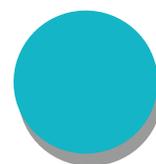
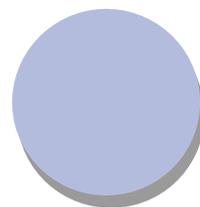
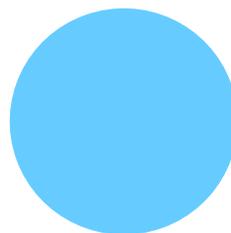
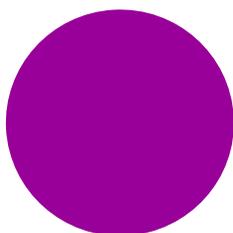
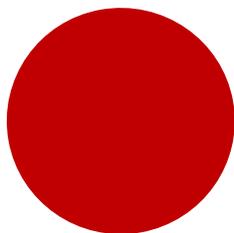
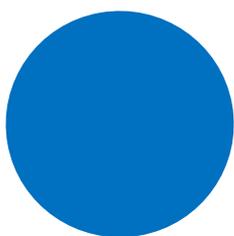
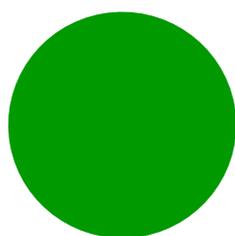




# HBSC 2022

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

**Regione  
Abruzzo**



## Sommario

PREFAZIONE .....	1
PREMESSA .....	2
RINGRAZIAMENTI .....	3
<b>CAPITOLO 1 Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale.....</b>	<b>4</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>5</b>
<b>Metodologia .....</b>	<b>5</b>
Popolazione in studio .....	5
Modalità di campionamento .....	5
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi .....	5
Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy .....	6
Descrizione del campione regionale .....	6
<b>CAPITOLO 2 Il contesto familiare .....</b>	<b>9</b>
<b>La famiglia .....</b>	<b>10</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>10</b>
<b>La struttura familiare.....</b>	<b>10</b>
<b>La qualità delle relazioni con i genitori .....</b>	<b>11</b>
<b>Lo status socio-economico familiare .....</b>	<b>14</b>
<b>Per un confronto nel tempo.....</b>	<b>15</b>
<b>Conclusioni .....</b>	<b>15</b>
<b>Bibliografia essenziale .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale .....</b>	<b>16</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>17</b>
<b>Frequenza e regolarità dei pasti.....</b>	<b>17</b>
<b>Consumo di frutta e verdura .....</b>	<b>18</b>
<b>Consumo di dolci e bevande gassate .....</b>	<b>20</b>
<b>Stato nutrizionale.....</b>	<b>22</b>
<b>Insoddisfazione corporea .....</b>	<b>22</b>
<b>Igiene orale.....</b>	<b>24</b>
<b>Il FAS e le abitudini alimentari .....</b>	<b>25</b>
<b>Per un confronto nel tempo.....</b>	<b>25</b>
<b>Conclusioni .....</b>	<b>25</b>
<b>Bibliografia essenziale .....</b>	<b>26</b>
<b>CAPITOLO 4 Sport e tempo libero .....</b>	<b>28</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>29</b>
<b>L'attività fisica.....</b>	<b>29</b>
<b>Comportamenti sedentari .....</b>	<b>31</b>
<b>Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione .....</b>	<b>31</b>
<b>Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà .....</b>	<b>33</b>
<b>Per un confronto nel tempo.....</b>	<b>34</b>
<b>Conclusioni .....</b>	<b>34</b>
<b>Bibliografia essenziale .....</b>	<b>35</b>
<b>CAPITOLO 5 Ambiente scolastico .....</b>	<b>36</b>
<b>Introduzione .....</b>	<b>37</b>
<b>Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere .....</b>	<b>37</b>
<b>Rapporto con gli insegnanti .....</b>	<b>40</b>

Rapporto tra pari e con i compagni di classe .....	42
Bullismo e cyberbullismo.....	45
La scuola.....	48
Per un confronto nel tempo.....	50
Conclusioni .....	51
Bibliografia essenziale .....	52
<b>CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze .....</b>	<b>53</b>
Introduzione .....	54
Uso di sostanze .....	54
Fumo .....	54
Alcol .....	56
Cannabis .....	59
Gioco d'azzardo.....	59
Il FAS e i comportamenti di dipendenza .....	60
Per un confronto nel tempo.....	61
Conclusioni .....	61
Bibliografia essenziale .....	62
<b>CAPITOLO 7 Salute e Benessere .....</b>	<b>63</b>
Introduzione .....	64
Salute percepita.....	65
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito) .....	66
Sintomi riportati.....	67
Utilizzo di farmaci.....	69
Abitudini sessuali .....	69
Benessere psicologico .....	70
Solitudine percepita .....	71
Infortuni .....	72
Il FAS e la soddisfazione di vita .....	72
Per un confronto nel tempo.....	73
Conclusioni .....	73
Bibliografia essenziale .....	74
<b>CAPITOLO 8 Social media e gaming .....</b>	<b>75</b>
Introduzione .....	76
L'uso dei social media.....	76
L'uso dei videogiochi .....	77
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi.....	79
Conclusioni .....	80
Bibliografia essenziale .....	80
<b>CAPITOLO 9 COVID-19.....</b>	<b>81</b>
Introduzione .....	82
Positività al covid-19 .....	82
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie .....	83
Fonti di informazione sul COVID-19.....	84
Misure di protezione .....	86
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS.....	88
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS.....	88
Conclusioni .....	89
Bibliografia essenziale .....	89
<b>CAPITOLO 10 17 enni .....</b>	<b>90</b>
Lo stato di salute dei 17enni .....	91

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



## GRUPPO DI RICERCA HBSC ITALIA 2022

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

**Università degli Studi di Torino**

Paola Dalmasso, Lorena Charrier, Paola Berchialla, Rosanna Irene Comoretto, Michela Bersia, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma

**Università degli Studi di Padova**

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

**Università degli Studi di Siena**

Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

**Ministero della Salute**

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

Alessandro Vienna

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



## GRUPPO DI RICERCA REGIONALE HBSC 2022

### **REGIONE ABRUZZO**

Manuela Di Giacomo (referente regionale )

Claudia Colleluori (referente tecnico )

Ercole Ranalli (referente tecnico)

**ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila :** Maddalena Scipioni (referente aziendale), Daniela Giagnoli, Debora Cialfi, Antonino Mancini, Remo Pulsoni (operatori).

**ASL 02 Lanciano-Vasto -Chieti:** Colleluori Claudia, (referente aziendale), Flora Di Tommaso, Ornella Marinelli (operatori).

**ASL 03 Pescara:** Amalia Scuderi (referente aziendale) Maria Evangelista, Annalisa Esposito (operatori)

**ASL 04 Teramo:** Francesco Di Gialleonardo (referente aziendale) Laura Di Matteo, Sonia Pompili (operatori)



## PREFAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno reso possibile la buona riuscita dell'indagine: i referenti di ciascuna regione, gli operatori sanitari, i Dirigenti Scolastici e gli insegnanti di tutti gli istituti coinvolti. Un ringraziamento particolare va ai ragazzi che, con la loro preziosa collaborazione nel compilare i questionari, hanno reso tutto questo possibile.

*Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2022*



## PREMESSA

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

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

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

Anche lo studio HBSC, come precedenti studi di indagine comportamentale (PASSI e OKKIO alla salute), si è rivelato una esperienza positiva la cui realizzazione è stata resa possibile grazie al sostegno e all'entusiasmo degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione del territorio.

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

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

Dott.ssa Manuela Di Giacomo

Responsabile Ufficio Igiene e Sanità Pubblica

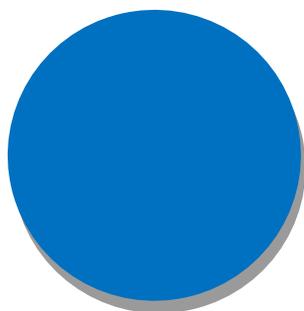
Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute

 RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

Si ringraziano tutte le scuole della Regione Abruzzo che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.



## **CAPITOLO 1**

# **Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale**

## Introduzione

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

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

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

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

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

## Metodologia

### Popolazione in studio

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

### Modalità di campionamento

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

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

### Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il Dirigente Scolastico. Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca

multidisciplinare e internazionale; contengono una parte “*core*” comune a tutti i Paesi partecipanti e una parte “*opzionale*” con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

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

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

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

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

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

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

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

### **Valutazione del comitato etico dell’iss e privacy**

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

### **Descrizione del campione regionale**

Nella Regione Abruzzo sono state campionate 123 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 140 classi per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 263 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 215 classi con una rispondenza complessiva del 81,7% (Tabella 1). La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

**Tabella 1. Rispondenza per classe**

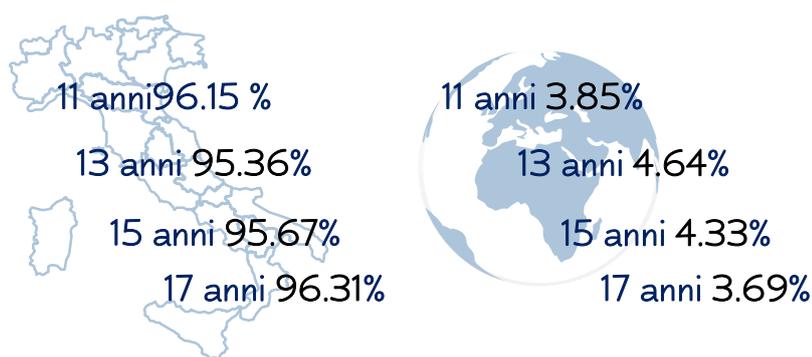
	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	62	54	87,1
Classe III Media	61	53	86,9
Classe II superiore	67	54	80,6
Classe IV superiore	73	54	74,0
Totale	263	215	81,7

Il campione era costituito da un totale di 3291 studenti di cui: il 782 di 11 anni, il 883 di 13 anni, il 812 di 15 anni e il 814 di 17 anni (Tabella 2).

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

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	51.53	48.47	
13 anni	47.79	52.21	
15 anni	54.06	45.94	
17 anni	52.58	47.42	
Totale	51.41	48.59	

Circa il 4.14% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 13 anni (Figura 1).

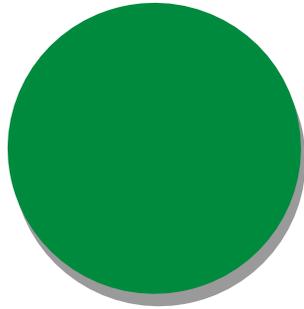
**Figura 1. Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età(%)**

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

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

Entrambi i genitori nati in Italia	76.08
Almeno un genitore nato all'estero	15.19
Entrambi i genitori nati all'estero	8.73

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nel 23.92% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altra nazionalità



## **CAPITOLO 2**

# **Il contesto familiare**

# La famiglia

## Introduzione

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

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

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

## La struttura familiare

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

In termini di cambiamenti della struttura familiare si possono annoverare la diminuzione della numerosità dei componenti della famiglia, l'aumento delle famiglie monogenitoriali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti): queste ultime spesso sono oggi legate a necessità economiche e/o di salute dei componenti più anziani<sup>1</sup>

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

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2022<sup>2</sup>), circa il 10% delle famiglie italiane sono monogenitoriali.

Numerosi studi sono stati condotti per valutare se i bambini che vivono con un solo genitore, o i cui genitori abbiano attraversato il divorzio ed eventualmente si siano risposati, presentino un diverso livello di benessere, rispetto a bambini provenienti da famiglie cosiddette tradizionali. La letteratura esistente ha già evidenziato come la struttura familiare sia correlata con il benessere psicologico dei genitori o come il cambiamento della struttura familiare abbia delle conseguenze anche di tipo economico<sup>3</sup>.

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro).

Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare: il 79.7 % dei ragazzi hanno indicato di vivere con i genitori (Tabella 1), più della metà del campione (56%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 19.8 (Tabella 2).

**Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)**

Madre e padre (no altri adulti)	79.7
Solo madre	12.6
Solo padre	1.83
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1.65
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4.18
Totale	100

**Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)**

Figli unici	19.8
1 fratello o sorella	56.0
2 o più fratelli o sorelle	24.3
Totale	100

## La qualità delle relazioni con i genitori

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

È stato osservato che la qualità della relazione con i genitori è associata alla propensione ad adottare comportamenti di salute a rischio. Ad esempio avere una relazione difficile con la madre risulta associato ad una maggiore propensione all'abitudine al fumo e, al consumo frequente di alcol e di altre sostanze<sup>6</sup>.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi, comportamenti antisociali e comportamenti di rischio per la salute, una migliore autostima e meno problemi scolastici<sup>7</sup>. Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta alla domanda "*Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente*" sono distribuite su una scala di tipo ordinale da "*molto facile*" a "*non ho o non vedo questa persona*". Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	41.7	26.6	18.0
Facile	31.9	32.0	31.8
Difficile	14.2	20.2	26.0
Molto difficile	9.52	15.7	18.5
Non ho o non vedo mai questa persona	2.7	5.47	5.69
Totale			

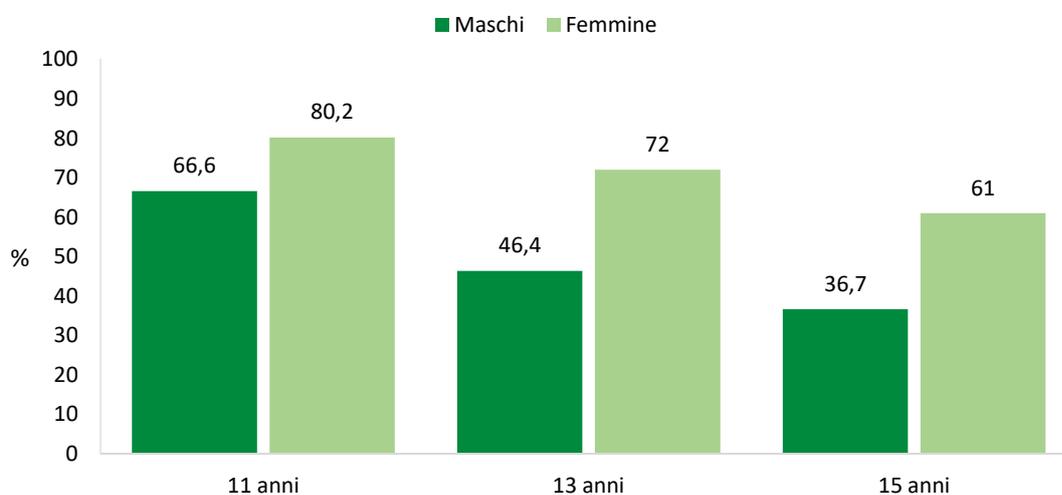
**Tabella 4. Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente? per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	59.4	41.2	31.1
Facile	25.5	33.8	39.8
Difficile	9.04	14.3	15.8
Molto difficile	4.78	8.72	11.2
Non ho o non vedo mai questa persona	1.29	1.95	1.98
Totale			

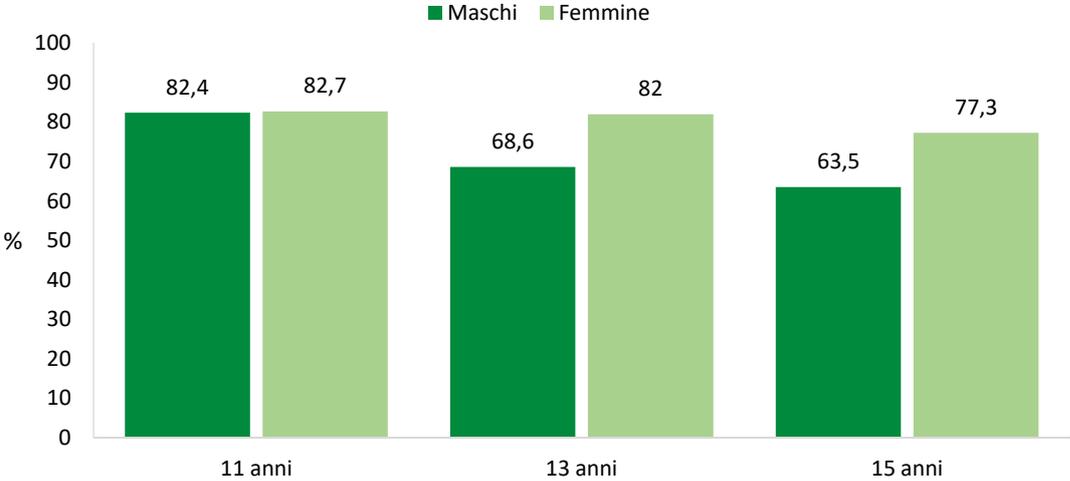
Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre.

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che la comunicazione con il padre diminuisce all'aumentare dell'età soprattutto nelle ragazze come mostrato nelle figure 1 e 2.

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



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



## Lo status socio-economico familiare

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi<sup>8</sup>. È stato anche osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi<sup>9</sup>.

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è misurato utilizzando lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare)<sup>10</sup> che prende in considerazione alcuni beni di consumo quali: possedere un'auto, possedere una lavastoviglie, una stanza singola per l'adolescente, il numero di computer in famiglia, il numero di bagni in casa, fare vacanze all'estero.

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

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

Family Affluence Scale	
Basso	24.1
Medio	54.9
Alto	20.9
Totale	100

1 famiglia su 5 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (20.9%), mentre il 54.9% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 24.1% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

## Per un confronto nel tempo

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

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

**Tabella 6. Gli indicatori storici di HBSCun confronto pre e post pandemia (%)**

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	82,3	79,7
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	80,2	76,7
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	64,4	60,02
Famiglie con FAS alto	24,2	20,9

## Conclusioni

Nel 2018 praticamente 8 ragazzi su 10 hanno dichiarato di vivere con entrambi i genitori (82,3%), questa percentuale è lievemente in flessione nel 2022 (79,7%).

Per entrambi i generi la facilità di comunicazione con i genitori è in leggero calo, è sempre più facile aprirsi e dialogare con le madri rispetto ai padri.

Nella raccolta dati 2022 la maggior parte delle famiglie presenta un livello economico medio (FAS=2)55%, in linea con gli anni precedenti, mentre diminuiscono le famiglie con alta possibilità di consumo.

## Bibliografia essenziale

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

<sup>2</sup>ISTAT (2022). Popolazione e Famiglie Anno 2022. Roma, ISTAT.

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

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

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

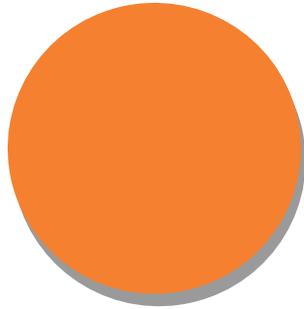
<sup>6</sup>Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128

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

<sup>8</sup>Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180

<sup>9</sup>Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health, *The Lancet* 2012; 379(9826): 1641-1652

<sup>10</sup>Hartley JE, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indic Res.* 2016;9:233-245



## **CAPITOLO 3**

# **Abitudini alimentari e stato nutrizionale**

## Introduzione

L'alimentazione ha un notevole impatto sulla salute nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente e futuro dell'individuo<sup>1,2,3,4</sup>.

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

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali determinanti<sup>5,6,7</sup>; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa<sup>8,9</sup> e incoraggiando scelte alimentari salutari<sup>10</sup>. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente<sup>11</sup>.

Nella prima parte del capitolo vengono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari dei ragazzi, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati, quali frutta e verdura, e alimenti sconsigliati, quali dolci e bevande zuccherate<sup>12</sup>.

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura<sup>13</sup>, tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e successivamente definito lo stato di: sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso utilizzando i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al.<sup>14,15</sup>; per i confronti internazionali sono utilizzate le curve dell'OMS<sup>16</sup>.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta nell'infanzia e nell'adolescenza<sup>17</sup>.

## Frequenza e regolarità dei pasti

La colazione rappresenta un pasto estremamente importante per l'equilibrio fisiologico e psicologico, soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, favorisce il consumo disordinato di "cibi spazzatura" (junk food) e può persistere come abitudine scorretta in età adulta<sup>18,19,20</sup>.

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	17.2	23.7	30.5	24.1
Un giorno	5.4	4.98	3.58	4.61
Due giorni	5.66	5.55	5.19	5.45
Tre giorni	5.78	5.55	7.54	6.35
Quattro giorni	3.47	4.19	4.33	4.01
Cinque giorni	62.5	56.1	48.8	55.5

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	57.5	57.5	51	55.1
La maggior parte dei giorni	32.7	35.2	38.2	35.5
Circa una volta alla settimana	7.46	5.14	7.15	6.63
Meno di una volta alla settimana	1.29	1.14	1.36	1.27
Mai	1.3	1.3	2.22	1.47

### Consumo di frutta e verdura

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione<sup>17</sup> consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l'apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione.

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

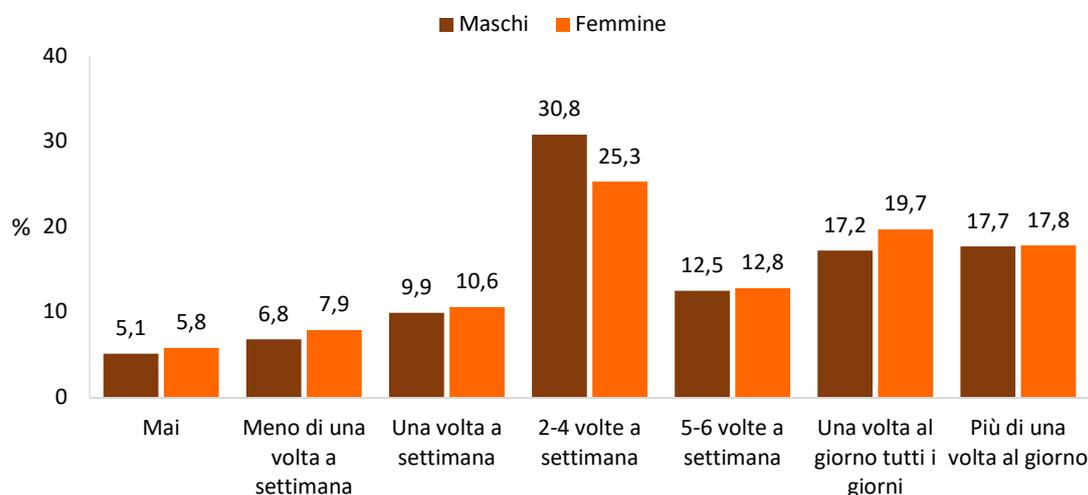
**Tabella 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4.74	6.58	5.18	5.47
Meno di una volta a settimana	6.91	6.7	8.26	7.34
Una volta a settimana	10.2	9.99	10.5	10.3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.3	27.1	28.7	28.1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11	12.1	14.5	12.7
Una volta al giorno tutti i giorni	20.7	18.5	16.4	18.5
Più di una volta al giorno	18.1	19	16.4	17.7

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

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

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



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

Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi nella categoria 2-4 volte a settimana.

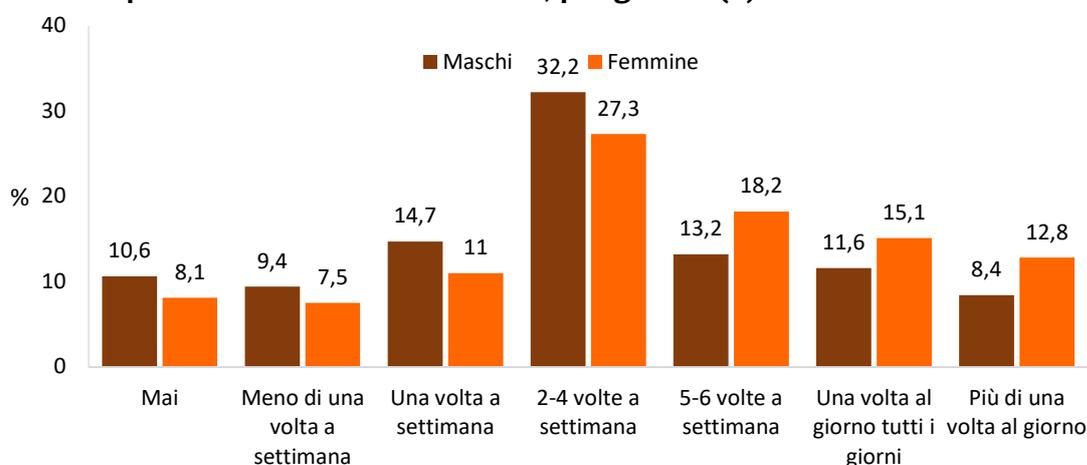
**Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	12.5	8.4	7.4	9.37
Meno di una volta a settimana	10.9	7.6	7.03	8.45
Una volta a settimana	14.6	13.4	10.9	12.9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26.2	31.2	31.8	29.8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16.4	14.4	16	15.6
Una volta al giorno tutti i giorni	11	13.5	15.2	13.3
Più di una volta al giorno	8.32	11.5	11.7	10.5

Complessivamente il consumo di verdura non mostra particolari differenze, una frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” .

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

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



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

### Consumo di dolci e bevande gassate

L'assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un'abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell'industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti <sup>21,22</sup>.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4.35	4.31	5.18	4.64
Meno di una volta a settimana	11.1	10.3	9.86	10.4
Una volta a settimana	17.8	15.8	16.6	16.7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.9	30.2	30.1	29.7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11.7	16.5	14.2	14.1
Una volta al giorno tutti i giorni	13.8	10.3	13.6	12.6
Più di una volta al giorno	12.3	12.6	10.5	11.7

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	19.2	16.7	20.2	18.8
Meno di una volta a settimana	19.3	21	20	20.1
Una volta a settimana	21	22.8	19.6	21.1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	21.1	21.6	21.5	21.4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	4.87	7.26	8.14	6.81
Una volta al giorno tutti i giorni	5.76	4.09	4.44	4.76
Più di una volta al giorno	8.71	6.58	6.17	7.12

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	16.5	12.4	10.9	13.2
Meno di una volta a settimana	14.7	14.5	13.1	14
Una volta a settimana	23.2	24.4	23.3	23.6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.3	28.2	34.8	30.6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9.91	12.2	11.4	11.2
Una volta al giorno tutti i giorni	3.73	4.22	4.58	4.19
Più di una volta al giorno	3.73	4.1	1.98	3.21

Il 30% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 13,2% dichiara di non assumerli mai, non si evidenziano differenze per età.

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

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

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	34.6	43.3	38.3	36.7	32.6	33
Verdura (almeno una volta al dì)	16.2	22.7	20.7	28.9	22.6	31.9
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	45.1	46.3	49.9	47.6	55.3	49.7
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	17.2	11.6	11	10.4	11.9	9.12
Snack salati (almeno una volta al dì)	14.7	18.7	12.4	16.6	11.7	16.3
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	59.7	61.2	64.6	68.3	60.2	68.3
Dolci (almeno una volta al dì)	23.6	28.8	18.3	27.1	20.8	27.9

Il consumo di verdura è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi e in entrambi i generi cresce con l'età.

Il consumo dei dolci prevale nel sesso femminile in tutte le fasce di età.

## Stato nutrizionale

È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC=kg/m<sup>2</sup>) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole<sup>19-20</sup> in modo separato per età e sesso.

Nella Tabella sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni.

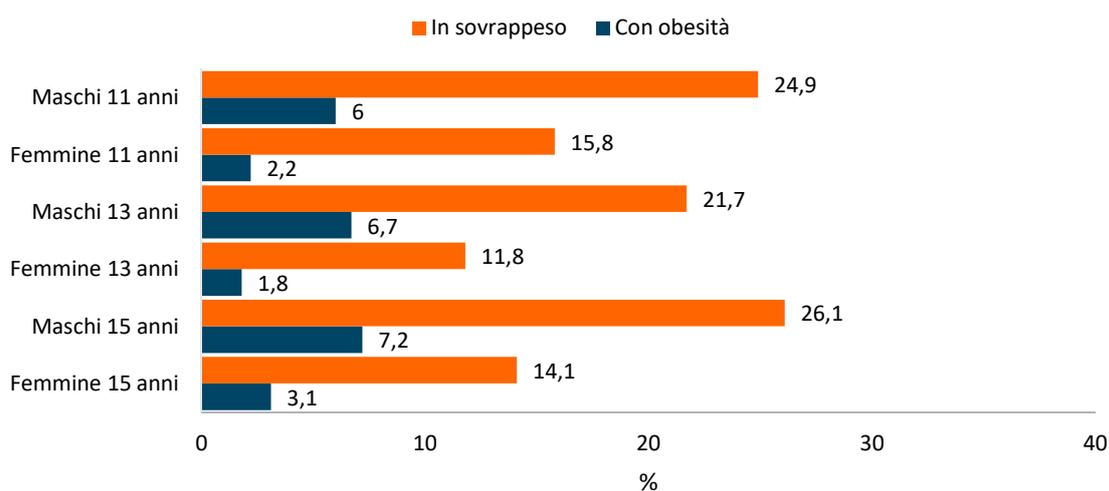
La Figura 3, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3.35	3.11	1.92	2.75
Normopeso	72	76.5	71.8	73.3
Sovrappeso	20.5	16.2	20.9	19.3
Obeso	4.15	4.18	5.38	4.61

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 73,3%. I ragazzi sottopeso sono il 2,75%, in sovrappeso sono il 19,3% e gli obesi sono il 4,61%.

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



## Insoddisfazione corporea

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo; causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi<sup>23</sup>. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi "troppo grasse/i", indipendentemente dal fatto di

essere oggettivamente sovrappeso o meno. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso<sup>24</sup>.

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

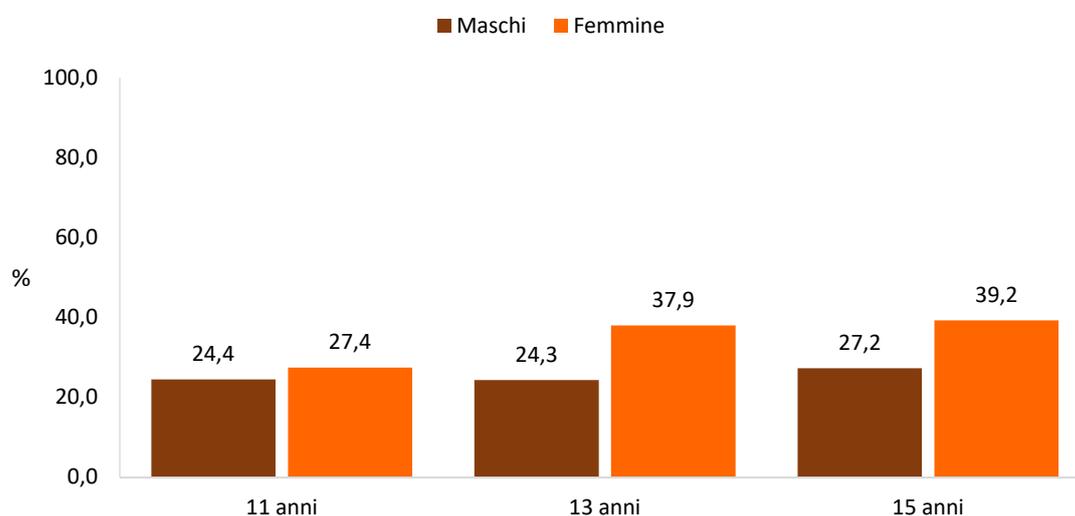
**Tabella 10. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	1.81	1.59	1.48	1.62
Un po' troppo magro	11.9	8.54	11	10.5
Più o meno della taglia giusta	60.4	58.4	54.8	57.7
Un po' troppo grasso	22.8	27.2	27.7	26
Decisamente troppo grasso	3.1	4.21	5.07	4.17

In generale il 57,7% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro” circa il 26% e il 10.5% rispettivamente.

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

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



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

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

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

<b>IMC calcolato</b>	<b>11 anni</b>	<b>13 anni</b>	<b>15 anni</b>	<b>Totale</b>
Sottopeso	43.6	24.8	31.6	
Normopeso	27.7	37.9	34.4	
Sovrappeso	29.2	27.3	43.6	
Obeso	20.2	29.4	50.4	

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

Tuttavia una percentuale non trascurabile di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l’età.

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

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

	<b>11 anni</b>	<b>13 anni</b>	<b>15 anni</b>	<b>Totale</b>
No, il mio peso è quello giusto	46.7	41.9	35.8	41.2
No, ma dovrei perdere qualche chilo	25.3	26.8	27.6	26.6
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	9.68	10	13	11
Sì	18.3	21.2	23.5	21.1

In generale il 41% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 26,6% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo.

Il 21.1% dei ragazzi è a dieta.

## **Igiene orale**

L’abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati, in Tabella 13 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

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

	<b>11 anni</b>	<b>13 anni</b>	<b>15 anni</b>	<b>Totale</b>
Più di una volta al giorno	71.2	71.2	75.6	72.8
Una volta al giorno	23.7	24.4	21.2	23
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3.47	3.51	1.97	2,94
Meno di una volta alla settimana	0.8	0.8	1.11	0.9
Mai	0.9	0.1	0.1	0.37

## Il FAS e le abitudini alimentari

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	49.1	58.1	55.4
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	29.6	36.3	42.8
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	21.9	23	27
Consumo quotidiano di bevande gassate	18.8	9.86	9.27
Prevalenza di sovrappeso	20.6	19.6	18.5
Prevalenza di obesità	6.39	4.39	2.58

## Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 15, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compreso gli adolescenti. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

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

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	59.1	55.5
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	39	36.2
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	22.4	23.8
Consumo quotidiano di bevande gassate	12.8	11.9
Prevalenza di sovrappeso	17.8	19.3
Prevalenza di obesità	3.43	4.61

## Conclusioni

Nel 2022 solo il 55,5% dei nostri adolescenti assume regolarmente la colazione durante i giorni di scuola, contro il 61,2% del 2018 e il 58,1% del 2014; questi valori evidenziano il trend negativo degli ultimi anni.

Aumenta all'aumentare dell'età la frequenza percentuale di ragazzi che non fanno "Mai" colazione durante i giorni di scuola, sono il 17,2% a 11 anni, il 23,7% a 13 anni e il 30,5% a 15 anni..

Il consumo di verdure "Più di una volta al giorno" è in linea con gli anni.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale in Abruzzo la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta avere un trend crescente (24% nel 2022 vs. 21% nel 2018).

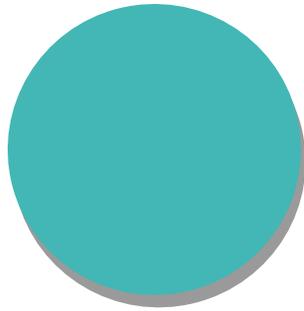
## Bibliografia essenziale

- <sup>1</sup>World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018. <https://www.wcrf.org/dietandcancer> (accessed Feb 19, 2019)
- <sup>2</sup>Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103
- <sup>3</sup>Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33
- <sup>4</sup>Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/tr6005.pdf>.
- <sup>5</sup>Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2017;117:707–714.
- <sup>6</sup>Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D’Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol*.
- <sup>7</sup>Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents’ Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 2017;84:231–246.
- <sup>8</sup>Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80–86
- <sup>9</sup>Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.
- <sup>10</sup>Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.
- <sup>11</sup>Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- <sup>12</sup>Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana ([http://nut.entecra.it/648/linee\\_guida.html](http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html)).
- <sup>13</sup>Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- <sup>14</sup>Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- <sup>15</sup>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.
- <sup>16</sup>World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.
- <sup>17</sup>Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot*. 2018;7:19.
- <sup>18</sup>Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- <sup>19</sup>Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.
- <sup>20</sup>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.
- <sup>21</sup>Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- <sup>22</sup>Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*,97:667–75.

---

<sup>23</sup>Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.

<sup>24</sup>Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.



## **CAPITOLO 4**

# **Sport e tempo libero**

## Introduzione

L'attività fisica regolare aiuta a prevenire e curare le malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione. Aiuta a prevenire anche l'eccesso ponderale e può contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui<sup>1</sup>.

Ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico delle malattie, come indicato nel “*Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*”<sup>2</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Le attività sedentarie, al pari dell'inattività fisica, sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute con conseguenze gravi per il benessere in ogni momento del ciclo di vita. Il tempo trascorso in attività sedentarie, come ad esempio lo stare seduti, è associato ad un maggior rischio di morbilità e mortalità<sup>3,4</sup>.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica<sup>5</sup> e non deve essere definito come il mancato raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica; un individuo, infatti, può trascorrere una grande quantità di tempo in un comportamento sedentario e soddisfare comunque le linee guida per l'attività fisica da moderata a vigorosa<sup>6</sup>.

Promuovere uno stile di vita attivo sin dall'età evolutiva diventa indispensabile e prioritario se si vuole rallentare lo sviluppo di processi patologici a lungo termine e creare abitudini sane per tutta la vita<sup>7,8</sup>.

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

## L'attività fisica

Secondo l'OMS, i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da svolgere quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa e almeno tre volte a settimana di attività fisica intensa<sup>9</sup>.

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

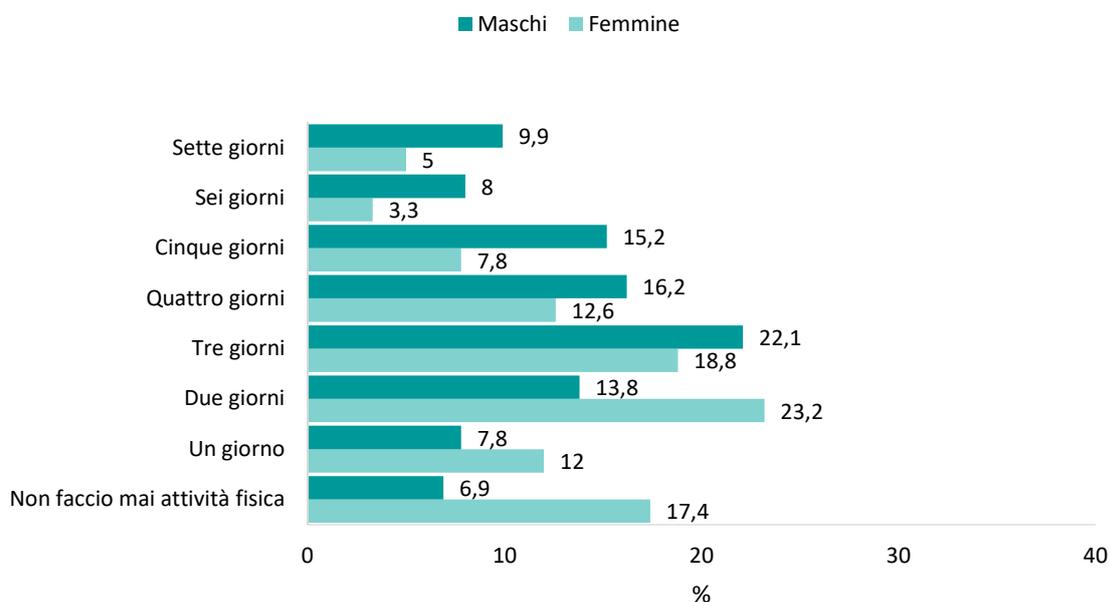
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “*negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno*”; in Tabella 1e in Figura 1 si riportano in percentuale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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	6.19	12.5	16.8	12
Un giorno	7.61	9.71	11.8	9.82
Due giorni	21	18.3	16.2	18.4
Tre giorni	20.6	21.4	19.7	20.5
Quattro giorni	16.6	13.7	13.2	14.5
Cinque giorni	12.4	11.1	11.2	11.6
Sei giorni	6.58	4.8	5.67	5.69
Sette giorni	8.9	8.57	5.43	7.52

Osservando la Tabella 1, si nota che il 6.19% dei ragazzi di 11 anni, il 12.3% dei ragazzi di 13 anni ed il 16.8% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 53%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 13% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



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

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

	<b>11 anni</b>	<b>13 anni</b>	<b>15 anni</b>
Ogni giorno	12.3	11.2	6.57
Da 4 a 6 volte a settimana	20.8	19	18.1
3 volte a settimana	22.8	20.7	24.9
2 volte a settimana	21	18.9	15.9
Una volta a settimana	9.03	10.7	11.3
Una volta al mese	2.84	5.81	4.96
Meno di una volta al mese	2.84	4.67	6.44
Mai	8.39	9	11.9

Osservando la Tabella 2, si nota che il 8.39% dei ragazzi di 11 anni, il 9% dei ragazzi di 13 anni ed il 11,9% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 40%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

### **Comportamenti sedentari**

I comportamenti sedentari, come ad esempio la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi, sono negativamente associati con la salute e il benessere durante l'adolescenza<sup>12,13</sup>. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nei ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze<sup>14,15,16</sup>.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente “screen time”) e l'obesità<sup>17</sup>.

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

### **Frequenza dell’uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione**

L’*American Academy of Pediatrics* affida ai genitori l’importante compito di educare i propri figli ad un uso consapevole e limitato dei diversi media<sup>18</sup>. I bambini e gli adolescenti di oggi vivono immersi nei media: dalla TV ai media interattivi, quali i social e i videogiochi.

L'utilizzo globale dei media tra gli adolescenti ha continuato a crescere negli ultimi dieci anni, aiutato dal recente aumento dell'uso del telefono cellulare; circa tre quarti degli adolescenti oggi possiedono uno smartphone, che consente l'accesso a Internet, streaming TV/video e "app" interattive, e circa un quarto si definisce "*costantemente connesso*" a Internet<sup>19</sup>.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media<sup>20,21</sup>; la famiglia, ma anche i diversi contesti educativi (ad esempio la scuola), sono pertanto chiamati a svolgere un ruolo importante per educare le giovani generazioni ad un uso consapevole delle diverse tipologie di intrattenimento su schermo.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	6.65	12.1	19.4
Circa mezz'ora	13.9	12.9	12.1
Circa un'ora	22.9	20.4	18
Circa 2 ore	22.8	18.8	17.9
Circa 3 ore	14.1	13.6	10.9
Circa 4 ore	6.65	7.15	6.3
Circa 5 ore o più	13	14.9	15.3

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 66% degli undicenni il 64% dei tredicenni ed il 67% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	16.7	8.17	3.58
Circa mezz'ora	22.1	13.3	9
Circa un'ora	20.5	16.1	15.3
Circa 2 ore	16.4	18.3	17.8
Circa 3 ore	8.97	13.1	17.3
Circa 4 ore	5.64	10.9	11.3
Circa 5 ore o più	9.74	20.2	25.8

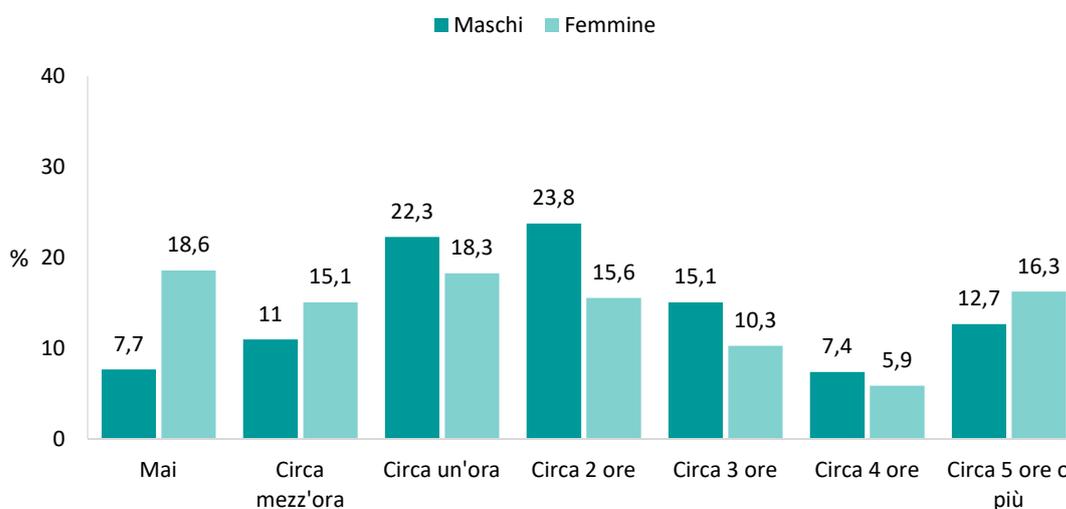
Si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	8.33	12.1	11.6
Circa mezz'ora	25.6	18.2	19.4
Circa un'ora	27.3	24.6	23.4
Circa 2 ore	16	19.8	18.2
Circa 3 ore	8.97	10.8	11.9
Circa 4 ore	4.23	4.54	6.3
Circa 5 ore o più	9.49	9.99	9.27

Il 22.6% dei giovani a 11 anni, il 25,5% a 13 anni ed il 27.5% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due al giorno.

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



## Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	31.4	38	49.6
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	48.3	51.2	58
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	39.4	32.6	31.7
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	42.5	42.6	38.7
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	27.8	24.6	23.2

### Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 7, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compreso gli adolescenti. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

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

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa(almeno 4 giorni a settimana)	46.5	39.2
Attività fisica intensa(almeno 3 volte a settimana)	70.7	52

Dal confronto dei dati pre e post pandemia si osserva un decremento dell'attività fisica moderata intensa e un calante di oltre 18 punti percentuali dell'attività fisica intensa.

### Conclusioni

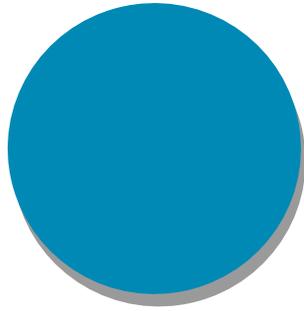
La percentuale dei ragazzi che praticano regolarmente almeno un'ora di attività fisica al giorno, come raccomandato dalle linee guida internazionali, nella nostra Regione è molto bassa, il 5% nelle donne e il 10% nei maschi.

Di contro ovviamente il dato di chi non svolge mai attività fisica è elevato soprattutto nelle femmine 17% mentre nei maschi è il 7% erano rispettivamente il 9,3% e il 5,3% nel 2018.

Il dato del 2022 sulla sedentarietà più rilevante è quello delle ore passate davanti a PC/tablet/cellulare, nella fascia oltre 5 ore si colloca il 10% degli 11enni, il 20% dei 13enni e il 25% dei 15enni.

## Bibliografiaessenziale

- <sup>1</sup> Global recommendations on physical activity for health: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1)
- <sup>2</sup> Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)
- <sup>3</sup> Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302–1310
- <sup>4</sup> Keadle SK, Moore SC, Sampson JN, Xiao Q, Albanes D, Matthews CE. Causes of death associated with prolonged TV viewing: NIH-AARP Diet and Health Study. *Am J Prev Med*. 2015;49(6):811–821
- <sup>5</sup> Biddle S.J., Gorely J, Marshall S.J, Murdey I, Cameron N.(2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33
- <sup>6</sup> Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913
- <sup>7</sup> Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health. Human Kinetics*. 2007.
- <sup>8</sup> Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40
- <sup>9</sup> World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; ISBN 978-92-4-001512-8.
- <sup>10</sup> Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(8):e0134804.
- <sup>11</sup> Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019
- <sup>12</sup> Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, Saunders TJ, Katzmarzyk PT, Okely AD, Connor Gorber S, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41:S240–65
- <sup>13</sup> Tremblay, M.S., Leblanc, A.G., Janssen, I., Kho, M.E., Hicks, A., Murumets, K., et al. 2011a. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl. Physiol. Nutr. Metab*. 36(1): 59–64
- <sup>14</sup> Pengpid S, Peltzer K. Leisure-Time Sedentary Behavior Is Associated with Psychological Distress and Substance Use among School-Going Adolescents in Five Southeast Asian Countries: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 13;16(12). pii: E2091.
- <sup>15</sup> Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;242:5–13.
- <sup>16</sup> Stanczykiewicz B, Banik A, Knoll N, Keller J, Hohl DH, Rosińczuk J, Luszczynska A. Sedentary behaviors and anxiety among children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Apr 30;19(1):459
- <sup>17</sup> de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2014 Aug 21;9(8):e105620.
- <sup>18</sup> <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>
- <sup>19</sup> Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- <sup>20</sup> COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)
- <sup>21</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



# CAPITOLO 5

## Ambiente scolastico

## Introduzione

Durante le diverse fasi dello sviluppo e ancora di più durante l'adolescenza, la scuola rappresenta l'ambiente più importante per lo sviluppo sociale e personale del ragazzo. Questo non solo perché l'individuo trascorre la maggior parte del suo tempo all'interno delle mura scolastiche, ma per ragioni di ordine sia antropologico che sociale. La scuola è un luogo di supporto e di sostegno per i ragazzi, è luogo di crescita ed è il luogo dove si sviluppano quelle competenze individuali e sociali, che favoriscono l'autonomia e che aiutano ad avere relazioni positive con il mondo. Un ambiente scolastico accogliente favorisce lo sviluppo dell'indipendenza e aumenta la partecipazione degli studenti nei processi decisionali che li riguardano. La scuola promuove il benessere psicologico e sociale, e consolida la maggior parte dei comportamenti legati alla salute<sup>1</sup>.

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

## Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere

Le caratteristiche della scuola, che siano strutturali oppure organizzative possono influenzare il benessere individuale e collettivo così come l'adattamento dei nostri ragazzi al contesto<sup>2</sup>. In HBSC anche i Dirigenti Scolastici hanno risposto alle domande sulle caratteristiche strutturali e organizzative della loro scuola e sulle eventuali iniziative scelte per promuovere la salute degli studenti. Queste informazioni saranno utili nel confronto con le risposte fornite dagli studenti per una migliore comprensione delle eventuali differenze che emergono nei comportamenti e nelle condizioni di salute dei ragazzi.

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

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

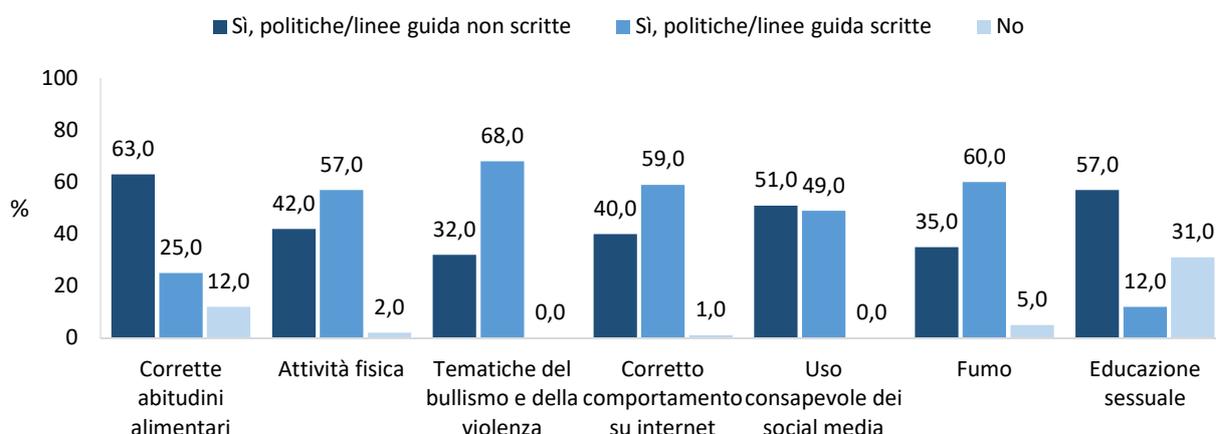
	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	15.38	47.69	30.77	4.62	1.54	
La palestra è in buone condizioni	13.85	50.77	24.62	4.62		6.15
I laboratori didattici sono attrezzati	9.23	46.15	29.23	9.23		6.15
La scuola necessita di restauro	24.62	47.69	16.92	7.69	1.54	

La lettura dei dati presenti in Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: circa il 50% dei

Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri.

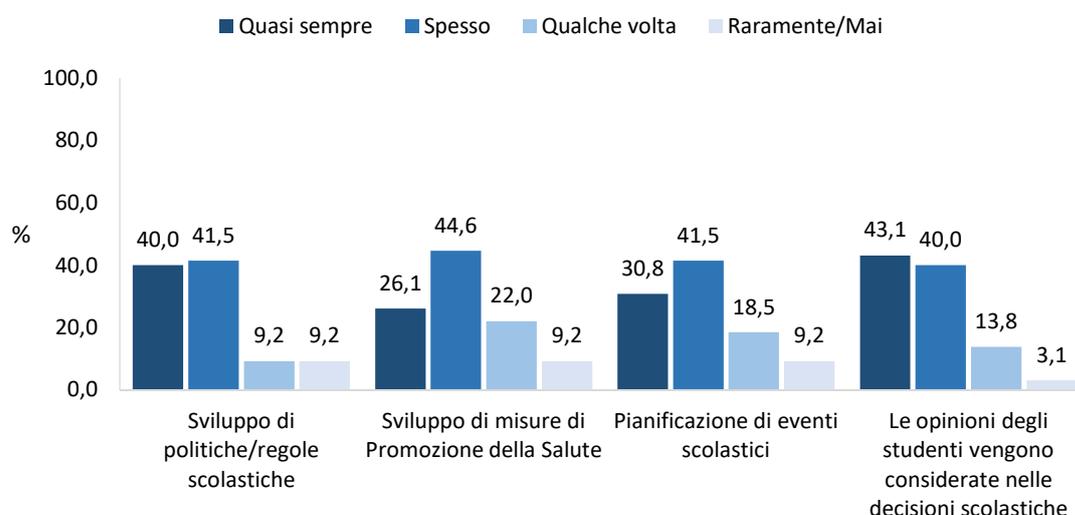
Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di riportare quali eventuali attività di promozione della salute sono state condotte con la finalità di favorire l'acquisizione di nuove conoscenze o nuove competenze nelle aree più significative per il benessere dei ragazzi (Figura 1)

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



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

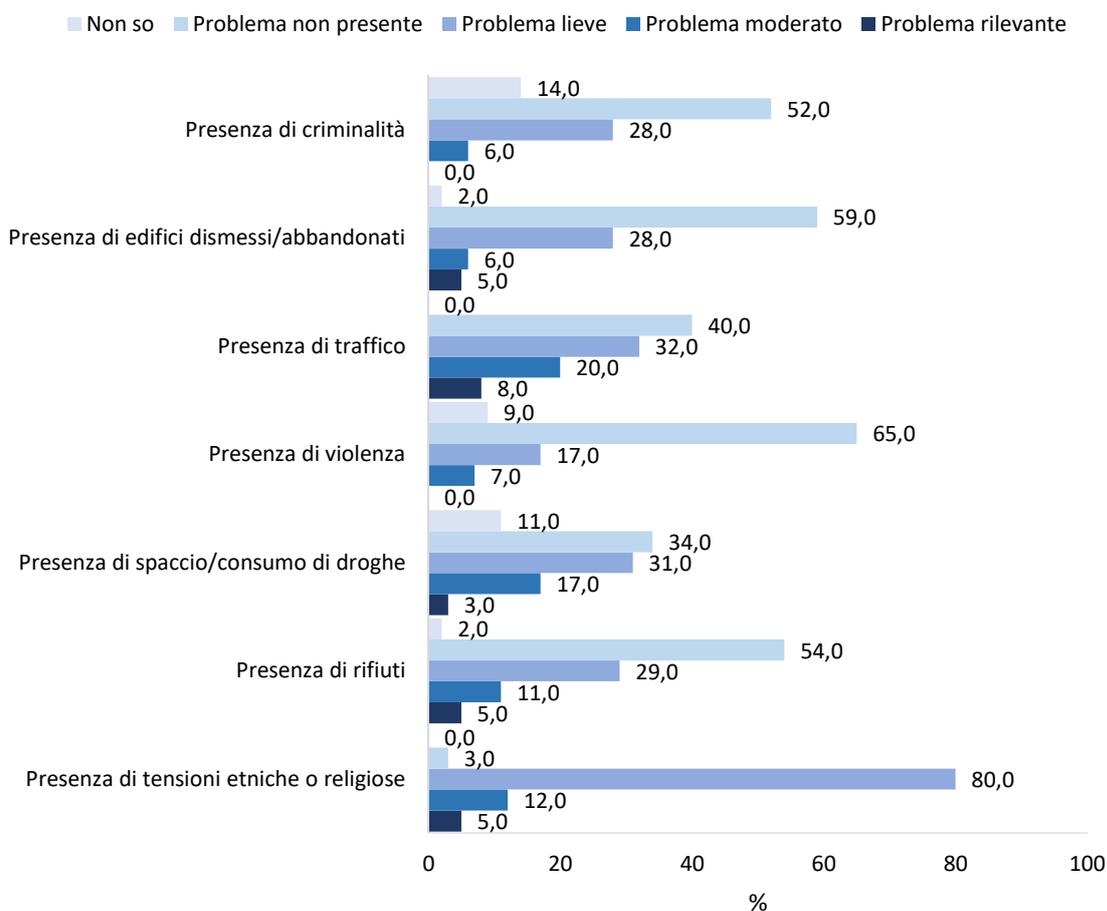
**Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)**



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (circa 80%).

Il contesto ambientale, come luogo nel quale la scuola è inserita, è di estrema rilevanza per i ragazzi come per tutto il corpo insegnanti. Il contesto può favorire oppure essere di ostacolo non solo alle attività scolastiche ma anche alla qualità delle stesse. Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di valutare la presenza e la rilevanza di alcuni problemi legati alle caratteristiche dell'area in cui è situata la scuola (Figura 3 dell'adeguatezza del quartiere in cui si trova la scuola (Tabella2)

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



Il problema più importante è risultato essere la presenza di violenza seguita dal traffico, ritenute rilevanti dal 09% dei Dirigenti scolastici e moderato da circa il 20% degli stessi.

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

Per niente bene	0
Non molto bene	9.2
Nella media	73.8
Piuttosto bene Molto bene	13.9
Non so	3.1

Secondo il Dirigente Scolastico, il quartiere in cui opera la scuola appare nella media in quanto a benessere degli abitanti.

In Tabella 3 si riportano i giudizi del Dirigente Scolastico circa le attività culturali presenti nel quartiere della scuola.

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

	Poche iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	9.2	7.7	4.6
In disaccordo	21.5	24.6	24.6
Abbastanza in disaccordo	9.2	9.2	10.8
Né in accordo né in disaccordo	12.3	9.2	13.5
Abbastanza d'accordo	23.1	10.8	13.8
D'accordo	12.3	26.1	20
Completamente d'accordo	3.1	6.1	1.5
Non so	9.2	6.1	10.8

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, circa il 40% dei Dirigenti è in disaccordo nel dichiarare che nel quartiere sono presenti iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani.

## Rapporto con gli insegnanti

La buona qualità della relazione tra insegnanti e studenti è uno tra fattori che maggiormente contribuiscono all'adattamento degli adolescenti all'ambiente scolastico e alle buone relazioni individuali e di gruppo<sup>3-4</sup>. Studi recenti osservano che gli studenti che percepiscono relazioni positive con i loro insegnanti, mostrano anche migliori strategie di coping attivo e nel complesso mostrano un migliore adattamento comportamentale al contesto scolastico<sup>5-6</sup>, con effetti positivi anche sul loro successo scolastico<sup>7-8</sup>. Numerosi studi internazionali e nazionali hanno dimostrato come una relazione positiva con gli insegnanti possa moderare l'esternazione di comportamenti aggressivi<sup>9</sup> e rappresentare un potente fattore protettivo per l'assunzione dei più comuni comportamenti a rischio<sup>10-11</sup>.

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	20.4	13.8	9	14.1
D'accordo	37.5	33	24.2	31.2
Né in accordo né in disaccordo	28.8	35	40	34.9
Non d'accordo	8	10.8	17.2	12.2
Per niente d'accordo	5.3	7.6	9.5	7.6

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	36.7	20.4	9.8	21.8
D'accordo	34.9	32.5	26.5	31.1
Né in accordo né in disaccordo	18	28.4	34.6	27.3
Non d'accordo	5.4	9.2	15.5	10.3
Per niente d'accordo	4.9	9.5	13.6	9.5

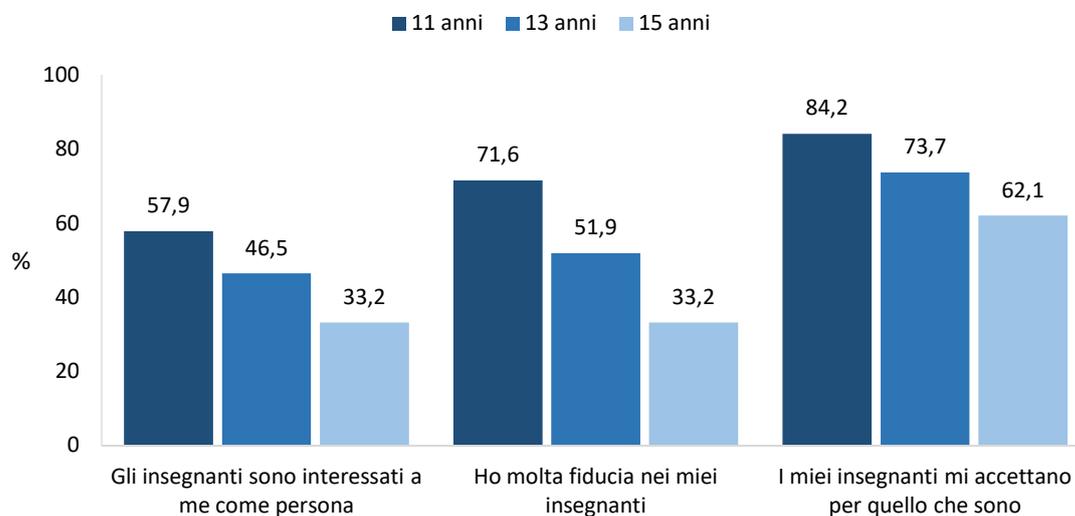
**Tabella 6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	48.7	33.6	22.5	34.4
D'accordo	35.5	40.1	39.5	38.4
Né in accordo né in disaccordo	12.1	17.6	24.6	18.4
Non d'accordo	2.3	5.7	8	5.4
Per niente d'accordo	1.3	3.1	5.2	3.3

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

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

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



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

### **Rapporto tra pari e con i compagni di classe**

Il modo in cui i ragazzi si relazionano con i loro pari e con i compagni di scuola rappresenta un ulteriore fattore chiave per lo sviluppo della personalità dei ragazzi, durante l’adolescenza<sup>6,12</sup>. La relazione tra pari, soprattutto quando di buona qualità sembra influire non solo sulla partecipazione dei giovani alle attività scolastiche ma in modo particolare sulla loro motivazione e sul desiderio di riuscire a ottenere buoni risultati nelle diverse attività. Di contro, gli studenti che riportano maggiori difficoltà a relazionarsi con i compagni presentano in media un peggiore rendimento con voti complessivamente più bassi<sup>13</sup>. Riportare relazioni positive tra pari, così come avere amici a scuola facilita la condivisione di comportamenti adeguati al contesto<sup>14</sup> e, indirettamente, consolida l’impegno nello studio<sup>15</sup>.

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	78.1	69.5	69.7	72.4
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	78.9	70	70.6	73.1
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	84.1	78.7	82.3	81.8
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	75.3	69.9	71	72

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	31	16.6	15.2	20.7
D'accordo	40.8	36.6	45.2	41.1
Né in accordo né in disaccordo	19.5	26.4	24.1	23.3
Non d'accordo	6.3	13.8	10.9	10.3
Per niente d'accordo	2.4	6.6	4.5	4.5

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

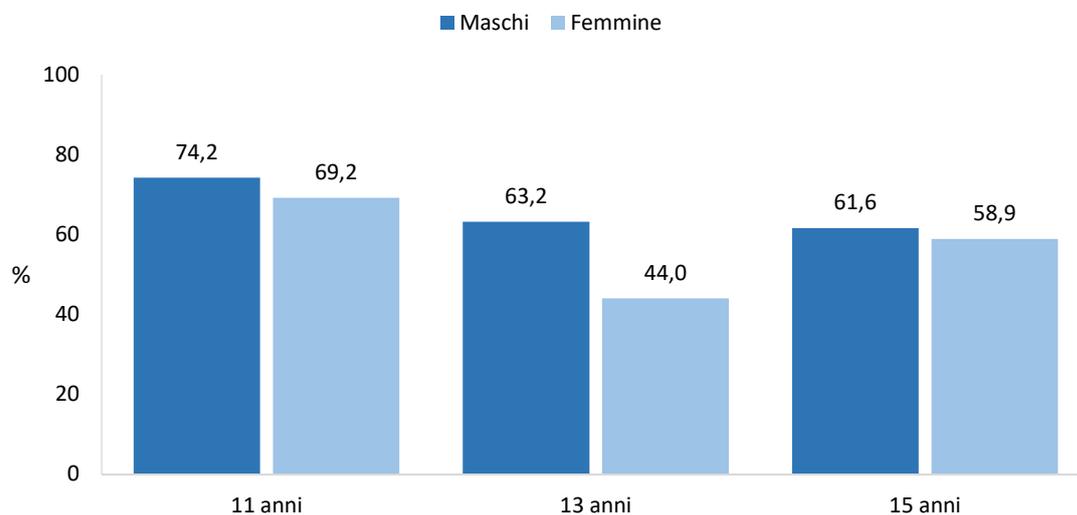
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	43.2	26.9	26.1	30.4
D'accordo	35	36.8	46	39.6
Né in accordo né in disaccordo	15	23.7	23.5	20.8
Non d'accordo	3.8	6.8	4.4	5
Per niente d'accordo	2.9	5.7	3.9	4.2

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, la percezione della disponibilità dei propri compagni diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 72% di undicenni che sono d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" si registra un 50% di quindicenni con la stessa percezione.

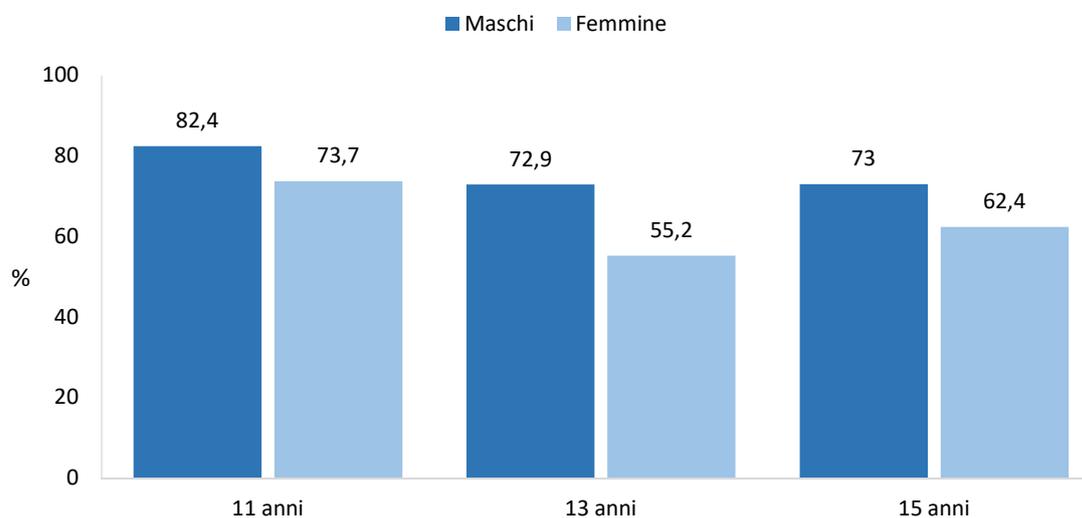
Nella Tabella 9 emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notandosi un leggero decremento nel passaggio dagli 11 (78%) ai 15 anni (70%)

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

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



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



## Bullismo e cyberbullismo

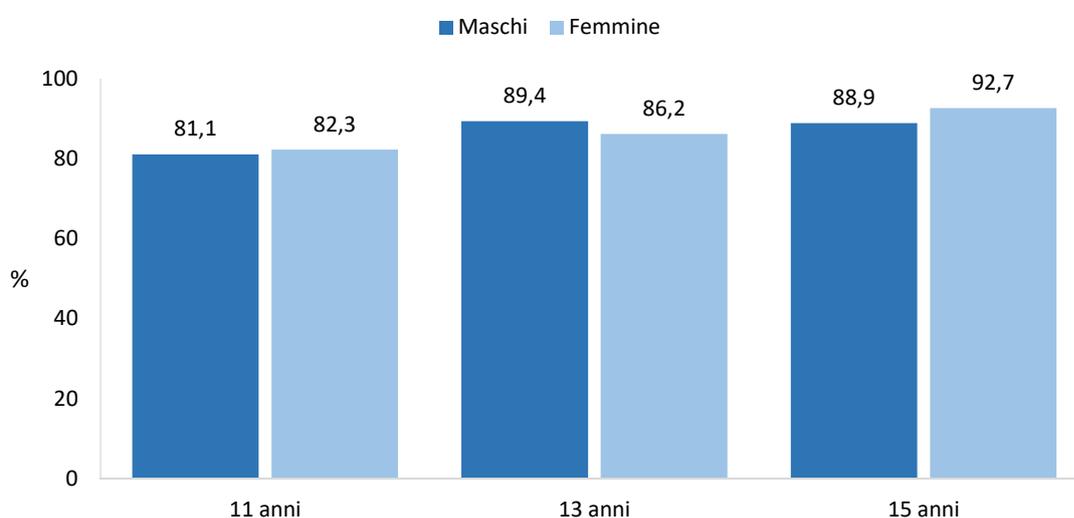
Il rapporto su bullismo a scuola dell'Unesco<sup>16</sup>, è stato pubblicato nel 2019 con l'intento di voler sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno bullismo e incoraggiare i diversi Paesi Europei a intraprendere azioni di contrasto efficaci che siano basate su dati concreti e sulle buone pratiche. Il rapporto analizza il fenomeno in 71 paesi del mondo integrando fonti informative differenti tra le quali anche HBSC. Coerentemente con quanto già osservato nello studio, si conferma che l'Italia è uno tra i paesi con la minore prevalenza di bullismo tra quelli con tendenza in riduzione<sup>16</sup>. Il bullismo non è una manifestazione violenta come altre, ma un fenomeno sociale che coinvolge giovani di ogni fascia di età. Vittime, spettatori o perpetratori non sempre riescono ad avere consapevolezza di far parte di un percorso di violenza, e non sempre riescono districarsi dalla situazione e dai ruoli nei quali si trovano. Spesso questi atti vengono sottovalutati o erroneamente considerati scherzi innocui, rituali di passaggio o peggiori dinamiche accettabili<sup>17</sup>. Il bullismo è un tipo di aggressività specifica, caratterizzata da violenza verbale o fisica in cui il comportamento (i) è condotto con l'intenzione di disturbare, infastidire o nuocere l'altro, (ii) si verifica ripetutamente e con continuità nel tempo ed (iii) esiste in presenza di uno squilibrio di potere, con un persona o gruppo più potente che ne aggredisce/attacca uno meno potente che non può adeguatamente difendersi per fermare l'aggressione<sup>18</sup>; è di solito più frequente nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo diverso tra ragazzi e ragazze. Spesso le aggressioni fisiche sono più comuni nei ragazzi, mentre quelle verbali e psicologiche nelle ragazze, anche se talvolta indipendentemente dal genere, queste modalità coesistono.

Il cyberbullismo è un'analoga aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, gli atti di cyberbullismo possono accadere in un tempo indefinito, in qualunque momento, coinvolgono un pubblico più vasto e spesso al di fuori della cerchia di conoscenze della vittima e si diffondono rapidamente senza possibilità o percezione di controllo<sup>19</sup>. Un lavoro della Commissione Europea di qualche anno fa, che coinvolgeva sette paesi, tra cui l'Italia, ha dimostrato che il fenomeno è nuovo e in crescita, complice anche la diffusione dei dispositivi elettronici e la precoce esposizione agli stessi. A differenza del bullismo, il cyberbullismo sembra aumentare con l'età e sembra imporsi come fenomeno a sé, simile al bullismo ma solo nel nome<sup>20</sup>. Se pur tutto ciò sembra essere allarmante, recenti studi confermano che un clima positivo tra i coetanei e delle buone relazioni con figure adulte di riferimento, soprattutto gli insegnanti scolastici/coach sportivi, riducono la probabilità di questi comportamenti lesivi e rappresentano un potente fattore protettivo. Le dinamiche relazionali positive, che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono, infatti, un ulteriore elemento protettivo su cui investire<sup>19</sup>. Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana", riportate per esteso in Tabella 10 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 7

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	81.7	87.8	90.6	86.8
Una o due volte	10.3	6.1	5.9	7.4
Due o tre volte al mese	2.3	2.6	1.1	2
Circa una volta alla settimana	2.3	1.4	0.7	1.4
Più volte alla settimana	3.3	2.2	1.6	2.3

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo.

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

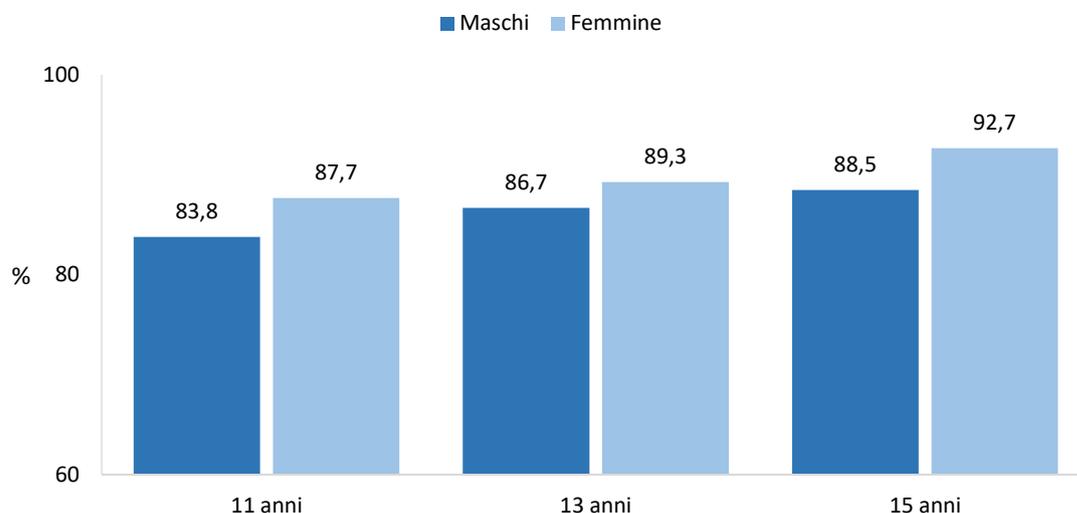
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	85.6	88.1	90.5	88.2
Una o due volte	10.2	8	6.2	8.1
Due o tre volte al mese	1.7	1.5	1.1	1.4
Circa una volta alla settimana	0.5	0.9	1.1	0.9
Più volte alla settimana				

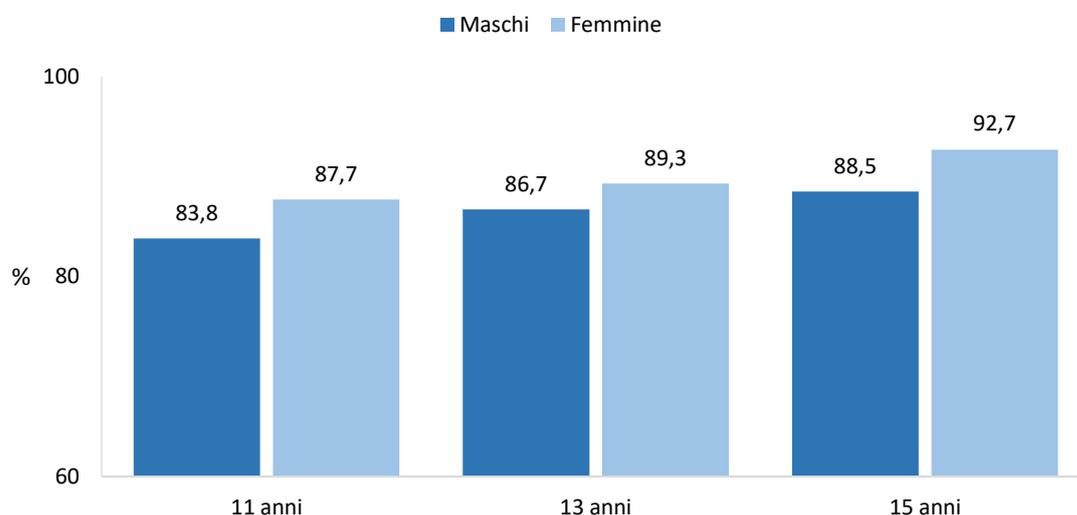
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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



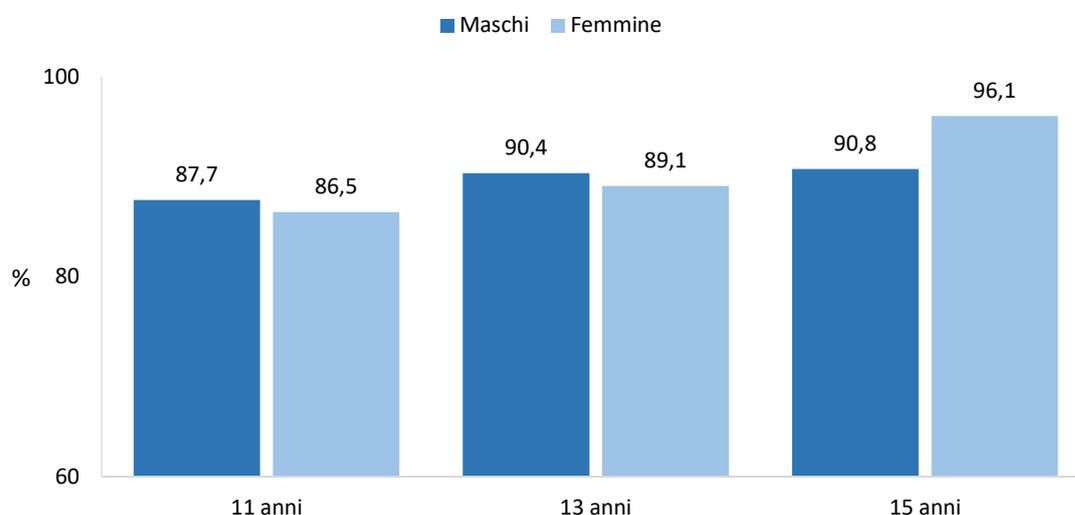
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo..

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



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

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



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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	63.8	65.9	72.3	67.6
Una volta	16.1	16.6	13.7	15.4
Due volte	5.8	8.1	5.8	6.5
Tre volte	4.4	2.8	2.1	3.1
Quattro volte o più	10	6.6	6.1	6.5

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

## La scuola

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

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

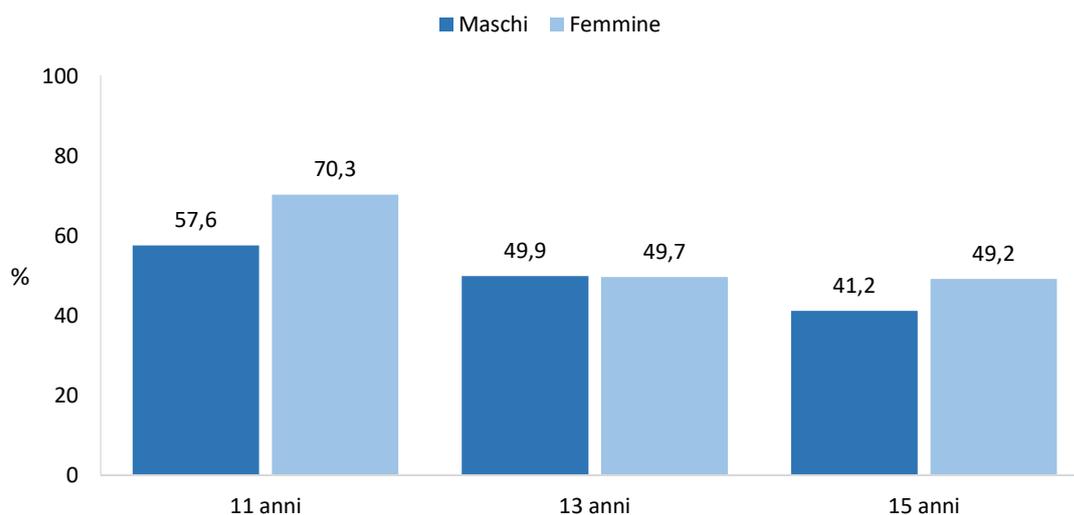
In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	16.7	7.6	6.5	10.1
Abbastanza	47.1	42.2	38.3	42.3
Non tanto	24	35.8	37.7	32.7
Non mi piace per nulla	12.3	14.4	17.4	14.8

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

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



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

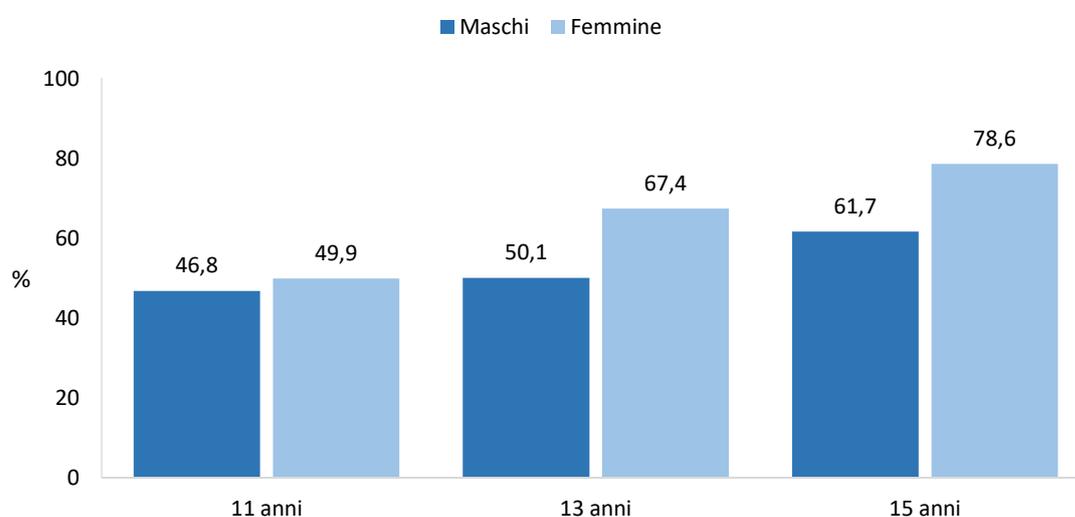
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Per niente	7.5	5.9	4.6	5.9
Un po’	44.2	35	26	34.7
Abbastanza	27.7	33.1	36	32.4
Molto	20.6	26	33.5	27

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



### Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
<b>Ai ragazzi</b>		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	53.7	45.3
Ho molta fiducia nei miei insegnanti(d'accordo/molto d'accordo)	61.4	52.9
I miei compagni sono gentili e disponibili(d'accordo/molto d'accordo)	64.3	61.8
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi(d'accordo/molto d'accordo)	88	86.8
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi(d'accordo/molto d'accordo)	90.7	85.4
La scuola mi piace abbastanza o molto(d'accordo/molto d'accordo)	62.3	52.5
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	53.5	59.4

## Conclusioni

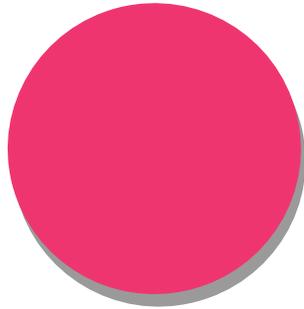
Paragonando i dati delle due raccolte si evidenzia un peggioramento della percezione dell'interesse degli insegnanti e della fiducia che gli alunni hanno nei loro confronti, anche la percezione della disponibilità dei compagni è in leggera flessione.

Risulta in aumento il numero di atti di cyberbullismo incrementato di oltre il 5%, invariato il dato sul bullismo.

La frequenza scolastica risulta sempre meno piacevole ed è fortemente in aumento lo stress correlato al lavoro scolastico.

## Bibliografia essenziale

- <sup>1</sup>Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- <sup>2</sup>Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- <sup>3</sup>Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- <sup>4</sup>Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- <sup>5</sup>Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- <sup>6</sup>Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- <sup>7</sup>Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- <sup>8</sup>Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- <sup>9</sup>Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- <sup>10</sup>de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- <sup>11</sup>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;87:12-20.
- <sup>12</sup>Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, Dalmasso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health*, 2015;37:573-80.
- <sup>13</sup>Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- <sup>14</sup>Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- <sup>15</sup>van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- <sup>16</sup>UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- <sup>17</sup>Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- <sup>18</sup>Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «*JAMA: Journal of the American Medical Association*», 285, pp. 2094-2100.
- <sup>19</sup>Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- <sup>20</sup>Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL\\_STU\(2016\)571367\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)
- <sup>21</sup>Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt.



# **CAPITOLO 6**

## **Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze**

## Introduzione

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

## Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani al fumo di tabacco e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. Ci sono diverse ragioni per cui gli adolescenti decidono di utilizzare sostanze psicotrope, incluso il desiderio di provare nuove esperienze, il tentativo di affrontare problemi o di essere socialmente più accettati, o semplicemente rispondere alla pressione dei pari. I preadolescenti e gli adolescenti sono considerati "biologicamente programmati" per la ricerca di nuove esperienze e per l'adozione di comportamenti così come sono impegnati nella costruzione della loro identità. Provare droghe, siano esse legali o illegali, può soddisfare queste normali esigenze ma in modo non salutare, con possibili ripercussioni nella loro vita futura<sup>1</sup>. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico, non solo individuali.

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

## Fumo

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature<sup>2</sup>. Dal momento che questo comportamento si instaura per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi della dipendenza<sup>3</sup>.

Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le conseguenze negative note legate al fumo, attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia tipo "regolatoria" del corpo come il controllo dell'umore o del peso, ma anche di tipo relazionale come l'appartenenza al gruppo o la sensazione di maturità e indipendenza<sup>4-5</sup>.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	98.6	93.5	71.8	83.3
1-2 giorni	0.6	2.2	8.6	4
3-5 giorni	0.1	1.4	2.8	1.5
6-9 giorni	0.3	0.5	2.5	1.1
10-19 giorni	0	0.9	2.8	1.3
20-29 giorni	0.3	0.3	2.4	1.1
30 giorni o più	0.1	1.2	9.1	3.7

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	98.6	92.9	78.4	89.5
1-2 giorni	0.4	3	7.6	3.8
3-5 giorni	0.1	1.4	4.4	2.1
6-9 giorni	0	0.7	2.3	1
10-19 giorni	0.4	0.6	3	1.4
20-29 giorni	0.1	0.3	0.9	0.5
30 giorni o più	0.4	1.1	3.4	2.7

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 98% degli undicenni al 93% dei tredicenni sino al 83% dei quindicenni.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0	1	9	3.7
Femmine	0.3	1.3	9.2	3.6

## Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici<sup>6</sup> ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni<sup>7</sup>, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato e che può aver ripreso vigore in seguito alla fase pandemica che ci stiamo lasciando alle spalle. Inoltre, è fondamentale monitorare questo fenomeno anche alla luce del fatto che è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>.

L'alcol rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli<sup>10</sup>. Naturalmente tali politiche devono tener conto anche dei cambiamenti che negli ultimi anni si stanno osservando sul consumo di bevande alcoliche. Nel nostro Paese infatti a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	82.7	64.8	32.7	59.1
1-2 giorni	10.6	15.5	19.1	15.2
3-5 giorni	3.3	7	9.6	6.7
6-9 giorni	1	3.7	5.9	3.6
10-19 giorni	0.4	3.5	8.1	4.1
20-29 giorni	0.4	1	5.8	2.5
30 giorni o più				

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	91.9	78.9	46.8	71.5
1-2 giorni	5	11.3	24.8	14.1
3-5 giorni	1.7	5.2	12.6	6.7
6-9 giorni	0.5	2.3	5.6	2.9
10-19 giorni	0.4	1.5	4.6	2.2
20-29 giorni	0.2	0.2	1.7	0.8
30 giorni o più	0.3	0.6	3.8	1.7

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 91% degli undicenni al 79% dei tredicenni sino al 47% dei quindicenni.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0	0.5	5.1	2.1
Femmine	0.5	0.7	2.3	1.2

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	1.2	7.3	5.8	16.8	69
Vino	0.5	3.2	4.2	15.9	76.1
Superalcolici	0.6	4	6.5	14	74.9
Alcolpops	0.9	3.4	3.7	11	80.9
Spritz	0.4	4.2	4.5	12.7	78.2
Altra bevanda alcolica	0.6	6.7	5.9	14.4	72.3

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

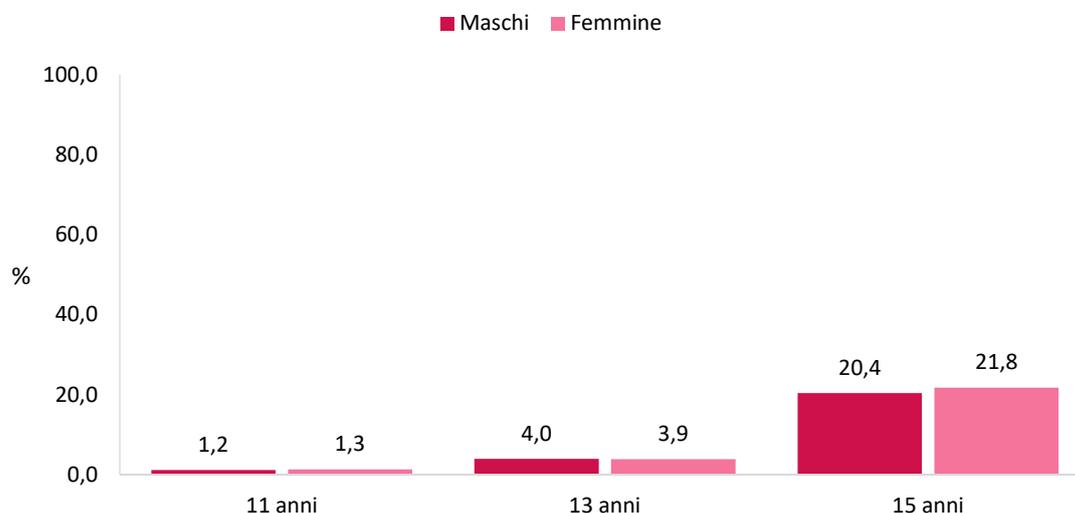
**Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	95.8	90.6	68.4
Si, una volta	2.9	5.4	10.5
Si, 2-3 volte	0.8	2.3	10.6
Si, 4-10 volte	0	0.9	5.3
Più di 10 volte	0.5	0.7	5.1

Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età con un salto netto evidente tra i 13 anni e i 15 anni.

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

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

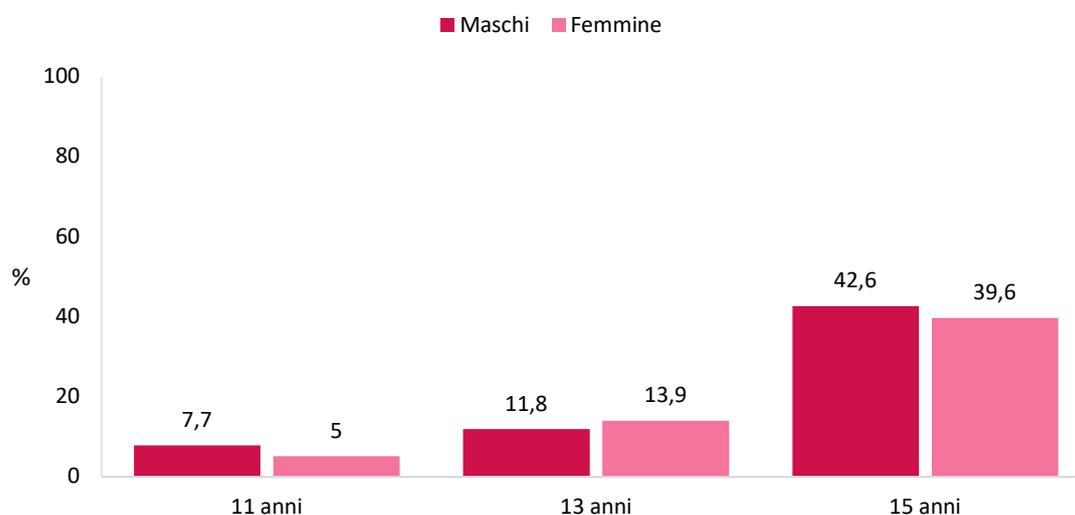


Non si ravvisano sostanziali differenze tra maschi e femmine in tutte le fasce di età.

Nella sorveglianza è indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di oltre 6 Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani<sup>11-12</sup>. A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema<sup>13</sup>.

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

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



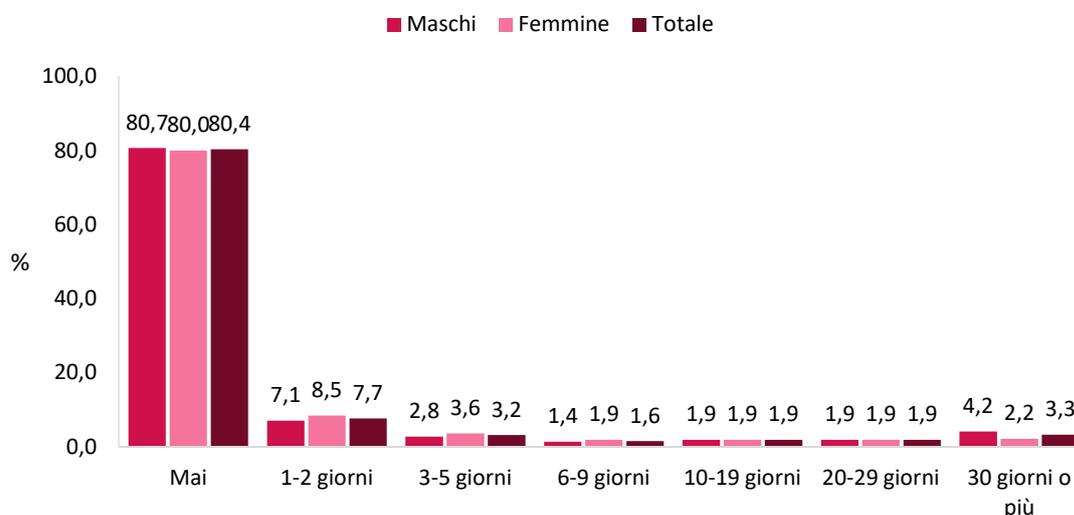
I maschi, in percentuale superiore alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol, tale fenomeno è evidente nei 15enni.

## 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<sup>14</sup>. Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poiché i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione<sup>14</sup>. Nonostante si stia riscontrando, come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis, lo studio di questo fenomeno rimane una priorità per la Sanità Pubblica, in primis perché il periodo pandemico appena attraversato sembra aver aumentato il disagio tra gli adolescenti, e soprattutto per indirizzare nuove politiche preventive e di controllo. L'uso di cannabis è indagato solo nei 15enni e nei 17enni (vedi capitolo dedicato ai 17enni).

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

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



8 ragazzi su 10 non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale (3,3%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi 4,2%

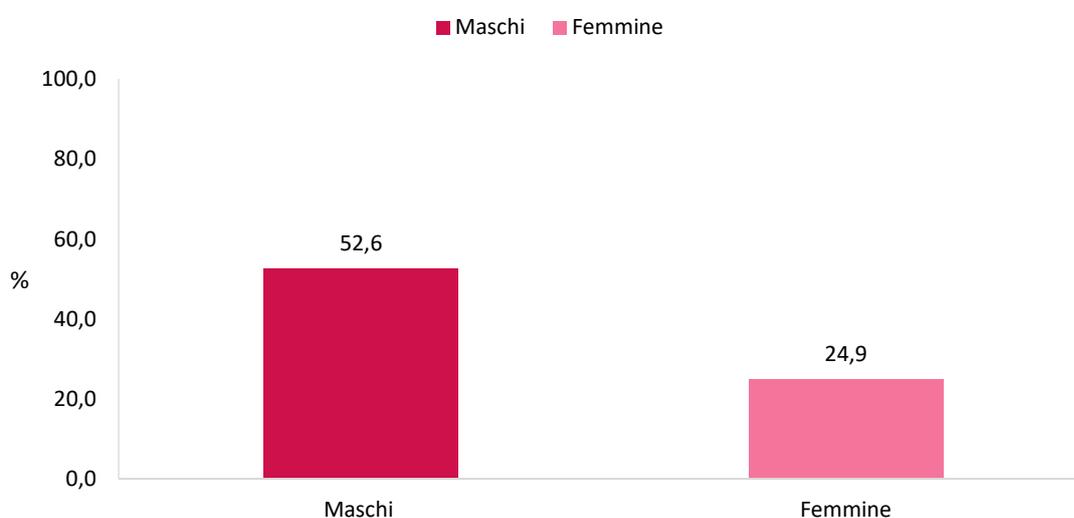
## Gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è diventato un problema sempre più diffuso tra gli adolescenti; questi ultimi sono considerati ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottovalutarne i rischi e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza<sup>15-17</sup>. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a conseguenze negative, come comportamenti criminali,

difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio<sup>18</sup>. L'indagine HBSC ha come obiettivo quello di monitorare l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi.

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

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



Tale comportamento è molto più frequente nei maschi (52,6%) rispetto alle femmine (24,9%).

## Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	15.1	8	5.2
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	27.4	19.5	23.9
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	57.1	53.1	52.7
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	24.7	21	18.7

Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	46.1	42	37.1
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	22.6	19.2	19.1
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	43.7	36.9	43.7

## Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 9, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compresi gli adolescenti. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

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

	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	33.3	28.2
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	55.1	53.2
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	20.5	21
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	48.7	41.2
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	17.7	11.2
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	46.3	39.8

Nel confronto tra le due raccolte si nota un calo della percentuale di fumo, binge drinking e uso di cannabis tra 2018 e 2022.

## Conclusioni

Il vizio del fumo è leggermente diminuito dall'ultima raccolta dati ad oggi, infatti la percentuale di giovani che non hanno "Mai" fumato è passata dall'78,9% del 2018 al 83,3% del 2022, la frequenza al fumo di sigaretta ogni giorno nella fascia d'età 15 anni non mostra differenze tra i sessi.

L'uso di cannabis è calato nel tempo, dichiarano di non aver "Mai" utilizzato cannabis nel 2022 l'81% versus il 71%, del 2018, l'uso di una volta al mese è calato dal 17,7% all'11,2% senza particolari differenze tra i sessi.

Per quanto riguarda la frequenza del consumo di alcol la percentuale di coloro che dichiarano di non consumare "Mai" alcolici diminuisce all'aumentare dell'età. In totale coloro che non ne hanno mai fatto uso sono il 71% ,dato migliore di quello del 2018 57%.

Il consumo in una sola occasione di più unità alcoliche (Binge drinking) è in calo 49% 2018 versus 41% 2022 con una leggera prevalenza del sesso maschile ( 42% versus 39%).

Il dato riferito sulla diffusione del gioco d'azzardo nei giovani ci dice che il fenomeno è in decremento (46% 2018 versus 40% 2022) con una frequenza quasi doppia nella fascia "Almeno una volta nella vita" dei maschi rispetto alle femmine (42% maschi e 24% femmine).

## Bibliografia essenziale

<sup>1</sup>National Institute on Drug Abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>

<sup>2</sup>WHO report on the global tobacco epidemic 2019. [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/en/)

<sup>3</sup>Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni*. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC. Padova: Cleup.

<sup>4</sup>Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T. (2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.

<sup>5</sup>Lambert M., Verduyck P., Van den Broucke S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M., Hublet A., Verduyck P., Maes L., Van den Broucke S. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.

<sup>6</sup>Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, Godeau E, Kuntsche E, Molcho M, Pfortner TK, Simons-Morton B, Vieno A, Vollebergh W, Pickett W. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 ;25 Suppl 2:69-72.

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

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

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

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

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

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

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

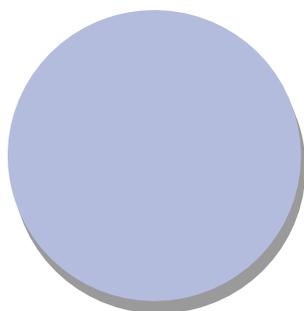
<sup>14</sup>Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.

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

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

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

<sup>18</sup>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



# CAPITOLO 7

## Salute e Benessere

## Introduzione

La salute consente all'uomo di raggiungere e soddisfare i propri obiettivi di vita e, nella definizione positiva proposta dall'OMS, si rappresenta come un capitale che al fianco di quelle fisiche riconosce altre categorie di risorse individuali e sociali, permettendo così agli individui di essere attivi nei normali contesti di vita e di lavoro<sup>1-3</sup>. Il benessere può invece essere definito come una condizione di equilibrio in cui l'individuo percepisce di avere le risorse fisiche, psicologiche e sociali di cui ha bisogno per rispondere alle sfide che la vita gli propone. In assenza di questo equilibrio il soggetto tende a percepire una condizione di ansia che si può accompagnare a sintomi di stress quali i disturbi del sonno o il mal di stomaco fino ad arrivare alla depressione. Ogni soggetto è quindi portatore di risorse interne (potenzialità fisiche, psicologiche, cognitive, ecc.) che sono però in continua interazione con le risorse presenti nei diversi livelli del sistema ecologico del quale si trova a far parte, attraverso dinamiche complesse che rispondono al principio della causalità reciproca. Accettare questa impostazione richiede che nell'interrogarsi sulla salute di una popolazione non ci si concentri più sui soli fattori di rischio delle malattie ma si ampli l'orizzonte di osservazione, cercando quindi di mettere a fuoco le diverse "risorse" di cui il soggetto ha bisogno, non solo per rispondere alle necessità di tipo fisiologico ma anche a quelle di tipo culturale, sociale e di altro tipo ancora: risorse che rappresentano una sorta di capitale sul quale fondare la propria salute<sup>4</sup>.

Valutare la salute a livello di popolazione non è certo compito di facile esecuzione<sup>5</sup> e ancora più complesso può apparire quello di definire e monitorare la salute dei giovani in età adolescenziale: è in questa fascia di età che troviamo i tassi di mortalità e morbosità più bassi che nel resto dell'arco della vita ma è anche questa l'età in cui gli aspetti relazionali e di contesto di vita cominciano a giocare un ruolo fondamentale dimostrandosi in grado di determinare la condizione di salute del futuro adulto<sup>2-3</sup>. Quest'influenza, già nota per i principali fattori di rischio - come una scorretta alimentazione, il sovrappeso-obesità o la presenza di comportamenti e abitudini voluttuarie nei confronti delle patologie cardiovascolari o tumorali - risulta evidente anche per alcune tra quelle che prima sono state definite come risorse dell'ambiente ecologico del soggetto rispetto a condizioni su cui si concentra una sempre maggiore attenzione: l'ansia, la depressione e la nevrosi<sup>6</sup>.

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

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

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

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

## Salute percepita

Lo studio HBSC come si è detto precedentemente rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana che, sotto il profilo epidemiologico, presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute di una comunità nel suo complesso, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età per la quale è invece più appropriato affidarsi alla percezione soggettiva del proprio stato di salute<sup>7</sup>. Studi recenti condotti nella popolazione adulta hanno dimostrato che percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita e hanno descritto una chiara relazione tra la salute percepita e quella misurata dai professionisti della sanità<sup>6-7</sup>. Sembra quindi che chiedere direttamente a una persona come si senta sia un modo affidabile per conoscere la sua condizione di salute. Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione<sup>8</sup> con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori<sup>9</sup>.

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

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

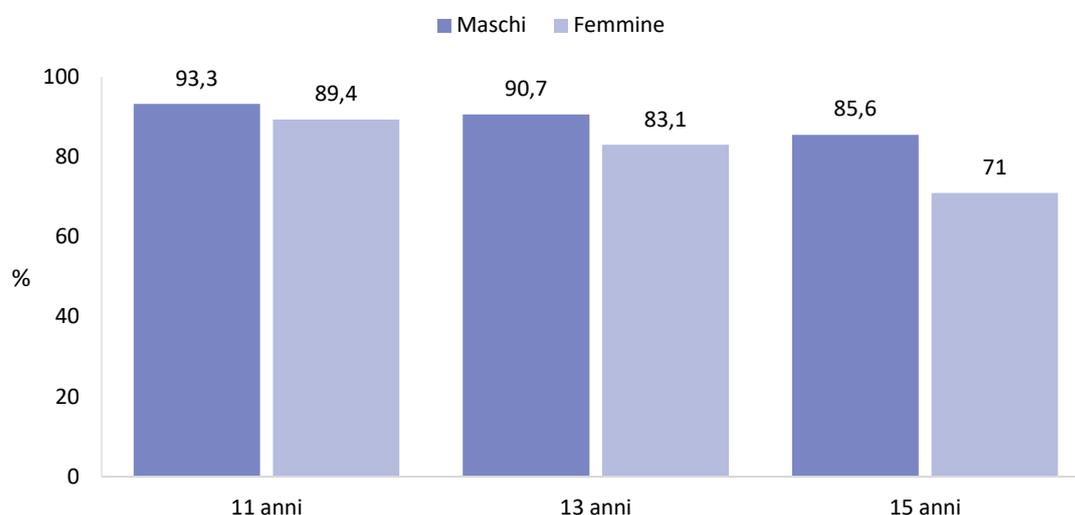
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	38.5	34	26.8	32.8
Buona	52.9	52.7	52.2	52.6
Discreta	7.7	11.9	18.1	12.8
Scadente	0.9	1.3	2.9	1.8

Dai dati in tabella si evince che circa il 85% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono.

Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di 11 anni di età.

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

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all’aumentare dell’età.

Risente di differenze di genere, il sesso femminile ha in generale una maggiore insoddisfazione che si accentua molto più che nei maschi col passare degli anni.

### Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall’assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto<sup>6,9</sup>. Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze<sup>10</sup> e a più alti livelli di attività fisica<sup>11</sup>. Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi<sup>12</sup>.

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

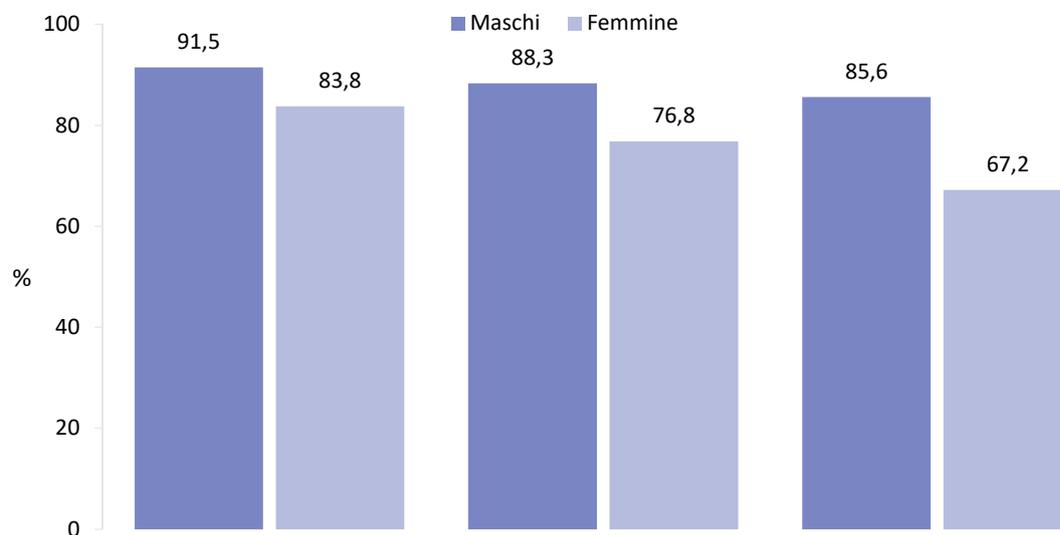
**Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	12.2	17.7	22.9	17.8
≥6	87.8	82.3	77.1	82.2

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere, un giudizio più critico è stato espresso dai 15enni.

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

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



Il confronto evidenzia differenze tra maschi e femmine con livelli di soddisfazione più alti nei maschi.

### Sintomi riportati

Nello studiare la salute degli adolescenti è importante indagare la complessità dei fattori che sostengono la percezione che loro stessi hanno della condizione riferita interrogandoli, ad esempio, sui sintomi di cui dichiarano di soffrire, anche e soprattutto in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza soggettiva di sintomi, infatti, oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari<sup>13</sup>, si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche<sup>14</sup>, tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari<sup>15</sup>. Tale quadro, confermato anche dall'uso di più sofisticate tecniche di analisi, sembra suggerire una relazione tra il riportare specifici sintomi di origine psicosomatica e situazioni di stress<sup>10</sup>. Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti otto sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e affidabilità nel valutare e riportare i sintomi<sup>15</sup>.

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

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

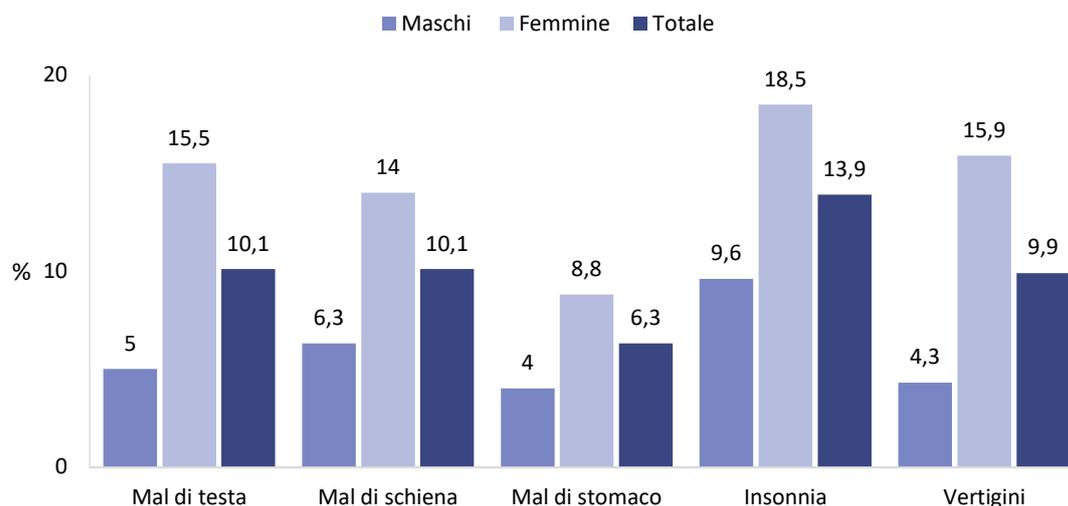
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	42.1	42.7	47.6	44.3
Più di una volta a settimana	29.6	32.1	31.4	31
Circa una volta a settimana	14.5	14.4	14.2	14.3
Circa una volta al mese	10.2	8.6	5.7	8.1
Raramente o mai	3.6	2.1	1.1	2.2

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

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte<sup>15-16</sup>: una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l’aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l’altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso).

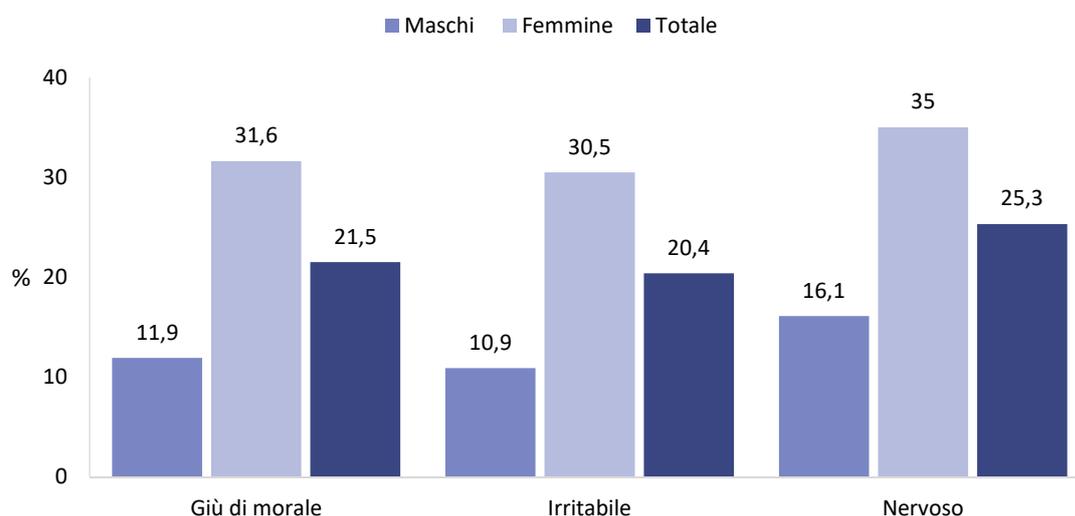
Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



Il sintomo maggiormente riferito è l’insonnia con una percentuale media di 13,9%.

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



Il sintomo maggiormente riferito è il nervosismo con una percentuale di 25%.

### Utilizzo di farmaci

Come si diceva nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari<sup>13</sup>. Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la prima volta nel report 2010<sup>17</sup>. Nell'indagare questo comportamento viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese (mai, una volta, più di una volta) a farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No	42.9	42.9	35.8	40.3
Sì	57.1	57.1	64.2	59.7

### Abitudini sessuali

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	23.2	15.5	19.7
No	76.8	84.5	80.3

Come si rileva dalla Tabella 5 il 19.7% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	62.9	60	61.8
Pillola	7.2	3.6	5.9
Coito interrotto	48.5	58.9	52.3
Contracezione di emergenza	16.7	5.4	12.5
Giorni fertili	15.5	28.6	20.3
Altri metodi	5.1	1.8	3.9

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare alla contraccezione di emergenza ricorrono più i maschi.

## **Benessere psicologico**

A partire dalla rilevazione 2022, il questionario HBSC ha inserito una domanda relativa al benessere psicologico, misurato attraverso la scala WHO-5<sup>18</sup>, composta da 5 item che fanno riferimento all'umore positivo (buon umore, rilassamento), alla vitalità (sentirsi attivi, svegli e riposati) e agli interessi generali (essere interessati a nuove cose). Il ragazzo deve rispondere a ciascun item scegliendo fra sei opzioni, lungo una scala Likert che va da 0 ("mai") a 5 ("sempre"). Il punteggio grezzo è ottenuto sommando le cifre nelle varie caselle e può variare da 0 a 25; in questo modo ad un più alto punteggio corrisponde una migliore valutazione del proprio benessere. Complessivamente, un punteggio superiore al 50% della somma dei punteggi dei singoli item indica una condizione di buon benessere psicologico. La Tabella 7 mostra la frequenza di ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

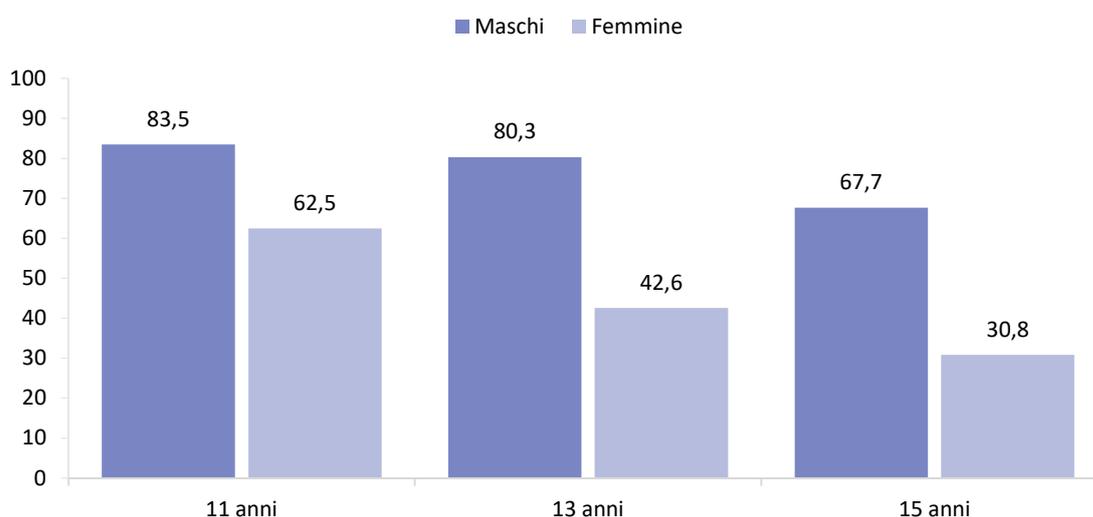
**Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio  $\geq 12,5$ , basso livello se punteggio  $< 12,5$ ), per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	73.3	60.7	50.7	61.1
$< 12,5$	26.7	39.3	49.3	38.9

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Un giudizio più critico è stato espresso dai 15enni.

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

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



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia che i primi dichiarano un maggior livello di benessere psicologico.

### Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli negli ultimi 12 mesi. La Tabella 8 “Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a solo/a”, per genere (%)” mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	35.6	15	25.6
Raramente	33.5	23.3	28.5
A volte	22.5	39.3	30.7
La maggior parte delle volte	6.6	16.2	11.3
Sempre	1.8	6.2	3.9

## Infortunati

Ai ragazzi è stato chiesto il numero delle volte che, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico.

Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	50.9	50.6	57	53.1
Una volta	24.9	26.7	22.6	24.6
Due volte	12.5	13.2	11.5	12.3
Tre volte	5.5	4.6	4.3	4.8
Quattro volte o più	6.2	4.9	4.6	5.2

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

## Il FAS e la soddisfazione di vita

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	23.8	16.9	13.4
≥ 6	76.2	83.1	86.6

Il livello di soddisfazione aumenta con l'incremento del FAS.

## Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
< 5	11.1	17.8
≥ 6	88.9	82.2

Il livello di soddisfazione si è ridotto nel periodo post pandemico.

## Conclusioni

Lo stato di salute e il benessere psicofisico dei giovani in Abruzzo è stato indagato attraverso l'auto-percezione sulle diverse variabili indagate. Dai dati autoriferiti si evince che circa il 85% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono.

Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione più positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di 11 anni di età. I dati autoriferiti ci mostrano che almeno 3 ragazzi su 10 definiscono il proprio stato di salute non buono, in generale le femmine tendono a percepire la propria salute in maniera meno positiva e con più sintomi dichiarati rispetto ai maschi, questa differenza aumenta con l'aumentare dell'età, le femmine che percepiscono la propria salute come "Buona/eccellente" sono il 89% a 11 anni e il 71% a 15 anni.

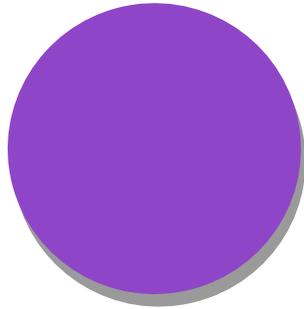
Ogni giorno il 44% dichiara di aver avuto sintomi a componente somatica oppure psicologica, con una frequenza maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

Il 40% ha riferito di non aver utilizzato alcun farmaco nel mese precedente l'indagine.

Per quel che riguarda il benessere psicologico, 4 ragazzi su 10 dichiarano un buon livello, che tende ad diminuire con l'aumentare dell'età per entrambi i generi. Le femmine hanno una percezione del benessere psicologico decisamente più basso rispetto ai maschi (35% vs. 77%).

## Bibliografia essenziale

- <sup>1</sup>Herzlich C. (1973). Health and illness. London: Academic Press.
- <sup>2</sup>World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.
- <sup>3</sup>Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories. Oxford: Oxford University Press.
- <sup>4</sup>P. Lemma. Promuovere salute. Principi e strategie. Il pensiero scientifico, 2018.
- <sup>5</sup>Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. Health Promotion International, 29:i68-i82.
- <sup>6</sup>Friedman, HS., Kern, ML. (2014). Personality, Well-Being, and Health. Annual Review of Psychology, 65:719-742.
- <sup>7</sup>Bowling, A. (2014). Research methods in health. New York, McGraw-Hill Education.
- <sup>8</sup>de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. European Journal of Psychology of Education, 18:3-14.
- <sup>9</sup>Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- <sup>10</sup>Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. Journal of Public Health.
- <sup>11</sup>Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. Eating Behaviors, 5:337-51.
- <sup>12</sup>Cantril H. (1965). The pattern of human concern. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- <sup>13</sup>Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1:1-2.
- <sup>14</sup>Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.
- <sup>15</sup>Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. Journal of Adolescence, 24:611-24.
- <sup>16</sup>Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. European Journal of Public Health, 11:4-10.
- <sup>17</sup>Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Rome: Istituto Superiore di Sanità.
- <sup>18</sup>Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K: The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. Psychother Psychosom 1996; 65:183–190.



# CAPITOLO 8

## Social media e gaming

## Introduzione

Nell'ultimo decennio, l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso e importante soprattutto tra (pre)adolescenti e giovani in tutto il mondo. Infatti, per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, Internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per moltissimi motivi diversi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network<sup>1</sup>. 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<sup>2-4</sup>. D'altra parte, studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico dei social media può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici<sup>5,6</sup>. Similmente, anche un uso regolato dei videogiochi può avere effetti positivi sul benessere degli adolescenti, consentendo, ad esempio, di allenare alcune abilità cognitive e favorendo la cooperazione tra gruppi<sup>7,8</sup>. Tuttavia, quando l'uso dei videogiochi diventa eccessivo e difficile da controllare, può comportare diverse conseguenze negative, tra cui un peggioramento dello stile di vita quotidiano e del rendimento scolastico<sup>9</sup>.

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

## L'uso dei social media

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

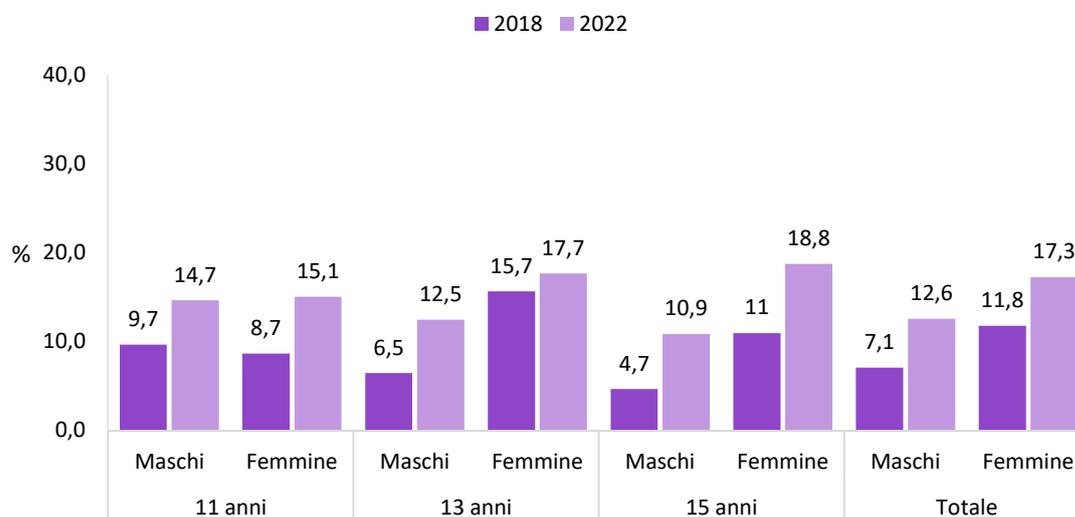
**Tabella 1. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)**

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	73.5	79.5	84.1	79.2
Amici di un gruppo allargato	49.2	47.8	51.4	49.6
Amici conosciuti tramite internet	13.5	19.9	19.3	17.6
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	54.1	52.7	51.1	52.6

La maggior parte dei ragazzi della nostra regione ha contatti online soprattutto con amici stretti (79,2%) con frequenza crescente per età.

Nell'indagine HBSC sono inoltre presenti alcune domande relative all'uso problematico dei social media (introdotte per la prima volta nella somministrazione del 2018), che hanno lo scopo di evidenziare la diffusione di un fenomeno che sembra in continua crescita. La Social Media Disorder Scale<sup>10</sup> offre una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la percentuale di ragazzi e ragazze il cui uso dei social media può essere classificato come "problematico" (cioè coloro che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi). In Figura 1 sono riportate le percentuali di adolescenti che dichiarano di fare un uso problematico dei social media, divisi per genere, età e anno di rilevazione.

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

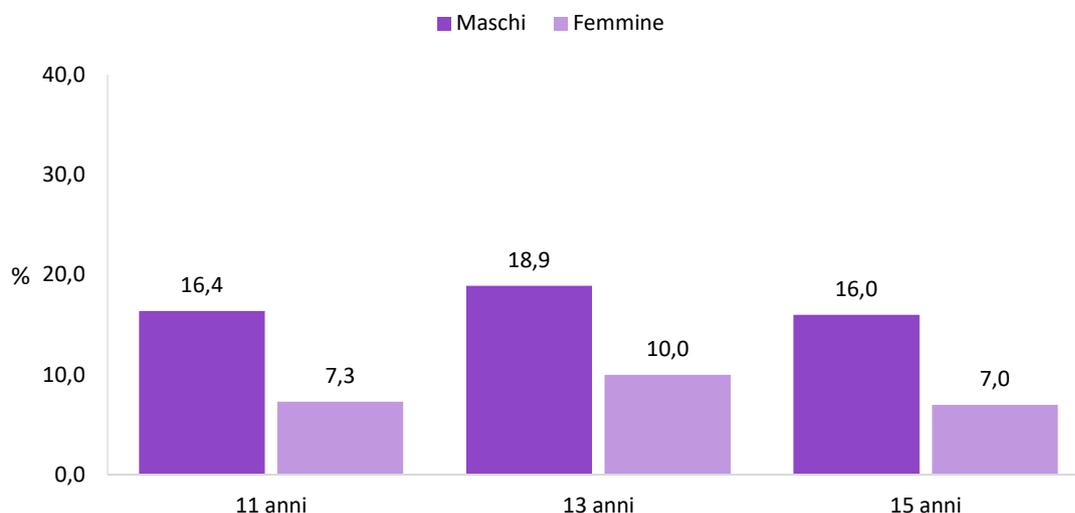


Il confronto rileva un incremento che vada dal 5% fino al 7%, del rapporto problematico con i social media praticamente in tutte le fasce di età.

## L'uso dei videogiochi

Nell'indagine HBSC del 2022, per la prima volta, sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano. In Figura 2, sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per età e genere. Questa soglia è rilevante perché, in base alla letteratura scientifica, può essere associata a maggiore problematicità, in termini di difficoltà di controllo del tempo speso a giocare ai videogiochi a discapito di altre attività extrascolastiche<sup>11</sup>.

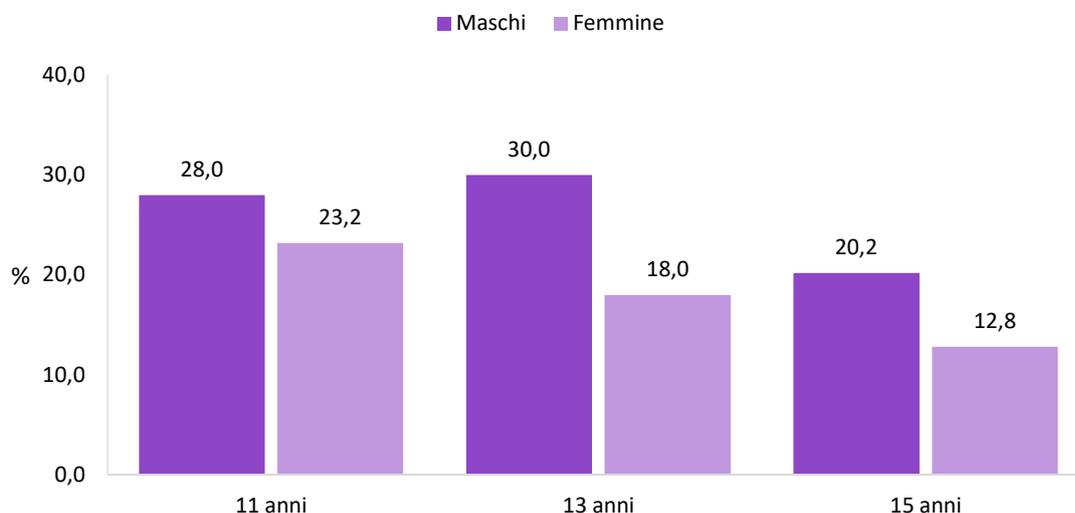
**Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere**



Osservando la Figura 2, si nota che i maschi, di tutte le fasce di età considerate, dedicano più tempo ai videogiochi rispetto alle femmine.

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

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



Si evidenzia che le problematiche dell'utilizzo dei videogiochi riguarda più i maschi che le femmine e decresce con l'età in entrambi i sessi.

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	73.4	81.9	80.8
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	43.7	50.8	54.1
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	16.6	17.9	18.2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	49.7	53.5	54.2
Uso problematico dei social media	16	15.6	12.1
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	16	11.4	16.1
Uso problematico dei videogiochi	25.3	21.7	24.3

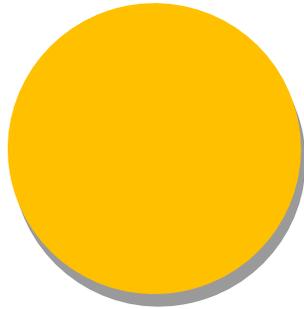
## Conclusioni

La frequenza con cui i ragazzi hanno contatti giornalieri online con i loro amici stretti, con il gruppo di amici o con familiari mostra un andamento crescente all'aumentare dell'età. La variabile "Contatti quotidiani con amici stretti" riporta i valori più alti per tutte le fasce d'età (76,7%) in totale.

Per la prima volta nel 2018, sono state inserite alcune domande relative all'uso problematico dei social media, nello specifico è emerso che tale problema è maggiore nei maschi per ogni fascia d'età, anche nel 2022 si è confermata questa tendenza.

## Bibliografia essenziale

- <sup>1</sup>Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors*, *53*, 193-195
- <sup>2</sup>Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A. (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of adolescence*, *61*, 1-11.
- <sup>3</sup>Lenzi, M., Vieno, A., Altoè, G., Scacchi, L., Perkins, D.D., Zukauskienė, R., & Santinello, M. (2015). Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement? *American Journal of Community Psychology*, *55*, 444-454.
- <sup>4</sup>Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology*, *43*, 267-277.
- <sup>5</sup>Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada M.M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *15(226)*, 274-281.
- <sup>6</sup>Van Den Eijnden, R., Koning, I., Doornwaard, S., Van Gorp, F., & Ter Bogt, T. (2018). The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning. *Journal of behavioral addictions*, *7(3)*, 697-706
- <sup>7</sup>Milani, L., Grumi, S., & Di Blasio, P. (2019). Positive effects of videogame use on visuospatial competencies: The impact of visualization style in preadolescents and adolescents. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1226, 1-9.
- <sup>8</sup>Adachi, P. J., & Willoughby, T. (2017). The link between playing video games and positive youth outcomes. *Child Development Perspectives*, *11(3)*, 202-206.
- <sup>9</sup>Bender, P. K., Kim, E. L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports*, *7*, 553-560.
- <sup>10</sup>Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, *61*, 478
- <sup>11</sup>Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S. Y., Lee, H. K., Potenza, M. N., & Lee, H. (2021). Factors associated with severity, incidence or persistence of Internet gaming disorder in children and adolescents: a 2-year longitudinal study. *Addiction*, *116(7)*, 1828-1838.
- <sup>12</sup>Monacis, L., Palo, V. D., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2016). Validation of the internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. *Journal of Behavioral Addictions*, *5(4)*, 683-690.
- <sup>13</sup>American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.).



# CAPITOLO 9

## COVID-19

## Introduzione

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

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

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

## Positività al COVID-19

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

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

	Maschi	Femmine
11 anni	59.4	51.1
13 anni	43.8	39.8
15 anni	48	45.3
17 anni	38.2	46.8
Totale	47.5	45.7

La Tabella 1, evidenzia che circa il 50% dei ragazzi è risultato positivo al COVID-19 con una incidenza più elevata nei maschi di 11 anni.

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

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	73.9	16
13 anni	73.7	14.4
15 anni	77.6	15.6
17 anni	68.7	11.4
Totale	73.7	14.5

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

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

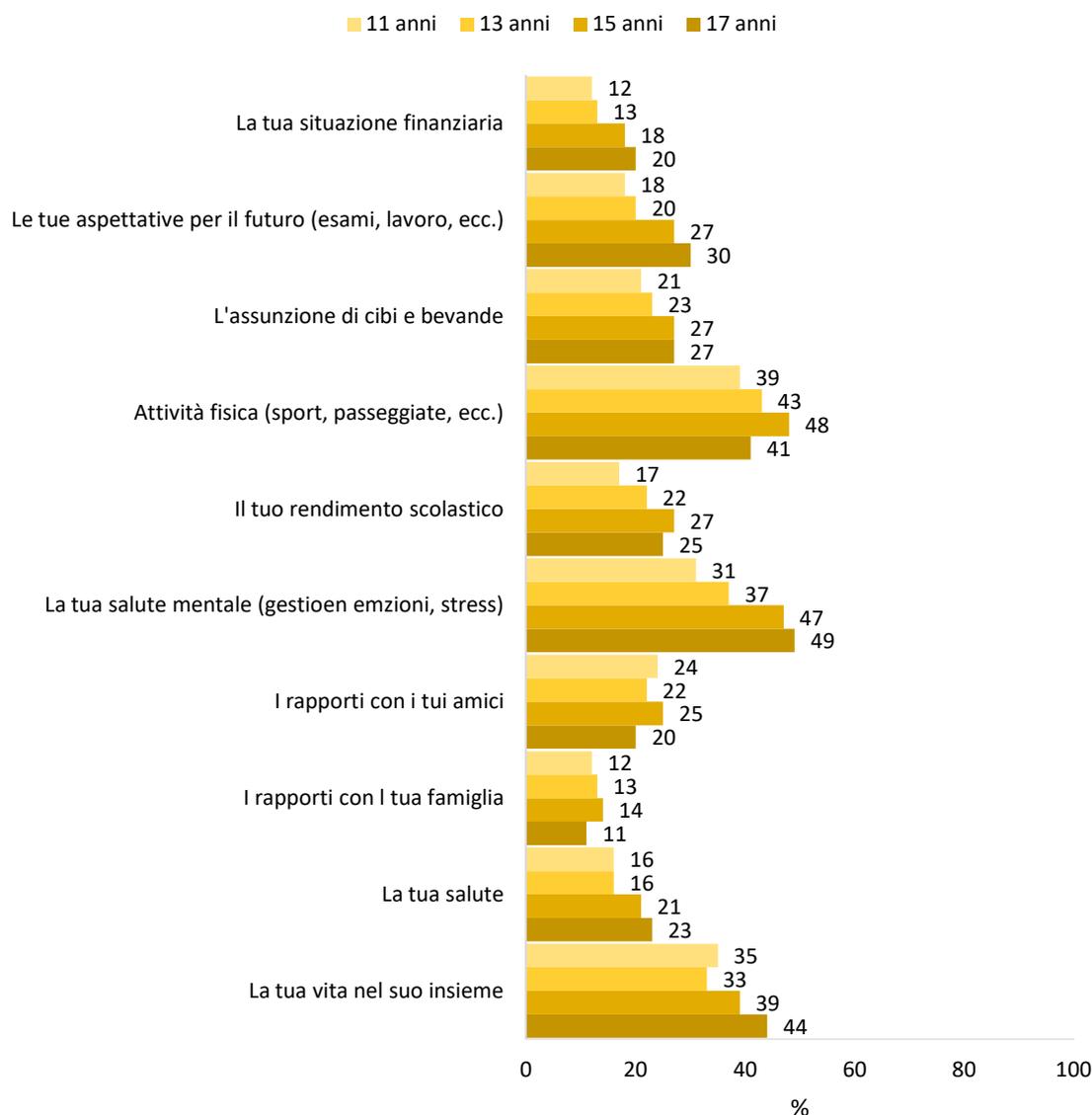
**Tabella 3. "Che impatto hanno avuto le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) sui seguenti aspetti della tua vita?" per genere (%)**

	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	32.7	45.5	21.8	43.1	42.4	14.5
La tua salute	17.4	44.1	38.6	21.2	46.6	32.2
I rapporti con la tua famiglia	9.9	30	60.2	15.8	33.7	50.5
I rapporti con i tuoi amici	21.3	30	48.8	24.5	35.2	40.3
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	28.6	36.4	35	54.5	28.1	17.4
Il tuo rendimento scolastico	23.4	34.1	42.6	22.8	37.6	39.6
L'assunzione di cibi e bevande	20.1	43.2	36.8	29.4	44.3	26.3
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	40.8	23.3	35.8	45.7	27.5	26.8
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	20.9	43.3	35.7	27.3	43.5	29.2
La situazione finanziaria familiare	15.4	47.4	37.2	16.6	52	31.5

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

Si nota che l'attività fisica ha subito l'impatto negativo maggiore in entrambi i sessi, mentre il più positivo è stato il dato dei rapporti in famiglia sempre per entrambi i sessi, con prevalenza per i maschi.

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



Osservando la Figura 1, si osserva che la pandemia sembra aver inciso più negativamente con l'aumentare dell'età per quel che riguarda quasi tutti gli aspetti presi in esame. Particolarmente evidente è l'impatto sulla vita nel suo insieme, sulla salute mentale, sull'attività fisica e sul rendimento scolastico.

### Fonti di informazione sul COVID-19

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

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

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	59.7	40.3	50	50
Amici	84	16	81	19
Insegnanti e altro personale scolastico	74.1	25.9	71.2	28.8
Giornali, riviste, radio e tv	47	53	41.9	58.1
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	57.8	42.2	48.5	51.5
Autorità sanitarie nazionali	63.8	36.2	64.9	35.1
Blogger/influencer online	86.1	13.9	83.6	16.4
Altre fonti	92.4	7.6	95.4	4.6

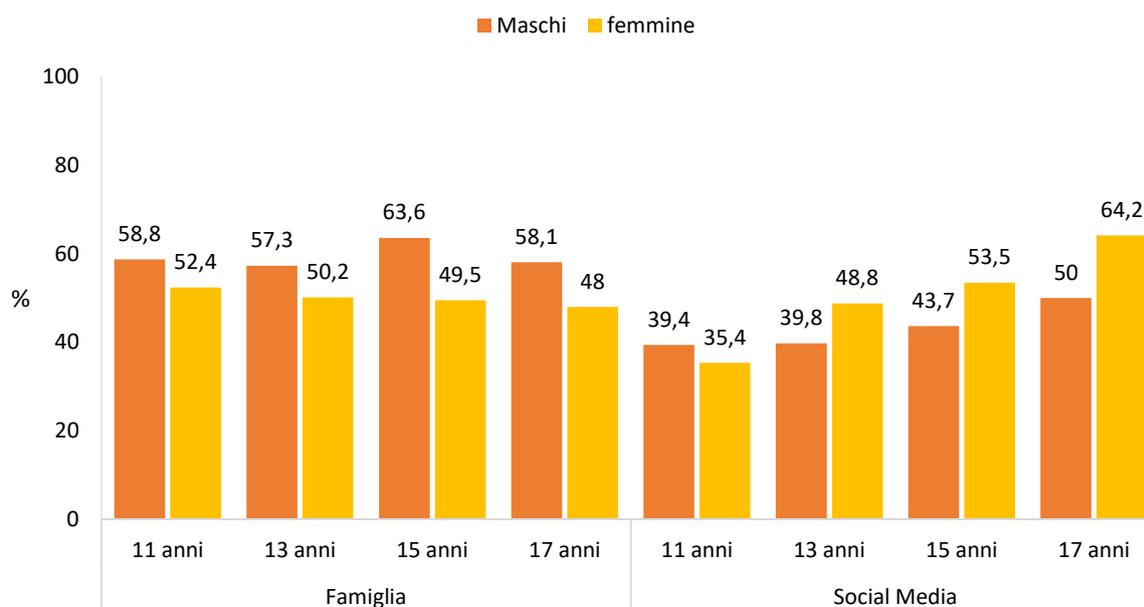
Si nota la relativa bassa percentuale di soggetti che si è rivolta al personale sanitario in entrambi i sessi (35% circa).

Famigliari e social media sono stati per entrambi i sessi le categorie a cui ci si è maggiormente rivolti.

Nel complesso le femmine hanno cercato informazioni più spesso rispetto ai maschi.

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

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



Osservando la Figura 2, non si nota una particolare differenza tra le varie età per la voce famiglia, per la voce social media si assiste ad un incremento con l'avanzare dell'età.

## Misure di protezione

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

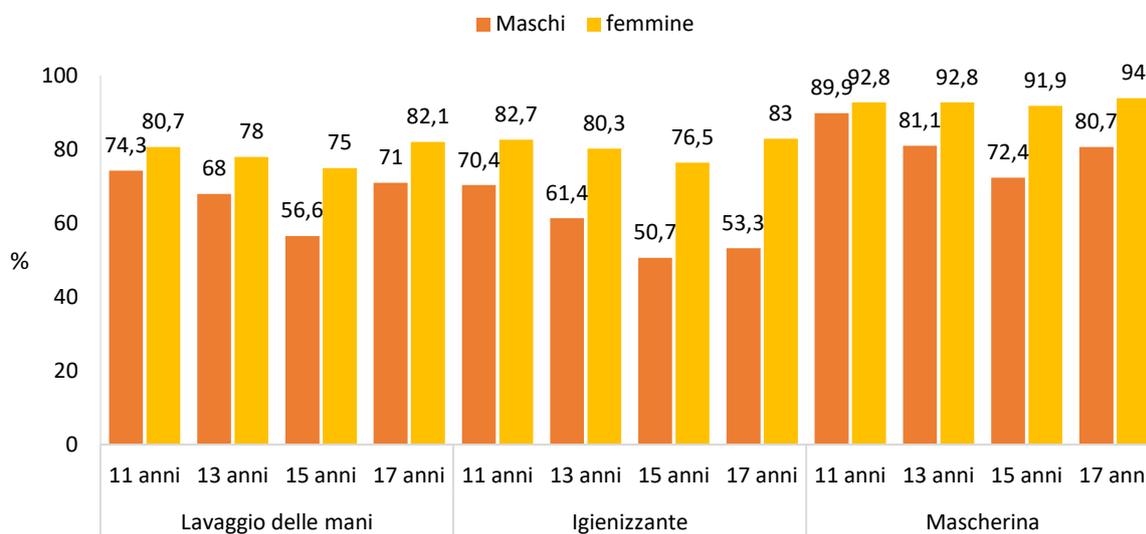
**Tabella 5. "Con quale frequenza hai usato ciascuno dei seguenti dispositivi di protezione?" per genere(%)**

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Rispettato il distanziamento sociale	47.6	52.4	35.3	64.7
Lavato regolarmente le mani	33.1	66.9	21.2	78.8
Indossato una mascherina protettiva	19.6	80.4	7.1	92.9
Usato un igienizzante per le mani	40.5	59.5	19.5	80.5
Evitato di toccarti il viso	70.4	29.6	57.1	42.9
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	40.7	59.3	29.3	70.7
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	38.6	61.4	28.5	71.5
Evitato assembramenti di persone	54.1	45.9	40.2	59.8
Sei rimasto a casa in generale	53.4	46.6	42.4	57.6
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	28.8	71.1	21.3	78.7

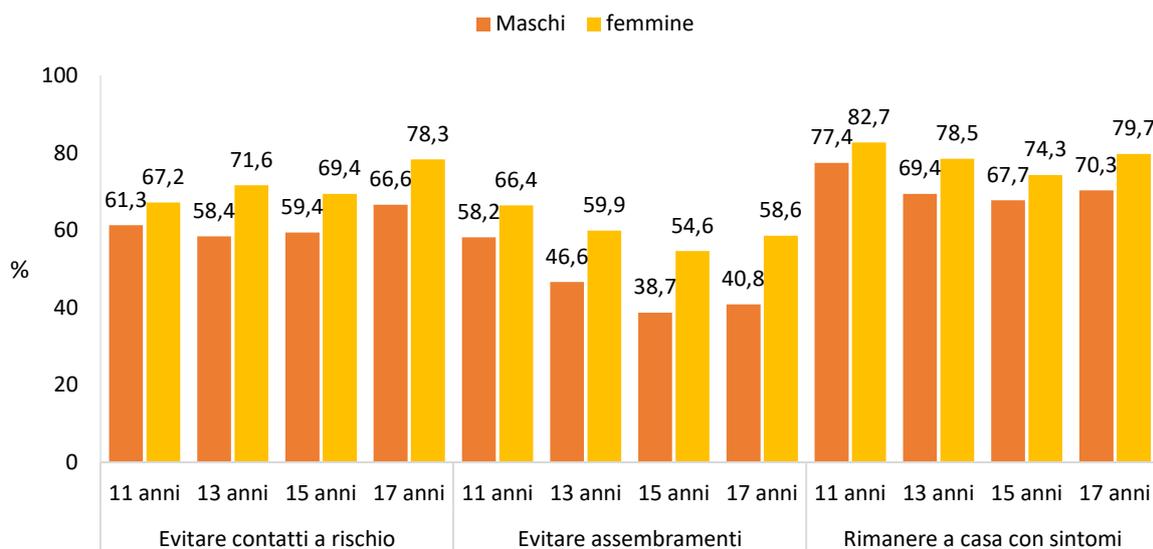
Osservando la Tabella 5, si nota che in generale le femmine hanno maggiormente seguito le indicazioni per la prevenzione della trasmissione del Covid 19 rispetto ai maschi, tranne per il dato toccarsi il viso.

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

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



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



Dalle Figure 3a e 3b, si nota che le ragazze si sono più attente alle misure di protezione, tale percentuale è maggiore con l'avanzare dell'età in entrambi i sessi.

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	58.1	54	54.8
Amici	17.6	17.6	17.4
Insegnanti e altro personale scolastico	27.1	27.3	28.5
Giornali, riviste, radio e tv	53	53.3	55.3
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	45	49.9	42.2
Autorità sanitarie nazionali	33.7	36.2	37.7
Blogger/influencer online	15.3	15.2	14.8
Altre fonti	6	5.5	7.3

Non emergono significative differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate.

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	56.5	59.4	59.3
Lavato regolarmente le mani	69.4	74.9	72
Indossato una mascherina protettiva	87.7	86.7	85
Usato un igienizzante per le mani	68	70.9	68.9
Evitato di toccarti il viso	35.1	36.3	35.9
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	62.8	66.9	62.6
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	66.1	66.9	62.2
Evitato assembramenti di persone	52.7	53.4	51.2
Sei rimasto a casa in generale	53.3	52.1	49.3
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	25.3	21.7	24.3

Non emergono significative differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate

## Conclusioni

Relativamente ai comportamenti tenuti dai ragazzi durante la pandemia da Covid19 si nota che l'attività fisica ha subito un evidente e prevedibile impatto negativo in entrambi i sessi, mentre il più positivo è stato il dato dei rapporti in famiglia, più elevati, sempre per entrambi i sessi, con prevalenza per i maschi.

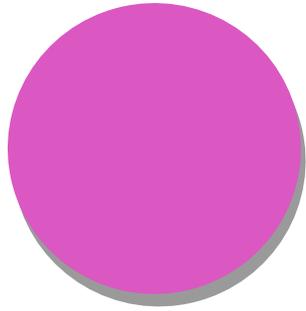
Si nota la relativa bassa percentuale di soggetti che si è rivolta per informazioni al personale sanitario in entrambi i sessi (35% circa) mentre familiari e social media sono stati per entrambi i sessi le categorie a cui ci si è maggiormente rivolti.

Nel complesso le femmine hanno cercato informazioni più spesso rispetto ai maschi e le ragazze si sono più attenute alle misure di protezione, tale percentuale è maggiore con l'avanzare dell'età in entrambi i sessi

Non emergono significative differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate e le misure di protezione adottate.

## Bibliografia essenziale

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



# CAPITOLO 10

## 17 enni

## Lo stato di salute dei 17enni

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

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

## La famiglia

### La Struttura Familiare

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

**Tabella 1. Tipologia di famiglia(%)**

Madre e padre (no altri adulti)	78.1
Solo madre	15.3
Solo padre	2.1
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.9
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1.6
Totale	100

**Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)**

Figli unici	17.9
1 fratello o sorella	56.1
2 o più fratelli o sorelle	26.1
Totale	100

### La qualità delle relazioni con i genitori

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

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

Molto facile	16
Facile	31.8
Difficile	22.4
Molto difficile	22.5
Non ho o non vedo mai questa persona	7.3
Totale	100

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

Molto facile	30
Facile	40.1
Difficile	17.6
Molto difficile	10.1
Non ho o non vedo mai questa persona	2.2
Totale	100

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

### **Lo status socio-economico familiare**

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

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

<b>Family Affluence Scale</b>	
Basso	27
Medio	55.9
Alto	17.2
Totale	100

Circa 2 famiglie su 10 si collocano nella fascia di “alta possibilità di consumo” (17.2%), mentre il 56% è nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 27% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”

### **Abitudini alimentari e stato nutrizionale**

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

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e successivamente definito lo stato di: sottopeso, normopeso, sovrappeso e

obeso utilizzando i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al.; per i confronti internazionali sono utilizzate le curve dell'OMS.

### **Frequenza e regolarità dei pasti**

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

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

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

Mai	24.2
Un giorno	3.4
Due giorni	4.4
Tre giorni	5.3
Quattro giorni	4.5
Cinque giorni	58.2

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono l'8%, Risulta alta, rispetto a quanto si potrebbe desiderare, la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione(24%).

La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana è sovrapponibile rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola.

Mentre risulta più bassa la percentuale di coloro che non fanno colazione nel fine settimana rispetto ai giorni di scuola (14.2 vs 24.2).

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

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

Ogni giorno	50.1
La maggior parte dei giorni	39.2
Circa una volta alla settimana	7.4
Meno di una volta alla settimana	1.6
Mai	1.7

Il 50% dei diciassetenni consuma pasti con la propria famiglia.

## Consumo di frutta e verdura

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

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

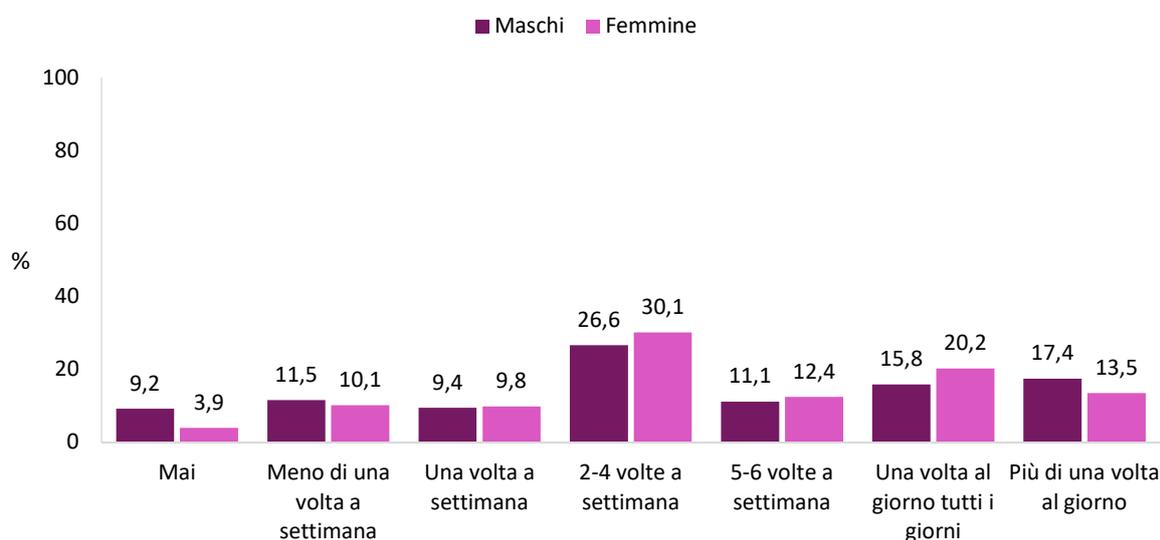
**Tabella 8. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?” (%)**

Mai	4.6
Meno di una volta a settimana	10.9
Una volta a settimana	9.6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	29.8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11.7
Una volta al giorno tutti i giorni	17.9
Più di una volta al giorno	15.5

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

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

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



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

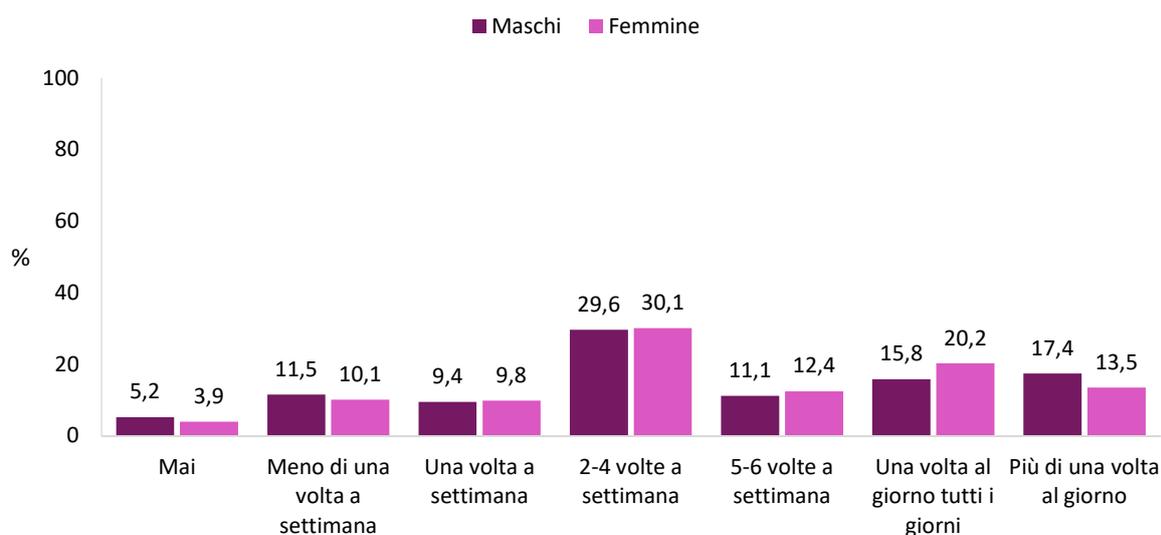
**Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)**

Mai	6.5
Meno di una volta a settimana	4.4
Una volta a settimana	12.2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30.4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	18.4
Una volta al giorno tutti i giorni	14
Più di una volta al giorno	14.1

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

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

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



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

### **Consumo di dolci e bevande gassate**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	5.2	6	5.6
Meno di una volta a settimana	16.5	14	15.3
Una volta a settimana	15.1	18.7	16.8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	31.6	29.8	30.7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13.9	12.2	13.1
Una volta al giorno tutti i giorni	9.2	11.1	10.1
Più di una volta al giorno	8.5	8.3	8.4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	19.2	26.7	22.8
Meno di una volta a settimana	22.1	25.6	23.8
Una volta a settimana	20.7	19.7	20.2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	18.5	14	16.4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7.3	5.7	6.5
Una volta al giorno tutti i giorni	4.9	3.4	4.4
Più di una volta al giorno	7.3	4.9	6.1

### Consumo di legumi

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	9	11.2	10
Meno di una volta a settimana	10.4	8.6	9.5
Una volta a settimana	22.5	19.2	20.9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	40.9	38.3	39.6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	10.4	13.8	12
Una volta al giorno tutti i giorni	3.8	7	5.3
Più di una volta al giorno	3.1	2.1	2.6

Circa il 40 % dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 10% dichiara di non assumerli mai.

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

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

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	33.2	33.7
Verdura (almeno una volta al dì)	23.3	33.2
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	58.2	61
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	12.2	8.3
Snack salati (almeno una volta al dì)	9.5	12.6
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	66.3	63.2
Dolci (almeno una volta al dì)	17.7	19.4

Nei maschi vi è un consumo più elevato di bibite zuccherate, il genere femminile ha un più alto consumo di snack salati.

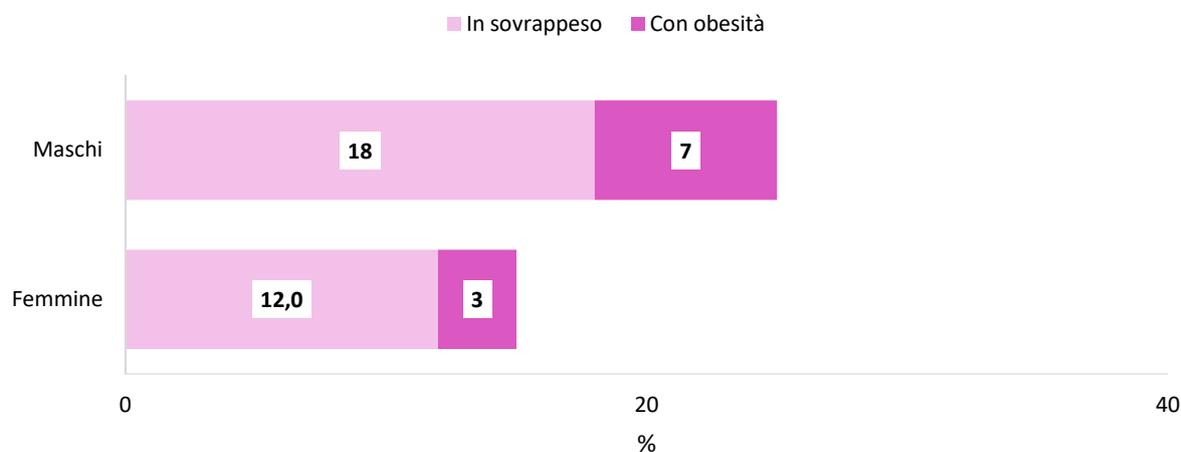
### Stato nutrizionale

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

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

Sottopeso	2.8
Normopeso	72.2
Sovrappeso	15
Obeso	5

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 72%. I ragazzi sottopeso sono circa il 3%, in sovrappeso sono il 15% e con obesità sono il 5%.

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

Per quanto riguarda le differenze di genere il sesso femminile presenta una minore percentuale di soggetti in sovrappeso od obesi.

#### Insoddisfazione corporea

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	2.1	0.3	1.2
Un po' troppo magro	14.6	5.1	10.1
Più o meno della taglia giusta	61.7	56.2	59.1
Un po' troppo grasso	19.7	31.6	25.4
Decisamente troppo grasso	1.9	6.7	4.2

In generale circa il 60 dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” il 25% e “Un po’ troppo magro” circa il 10%.

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

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

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	0	0.7	0.4
Normopeso	32.6	67.3	54.2
Sovrappeso	43.8	23.8	31.4
Obeso	23.6	8.1	14

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

Tuttavia una percentuale non trascurabile (31%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	37.4	29.2	33.5
No, ma dovrei perdere qualche chilo	22	32	26.7
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	21	5.2	13.5
Sì	19.6	33.6	26.2

Il 33% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto.

Il 27% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo.

Il 26% dei ragazzi è a dieta.

## Igiene orale

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	71.4	89.4	79.9
Una volta al giorno	25.8	10.4	18.5
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.1	0.2	1.2
Meno di una volta alla settimana	0.2	0	0.1
Mai	0.5	0	0.3

## Il FAS e le abitudini alimentari

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	55	59.9	55.5
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	28.3	34.3	38.8
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	22.2	29.8	32.1
Consumo quotidiano di bevande gassate	14.2	8.7	10.4
Prevalenza di sovrappeso	16.8	15.3	10.4
Prevalenza di obesità	6.9	3.7	7.5

Il consumo di frutta e verdura è più frequente nel FAS alto, mentre il consumo di bevande gasate è maggiore nel FAS basso.

Il sovrappeso/obesità è più frequente nel FAS basso.

## Sport e tempo libero

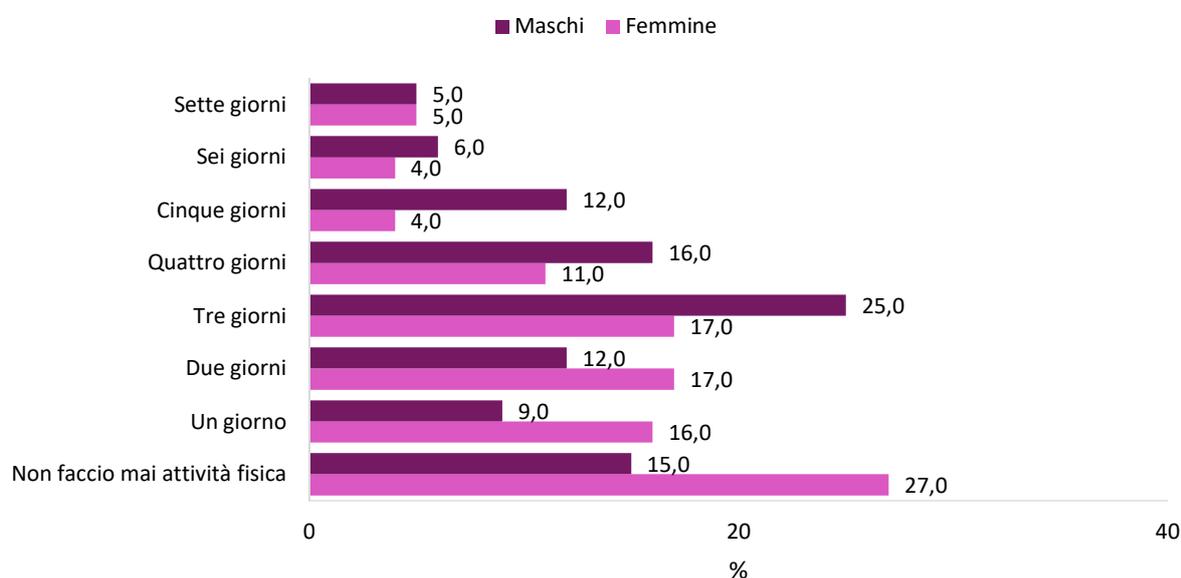
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 e in Figura 4 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi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

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

Non faccio mai attività fisica	20.7
Un giorno	11.9
Due giorni	14
Tre giorni	21.3
Quattro giorni	13.9
Cinque giorni	8.4
Sei giorni	4.8
Sette giorni	4.9

Nella Tabella 20, si nota che circa il 21 % dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 40%, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo il 9% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	5.9	3.6	4.8
Da 4 a 6 volte a settimana	22.2	10.4	16.6
2-3 volte a settimana	42.1	37.6	39.9
Una volta a settimana	11.3	14	12.6
Una volta al mese	3.3	5.2	4.2
Meno di una volta al mese	5.9	10.4	8
Mai	9.2	18.9	13.8

Osservando la Tabella 21, si nota che il 13.8% dei ragazzi di 17 anni, non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 39.9%, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

### Comportamenti sedentari

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	14.3	33.7	23.5
Circa mezz'ora	19.4	15.8	17.7
Circa un'ora	17.1	12.4	14.9
Circa 2 ore	19.2	8.5	14.1
Circa 3 ore	13.6	8.8	11.3
Circa 4 ore	6.8	7	6.9
Circa 5 ore o più	9.8	13.7	11.7

Si osserva che il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 56%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere, preponderante è il genere maschile.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	4	2.3	3.2
Circa mezz'ora	12.9	4.7	9
Circa un'ora	23.9	10.9	17.7
Circa 2 ore	20.7	16.1	18.5
Circa 3 ore	16.7	19.9	18.2
Circa 4 ore	9.4	16.6	12.8
Circa 5 ore o più	12.4	29.5	20.6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	6.6	15.8	11
Circa mezz'ora	18.5	17.6	18.1
Circa un'ora	23.9	20.5	22.3
Circa 2 ore	21.8	21	21.4
Circa 3 ore	11.5	10.1	10.8
Circa 4 ore	8.2	5.4	6.9
Circa 5 ore o più	9.4	9.6	9.5

Solo il 21.4% dei diciassetenni, dichiara di guardare TV/DVD o video per circa 2 ore.

## Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	25.9	30.7	45.9
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	40.1	46.2	51.5
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	34.9	28.9	28.9
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	54.7	50.6	54.8
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	33	24.9	25.9

## Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	10.1	8	9.1
D'accordo	27.4	28.2	27.8
Né in accordo né in disaccordo	35.6	35	35.3
Non d'accordo	14.8	18.9	16.7
Per niente d'accordo	12.2	9.8	11.1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	10.1	7.5	8.9
D'accordo	28.1	23.2	25.7
Né in accordo né in disaccordo	31.8	39.3	35.4
Non d'accordo	17	17.7	17.3
Per niente d'accordo	13	12.2	12.6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	21.3	16.6	19.1
D'accordo	45	40.7	42.9
Né in accordo né in disaccordo	23	28.5	25.6
Non d'accordo	5.8	9.6	7.6
Per niente d'accordo	4.9	4.7	4.8

Le tabelle dimostrano che le percentuali di coloro che si dichiarano d'accordo o molto d'accordo con le affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti sono relativamente elevate e più alte nel genere maschile.

## Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	73.1	77.3	75.1
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	75.2	76.6	75.8
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	82.3	83.1	82.7
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	74.9	76.6	75.7

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	23.4	11.1	17.5
D'accordo	46.8	39.9	43.5
Né in accordo né in disaccordo	21.1	25.9	23.4
Non d'accordo	6.6	15	10.6
Per niente d'accordo	2.1	8	4.9

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	33.7	19.2	26.8
D'accordo	47.5	37.6	42.8
Né in accordo né in disaccordo	15.2	29.8	22.1
Non d'accordo	2.1	8.3	5
Per niente d'accordo	1.4	5.1	3.2

## Bullismo e Cyberbullismo

Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi.

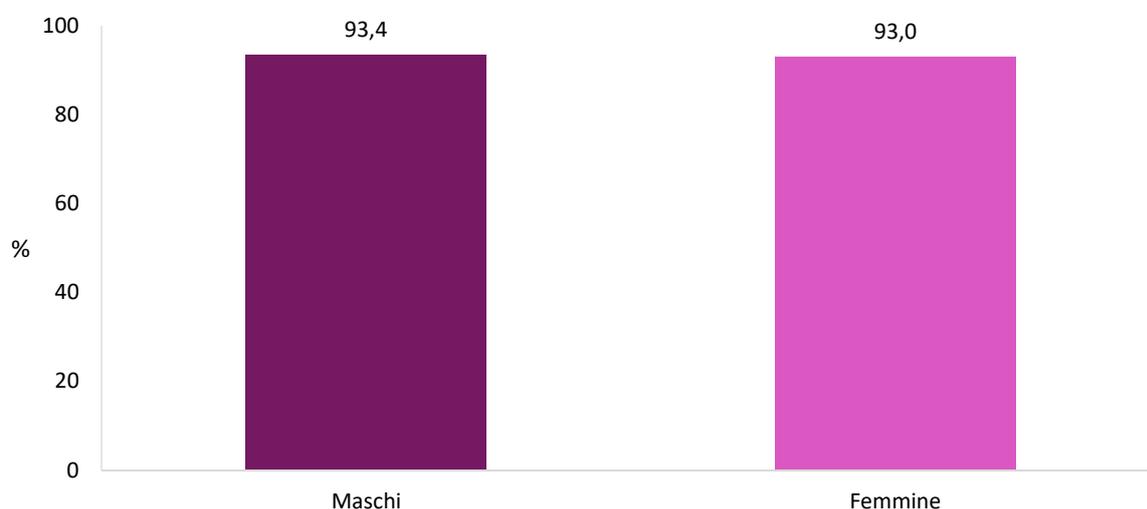
Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da “Mai” a “Più volte alla settimana”, riportate per esteso in Tabella 32 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 5.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	93.4	93	93.2
Una o due volte	4	5.5	4.7
Due o tre volte al mese	1.2	0.3	0.8
Circa una volta alla settimana	1	0.5	0.7
Più volte alla settimana	0.5	0.8	0.6

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, senza differenze significative tra i sessi.(Figura 8)]

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



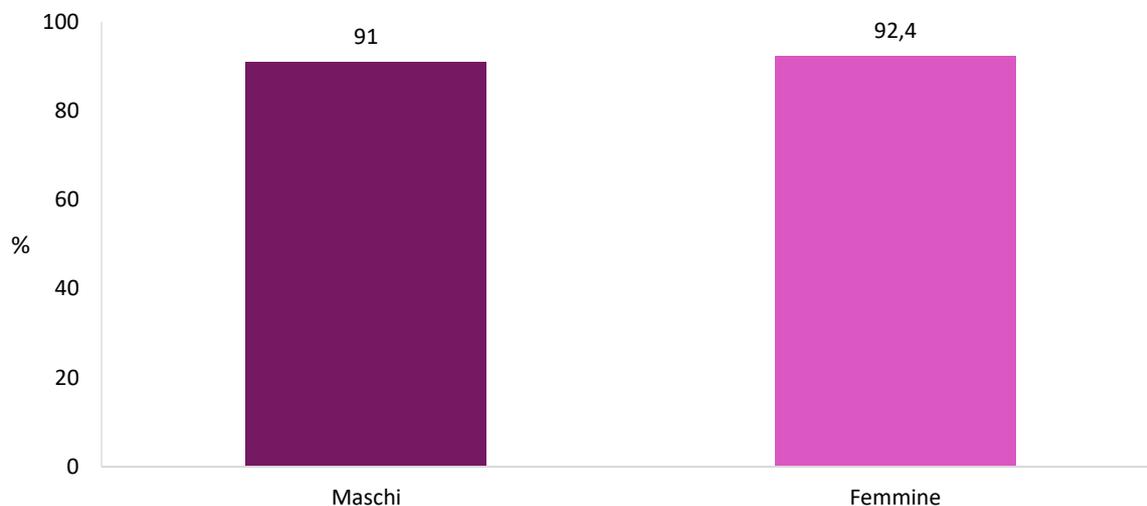
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	91	92.4	91.7
Una o due volte	4.5	4.7	4.6
Due o tre volte al mese	1.6	1.6	1.6
Circa una volta alla settimana	1.2	0.8	1
Più volte alla settimana	1.6	0.5	1.1

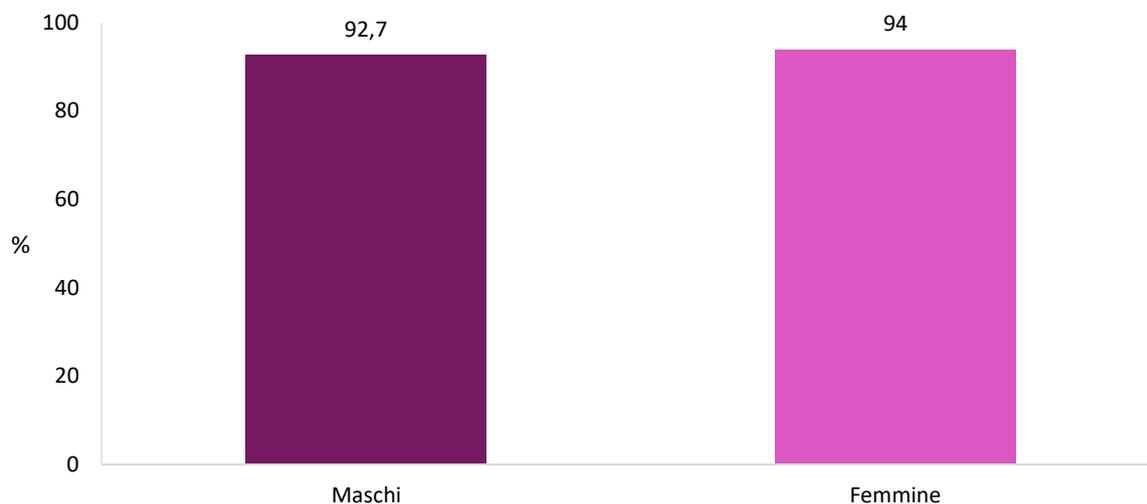
Nella Tabella 33 e nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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



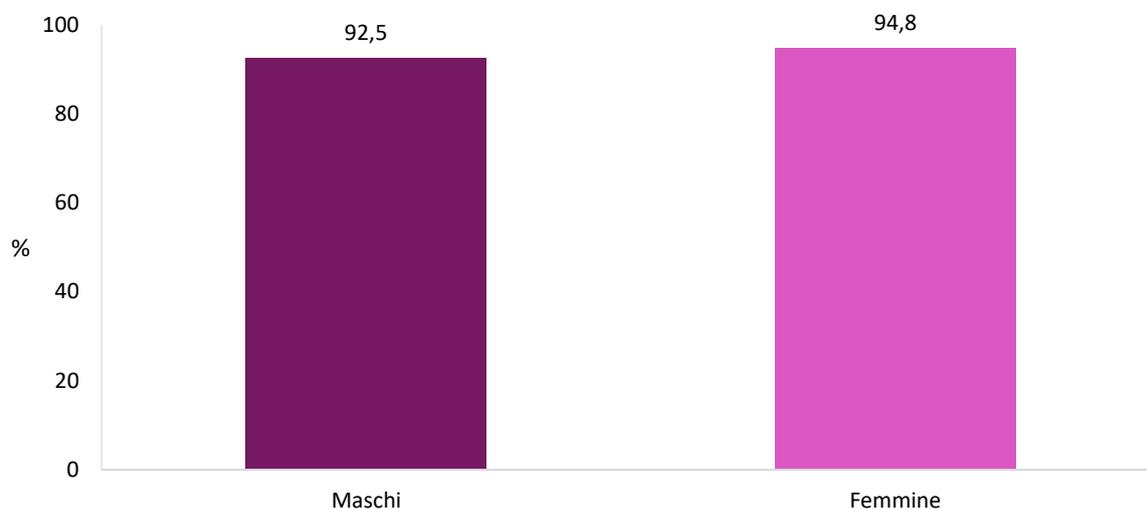
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo

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



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

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



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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	77	82.6	79.7
Una volta	9.9	8	9
Due volte	7	5.1	6.1
Tre volte	3	1.8	2.5
Quattro volte o più	3	2.3	2.7

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

## La Scuola

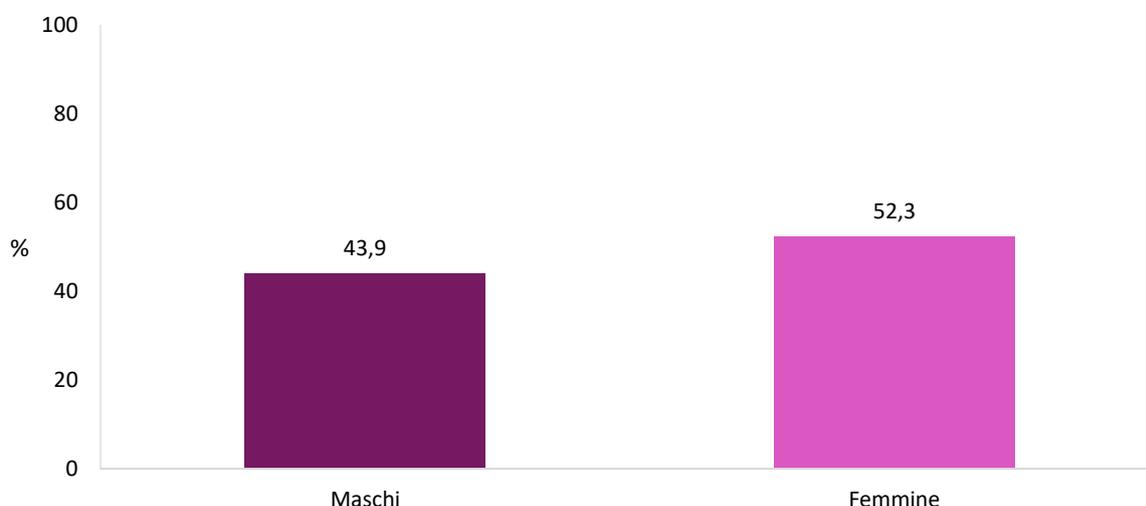
In Tabella 35 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	4.2	6.5	5.3
Abbastanza	39.7	45.9	42.6
Non tanto	42.1	30.3	36.5
Non mi piace per nulla	14	17.4	15.6

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

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



Complessivamente, i dati evidenziano come a circa il 50% dei ragazzi non piace molto o abbastanza la scuola, il giudizio sulla scuola sembra piuttosto negativo specie nei maschi.

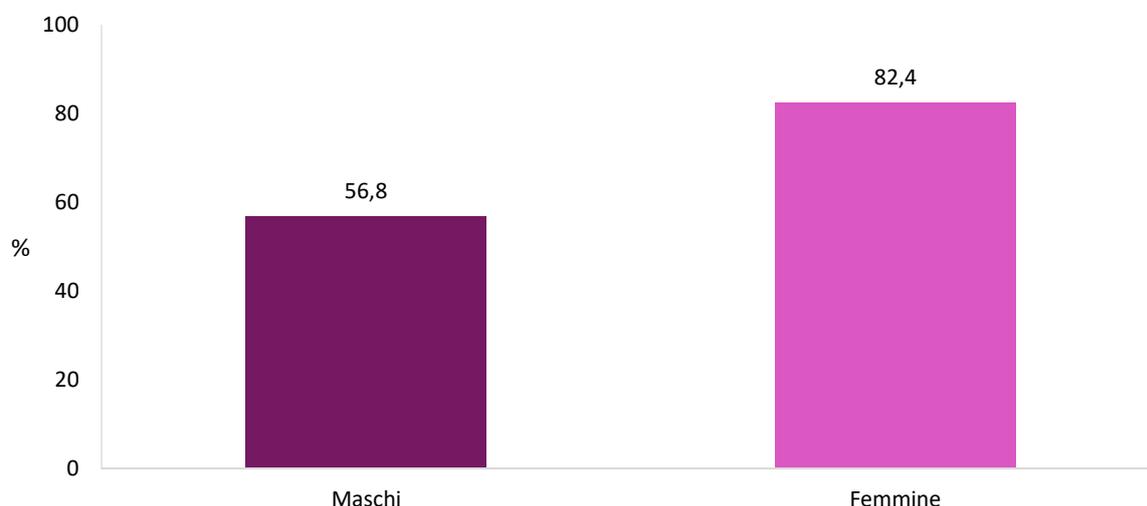
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

Per niente	4.2
Un po’	26.9
Abbastanza	31.6
Molto	37.3

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



Il genere femminile riferisce un livello di stress correlato con le attività scolastiche decisamente più elevato rispetto al genere maschile.

### **Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze**

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	67	60.5	63.9
1-2 giorni	6.5	7.7	7.1
3-5 giorni	3.6	3.2	3.4
6-9 giorni	2.8	3.2	3
10-19 giorni	3.1	3.7	3.4
20-29 giorni	5	6.6	5.8
30 giorni o più	11.8	15.1	13.4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	74.3	74.1	74.2
1-2 giorni	9.7	10.2	10
3-5 giorni	4.4	2.4	3.4
6-9 giorni	3.4	2.9	3.2
10-19 giorni	1.7	1.8	1.8
20-29 giorni	1.9	2.1	2.1
30 giorni o più	4.4	6.2	5.2

Si osserva che il 74,2 % dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato.

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

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

Maschi	11.8
Femmine	15.1

## Alcol

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	18.3	13.6	16.1
1-2 giorni	14	20.1	16.9
3-5 giorni	8.9	8.9	8.9
6-9 giorni	7	7.3	7.1
10-19 giorni	12.5	12.2	12.4
20-29 giorni	4.6	7.3	5.9
30 giorni o più	34.7	30.4	32.7

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	30.5	28.2	29.4
1-2 giorni	24.4	28.2	26.2
3-5 giorni	18.8	19.3	19
6-9 giorni	14.7	12.3	13.6
10-19 giorni	7.9	6.4	7.2
20-29 giorni	1	1.4	1.2
30 giorni o più	2.8	4.2	3.4

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol.

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

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

Maschi	2.8
Femmine	4.2

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	2.2	26.8	16.8	33.7	20.6
Vino	1.8	13.8	21.4	36.9	26.2
Superalcolici	0.6	19.2	17.4	35.8	27
Alcolpops	0.4	5.5	8.2	27.4	58.4
Spritz	1	17.7	20.8	34	26.5
Altra bevanda alcolica	36.2	20.7	19.7	10.6	12.8

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

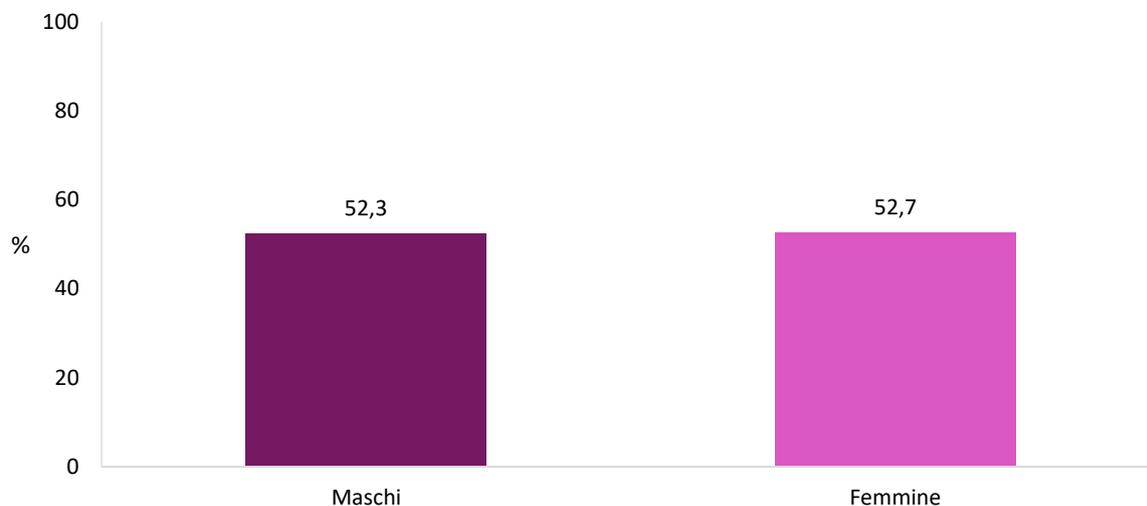
**Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)**

No, mai	36.2
Sì, una volta	20.7
Sì, 2-3 volte	19.7
Sì, 4-10 volte	10.6
Più di 10 volte	12.8

Il fenomeno dell’ubriachezza è abbastanza rilevante, solo il 36% non si è mai ubriacato.

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

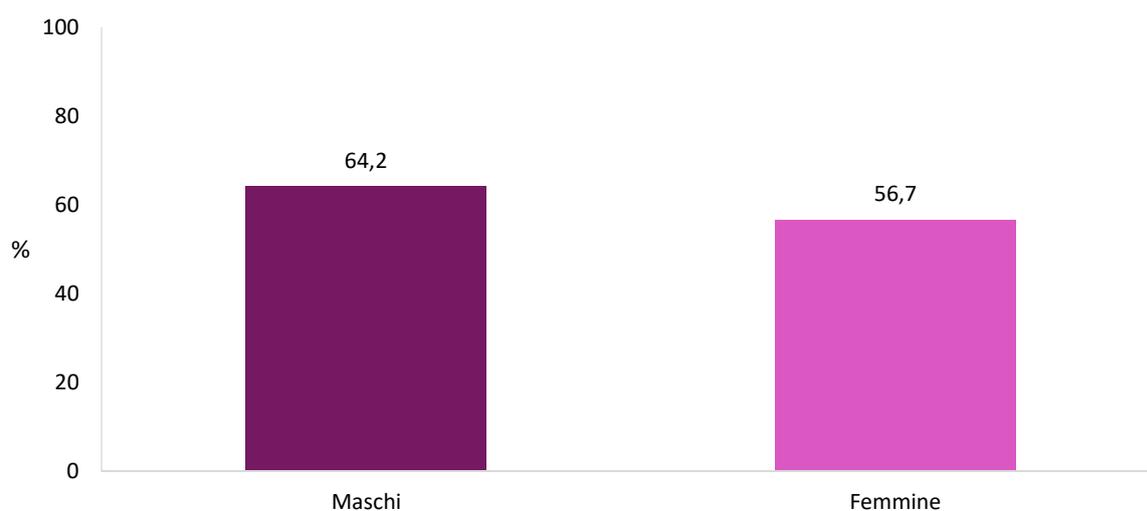
**Figura 11. Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più nella vita, per genere**



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

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

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

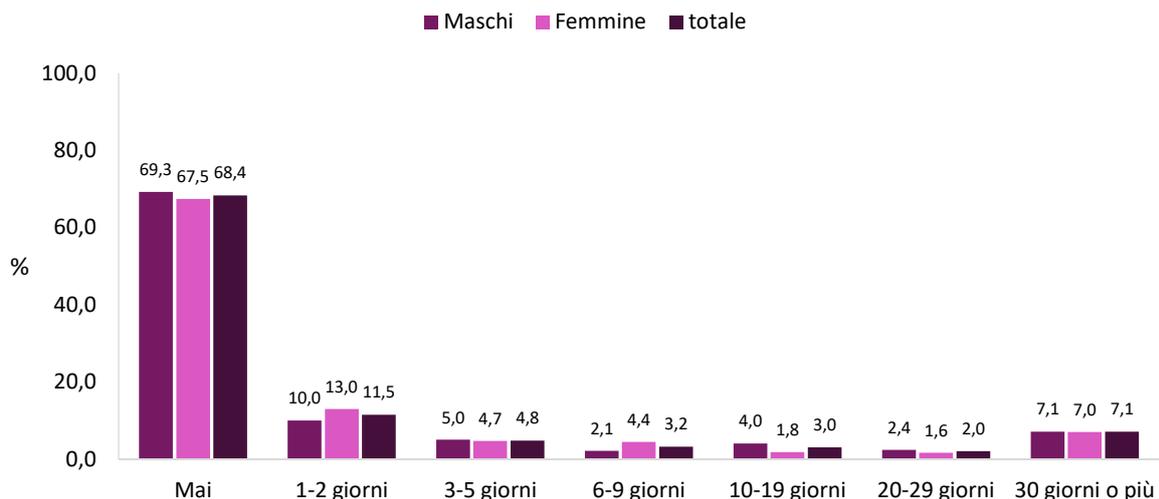


I maschi, in percentuale leggermente superiore alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol.

## Cannabis

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

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

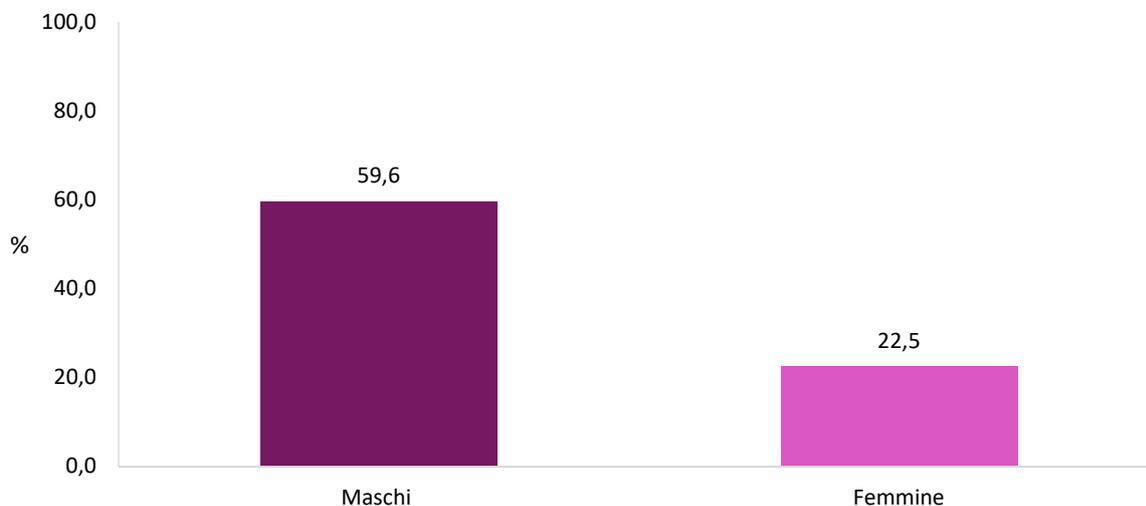


Circa il 70% dei ragazzi non consuma cannabis e solamente una piccola percentuale (7%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è simile nei due sessi.

## Gioco d'azzardo

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

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



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (59.6%) rispetto alle femmine (22.5%).

## IFAS e i comportamenti di dipendenza

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	39	34	41.8
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	26.4	23.5	34.4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	65.3	71.6	77.9
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	37.3	34.1	45.9
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	57.9	61	65.9
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	33.2	29.3	38.6
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	38.7	41.5	50.4

Al crescere del FAS aumentano le frequenze dei comportamenti meno virtuosi.

## Salute e benessere

### Salute percepita

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

**Tabella 45. "Diresti che la tua salute è..., per genere" (%)**

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	31	14.8	23.3
Buona	58.5	60.2	59.3
Discreta	9.6	20.6	14.8
Scadente	0.9	4.4	2.6

Dai dati in tabella si evince che circa l'83% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono.

### Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	20.2	32.4	26
≥6	79.8	67.6	74

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze con più basse valutazioni nelle femmine .

### **Sintomi riportati**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	30.9	57.3	43.4
Più di una volta a settimana	35.6	31.6	33.7
Circa una volta a settimana	17.3	7.2	12.5
Circa una volta al mese	13.8	3.9	9.1
Raramente o mai	2.3	0	1.2

Le percentuali riscontrate evidenziano una maggiore presenza di disturbi nelle femmine rispetto ai maschi.

### **Utilizzo di farmaci**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	50.1	24.1	38
Sì	49.9	75.9	62

### **Abitudini sessuali**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	64.8	57.7	61.3
Sì	35.2	42.6	38.7

Come si rileva dalla Tabella 51 il 38.7% dei diciassetenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; le femmine in percentuale maggiore dei maschi.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	66.4	64	65.2
Pillola	9.5	8.7	9.1
Coito interrotto	63.8	63.4	63.5
Contracezione di emergenza	8.8	8.7	8.8
Giorni fertili	21.1	25.9	23.6
Altri metodi	1.3	1.3	1.3

### **Benessere Psicologico**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
$< 12.5$	36.3	62.5	48.8
$\geq 12.5$	63.7	37.5	51.2

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Un giudizio più critico è stato espresso dalle femmine.

### **Solitudine percepita**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	31.6	12.5	22.6
Raramente	30.4	23	26.9
A volte	25.5	43.3	34
La maggior parte delle volte	9.8	16.2	12.8
Sempre	2.6	4.9	3.7

**Infortuni**

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	56.5	62.1	59.2
Una volta	23.4	21	22.3
Due volte	12.9	8.3	10.7
Tre volte	4.7	3.4	4.1

In generale il 59% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche.

**Il FAS e la soddisfazione di vita**

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	25.5	25.6	26.7
≥ 6	74.5	74.4	73.3

## Social Media

### L'uso dei social media

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

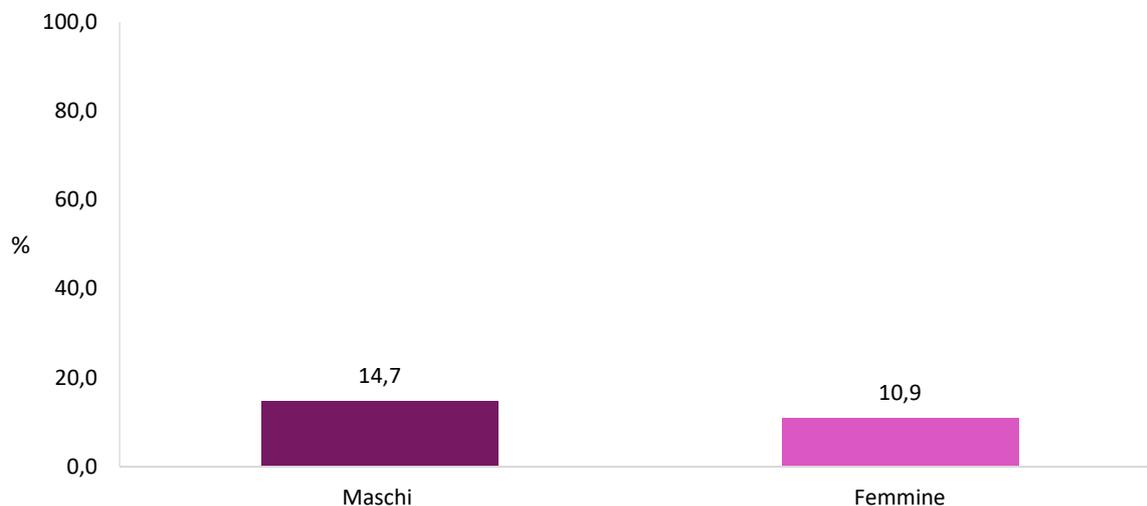
**Tabella 55. Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)**

	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	82.9	91.6	87.1
Amici di un gruppo allargato	51.7	45.7	48.8
Amici conosciuti tramite internet	19.7	14.4	17.2
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	52.5	59.8	55.9

### L'uso dei videogiochi

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

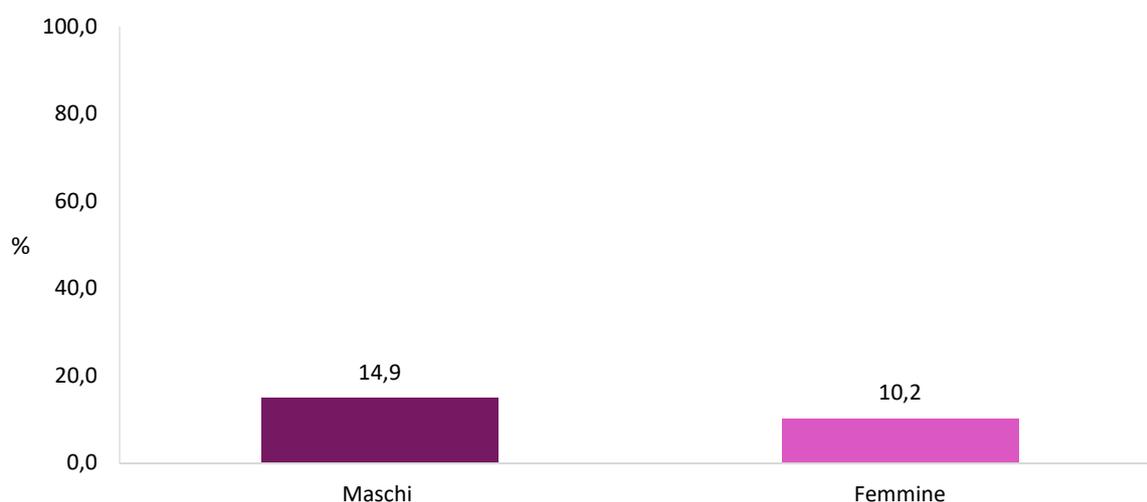
**Figura 15. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere**



Osservando la Figura 15, si nota che il 14,7% dei ragazzi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa il 10,9%, di 17 anni, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno.

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

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



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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	83.7	89.2	87.4
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	41.4	51.7	51.1
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	17.1	16.2	18.5
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	51	58.9	55.6
Uso problematico dei social media	9.3	9.3	6.8
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	19	11.1	15.5
Uso problematico dei videogiochi	15.2	12.1	15.7

