per 11, 13 e 15 anni) rimanendo invariato l'andamento fra le fasce d'età (Tabella 4).

Nella Figura 2 sono state analizzate le frequenze a livello regionale, per genere ed età, del tempo passato davanti allo schermo

e considerato eccessivo se > 2 ore. Si nota che, in tutte le fasce di età e per entrambi i generi, la Valle d'Aosta presenta i valori più bassi di *screen-time*. Le proporzioni più alte si osservano: per gli 11enni maschi in Molise e per le femmine in Lombardia; per i 13enni maschi della PA di Bolzano e per le femmine dell'Emilia-Romagna; per i 15enni maschi della PA di Bolzano e per le femmine della Sardegna (Figura 2).

Nelle Tabelle 5 e 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, per fasce d'età.

Il 34,3% dei giovani a 11 anni, il 44,0% a 13 anni e il 42,7% a 15 anni dichiara di usare almeno 2 ore al giorno computer, console, tablet, smartphone e altri device durante i giorni di scuola (Tabella 5).

In generale, la frequenza più elevata si osserva nei giorni del fine settimana con prevalenze del 51,5% a 11 anni, 59,4% a 13 anni e 52,5% a 15 anni (Tabella 6). ▶

Tabella 3 - Percentuale dei ragazzi che ha risposto alla domanda sul numero di ore al giorno, nel tempo libero nei giorni di scuola, trascorse davanti alla TV/video/DVD e altre forme di intrattenimento su schermo, per età. Italia, 2018

Ore trascorse davanti alla TV/video/DVD nei giorni di scuola	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	11,0	6,9	7,1	7,8
Circa mezz'ora	20,4	14,2	12,6	16,5
Circa un'ora	26,4	26,0	24,0	26,4
Circa 2 ore	20,9	23,7	26,0	23,6
Circa 3 ore	10,4	14,0	15,3	13,2
Circa 4 ore	4,8	7,3	7,9	6,2
Circa 5 ore o più	6,1	7,9	7,1	6,6

Tabella 4 - Percentuale dei ragazzi che ha risposto alla domanda sul numero di ore al giorno, nel tempo libero nel fine settimana, trascorse davanti alla TV/video/DVD e altre forme di intrattenimento su schermo, per età. Italia, 2018

Ore trascorse davanti alla TV/video/DVD nel fine settimana	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	5,3	4,3	6,6	5,7
Circa mezz'ora	12,0	7,8	8,4	10,7
Circa un'ora	20,1	16,2	15,5	18,7
Circa 2 ore	22,1	21,7	21,3	22,6
Circa 3 ore	15,8	18,0	18,1	16,6
Circa 4 ore	9,3	12,8	11,9	10,7
Circa 5 ore o più	15,4	19,2	18,2	14,9

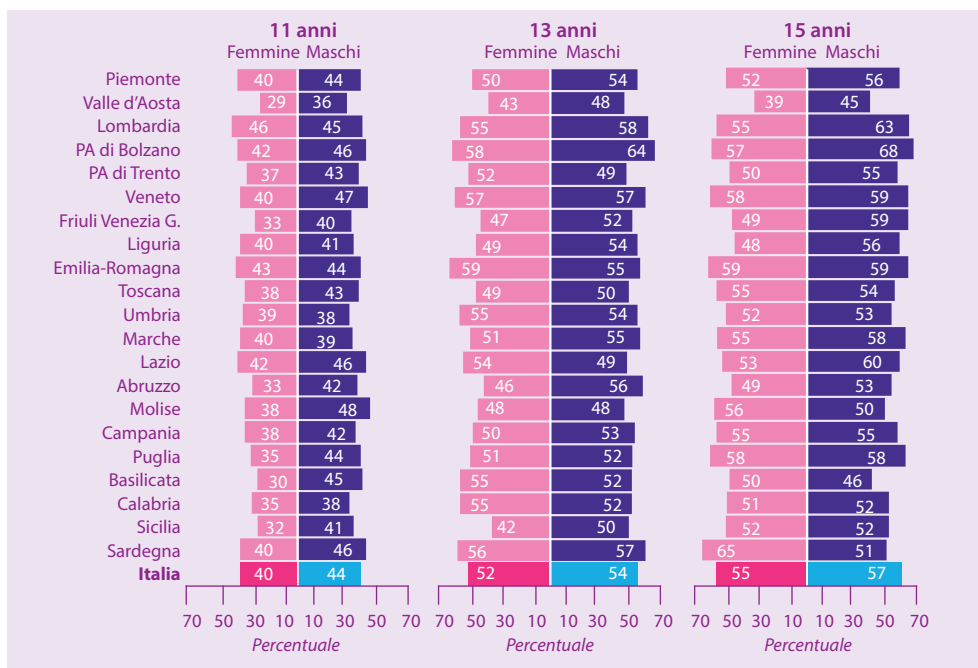


Figura 2 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che ha risposto alla domanda: “Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la TV, i video, i DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?” nei giorni di scuola, per due o più ore al giorno, per età, sesso e Regione. Italia, 2018

Tabella 5 - Percentuale di ragazzi che ha risposto alla domanda su quante ore al giorno, nei giorni di scuola, giocano al computer, alla console, sul tablet, sullo smartphone o altri device, nei giorni di scuola, per età. Italia, 2018

Ore al giorno davanti a PC/tablet/smartphone e altri device elettronici nei giorni di scuola	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	18,6	17,9	22,0	19,0
Circa mezz'ora	23,4	17,1	16,8	20,2
Circa un'ora	23,7	21,0	18,5	22,0
Circa 2 ore	16,0	18,0	16,5	16,7
Circa 3 ore	7,5	10,7	10,0	9,4
Circa 4 ore	4,1	6,0	6,1	5,1
Circa 5 ore o più	6,7	9,3	10,1	7,5

Tabella 6 - Percentuale dei ragazzi che ha risposto alla domanda su quante ore al giorno, nel fine settimana, giocano al computer, alla console, sul tablet, sullo smartphone o altri device, nel fine settimana, per età. Italia, 2018

Ore al giorno davanti a PC/tablet/smartphone e altri device elettronici nel fine settimana	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	11,8	13,6	20,3	15,9
Circa mezz'ora	16,2	11,7	13,3	15,4
Circa un'ora	20,5	15,3	14,0	17,9
Circa 2 ore	17,7	18,0	14,9	16,9
Circa 3 ore	12,0	13,2	11,9	11,9
Circa 4 ore	8,0	9,3	8,5	7,9
Circa 5 ore o più	13,8	18,9	17,1	13,8

La Figura 3 mostra le differenze di genere nell'utilizzo di computer, console, tablet, smartphone e altri device per almeno due ore al giorno, durante i giorni scolastici. I dati mostrano che in tutte le fasce di età e per entrambi i generi, la Valle d'Aosta e la PA di Trento pre-

sentano i valori più bassi di utilizzo; a 11 anni i valori più elevati si osservano per i maschi della Puglia e per le femmine della Sardegna, a 13 anni per i maschi della Sardegna e per le femmine della PA di Bolzano, a 15 anni per i maschi e per le femmine della PA di Bolzano. ■



Figura 3 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, che ha risposto alla domanda: "Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno passi a giocare al computer, console, tablet, smartphone o altri device?" nei giorni di scuola, per almeno due ore al giorno, per età, sesso e Regione. Italia, 2018

Confronto HBSC Italia 2018 e HBSC Italia 2014

- Valori stabili di attività fisica e sedentarietà
- Non sono variate le frequenze di chi non fa "mai" attività fisica
- Invariata, sia nei giorni di scuola che nel fine settimana, la percentuale di ragazzi che guarda la televisione per almeno 2 ore

Confronto HBSC Italia 2018 e internazionale 2018*

- In tutte le fasce di età rimangono inferiori i valori di attività fisica rispetto alla media internazionale. Differenze di genere, con frequenza di attività fisica maggiore nei ragazzi, si evidenziano in ogni classe di età con un andamento internazionale confrontabile con quello nazionale

(*) Riferimenti bibliografici n. 11 e 12 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1).
2. La Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile. 6° Congresso internazionale ISPAH su attività fisica e salute pubblica. Bangkok, Thailandia 16-19 novembre 2016 (https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf).
3. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016;388(10051):1302-10.
4. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>).
5. Carson V, Hunter S, Kuzik N, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab* 2016;41(6 Suppl 3):S240-65.
6. Tremblay MS, Leblanc AG, Janssen I, et al. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36(1):59-64.
7. de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, et al. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One* 2014;9(8):e105620.
8. Council on Communications and Media. Media use in school-aged children and adolescents. *Pediatrics* 2016;138(5):e20162592.
9. Tremblay MS, Warburton DER, Janssen I, et al. New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab* 2011;36(1):36-58.
10. Council on Communication and Media. Children, adolescents, and the media. *Pediatrics* 2013;132(5):958-61.
11. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
12. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

LE ABITUDINI ALIMENTARI E LO STATO NUTRIZIONALE

Paola Nardone^a, Silvia Ciardullo^a, Daniela Pierannunzio^a,
Giacomo Lazzeri^b, Rita Simi^b, Enrica Pizzi^a,
Angela Spinelli^a e il Gruppo HBSC Italia 2018

^aCentro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma

^bDipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo,
Università degli Studi di Siena

Mangiare sano migliora la qualità della vita e, per tale motivo, occorre sin da piccoli e nelle successive fasi di sviluppo instaurare e far conoscere corretti stili alimentari (1).

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori e la famiglia è stata individuata come uno dei principali determinanti (2-4).

Nella prima parte di questo capitolo vengono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari dei ragazzi, mentre nella seconda parte quelli sullo stato ponderale che, in parte, è determinato dalle abitudini alimentari (5).

Frequenza e regolarità dei pasti

Saltare la prima colazione influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, favorisce il consumo disordinato di snack e può persistere come abitudine scorretta in età adulta (6).

In Tabella 1 sono riportate le frequenze di consumo, dichiarate dai ragazzi, della prima colazione durante i giorni di scuola.

Un adolescente su 4 dichiara di non consumare “mai” la prima colazione; tale atteggiamento aumenta con il crescere dell’età ed è più frequente nelle femmine. Si evidenzia una variabilità regionale del fenomeno dove le Regioni del Sud hanno valori più elevati in tutte le fasce d’età prese in considerazione (Figura 1).

Rispetto all’abitudine di consumare uno spuntino tra i pasti (dato non riportato), il 45,5% dei ragazzi dichiara di fare la merenda a metà mattina e a metà pomeriggio, il 32,6% solo a metà pomeriggio, il 12,6% solo a metà mattina e circa 1 adolescente su 10 dichiara di non effettuare alcuno spuntino.

Non si riscontrano apprezzabili differenze regionali e di genere.

Nel 2018 è stata introdotta una domanda con la finalità di rilevare il consumo dei pasti in famiglia. Più di 1 adolescente su 2 dichiara di consumare “ogni giorno” dei pasti in famiglia senza particolari differenze di genere (Tabella 2). ▶

Tabella 1 - Percentuale settimanale della colazione durante i giorni di scuola, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	20,7	26,4	30,6	25,5
Un giorno	3,7	4,0	3,9	3,9
Due giorni	4,1	4,8	4,4	4,5
Tre giorni	4,9	5,6	5,6	5,3
Quattro giorni	3,9	4,2	3,9	4,0
Cinque giorni	62,7	55,0	51,6	56,8

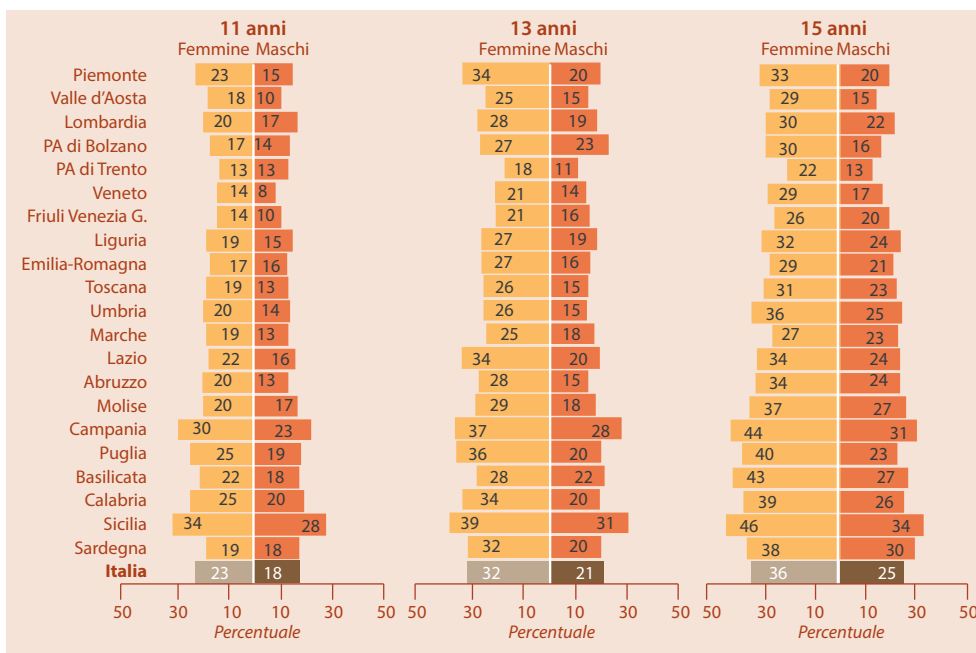


Figura 1 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che non consuma “mai” la prima colazione nei giorni di scuola, per genere e Regione. Italia, 2018

Tabella 2 - Percentuale del consumo dei pasti in famiglia, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Ogni giorno	55,9	58,1	55,6	56,6
La maggior parte dei giorni	33,2	34,6	36,4	34,6
Circa una volta a settimana	7,2	5,1	5,7	6,0
Meno di una volta a settimana	2,0	1,3	1,3	1,6
Mai	1,7	0,9	1,0	1,2

Nelle Regioni del Sud, l’abitudine a consumare “ogni giorno” il pasto in famiglia è più frequente (Figura 2).

Consumo di frutta e verdura

Frutta

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione (7) consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura.

Dalla lettura dei dati emerge che il 16,9% dei ragazzi dichiara di consumare frutta “più di una volta al giorno” con percentuali che tendono a diminuire all’aumentare dell’età (Tabella 3).

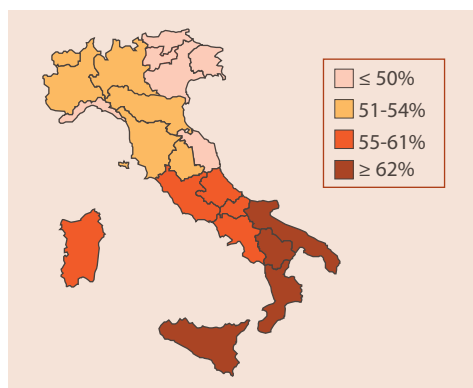


Figura 2 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che ha dichiarato di consumare “ogni giorno” dei pasti in famiglia, per Regione. Italia, 2018

Tabella 3 - Percentuale settimanale del consumo di frutta, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	6,5	5,3	6,2	6,0
Meno di una volta a settimana	6,6	8,1	8,0	7,5
Una volta a settimana	9,9	11,1	11,2	10,7
2-4 giorni a settimana	26,2	27,8	28,8	27,5
5-6 giorni a settimana	12,6	12,7	12,6	12,6
Una volta al giorno tutti i giorni	19,9	18,6	17,5	18,8
Più di una volta al giorno	18,3	16,4	15,7	16,9

Se si considera il consumo di frutta “almeno una volta al giorno” per genere e Regione (Figura 3), si nota che le femmine hanno per-

centuali maggiori dei maschi e che le Regioni sono tutte piuttosto allineate con la media di consumo nazionale per singola fascia d’età.

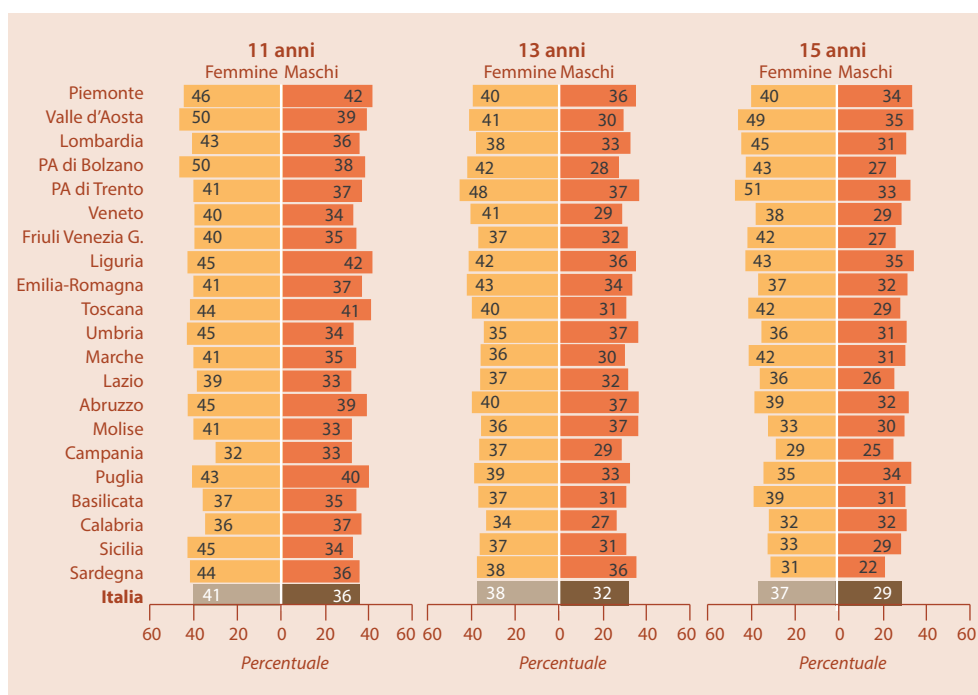


Figura 3 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che ha dichiarato di consumare la frutta “almeno una volta al giorno”, per genere e Regione. Italia, 2018

Verdura

Soltanto il 13,0% dei ragazzi consuma verdura “più di una volta al giorno” (Tabella 4) senza apprezzabili differenze tra le diverse fasce d’età, mentre per il “mai” si osserva una diminuzione con il crescere dell’età.

Se si considera il consumo di verdura “almeno una volta al giorno” per genere e Regione (Figura 4), le femmine hanno percentuali di consumo maggiori dei maschi così come le Regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud. ▶

Tabella 4 - Percentuale del consumo di verdura, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	11,2	8,0	7,2	8,9
Meno di una volta a settimana	8,2	7,1	6,6	7,4
Una volta a settimana	13,1	12,1	11,1	12,2
2-4 giorni a settimana	25,7	28,2	31,4	28,1
5-6 giorni a settimana	14,8	17,1	16,4	16,1
Una volta al giorno tutti i giorni	13,5	15,1	14,3	14,3
Più di una volta al giorno	13,5	12,4	13,0	13,0

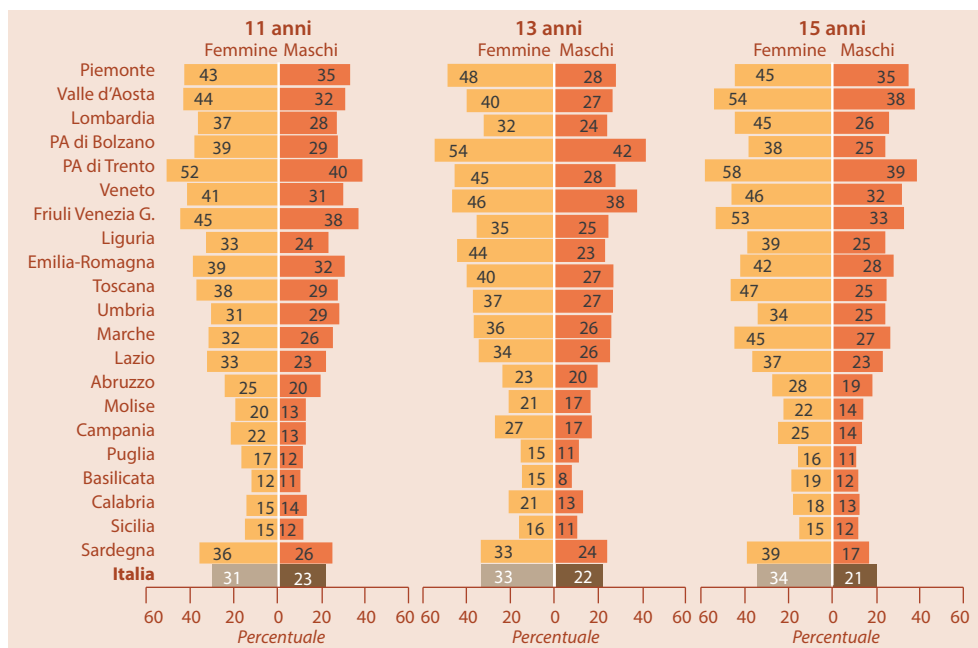


Figura 4 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che ha dichiarato di consumare la verdura "almeno una volta al giorno", per genere e Regione. Italia, 2018

Consumo di legumi e cereali

Nel 2018 è stata introdotta la domanda sul consumo di cereali e legumi da parte dei ragazzi (Tabella 5).

Il 29,1% dei ragazzi assume legumi "2-4 giorni a settimana" con un andamento che cresce con l'età e che presenta lievi differenze regionali. Non si riscontrano differenze di

Tabella 5 - Percentuale del consumo di legumi, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	17,6	12,9	11,0	14,1
Meno di una volta a settimana	15,0	14,8	12,9	14,4
Una volta a settimana	21,9	21,6	22,2	21,9
2-4 giorni a settimana	25,1	30,0	33,7	29,1
5-6 giorni a settimana	10,9	12,2	12,7	11,9
Una volta al giorno tutti i giorni	5,2	5,3	5,2	5,2
Più di una volta al giorno	4,3	3,2	2,3	3,4

genere nelle diverse frequenze di consumo. Il consumo di cereali (pane, pasta ecc. - dato non riportato) è elevato in tutte e tre le fasce d'età: più di 1 adolescente su 2 consuma pane e pasta "almeno 1 volta al giorno", senza differenze di genere e regionali.

Consumo di dolci, bibite zuccherate/gassate e snack salati Dolci

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine molto diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli

di tali nutrienti (8). Complessivamente, il 27,5% degli adolescenti consuma dolci "2-4 giorni a settimana" (Tabella 6) senza distinzioni di genere e geografiche.

Bibite zuccherate/gassate

Il 14,1% dei ragazzi "non consuma mai" bibite zuccherate/gassate (Tabella 7), mentre il 28,0% le consuma da 2 a 6 giorni a settimana. Le frequenze di consumo più elevate diminuiscono con l'età, sono più basse nelle ragazze rispetto ai coetanei maschi (Figura 5) e più elevate al Sud, con qualche eccezione nelle Regioni Nord-Est del Paese (Figura 6). ▶

Tabella 6 - Percentuale del consumo di dolci, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	4,7	3,0	3,7	3,8
Meno di una volta a settimana	12,2	9,1	9,4	10,3
Una volta a settimana	15,7	14,3	13,4	14,6
2-4 giorni a settimana	25,8	28,1	28,9	27,5
5-6 giorni a settimana	13,8	16,1	17,1	15,5
Una volta al giorno tutti i giorni	13,9	15,6	14,2	14,6
Più di una volta al giorno	13,9	13,8	13,3	13,7

Tabella 7 - Percentuale del consumo di bibite zuccherate/gassate, per età. Italia, 2018

Consumo settimanale	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	15,1	12,3	14,8	14,1
Meno di una volta a settimana	22,5	19,9	22,1	21,4
Una volta a settimana	23,5	23,2	21,6	22,8
2-4 giorni a settimana	17,3	22,3	21,3	20,2
5-6 giorni a settimana	7,3	8,5	7,5	7,8
Una volta al giorno tutti i giorni	5,6	5,4	5,2	5,4
Più di una volta al giorno	8,7	8,4	7,5	8,3

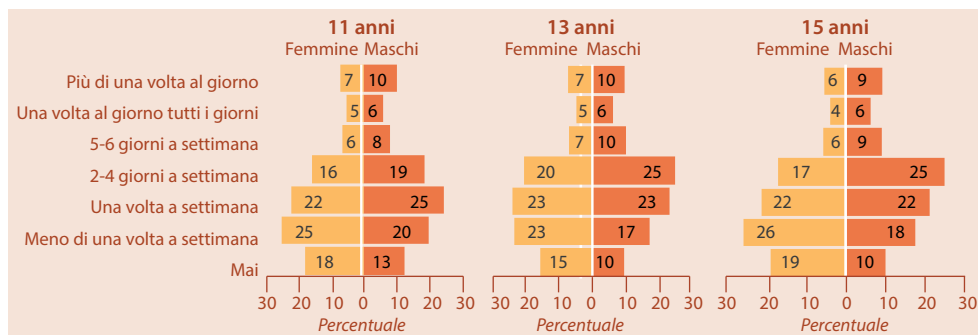


Figura 5 - Percentuale del consumo di bibite zuccherate/gassate, per genere ed età. Italia, 2018

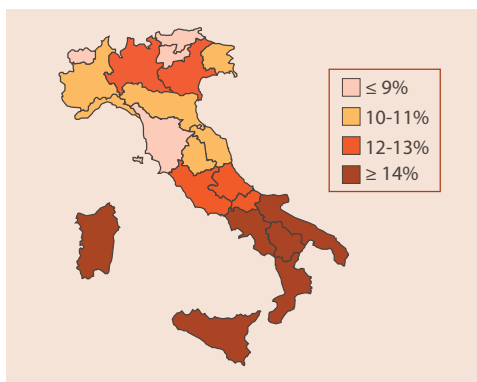


Figura 6 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che dichiara di consumare “almeno una volta al giorno” bibite zuccherate/gassate, per Regione. Italia, 2018

Snack salati

Il consumo di snack salati (dato non riportato) è piuttosto contenuto: il 16,3% dei ragazzi li consuma “almeno una volta al giorno”. Non si notano particolari differenze

geografiche e le ragazze preferiscono questo alimento in misura lievemente maggiore rispetto ai coetanei maschi.

Stato nutrizionale

HBSC raccoglie dati auto-riferiti dai ragazzi su peso e statura (9) tramite i quali è 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.* (10, 11). Come riportato in Tabella 8, la quota di ragazzi in eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) è decisamente maggiore nei maschi, indipendentemente dall'età.

A livello regionale (Figura 7), le prevalenze più elevate di eccesso ponderale si riscontrano nelle Regioni del Sud (Campania, Molise, Calabria ecc.) rispetto a quelle del Centro e del Nord, distribuzione simile a quella osservata tra i bambini di 8-9 anni (12).

Tabella 8 - Indice di Massa Corporea (IMC), per età e genere. Italia, 2018

Classi di peso	11 anni			13 anni			15 anni		
	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Sottopeso	3,3	4,3	3,8	1,9	2,5	2,2	1,9	2,2	2,0
Normopeso	71,6	80,3	75,8	73,1	83,1	77,9	73,0	84,8	78,9
Sovrappeso	19,9	13,4	16,8	21,2	12,8	17,1	20,5	11,0	15,8
Obeso	5,2	2,0	3,6	3,8	1,6	2,8	4,6	2,0	3,3

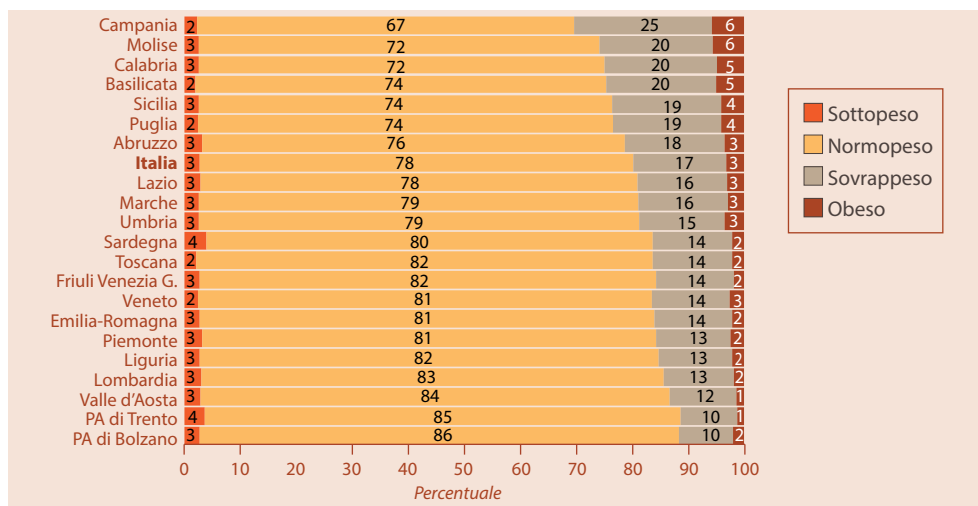


Figura 7 - Percentuale dei ragazzi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi, per Regione. Italia, 2018

La percezione del proprio corpo

Ai ragazzi è stata data la possibilità di esprimere un parere circa il proprio corpo in relazione al peso corporeo. Il 60,6% degli adolescenti pensa che il proprio corpo “sia della taglia giusta”, il 26,4% “grasso o

troppo grasso” e circa il 13% ritiene che sia “magro o troppo magro”. Si evidenziano notevoli differenze di genere: le ragazze si sentono più grasse rispetto ai loro coetanei maschi, soprattutto le 13enni e le 15enni (Figura 8).

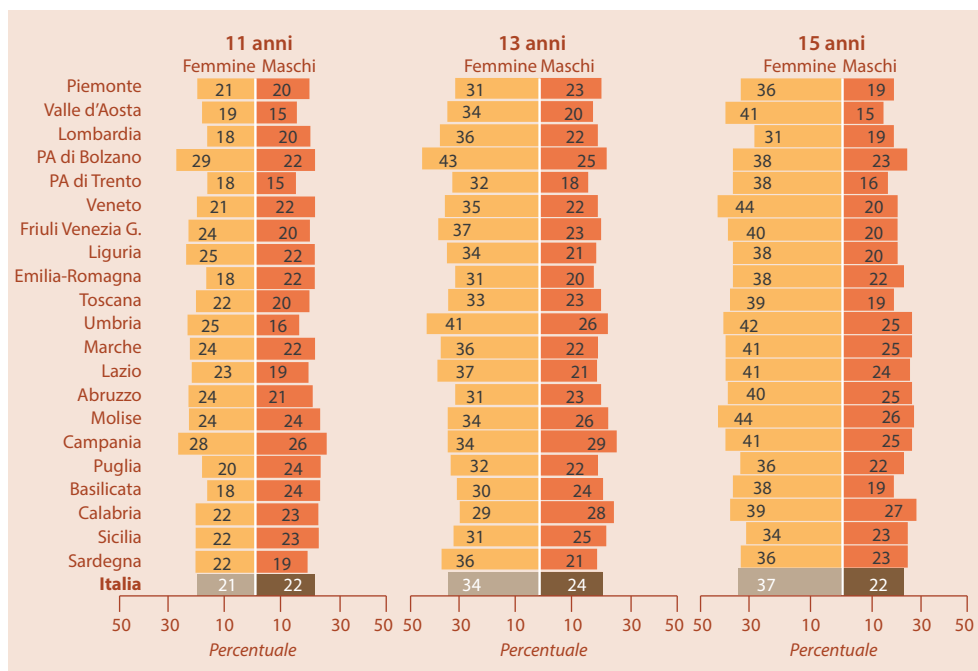


Figura 8 - Percentuale dei ragazzi che si sente “grasso o troppo grasso” per età, genere e Regione. Italia, 2018

Confronto HBSC Italia 2018 e HBSC Italia 2014

- Valori stabili di eccesso ponderale
- Peggiora l’abitudine a saltare la prima colazione
- Aumenta il consumo di verdura “almeno una volta al giorno”, ma diminuisce quello di frutta
- Diminuisce il consumo di bibite zuccherate/gassate
- Aumenta la quota di ragazze che si percepisce “grassa o troppo grassa”

Confronto HBSC Italia 2018 e internazionale 2018*

- Eccesso ponderale maggiore della media internazionale per tutte le fasce d’età
- L’abitudine a saltare la prima colazione è leggermente maggiore rispetto alla media internazionale, soprattutto per i 15enni
- Il consumo quotidiano di frutta è nettamente al di sotto della media internazionale

(*) Riferimenti bibliografici n. 13 e 14 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. GBD 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;393(10184):1958-72.
2. Watts AW, Loth K, Berge JM, *et al.* 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(5):707-14.
3. Salvy SJ, Miles JNV, Shih RA, *et al.* Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J Pediatr Psychol* 2017;42(2):153-61.
4. Ferris KA, Babskie E, Metzger A. Associations between food-related parenting behaviors and adolescents' engagement in unhealthy eating behaviors. *Int J Aging Hum Dev* 2017;84(3):231-46.
5. Narciso J, Silva AJ, Rodrigues V, *et al.* Behavioral, contextual and biological factors associated with obesity during adolescence: a systematic review. *PLoS One* 2019;14(4):e0214941.
6. Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, *et al.* Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.
7. Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA). Centro di ricerca alimenti e nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione. Revisione 2018.* Roma; 2019 (<https://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018>).
8. Vartanian LR, Schwartz MB, Brownell KD. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2007;97(4):667-75.
9. Currie C, Samdal O, Boyce W (Ed.). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): 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; 2001.
10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, *et al.* Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.
11. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, *et al.* Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.
12. Nardone P, Spinelli A, Buoncristiano M, *et al.* Il Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2016. *Not Ist Super Sanità* 2018; 31(7-8, Suppl. 1):1-83.
13. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report.* Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
14. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report.* Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

I COMPORTAMENTI DI DIPENDENZA

Natale Canale, Alessio Vieno e il Gruppo HBSC Italia 2018

*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione,
Università degli Studi di Padova*

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute in pre-adolescenza e adolescenza: i comportamenti di dipendenza (uso di sostanze e gioco d'azzardo). 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 come il tabacco e l'alcol, la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nelle ultime due indagini, inoltre, sono stati inseriti, per i soli 15enni, quesiti volti a indagare le loro esperienze col gioco d'azzardo, riconosciuto ormai come un'altra importante tematica da affrontare in ambito di sanità pubblica, anche fra i più giovani.

Uso di sostanze

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 pre-adolescenti e gli adolescenti sono considerati "biologicamente programmati" per la ricerca di nuove esperienze e per l'adozione di comportamenti di dipendenza, 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 futura (1). 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" - 2013 (2, 3), l'uso di alcol e tabacco e secondariamente l'uso di sostanze illegali sono i principali fattori di rischio per morti premature e morbidità, espressa in termini di anni di vita al netto della disabilità (disability-adjusted life years, DALYs). La riduzione del consumo di sostanze è quindi, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fra gli obiettivi prioritari nel XXI secolo in tema di promozione della salute.

Fumo

Nonostante da tempo siano ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e a breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie a essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature (4). Dal momento che questo comportamento si instaura per lo più durante il periodo dell'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 dipendenza (5), in linea anche con quanto indicato a livello internazionale dalla Convenzione Quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (6), 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 di 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 indipendenza (7, 8).

Ai ragazzi coinvolti nello studio HBSC è stato chiesto di indicare se fumano e con quale frequenza. Nella Tabella 1 è descritta la quota di ragazzi che ha fumato almeno una sigaretta nella propria vita per età. 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 11enni all'82% dei 13enni sino al 55% dei 15enni.

La Figura 1 mostra la quota di ragazzi, per genere ed età, che dichiara di aver fumato almeno un giorno nella vita. I dati sono presentati stratificati per Regione e messi a confronto con il dato medio nazionale che indica come la prevalenza di ragazzi che ha dichiarato di aver fumato almeno un giorno nella vita passi da un valore pari o inferiore al 5% a 11 anni, a un valore poco al di sotto del

Tabella 1 - Percentuale dei ragazzi che ha dichiarato di aver fumato almeno una sigaretta nella vita, per età. Italia, 2018

Frequenza	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	96,5	82,3	55,2	80,1
1-2 giorni	2,4	8,4	11,6	7,0
3-5 giorni	0,4	2,5	5,0	2,5
6-9 giorni	0,1	1,4	3,7	1,6
10-19 giorni	0,1	1,5	3,8	1,6
20-29 giorni	0,1	0,7	2,7	1,0
30 giorni o più	0,3	3,2	18,0	6,2

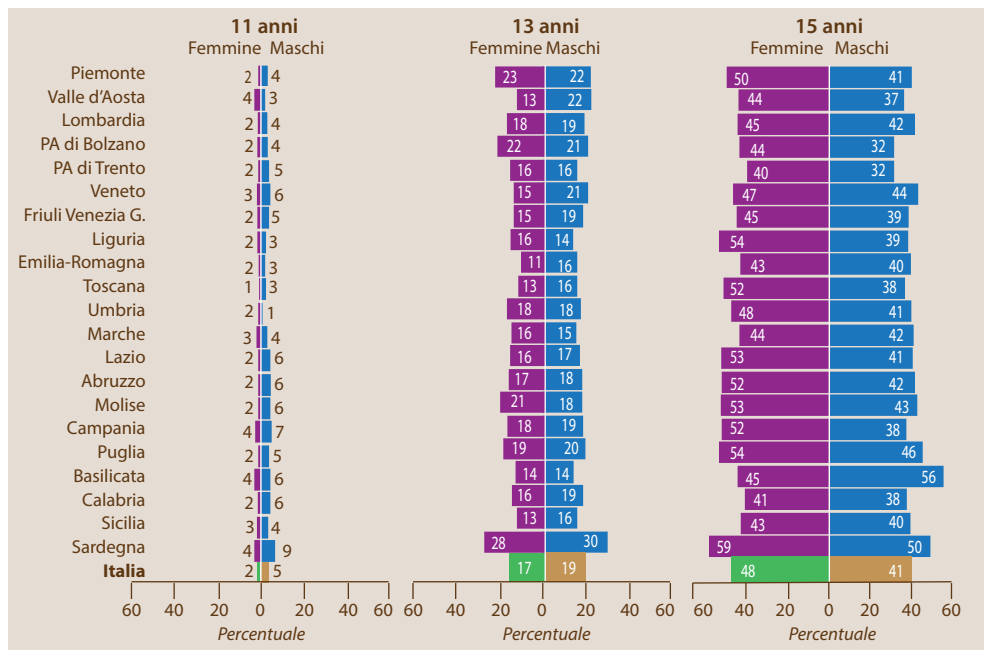


Figura 1 - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che ha dichiarato di aver fumato almeno un giorno nella vita, per età, genere e Regione. Italia, 2018

20% a 13 anni per arrivare a circa il 40% nei ragazzi 15enni e a circa il 50% delle ragazze 15enni. Per quanto riguarda i dati regionali, in Sardegna, fra i 13enni emergono importanti scostamenti dalla media nazionale (il 30% circa dei ragazzi e delle ragazze); fra i 15enni si rilevano dati decisamente superiori alla media nazionale fra i maschi della Basilicata (56%), Sardegna (50%) e Puglia (46%), e le femmine della Sardegna (59%), Puglia e Liguria (54%). Da evidenziare come in più della metà delle Regioni italiane (14 Regioni), le 15enni riferiscono più frequentemente dei maschi 15enni di aver fumato almeno un giorno nella vita.

Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici (9) e un aumento del numero di astinenti tra i 15enni (10), 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 adulta (11). 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 adulta (12).

Poiché l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni e in Italia vige il divieto (13) 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 rappre-

senta un comportamento a rischio. Sebbene il consumo di alcol sia recentemente diminuito, in molti Paesi, rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria; è necessario, quindi, monitorarne i consumi, identificare i fattori a essi associati e stabilire politiche utili a limitarne l'uso (14).

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.

Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se consumino bevande alcoliche e con quale frequenza. Nella Tabella 2 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita. La maggior parte degli intervistati ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol; tale percentuale si riduce però con l'aumentare dell'età, passando dall'84% degli 11enni al 62% dei 13enni sino al 30% dei 15enni. Ad aumentare con l'età è, invece, soprattutto la frequenza del consumo giornaliero "30 giorni o più" nella vita che passa dall'1% a 11 anni, al 13% a 15 anni.

La Figura 2 riporta la quota di ragazzi che dichiara di aver sperimentato l'ubriachezza almeno due volte nella vita. I dati regionali sono posti a confronto con il dato medio nazionale che mostra, anche per questo fenomeno, un evidente aumento con l'età: se infatti a 11 anni è l'1% circa di entrambi i generi a riferire almeno due esperienze di ubriachezza, tali quote risultano triplicate (3%) per ►

Tabella 2 - Percentuale del consumo di alcol nella vita, per età. Italia, 2018

Frequenza	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Mai	84,2	62,4	29,9	61,5
1-2 giorni	9,7	17,4	18,5	14,9
3-5 giorni	2,5	6,8	11,7	6,6
6-9 giorni	1,3	4,1	9,9	4,7
10-19 giorni	0,8	3,9	11,4	4,8
20-29 giorni	0,3	1,5	5,5	2,1
30 giorni o più	1,2	3,9	13,1	5,4

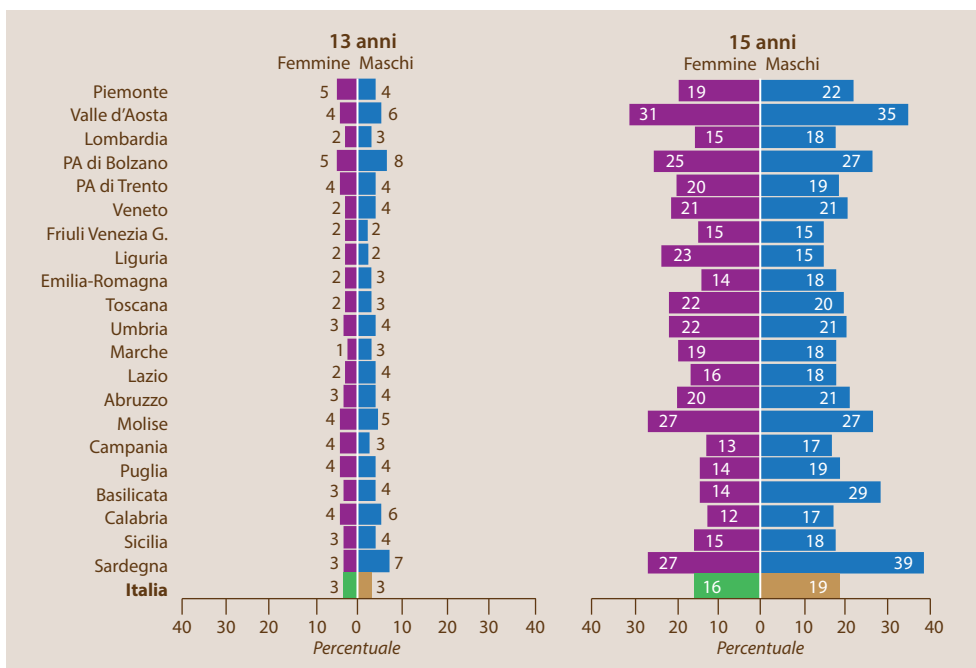


Figura 2 - Percentuale dei ragazzi che ha dichiarato di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età (la quota degli 11enni non viene riportata per i valori molto bassi, range 0,1-1,7), genere e Regione. Italia, 2018

entrambi i generi a 13 anni e raggiungono il 19% fra i ragazzi e il 16% fra le ragazze a 15 anni. Le differenze di genere diventano più salienti all'età dei 15 anni.

Coerentemente con quanto suggerito dal dato medio italiano, in generale il fenomeno è più presente nei ragazzi rispetto alle coetanee. Sono da segnalare principalmente due Regioni, la Sardegna e la Basilicata, dove i ragazzi 15enni che hanno dichiarato di essere stati ubriachi almeno due volte nella vita sono rispettivamente il 39% e il 29% (rispetto alle coetanee 27% e 14%).

La Liguria, invece, si caratterizza per una maggiore quota di ragazze 15enni (23%) rispetto ai coetanei (15%). In alcune Regioni (Valle d'Aosta, Sardegna e Basilicata) a 15 anni il fenomeno è stato riportato da una quota di ragazzi decisamente superiore rispetto alla media nazionale e lo stesso accade per le ragazze della Valle d'Aosta, della Provincia Autonoma (PA) di Bolzano, del Molise e della Sardegna.

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 preoccupante (15, 16). Tale preoccupazione è legata, in particolare, al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni a un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione (15). Nonostante si stia riscontrando, come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis lo studio di questo fenomeno rimane una priorità per la sanità pubblica, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo. Ai ragazzi è stato chiesto di indicare se fumano cannabis e con quale frequenza. La Tabella 3 mostra come la maggior parte dei 15enni dichiarati di non aver

Tabella 3 - Percentuale dei ragazzi 15enni che ha fatto uso del fumo di cannabis (canna, spinello, cilum ecc.) nella vita, per genere. Italia, 2018

Frequenza	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Mai	72,1	79,2	75,6
1-2 giorni	9,3	8,4	8,8
3-5 giorni	4,3	3,9	4,1
6-9 giorni	2,4	1,7	2,1
10-19 giorni	2,7	2,1	2,4
20-29 giorni	1,8	1,1	1,5
30 giorni o più	7,4	3,6	5,5

mai fatto uso di cannabis nella vita, con una percentuale più elevata fra le femmine rispetto ai coetanei maschi (79% *vs* 72%). È possibile notare una leggera differenza di genere per i consumi più frequenti (30 giorni o più nel corso della vita) con un 7% nei maschi e un 4% nelle femmine. Stratificando il dato per Regione (Figura 3), si conferma la differenza di genere, con le uniche eccezioni della Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Molise e Sardegna in cui la quota di ragazze che dichiara di aver fatto uso di

cannabis, almeno una volta nella vita, eguaglia o supera di poco quella dei coetanei maschi. In alcune Regioni (Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Basilicata e Sardegna), nei maschi il fenomeno è decisamente superiore alla media nazionale (28%) con punte che raggiungono o superano il 30%, in particolar modo in Puglia e in Basilicata dove i 15enni maschi arrivano al 37% e al 36% rispettivamente. Fra le femmine si segnalano il 31% in Sardegna, il 29% in Toscana e il 28% in Puglia e Lazio rispetto a una media nazionale del 21%. ►

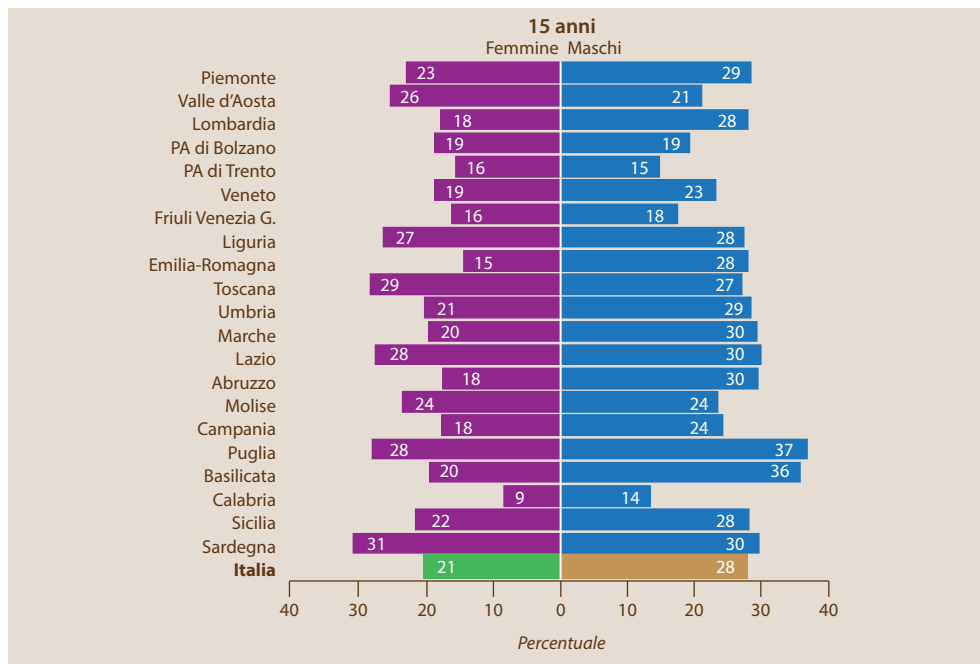


Figura 3 - Percentuale dei ragazzi 15enni che ha fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita, per genere e Regione. Italia, 2018

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 ricerca (17, 18). Gli adolescenti sono considerati un gruppo ad alto rischio di sviluppo dei problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottovalutare i rischi e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza (19). Così come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a conseguenze negative, come ad esempio comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione della relazione sociali (genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio (20). D'altra parte, il gioco d'azzardo è diventato, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti; dati recenti su 33 Stati europei dimostrano che il 23% degli studenti ha dichiarato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (32% dei ragazzi vs 14% delle ragazze) (17). Tra i più giovani,

sono state condotte diverse ricerche allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione di tale problema. Ulteriori studi sono, tuttavia, necessari per comprendere meglio il ruolo di alcuni aspetti legati alla società, le variabili socio-economiche e dei media nell'influenzare i valori, le credenze e i 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 a indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita, che a valutare il loro grado di coinvolgimento (South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents-SOGS-RA) (21) riuscendo a individuare la quota di ragazzi "a rischio" di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano "seri problemi".

La Figura 4 mostra la quota di ragazzi (solo 15enni), per età, genere e Regione, che ha provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita. I dati regionali sono posti a confronto con il dato nazionale. Si evidenzia una

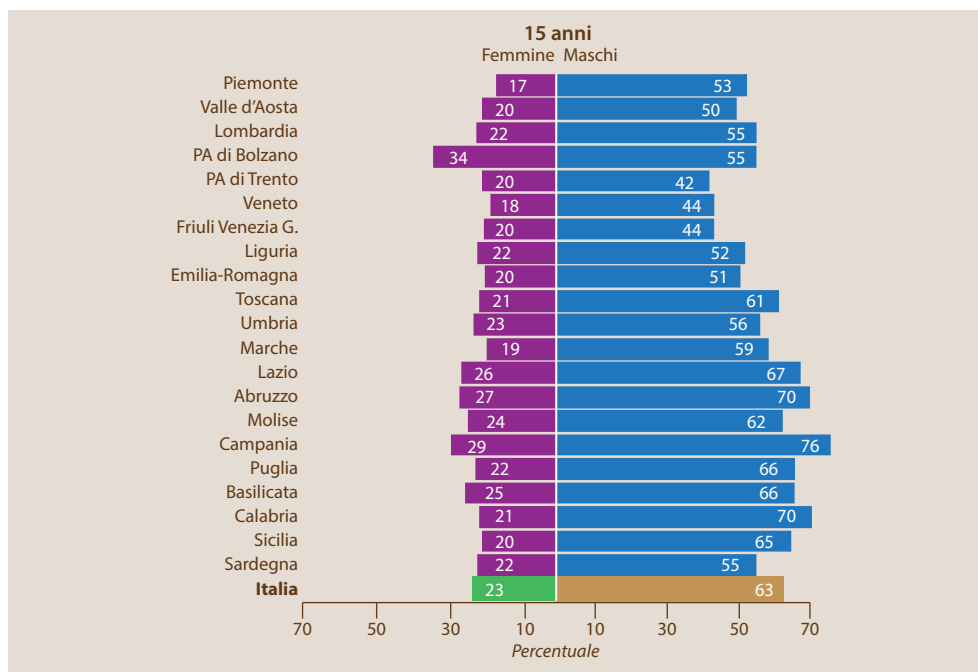


Figura 4 - Percentuale dei ragazzi 15enni che ha provato a scommettere o a giocare denaro nella loro vita, per genere e Regione. Italia, 2018

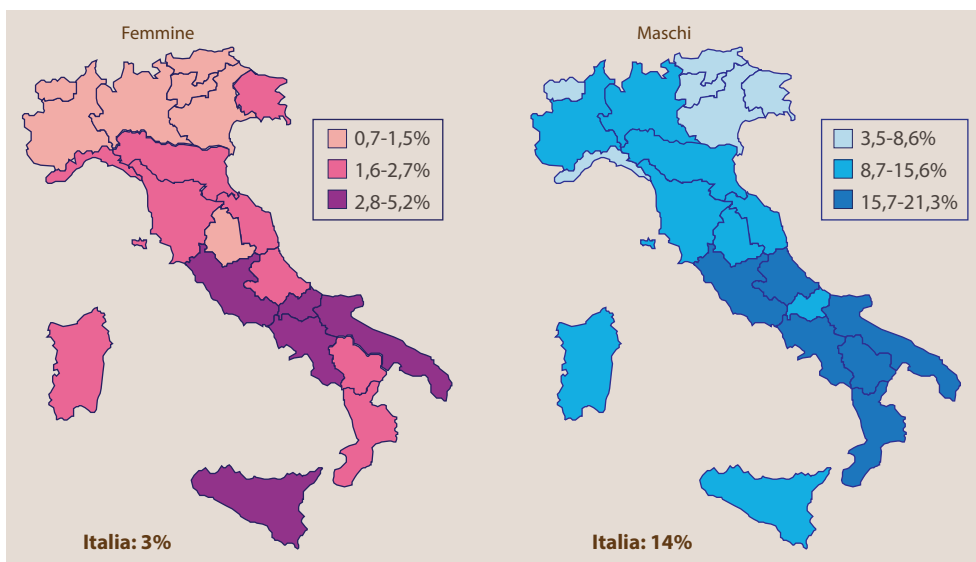


Figura 5 - Percentuale dei ragazzi 15enni con gioco d'azzardo a "rischioso" e "problematico", per genere e Regione. Italia, 2018

notevole differenza di genere con una percentuale di maschi (63%) circa tre volte superiore a quella delle coetanee femmine (23%) che dichiara di aver scommesso/giocato denaro nel corso della vita. Alcune Regioni, in particolare il Centro-Sud (Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) mostrano per i maschi prevalenze superiori a quelle nazionali, lo stesso accade per le coetanee femmine nella PA di Bolzano e nel Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Basilicata. Anche per la

quota di studenti a rischio di sviluppare una condotta problematica o che possono già essere definiti problematici (Figura 5), si evidenzia una netta differenza di genere (14% maschi *vs* 3% femmine). Emergono alcuni scostamenti dalla media nazionale in Campania e Calabria (21%) e Basilicata (19%) per i ragazzi e in Campania e Puglia (5%) per le coetanee femmine. La prevalenza del gioco d'azzardo a rischio/problematico è del 7% sul totale dei 15enni. ■

Confronto HBSC Italia 2018 e HBSC Italia 2014

- Stabile la tendenza per fumo e alcol, ad aumentare con il crescere dell'età
- Stabile la prevalenza dell'ubriachezza almeno due volte nella vita (per genere ed età)
- Stabile il consumo di cannabis almeno una volta nella vita, per genere
- Aumenta il gioco d'azzardo a rischio/problematico nei 15enni maschi*

(*) Confronto con i dati HBSC-Italia 2014 riportati nel focus paper *I ragazzi ed il gioco d'azzardo* (www.hbsc.unito.it/it/index.php/publicazioni/focuspapers.html)

Confronto HBSC Italia 2018 e internazionale 2018*

- La prevalenza di fumo di sigaretta nella vita è maggiore rispetto alla media internazionale per i 15enni (maschi e femmine)
- La prevalenza dell'ubriachezza almeno due volte nella vita è minore rispetto alla media internazionale per fascia d'età e genere
- L'uso di cannabis nella vita è maggiore rispetto alla media internazionale per i 15enni (maschi e femmine)

(*) Riferimenti bibliografici n. 22 e 23 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. National Institute on Drug abuse (<https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>).
2. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, *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.
3. GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, *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.
4. World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic 2019. Offer help to quit tobacco use.* Geneva:WHO; 2019.
5. Cavallo F, Lemma P, Santinello M, Giacchi M. (Ed.). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC.* Padova: Cleup; 2007.
6. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Geneva: WHO; 2003.
7. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Rodgers K, *et al.* Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2012;120(1-3):181-9.
8. Lambert M, Verduykt P, Van den Broucke S. 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; 2002.
9. de Looze M, Raaijmakers Q, Ter Bogt T, *et al.* 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.
10. Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, *et al.* 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):S120-8.
11. Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Aalto-Setälä T, *et al.* Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol Alcoholism* 2001;36(1): 85-8.
12. Engels RCME, Scholte RHJ, Van Lieshout CFM, *et al.* Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addict Behav* 2006;31(3):440-9.
13. Italia. Legge 8 novembre 2012, n. 189. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (12G0212). *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 263, 10 novembre 2012 - Suppl. Ordinario n. 201.
14. World Health Organization. Inchley J, Currie D, Vieno A, Torsheim T, Ferreira-Borges C, Weber MM, Barnekow V, Breda J (Ed.). *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014.* Geneva: WHO; 2018.
15. Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): cannabis use opportunities - an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction* 2017;112(11):1983-4.
16. Burdzovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction* 2017;112(11):1973-82.

17. Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, *et al.* 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):1862-73.
18. Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of adolescent problem gambling: a systematic review of recent research. *J Gamb Stud* 2017;33(2):397-424.
19. Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, *et al.* Adolescent gambling-oriented attitudes mediate the relationship between perceived parental knowledge and adolescent gambling: implications for prevention. *Prev Sci* 2016;17(8):970-80.
20. Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health* 2010;47(3):223-36.
21. Chiesi F, Donati MA, Galli S, *et al.* The suitability of the South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents (SOGS-RA) as a screening tool: IRT-based evidence. *Psychol Addict Behav* 2013;27(1):287-93.
22. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report.* Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
23. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report.* Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Claudia Marino, Michela Lenzi e il Gruppo HBSC Italia 2018

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova

Nell'ultimo decennio, in tutto il mondo l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso e importante soprattutto tra pre-adolescenti e giovani. Infatti, per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, Internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per numerosi motivi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network (1). 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 civico (2-4). 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 tale 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 (ad esempio, familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 1 sono riportate le risposte dei ragazzi in relazione ai contatti con amici stretti e con amici conosciuti su Internet.

Tra gli 11enni, un adolescente su due ha contatti online con amici stretti più volte al giorno o quasi sempre durante la giornata. Le percentuali aumentano con il crescere dell'età fino a superare il 70% tra i 15enni. Sono i 13enni, invece, a mostrare di avere contatti con amici conosciuti tramite Internet più frequentemente (l'11,4% più volte al giorno e quasi sempre durante la giornata) rispetto ▶

Tabella 1 - Percentuale dei ragazzi ai quali è stato chiesto: "Quante volte hai contatti online con le seguenti persone: amici stretti, amici conosciuti tramite Internet?", per età. Italia, 2018

Frequenza e tipologia di contatti online	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
<i>Amici stretti</i>				
Non so cosa siano/non lo faccio	5,9	2,4	1,5	3,4
Mai o quasi mai	7,9	4,4	2,6	5,2
Almeno una volta a settimana	12,9	8,7	5,8	9,4
Giornalmente o quasi ogni giorno	21,8	20,3	18,6	20,4
Più volte al giorno	21,0	22,6	23,3	22,2
Quasi sempre durante la giornata	30,5	41,6	48,2	39,4
<i>Amici conosciuti tramite Internet</i>				
Non so cosa siano/non lo faccio	44,6	28,5	24,9	33,4
Mai o quasi mai	34,8	36,6	40,3	37,0
Almeno una volta a settimana	8,5	15,2	16,4	13,1
Giornalmente o quasi ogni giorno	4,3	8,3	8,3	6,9
Più volte al giorno	3,6	6,4	5,5	5,1
Quasi sempre durante la giornata	4,2	5,0	4,6	4,6

agli 11enni e ai 15enni. Le percentuali relative alla modalità di risposta “almeno una volta a settimana” indicano che la frequenza con cui gli adolescenti hanno contatti con persone che non conoscevano quando erano offline raddoppia nel passaggio dagli 11 ai 13 anni. Questo dato potrebbe suggerire che è in questa fascia di età (11-13 anni) che gli adolescenti iniziano a sperimentare comportamenti online potenzialmente rischiosi.

Nel 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 a 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 2 sono riportate le risposte dei ragazzi relativamente all'affermazione: “Su Internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia”. In tutte le fasce di età, più della metà degli adolescenti non preferisce parlare delle proprie preoccupazioni online piuttosto che faccia a faccia. Non si osservano differenze significative tra ragazzi e ragazze delle diverse età. Tuttavia, le ragazze 13enni

sono il gruppo che presenta le percentuali più alte nelle modalità di risposta “d'accordo” e “molto d'accordo”.

Inoltre, gli indicatori della Social Media Disorder Scale (9) offrono una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media: ansia di accedere ai social, volontà di passare sempre più tempo online, sintomi di astinenza quando si è offline, fallimento nel controllo del tempo, trascurare altre attività, litigi con genitori a causa dell'uso, problemi con gli altri, mentire ai genitori, usare i social per scappare da sentimenti negativi. È possibile osservare la prevalenza di ragazzi a rischio di sviluppare una problematicità legata all'uso dei social media, ovvero quei ragazzi che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi (Tabella 3). I 13enni emergono nuovamente come la fascia d'età che mostra livelli di problematicità più alti rispetto agli altri due gruppi. In particolare, l'uso problematico dei social media sembra aumentare per le ragazze nel passaggio dagli 11 ai 13 anni e diminuire tra le 15enni. I ragazzi mostrano una diminuzione della prevalenza di uso problematico dagli 11 ai 15 anni. I maschi 15enni rappresentano la categoria in cui l'uso problematico dei social media è più basso.

La Figura mostra le percentuali di adolescenti di 11, 13 e 15 anni che fanno uso problematico di social media in ogni Regione.

Tabella 2 - Percentuale dei livelli di accordo dei ragazzi con l'affermazione: “Su Internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia”, per età e genere. Italia, 2018

Livelli di accordo	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)		Totale (%)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Non sono per niente d'accordo	56,8	54,9	46,0	41,3	45,6	45,0	49,8	47,1
Non sono d'accordo	18,1	20,6	23,1	25,6	25,3	25,4	21,9	23,8
Né d'accordo, né in disaccordo	12,5	13,0	17,6	18,3	15,7	16,9	15,2	16,1
Sono d'accordo	7,6	7,8	9,1	10,5	10,2	9,8	8,9	9,4
Sono molto d'accordo	5,0	3,7	4,2	4,3	3,2	2,9	4,2	3,6

Tabella 3 - Percentuale dell'uso problematico dei social media (no/sì), per età e genere. Italia, 2018

Uso dei social media	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)		Totale (%)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Non problematico	91,0	90,2	91,8	85,8	94,3	88,8	92,2	88,2
Problematico	9,0	9,8	8,2	14,2	5,7	11,2	7,8	11,8

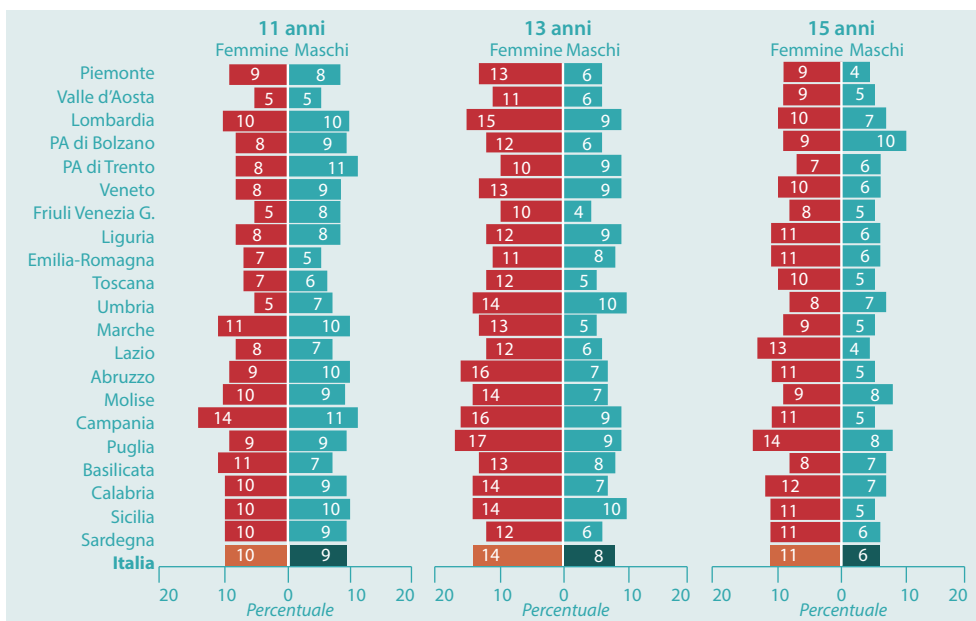


Figura - Percentuale dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che fa uso problematico dei social media, per età, genere e Regione. Italia, 2018

A livello regionale, tra i 13enni, le prevalenze più elevate di uso problematico dei social media (Tabella 4) si riscontrano in alcune Regioni del Sud (ad esempio, in Campania, Puglia, Sicilia). A eccezione del Piemonte e della Lombardia, le Regioni del Nord presentano ▶

Tabella 4 - Percentuale dell'uso problematico dei social media, per età, genere e Regione. Italia, 2018

Regioni	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	M	F	M	F	M	F
Piemonte	8,1	8,5	6,2	12,7	4,1	9,2
Valle D'Aosta	4,7	4,9	6,0	10,6	5,1	8,8
Lombardia	9,9	10,1	8,6	15,3	7,2	10,4
Provincia Autonoma di Bolzano	9,3	7,5	6,2	12,4	9,8	8,9
Provincia Autonoma di Trento	10,6	7,7	9,1	9,5	5,7	7,1
Veneto	8,5	7,7	8,7	12,5	6,4	10,3
Friuli Venezia Giulia	7,8	5,1	4,0	9,6	4,9	8,2
Liguria	7,9	7,5	9,0	12,2	6,3	11,1
Emilia-Romagna	5,4	7,1	8,2	10,5	6,0	11,1
Toscana	5,8	7,3	4,6	12,1	4,9	9,8
Umbria	6,7	5,3	9,5	14,1	7,3	7,7
Marche	9,6	11,4	4,7	12,9	4,7	8,7
Lazio	7,1	8,0	6,0	11,7	4,4	13,3
Abruzzo	9,7	8,7	6,5	15,7	4,7	11,0
Molise	9,2	10,1	7,3	13,9	7,7	9,1
Campania	10,7	13,7	9,3	16,0	4,8	11,0
Puglia	8,6	9,3	8,5	16,6	8,0	14,0
Basilicata	7,4	10,6	8,2	12,6	7,0	8,3
Calabria	9,2	10,2	7,4	14,0	6,9	12,0
Sicilia	9,8	10,4	10,2	14,4	4,6	11,4
Sardegna	9,2	9,8	6,3	12,3	5,9	11,2
Italia	9,0	9,8	8,2	14,2	5,7	11,2

le prevalenze più basse (ad esempio, la Valle d'Aosta). Questo pattern sembra simile anche tra gli 11enni che, in molte Regioni, mostrano un livello di problematicità inferiore di circa 5 punti percentuali rispetto agli adolescenti di 13 anni che vivono nelle stesse Regioni. Le differenze più marcate tra 11enni e 13enni si

riscontrano in alcune Regioni del Centro (ad esempio, Umbria e Abruzzo). Tra i 15enni, invece, le differenze regionali sembrano essere meno marcate, con il Lazio e la Puglia che mostrano i livelli più alti di problematicità tra le ragazze e la Provincia Autonoma di Bolzano che mostra i livelli più alti tra i ragazzi. ■

Confronto HBSC Italia 2018 e internazionale 2018*

- La prevalenza dell'uso problematico dei social media è maggiore della media internazionale
- Le ragazze mostrano i livelli più alti di problematicità similmente alle medie internazionali
- La percentuale di ragazzi che ha contatti giornalieri online con gli amici stretti è maggiore rispetto alla media internazionale
- La preferenza per le interazioni online aumenta con l'età tra i maschi in linea con le medie internazionali

(*) Riferimenti bibliografici n. 10 e 11 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. Griffiths MD, Kuss, DJ, Billieux J, *et al.* The evolution of Internet addiction: a global perspective. *Addict Behav* 2016;53:193-5.
2. Barry CT, Sidoti CL, Briggs SM, *et al.* Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *J Adolesc* 2017;61:1-11.
3. Lenzi M, Vieno A, Altoè G, *et al.* Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement? *Am J Community Psychol* 2015;55(3-4):444-54.
4. Valkenburg PM, Peter J. Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Dev Psychol* 2007;43(2):267-77.
5. Marino C, Gini G, Vieno A, *et al.* The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;15(226):274-81.
6. van den Eijnden R, Koning I, Doornwaard S, *et al.* The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *J Behav Addict* 2018;7(3): 697-706.
7. Marino, C, Vieno A, Altoè G, *et al.* Factorial validity of the problematic Facebook use scale for adolescents and young adults. *J Behav Addict* 2017;6(1):5-10.
8. Caplan S. Theory and measurement of generalized problematic Internet use: a two-step approach. *Comput Hum Behav* 2010;26(5):1089-97.
9. van den Eijnden RJJM, Lemmens JS, Valkenburg P.M. The social media disorder scale. *Comput Hum Behav* 2016;61:478-87.
10. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
11. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

LA SALUTE E IL BENESSERE

Patrizia Lemma, Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Nazario Cappello, Franco Cavallo, Lorena Charrier, Veronica Sciannameo, Paola Dalmasso e il Gruppo HBSC Italia 2018

*Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche,
Università degli Studi di Torino*

La salute degli adolescenti, età nella quale l'esperienza di malattia ha la sua più bassa espressione, è rimasta a lungo lontana dall'arena dei dibattiti scientifici. Questa è, però, l'età in cui si definiscono gli stili di vita che avranno conseguenze sui livelli di malattia dell'età adulta e in cui, dall'incontro/scontro con il contesto di vita, si costruisce il proprio modo di stare al mondo e di concepire la salute e il benessere (1). Lo studio HBSC rappresenta la salute degli adolescenti affiancando variabili che la descrivono in termini positivi (percezione della propria salute e scala di soddisfazione della vita) ad altre variabili che riferiscono, invece, della presenza di alcuni sintomi considerati un possibile segno di stress psicosociale, con il correlato consumo di farmaci. Viene poi esplorata la frequenza di rapporti sessuali completi con le abitudini di uso della contraccezione e con la frequenza degli infortuni.

Salute percepita e soddisfazione per la vita

In alcuni studi qualitativi gli adolescenti rappresentano la salute come una condizione funzionale che permette loro di svolgere le normali attività di vita (2, 3), e studi empirici dimostrano come un ampio spettro di fattori socio-ambientali influenzino la sua percezione (4). Alti livelli di soddisfazione per la vita che si sta vivendo si dimostrano in relazione con minori sintomi psicopatologici (5) e minore uso di sostanze (6).

La percentuale di ragazzi italiani che si dichiara in buona o eccellente salute, pur riducendosi con l'aumentare dell'età, è sempre molto alta, mantenendosi al di sopra dell'85% in tutti i gruppi d'età (Tabella 1). La Figura 1 descrive come le ragazze abbiano, rispetto ai coetanei, una percentuale minore di dichiarazione di salute eccellente con un divario che aumenta con l'aumentare dell'età: il fenomeno si presenta costantemente in tutto il territorio nazionale. Oltre l'80% dei ragazzi dichiara livelli medio-alti di soddisfazione per la propria vita (punteggio 6 o più sulla scala di Cantril) (7), seppure con un andamento decrescente con l'aumentare dell'età, con percentuali maggiori nel genere maschile (Figura 2).

Dichiarazione di sintomi e utilizzo di farmaci

Lo studio HBSC esplora la salute degli adolescenti non solo attraverso la percezione che loro stessi ne hanno, ma anche interrogandoli sui sintomi di cui soffrono: gli otto sintomi ricercati (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) sono infatti considerati il riflesso del peso percepito nella relazione con il contesto sociale di riferimento (famiglia, scuola, pari) (8). Il 43% dei maschi e il 62% delle ragazze dichiarano di soffrire di almeno 2 sintomi più di una volta a setti- ►

Tabella 1 - Percentuale della percezione del proprio stato di salute, per età. Italia, 2018

Stato di salute	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale (%)
Scadente	0,7	0,8	1,1	0,8
Discreto	6,3	8,1	11,8	8,5
Buono	53,3	55,2	60,2	55,9
Eccellente	39,7	35,9	26,9	34,8

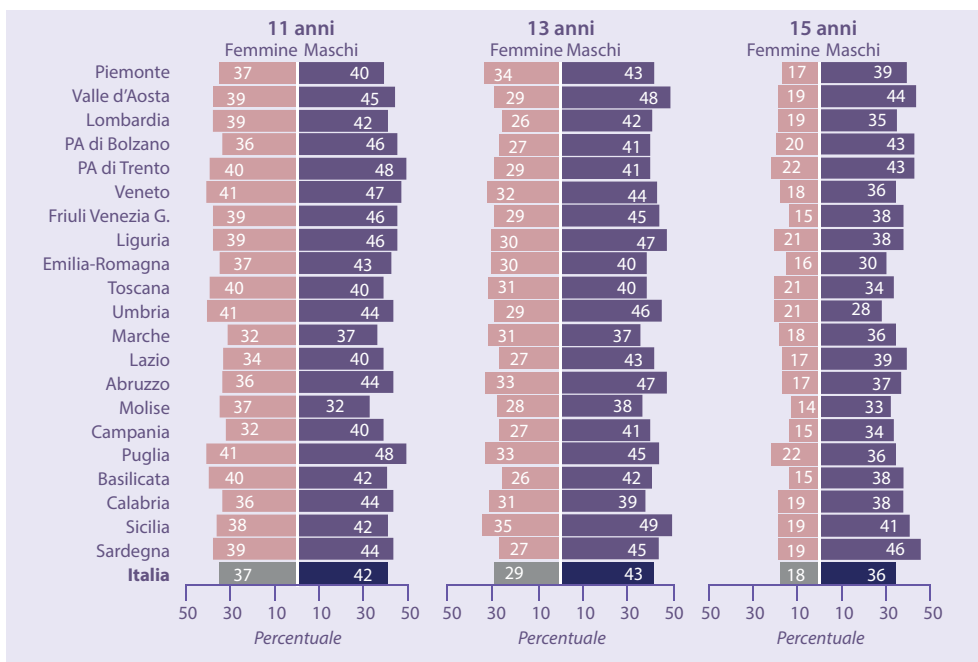


Figura 1 - Percentuale dei ragazzi che considera la propria salute "eccellente", per età, genere e Regione. Italia, 2018

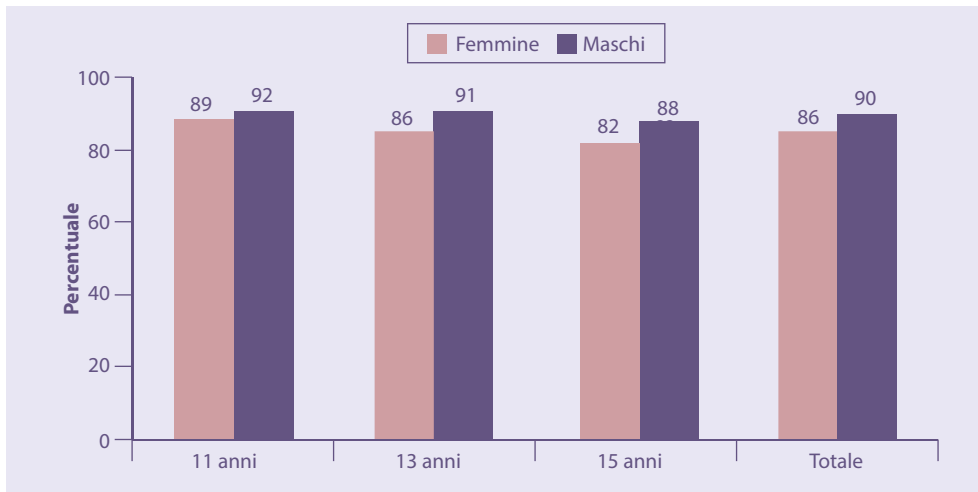


Figura 2 - Percentuale del livello medio-alto di soddisfazione per la propria vita (punteggio tra 6 e 10 sulla scala di Cantril), per età e genere. Italia, 2018

mana con un andamento che, per le ragazze, cresce con l'età. Inoltre, in tutte le fasce di età il fenomeno è sempre più frequente nelle ragazze

(Figura 3). Fatta eccezione per la Provincia Autonoma di Bolzano la frequenza dei sintomi non presenta variabilità territoriale (Figura 4).

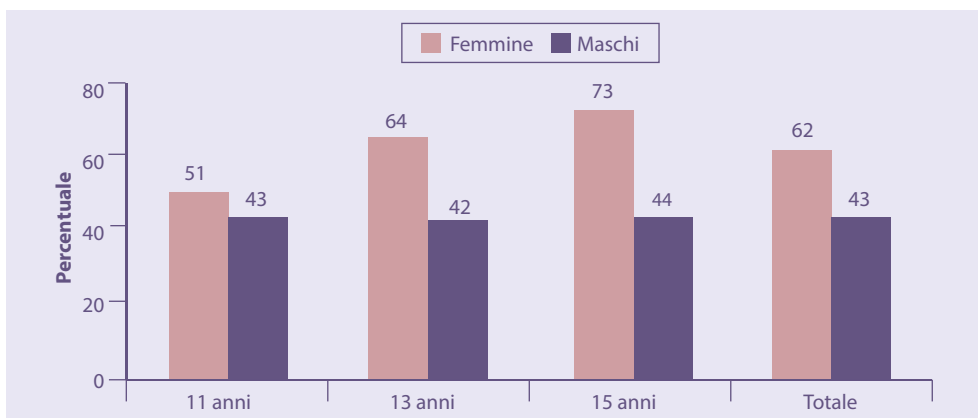


Figura 3 - Percentuale dei ragazzi che dichiara di soffrire più di una volta a settimana di almeno due sintomi, per età e genere. Italia, 2018



Figura 4 - Percentuale dei ragazzi che dichiara di soffrire più di una volta a settimana di almeno due sintomi, per età, genere e Regione. Italia, 2018

È stato poi esplorato il ricorso a farmaci per almeno uno dei sintomi già rilevati e la Figura 5 descrive come oltre il 50% dei ragazzi, indipendentemente dalla fascia di età e dal genere, ne abbia fatto uso nell'ultimo mese. Nelle ragazze l'utilizzo dei farmaci cresce con l'età e a 15 anni supera il 70%.

Abitudini sessuali e contraccezione

Il 22% dei 15enni dichiara di aver avuto un rapporto sessuale completo: la frequenza è maggiore tra i maschi (26%) rispetto alle femmine (18%) (Figura 6). Tale differenza di genere è presente, in particolar modo, nelle Regioni del Centro-Sud, fatta eccezione ►

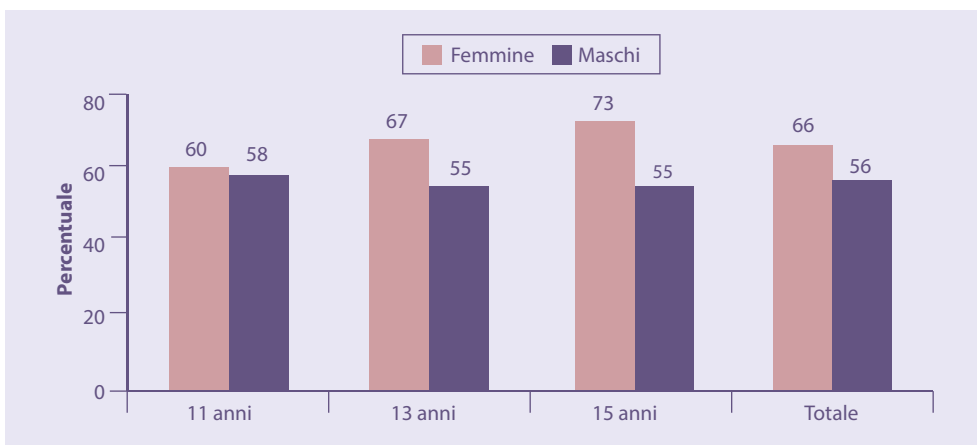


Figura 5 - Percentuale dei ragazzi che dichiara di aver assunto farmaci (per almeno un sintomo) nell'ultimo mese, per età e genere. Italia, 2018

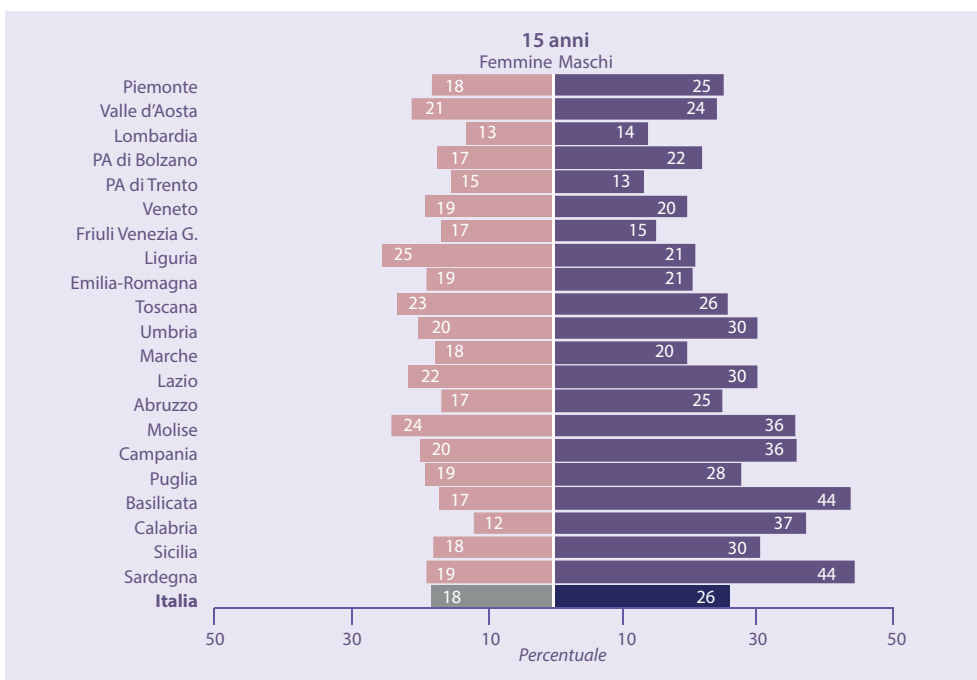


Figura 6 - Percentuale dei ragazzi 15enni che dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere e Regione. Italia, 2018

per la Regione Marche, e per le isole. Inoltre, in queste stesse aree geografiche, nei maschi si riscontrano frequenze superiori alla media nazionale. Dai dati presentati in Tabella 2 si rileva che tra gli adolescenti che hanno già

avuto un rapporto sessuale completo circa il 70% di essi dichiara l'utilizzo del preservativo, a seguire il coito interrotto (44,3%) e, infine, la pillola (11,3%) durante l'ultimo rapporto.

Tabella 2 - Percentuale del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale* dai ragazzi quindicenni, per genere. Italia, 2018

Metodo contraccettivo	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	70,9	66,3	69,0
Pillola	11,1	11,5	11,3
Coito interrotto	37,0	54,5	44,3
Altri metodi	5,9	7,4	6,5

(*) Più di una risposta possibile

Infortunati

I dati rilevati dimostrano che oltre il 50% dei maschi e il 40% delle femmine, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto almeno

un infortunio per il quale è stato necessario ricorrere a cure mediche. Il fenomeno è, per tutte le fasce di età, più frequente nei maschi (Figura 7).

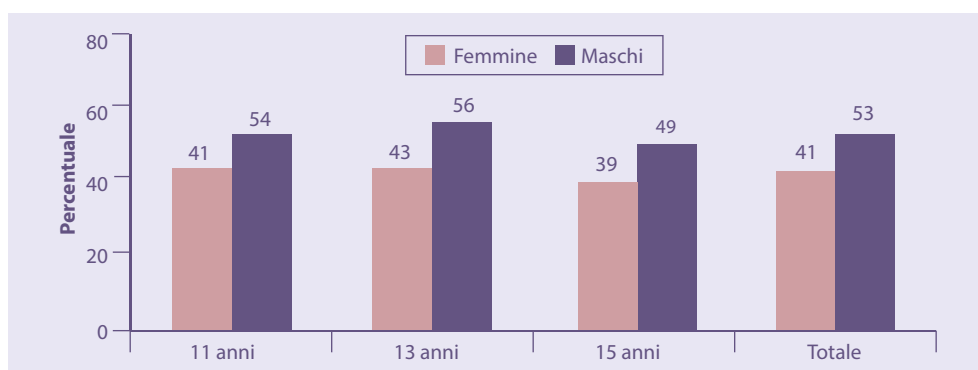


Figura 7 - Percentuale dei ragazzi che si è infortunato almeno una volta negli ultimi dodici mesi, per genere ed età. Italia, 2018

Confronto HBSC Italia 2018 e HBSC Italia 2014

- In aumento la percentuale dei ragazzi che dichiara una soddisfazione medio-alta per la vita
- In tutte le fasce di età e in entrambi i generi, aumenta la percentuale di coloro che dichiara almeno due dei sintomi della lista più di una volta a settimana; non si registra invece un aumento nel consumo dei farmaci
- Diminuisce la percentuale di coloro che dichiara a 15 anni di aver avuto rapporti sessuali completi e rimane costante il ricorso al preservativo
- Aumenta la percentuale dei ragazzi che si è infortunato almeno una volta negli ultimi 12 mesi

Confronto HBSC Italia 2018 e internazionale 2018*

- In tutte le fasce di età i ragazzi italiani dichiarano percentuali maggiori di salute buona o eccellente e di soddisfazione della vita
- La percentuale dei ragazzi che dichiara almeno due sintomi più di una volta a settimana è superiore rispetto alla media internazionale
- La percentuale dei ragazzi italiani che dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi è più elevata della media internazionale; la percentuale di coloro che ha utilizzato nell'ultimo rapporto il preservativo è in linea con i dati internazionali nelle ragazze, mentre è più elevata nei ragazzi

(*) Riferimenti bibliografici n. 9 e 10 per il confronto internazionale 2018

Riferimenti bibliografici

1. Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio: comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti Editore; 2003. 250 p.
2. Ott MA, Rosenberger JG, McBride KR, et al. How do adolescents view health? Implications for state health policy. *J Adolesc Health* 2011;48(4):398-403.
3. Borraccino A, Pera R, Lemma P. "What being healthy means to me": a qualitative analysis uncovering the core categories of adolescents' perception of health. *PLoS ONE* 2019;14(6):e0218727.
4. Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scand J Public Health* 2008;36(1):12-20.
5. Huebner ES, Suldo SM, Smith LC, et al. Life satisfaction in children and youth: empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychol Sch* 2004;41(1):81-93.
6. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, et al. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *J Adolesc Health* 2001;29(4):279-88.
7. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.
8. Ottavá-Jordan V, Smith ORF, Augustine L, et al. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macro-level. *Eur J Public Health* 2015;25(Suppl 2):83-9.
9. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Barnekow V, Weber M.M. (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
10. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A, Kelly C, Már Arnarsson A, Samdal O (Ed.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Referenti regionali, operatori sanitari e della scuola
che hanno partecipato alla raccolta dati 2018**

a cura di Silvia Andreozzi

Regione Piemonte

Referenti regionali

Marcello Caputo, Giafranco Corgiat Loia, Monica Bonifetto, Silvia Cardetti, Paolo Ferrari

Ufficio scolastico regionale

Paola Damiani, Daniela Pinna, Leonardo Filippone

Operatori sanitari

ASL AL: Simonetta Tocci (referente), Stefania Santolli, Regina Iseppi

ASL AT: Renza Berruti (referente), Cristian Valle, Maria Petralia, Vincenzo Soardo

ASL Bi - Biella: Michelangelo Valenti (referente), Chiara Torelli, Andrea Rosazza

ASL CN1: Pietro Luigi Devalle (referente), Maria Elena Sacchi, Mariangela Barale, Silvia Cardetti, Alessandra Russo, Paola Rapalino, Mario Bonanno

ASL CN2: Mauro Zarri (referente), Pietro Maimone

ASL NO: Flavia Milan (referente), Patrizia Grossi

ASL Città di Torino: Filippo De Naro Papa (referente), Daniela Agagliati, Marina Spanu

ASL TO3: Teresa Denise Spagnoli (referente), Debora Lo Bartolo

ASL TO4: Giuseppe Barone (referente), Manuela Sciancalepore, Simone Depau, Sara Richeda

ASL TO5: Margherita Gulino (referente), Angela Dimartino, Monica Minutolo, Anna Aldrighetti, Ilaria De Luca, Anna Costa, Marina Mortara, Lucia Albano

ASL VC: Gianfranco Abelli (referente), Maria Luisa Berti, Luisa Novella

ASL VCO: Sara Rita Licciardello (referente)

Regione Valle d'Aosta

Referente regionale

Anna Maria Covarino

Ufficio scolastico regionale

Manuela Ferrari Trecate, Gabriella Vernetto

Operatori sanitari

AZ USL VDA: Enrico Ventrella, Erika Arlian, Rosilda Cuaz, Manuela Voyat, Laura Nicoletta, Lisa Personettaz, Cinzia Morina, Agnese Dondeynaz, Chiara Nossein, Marisa Mastaglia, Lara Principato, Carla Crescini, Giulia Cheraz, Stefania Perego, Nadia Minerdo, Milena Montrosset

Regione Lombardia

Referenti regionali

Corrado Celata, Liliana Coppola, Lucia Crottogini, Giuseppina Gelmi, Claudia Lobascio, Veronica Velasco

Ufficio scolastico regionale

Mariacira Veneruso

Operatori sanitari

ATS Bergamo: Giuliana Rocca, Barbara Biazzo, Luca Biffi, Lucia Emma Fontana, Alessandra Maffioletti

ATS Brescia: Paola Ghidini, Maria Luigia Basile, Maria Clementina Ferremi, Marco Gandolfi, Antonella Mazzoli, Anna Maria Rocco

ATS Brianza: Ornella Perego, Patrizia Benenati, Narciso Cazzato, Emanuela Alessandra Donghi, Maria Saveria Fontana, Lidia Frattallone, Rosalia Liuzza, Giuseppe Monaco, Michela Perolini, Giancarlo Perrone, Dolores Maria Rizzi, Andrea Natale Rossi

ATS Insubria: Raffaele Pacchetti, Andrea Ciserchia, Walter De Agostini, Antonietta Orlando, Monica Ponti

ATS Milano Città Metropolitana: Corrado Celata, Maria Grazia Alloisio, Elena Armondi, Elena Bertolini, Maria Rosa Dettori, Fortunato D'Orio, Silvia Ferrari, Laura Galessi, Anna Rita Loi, Claudia Meroni, Simona Olivadoti, Elisa Peruzzo, Roberta Tassi

ATS Montagna: Maria Stefania Bellesi, Stefania Cerletti, Sonia Pelamatti

ATS Pavia: Silvia Maggi, Rossella Burrioni, Daniela Capella, Evelina Cavalli Raffaini, Consilia Nadia Incardona, Lorella Vicari

ATS Vallepada: Elena Nichetti, Valter Drusetta, Maria Letizia Marchetti, Gloria Molinari, Elena Nichetti, Lorenza Parmesani

Provincia Autonoma di Bolzano

Referenti regionali

Antonio Fanolla, Sabine Weiss

Ufficio scolastico regionale

Lois Kastlunger, Cristina Sartori, Gudrun Schmid

Operatori sanitari

Azienda sanitaria dell'Alto Adige: Patrizia Corazza

Provincia Autonoma di Trento

Referenti regionali

Maria Grazia Zuccali, Silvia Molinaro, Laura Battisti, Pirous Fateh Moghadam, Federica Rottaris, Federico Gialdini

Ufficio scolastico regionale

Monica Zambotti, Nicoletta Zanetti

Operatori sanitari

Azienda provinciale per i servizi sanitari: Alberta Sansoni, Lidia Gentilini, Tiziana Armani, Daniela Scandali, Cinzia Vivori, Francesca Villotti, Serena Cian, Alessandra Martinatti, Sara Molinari, Giulia Stroppa, Adriana Fedrigoni, Michela Loss

Regione Veneto

Referenti regionali

Federica Michieletto, Erica Bino

Ufficio scolastico regionale

Alberto Cesco-Frere, Monica Magnone

Operatori sanitari

AULSS 1 Dolomiti: Antonio Lalli
AULSS 2 Marca Trevigiana: Mauro Ramigni
AULSS 3 Serenissima: Damiano Dalla Costa
AULSS 4 Veneto Orientale: Alessandra Favaretto
AULSS 5 Polesana: Patrizia Casale
AULSS 6 Euganea: Chiara Schiavinato
AULSS 7 Pedemontana: Maria Caterina Bonotto
AULSS 8 Berica: Paola Colussi
AULSS 9 Scaligera: Daniela Marcer

Regione Friuli Venezia Giulia

Referenti regionali

Claudia Carletti, Federica Concina, Paola Pani, Luca Ronfani

Ufficio scolastico regionale

Claudio Bardini

Operatori sanitari

ASUITS: Roberta Fedele (referente), Marilena Geretto, Mirco Locci, Tiziana Longo, Emanuela Occoni, Roberto Ragno, Daniela Steinbock
AAS2: Cristina Aguzzoli (referente), Cinzia Braidà, Maria Grazia Toni, Marzia Spanghero, Emanuela Vian
AAS3: Mariarita Forgiarini (referente), Danila Dosa, Patrizia Brunetti
ASUIUD: Donatella Belotti (referente), Francesco Paglino, Adriana Rodaro, Patrizia Scandale, Cristina Schellemberger
AAS5: Daniela Fabbro (referente), Federica Alfenore, Michela Beltrame, Martina Bonfada, Giuseppina Carnelos, Michela Casagrande, Patrizia Covre, Jessica Giordari, Jessica Greguol, Elisa Marcos, Renata Maso, Sara Nicaretta, Stefania Pilan, Raffaella Pittana, Fabiola Stuto, Carmen Zampis

Regione Liguria

Referenti regionali

Gianna Elisa Ferrando, Camilla Sticchi

Ufficio scolastico regionale

Roberto Galuffo

Operatori sanitari

ASL 1 Imperia: Alba Rizzo (referente), Laura Biemosi, Anna Littardi

ASL 2 Savona: Marina Astengo (referente), Sabrina Astolfi, Clara Padovan, Lorella Tonelli

ASL 3 Genova: Franca Favareto, Gianna Elisa Ferrando (referenti), Mirella Benabbi, Anna Canessa, Grazia Cavallero, Laura Carli, Felicia Cirigliano, Enrica Colvara, Maria Concetta Curti, Giovanna Dato, Roberta Incerti, Pierangela Iori, Francesca Palmieri, Francesca Parrotta, Isabella Scopsi, Rinaldo Tomasinelli, Stefania Venuti

ASL 4 Chiavari: Antonella Carpi (referente), Marzia Colonna, Stefano Chiesa, Agnese Poggi

ASL 5 La Spezia: Roberta Baldi (referente), Elisabetta Antognetti, Tiziana Paolini, Carla Tazzer

Regione Emilia-Romagna

Referenti regionali

Paola Angelini, Marina Fridel

Operatori sanitari

AUSL Piacenza: Cristian Bulla, Elena Cammi, Cristina Sartori, Rita Prazzoli, Dario Signorelli

AUSL Parma: Sandra Vattini, Elena Felloni, Andrea Miduri, Giuseppe Patanè, Nicola Bolsi

AUSL Reggio Emilia: Alessandra Fabbri, Claudia Della Giustina

AUSL Modena: Alberto Tripodi, Simona Midili, Ylenja Persi, Jenny Pinca

AUSL Bologna: Luciana Prete, Emilia Guberti, Paola Navacchia, Monica Brighetti, Francesca Celenza, Claudia Mazzetti, Amalia Scuderi, Sara Princivalle, Mauro Di Bitetto, Paola Furlini, Marika Sardo Cardalano, Alessandra Raggi

AUSL Imola: Gabriele Peroni, Antonella Capucci

AUSL Ferrara: Lucio Andreotti, Fabia Busi, Nelly Bigliardi, Mirella Brancaleoni, Stefania Pacifico, Ambra Tonioli

AUSL della Romagna: Gabriella Paganelli, Alessandro Giorgi, Manuela Marescalchi, Raffaella Mosco, Roberta Cecchetti, Melissa Pasini, Sabrina Guidi, Ilaria Concari, Michela Morri, Francesca Zampieri, Daniela Giorgetti, Patrizia Pierpaoli

Regione Toscana

Referenti regionali

Emanuela Balocchini, Laura Aramini, Valentina Uvia Corridori, Giacomo Lazzeri, Rita Simi

Ufficio Scolastico Regionale

Ernesto Pellicchia, Lucia Corti

Referenti e operatori sanitari

ASL Nord Ovest: Mauro Vannucci, Maria Giuseppina Galli, Manuela Terreni (zona Massa e Carrara); Fausto Morgantini (zona Lucca); Elena Griesi (zona Pisa); Luigi Franchini, Marisa Gangemi (zona Livorno); Luigi Franchini (zona Viareggio)

ASL Centro: Paola Picciolli, Elena Tomassetto, Stefania Vezzosi, Alda Isola (zona Pistoia); Barbara Niccoli, Francesca Bardi, Gigliola Villani, Daniela Zocchi (zona Firenze); Roberta Carli, Elena Corsinovi (zona Empoli); Giuseppe Vannucchi, Marco Bracciotti, Gianna Ciampi (zona Prato)

ASL Sud Est: Maurizio Spagnesi, Davide Romani (zona Grosseto); Anna Lisa Filomena, Franco Papa, Renzo Paradisi, Rossella Leonardi, Nicola Vigiani, Lia Detti, Silvia Pastorini, Natascia Bizzarri, Donatella Cortini (zona Arezzo); Alessandra Bagnoli, Katia Moretti, Veronica Meoni, Maria Luisa La Gamma, Cinzia Massini, Chiara Cinughi, Silvia Cappelli (zona Siena) ▶

Regione Umbria

Referenti regionali

Anna Tosti, Gianni Giovannini, Marco Cristofori, Daniela Sorbelli, Carla Bietta (vice coordinatore)

Ufficio scolastico regionale

Antonella Iunti, Sabrina Boarelli

Operatori sanitari

ASL Umbria 1: Daniela Sorbelli (coordinatore), Carla Bietta, Andrea Arcangeli, Cinzia Contini, Roberta Bura, Paola Bernacchia, Gigliola Fiorucci, Cinzia Morini, Antonella Luna, Enrico Subicini, Roberta Cagiola, Andrea Scatena, Luca Pipistrelli, Roberto Budelli, Benedetta Pierucci, Leonardo Lauri, Pietro Antonelli, Roberta Mazzoni, Maria Antonietta Ruggeri, Rossana Traversini, Stefano Toppetti

ASL Umbria 2: Ubaldo Bicchielli (coordinatore), Sonia Bacci, Vincenzo Casaccia, Doris Burchi, Cristina Palermo, Cinzia Mari, Luca Cittadoni, Laura Meschini

Regione Marche

Referenti regionali

Giordano Giostra, Simona De Introna

Ufficio scolastico regionale

Anna Laura Gasperat

Operatori sanitari

Area Vasta 1: Patrizia Mattei (Direttore SIAN), Elsa Ravaglia, Marialuisa Lisi, Silvia Monaldi

Area Vasta 2: Giordano Giostra (Direttore SIAN), Annalisa Pagliarecci, Luca Belli, Emanuela Bovio, Maria Gabriella Colao, Marina Di Vincenzo, Susy Maria Greganti, Alessandro Gregori, Marisa Grifi, Laura Masini, Isabella Romani, Beatrice Sartini, Luana Tantucci

Area Vasta 3: Stefano Colletta (Direttore SIAN), Maria Teresa Leoni, Massimiliano Biondi, Anna Ghitarrini, Carla Patrizietti, Paola Mazzanti, Maria Cingolani, Simona De Introna

Area Vasta 4: Giuseppe Ciarrocchi (Direttore SIAN), Emma Acevedo Duarte, Rosanna Belfiglio, Elisabetta Serafini, Romina Petrini

Area Vasta 5: Vincenzo Calvaresi (Direttore SIAN), Susanna Speca, Paola Puliti

Regione Lazio

Referenti regionali

Giulia Cairella, Maria Teresa Pancallo, Laura Bosca

Ufficio scolastico regionale

Cinzia Grieco

Operatori sanitari

ASL Roma 1: Maria Teresa Pancallo, Carlo Spigone, Isabella Settele, Sandra Scarciotti, Emilia Tanzariello, Bruna Garbuio, Valter Giancotta

ASL Roma 2: Giulia Cairella, Luciana Olivieri, Giuseppe Ugolini, Angela Marchetti, Serena Moscatelli, Carmela Prisco, Tamara Saraceni, Luciana Sonni, Saba Minnielli

ASL Roma 3: Maria Novella Giorgi, Alessandro Vaccaro

ASL Roma 4: Valeria Covacci, Guglielmina Mariani

ASL Roma 5: Marco Pascali, Fiorella Fantini, Giuseppina Del Bove Orlandi, Antonio Di Felice, Anna Maria Longo, Laura Petrone, Vito Ruscio

ASL Roma 6: Angela De Carolis

ASL Frosinone: Enrico Straccamore, Germana Del Monte, Bruna Rainaldi

ASL Latina: Vincenza Galante, Silvia Iacovacci, Fausta Manzan, Simonetta Curatella

ASL Viterbo: Maria Elena Cianchi, Daniela Migliorati, Luca Bonelli

ASL Rieti: Tania Severi

Regione Abruzzo

Referenti regionali

Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli, Claudia Colleluori

Ufficio scolastico regionale

Antonella Tozza

Operatori sanitari

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

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

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

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

Regione Molise

Referenti regionali

Maria Letizia Ciallella, Michele Colitti, Ermanno Paolitto, Francesco Belvisi, Lolita Gallo

Ufficio scolastico regionale

Anna Paola Sabatini

Operatori sanitari

ASL Campobasso: Ernesta Musenga (referente), Teresa Manfredi Selvaggi, Anna Zappone

ASL Isernia: Maria Letizia Ciallella (referente), Ornella Valentini, Paola Garofalo, Leonello Giancola

ASL Agnone: Concetta Di Nucci

ASL Termoli: Andrea Di Siena (referente), Rita Canistro, Maria Elvira Giannone, Carolina Giordano

Regione Campania

Referenti regionali

Gianfranco Mazzarella

Ufficio scolastico regionale

Gennarina Panico

Operatori sanitari

ASL Avellino: Elvira Bianco (referente)

ASL Benevento: Elena Fossi (referente), Enrica De Lucia, Antonia Montella, Giuseppe Rapuano

ASL Caserta: Domenico Protano (referente), Anna Mangiola, Maria Rosaria Morrone, Marco Perciaccante, Giovanna Capone, Marialuigia Trabucco

ASL Napoli 1 Centro: Luigi Esposito (referente), Rosanna Ortolani, Assunta Parlato, Ersilia Ricciardi, Raffaele Bancale, Elena Tafuto, Irene Leuci, Gaetano Guerriero, Salvatore Avolio, Carlo Gallo, Giovanni Arrichiello, Patrizia Iannucci, Antonia Scaglione, Gianvincenzo Dursio, Pasquale Cassese, Bianca Meo, Luigi Zeno, Pina Motta, Antonietta Guerrera

ASL Napoli 2 Nord: Leonilda Pagano (referente), Adriana De Rosa, Luigi Leonetti, Assunta Palumbo, Francesco Casolaro, Maria Mattiello, Teresa Coppola, Milena Scotto di Santolo, Rosa Agliata, Evelina Iorfida, Emilia Lorida

ASL Napoli 3 Sud: Silvana Russo Spena (referente), Annamaria Avino, Alfonso La Gatta, Gerardo Maddaloni, Massimo Matarese, Concetta Pane, Raffaella Serrapica, Nicola Massimo Trinchese, Giuseppina Zinno

ASL Salerno: Anna Luisa Caiazzo (referente), Giovanni Baldi, Antonio Bello, Antonio Cavaliere, Gerardina Ciaglia, Rosa D'Alvano, Teodorico Franzese, Ida Maria Guida, Loredana Iapicca, Antonia Liguori, Giuseppe Liguori, Raffaele Nasto, Annamaria Nobile, Michelina Raimondo, Chiara Ronga, Coretta Soriente ►

Regione Puglia

Referenti regionali

Pina Pacella, Domenico Stingi, Pietro Pasquale

Ufficio scolastico regionale

Anna Cammalleri, Maria Veronico

Operatori sanitari

ASL Bari: Francesco Vino, Maria Grazia Forte, Nicoletta Favuzzi, Francesco Coletta, Savino Anelli, Rosa Colamaria, Elio Massarelli, Giovanna Ferrulli, Nicole Maino

ASL Bindisi: Pasquale Fina, Anna Maria Tomaselli, Cristina Vecchia, Adelaide Sturdà

ASL Barletta-Andria-Trani: Pantaleo Magarelli, Giacomo Domenico Stingi, Simona Fregnan, Sara Basile

ASL Foggia: Maria C. Buccinotti, Lorenzo De Michele, Siria Di Nella, Antonia Galullo, Antonella Pienabarca, Michele Tangi

ASL Lecce: Fernanda Mazzeo, Pina Pacella, Daniela Lezzi, Katia Novelli, Giuseppe Nuccio, Luciana Nuccio

ASL Taranto: Sabrina Liuzzi, Tiziana Capogrosso, Rosalba Castellana, Anna Rita Cavallo, Domenico Chiaradia, Giuseppina Furio, Marisabel Innone, Cristina Licomati, Walter Liuzzi, Paola Longo, Maria Domenica Simeone

Regione Basilicata

Referenti regionali

Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino

Ufficio scolastico regionale

Antonietta Moscato

Operatori sanitari

ASP: Alberto Dattola, Giulio Pica, Pietro Fundone (referenti), Rosanna Falabella, Rossella Vigorito

ASM: Carmela Bagnato (referente), Mary Lista

Regione Calabria

Referenti regionali

Caterina Azzarito, Marina La Rocca, Antonella Cernuzio

Ufficio scolastico regionale

Miriam Scarpino, Santino Mariano, Sabina Nardo, Maria Carmela Siclari

Operatori sanitari

ASL Catanzaro: Francesco Faragò, Daniela Mamone, Virginia Capisciolto, Rosa Anfosso, Giuseppe Aielli, Rosa Maria Madonna, Giuseppe Bova, Marina La Rocca, Giuseppe Furgieue, Emilia Caligiuri, Davide Colloca

ASL Crotone: Adalgisa Pugliese, Antonella Cernuzio, Matilde Morello, Lucia Iannone

ASL Vibo Valentia: Giuseppe Barbieri, Maria Antonietta Cartisano, Matilde Matina

ASL Reggio Calabria: Angela Epifanio, Cristina Condemi, Carmela Costa, Romana Barbieri, Domenica Calabrese, Giulia Naimo, Ottavio Caruso, Annamaria Lopresti

ASL Cosenza: Maria Teresa Pagliuso, Maria Stella Di Nardo, Teresa Ferraro, Rosa Chimenti, Angelo Scarcello, Armenia Bellusci, Francesco Dignitoso, Lucia Caligiuri, Gaetano Mendicino, Rosellina Veltri, Pasquale Arcidiacono, Pietro Leonardo Perri, Amalia Lucia Leuci, Vito Saccone, Maria Scarcella, Giovanni Madeo

Regione Sicilia

Referenti regionali

Salvatore Scondotto, Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro

Ufficio scolastico regionale

Maurizio Gentile

Operatori sanitari

ASP Agrigento: Giuseppina Di Benedetto, Linda Castellana (referenti), Giovanni Alba, Anna Garuana, Giovanni Moncada, Luigi Rinaldi

ASP Caltanissetta: Antonio Bonura, Teresa Alba Baldacchino (referenti), Nunzio Alecci, Carmelo Campisi, Vincenzo Cascino, Gaetano La Bella, Luigi Lanzafame, Pasqualina Lazzara, Vincenzo Rocco Toscano, Salvatore Valenti, Mario Virone

ASP Catania: Rosanna La Carrubba (referente), Virginia Cannizzaro, Enzo Marcone, Patrizia Pisana, Maria Enza Raiti, Bruno Trupia

ASP Enna: Rosa Ippolito (referente), Maria Antonia Merlino

ASP Messina: Francesca Turiano (referente), Maria Accetta, Angela Bruno, Angelo Calcagno, Giovanna Dalmazio Liani, Tullio Franchina, Giovanni Galletta, Giovanni Genovese, Giuseppe Ianni, Antonino Ortoleva, Giuseppe Parisi, Antonino Pollicino, Gino Sancetta

ASP Palermo: Francesca Mattina, (referente), Agata Cangialosi, Giuseppina Coniglio, Ernesto D'Agostino, Angela Di Vita, Mariano Di Gangi, Pietro Failla, Antonino Ferrante, Giuseppina Galbo, Salvatore Giunta Vincenza Imbergamo, Giovanni La Mantia, Antonina Maione, Vincenza Marchica, Domenico Mirabile, Anna Maria Novara, Maria Teresa Spinelli, Angela Sutera, Salvatore Urso

ASP Ragusa: Vincenzo Trapani, (referente), Piero Annino, Daniela Bocchieri, Mirella Dipasquale, Antonio Fatuzzo, Emanuela Scollo, Maria Terranova, Michele Tidona

ASP Siracusa: Anna Farinella, Corrado Spatola (referenti), Carmela Bianca, Giovanni Flavio Brafa, Arianna Camilli, Claudia Cascione, Daniela Giacinti, Alfio Montagna, Leonarda Musumeci, Rosalba Nigro, Giuseppe Nipitella, Giuseppina Patané, Claudio Romano, Giuseppe Rossitto, Viviana Rossitto

ASP Trapani: Giorgio Saluto (referente), Ester Vincenza Criscenti, Giuseppe Valenti

Regione Sardegna

Referenti regionali

Francesco Macis, Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia

Ufficio scolastico regionale

Mariarosaria Maiorano

Operatori sanitari

ASSL Sassari: Alba Maria Bertoncelli, Maria Filomena Milia, Lucia Lai, Maria Grazia Milia

ASSL Olbia: Maria Adelia Aini, Michele Murrai, Angela Rita Camboni, Antonello Concu

ASSL Nuoro: Rosalba Cicalò, Maria Deiana, Mariangela Zanda, Elena Cumpostu, Margherita Monni, Diana Montecchio, Giovanna Dore, Silvana Manconi, Antonella Chessa

ASSL Lanusei: Maria Deidda, Lucia Noli

ASSL Sanluri: Luisanna Balia

ASSL Carbonia: Maria Daniela Fiori, Maria Rafaela Milia

ASSL Cagliari: Annarita Pintore

Tiburtini S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23 - 00131 Roma

Supplemento 1, al n. 9 vol. 33 (2020)
del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità
ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1827-6296 (online)

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Silvio Brusaferrò
Direttore responsabile: Paola De Castro
Registro della Stampa - Tribunale di Roma
n. 475 del 16 settembre 1988 (cartaceo)
e n. 117 del 16 maggio 2014 (online)

