



HBSC 2022

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

I risultati della Sorveglianza

**Regione
Campania**

HBSC 2022
Stili di vita e salute degli adolescenti
tra 11 e 17 anni
Regione Campania

a cura di: Vincenzo Giordano, Raffaella Errico, Fabio Iavarone



INDICE

Sommario	
PREFAZIONE	8
PREMESSA	9
RINGRAZIAMENTI	10
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale	13
Introduzione	14
Metodologia	14
Popolazione in studio	14
Modalità di campionamento	14
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	14
Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy	15
Descrizione del campione regionale	15
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	18
La famiglia	19
Introduzione	19
La struttura familiare	19
La qualità delle relazioni con i genitori	20
Lo status socio-economico familiare	23
Per un confronto nel tempo	24
Conclusioni	24
Bibliografia essenziale	25
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	26
Introduzione	27
Frequenza e regolarità dei pasti	27
Consumo di frutta e verdura	28
Consumo di dolci e bevande gassate	30
Stato nutrizionale	32
Insoddisfazione corporea	33
Igiene orale	34
Il FAS e le abitudini alimentari	35
Per un confronto nel tempo	35
Conclusioni	36
Bibliografia essenziale	36
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	38
Introduzione	39
L'attività fisica	39
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	41
Per un confronto nel tempo	44
Conclusioni	44
Bibliografia essenziale	45
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	46
Introduzione	47
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	47
Rapporto con gli insegnanti	51
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	53

Bullismo e cyberbullismo.....	56
La scuola.....	59
Per un confronto nel tempo.....	61
Conclusioni	62
Bibliografia essenziale	62
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	64
Introduzione	65
Uso di sostanze	65
Fumo	65
Alcol	67
Gioco d’azzardo.....	70
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	71
Per un confronto nel tempo.....	72
Conclusioni	72
Bibliografia essenziale	73
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	75
Introduzione	76
Salute percepita	77
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	78
Sintomi riportati.....	79
Utilizzo di farmaci.....	81
Abitudini sessuali	81
Benessere psicologico	82
Solitudine percepita	83
Infortuni	84
Il FAS e la soddisfazione di vita	84
Per un confronto nel tempo.....	85
Conclusioni	85
Bibliografia essenziale	85
CAPITOLO 8 Social media e gaming	87
Introduzione	88
L’uso dei social media.....	88
L’uso dei videogiochi	89
Il FAS, l’uso dei social media e dei videogiochi.....	91
Conclusioni	92
Bibliografia essenziale	92
CAPITOLO 9 COVID-19	93
Introduzione	94
Positività al COVID-19.....	94
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	95
Fonti di informazione sul COVID-19.....	97
Misure di protezione	98
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l’indicatore del FAS.....	100
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l’indicatore FAS.....	101
Conclusioni	101
Bibliografia essenziale	101
CAPITOLO 10 17 enni.....	102
Lo stato di salute dei 17enni	103
La famiglia	103
La Struttura Familiare.....	103

La qualità delle relazioni con i genitori	103
Lo status socio-economico familiare	104
Abitudini alimentari e stato nutrizionale	104
Frequenza e regolarità dei pasti.....	105
Consumo di frutta e verdura	105
Consumo di dolci e bevande gassate	107
Consumo di legumi.....	108
Stato nutrizionale.....	109
Insoddisfazione corporea	109
Igiene orale.....	110
Il FAS e le abitudini alimentari	111
Sport e tempo libero	111
Comportamenti sedentari	113
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	114
Rapporto con gli insegnanti	115
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	116
Bullismo e Cyberbullismo	117
La Scuola.....	120
Conclusioni	121
Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze.....	122
Alcol	123
Cannabis	126
Gioco d'azzardo.....	126
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	127
Salute e benessere	128
Salute percepita	128
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	128
Sintomi riportati.....	128
Utilizzo di farmaci.....	129
Abitudini sessuali	129
Benessere Psicologico	130
Solitudine percepita	130
Infortuni	130
Il FAS e la soddisfazione di vita	131
Conclusioni	131
Social Media	132
L'uso dei social media.....	132
L'uso dei videogiochi	132
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi.....	133
Conclusioni	134



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



REGIONE CAMPANIA

Referenti Regionali: Gianfranco Mazzarella, Vincenzo Giordano, Raffaella Errico, Fabio Iavarone

Referente Ufficio Scolastico Regionale: Gennarina Panico

Referenti Aziendali e Operatori Sanitari Aziendali

ASL AVELLINO: Lorenzo Savignano (Referente Aziendale), Marina Di Vito, Anna De Leo

ASL BENEVENTO: Citarella Annarita (Referente Aziendale), Sepe Alessio, De Lucia Enrica

ASL CASERTA: Domenico Protano (Referente Aziendale), Anna Mangiola, Maria Rosaria Morrone, Marco Perciaccante, Giovanna Capone, Marialuigia Trabucco.

ASL NAPOLI 1 CENTRO: Rosanna Ortolani, Virgilio Rendina, Angela Annibale, Chiara Caminiti, Michele Barra, Stefano Branciforte Paola Vairano, Fabio Iavarone.

ASL NAPOLI 2 NORD: Leonilda Pagano (Referente Aziendale), Marco Carboncino.

ASL NAPOLI 3 SUD: Pierluigi Pecoraro (Referente Aziendale), Lucia Pannone, Martina Esposito, Teresa Mastantuono, Serena Sensi, Afrodite Visone.

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



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

La D.G. Tutela Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale con la sua UOD Prevenzione e igiene sanitaria ha, da sempre, riposto un'attenzione particolare alla realizzazione dei Sistemi di Sorveglianza di popolazione, predisponendo un Programma Libero (PL14) all'interno del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020/25. L'importanza di tali è data dalla qualità e quantità delle informazioni che restituiscono e che contribuiscono a disegnare il profilo di salute ed equità della popolazione campana. A tale scopo, indagare e conoscere, attraverso il sistema Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), lo stato di salute dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni, il loro contesto scolastico e sociale diventa cruciale per i *policy makers* del nostro Sistema Sanitario Regionale, al fine di individuare le priorità sulle quali intervenire e orientare le politiche di prevenzione e promozione della salute e di riduzione delle disuguaglianze e la scuola rappresenta il momento fondamentale per consentire questa comparazione.

Il documento è composto da 10 capitoli relativi agli indicatori indagati dalle sorveglianze HBSC (Health Behaviour in School-aged Children). I dati riportati nei singoli capitoli, corrispondenti all'indicatore oggetto di rilevazione, offrono spunti per riflettere sugli aspetti organizzativi e relazionali dei ragazzi della Regione Campania, utili ai dirigenti e agli insegnanti a promuovere stili di vita salutari. Possono, inoltre, essere utilizzati per condividere con i ragazzi informazioni e indicazioni su come migliorare, ogni giorno, il proprio benessere.

L'indagine HBSC 2022 ha introdotto delle importanti novità: ampliamento del target anche ai ragazzi di 17 anni, a cui è stato dedicato un intero capitolo; modalità di rilevazione esclusivamente online, riuscendo a ottenere un'ottima risposta da parte di tutte le scuole campane campionate. Si evince, pertanto, l'importanza di effettuare il monitoraggio HBSC in modo continuo e sistematico, sia per implementare le attività di prevenzione e promozione della salute da parte degli operatori delle AA.SS.LL., sia per favorire l'*empowerment* di tutta la comunità scolastica in modo condiviso grazie alla possibilità di far interfacciare famiglie, docenti e ragazzi. Rafforzare e creare sinergie con il mondo della scuola, anche per rafforzare la partecipazione ai sistemi di sorveglianza momento determinante in ambito prevenzione, è il cardine dell'Accordo di Collaborazione su Scuole che Promuovono Salute tra la Regione Campania e il M.I.U.R. Direzione Generale Ufficio Scolastico per la Campania (presa d'atto con D.D. n. 534 del 07/08/2023). Ci si augura che tale sinergia tra Scuola e Salute, che ha consentito di portare sempre a compimento i sistemi di sorveglianza nella nostra Regione, possa, anche a seguito della stipula del suddetto accordo, continuare su questa scia e arricchirsi di nuove efficaci iniziative finalizzate al miglioramento del benessere psico-fisico dei nostri cittadini definendo in ottica condivisa le opportunità scolastiche e sanitarie.

Dr. Vincenzo Giordano

Dirigente U.O.D. 02

Prevenzione e igiene sanitaria - prevenzione e tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e lavoro - O.E.R.

Avv. Antonio Postiglione

Direttore Generale

Direzione Generale Tutela Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale



RINGRAZIAMENTI

Un sentito ringraziamento va al dott. Gianfranco Mazzarella, Dirigente Medico in comando presso la UOD 02, che per anni ha rappresentato, per tutti noi, un punto di riferimento non solo per i sistemi di sorveglianza ma per tutte le attività di prevenzione e promozione della salute. Purtroppo da maggio 2023 è venuto a mancare, ma il suo ricordo rimarrà sempre vivo nei nostri cuori. Grazie di tutto Gianfranco.

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 Campania, di seguito riportate che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL AVELLINO

Convitto Nazionale "Pietro Colletta" Sec Di I Gr. - Avellino
I.C. M. Pironti - Montoro (Av)
I.C. Abate Galiani - Montoro (Av)
Istituto Francesco De Sanctis - S. Angelo Lombardi
Liceo Scientifico P. S. Mancini - Avellino
I.I.S."A. M. Maffucci" - Calitri
I.P.S.S.A.R. "G.De Gruttola" Ariano Irpino

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL BENEVENTO

San Martino Sannita G. Rodari- San Martino Sannita
I.C.N.Giustiniani- San Lorenzello
Lic.Scient.E Scienze Applicate-Linguist. -Telese Terme
Ipsar Le Streghe -Benevento
L. Sturzo – Montefalcone- Montefalcone Di Val Fortore

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL CASERTA

IC Alvignano - scuola Secondaria Dario Santamaria-Alvignano
I.C. Galileo Galilei- Arienzo
Liceo Scientifico E. Fermi- Aversa
IC Alvignano- Baia e Latina
Istituto comprensivo " Pier delle Vigne" Capua
ITI-LS "F.Giordani" - Caserta
Liceo Scientifico Quercia- Marcianise
Itst Ferraris Marcianise
Isis N. Stefanelli Mondragone (Ce)
"Carlo Gallozzi" S. Maria Capua Vetere
S.M.S. "San Giovanni Bosco " Trentola

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL NA1 CENTRO

Scuola Secondaria di Primo grado A. Belvedere
Scuola Secondaria Statale di Primo grado Viale delle Acacie
Scuola Media Statale D'Ovidio-Nicolardi
Istituto Comprensivo Gneo Nevio
Istituto Comprensivo "G. Pascoli 2"
Istituto Comprensivo Statale Vittorino da Feltre
Istituto Comprensivo San Giovanni Bosco
Scuola Media Statale B. Croce 18° Circolo Didattico Napoli
Istituto Comprensivo Statale 41 Console
Istituto Comprensivo Statale 28 Giovanni XXIII - Aliotta
Istituto Comprensivo Statale Carafa - Salvemini

Liceo Classico Statale "Gian Battista Vico"
Liceo Statale "Eleonora Pimentel Fonseca"
Liceo Statale "Elio Vittorini"
Liceo Scientifico Statale "Arturo Labriola"
Liceo Scientifico-Linguistico Statale "V. Cuoco - T. Campanella" Di Napoli
Istituto Professionale Statale G. Rossini
Istituto Statale Di Istruzione Superiore "Attilio Romanò"
Istituto Tecnico Economico Statale Ferdinando Galiani
Istituto Di Istruzione Superiore Statale Leonardo Da Vinci
Istituto Tecnico Industriale "Galileo Ferraris" Napoli
Istituto Tecnico Tecnologico "Marie Curie"
Istituto Tecnico Trasporto E Logistica "Duca Degli Abruzzi" Napoli

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL NA2 NORD

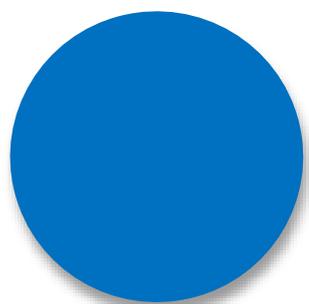
I.S.-Itc E.Sereni-Afragola-
L.Scienze Sociali Pertini - Afragola
Rita Levi Montalcini - Afragola
I.P. Don Geremia Piscopo - Arzano
S.M. De Gasperi-I.C. 2- Caivano
M. Polo - Galilei -Cardito
Enrico Ibsen - Casamicciola
I.T E.Mattei-Casamicciola-
Martin Luther King - Casoria
Cante -Giugliano In Campania
Iti L.Galvani-Giugliano-
S.M.S. G.B. Basile Giugliano
I.P.S. V. Telese- Ischia
Vespucchi-Monte Di Procida-
I.C. Quasimodo Dicearchia - Pozzuoli
Istituto Tecnico Turistico G. Falcone - Pozzuoli
Liceo Rita Levi Montalcini - Quarto
Itc E Turistico G.Moscato-Sant'Antimo
N. Romeo -Sant'Antimo-

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL NA3 SUD

Liceo Delle Scienze Umane G. Carducci – Casamarciano
Istituto Statale d'Istruzione Superiore L. Da Vinci – Poggiomarino
Liceo Scientifico Medi – Cicciano
Istituto D'Arte – San Gennaro Vesuviano
IPSSEOACarmine Russo – Cicciano
I.T.C.S.G. Masullo Theti – Nola
ITI E. Barsanti – Pomigliano D'Arco
S.M.S. Merliano Tansillo – Nola
I.C. A. Custra – Cercola
I.C. M. Serao – Volla
I.C. Omero Mazzini – Pomigliano D'Arco
I.C. 1 Capoluogo – Poggiomarino
Liceo Statale Publio Virgilio Marone – Meta
Istituto d'Istruzione Superiore Rocco Scotellaro – San Giorgio a Cremano
Istituto di Istruzione Superiore Don Lorenzo Milani – Gragnano
ITC Don Milani – Gragnano
Liceo Scientifico F. Severi – Castellammare di Stabia
Liceo Scientifico Statale "Carlo Urbani" – San Giorgio a Cremano.
Istituto Superiore "Graziani" – Torre Annunziata
IPIA E. Ferrari – Gragnano.
IST. TEC. Nitti – Portici
S.M.S. Fucini Roncalli – Gragnano
S.M.S. Salvemini – San Sebastiano al Vesuvio
I.C. G. Leopardi – Torre del Greco
I.C. F. D'Assisi – Torre del Greco
S.M.S. Salvemini – San Sebastiano al Vesuvio
I.C. Iovino Scotellaro – Ercolano
I.C. G. Leopardi 1 – Torre Annunziata
I.C. E. Forzati – Sant'Antonio Abate

ISTITUTI SCOLASTICI PARTECIPANTI ASL SALERNO

I.I.S.S. Marini Gioia Amalfi
IC Autonomia 82-Baronissi
I. C. "Fiorentino"-Battipaglia
I.C. Bracigliano
Istituto comprensivo Camerota
Iis Ipsar Piranesi- Capaccio Paestum
IC Capaccio Capoluogo C. Carducci - Capaccio Paestum
Iis "De Filippis - Galdi" Cava De' Tirreni (Sa)
Istituto Comprensivo Matteo Ripa Eboli
Istituzione Scolastica Statale I.I.S. "Mattei-Fortunato" -Eboli (SA)
Aldo Moro - Eboli
Istituto Superiore "Marini-Gioia" Di Amalfi- Minori
V Istituto Comprensivo Statale Nocera Inferiore
Roccagloriosa "N.M.Saia"
I.C.Camera - Sala Consilina - Salerno
Liceo Statale Francesco De Sanctis Salerno
Iis Basilio Focaccia- Salerno
Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini-Salerno
Liceo Scientifico Statale F. Severi - Salerno
I.P. "Francesco TRANI", Scuola Annessa Al Convitto Nazionale Statale "T.Tasso"-Salerno
Convitto Nazionale "T.Tasso" Salerno scuola annessa Ist.Prof. Trani
IIS Enrico Fermi Sarno
Istituto Comprensivo "G. Pascoli" - Tramonti (SA)
I. S. Parmenide Vallo della Lucania (SA)



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale

Introduzione

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

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

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

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

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

Metodologia

Popolazione in studio

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

Modalità di campionamento

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

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

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il Dirigente Scolastico. Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale; contengono una parte “*core*” comune a tutti i Paesi partecipanti e una parte “*opzionale*” con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

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

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

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

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

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

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

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

Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy

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

Descrizione del campione regionale

Nella Regione Campania sono state campionate 130 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 135 classi per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 265 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 239 classi con una rispondenza complessiva del 90,2% (Tabella 1). L'ottima partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute. La compilazione esclusiva on line ha abbassato la rispondenza rispetto al dato 2018 (98,4%), ma ciò potrebbe essere dovuto anche al periodo "post-Covid" in cui è ricaduta l'indagine.

Tabella 1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	65	59	90,8
Classe III Media	65	56	86,2
Classe II superiore	64	58	90,6
Classe IV superiore	71	66	93,0
Totale	265	239	90,2

Il campione era costituito da un totale di 3.621 studenti di cui: il 22,8% di 11 anni, il 23,6% di 13 anni, il 26,4% di 15 anni e il 27,2% di 17 anni (Tabella 2).

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

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	437 (52,97%)	388 (47,03%)	825
13 anni	456 (53,27%)	400 (46,73%)	856
15 anni	559 (58,41%)	398 (41,59%)	957
17 anni	535 (54,43%)	448 (45,57%)	983
Totale	1.987	1.634	3.621

Circa il 2,35% (n. 85) dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 15 anni (Figura 1).

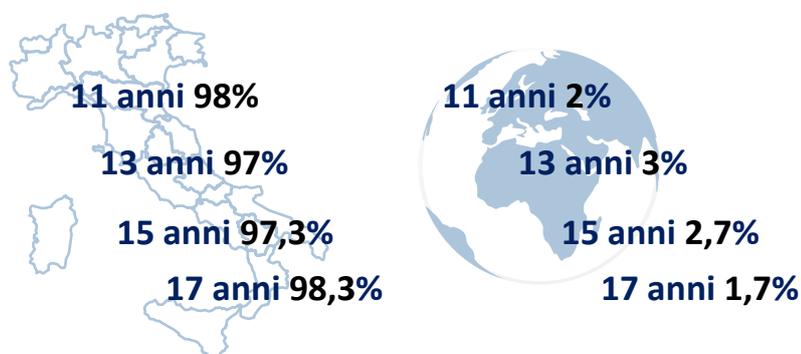
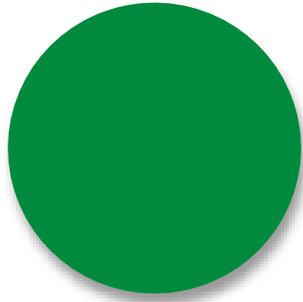
Figura 1. Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età (%)

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

Entrambi i genitori nati in Italia	90,2 (n. 3.243)
Almeno un genitore nato all'estero	6,7 (n. 242)
Entrambi i genitori nati all'estero	3,1 (n. 109)

La maggioranza degli adolescenti (90,2%) ha entrambi i genitori di nazionalità italiana, solo il 9,8% degli adolescenti dichiarano di avere uno o entrambi genitori 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 anziani¹

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

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

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

Riguardo a questo ultimo punto, è stata osservata una forte associazione tra basso livello 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 (Tabella 1): l'81,4% dei ragazzi ha dichiarato di vivere con entrambi i genitori, l'11,4% ha dichiarato di

vivere solo con la madre. Il 53,8% dei ragazzi ha un solo fratello o sorella, il 33,7% 2 o più fratelli/sorelle, il 12,4% risulta essere figlio unico.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	81,4
Solo madre	11,4
Solo padre	1,11
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,14
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4,91
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	12,4
1 fratello o sorella	53,8
2 o più fratelli o sorelle	33,7
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

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

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

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi, comportamenti antisociali e comportamenti di rischio per la salute, una migliore autostima e meno problemi scolastici⁷. Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta alla domanda "*Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente*" sono distribuite su una scala di tipo ordinale da "*molto facile*" a "*non ho o non vedo questa persona*". Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	47,3	28	22,3
Facile	28,3	33,5	31,8
Difficile	12,6	19,5	23,2
Molto difficile	9,4	14,8	18
Non ho o non vedo mai questa persona	2,4	4,2	4,7
Totale	100	100	100

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	63,2	45,7	34,1
Facile	22,5	30,1	37,3
Difficile	8,9	15,7	18,3
Molto difficile	4,7	7,2	9,2
Non ho o non vedo mai questa persona	0,7	1,3	1,1
Totale	100	100	100

Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni più 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. I maschi parlano "molto facilmente/facilmente" più con la madre che con il padre, il dialogo con entrambi i genitori diminuisce all'aumentare dell'età.

Anche per le femmine risulta "molto facile/facile" parlare più con la madre rispetto al padre, il dialogo con entrambi i genitori diminuisce all'aumentare dell'età.

Tuttavia sia per i maschi che per le femmine il dialogo con la madre permane di più rispetto al padre.

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

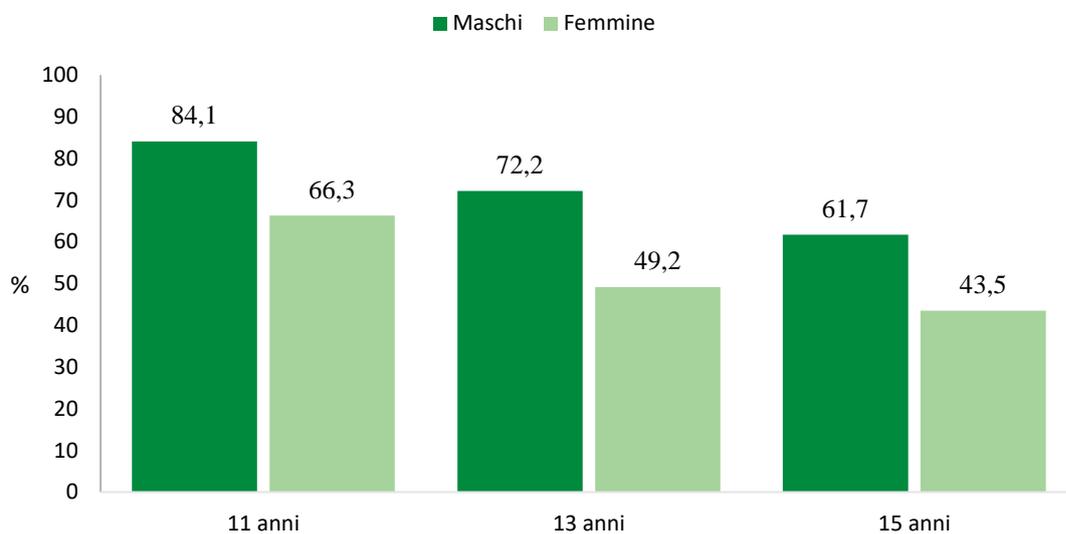
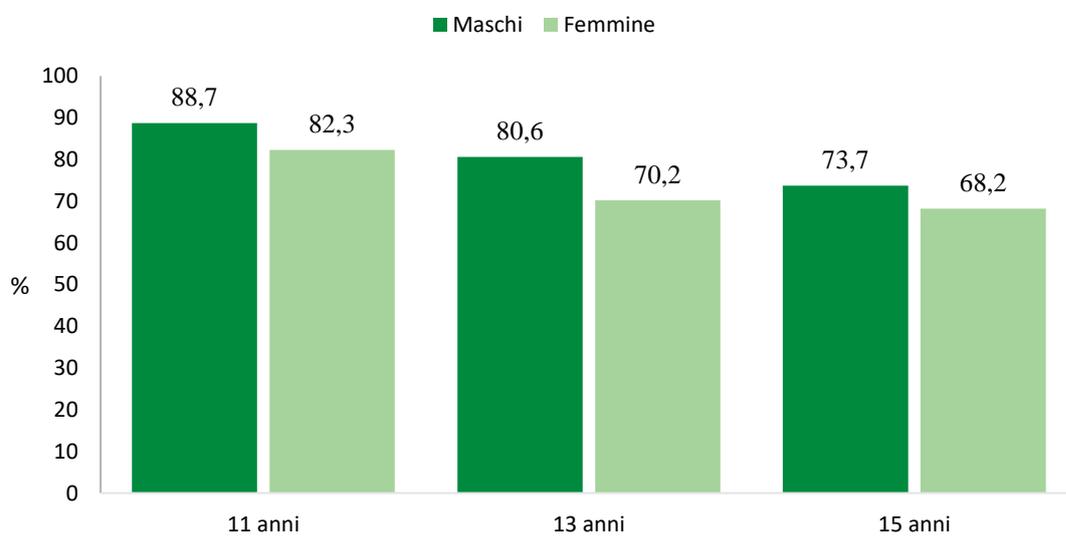


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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	39,2
Medio	47,2
Alto	13,6
Totale	100

In Regione Campania quasi 14 famiglie su 100 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (13,6%), mentre 47 famiglie su 100 (47,2%) è nella fascia di “media possibilità di consumo” e 39 famiglie su 100 (39,2%) è nella fascia di “basse possibilità di consumo”.

Per un confronto nel tempo

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

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

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	84,4	81,4
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	83,4	77,4
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	66,2	63,4
Famiglie con FAS alto	16,2	13,6

Conclusioni

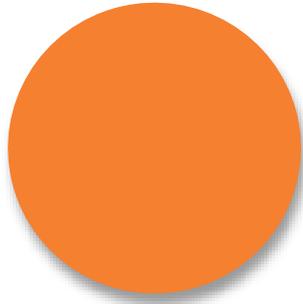
Nel 2018 in Regione Campania più di 8 ragazzi su 10 (84,4%) hanno dichiarato di vivere con entrambi i genitori, nel 2022 questa percentuale è leggermente calata. Tali dati possono essere messi in relazione, nel 2021, con l'aumento delle separazioni (+22,5%) e dei divorzi (+24,8%) rispetto ai dati del 2020 secondo il rapporto Istat "Matrimoni, unioni civili, separazioni e divorzi".

Per quanto riguarda il dialogo con i genitori, sia nel 2018 che nel 2022 i ragazzi hanno dichiarato che risulta più facile parlare con la madre che con il padre. Rispetto al 2018, nel 2022 è calata la percentuale di ragazzi e ragazze che dichiarano di parlare facilmente/molto facilmente sia con la madre che con il padre. Tale trend potrebbe essere messo in relazione con il peggioramento del benessere psicologico tra ragazzi e ragazze tra i 14 e i 19 anni rilevato dall'Istat nell'ambito degli indicatori sul benessere equo e sostenibile (Bes). Tra il 2020 e il 2021 il calo dell'indice di salute mentale è stato molto marcato tra gli adolescenti, passando in un solo anno da 73,9 a 70,3. Tale peggioramento complessivo della condizione psicologica dei più giovani, il rapporto Bes lo attribuisce direttamente ai due anni di pandemia.

Il FAS è un importante indicatore dello status socio-economico della popolazione presa a riferimento. In regione Campania il dato della fascia relativo al FAS "alto" è diminuito nel 2022 rispetto al 2018 (13,6 vs. 16,2). Guardando ai dati della scala FAS a livello nazionale, la Campania è la regione con la più bassa percentuale di famiglie con FAS alto (più basso rispetto al 18,3% dato nazionale e rispetto al 39% dato PA Bolzano).

Bibliografia essenziale

- ¹ Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione. Rapporto sulla popolazione. Le famiglie in Italia. Forme, ostacoli, sfide. Il Mulino. 2023
- ² ISTAT (2022). Popolazione e Famiglie Anno 2022. Roma, ISTAT.
- ³ Mazzucco, S., Mencarini, L. & Rettaroli, R. (2006). Similarities and differences between two cohorts of young adults in Italy: Results of a CATI survey on transition to adulthood. *Demographic Research*, 15, 105–146
- ⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmaso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, *European Journal of Public Health*, 16: 627-632.
- ⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ⁶ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128
- ⁷ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Neppl, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence. *Psychological Science*, 24(3): 243-250
- ⁸ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180
- ⁹ Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health, *The Lancet* 2012; 379(9826): 1641-1652
- ¹⁰ Hartley JE, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indic Res.* 2016;9:233-245



CAPITOLO 3

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Introduzione

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

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

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali determinanti^{5,6,7}; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{8,9} e incoraggiando scelte alimentari salutari¹⁰. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente¹¹.

Nella prima parte del capitolo vengono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari dei ragazzi, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati, quali frutta e verdura, e alimenti sconsigliati, quali dolci e bevande zuccherate¹².

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura¹³, tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e successivamente definito lo stato di: sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso utilizzando i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF) desunti da Cole et al.^{14,15}; per i confronti internazionali sono utilizzate le curve dell'OMS¹⁶.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta nell'infanzia e nell'adolescenza¹⁷.

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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	28,5	35,6	34,2	32,9
Un giorno	4,5	3,6	4,5	4,2
Due giorni	5,5	5,3	5,2	5,3
Tre giorni	5,7	6,4	7,2	6,5
Quattro giorni	2,9	4	5	4
Cinque giorni	52,9	45,1	43,9	47,1

Meno della metà dei ragazzi (47%) dichiara di fare colazione nei cinque giorni prima di andare a scuola, con una percentuale che 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, in particolare dagli 11 ai 13 anni.

La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola (58,6% vs. 47,1). Il 15,3% dei ragazzi dichiara di non fare mai colazione nel fine settimana, mentre il 26,1% dichiara di farla o solo il sabato o solo la domenica.

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	60,5	59,7	56,6	58,9
La maggior parte dei giorni	30	32,6	35	32,6
Circa una volta alla settimana	6,2	4,9	5,5	5,5
Meno di una volta alla settimana	2,3	1,9	1,6	1,9
Mai	1	0,9	1,3	1,1

Il 58,9 dei ragazzi consuma pasti ogni giorno con la propria famiglia, tale dato diminuisce all'aumentare dell'età (60,5% degli undicenni, il 59,7% dei tredicenni e il 56,6% dei quindicenni). Le frequenze degli altri indicatori sono simili nelle diverse classi di età. Più dell'1% dei ragazzi non consuma mai i pasti insieme alla famiglia.

Consumo di frutta e verdura

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

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

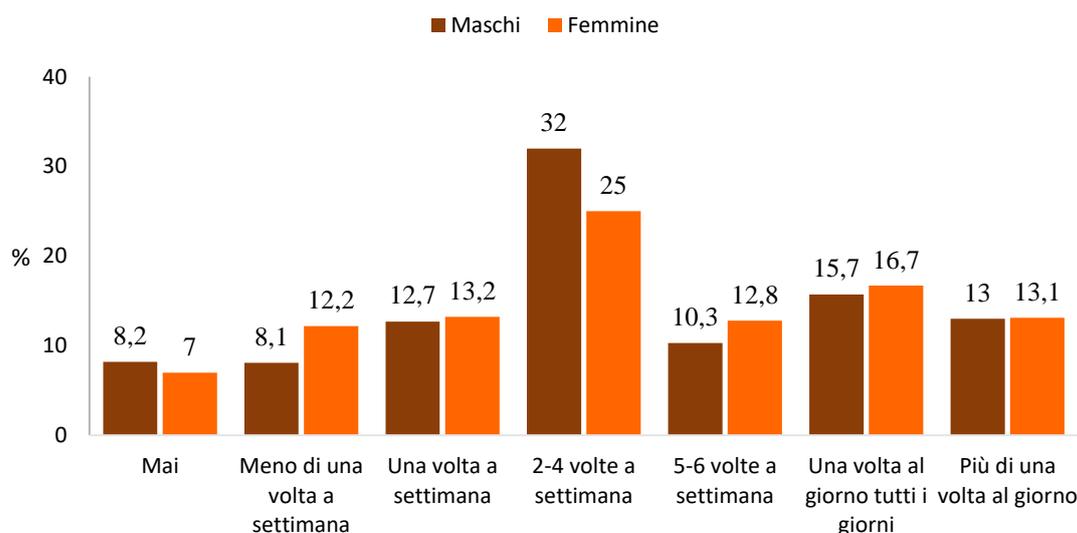
Tabella 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	8,3	7,3	7,4	7,6
Meno di una volta a settimana	7,7	11,3	10,4	10
Una volta a settimana	12,1	13,3	13,4	13
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24,4	29	32,9	29
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13	11,7	9,6	11,4
Una volta al giorno tutti i giorni	17,8	15,2	15,6	16
Più di una volta al giorno	16,7	12,2	10,7	13

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana”(29%) e “Una volta al giorno tutti i giorni”(16%). Il consumo di frutta “Tra 2 e 4 giorni a settimana” cresce con l’aumentare dell’età, diversamente dal consumo “Una volta al giorno tutti i giorni” che diminuisce all’aumentare dell’età.

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, eccetto per la categoria “tra 2 - 4 volte a settimana” dove si nota un maggior consumo nei maschi (32%) rispetto alle femmine (25%).

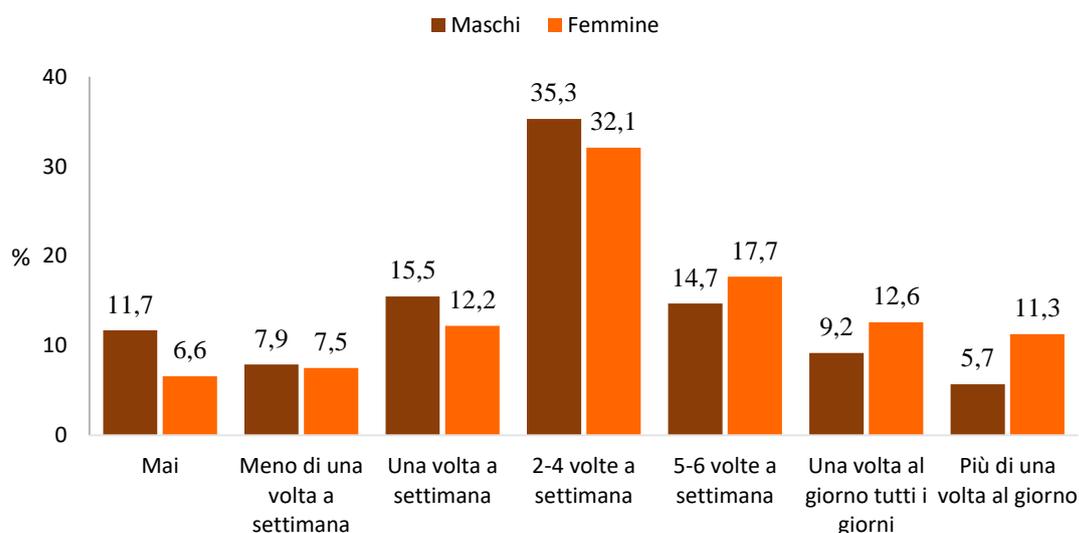
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	12,9	8,2	7,4	9,4
Meno di una volta a settimana	9,9	8,2	5,3	7,7
Una volta a settimana	16,8	14,2	11,3	14
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,9	34,9	37,3	33,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,6	17,3	15,2	16,1
Una volta al giorno tutti i giorni	9,8	9,8	12,5	10,7
Più di una volta al giorno	6,1	7,4	11	8,2

Il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per la categoria “Tra 2 e 4 giorni a settimana” (33,9%) con una percentuale maggiore nei 15 anni (37,3%). La percentuale di ragazzi che non consuma “mai” verdura diminuisce all’aumentare dell’età. Ciò rappresenta un dato positivo in quanto evidenzia che al crescere dell’età i ragazzi sono molto più sensibili a seguire un corretto regime alimentare.

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 (%)



Nella Figura 2 si osserva che per le categorie di maggiore consumo di verdura (5 – 6 volte a settimana, una volta e più di una volta al giorno), le femmine hanno una maggiore frequenza rispetto ai maschi.

Consumo di dolci e bevande gassate

L’assunzione di grassi e zuccheri in eccesso è un’abitudine sempre più diffusa, in buona parte dovuta al consumo di prodotti dell’industria alimentare che contengono quantità notevoli di tali nutrienti ^{21,22}.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	5,4	2,8	4	4
Meno di una volta a settimana	11,5	10,7	13,2	11,8
Una volta a settimana	15,8	16,7	18	16,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,5	25,9	28,5	26,6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13	13,8	11,8	12,9
Una volta al giorno tutti i giorni	15,5	15,6	13,2	14,8
Più di una volta al giorno	13,3	14,5	11,3	13

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	12,7	9,2	14,3	11,9
Meno di una volta a settimana	16,9	17,5	19,5	18
Una volta a settimana	28,5	25,6	24,8	26,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	18,3	24,6	20,1	21,2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	6,7	6,2	7	6,7
Una volta al giorno tutti i giorni	6,9	6,9	5,2	6,3
Più di una volta al giorno	10	10	9,1	9,7

In generale il consumo più di una volta al giorno e di una volta al giorno tutti i giorni di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande zuccherate. Osservando le percentuali di consumo sia di dolci che di bevande zuccherate, si nota che, nella maggior parte degli indicatori, una maggiore frequenza di consumo si associa alle classi di età più piccole (11 e 13 anni), mentre all'aumentare dell'età diminuisce la frequenza di consumo.

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	9,6	5,9	5,5	6,9
Meno di una volta a settimana	9,4	9	6,8	8,4
Una volta a settimana	19,5	16,5	19,8	18,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	35,9	39,5	41,6	39,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12,1	17,4	15,4	15,1
Una volta al giorno tutti i giorni	6,8	6,6	7,9	7
Più di una volta al giorno	6,7	5,1	3	5

Il 39,1% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 6,9% dichiara di non assumerli mai. Si nota un trend positivo di consumo all'aumentare dell'età. Osservando il dato “mai” questo diminuisce all'aumentare dell'età, viceversa il dato “tra 2 e 4 giorni a settimana” aumentare all'aumentare dell'età. In Tabella 8 si riporta la frequenza di consumo di alcuni alimenti.

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

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	36	33	26	29	25	28
Verdura (almeno una volta al dì)	14,5	17,5	12	23	17,5	32
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	59	64,5	68	70	68	67,5
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	17,5	16	20	13	14	14,5
Snack salati (almeno una volta al dì)	14,5	25	17	24	18	25
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	58,5	56,5	60	64	65,5	64
Dolci (almeno una volta al dì)	25,5	32,5	30	30	23	26

Dai dati riportati nella tabella soprastante, emerge che le femmine presentano, migliori abitudini alimentari rispetto ai maschi: maggiore consumo di frutta (es. 15 anni – 25% maschi vs. 28% femmine) associato a un maggiore consumo di verdura e legumi per tutte le classi di età. Il consumo di snack salati “almeno una volta al giorno” è maggiore nelle femmine che nei maschi (25% vs. 17%). Il consumo di dolci “almeno una volta al giorno” è maggiore nelle femmine che nei maschi (29,5% vs. 26%).

Stato nutrizionale

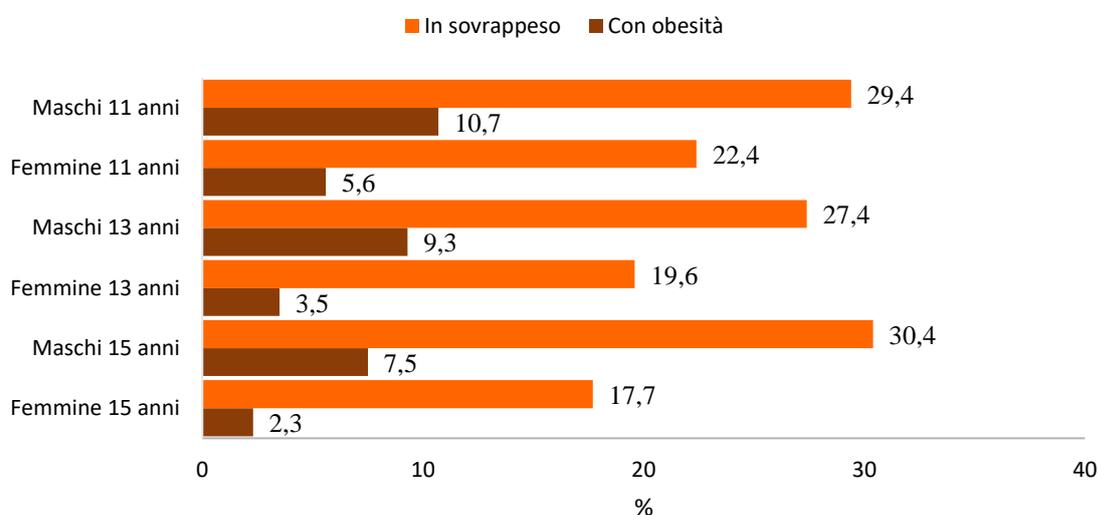
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l’Indice di Massa Corporea (IMC=kg/m²) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso.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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	4	2,9	1,5	2,7
Normopeso	61,7	66,7	68	65,6
Sovrappeso	26	23,8	25,1	25
Obeso	8,3	6,6	5,4	6,7

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 65,6%. I ragazzi sottopeso sono il 2,7%, i sovrappeso sono il 25% e gli obesi sono il 6,7%. La percentuale di obesità diminuisce con l’aumentare dell’età, dall’8,3% nei ragazzi di 11 anni al 5,4% nei ragazzi di 15 anni. I dati presenti in Figura 3 mostrano come la prevalenza sia del sovrappeso che di obesità è maggiore nei maschi rispetto alle femmine, e questo si osserva in tutte le classi di età.

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 oggettivi²³. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi “troppo grasse/i”, indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso²⁴.

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

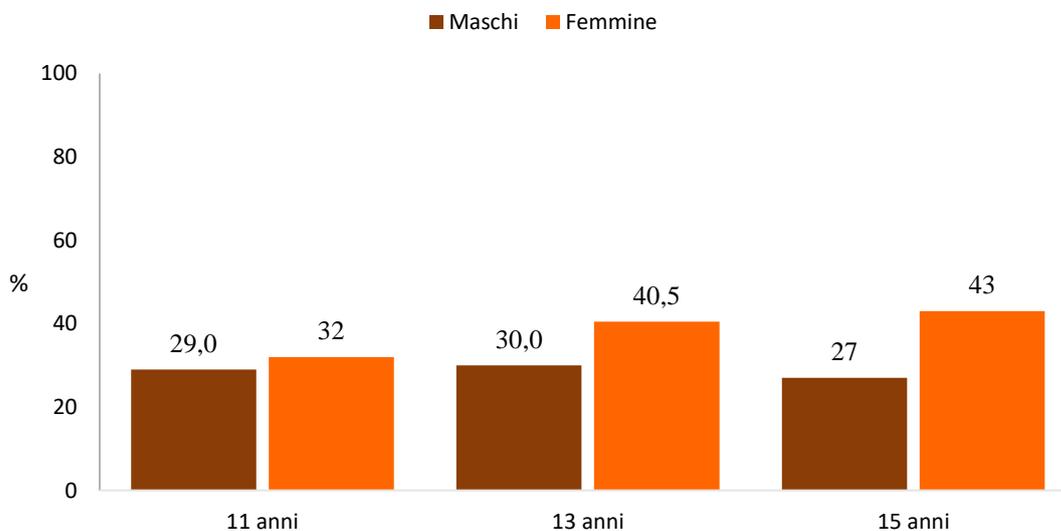
Tabella 10. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	2,7	2,2	0,9	1,9
Un po' troppo magro	9,2	9,2	10,5	9,6
Più o meno della taglia giusta	57,7	53,7	55	55,4
Un po' troppo grasso	26,7	29,5	28,9	28,4
Decisamente troppo grasso	3,7	5,4	4,7	4,7

Il 55,4% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro” circa il 28,4% e il 9,6% rispettivamente. La percezione corporea cambia con il cambiare dell'età: aumentano i ragazzi che pensano di essere “un pò troppo grassi” all'aumentare dell'età.

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, la cui frequenza passa dal 32% a 11 anni al 43% a 15 anni.

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 (%)

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	0	0,7	0	0,3
Normopeso	37,9	40,2	45,4	41,4
Sovrappeso	41,4	42,1	39,9	41,1
Obeso	20,7	17	14,7	17,2

La maggior parte dei ragazzi (58,3%) che si percepisce “*Un po' troppo grasso*” e “*Decisamente troppo grasso*” risulta avere un IMC sovrappeso (41,1%) od obeso (17,2%). Tuttavia la percentuale di ragazzi normopeso che si percepiscono grassi o molto grassi aumenta con l'età, passando dal 37,9 ad 11 anni al 45,4% a 15 anni.

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 (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	43,5	38,7	32,2	38
No, ma dovrei perdere qualche chilo	29,1	29,9	28,8	29,3
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	8,9	9,4	12	10,1
Sì	18,5	22	27	22,6

In generale il 38% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto, mentre il 22,6% dei ragazzi è a dieta. Il 29% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Con l'aumentare dell'età si nota che si riduce la percentuale dei ragazzi che riferiscono di non essere a dieta (dal 43,5% ad 11 anni al 32,2% a 15 anni), mentre aumenta la percentuale di ragazzi che riferiscono di essere a dieta (dal 18,5% ad 11 anni al 27% a 15 anni).

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 (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	71,7	76	78,6	75,5
Una volta al giorno	24,4	20,6	17,6	20,8
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,8	2,3	2,7	2,6
Meno di una volta alla settimana	0,7	0,7	0,2	0,5
Mai	0,4	0,4	0,9	0,6

L’abitudine di lavarsi i denti più di una volta al giorno è prevalente (75,5%) e incrementa con l’aumentare dell’età. Il 20,8% dei ragazzi ha dichiarato di lavarsi i denti “una volta al giorno“, percentuale che diminuisce con l’aumentare dell’età. Meno dell’1% (0,6%) riferisce di non lavarsi i denti.

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)	42,4	50,5	48,6
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	23,5	31,4	35,8
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	15,5	20,3	21,6
Consumo quotidiano di bevande gassate	18,8	13,8	16
Prevalenza di sovrappeso	27,3	23,7	23,2
Prevalenza di obesità	8,4	6	5,4

In Regione Campania le migliori abitudini si associano a un livello di FAS medio/alto. La prevalenza di sovrappeso e di obesità tende ad abbassarsi con l’aumento del livello di FAS.

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)	48,3	47
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	31	29,2
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	19,6	18,9
Consumo quotidiano di bevande gassate	17	16
Prevalenza di sovrappeso	24,7	24,9
Prevalenza di obesità	5,7	6,7

Conclusioni

I dati post-pandemia (anno 2022) che riguardano le abitudini alimentari e la prevalenza di sovrappeso/obeso risultano essere peggiori rispetto ai dati pre-pandemia (anno 2018). Infatti, anche se in piccole percentuali, si è ridotto il numero di ragazzi che consumano quotidianamente la prima colazione, il consumo di frutta e verdura una volta al giorno, mentre è un lieve aumento la prevalenza di obesità e del sovrappeso.

Se consideriamo il trend di alcuni indicatori in base all'età della rilevazione riferita all'anno 2022, possiamo dire che si è avuto un miglioramento. Infatti all'aumentare dell'età si osserva un aumento del consumo di frutta, verdura e legumi (componenti fondamentali del modello alimentare della Dieta Mediterranea), così come diminuisce il consumo di dolci e bevande zuccherate. Il miglioramento delle abitudini alimentari si correla con il miglioramento della prevalenza di obesità (6,7%), il quale diminuisce all'aumentare dell'età (dal 8,3% a 11 anni al 5,4% a 15 anni). Inoltre più della metà dei ragazzi (65,6%) risulta essere normopeso.

I cambiamenti nella percezione del proprio corpo sono un componente che si aggiunge alla realtà appena descritta. Infatti, a classi di età superiori si associa una maggiore attenzione al proprio corpo che, a volte può sfociare in situazioni pericolose, altre volte in una maggiore attenzione alle proprie abitudini alimentari. La percentuale di ragazzi normopeso che si percepisce grassi o molto grassi (41,4%) aumenta con l'età, passando dal 37,9 ad 11 anni al 45,4% a 15 anni. Ciò è confermato anche dall'aumento della percentuale di ragazzi che riferiscono di essere a dieta (dal 18,5% ad 11 anni al 27% a 15 anni).

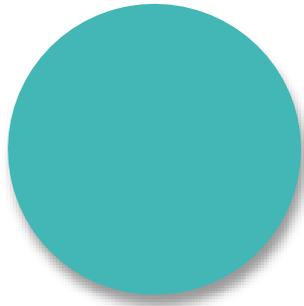
Inoltre, in rapporto all'indicatore FAS (Family Affluence Scale), considerato come proxy dello stato socio-economico familiare, dai dati rilevati si evidenzia che le peggiori abitudini alimentari ed il sovrappeso/obeso hanno una prevalenza abbastanza alta nelle fasce di popolazione con un FAS basso. Questa situazione sottolinea che in Regione Campania, che la differenza in termine di disuguaglianze in salute è ancora ampia tra le classi sociali più alte e quelle più basse. Pertanto, al fine di ridurre tale disuguaglianza, risulta fondamentale pianificare e programmare azioni di prevenzione e di promozione della salute privilegiando quelle persone che vivono in area svantaggiate dal punto di vista socio-economico.

Bibliografia essenziale

¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018. <https://www.wcrf.org/dietandcancer> (accessed Feb 19, 2019)

² Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103

-
- ³Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci.* 2017 Apr;1393(1):21-33
- ⁴Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- ⁵Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet.* 2017;117:707–714.
- ⁶Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D’Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol.*
- ⁷Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents’ Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 2017;84:231–246.
- ⁸Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite.* 2016;96:80–86
- ⁹Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.
- ¹⁰Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.
- ¹¹Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- ¹²Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).
- ¹³Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- ¹⁴Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- ¹⁵Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.
- ¹⁶World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.
- ¹⁷Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot.* 2018;7:19.
- ¹⁸Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- ¹⁹Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.
- ²⁰Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.
- ²¹Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- ²²Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*,97:667–75.
- ²³Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell’adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ²⁴Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

Introduzione

L'attività fisica regolare aiuta a prevenire e curare le malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione. Aiuta a prevenire anche l'eccesso ponderale e può contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui¹. Ridurre i livelli di inattività fisica è una strategia fondamentale per diminuire il carico delle malattie, come indicato nel “*Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*”² dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

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

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica⁵ e non deve essere definito come il mancato raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica; un individuo, infatti, può trascorrere una grande quantità di tempo in un comportamento sedentario e soddisfare comunque le linee guida per l'attività fisica da moderata a vigorosa⁶.

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

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

L'attività fisica

Secondo l'OMS, i livelli raccomandati di attività fisica per i giovani (5-17 anni) includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da svolgere quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa e almeno tre volte a settimana di attività fisica intensa⁹.

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

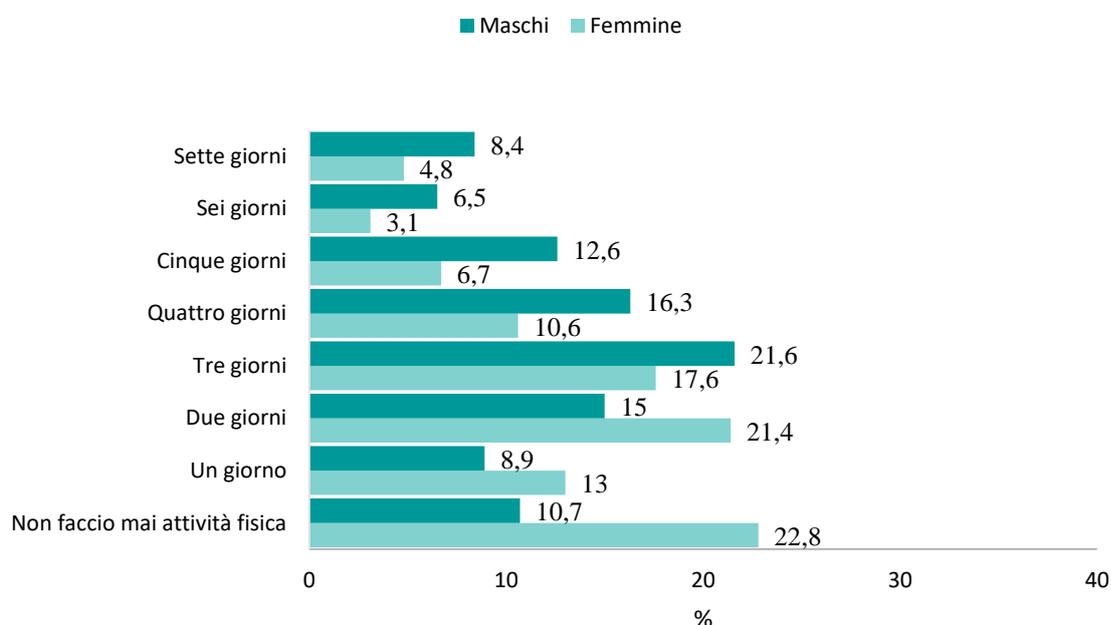
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “*negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno*”; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano in percentuale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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	10,3	16,6	21,1	16,2
Un giorno	9,6	11,4	11,2	10,8
Due giorni	21,6	17,7	14,7	17,9
Tre giorni	19,8	18,3	21,3	19,8
Quattro giorni	12,7	15	13,3	13,7
Cinque giorni	10,5	9,3	10	9,9
Sei giorni	6,4	4,8	3,9	5
Sette giorni	9,1	6,9	4,5	6,7

Osservando la Tabella 1, si nota che il 16,2% (il 10,3% dei ragazzi di 11 anni, il 16,6% dei ragazzi di 13 anni ed il 21% dei ragazzi di 15 anni) non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 51,4%, 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 l’11,7% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana). In particolare il 19,8% (valore più alto) ha svolto attività fisica per almeno tre giorni nell’ultima settimana con un valore più alto a 15 anni(21,3%). I maschi, come si evince dalla Figura 1, svolgono più attività fisica delle femmine che invece risultano essere più sedentarie con il 22,8% che dichiara non fare mai attività fisica.

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



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

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Ogni giorno	13,1	8,6	7
Da 4 a 6 volte a settimana	18,8	16,2	15,7
3 volte a settimana	22,4	22,4	24,7
2 volte a settimana	16,4	13,1	13,7
Una volta a settimana	11,1	13,7	10,8
Una volta al mese	2,9	5,6	5,9
Meno di una volta al mese	3,8	6,1	5,3
Mai	11,5	14,3	16,9

Osservando la Tabella 2, si nota che il 11,5% dei ragazzi di 11 anni, 14,3% dei ragazzi di 13 anni e il 16,9% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica intensa al di fuori dell’orario scolastico, mentre la maggior parte del campione, circa il 37,5%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana. È da far notare che le percentuali più alte in tutte e tre le fasce di età riguardano la dichiarazione di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche per tre volte alla settimana. È da notare che anche nella tabella 1 il valore più alto (19,8%) riguarda la dichiarazione di aver svolto attività fisica per almeno tre giorni nell’ultima settimana con un valore massimo nei 15enni (21,3%).

Comportamenti sedentari

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

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

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

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

L’*American Academy of Pediatrics* affida ai genitori l’importante compito di educare i propri figli ad un uso consapevole e limitato dei diversi media¹⁸. I bambini e gli adolescenti di oggi vivono immersi nei media: dalla TV ai media interattivi, quali i social e i videogiochi.

L'utilizzo globale dei media tra gli adolescenti ha continuato a crescere negli ultimi dieci anni, aiutato dal recente aumento dell'uso del telefono cellulare; circa tre quarti degli adolescenti oggi possiedono uno smartphone, che consente l'accesso a Internet, streaming TV/video e "app" interattive, e circa un quarto si definisce "*costantemente connesso*" a Internet¹⁹.

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

Nelle Tabelle 3, 4 e 5 vengono descritte le ore dedicate a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare, usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (es.: Facebook, Twitter, Snapchat) e guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio 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	5,5	10,4	15,5
Circa mezz'ora	13	10,4	11,9
Circa un'ora	21	15,8	16,5
Circa 2 ore	19,9	18,4	15,6
Circa 3 ore	12,8	14,9	12,3
Circa 4 ore	8,8	8,8	8
Circa 5 ore o più	19	21,3	20,2

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 59,4% degli undicenni il 55% dei tredicenni ed il 59,5% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Una buona fetta di ragazzi (42,2%), per tutte e tre le classi d'età, dedica il proprio tempo libero per almeno 3 ore a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare.

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	14,7	3,5	2,7
Circa mezz'ora	17,7	10,1	6,4
Circa un'ora	20,1	14,6	11,7
Circa 2 ore	14	18,2	15,2
Circa 3 ore	10,6	12,9	16,5
Circa 4 ore	4,5	11,4	12
Circa 5 ore o più	18,4	29,3	35,5

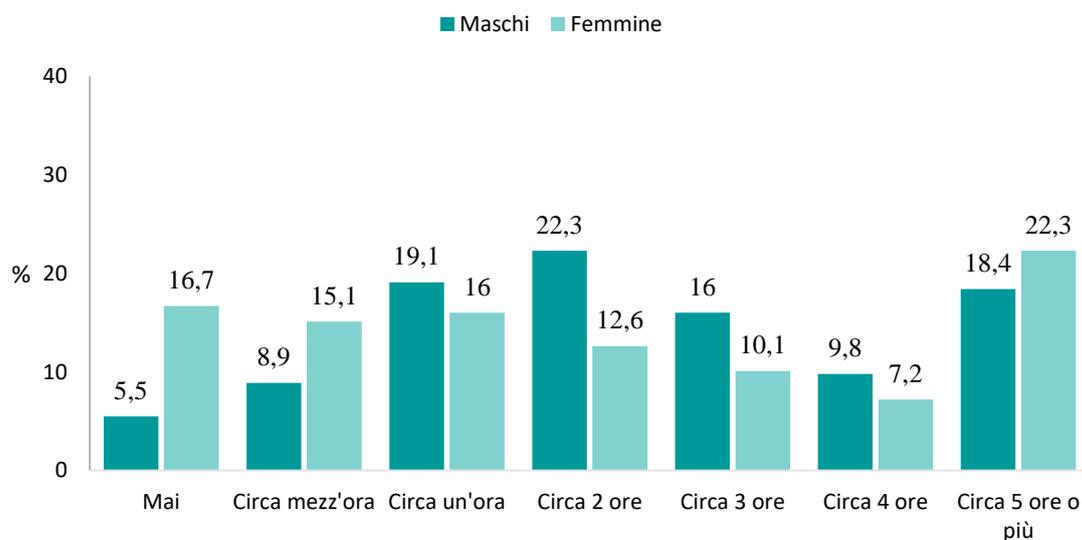
In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l'età. La percentuale di ragazzi che dichiara di dedicare “nessun” ora passa dal 14,7% a 11 anni al 2,7% a 15 anni. Percentuali che aumentano quando si osserva il dato delle “5 ore o più” che passa dal 18,4% dei ragazzi di 11 anni al 35,5% dei ragazzi di 15 anni.

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	7,6	10,1	8,9
Circa mezz'ora	23	20	15,2
Circa un'ora	24,1	22,2	22,5
Circa 2 ore	19,8	18,1	20,4
Circa 3 ore	9,5	11,4	11,2
Circa 4 ore	5	6,3	8,4
Circa 5 ore o più	11	11,9	13,4

La percentuale più alta in tutte le età è quella dei giovani che dichiarano di guardare TV/DVD o video circa un'ora al giorno (il 24,1% a 11 anni, il 22,2% a 13 anni ed il 22,5% a 15 anni). Inoltre, il 25,5% dei giovani a 11 anni, il 29,6% a 13 anni ed il 33% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due ore al giorno (si sono sommate le percentuali da "circa 3 ore" a circa 5 ore o più").

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



Si osserva una spiccata preferenza delle ragazze, rispetto ai coetanei, a non usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network. Sono infatti solo il 5,5% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro il 16,7% delle ragazze. È da evidenziare che la percentuale nell'utilizzo del PC/ Tablet/ cellulare per 5 ore o più è più alta nelle ragazze rispetto ai ragazzi (22,3% vs. 18,4%).

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)	28,4	37	47
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	41,6	53	61
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	45	41	37,5
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	53	50	54
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	30,5	29	29,5

I livelli di attività fisica risultano essere più elevati quando la scala FAS risulta alta. Al FAS alto corrisponde anche un minor tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare. Tuttavia, i due indicatori “Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)” e “Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)” presentano percentuali abbastanza omogenee, indipendentemente dal livello di FAS.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	39	35,5
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	64	49,5

In Regione Campania i dati post-pandemia relativi allo svolgimento di “Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)” e “Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)” sono peggiorati rispetto ai dati pre-pandemia. Il dato che è maggiormente calato è quello relativo “Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)” che passa dal 64% del 2018 al 49,5% del 2022.

Conclusioni

I ragazzi nella nostra Regione risultano essere ancora poco attivi. Solo l’11,7% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana), mentre il 51,4%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana.

All'interno di tale dato, emerge una differenza netta di genere in quanto sono i maschi a svolgere più attività fisica rispetto alle femmine.

Anche la percentuale di ragazzi sedentari risulta essere elevata, con il 42,2% che dichiara di dedicare il proprio tempo libero, per almeno 3 ore, a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/cellulare. Ancora più elevate (51%) sono le percentuali di ragazzi che dedicano il proprio tempo libero dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.).

Le famiglie con FAS basso risultano essere più inattive e sedentarie rispetto a famiglie con FAS medio/alto.

Bibliografia essenziale

¹ Global recommendations on physical activity for health: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1

² Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1

³ Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016;388(10051):1302–1310

⁴ Keadle SK, Moore SC, Sampson JN, Xiao Q, Albanes D, Matthews CE. Causes of death associated with prolonged TV viewing: NIH-AARP Diet and Health Study. *Am J Prev Med*. 2015;49(6):811–821

⁵ Biddle S.J., Gorely T, Marshall S.J., Murdey I, Cameron N. (2004). Physical activity and sedentary behaviours in youth: issues and controversies. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 124:29–33

⁶ Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913

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

⁸ Janssen I, Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11:7-40

⁹ World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; ISBN 978-92-4-001512-8.

¹⁰ Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(8):e0134804.

¹¹ Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019

¹² Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, Saunders TJ, Katzmarzyk PT, Okely AD, Connor Gorber S, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41:S240–65

¹³ Tremblay, M.S., Leblanc, A.G., Janssen, I., Kho, M.E., Hicks, A., Murumets, K., et al. 2011a. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl. Physiol. Nutr. Metab*. 36(1): 59–64

¹⁴ Pengpid S, Peltzer K. Leisure-Time Sedentary Behavior Is Associated with Psychological Distress and Substance Use among School-Going Adolescents in Five Southeast Asian Countries: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 13;16(12). pii: E2091.

¹⁵ Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;242:5–13.

¹⁶ Stanczykiewicz B, Banik A, Knoll N, Keller J, Hohl DH, Rosińczuk J, Luszczynska A. Sedentary behaviors and anxiety among children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Apr 30;19(1):459

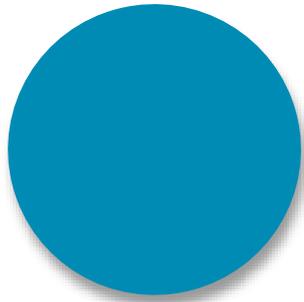
¹⁷ de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PloS One*. 2014 Aug 21;9(8):e105620.

¹⁸ <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>

¹⁹ Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.

²⁰ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. *Media Use in School-Aged Children and Adolescents*. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)

²¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



CAPITOLO 5

Ambiente scolastico

Introduzione

Durante le diverse fasi dello sviluppo e ancora di più durante l'adolescenza, la scuola rappresenta l'ambiente più importante per lo sviluppo sociale e personale 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 salute¹.

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

Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere

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

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

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

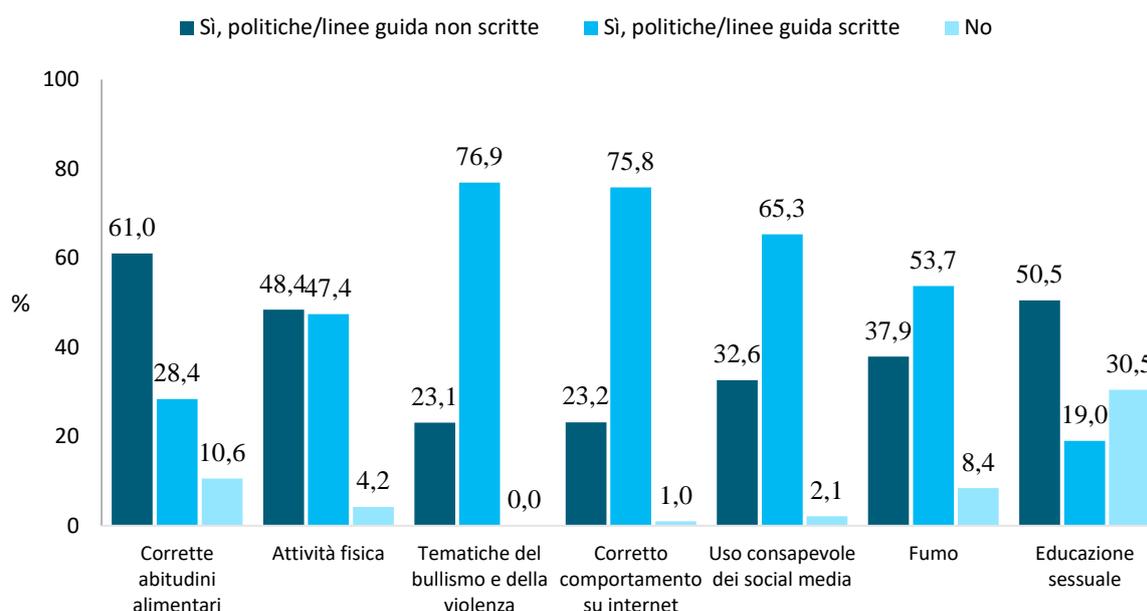
	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	7,4	53,7	26,3	12,6	0	0
La palestra è in buone condizioni	9,5	49,5	25,3	6,3	1	8,4
I laboratori didattici sono attrezzati	9,5	46,3	28,4	7,4	0	8,4
La scuola necessita di restauro	24,2	45,3	26,3	3,2	1	0

La lettura dei dati presenti in Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti scolastici coinvolti nell'indagine: il 69,5% dei Dirigenti Scolastici si dichiara "completamente d'accordo"/"d'accordo" sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri. Circa il 56% dei Dirigenti dichiara di essere "completamente

d'accordo"/"d'accordo"sull'adeguatezza dei laboratori didattici e il 59% afferma di avere una palestra in buone condizioni.

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)

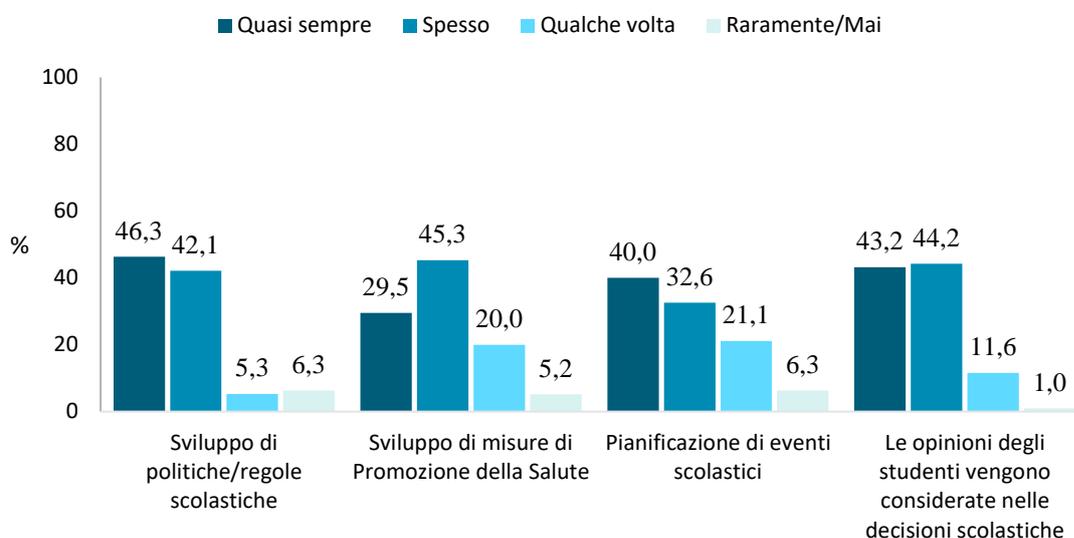
Figura 1. Misure di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (%)



Tra le attività di promozione della salute che sono state condotte, risultano prevalenti quelle che riguardano le tematiche del bullismo e della violenza (76,9%) e quelle sul corretto comportamento su internet (75,8%), con politiche e linee guida scritte, seguono quelle sull'adozione dei corretti stili di vita (fumo, attività fisica e corretta alimentazione) e sull'educazione sessuale con politiche e linee guida non sempre scritte.

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).

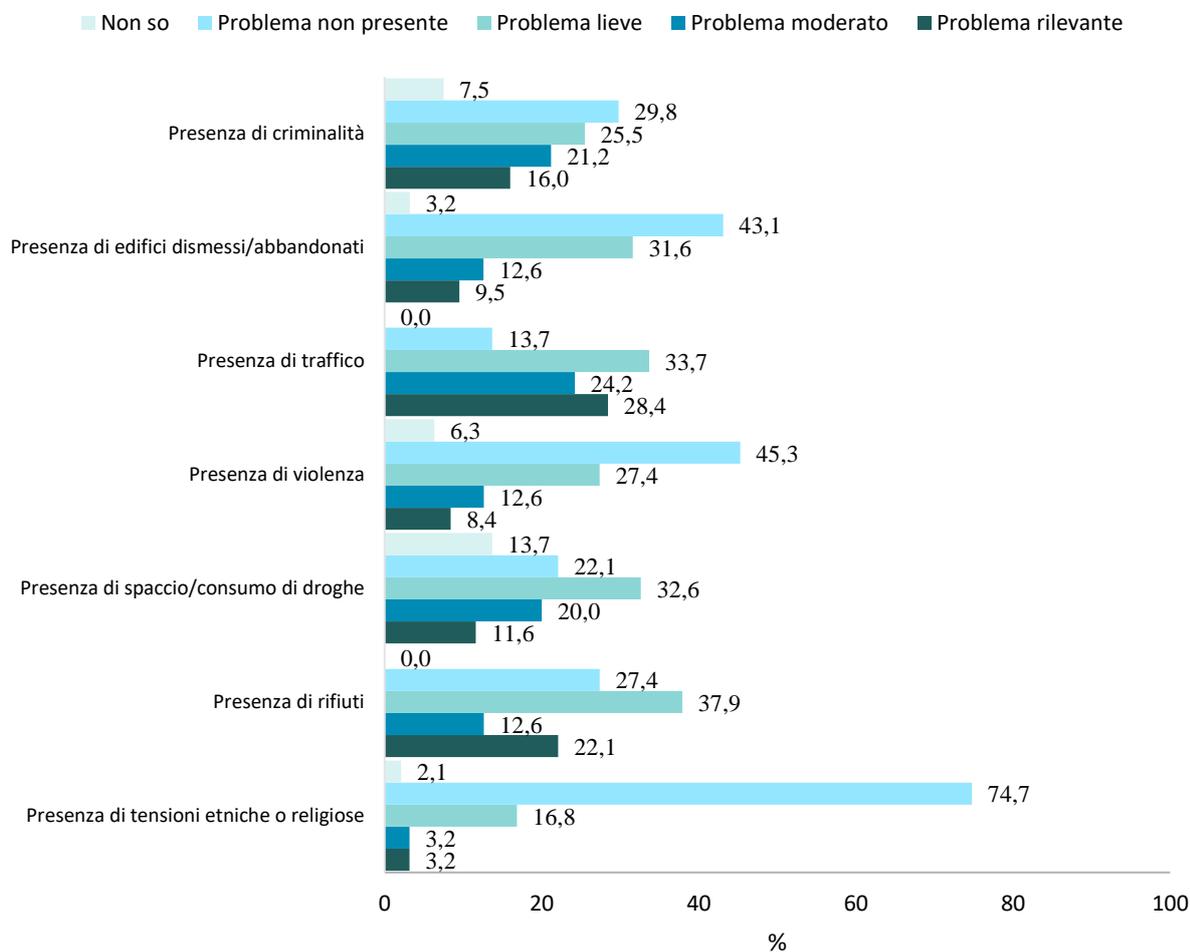
Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (46,3% quasi sempre; 42,1% spesso; raramente/mai 6,3%) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (43,2% quasi sempre; 44,2% spesso).

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

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



Il problema più rilevante è risultato essere la presenza di traffico, ritenuto rilevante dal 28,4% dei Dirigenti scolastici e moderato dal 24,2% degli stessi. Per importanza e gravità seguono la presenza di criminalità, le trasgressioni legate allo spaccio, al consumo di droghe o abuso di alcol e la presenza di rifiuti.

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

Per niente bene	5,3
Non molto bene	19
Nella media	52,6
Piuttosto bene/Molto bene	21
Non so	2,1

Secondo i dati presenti in Tabella 2, il 52,6% dei Dirigente Scolastico dichiara che il quartiere in cui opera la scuola è nella media in quanto benessere degli abitanti; il 21% afferma di lavorare in aree piuttosto agiate, mentre il 24,3% si trova in aree svantaggiate da un punto di vista socio-economico (“per niente bene” e “non molto bene”).

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	9,5	6,3	7,4
Abbastanza in disaccordo	15,8	6,3	11,6
In disaccordo	16,8	19	14,7
Né in accordo né in disaccordo	16,8	9,5	18,9
D'accordo	23,2	33,7	27,4
Abbastanza d'accordo	11,6	9,5	11,6
Completamente d'accordo	3,2	14,7	4,2
Non so	3,1	1	4,2

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, i dirigenti sono d'accordo sulla presenza di poche iniziative culturali (23,2%), sulla mancanza di punti di ritrovo (33,7%) e sulla presenza di molte associazioni che operano nel sociale (27,4%). Il 3,2% dei Dirigenti è completamente d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (14,7%).

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	24,6	17,2	9,8	17
D'accordo	40,7	39,2	25,7	35,2
Né in accordo né in disaccordo	23,8	32,4	35,2	30,6
Non d'accordo	6,9	6,9	18,4	10,7
Per niente d'accordo	4	4,3	10,9	6,5

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	44,4	23,9	9,4	25,4
D'accordo	33,3	35,4	26,2	31,7
Né in accordo né in disaccordo	14,5	25,6	38	26,3
Non d'accordo	4,2	8,4	13,1	8,6
Per niente d'accordo	3,6	6,7	13,3	8

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

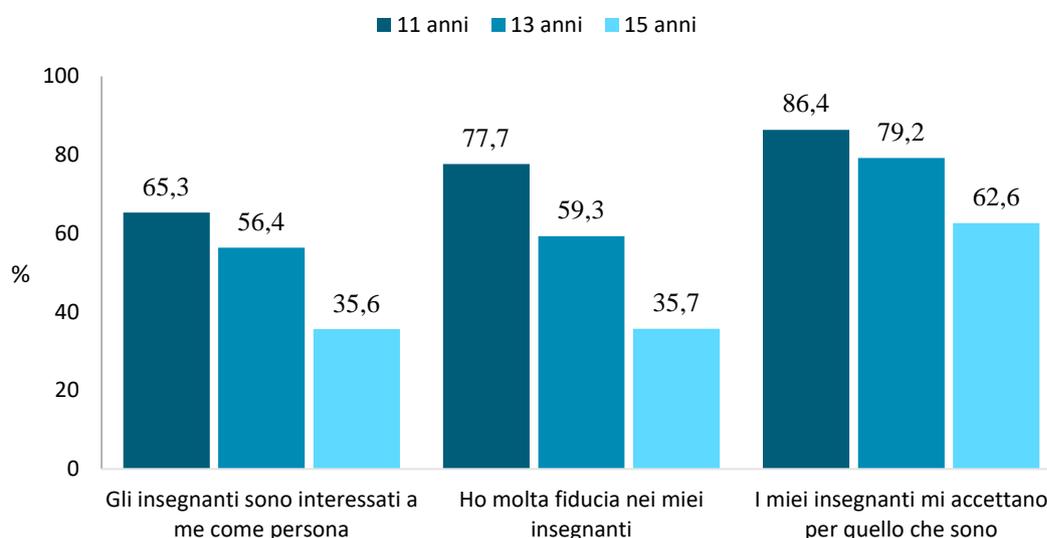
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	53,2	39,2	22,6	38
D'accordo	33,3	40	40	37,9
Né in accordo né in disaccordo	10,1	13,7	26,4	16,8
Non d'accordo	2,1	4,1	6,6	4,3
Per niente d'accordo	1,3	3	4,4	3

Nella tabella 4 più del 40% dei ragazzi, di cui il 65,3% degli 11enni, il 56,4% dei 13enni e il 35,5% dei 15enni, dichiara di essere “molto d'accordo”/“d'accordo” sull'affermazione che gli “insegnanti si interessano a me come persona”. Tale percezione diminuisce fortemente con l'aumentare dell'età.

Nella tabelle 5 e 6 la fascia di ragazzi più giovane (11 anni) è per la maggioranza ‘molto d'accordo’ con le affermazioni di aver fiducia negli insegnanti e che i loro insegnanti li accettano per quelli che sono. Tale percezione diminuisce con l'avanzare dell'età.

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 (%)



Da questa figura risulta ancora più evidente come le percentuali di coloro che si dichiarano d’accordo o molto d’accordo con le affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti diminuisce con l’avanzare dell’età.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	79,3	70,9	70,3	73,3
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	79	71,6	70,1	73,4
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	85,3	78,5	78,4	80,6
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	76	68,2	70,3	71,3

L'80,6% dei ragazzi riferisce di avere amici con cui condividere gioie e dispiaceri, e più del 70% riferisce di avere amici che provano ad aiutarli o amici quando le cose vanno male o amici per parlare dei problemi. Tali valori si riducono con l'aumento dell'età

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	31,9	19,1	15,8	22
D'accordo	41,9	39,9	44,4	42
Né in accordo né in disaccordo	19,6	26,4	25,8	24,1
Non d'accordo	4,6	9,2	8,9	7,7
Per niente d'accordo	2	5,4	5,1	4,2

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	47,7	34,1	26,5	35,7
D'accordo	33,7	35,7	43,4	37,6
Né in accordo né in disaccordo	14,4	18,9	21	18,2
Non d'accordo	2,1	6,1	5	4,5
Per niente d'accordo	2,1	5,2	4,1	3,9

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, la maggior parte dei ragazzi (42%) è d'accordo con l'affermazione "la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile", mettendo in evidenza che la percezione della disponibilità dei propri compagni è alta. Tale percentuale diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 73,8% di undicenni che sono d'accordo o molto d'accordo con tale affermazione si registra un 58,8% di tredicenni ed un 60,2% di quindicenni con la stessa percezione.

In Tabella 9 emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notandosi un decremento nel passaggio dagli 11 (81,4%) ai 15 anni (69,9%).

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 (%)

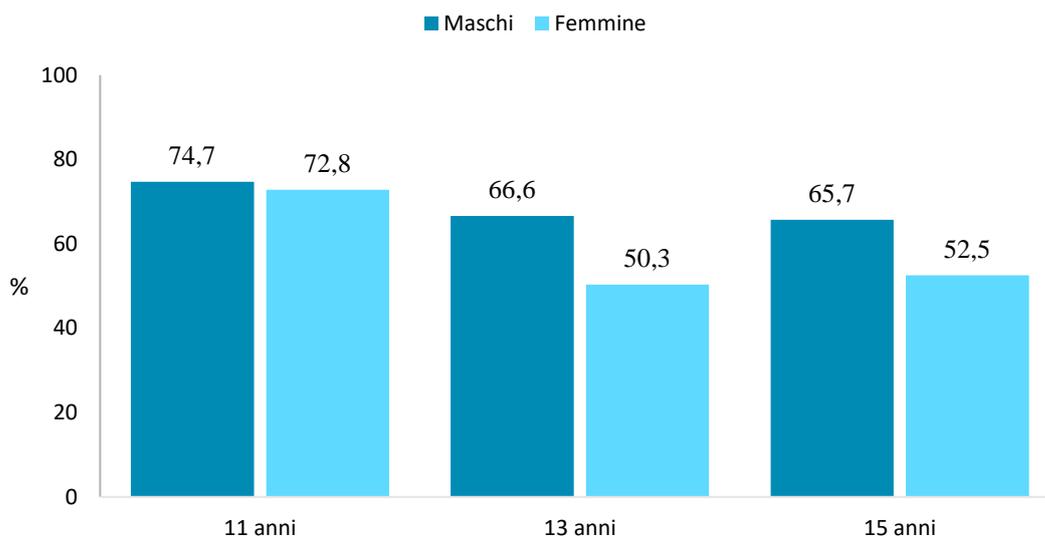
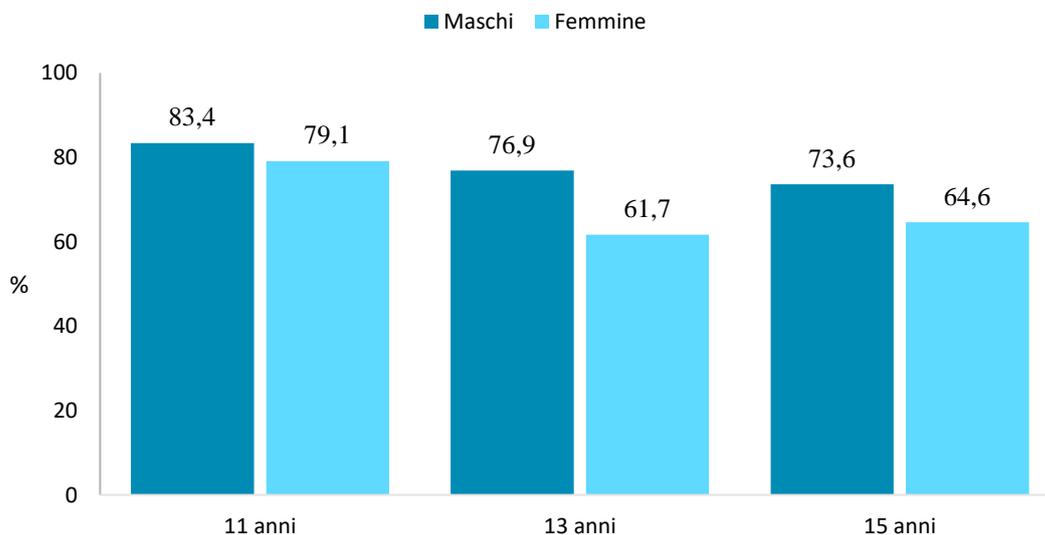


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



Relativamente alle affermazioni: “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile” ed “i miei compagni mi accettano per quello che sono” la percentuale dei ragazzi che risulta essere “molto d’accordo” e “d’accordo” è più alta rispetto a quella delle ragazze con valori che però si riducono all’aumentare dell’età.

Bullismo e cyberbullismo

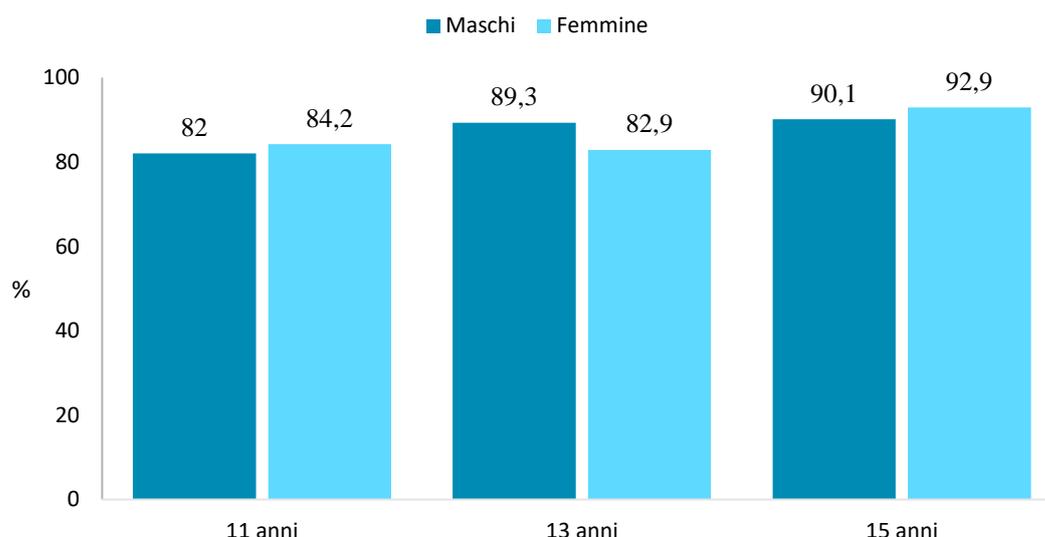
Il rapporto su bullismo a scuola dell'Unesco¹⁶, è stato pubblicato nel 2019 con l'intento di voler sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno bullismo e incoraggiare i diversi Paesi Europei a intraprendere azioni di contrasto efficaci che siano basate su dati concreti e sulle buone pratiche. Il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

Il cyberbullismo è un'analogia aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, gli atti di cyberbullismo possono accadere in un tempo indefinito, in qualunque momento, coinvolgono un pubblico più vasto e spesso al di fuori della cerchia di conoscenze della vittima e si diffondono rapidamente senza possibilità o percezione di controllo¹⁹. Un lavoro della Commissione Europea di qualche anno fa, che coinvolgeva sette paesi, tra cui l'Italia, ha dimostrato che il fenomeno è nuovo e in crescita, complice anche la diffusione dei dispositivi elettronici e la precoce esposizione agli stessi. A differenza del bullismo, il cyberbullismo sembra aumentare con l'età e sembra imporsi come fenomeno a sé, simile al bullismo ma solo nel nome²⁰. Se pur tutto ciò sembra essere allarmante, recenti studi confermano che un clima positivo tra i coetanei e delle buone relazioni con figure adulte di riferimento, soprattutto gli insegnanti scolastici/coach sportivi, riducono la probabilità di questi comportamenti lesivi e rappresentano un potente fattore protettivo. Le dinamiche relazionali positive, che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono, infatti, un ulteriore elemento protettivo su cui investire¹⁹. Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana", riportate per esteso in Tabella 10 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 7.

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

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

La maggior parte dei ragazzi (86,9%) a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo negli ultimi due mesi, mentre solo una minima parte (8,6%) riferisce episodi di bullismo una o due volte negli ultimi due mesi. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente le ragazze rispetto ai ragazzi (13,6% vs. 12,6%) e decresce con l'età (Figura 7).

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

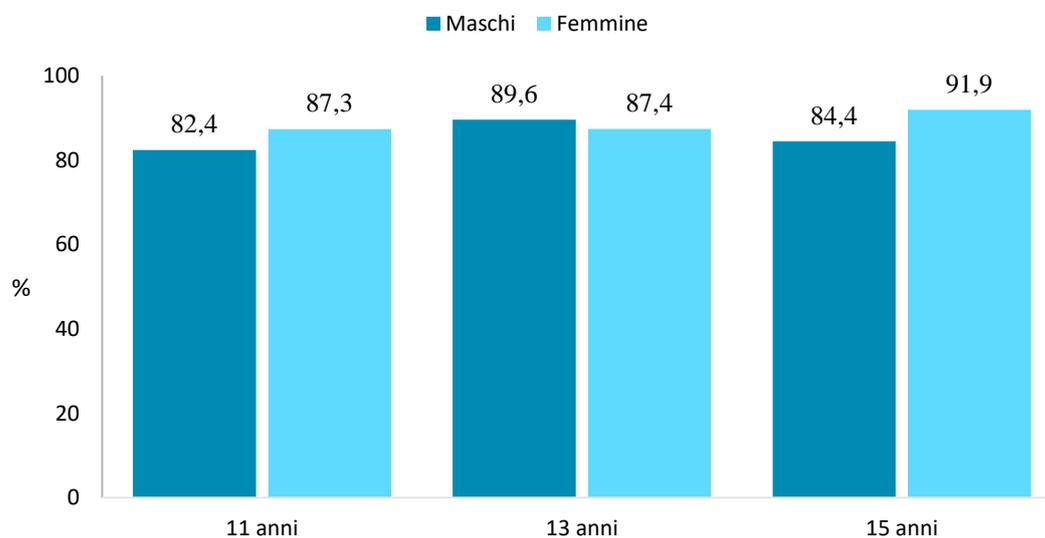
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	84,7	88,6	87,5	87
Una o due volte	8,9	7,5	7,4	7,9
Due o tre volte al mese	2,7	2	1,3	2
Circa una volta alla settimana	2	0,7	1,9	1,5
Più volte alla settimana	1,7	1,2	1,9	1,6

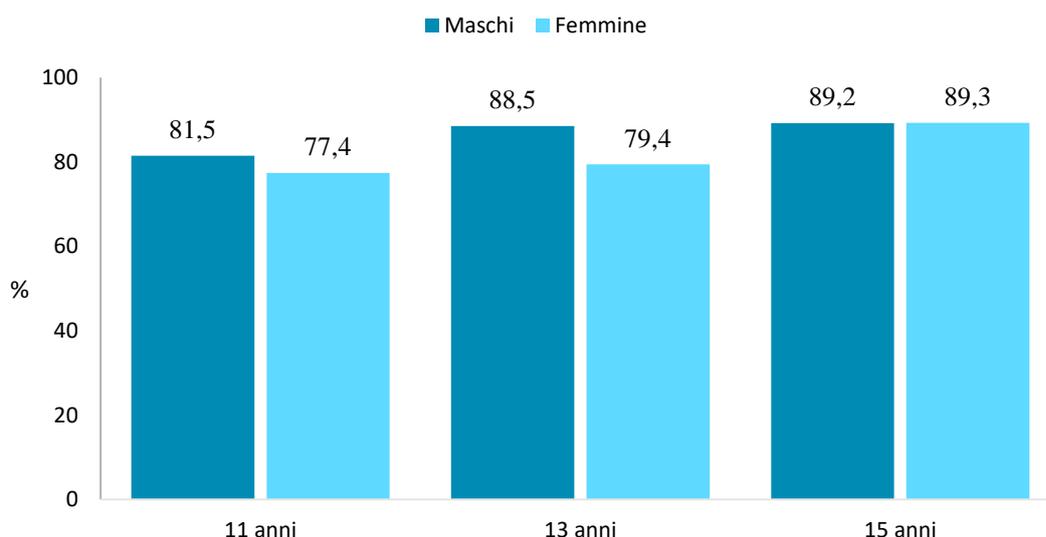
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi (87%), a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno

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



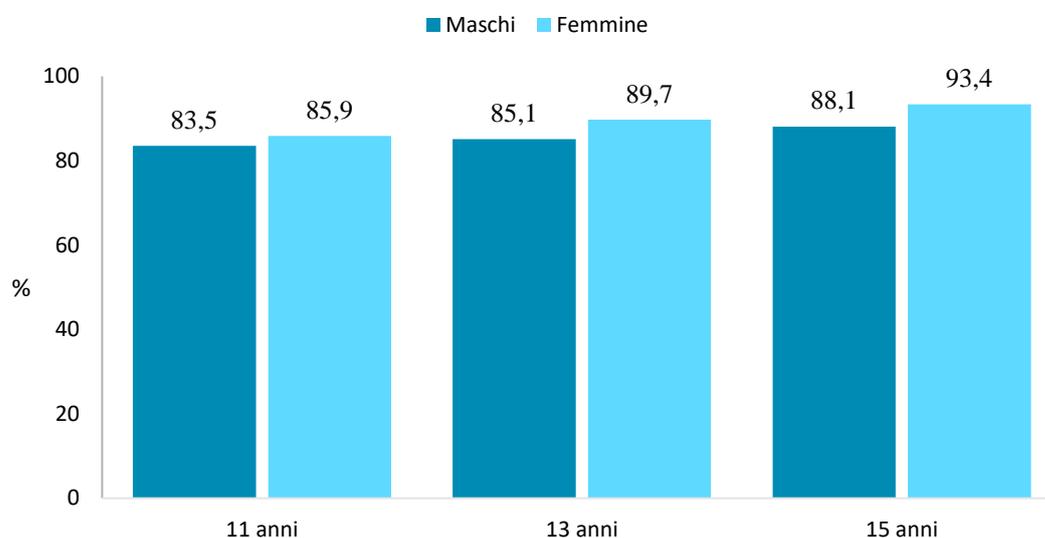
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



Nella Figura 10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall’età, non ha praticato azioni di cyberbullismo. Le femmine presentano una percentuale maggiore dei maschi.

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	60,3	63,2	68,5	64
Una volta	17,2	15,9	14	15,7
Due volte	8,6	7,7	7,5	7,9
Tre volte	3,7	4,2	3,5	3,8
Quattro volte o più	10,2	8,9	6,6	8,6

La tabella mostra come la maggior parte degli studenti intervistati (64%) dichiarati 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.

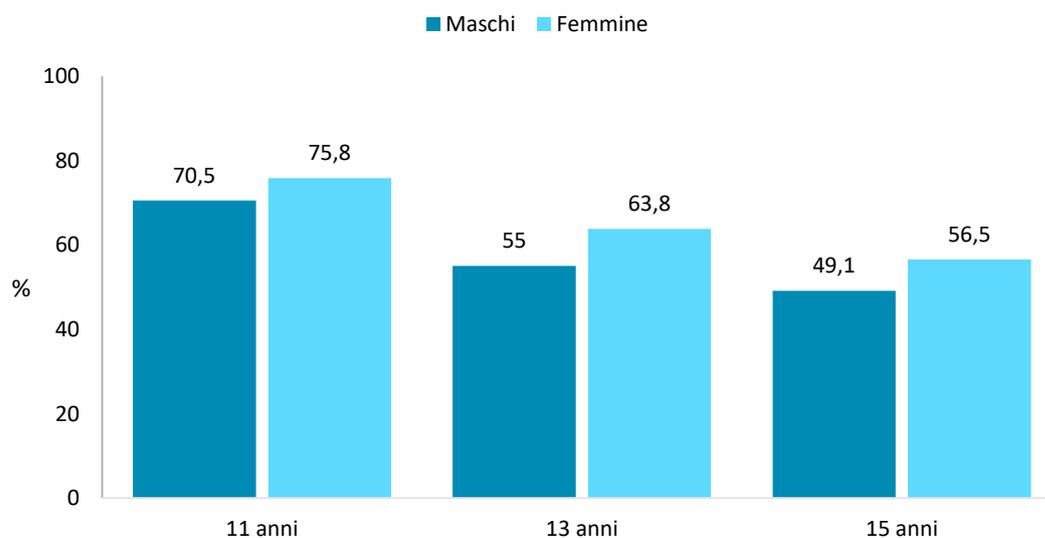
In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere. Al 49% dei ragazzi la scuola piace abbastanza, con un decremento all'aumentare dell'età. I dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell'età, infatti agli indicatori “mi piace molto”/”abbastanza” si nota una riduzione della percentuale. Ciò viene confermato anche dagli indicatori “non tanto”/”non mi piace per nulla”, la cui percentuale, invece, cresce all'aumentare dell'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	21,5	9,3	5,2	11,8
Abbastanza	51,5	49,8	47	49,4
Non tanto	21,3	29,3	36,3	29,1
Non mi piace per nulla	5,7	11,6	11,5	9,7

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 (%)



Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze di 11 e 13 anni.

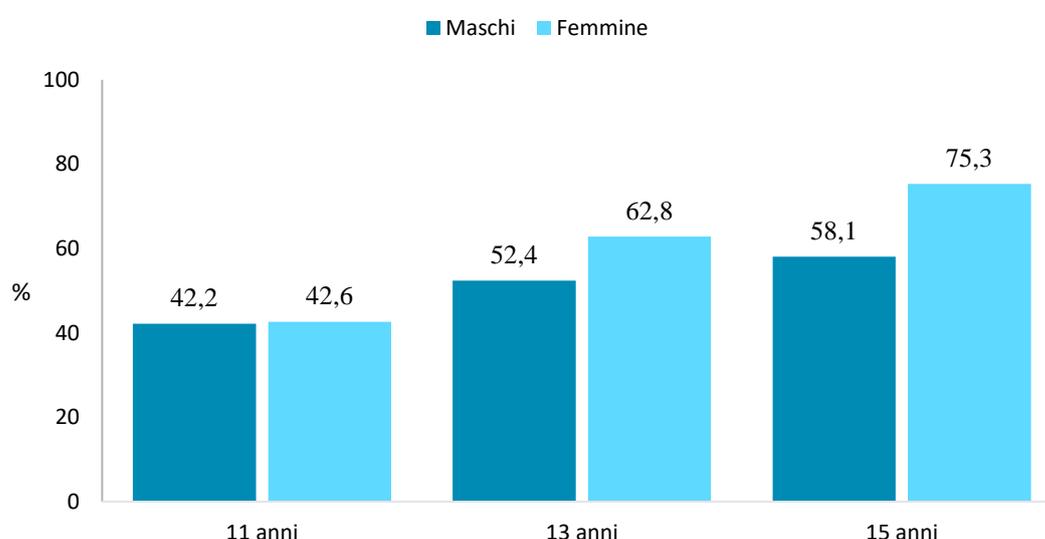
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio 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	11,5	5,1	6	7,5
Un po’	46,1	37,6	28,7	37,3
Abbastanza	27,8	32,5	34	31,5
Molto	14,6	24,8	31,2	23,8

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



La maggior parte dei ragazzi si sentono un po’ (37,3%) e abbastanza (31,5%) stressati dalla scuola con prevalenza delle femmine in tutte le età considerate.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	57,4	52,2
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	66,5	57,1
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	64,8	64
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	87,2	86,9
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	91,2	84,5
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	68,3	61,1
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	53,8	55,3

Dal confronto 2018-2022 si nota una riduzione in percentuale degli indicatori storici nel 2022 tranne quello relativo “Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)” che è leggermente aumentato nel 2022.

Conclusioni

Dall'indagine sull'ambiente scolastico in Regione Campania emerge che relativamente ai servizi offerti, la maggior parte dei dirigenti scolastici afferma di avere laboratori didattici attrezzati e palestra in buone condizioni ma che gli istituti, in generale, necessitano di interventi a livello strutturale.

Risultano abbastanza diffuse misure di promozione della salute adottate dalla scuola coinvolgendo in alcuni aspetti organizzativi gli studenti.

Emerge un ottimo rapporto tra studenti e insegnanti e questo è ancora più forte nelle fasce d'età più giovani. Ottimo rapporto che è presente anche tra compagni di classi, ciò determina pochi casi di bullismo e cyberbullismo, così come risultano pochi i casi in cui i ragazzi sono stati coinvolti in zuffe e colluttazioni. Buoni rapporti con gli insegnanti e i compagni di classe fanno sì che la maggior parte dei ragazzi piaccia “molto” o “abbastanza” la scuola.

Rispetto alla rilevazione 2018 risulta peggiorato il rapporto con gli insegnanti che passa dal 57,4% vs. 52,2% per quanto riguarda l'affermazione “Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)”; 66,5% (2018) vs. 57,1% (2022) per “Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)”. Risultano invariati, invece, i buoni rapporti con i compagni di classe, mentre sono aumentati rispetto al 2018 la percentuale di ragazzi che ha subito atti di cyberbullismo.

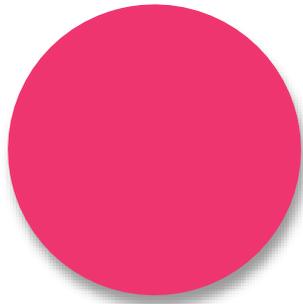
Bibliografia essenziale

¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours:relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1-16.

²Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.

³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.

- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol.* 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev.* 2001;72:625-38.
- ⁶Wang C, Hatziyianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol.* 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol.* 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development.* 2001;72:625-638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol.* 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol.* 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health.* 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, 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.
- ¹³Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol.* 2003;73:207-21.
- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence.* 2013;42:6-19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One.* 2018;13:e0208173.
- ¹⁶UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- ¹⁸Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «*JAMA: Journal of the American Medical Association*», 285, pp. 2094-2100.
- ¹⁹Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- ²⁰Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)_571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)_571367_EN.pdf)
- ²¹Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2.* Milano: Educatt.



CAPITOLO 6

Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze

Introduzione

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

Uso di sostanze

L'iniziazione dei giovani al fumo di tabacco e all'utilizzo di altre sostanze avviene per lo più in epoca adolescenziale e nell'ambito del gruppo che, a questa età, acquisisce sempre maggiore importanza. Ci sono diverse ragioni per cui gli adolescenti decidono di utilizzare sostanze psicotrope, incluso il desiderio di provare nuove esperienze, il tentativo di affrontare problemi o di essere socialmente più accettati, o semplicemente rispondere alla pressione dei pari. I preadolescenti e gli adolescenti sono considerati "biologicamente programmati" per la ricerca di nuove esperienze e per l'adozione di comportamenti così come sono impegnati nella costruzione della loro identità. Provare droghe, siano esse legali o illegali, può soddisfare queste normali esigenze ma in modo non salutare, con possibili ripercussioni nella loro vita futura¹. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico, non solo individuali.

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

Fumo

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature². Dal momento che questo comportamento si instaura per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi della dipendenza³.

Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le conseguenze negative note legate al fumo, attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia tipo "regolatoria" del corpo come il controllo dell'umore o del peso, ma anche di tipo relazionale come l'appartenenza al gruppo o la sensazione di maturità e indipendenza⁴⁻⁵.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99	92,7	77,6	89,6
1-2 giorni	0,3	3,5	7,8	3,9
3-5 giorni	0,2	1,2	3,5	1,7
6-9 giorni	0	0,6	2,7	1,1
10-19 giorni	0	0,8	2,8	1,2
20-29 giorni	0,1	0,6	1	0,6
30 giorni o più	0,4	0,6	4,6	1,9

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99	92,4	80,3	90,4
1-2 giorni	0,7	4,1	8,9	4,6
3-5 giorni	0,1	1	3,6	1,6
6-9 giorni	0	0,6	2	0,9
10-19 giorni	0	0,6	1,8	0,8
20-29 giorni	0	0,7	1,2	0,7
30 giorni o più	0,2	0,6	2,2	1

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato sia per il fumo di sigaretta classica (89,6%) che per quella elettronica (90,4%). Per quanto riguarda la frequenza del fumo di sigaretta, la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 99% degli undicenni al 92,7% dei tredicenni sino al 77,6% dei quindicenni. Per quanto riguarda la frequenza del fumo di sigaretta elettronica, la frequenza del fumo di sigaretta, la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 99% degli undicenni al 92,4% dei tredicenni sino al 80,3% dei quindicenni. Relativamente alla quota di ragazzi che dichiarano di aver fumato ogni giorno negli ultimi 30 giorni, i maschi presentano una frequenza maggiore rispetto alle femmine come si evidenzia nella tabella 3.

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	0,5	0,9	5	2,2
Femmine	0,3	0,3	3,9	1,4

Alcol

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	83,4	63	36	60,5
1-2 giorni	11,1	16,2	19,3	15,6
3-5 giorni	2,3	6,1	11,2	6,6
6-9 giorni	0,7	4,3	7	4,1
10-19 giorni	0,4	3,9	8,5	4,3
20-29 giorni	0,5	0,9	3,9	1,8
30 giorni o più	1,6	5,6	14,1	7,1

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	91,7	77,8	53,1	74,1
1-2 giorni	4,8	11,7	21,9	12,8
3-5 giorni	1,7	5,4	12,6	6,6
6-9 giorni	0,6	2,4	5,8	2,9
10-19 giorni	0,6	1,6	3,2	1,8
20-29 giorni	0,1	0,2	1	0,5
30 giorni o più	0,5	0,9	2,4	1,3

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol nella vita (60,5%) e negli ultimi 30 giorni (74,1%); tale percentuale si riduce sensibilmente, però, con l'aumentare dell'età, passando dall'83,4% degli undicenni al 63% dei tredicenni sino al 36% dei 15enni nel consumo di alcol nella vita. Mentre un 15,6% riferisce di aver bevuto 1-2 giorni nella vita e 12,8 % negli ultimi 30 giorni, percentuale che aumenta con l'età.

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	1	0,7	2	1,3
Femmine	0	1	2,7	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	0,7	5,1	3,9	15,7	74,6
Vino	1	4,4	3,3	15,1	76,2
Superalcolici	0,7	6,5	6,3	15,2	71,3
Alcolpops	1,2	3,7	4,5	11,3	79,3
Spritz	0,4	3,5	3,7	12,2	80,2
Altra bevanda alcolica	1,1	6,4	6,4	15,5	70,6

Tra le bevande alcoliche maggiormente consumate troviamo lo Spritz, seguito dall'alcolpos e dal vino.

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.

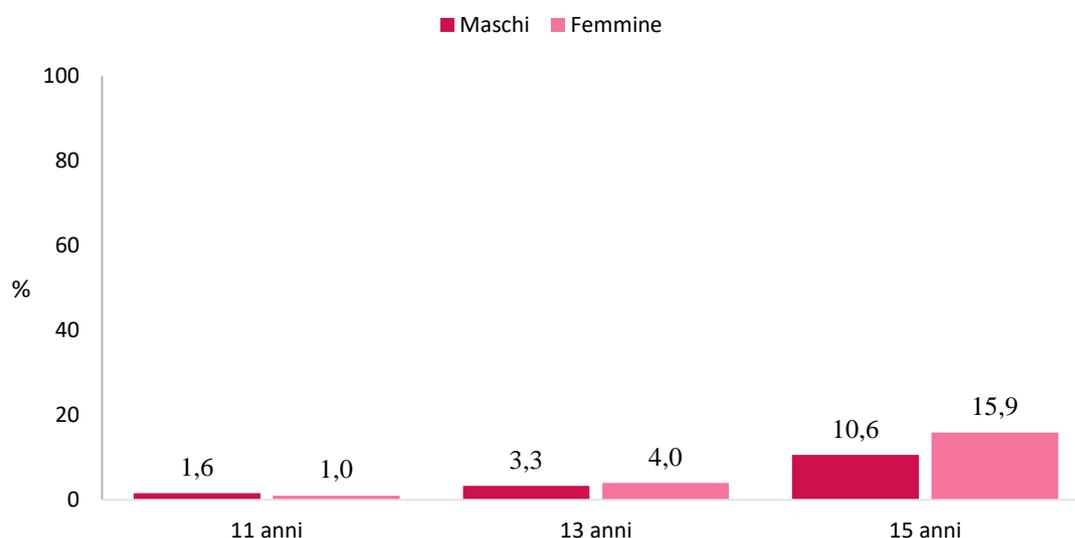
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	96,1	90,4	76,9
Si, una volta	2,6	6	10,4
Si, 2-3 volte	0,7	1,9	8,2
Si, 4-10 volte	0,1	0,8	2,5
Più di 10 volte	0,5	0,9	2

Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età. La frequenza di ubriacatura relativa al valore "mai" passa dal 96% degli undicenni al 76,9% dei quindicenni. Per tutte le età l'87,7% dei ragazzi ha dichiarato non aver mai avuto episodi di ubriachezza.

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

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

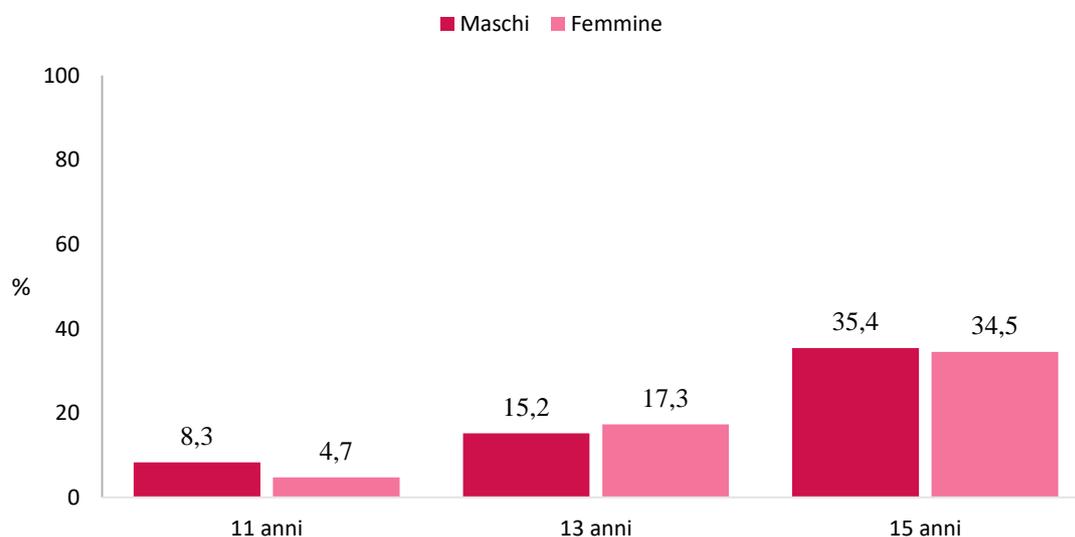


Nella fascia d'età più alta (13 e 15 anni) si osserva una maggiore percentuale di femmine che dichiarano di essersi ubriacati due volte o più nella vita, rispetto ai maschi. Tale differenza non si osserva negli 11enni.

Nella sorveglianza è indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di oltre 6 Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani¹¹⁻¹². A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema¹³.

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

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

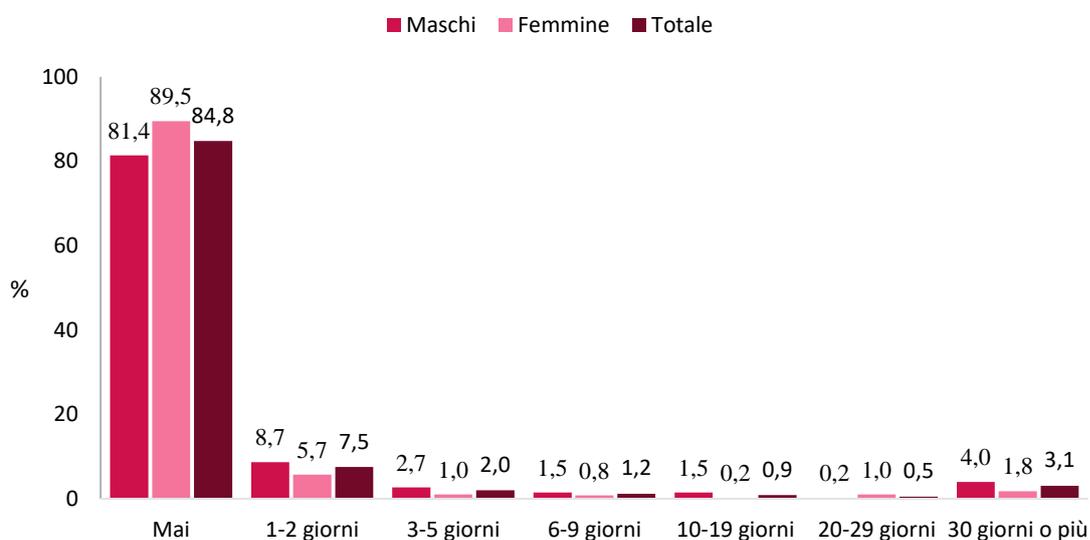


I maschi, in percentuale superiore alle femmine, riferite alle fasce d'età di 11 e 15 anni, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno si inverte nella fascia dei 13enni.

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

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

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



Circa 8 ragazzi su 10 non hanno mai consumato cannabis e una piccola percentuale (3%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi rispetto alle femmine (4% vs. 1,8%).

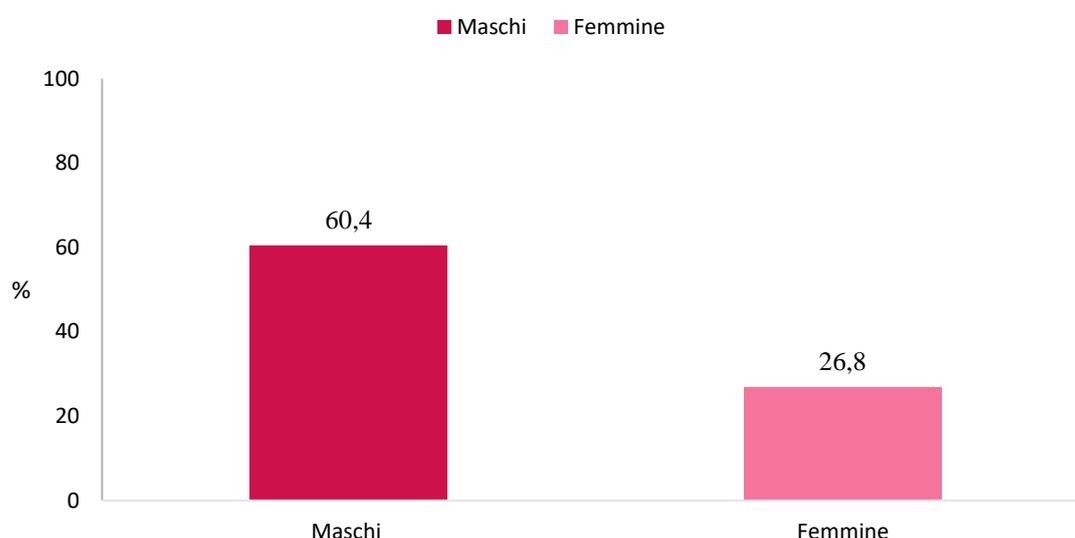
Gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è diventato un problema sempre più diffuso tra gli adolescenti; questi ultimi sono considerati ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottostimarne i rischi e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza¹⁵⁻¹⁷. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a conseguenze negative, come comportamenti criminali,

difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio¹⁸. L'indagine HBSC ha come obiettivo quello di monitorare l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi.

Nell'ambito dell'indagine HBSC 2022 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni e di 17 anni (vedi capitolo 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 maggiormente frequente nei maschi (60,4%) rispetto alle femmine (26,8%).

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	5,7	4,2	2
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	20,1	18,4	22,4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	43,9	47,7	55,9
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	11,2	12,8	16,2
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	32,7	34,6	44
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	15,5	14,8	15

Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	45	46,5	49
---	----	------	----

A differenza delle abitudini alimentari, dell'attività fisica e della sedentarietà, il consumo di alcol compreso il fenomeno del binge drinking e il gioco d'azzardo aumentano nelle famiglie che ricadono nella scala FAS alta.

Il fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni, invece, diminuisce all'aumentare della scala FAS.

Il fumo di cannabis (almeno una volta nella vita) sembra non risentire delle variazioni nella scala FAS, risultando omogeneo per tutte le classi.

Il Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita riporta valori leggermente alti nelle famiglie che ricadono nella scala FAS alta.

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	29,4	22,4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	44,3	46,9
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	14,9	12,8
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	38,5	35
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	15,2	8,7
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	51,9	46,3

Conclusioni

In Regione Campania il fumo di sigaretta classica ed elettrica aumenta con l'età e l'uso ogni giorno negli ultimi 30 giorni risulta essere maggiore nei maschi (2,2%) che nelle femmine (1,4%). Inoltre il dato 2022 fumo di sigaretta almeno un giorno negli ultimi 30 giorni risulta essere migliorato rispetto alla rilevazione 2018 (28,4% vs. 22,4%); tale abitudine risulta essere più frequente nei ragazzi proveniente da famiglie con un FAS basso/medio.

Per quanto riguarda il consumo di alcol, la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol; tale percentuale si riduce sensibilmente, però, con l'aumentare dell'età, passando dall'83,4% degli undicenni al 63% dei tredicenni sino al 36% dei quindicenni; il dato circa l'assunzione ogni giorno negli ultimi 30 giorni presenta una frequenza simile tra maschi e femmine. Il consumo di alcol almeno un giorno negli ultimi 30 giorni, è aumento nel 2022 rispetto al 2018 passando dal 44,3% al 46,9%; risulta essere più frequente negli adolescenti che rientrano nella scala FAS alta.

Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età. La frequenza di ubriacatura relativa al valore "mai" passa dal 96% degli undicenni al 76,9% dei quindicenni. Le femmine in misura maggiore rispetto ai maschi hanno dichiarato di essersi ubriacati due

volte o più nella vita. Mentre il fenomeno del binge drinking è più frequente nei maschi. Il valore del dato relativo a “episodi di ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita” è diminuito nel 2022 rispetto al 2018 (14,9% vs. 12,8%); risulta essere più frequente nei ragazzi con FAS alto. Il fenomeno del binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi, è diminuito nel 2022 rispetto al 2018 (38,5% vs. 35%); anch’esso è più frequente nei ragazzi con FAS alto.

La maggior parte dei quindicenni ha dichiarato di non fare uso di cannabis, con il 3% che ha affermato di consumarne per 30 o più giorni. Facendo un confronto nel tempo, l’uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni, è minore nel 2022 rispetto al 2018 (15,2% vs. 8,7%); tale uso non cambia al cambiare della scala FAS, risultando omogeneo per tutte e tre le classi. Il 60% dei ragazzi e il 27% delle ragazze di quindici anni hanno dichiarato di aver scommesso denaro nella loro vita. Dato in calo rispetto al 2018 (51,6% vs. 46,3%) e maggiore nei ragazzi che appartengono ad una scala FAS alta.

Bibliografia essenziale

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

²WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

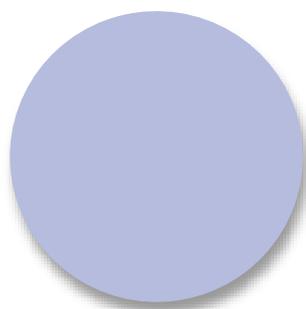
¹⁴Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.

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

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

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

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



CAPITOLO 7

Salute e Benessere

Introduzione

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

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

In questo contesto lo studio HBSC offre l'opportunità di monitorare alcune delle variabili più importanti e utili a descrivere questo momento definito come centrale nello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione 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 salute⁷. Studi recenti condotti nella popolazione adulta hanno dimostrato che percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita e hanno descritto una chiara relazione tra la salute percepita e quella misurata dai professionisti della sanità⁶⁻⁷. Sembra quindi che chiedere direttamente a una persona come si senta sia un modo affidabile per conoscere la sua condizione di salute. Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione⁸ con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori⁹.

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

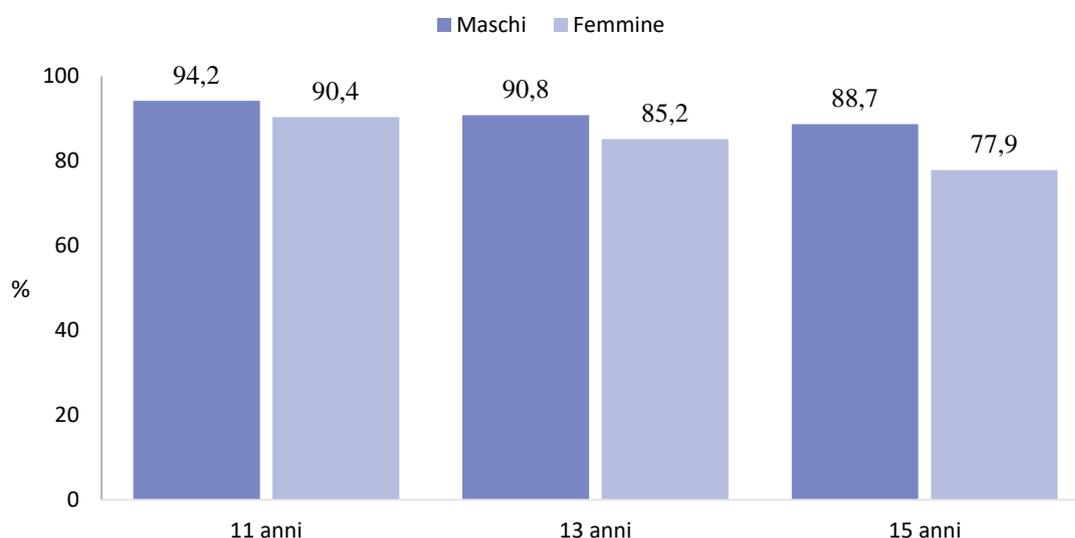
Tabella 1. “Diresti che la tua salute è..., per età” (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	34,9	30	25,3	30
Buona	57,5	58,2	58,9	58,2
Discreta	6,9	10,2	13,7	10,3
Scadente	0,7	1,6	2,1	1,5

Dai dati in tabella si evince che circa il 88,2% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore, in particolar modo per il valore “eccellente” con il 34,9% negli undicenni rispetto al 25,3% nei quindicenni.

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

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all’aumentare dell’età e risente di lievi differenze di genere che si accentuano soprattutto nei quindicenni (88,7% maschi vs. 77,9% femmine).

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

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

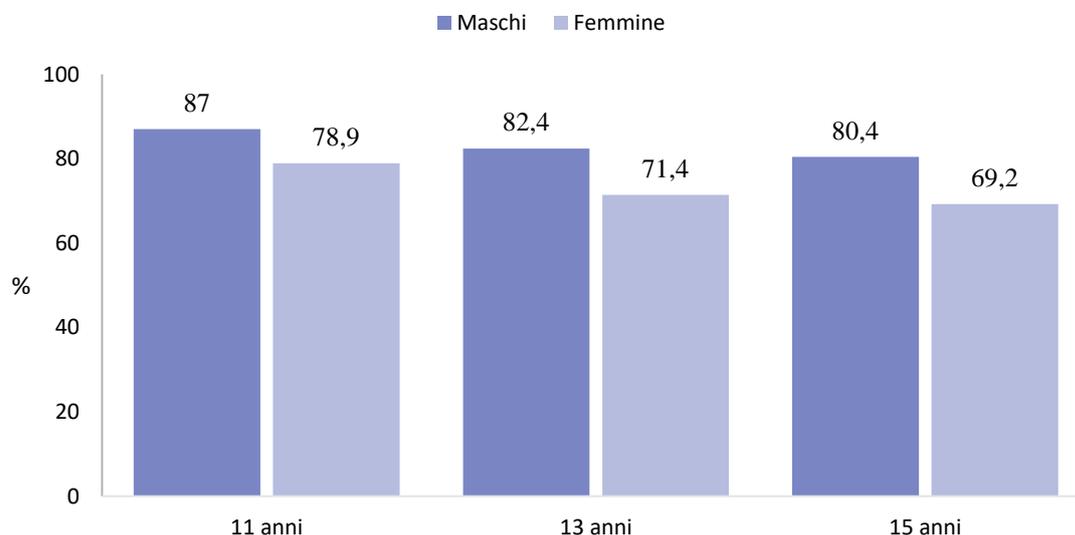
Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	16,8	22,7	24,3	21,4
≥6	83,2	77,3	75,7	78,6

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere, che decresce all’aumentare dell’età. Un giudizio più critico è stato espresso dai 15enni con il 24,3% di essi che si posiziona tra 0 e 5 sulla scala di Cantril.

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

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



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze con maggiore livello di soddisfazione di vita nei maschi rispetto alle femmine. In entrambi i sessi il livello di soddisfazione diminuisce all'aumentare dell'età.

Sintomi riportati

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

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

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

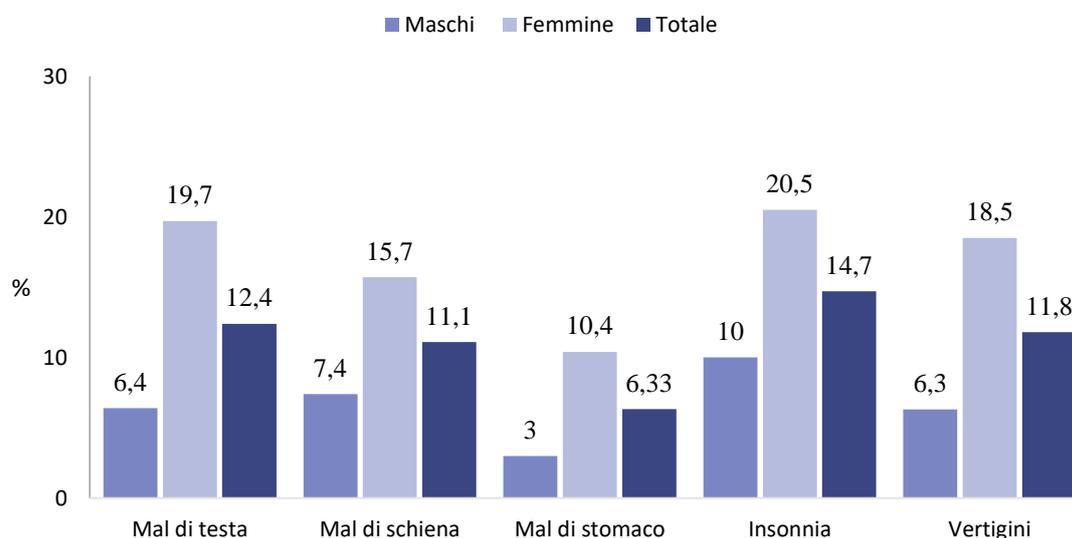
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	44,1	48,6	48,7	47,2
Più di una volta a settimana	27,7	31,4	31,6	30,3
Circa una volta a settimana	16,2	12,5	11,7	13,4
Circa una volta al mese	8,4	6,1	6	6,8
Raramente o mai	3,6	1,4	2	2,3

Le percentuali riscontrate evidenziano alcune differenze tra le varie classi di età, in particolare per la variabile “circa ogni giorno” che presenta valori più elevati (47,2%) si passa dal 44% negli undicenni al 48,7% nei quindicenni.

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

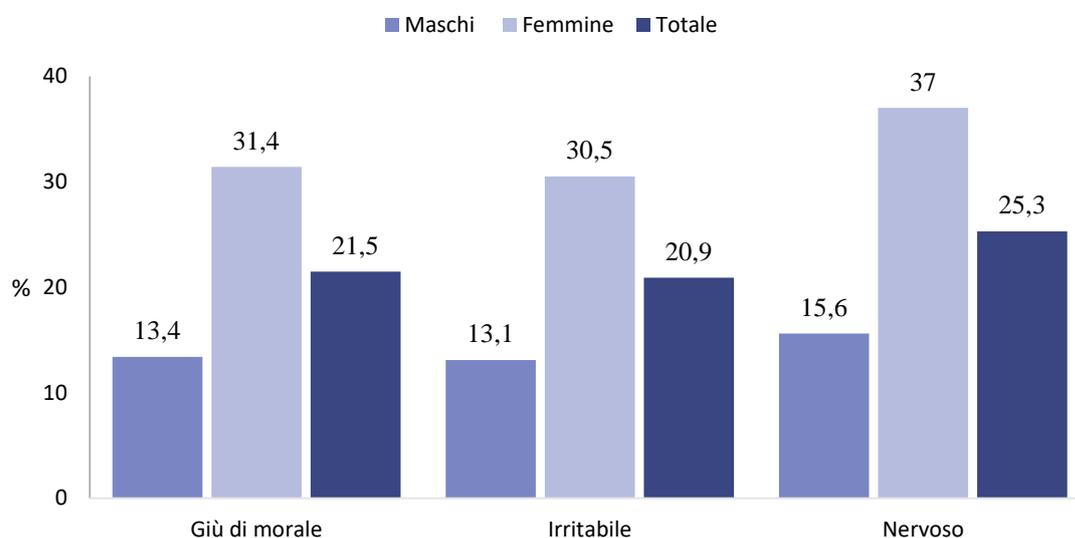
Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



Il sintomo maggiormente riferito è l’insonnia con una percentuale del 14,7%, con valori superiori nelle femmine (20,5%) rispetto ai maschi (10%). Segue il mal di testa con il 12,4%, anche qui con una maggiore percentuale di femmine (19,7%) a riferirlo rispetto ai maschi (6,4%). In generale, le femmine dichiarano di soffrire con maggiore frequenza tutti i sintomi riportati rispetto ai maschi.

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



La condizione maggiormente riferita è lo stato di nervosismo con una percentuale del 25,3%, con un valore maggiore nelle femmine (37%) rispetto ai maschi (15,6%). In generale, le femmine dichiarano di soffrire con una maggiore frequenza tutti i sintomi rispetto ai maschi.

Utilizzo di farmaci

Come si diceva nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³. Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la prima volta nel report 2010¹⁷. Nell'indagare questo comportamento viene chiesto ai ragazzi il ricorso, nell'ultimo mese (mai, una volta, più di una volta) a farmaci per alcuni specifici disturbi: mal di testa, mal di stomaco, difficoltà ad addormentarsi, nervosismo, altro, Tabella 4

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No	38,4	35,2	35,7	36,3
Sì	61,6	64,8	64,3	63,7

La maggior parte dei ragazzi (63,7%) ha assunto medicine o farmaci nell'ultimo mese con incremento con l'età.

Abitudini sessuali

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	25,3	14,1	20,7
No	74,7	85,9	79,3

Come si rileva dalla Tabella 5, il 20,7% 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	62,8	60	62
Pillola	8,1	7,4	7,9
Coito interrotto	56,2	70,4	60,2
Contracezione di emergenza	13,1	9,3	12
Giorni fertili	22,8	40	27,7
Altri metodi	3,7	0	2,6

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare il preservativo risulta essere il metodo più utilizzato (62%) con piccole differenze tra i sessi. Altro metodo contraccettivo molto utilizzato è il coito interrotto con il 60,2%, si nota che le femmine ne ricorrono in misura maggiore (70,4%) rispetto ai maschi (56,2%).

Benessere psicologico

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

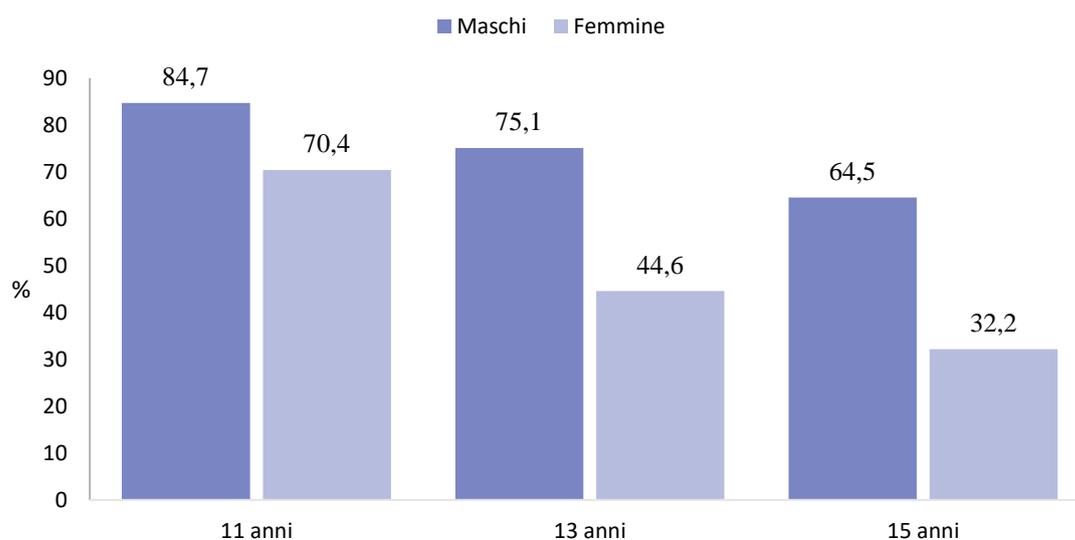
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	77,9	60,7	51	62,7
$< 12,5$	22,1	39,3	49	37,3

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. In generale, la maggior parte dei ragazzi (62,7%) presenta un punteggio elevato di benessere psicologico che diminuisce all'aumentare dell'età. Un giudizio più critico è stato espresso dai 15enni, i quali quasi la metà (49%) rientrano in un basso livello di benessere psicologico ($< 12,5$).

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 differenze, con percentuali più basse nelle femmine in particolare nei quindicenni dove la forbice tra i due valori è ancora più ampia (64,5% vs. 32,2%).

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 [in output 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	34	17,9	26,8
Raramente	32,7	23,3	28,4
A volte	23,5	37,3	29,7
La maggior parte delle volte	8,4	16,1	11,9
Sempre	1,4	5,4	3,2

Quasi 1 ragazzo su 3 (29,7%) si è “a volte” sentito solo, il 28,4% “raramente” e il 26,8% “mai”. Le femmine si sono sentite più sole (“la maggior parte delle volte”/”sempre”) rispetto ai maschi negli ultimi 12 mesi.

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	53,5	53,1	56,7	54,4
Una volta	21,9	26,2	22,6	23,7
Due volte	11,9	12	11,4	11,8
Tre volte	5,6	5,4	3,7	4,9
Quattro volte o più	7,1	3,3	5,6	5,2

In generale il 54,4% 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	24	20	19
≥ 6	76	80	81

A livelli di FAS alto corrisponde una percezione migliore di soddisfazione di vita rispetto a un livello di FAS basso (81% vs. 76%).

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
< 5	11,7	21,4
≥ 6	88,3	78,6

La rilevazione post-pandemia mostra una percezione peggiore della soddisfazione di vita (78,6%) rispetto alla rilevazione pre-pandemia (88,3%).

Conclusioni

In questo capitolo, sono state indagate le tematiche della salute, del benessere e delle abitudini sessuali degli adolescenti in Regione Campania. Quasi 9 adolescenti su 10 percepisce come eccellente e buono il proprio stato di salute; tale percezione positiva risulta maggiore nelle classi di età più basse, soprattutto nei maschi e diminuisce con l'aumentare dell'età.

La maggior parte dei ragazzi (quasi 8 su 10) ha riferito una buona percezione della soddisfazione di vita (> 6); gli undicenni in maggiore percentuale (83,2%) rispetto ai quindicenni (75,7%). Le femmine riferiscono un peggiore livello di soddisfazione di vita rispetto ai maschi. A livelli di FAS alti corrisponde una migliore percezione della soddisfazione di vita. Circa ogni giorno, il 47,2% dei ragazzi ha riferito che negli ultimi 6 mesi ha manifestato sintomi come: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini. In generale, le femmine dichiarano di soffrire con maggiore frequenza tutti i sintomi precedentemente riportati rispetto ai maschi.

Per quanto riguarda le abitudini sessuali, il 79% dei ragazzi ha dichiarato di non aver avuto rapporti sessuali; i maschi (25,3%) in maggiore percentuale rispetto alle femmine (14,1%) hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali. Il preservativo è il metodo contraccettivo più utilizzato; altro metodo contraccettivo molto utilizzato è il coito interrotto con il 60,2%, le femmine ne ricorrono con maggiore frequenza (70,4%) rispetto ai maschi (56,2%).

La maggior parte degli adolescenti (62,7%) ha riferito un buon livello di benessere psicologico, con valori maggiori negli undicenni rispetto alle altre età e nei maschi rispetto alle femmine.

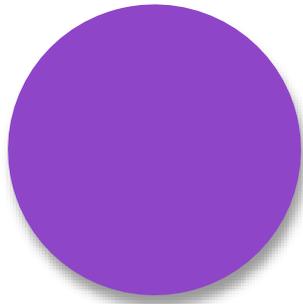
Bibliografia essenziale

¹Herzlich C. (1973). Health and illness. London: Academic Press.

²World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.

³Baum, F., Lawless, A., Williams, C. (2013). Health in All Policies from international ideas to local implementation: policies, systems and organizations. Health promotion and the policy process: practical and critical theories. Oxford: Oxford University Press.

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



CAPITOLO 8

Social media e gaming

Introduzione

Nell'ultimo decennio, l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso e importante soprattutto tra (pre)adolescenti e giovani in tutto il mondo. Infatti, per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, Internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per moltissimi motivi diversi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network¹. La letteratura scientifica sul tema dell'uso dei social media tra i più giovani indica che, quando limitato e responsabile, tale uso può avere un impatto positivo sul benessere dei ragazzi in termini di maggiore percezione di supporto sociale, connessione con i pari e impegno civico²⁻⁴. D'altra parte, studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico dei social media può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}. Similmente, anche un uso regolato dei videogiochi può avere effetti positivi sul benessere degli adolescenti, consentendo, ad esempio, di allenare alcune abilità cognitive e favorendo la cooperazione tra gruppi^{7,8}. Tuttavia, quando l'uso dei videogiochi diventa eccessivo e difficile da controllare, può comportare diverse conseguenze negative, tra cui un peggioramento dello stile di vita quotidiano e del rendimento scolastico⁹.

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

L'uso dei social media

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

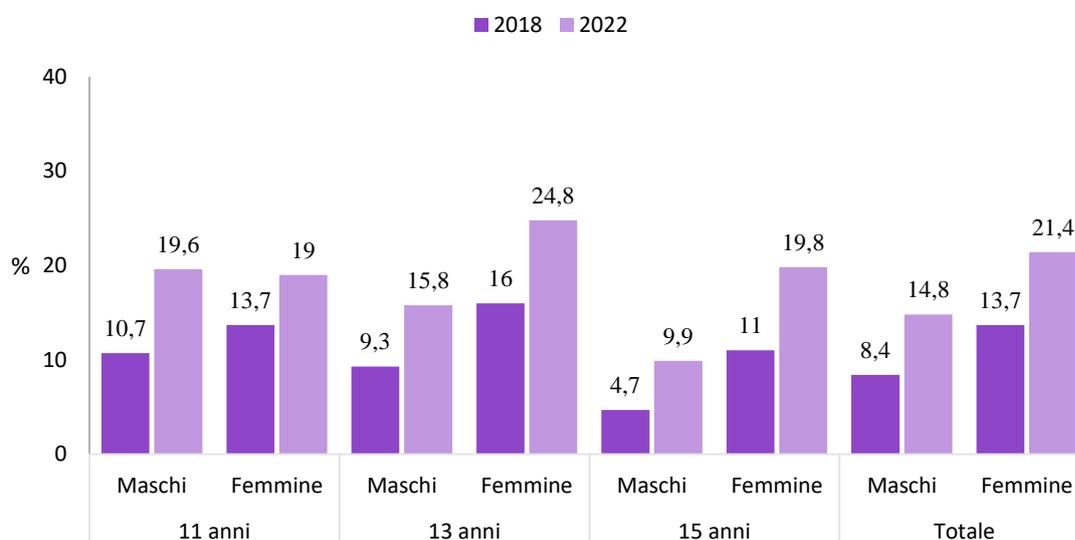
Tabella 1. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	75,3	81,1	83,3	80
Amici di un gruppo allargato	52,7	52,4	54,3	53,1
Amici conosciuti tramite internet	19,7	21,3	21,9	21
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	56,5	52,6	51,7	53,5

Dalla tabella 1 si rileva che i contatti online con gli amici stretti risultano essere più frequenti nei quindicenni che negli undicenni (83,3% vs. 75,3%). Per le altre variabili non si osservano grosse differenze tra le diverse età, eccetto per i contatti on line con genitori, fratelli/sorelle che risultano maggiori negli undicenni rispetto ai quindicenni (56,5% vs. 51,7%).

Nell'indagine HBSC sono inoltre presenti alcune domande relative all'uso problematico dei social media (introdotte per la prima volta nella somministrazione del 2018), che hanno lo scopo di evidenziare la diffusione di un fenomeno che sembra in continua crescita. La Social Media Disorder Scale¹⁰ offre una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la percentuale di 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

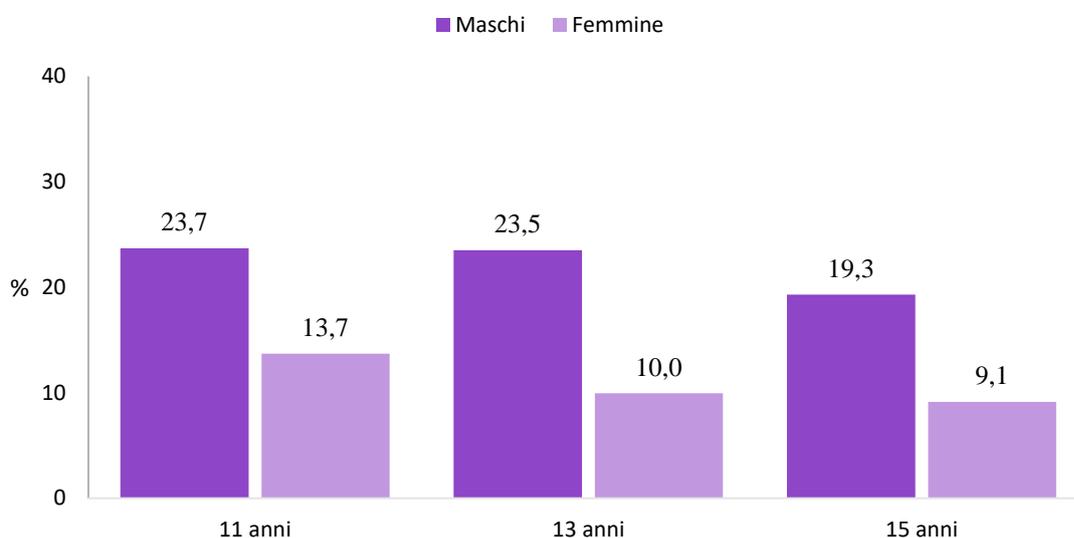


Le femmine sono quelle che in maggiore percentuale fanno un uso problematico dei social media, sia nel 2018 (13,7% vs. 8,4%) che nel 2022 (21,4% vs. 14,8%). I tredicenni sono quelli che ne fanno maggiormente uso rispetto alle altre classi d'età. Confrontando le annate, nella rilevazione 2022 si osserva un aumento della percentuale di ragazzi, per tutte le età, che fanno uso problematico dei social rispetto alla precedente rilevazione.

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 perchè, in base alla letteratura scientifica, può essere associata a maggiore problematicità, in termini di difficoltà di controllo del tempo speso a giocare ai videogiochi a discapito di altre attività extrascolastiche¹¹.

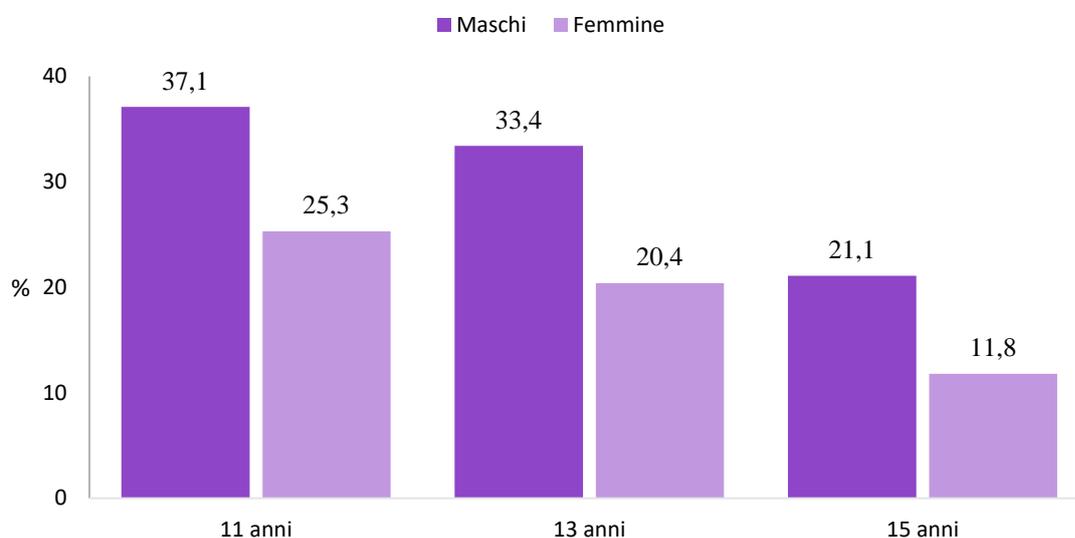
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere



Osservando la Figura 2, si nota che il 23,7% dei ragazzi maschi di 11 anni, il 23,5% dei ragazzi di 13 anni ed il 19,3% dei ragazzi di 15 anni dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa l'11,3%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno. Si nota una riduzione dei valori percentuali con l'aumentare dell'età, sia per i maschi che per le femmine.

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

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



I maschi fanno un maggiore uso problematico dei videogiochi rispetto alle femmine (30,4% vs. 20,4%). Percentuale che tende a scendere con l'età per 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 2 riportiamo la stratificazione con la scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	79,3	80,8	82
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	49,8	53,1	59,7
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	21,1	21,6	20,1
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	52	53,7	57,2
Uso problematico dei social media	19,1	17,8	16,4
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	17,1	18,5	19,5
Uso problematico dei videogiochi	26,2	26,1	31,9

Dall'analisi dei vari indicatori rapportati al livello FAS, emerge: l'uso problematico dei social media diminuisce all'aumentare della scala FAS; mentre il tempo (almeno 4 ore/die) dedicato a giocare con i videogiochi e l'uso problematico di questi, aumentano con la scala FAS.

Conclusioni

La maggior parte dei ragazzi (8 su 10) ha dichiarato di ricorrere ai social, quasi tutti i giorni o più spesso, per restare in contatto con amici stretti. Questa abitudine risulta essere più frequente nelle femmine rispetto ai maschi, con lievi differenze tra i livelli di FAS dove al livello più alto corrispondono anche maggiori contatti.

Circa 1 maschio su 3 fa un uso problematico dei videogiochi, percentuale maggiore rispetto alle femmine. La tendenza all'uso problematico è maggiore nei ragazzi che appartengono a famiglie con FAS alto.

L'uso problematico dei social e dei videogiochi è un fenomeno, rispetto al 2018, in forte aumento nella nostra Regione. Risulta pertanto, necessario implementare le attività di prevenzione e promozione della salute su tali tematiche.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

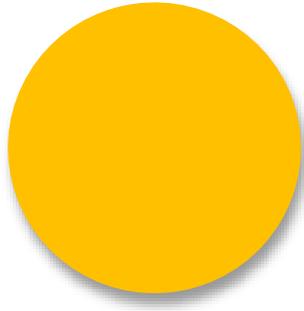
⁹Bender, P. K., Kim, E. L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports*, *7*, 553-560.

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

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

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

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



CAPITOLO 9

COVID-19

Introduzione

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

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

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

Positività al COVID-19

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

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

	Maschi	Femmine
11 anni	45,3	44,8
13 anni	41,2	39,3
15 anni	41,1	38,6
17 anni	38,8	48,3
Totale	41,5	42,7

Osservando la Tabella 1, si nota che il 45,3% dei ragazzi di 11 anni, il 41,2% dei ragazzi di 13 anni, il 41,1% dei ragazzi di 15 anni, il 38,8% dei ragazzi di 17 anni è risultato positivo al COVID-19. Nei maschi la percentuale di quelli che sono risultati positivi diminuisce all'aumentare dell'età; nelle femmine si osserva un valore più elevato a 17 anni. In generale, per tutte le fasce d'età considerate non ci sono differenze tra maschi e femmine.

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	77,9	14,1
13 anni	73,4	11,2
15 anni	73,3	14,6
17 anni	74,4	11,2
Totale	74,7	12,8

Osservando la Tabella 2, si nota che il 74,7% dei ragazzi per tutte le fasce d'età considerate ha avuto un familiare positivo al COVID-19 e il 12,8% dei ragazzi (11-17 anni) ha dichiarato che ha avuto un familiare ospedalizzato a causa della infezione.

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

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

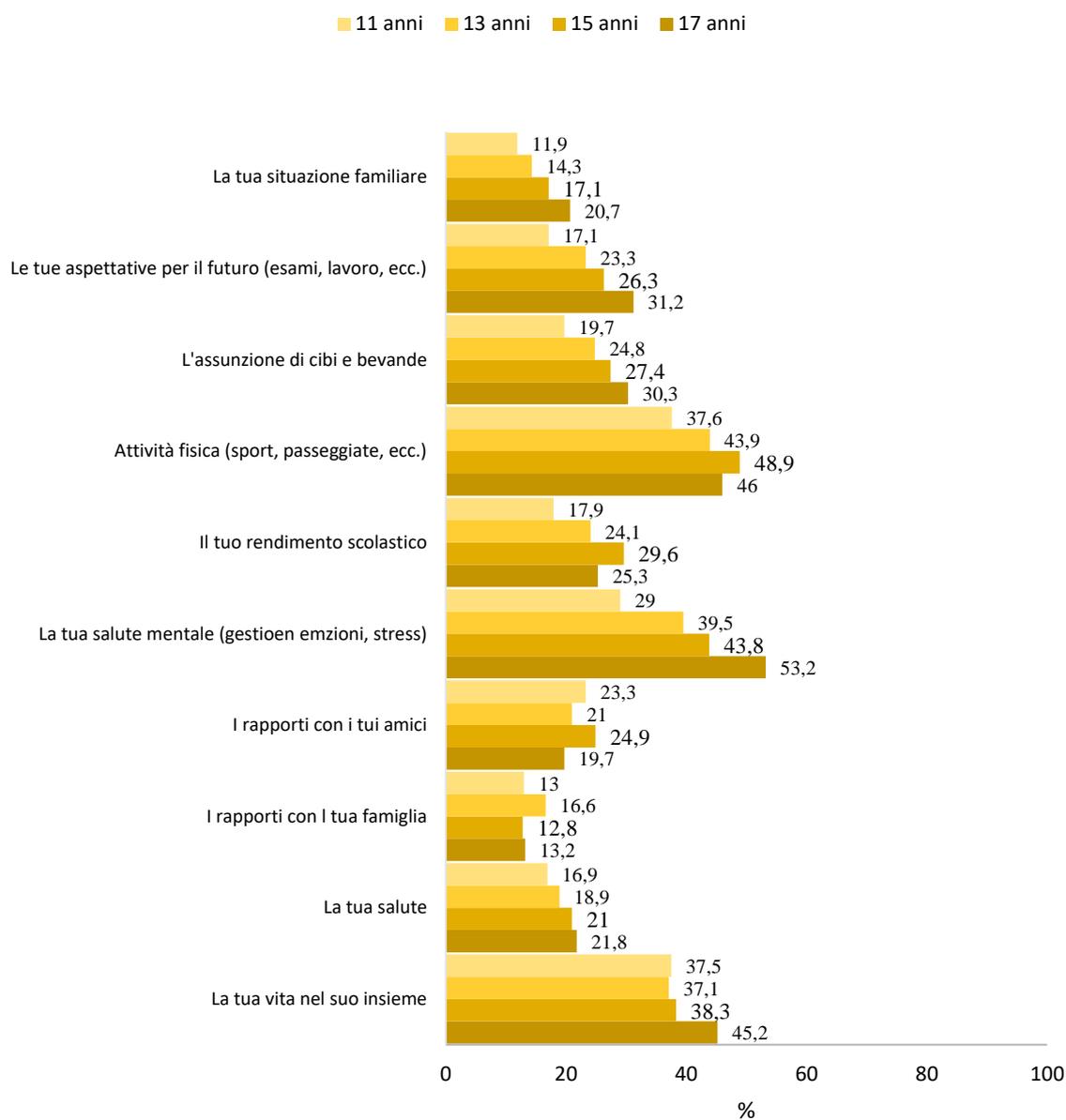
Tabella 3. "Che impatto hanno avuto le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) sui seguenti aspetti della tua vita?" per genere (%)

	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	36,3	41,3	22,4	43,4	40,9	15,7
La tua salute	18,5	41,9	39,6	21,2	43,6	35,3
I rapporti con la tua famiglia	12,7	28,2	59,1	15,5	29,6	54,9
I rapporti con i tuoi amici	20,8	29,7	49,5	23,9	30,9	45,2
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	32	34,5	33,5	53,1	27,8	19,2
Il tuo rendimento scolastico	25,2	32	42,8	23,3	34	42,7
L'assunzione di cibi e bevande	22	40,6	37,4	30,2	38,9	30,9
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	43,1	21,5	35,3	45,6	27,9	26,5
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	21,2	39,5	39,2	28,6	39	32,4
La situazione finanziaria familiare	16,4	45,6	38	15,7	47,9	36,4

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

Osservando la Tabella 3, si nota che le misure per contenere la pandemia hanno avuto un impatto negativo sulla vita nel suo insieme ed in particolar modo sulla salute mentale e l'attività fisica. Per tutti e tre gli indicatori le femmine hanno evidenziato un impatto maggiore rispetto ai maschi, soprattutto sulla salute mentale (53,1% vs. 32%). C'è da evidenziare che relativamente ai rapporti con la famiglia e con gli amici le misure per contenere la pandemia hanno dato un impatto positivo in entrambi i generi.

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



Osservando la Figura 1, si nota che i ragazzi più grandi hanno avuto un impatto molto/abbastanza negativo rispetto ai ragazzi più piccoli su quasi tutti gli indicatori riportati, in particolar modo sulle aspettative per il futuro, attività fisica, salute mentale e sulla vita nel suo insieme.

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.

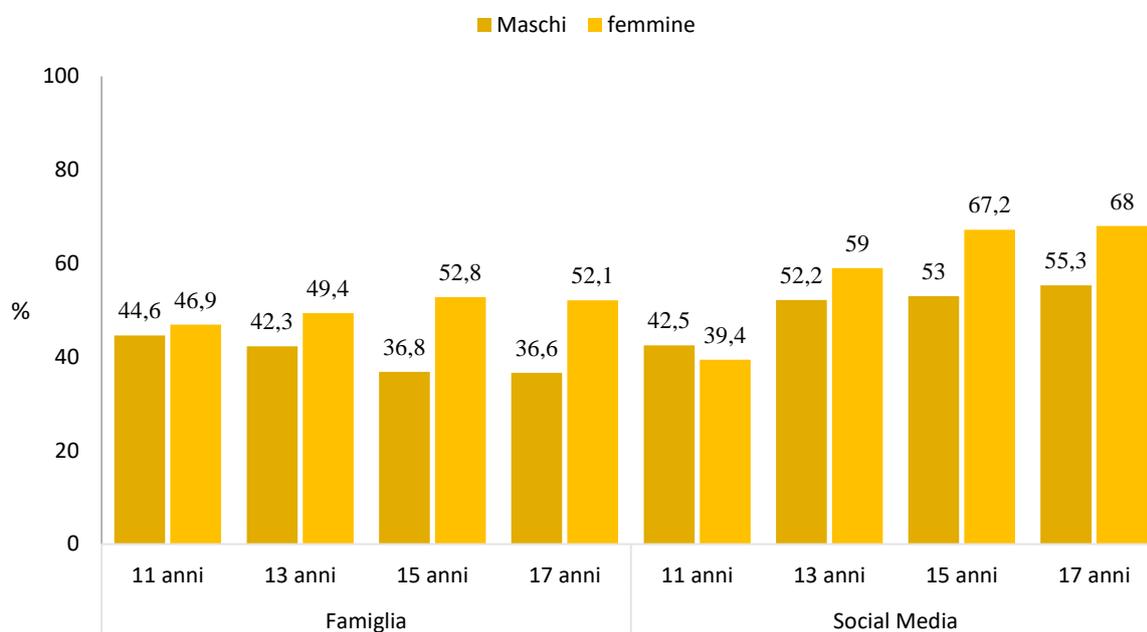
Tabella 4. "Con quale frequenza hai usato ciascuna delle seguenti fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19?" per genere (%)

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	60	40	49,8	50,2
Amici	82,2	17,8	79,4	20,6
Insegnanti e altro personale scolastico	70,4	29,6	65,2	34,8
Giornali, riviste, radio e tv	44,9	55,1	43,1	56,9
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	49	51	41,6	58,4
Autorità sanitarie nazionali	61,4	38,6	63,4	36,6
Blogger/influencer online	80,4	19,6	76,2	23,8
Altre fonti	91,1	8,9	93,1	6,9

Osservando la Tabella 4, si nota che in linea generale è maggiore la percentuale di ragazzi che mai/raramente/a volte si informava circa la pandemia rispetto a chi spesso/sempr e cercava di reperire informazioni. Tra chi tendeva spesso/sempr e a informarsi, le femmine hanno consultato maggiormente i familiari, gli amici, insegnanti, giornali e tv rispetto ai maschi.

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

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



Osservando la Figura 2, si nota/non si nota che i ragazzi più grandi rispetto ai più piccoli hanno interpellato maggiormente i social media/famiglia. Si osserva una differenza di genere, le femmine hanno interrogato di più la famiglia (50,2% vs. 39,3%) e consultato di più i social (58,4% vs. 51%) rispetto ai maschi.

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	44,5	55,5	35,3	64,7
Lavato regolarmente le mani	25,7	74,3	19,5	80,5
Indossato una mascherina protettiva	16,9	83,1	8,5	91,5
Usato un igienizzante per le mani	33,5	66,5	16,6	83,4
Evitato di toccarti il viso	65	35	56,8	43,2
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	39,3	60,7	31,7	68,3
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	36,7	63,3	27,7	72,3
Evitato assembramenti di persone	51,2	48,8	38,9	61,1
Sei rimasto a casa in generale	46,9	53,1	40	60
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	25,1	74,9	22,1	77,9

Osservando la Tabella 5, si nota che la maggior parte dei ragazzi ha rispettato le regole ed ha utilizzato tutti i dispositivi di protezione riportati con una percentuale superiore nelle femmine. Nelle Figure 3a e 3b si riporta un approfondimento per età e genere rispetto all'utilizzo/pratica "spesso/sempr" di alcune misure di protezione.

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

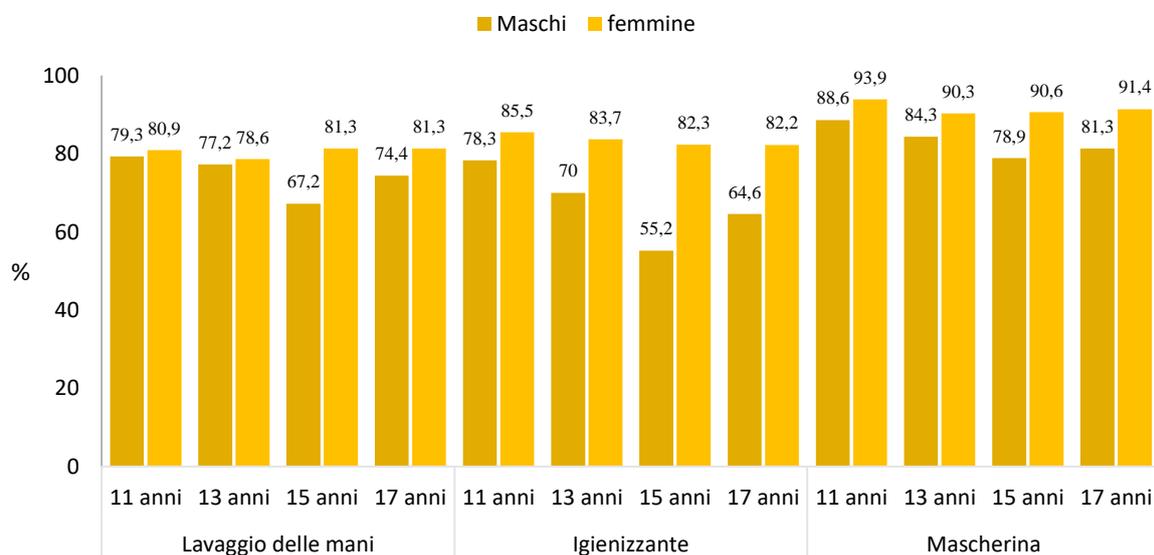
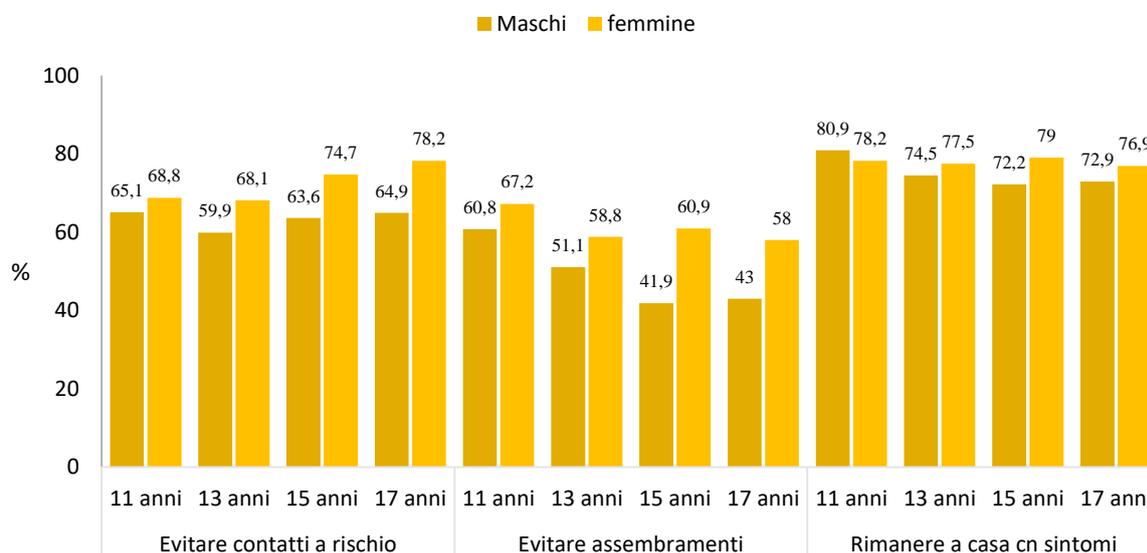


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Osservando le Figure 3a e 3b, si nota che i ragazzi più grandi rispetto ai più piccoli hanno utilizzato maggiormente alcune misure di protezione come evitare i contatti a rischio. Per le altre misure non si evidenziano grosse differenze nelle diverse fasce d'età. Le femmine utilizzano con maggiore frequenza le misure di protezione rispetto ai maschi.

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

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

Tabella 6. Consultazione "spesso/sempré" delle seguenti fonti stratificate per il FAS"

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	43,4	45,5	47,8
Amici	18,1	18,7	22
Insegnanti e altro personale scolastico	32,6	30,8	33,2
Giornali, riviste, radio e tv	53,8	57,1	58,7
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	53,8	54,2	57,9
Autorità sanitarie nazionali	36,2	38,4	40,2
Blogger/influencer online	21	21	24,3
Altre fonti	6,9	7,5	12,6

A livelli di FAS alto corrisponde un maggior grado di consultazione in generale, differenze maggiori si osservano circa le fonti: familiari, (47,8% vs. 43,4), giornali e tv (58,7% vs. 53,8%), autorità sanitarie (40,2% vs. 36,2%).

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

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

Tabella 7. Adozione "spesso/semprè" delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	58,5	61,9	58
Lavato regolarmente le mani	75,2	80	73,3
Indossato una mascherina protettiva	86,3	88,7	83,4
Usato un igienizzante per le mani	73,6	76	70,3
Evitato di toccarti il viso	38,6	38,6	39,4
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	61,6	66,4	65,5
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	67,1	68,2	67,3
Evitato assembramenti di persone	54	55,9	50,2
Sei rimasto a casa in generale	56,2	58,2	51,9
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	76	77,6	74,9

Non si evidenziano grosse differenze tra l'adozione delle misure di protezione e la stratificazione per il FAS.

Conclusioni

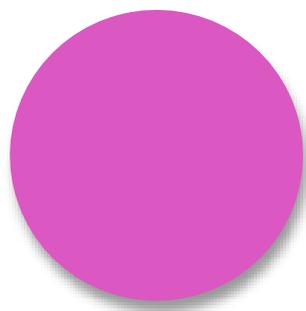
La pandemia da Covid-19 ha impattato su alcuni spetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie, in particolare sulla salute mentale, l'attività fisica e la vita nel suo insieme. Tale impatto negativo ha avuto un maggiore effetto nei più grandi (15-17 anni) rispetto ai più piccoli e più nelle femmine che nei maschi. C'è da evidenziare che relativamente ai rapporti con la famiglia e con gli amici le misure per contenere la pandemia hanno dato un impatto positivo in entrambi i generi.

In generale i ragazzi si informavano poco circa la pandemia, quando lo facevano tendevano a consultare maggiormente i familiari, giornali o riviste o tv e i social media. I ragazzi più grandi tendono a informarsi di più rispetto ai più piccoli, le femmine più dei maschi.

La maggior parte dei ragazzi ha fatto ricorso a tutte le misure di protezione raccomandate, le femmine con maggiore frequenza rispetto ai maschi con nessuna differenza tra i diversi livelli nella scala FAS.

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)	83,1
Solo madre	12,8
Solo padre	1,1
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,5
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1,5
Totale	100

L'83,1% dei ragazzi vive con i genitori, il 12,8 % con la madre e l'1,1% con il padre.

Come si evince dalla Tabella 2, più della metà del campione (56,7%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo circa 1 ragazzo su 3 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 12%.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	12
1 fratello o sorella	56,7
2 o più fratelli o sorelle	31,3
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	16,3
Facile	34,7
Difficile	25,3
Molto difficile	18,7
Non ho o non vedo mai questa persona	5
Totale	100

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

Molto facile	31,4
Facile	39,8
Difficile	20,8
Molto difficile	7,1
Non ho o non vedo mai questa persona	0,9
Totale	100

Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni più 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') (%)

Family Affluence Scale	
Basso	43,9
Medio	46,9
Alto	9,2
Totale	100

Circa 1 famiglia su 10 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (9,2%), mentre il 46,9% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 43,9% 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	34
Un giorno	5,1
Due giorni	5,7
Tre giorni	6,5
Quattro giorni	5,5
Cinque giorni	43,2

Meno della metà dei ragazzi (43,2%) dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Poco più di un ragazzo su cinque (22,8%) dichiara di fare colazione un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni. Alta (34%) rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione.

La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana è più alta (52,2% vs. 43,2%) rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola. Nel fine settimana si riduce (15,8% vs. 34%) la percentuale di ragazzi che non consumano mai la colazione.

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	53,2
La maggior parte dei giorni	37,2
Circa una volta alla settimana	7,1
Meno di una volta alla settimana	1,5
Mai	1

Il 53,2% dei diciassetenni consuma pasti tutti i giorni con la propria famiglia, il 37,2% li consuma la maggior parte dei giorni. Una piccolissima percentuale (1%) non consuma mai i pasti in 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.

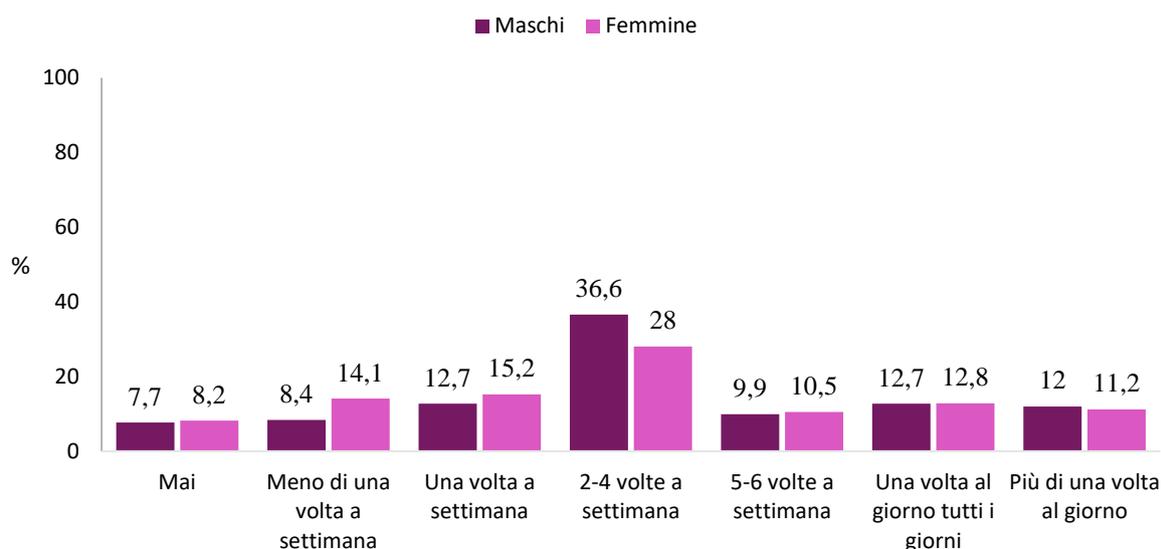
Ai ragazzi coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale.

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

Mai	7,9
Meno di una volta a settimana	11
Una volta a settimana	13,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	32,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	10,2
Una volta al giorno tutti i giorni	12,7
Più di una volta al giorno	11,6

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”. Mentre circa l’8% non consuma mai frutta durante la settimana.

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

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

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi per la categoria di consumo “2-4 volte a settimana”.

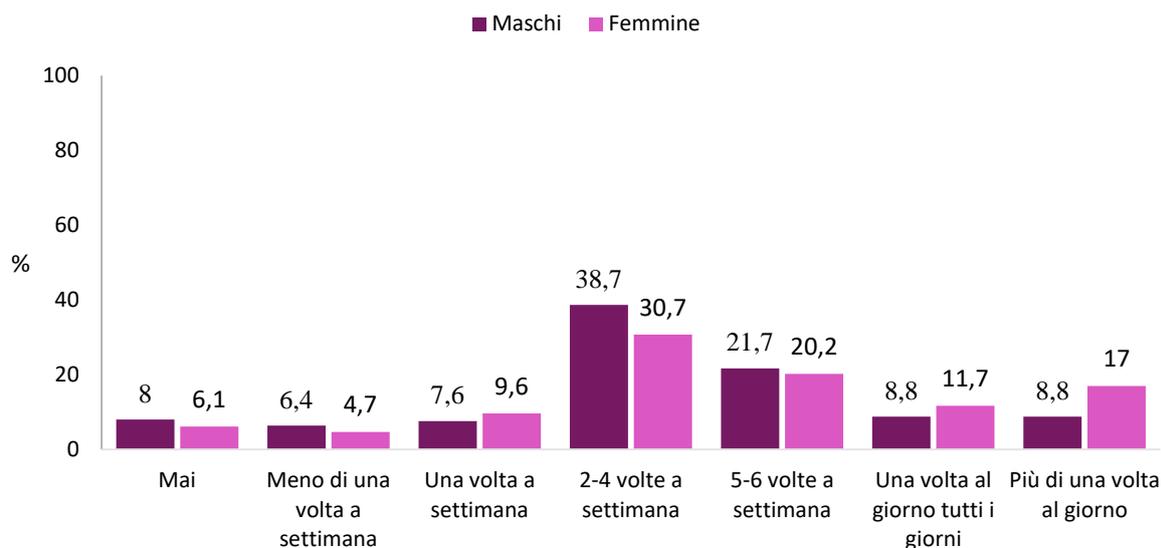
Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	7,1
Meno di una volta a settimana	5,6
Una volta a settimana	8,6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	35,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	21
Una volta al giorno tutti i giorni	10,1
Più di una volta al giorno	12,5

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana”. Solo 1 ragazzo su 10 consuma la verdura “una volta al giorno tutti i giorni” mentre il 7% non mangia “mai” verdura.

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. I maschi consumano più verdura delle femmine (38,7% vs. 30,7%) per la categoria “2-4 volte a settimana”; mentre le femmine più dei maschi (17% vs. 8,8%) consumano “più di una volta al giorno” la verdura.

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	5,9	4,7	5,4
Meno di una volta a settimana	12,5	10,5	11,6
Una volta a settimana	12,9	15,9	14,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	31,8	29,4	30,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,2	13,7	14,5
Una volta al giorno tutti i giorni	10,1	12,8	11,3
Più di una volta al giorno	11,6	13	12,2

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	15,3	17,3	16,2
Meno di una volta a settimana	17	24,9	20,6
Una volta a settimana	22,1	25,6	23,6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,6	15,5	21
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8,4	4,2	6,5
Una volta al giorno tutti i giorni	3,5	5,4	4,4
Più di una volta al giorno	8,1	7,1	7,7

Il 30% mangia dolci, caramelle o cioccolato tra 2 e 4 giorni a settimana (i maschi con maggiore frequenza rispetto alle femmine), mentre il 23,6 % beve cola o altre bevande zuccherate “una volta a settimana” (valori più alti nelle femmine).

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	5,1	4,7	4,9
Meno di una volta a settimana	5,3	6,5	5,8
Una volta a settimana	15	14	14,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	51,5	44,1	48,2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15,2	18	16,5
Una volta al giorno tutti i giorni	5,1	9,7	7,2
Più di una volta al giorno	2,8	3	2,9

Il 48,2% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 4,9% dichiara di non assumerli mai. I maschi più delle femmine (51,5% vs. 44,1%) consumano maggiormente legumi, secondo le dosi raccomandate.

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)	24,7	23,9
Verdura (almeno una volta al dì)	17,6	28,7
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	74,6	74,8
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	11,6	12,6
Snack salati (almeno una volta al dì)	13,6	20,5
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	66,5	61,9
Dolci (almeno una volta al dì)	21,7	25,8

Gli indicatori di consumo di alimenti sono sovrapponibili per genere. Si evidenzia, però, una differenza nel consumo di: verdura a favore delle femmine (28,7% vs. 17,6%) e snack salati a favore delle femmine (20,5% vs. 13,6%).

Stato nutrizionale

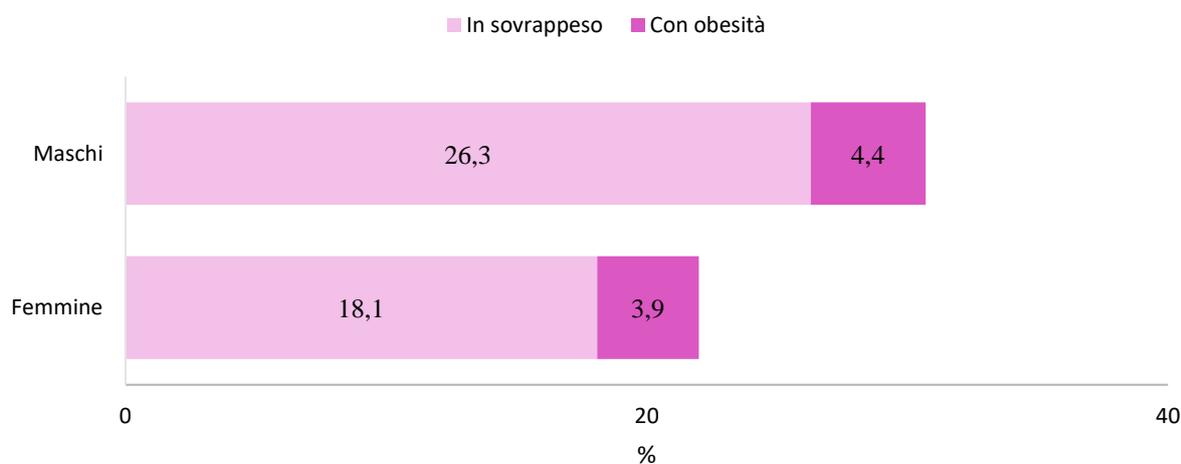
Nella Tabella 14 sono riportate le frequenze riferite allo stato ponderale dei ragazzi e delle ragazze. La Figura 3, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per genere.

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

Sottopeso	1,4
Normopeso	71,8
Sovrappeso	22,6
Obeso	4,2

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 71,8%. I ragazzi sottopeso sono l'1,4%, in sovrappeso sono il 22,6% e con obesità sono il 4,2%.

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



Per quanto riguarda le differenze di genere, si osserva una maggiore prevalenza sia di sovrappeso che di obesità nei maschi rispetto alle femmine. L'eccesso ponderale nei maschi si attesta al 30,7% mentre nelle femmine è al 22%.

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	0,5	1,3
Un po' troppo magro	10,8	5,8	8,6
Più o meno della taglia giusta	57,6	50	54,1
Un po' troppo grasso	27,3	36,8	31,6
Decisamente troppo grasso	2,2	6,9	4,4

In generale il 54,1% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” e “Un po’ troppo magro” circa il 31,6% e l’8,6% rispettivamente. Le femmine in percentuale maggiore rispetto ai maschi (36,8% vs. 27,3%) si percepiscono “un po’ troppo grasse”.

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	0,5	0,2
Normopeso	30,8	57,9	45,7
Sovrappeso	54,5	32,6	42,5
Obeso	14,7	9	11,6

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una elevata percentuale (45,7%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso, con una percentuale maggiore a favore delle ragazze (57,9% vs. 30,8%).

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	31,6	23,3	27,8
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23,3	31,3	26,9
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	16,9	8	12,9
Sì	28,2	37,4	32,4

In generale il 27,8% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 26,9% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 32,4% dei ragazzi è a dieta. Sono più le ragazze rispetto ai maschi (37,4% vs. 28,2%) che hanno dichiarato di essere a dieta a scopo di dimagrimento.

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	76,8	89,5	82,6
Una volta al giorno	20,6	8,7	15,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	1,9	1,4	1,6
Meno di una volta alla settimana	0,7	0,2	0,5
Mai	0	0,2	0,1

Più dell’80% dei 17enni si lava i denti “più di una volta al giorno” (le femmine di più dei maschi).

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	40,6	45,2	44,8
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	20,4	27	31
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	19,5	24,8	31
Consumo quotidiano di bevande gassate	15,4	9,7	9,2
Prevalenza di sovrappeso	27,4	20,6	16,3
Prevalenza di obesità	5,4	3,7	2,3

All’aumentare della scala FAS migliorano, in generale, tutti gli indicatori relative alle abitudini alimentari. A un FAS alto corrisponde una maggiore frequenza di consumo della prima colazione, di frutta, di verdura e una minore assunzione di bevande gassate. Di conseguenza al diminuire della scala FAS, aumenta la prevalenza di sovrappeso e obesità dei ragazzi.

Sport e tempo libero

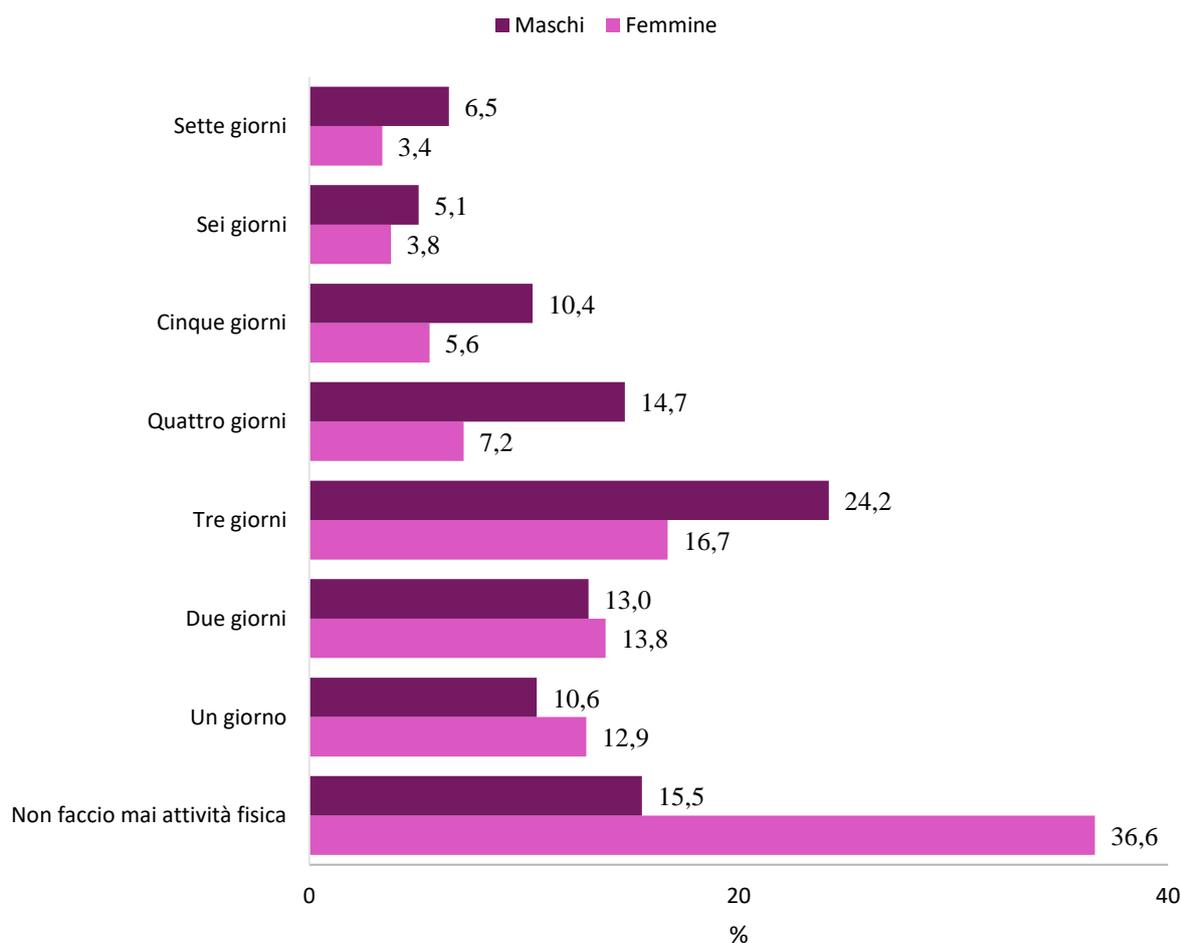
Per rilevare il tempo dedicato all’attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente 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	25,2
Un giorno	11,7
Due giorni	13,4
Tre giorni	20,8
Quattro giorni	11,3
Cinque giorni	8,1
Sei giorni	4,5
Sette giorni	5

Osservando la Tabella 20, si nota che 1 ragazzo su 4 (25,2%) non svolge mai attività fisica, mentre circa il 45,5%, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo il 9,5% 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 (%)



Il 36,6% delle femmine non svolge attività fisica contro il 15,5% dei maschi. Relativamente alla frequenza di attività fisica moderata-intensa settimanale, i maschi la praticano per più giorni rispetto alle femmine.

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	5,2	5,5
Da 4 a 6 volte a settimana	21,8	9,6	16,3
3 volte a settimana	25,6	19	22,6
2 volte a settimana	13	10,3	11,8
Una volta a settimana	11,1	10,5	10,8
Una volta al mese	5,8	8,3	6,9
Meno di una volta al mese	5,7	11,6	8,4
Mai	11,1	25,5	17,7

Osservando la Tabella 21, si nota che il 17,7% dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 34,4%, 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	10,8	32	20,5
Circa mezz'ora	12,3	13,9	13
Circa un'ora	19,3	11,2	15,6
Circa 2 ore	18,9	11	15,3
Circa 3 ore	13,1	8	10,8
Circa 4 ore	8,4	6,5	7,5
Circa 5 ore o più	17,2	17,4	17,3

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 64,4%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Si evidenziano differenze di genere, in particolare le femmine sono quelle che passano meno tempo libero a giocare con i videogiochi rispetto ai maschi (32% vs. 10,8%).

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	2,6	1,3	2
Circa mezz'ora	6,2	1,8	4,2
Circa un'ora	12,2	6,1	9,4
Circa 2 ore	21	13	17,4
Circa 3 ore	17,2	14,4	15,9
Circa 4 ore	13,5	15,3	14,3
Circa 5 ore o più	27,3	48,1	36,8

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	15,5	10,3
Circa mezz'ora	14,6	13,7	14,2
Circa un'ora	22,3	20,4	21,4
Circa 2 ore	26	20,2	23,4
Circa 3 ore	14,8	12,1	13,6
Circa 4 ore	6,6	6	6,3
Circa 5 ore o più	9,7	12,1	10,8

Il 69,3% dei diciassetenni dichiara di guardare TV/DVD in misura pari o inferiore alle 2 ore giornaliere. La maggior parte dei ragazzi (67%) hanno dichiarato di dedicare almeno 3 ore al giorno a usare il cellulare per stare sui social network, con un picco alle "circa 5 ore o più" con differenze di genere marcate a favore delle femmine (48,1% vs. 27,3%).

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)	26,5	29,9	32,2
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	41,3	44,8	50
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	38,6	32,9	32,2
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	69,1	66	63,2
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	34,2	28,5	24,1

Dalla tabella 25 si osserva un'aumento lineare tra il FAS alto e gli indicatori relativi all'attività fisica. Infatti, all'aumentare della scala FAS aumenta la frequenza di svolgimento di attività

fisica sia moderata-intensa che intensa. I livelli di FAS e lo screen time risultano essere inversamente proporzionale, cioè ad un FAS basso corrisponde un maggior tempo dedicato a giocare con i videogiochi, a usare il cellulare per stare sui social network e a guardare TV o video inclusi quelli presenti sul web.

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	12	6,3	9,4
D'accordo	31,2	27,1	29,4
Né in accordo né in disaccordo	33,3	37,4	35,2
Non d'accordo	13	17,5	15
Per niente d'accordo	10,5	11,7	11

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	10,5	7,4	9,1
D'accordo	31	23,8	27,7
Né in accordo né in disaccordo	32,7	38,6	35,4
Non d'accordo	13,2	16,1	14,5
Per niente d'accordo	12,6	14,1	13,3

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	27,3	18,1	23,1
D'accordo	43,6	39,6	41,8
Né in accordo né in disaccordo	19,8	29,3	24,1
Non d'accordo	4,1	9,9	6,7
Per niente d'accordo	5,2	3,1	4,3

Piu di 1 ragazzo su 3 (38,8%), circa l'affermazione "I miei insegnanti si interessano a me come persona", ha dichiarato di essere "d'accordo" o "molto d'accordo". Il 64,9% dei 17enni sono "d'accordo/molto d'accordo" con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono". Non si osservano grandi differenze tra maschi e femmine.

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	72,6	68,6	70,8
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	72,2	68,6	70,6
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	81,4	79,2	80,4
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	75	72,7	74

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	21	12,8	17,2
D'accordo	48,7	41	45,2
Né in accordo né in disaccordo	21,9	26,5	24
Non d'accordo	6	15	10,1
Per niente d'accordo	2,4	4,7	3,5

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	35,7	22,2	29,6
D'accordo	42,7	38,1	40,6
Né in accordo né in disaccordo	16	28	21,5
Non d'accordo	3	8,1	5,3
Per niente d'accordo	2,6	3,6	3

Il rapporto tra pari e con i compagni risulta essere buono nella maggior parte dei 17enni, in particolare nella condivisione di gioie e dispiacere con percentuali maggiori nei maschi rispetto alle femmine. La maggior parte dei compagni risulta essere gentile e disponibile e si accettano gli uni con gli altri per quello che sono.

Bullismo e Cyberbullismo

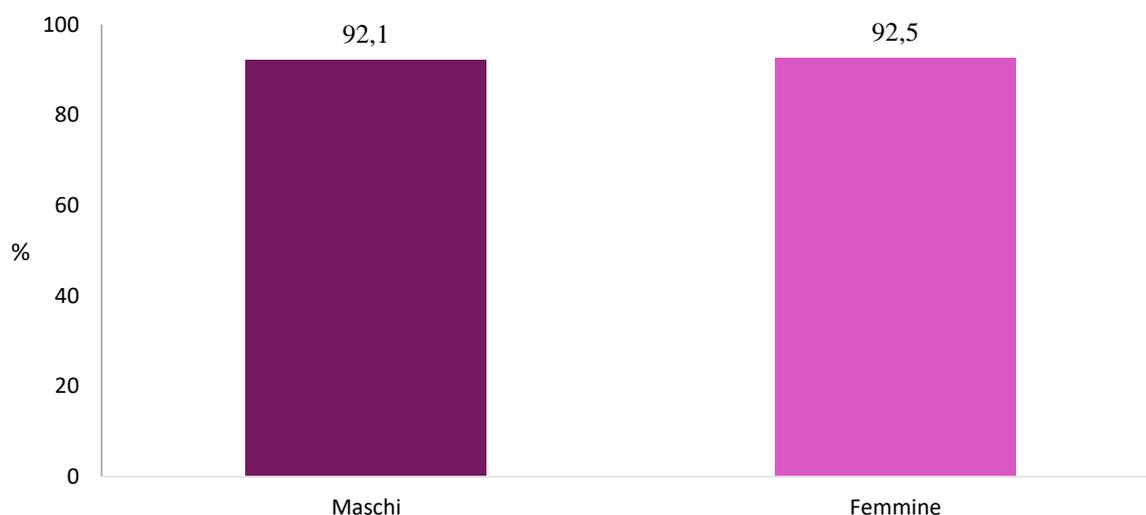
Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	92,1	92,5	92,3
Una o due volte	4,3	3,9	4,1
Due o tre volte al mese	1,5	1,6	1,6
Circa una volta alla settimana	0,8	0,9	0,8
Più volte alla settimana	1,3	1,1	1,2

La maggior parte dei ragazzi (92,3%), a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo, con nessuna differenza di genere (Figura 5).

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



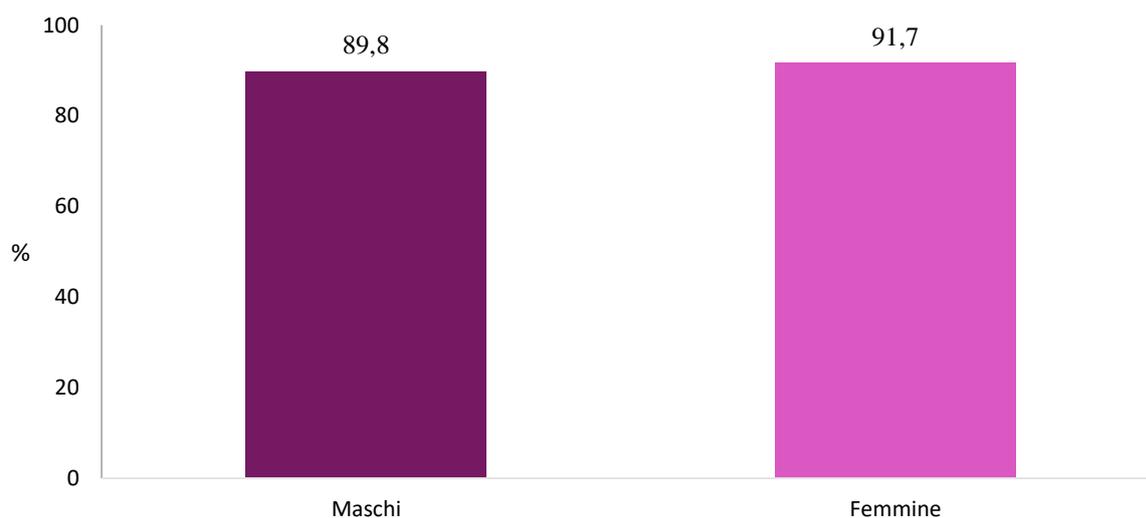
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	89,8	91,7	90,7
Una o due volte	6,2	5,6	6
Due o tre volte al mese	2,1	1,1	1,6
Circa una volta alla settimana	0,8	0,9	0,8
Più volte alla settimana	1,1	0,7	0,9

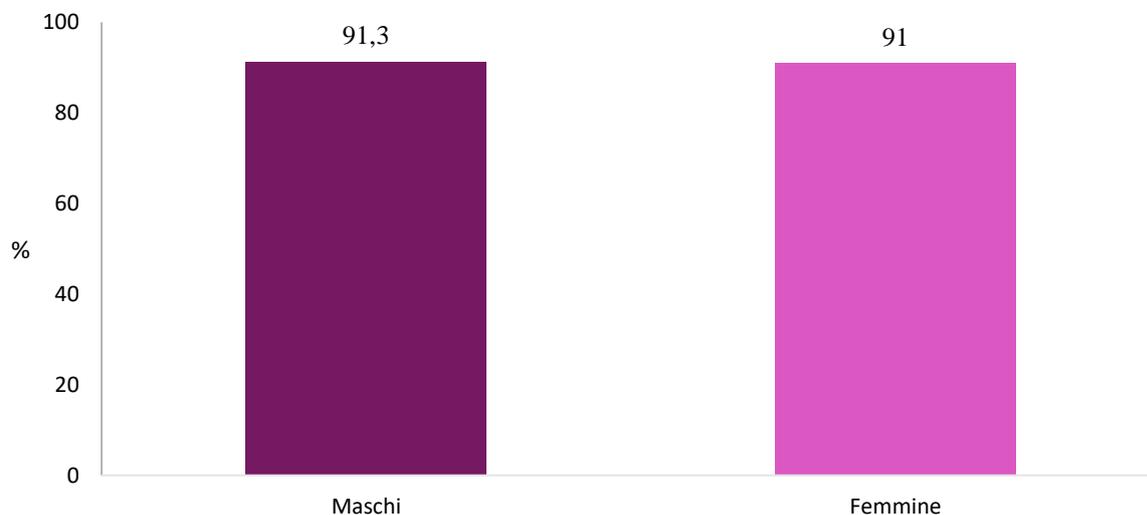
Nella Tabella 33 e nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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



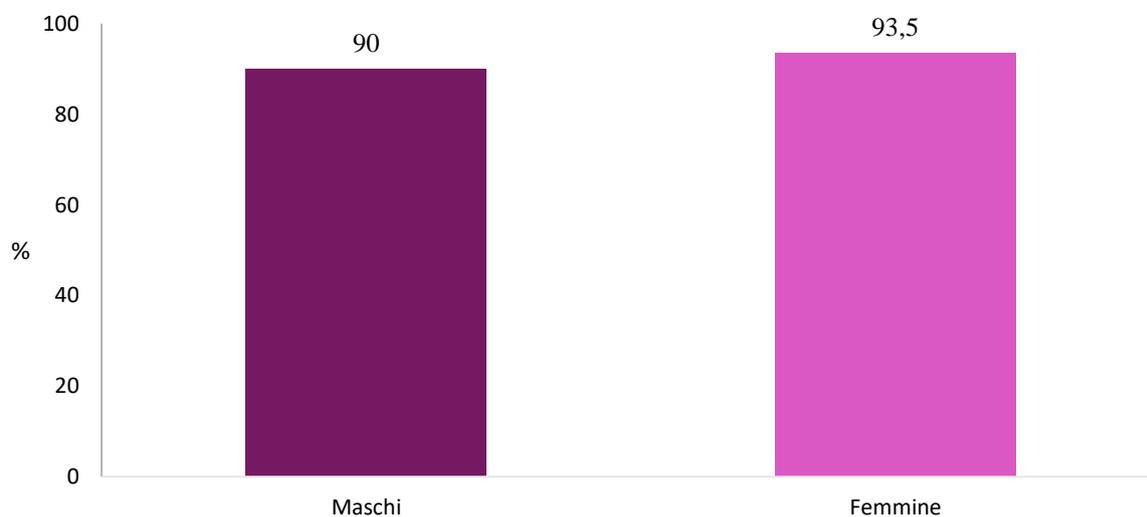
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo.

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



Nella Figura 7 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi. Non si osserva nessuna differenza tra generi.

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 negli ultimi 2 mesi. Non si osserva nessuna differenza tra generi.

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	72,3	86,1	78,6
Una volta	12,9	9,2	11,2
Due volte	8,4	1,8	5,4
Tre volte	3,2	0,9	2,1
Quattro volte o più	3,2	2	2,7

La tabella 34 mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati (78,6%) dichiarati di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente.

La Scuola

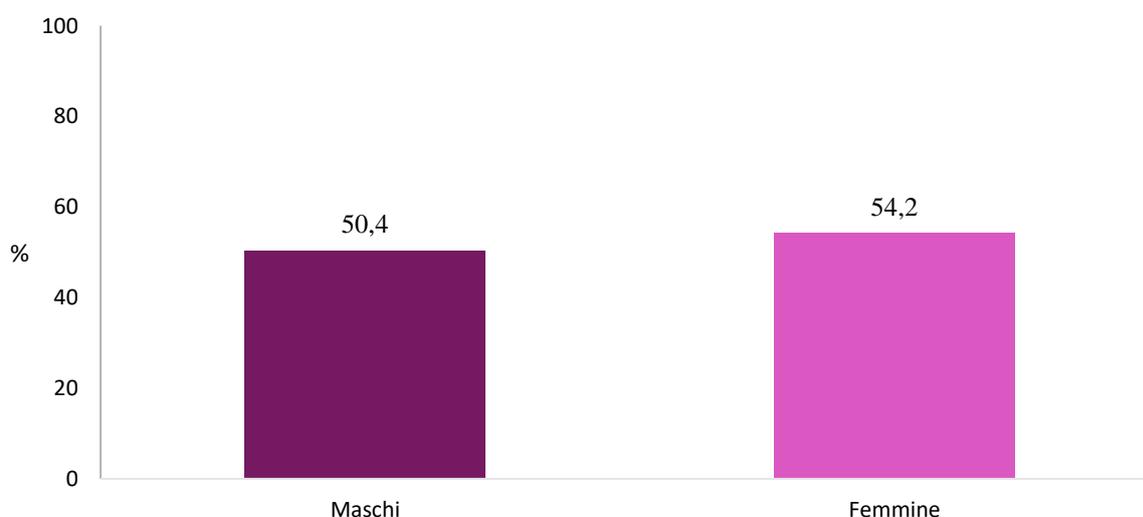
In Tabella 35 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	6,8	7,9	7,3
Abbastanza	43,6	46,4	44,9
Non tanto	36,9	32,8	35
Non mi piace per nulla	12,7	12,9	12,8

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 per circa metà dei ragazzi il rapporto con la scuola sia buono. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze.

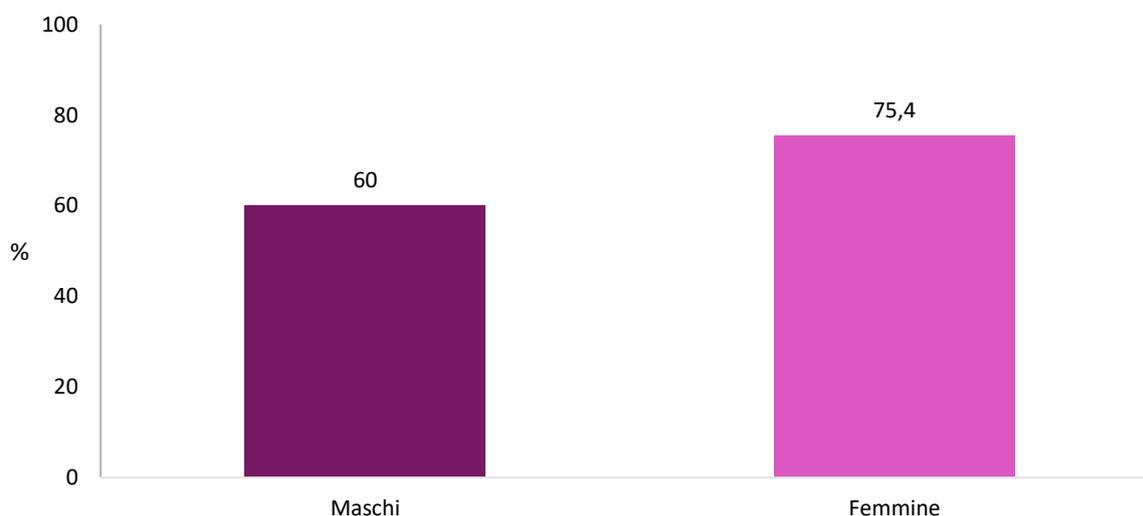
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

Per niente	5,4
Un po’	27,6
Abbastanza	36,1
Molto	30,9

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



Più del 60% dei 17enni si sente “molto” o “abbastanza” stressato dalla scuola, le femmine più dei maschi.

Conclusioni

La maggior parte (83,1%) dei ragazzi di 17 anni ha una struttura familiare costituita da padre e madre, nel 56,7% dei casi da 1 fratello o sorella e nel 31,3% da 2 o più fratelli o sorelle. Risulta più facile parlare di cose che preoccupano con la mamma rispetto al papà. Per quanto riguarda lo status socio-economico della famiglia, circa 1 famiglia su 10 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (9,2%), mentre il 46,9% è nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 43,9% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”.

In Regione Campania il 26,8% dei 17enni risulta essere in sovrappeso/obeso, dato di prevalenza superiore rispetto a quello di altre regioni e quindi rispetto al dato nazionale che si attesta al 19,3%. Per quanto riguarda le differenze di genere, si osserva una maggiore prevalenza, sia di sovrappeso che di obesità, nei maschi rispetto alle femmine. L’eccesso ponderale nei maschi si attesta al 30,7% mentre nelle femmine è al 22%. Tale situazione di eccesso ponderale nasce da scorretti stili di vita che gran parte dei 17enni campani assume: meno della metà dei ragazzi (43,2%) dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola; poco più di 1 ragazzo su 10 raggiunge le 5 porzioni raccomandate di frutta e verdura; scarsa attività fisica ed elevati

livelli di sedentarietà si deducono anche dal dato che più della metà dei ragazzi (51,1%) dedica almeno 4 ore al giorno del loro tempo libero per stare sui social network. Le scorrette abitudini alimentari, lo scarso livello di attività fisica e l'eccessiva sedentarietà si concentrano, in particolare, in quelle fasce di popolazione con un basso status socio-economico (FAS basso). Sia il rapporto con gli insegnanti che con i propri pari risulta essere mediamente buono, ciò contribuisce, probabilmente, alla bassa frequenza di atti di bullismo nella nostra Regione tra i 17enni. Infatti, la maggior parte dei ragazzi (92,3%), a prescindere dall'età, ha dichiarato di aver subito episodi di bullismo e cyberbullismo, con nessuna differenza di genere. Un elevato percentuale di ragazzi (78,6%) ha dichiarato di non essere stato coinvolto in zuffe o in colluttazioni.

Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze

Questa sezione affronta una delle tematiche maggiormente discusse in ambito di promozione della salute in pre(adolescenza): i comportamenti a rischio di dipendenza. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti trasgressivi che possono avere conseguenze sulla salute attuale e futura. Fra questi, l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Inoltre per i soli quindicenni e diciassetenni, 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	66,7	54,9	61,4
1-2 giorni	8	10,9	9,3
3-5 giorni	4,7	5,3	5
6-9 giorni	3	5,4	4,1
10-19 giorni	3,2	5,1	4,1
20-29 giorni	4,7	6,1	5,3
30 giorni o più	9,7	12,3	10,8

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	77,7	69,6	74
1-2 giorni	10,7	11,8	11,2
3-5 giorni	4,8	5,5	5,1
6-9 giorni	1,8	3	2,3
10-19 giorni	2,5	3	2,7
20-29 giorni	0,8	1,6	1,2
30 giorni o più	1,7	5,5	3,5

Si osserva che il 61,4% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato la sigaretta, mentre il 74% non ha mai fumato la sigaretta elettronica; la frequenza del fumo di sigaretta negli ultimi 30 giorni è maggiore nelle femmine che nei maschi.

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	9,6
Femmine	12,3

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	17,8	17,7	17,8
1-2 giorni	19,2	19,8	19,5
3-5 giorni	9,5	13,3	11,2
6-9 giorni	7,2	5,3	6,3
10-19 giorni	10,9	11,7	11,3
20-29 giorni	5,6	9,2	7,2
30 giorni o più	29,8	23	26,7

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	31,7	36	33,6
1-2 giorni	28,7	31	29,7
3-5 giorni	20,4	17,2	19
6-9 giorni	9,3	10,3	9,8
10-19 giorni	6,3	3	4,8
20-29 giorni	0,8	0,5	0,7
30 giorni o più	2,8	2	2,4

Nella vita, il 17,8% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; sono il 26,7% dei ragazzi che ha bevuto alcol 30 giorni o più, nessuna differenza tra genere. Negli

ultimi 30 giorni, il 33,6% dei ragazzi ha dichiarato di non aver mai consumato alcol, il 29,7% lo ha consumato per 1-2 giorni. Negli ultimi 30 giorni, il consumo è maggiore nelle donne che nei maschi.

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	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	1,6	17,8	11,9	38,9	29,8
Vino	1,7	11,9	13,2	40,9	32,3
Superalcolici	0,3	14,4	18,1	37,9	29,3
Alcolpops	1,4	8,6	11	32,5	46,5
Spritz	1	21,8	25,6	32,4	19,2
Altra bevanda alcolica	0,5	25,2	22,2	37,7	14,4

Le bevande alcoliche maggiormente consumate “ogni giorno” sono: il vino, la birra, l’Alcolpops con percentuali inferiori al 2%.

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.

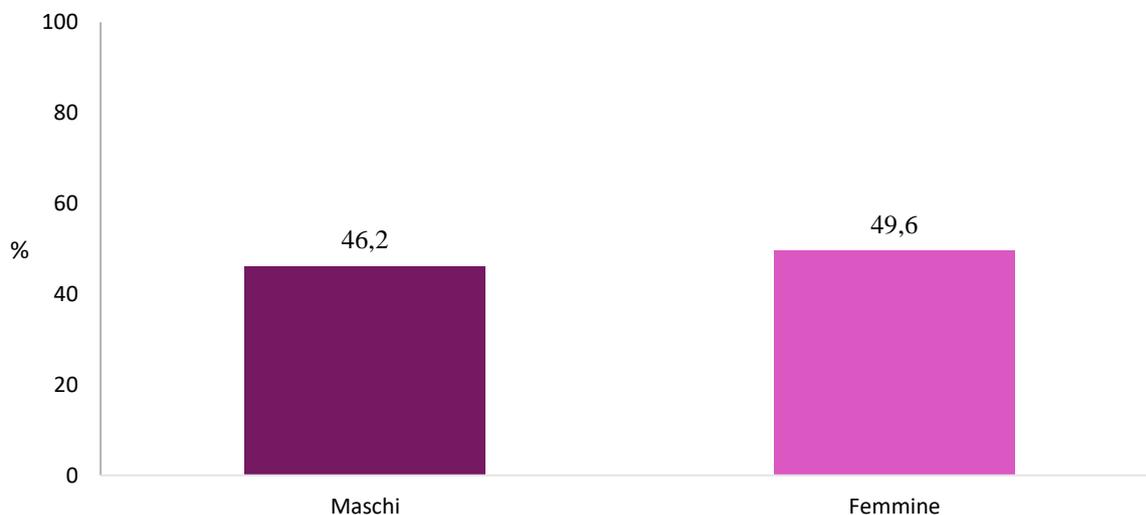
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	45,8
Sì, una volta	18,3
Sì, 2-3 volte	18,6
Sì, 4-10 volte	11,3
Più di 10 volte	6

Il fenomeno dell’ubriachezza è abbastanza diffuso, il 54,2% dei ragazzi ha avuto, almeno 1 volta nella vita, momenti di ubriachezza. Il 45,8% ha dichiarato di non essersi 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

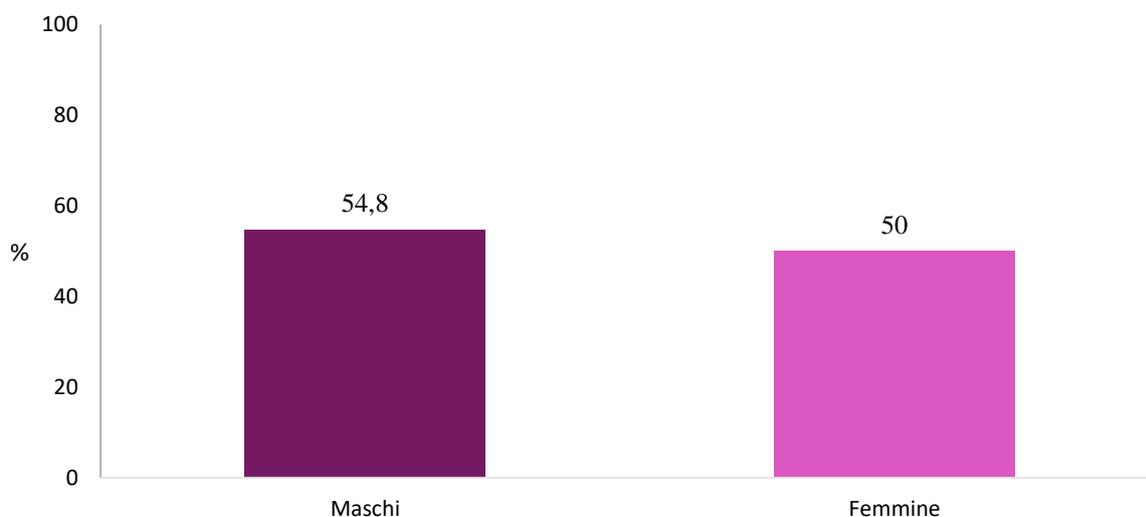


Le femmine, in percentuale superiore ai maschi, dichiarano di essere stati ubriachi due volte o più nella vita (49,6% vs 46,2%).

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

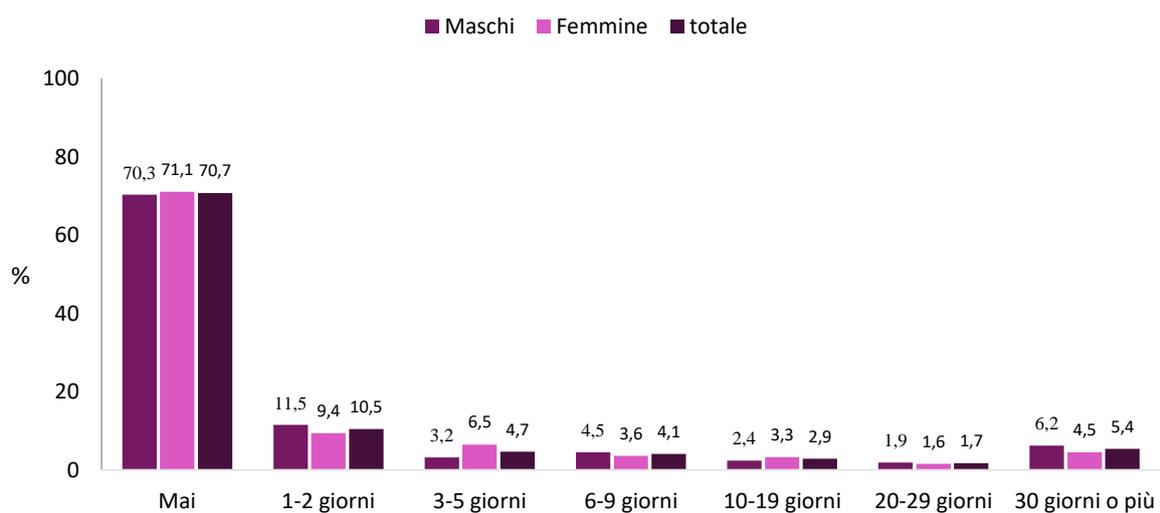


I maschi, in percentuale superiore alle femmine (54,8% vs.50%), dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol.

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

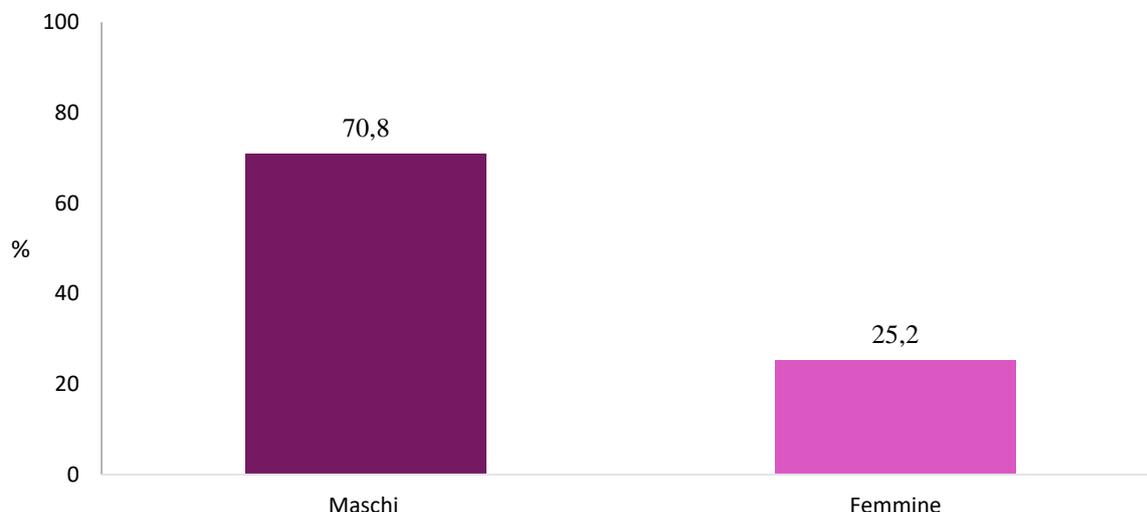


7 ragazzi su 10 non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale (5,4%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

Gioco d'azzardo

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

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



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (70,8%) rispetto alle femmine (25,2%).

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 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	37,4	38,2	43,7
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	26,3	26	23,3
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	61,9	69,7	73,5
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	25,5	32,4	39,1
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	48,7	54,2	60,9
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	24,9	31,4	40,2
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	48	51,7	50,6

Quasi tutti gli indicatori aumentano all'aumentare della scala FAS. Ad es. il fumo di sigaretta passa dal 37,4% relativo a FAS basso al 43,7% FAS alto; il consumo di alcol aumenta dal 61,9% FAS basso al 73,5% FAS alto; i fenomeni ubriachezza passano dal 25,5% al 39,1%.

Al contrario, il fumo di sigaretta elettronica aumenta al diminuire della scala FAS: passando dal 23,3% FAS alto al 26,3% FAS basso.

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	29,2	12,5	21,6
Buona	58,2	61,8	59,9
Discreta	10,5	21,9	15,7
Scadente	2,1	3,8	2,8

Dai dati in tabella si evince che circa il 81,5% 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	23	32,5	27,3
≥6	77	67,5	72,7

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze con livelli di soddisfazione di vita percepito più bassi 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	32,6	62,1	46
Più di una volta a settimana	35,8	29	32,7
Circa una volta a settimana	19,3	7,1	13,7
Circa una volta al mese	10,1	1,8	6,3
Raramente o mai	2,2	0	1,3

Le percentuali riscontrate evidenziano che quasi la metà dei ragazzi (46%) ha dichiarato di aver avuto sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali circa ogni giorno negli ultimi

sei mesi. Notevole la differenza di genere a favore delle femmine (62,1%) rispetto ai maschi (32,6%).

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	38,6	23,6	31,8
Sì	61,4	76,4	76,4

Il 76,4% dei 17enni, nell'ultimo mese, ha preso medicine o farmaci; le femmine di più dei maschi.

Abitudini sessuali

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	54,9	60,3	57,4
Sì	45,1	39,7	42,6

Come si rileva dalla Tabella 49 il 42,6% dei diciassetenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine.

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	66,9	57,7	63
Pillola	4,7	5,8	5,1
Coito interrotto	59,3	69,9	63,8
Contraccezione di emergenza	4,2	10,3	6,8
Giorni fertili	21,5	27,3	24
Altri metodi	0,4	1,7	1

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare i maschi hanno dichiarato di fare un maggior uso del preservativo (66,9% vs. 57,7%); mentre le femmine ricorrono maggiormente al coito interrotto (69,9% vs. 59,3%).

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 ≥ 12.5 , basso livello se punteggio < 12.5), per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
< 12.5	37,1	64,9	49,8
≥ 12.5	62,9	35,1	50,2

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Un giudizio più critico è stato espresso dalle ragazze (64,9% vs. 37,1%).

Solitudine percepita

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	24,2	10,1	17,8
Raramente	33,5	26,7	30,4
A volte	30,5	38,9	34,3
La maggior parte delle volte	9,4	20,9	14,6
Sempre	2,4	3,4	2,9

Negli ultimi 12 mesi, il 34,3% dei ragazzi “a volte” si è sentito/a solo/a (percentuale maggiore nelle femmine 38,9% vs. 30,5%), mentre il 30% dei 17enni raramente si è sentito/a solo/a.

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	56,8	61,8	59,1
Una volta	23,5	20,4	22,1
Due volte	11,6	10,8	11,2
Tre volte	4,9	3,8	4,4
Quattro volte o più	3,2	3,2	3,2

In generale il 59,1% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche. Le femmine hanno riportato una maggiore frequenza di infortuni negli ultimi dodici mesi rispetto ai maschi.

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. HBSG 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	30	27,2	17,2
≥ 6	70	72,8	82,8

Conclusioni

In questo report sono stati analizzati i comportamenti a rischio dipendenze nei 17enni, ciò che emerge è che la maggior parte di essi, il 61,4% e il 74%, rispettivamente non ha mai fumato sigarette/sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30, (i maschi mostrano una più bassa frequenza al fumo rispetto alle femmine). La frequenza del fumo sigaretta aumenta all'aumentare dello status socio-economico della famiglia, mentre diminuisce nel caso della sigaretta elettronica.

Dall'analisi sul consumo di alcol tra i 17enni emerge un quadro più preoccupante, in quanto solo il 17,8% ha dichiarato di non averne mai bevuto nella vita, con nessuna differenza tra genere. Le bevande alcolpops sono quelle maggiormente consumate, seguite dal vino, birra e superalcolici. Ad uno status socio-economico elevato (FAS alto) corrisponde un maggior consumo di alcol, più frequenti episodi di ubriachezza e di binge drinking.

La frequenza di fumo di cannabis risulta essere basso nei 17enni campani, con il 70,7% che ha dichiarato di non averne mai fatto uso. La frequenza di fumo di cannabis aumenta all'aumentare dello status socio-economico.

Giocare d'azzardo è un comportamento più frequente nei maschi rispetto alle femmine, ricorrono maggiormente i ragazzi che provengono da famiglie socio-economicamente più avvantaggiate.

Per quanto riguarda le abitudini sessuali, il 42,6% dei 17enni ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi, le femmine in percentuale maggiore rispetto ai maschi. Si osserva tra i nostri ragazzi uno scarso utilizzo dei metodi contraccettivi e di protezione. Infatti il coito interrotto, con il 63,8% è il metodo più utilizzato, seguito dal preservativo (63%).

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 (%)

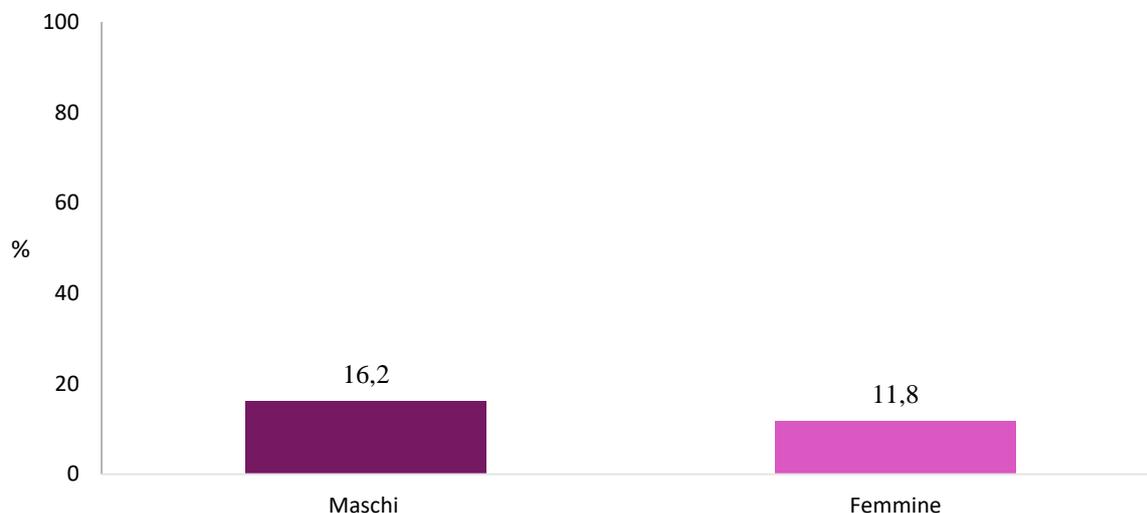
	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	86,9	88,5	87,6
Amici di un gruppo allargato	57	49,1	53,4
Amici conosciuti tramite internet	25,5	12,7	19,7
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,5	59,4	53,4

I contatti online risultano essere abbastanza frequenti nei 17enni, in particolare con gli amici stretti e i familiari. In generale le femmine hanno contatti più frequenti dei maschi con gli amici stretti e i familiari.

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.

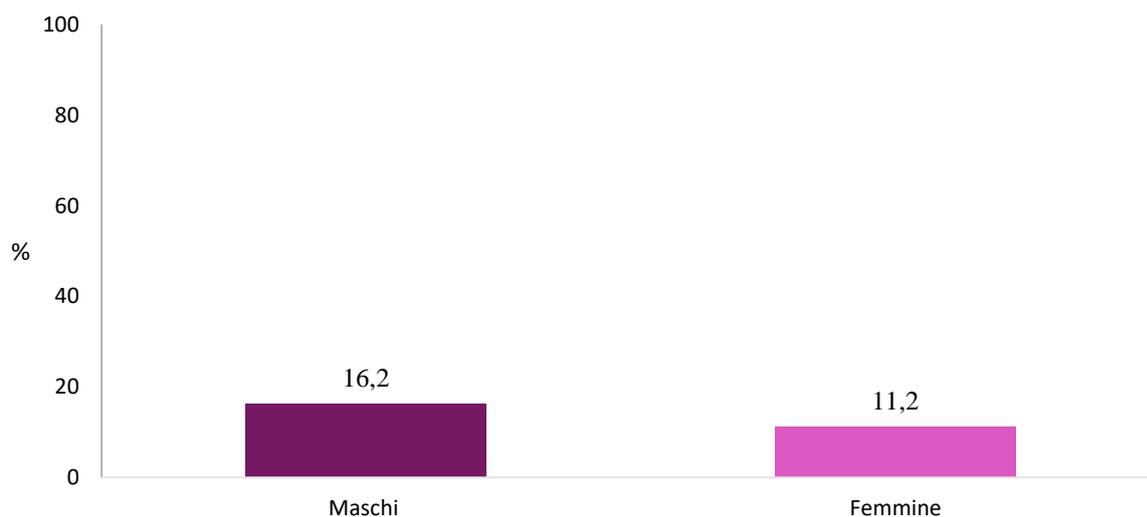
Figura 15. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere



Osservando la Figura 15, si nota che il 16,2% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa l'11,8%, 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	86,5	89,2	87,4
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	52,2	55,5	51,7
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	21,5	19,2	14,9
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,3	57,4	56,3
Uso problematico dei social media	10,5	10,6	8,5
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	15,7	14	15,1
Uso problematico dei videogiochi	13,4	14,7	15,4

Conclusioni

I social media sono diventati una parte importante della vita di tutti noi e in generale per i ragazzi. Gli amici stretti e familiari rappresentano una fonte continua di contatti online finalizzato a mantenere le connessioni sociali.

Il 16,2% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa l'11,8%, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno 4 ore in un giorno.

Questi comportamenti sono indipendenti dallo status socio-economico della famiglia.

