

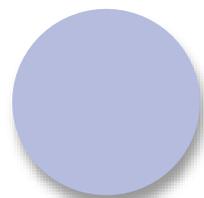
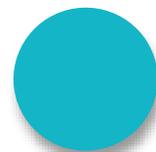
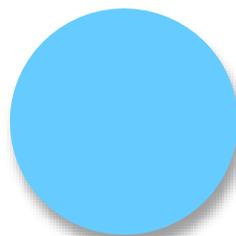
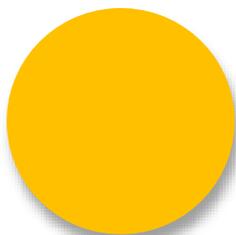
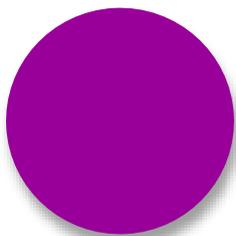
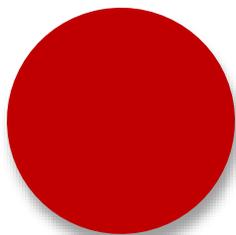
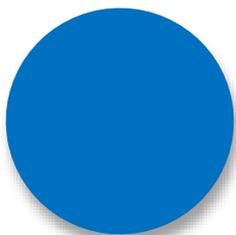
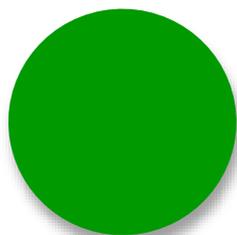


REGIONE
LAZIO

HBSC 2022

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

Regione
Lazio





Sommario

PREFAZIONE	1
PREMESSA	2
RINGRAZIAMENTI	4
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC Italia 2022 e il campione regionale	8
Introduzione	9
Metodologia	9
Popolazione in studio	9
Modalità di campionamento	9
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi.....	9
Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy.....	10
Descrizione del campione regionale.....	10
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	13
La famiglia	14
Introduzione	14
La struttura familiare.....	14
La qualità delle relazioni con i genitori	15
Lo status socio-economico familiare	17
Per un confronto nel tempo.....	18
Conclusioni	18
Bibliografia essenziale	19
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	20
Introduzione	21
Frequenza e regolarità dei pasti.....	21
Consumo di frutta e verdura.....	22
Consumo di dolci e bevande gassate.....	24
Stato nutrizionale.....	26
Insoddisfazione corporea	27
Igiene orale.....	29
Il FAS e le abitudini alimentari	29
Per un confronto nel tempo.....	30
Conclusioni	30
Bibliografia essenziale	31
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	33
Introduzione	34
L'attività fisica.....	34
Comportamenti sedentari	36
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	36
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	38
Per un confronto nel tempo.....	39
Conclusioni	39
Bibliografia essenziale	40
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	41
Introduzione	42
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere.....	42
Rapporto con gli insegnanti	45

Rapporto tra pari e con i compagni di classe	47
Bullismo e cyberbullismo.....	49
La scuola	53
Per un confronto nel tempo	55
Conclusioni.....	56
Bibliografia essenziale.....	57
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	58
Introduzione.....	59
Uso di sostanze.....	59
Fumo	59
Alcol.....	61
Cannabis.....	64
Gioco d'azzardo	64
Il FAS e i comportamenti di dipendenza.....	65
Per un confronto nel tempo	66
Conclusioni.....	66
Bibliografia essenziale.....	66
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	68
Introduzione.....	69
Salute percepita	70
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	71
Sintomi riportati.....	72
Utilizzo di farmaci.....	74
Abitudini sessuali	74
Benessere psicologico	75
Solitudine percepita	76
Il FAS e la soddisfazione di vita	77
Per un confronto nel tempo	78
Bibliografia essenziale.....	78
CAPITOLO 8 Social media e gaming	80
Introduzione.....	81
L'uso dei social media.....	81
L'uso dei videogiochi	82
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	84
Conclusioni.....	85
Bibliografia essenziale.....	85
CAPITOLO 9 COVID-19	86
Introduzione.....	87
Positività al COVID-19.....	87
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie.....	88
Fonti di informazione sul COVID-19	90
Misure di protezione	91
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS.....	94
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS	94
Conclusioni.....	95
CAPITOLO 10 17 enni	96
Lo stato di salute dei 17enni	97
La famiglia	97
La Struttura Familiare.....	97
La qualità delle relazioni con i genitori.....	97

Lo status socio-economico familiare.....	98
Abitudini alimentari e stato nutrizionale.....	98
Frequenza e regolarità dei pasti.....	99
Consumo di frutta e verdura.....	99
Consumo di dolci e bevande gassate.....	101
Consumo di legumi.....	102
Stato nutrizionale.....	103
Insoddisfazione corporea.....	104
Igiene orale.....	104
Il FAS e le abitudini alimentari.....	105
Sport e tempo libero.....	105
Comportamenti sedentari.....	107
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà.....	108
Rapporto con gli insegnanti.....	109
Rapporto tra pari e con i compagni di classe.....	109
Bullismo e Cyberbullismo.....	110
La Scuola.....	113
Conclusioni.....	115
Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze.....	116
Alcol.....	117
Cannabis.....	120
Gioco d'azzardo.....	120
Il FAS e i comportamenti di dipendenza.....	121
Salute e benessere.....	122
Salute percepita.....	122
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito).....	122
Sintomi riportati.....	122
Utilizzo di farmaci.....	123
Abitudini sessuali.....	123
Benessere Psicologico.....	124
Solitudine percepita.....	124
Infortuni.....	124
Il FAS e la soddisfazione di vita.....	125
Conclusioni.....	125
Social Media.....	125
L'uso dei social media.....	125
L'uso dei videogiochi.....	126
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi.....	127
Conclusioni.....	127



GRUPPO DI RICERCA HBSC ITALIA 2022

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

Università degli Studi di Torino

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

Università degli Studi di Padova

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

Università degli Studi di Siena

Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione e del Merito

Alessandro Vienna

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



GRUPPO DI RICERCA REGIONALE HBSC 2022

REGIONE LAZIO

Referenti Regionali: Giulia Cairella, Maria Teresa Pancallo, Lilia Biscaglia, Alessandra Barca;

Ufficio Scolastico Regionale: Paola Mirti, Milena Pomponi;

Referenti Aziendali e Operatori Sanitari:

ASL ROMA 1: Maria Teresa Pancallo, Lorenza Lia, Isabella Settele, Sara Colonnelli, Bruna Garbuio, Valter Giancotta;

ASL ROMA 2: Giulia Cairella, Giorgia D'Adamo, Francesca Caretta, Lucilla Colasurdo, Emanuela Cuccù, Anna Stella Mattered, Cristina Meleleo, Isabel Jemina Pincay Herrera, Grazia Pia Prencipe, Valeria Ramundo, Cristina Sestili, Emanuela Viggiano;

ASL ROMA 3: Maria Novella Giorgi, Alessandro Santoro Passarelli Vaccaro;

ASL ROMA 4: Valeria Covacci;

ASL ROMA 5: Marco Pascali, Anna Maria Longo, Laura Petrone, Vito Ruscio;

ASL ROMA 6: Angela De Carolis;

ASL FROSINONE: Enrico Straccamore, Vincenzo Pizzuti;

ASL LATINA: Vincenza Galante, Silvia Iacovacci;

ASL RIETI: Felicetta Camilli, Angela Battaglieri;

ASL VITERBO: Angelita Brustolin, Francesco Di Cesare, Federica Mascagna.

Responsabilità editoriali

Il Gruppo di coordinamento nazionale HBSC e il gruppo di coordinamento scientifico del progetto sono responsabili di tutte le parti comuni dei report regionali, incluse le introduzioni ai vari capitoli, se non modificate dai responsabili regionali, dei dati contenuti nelle tabelle e dei grafici allegati.

I gruppi regionali sono responsabili di tutte le parti scritte a commento dei dati a loro forniti e delle parti introduttive, se modificate rispetto a quanto fornito dal gruppo nazionale.

Per la Regione Lazio il Coordinamento Editoriale è a cura di Giulia Cairella, Lilia Biscaglia e Maria Teresa Pancallo; le parti elaborate a commento dei dati sono a cura di: Giulia Cairella, Francesca Caretta e Anna Stella Mattered per i capitoli 1, 2, 3 e 4; Marco Pascali e Vito Ruscio per i capitoli 5 e 9; Maria Teresa Pancallo e Isabella Settele per i capitoli 6, 7 e 8; Maria Teresa Pancallo e Sara Colonnelli per il capitolo 10.



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

Il presente rapporto illustra i risultati regionali relativi all'indagine 2022 dello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) effettuato nell'ambito dell'accordo tra il Ministero dell'Istruzione e del Merito ed il Ministero della Salute.

Nel Lazio, lo studio HBSC è stato realizzato grazie alla collaborazione tra la Regione Lazio e l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio. Determinante è stato il contributo dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL degli Uffici Scolastici Provinciali e delle scuole che hanno aderito all'indagine.

Per la prima volta, lo studio ha previsto l'inclusione della fascia d'età dei 17enni, oltre ai ragazzi di 11, 13 e 15 anni con un campione rappresentativo di oltre 5.000 ragazzi coinvolti. La raccolta dati è avvenuta in 155 scuole e 121 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 134 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 255 classi a partire dal mese di febbraio 2022 e si è conclusa nel mese di giugno 2022.

Nell'indagine 2022 è stata inclusa una sezione sull'impatto che la pandemia di COVID-19 ha avuto su vari aspetti della vita dei ragazzi e delle ragazze, quali sono state le loro principali fonti di informazione relative al COVID-19 e le misure di protezione adottate dai giovani.

L'indagine 2022 evidenzia che gli adolescenti del Lazio hanno una percezione discreta della propria qualità di vita e del loro benessere psicologico, anche se questa sensazione ha subito un decremento negli anni ed è maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze. Per quanto riguarda gli stili di vita, la maggior parte dei ragazzi intervistati dichiara di non aver mai fumato (87,6%), anche se il 13% circa dei quindicenni fuma frequentemente, almeno 10 giorni al mese. Inoltre il 35% dei quindicenni ammette di aver vissuto, almeno una volta nella vita, l'esperienza dell'ubriachezza. Circa il 24% degli studenti tra 11 e 15 anni non consuma la prima colazione nei giorni di scuola, solo un terzo dei ragazzi consuma frutta almeno una volta al giorno. Inoltre, solo il 9% svolge almeno un'ora quotidiana di attività motoria, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Quasi tutti i giovani si relazionano attraverso i social network. La pandemia ha condizionato negativamente il livello di soddisfazione di vita percepita dai ragazzi. Rispetto alla precedente rilevazione pre pandemia COVID (dati 2018) diminuisce l'attività fisica intensa, l'uso di cannabis (almeno 1 giorno negli ultimi 30 giorni) e il gioco d'azzardo (almeno una volta nella vita), ma aumenta l'uso problematico dei social media. Per quanto riguarda la scuola diminuisce il gradimento e la fiducia nel rapporto con gli insegnanti. La sedentarietà e la scarsa attività fisica, così come l'eccedenza ponderale ed il minore consumo di frutta e verdura, sono più frequenti nelle famiglie con basso status socio-economico, misurato utilizzando lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*).

L'indagine, che ha mobilitato forze cospicue del settore sanitario e scolastico, permette di conoscere in maniera approfondita problemi e situazioni che maggiormente mettono a rischio la salute e il benessere dei ragazzi della nostra regione. Le informazioni raccolte rappresentano, pertanto, uno strumento importante per la programmazione e valutazione di interventi intersettoriali rivolti agli adolescenti. In linea con le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione e della istituenda "Rete Lazio delle Scuole che Promuovono Salute" è necessario, infatti, superare la frammentarietà degli interventi di settore rivolti agli adolescenti attraverso il coinvolgimento dei diversi attori che operano per la salute e il benessere in adolescenza quali

servizi sanitari, servizi sociali, istituzioni scolastiche, ma anche enti del terzo settore come le associazioni giovanili, sportive e culturali con il pieno coinvolgimento delle famiglie e una attenzione particolare ai gruppi più vulnerabili della popolazione.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alessandra Barca'.

Alessandra Barca

Dirigente dell'Area Promozione della Salute e Prevenzione

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria



RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

Si ringraziano tutte le scuole della Regione Lazio, di seguito riportate, che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.

Scuole secondarie di primo grado

<i>IC Antonio de Curtis</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Domenico Purificato</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Fiume Giallo</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Giovanni Falcone</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Indro Montanelli</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Marco Polo</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Martin Luther King</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Matteo Ricci</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Montezemolo</i>	<i>Roma</i>
<i>IC N.M. Nicolai</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Olcese</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Orsa Maggiore</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Piersanti Mattarella</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Via Belforte del Chienti</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Via Poppea Sabina</i>	<i>Roma</i>
<i>Istituto Marymount</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Leopardi</i>	<i>Roma</i>
<i>S. Giovanni Battista</i>	<i>Roma</i>
<i>Via Flaminia 223</i>	<i>Roma</i>
<i>Scuola Media Cor Jesu</i>	<i>Roma</i>
<i>Esopo</i>	<i>Roma</i>
<i>IC R. Fucini</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Piazza Winckelmann</i>	<i>Roma</i>
<i>Via S. Maria Delle Fornaci, 1</i>	<i>Roma</i>
<i>Via Pintor</i>	<i>Roma</i>
<i>Largo Castelseprio, 11</i>	<i>Roma</i>
<i>Frank</i>	<i>Roma</i>
<i>V. Alfieri</i>	<i>Roma</i>
<i>Bramante</i>	<i>Roma</i>
<i>IC Via Carotenuto 30</i>	<i>Roma</i>
<i>Via Atene</i>	<i>Ladispoli</i>
<i>Ic E. De Filippo -Villanova</i>	<i>Guidonia Montecelio</i>
<i>Sec. Di Primo Grado Via Rosata</i>	<i>Guidonia Montecelio</i>
<i>Scuola Media Statale Eduardo De Filippo</i>	<i>Guidonia Montecelio</i>
<i>G. Garibaldi</i>	<i>Mentana</i>
<i>Marconi</i>	<i>Monterotondo</i>
<i>IC Baccelli</i>	<i>Tivoli</i>
<i>Scuola Media Nostra Signora Della Mercede</i>	<i>Anzio</i>
<i>Colonna</i>	<i>Colonna</i>

IC Giseppe Garibaldi
IC M. Dionigi
IC Primo Levi - Marino
Scuola Media Statale De Rossi - Via Mattoccia
IC Cassino 3 - Diamare
Scuola Media Statale Giorgi-Fracco
Scuola Media Statale T. Galloni Ripi
Scuola Media Statale E. Facchini
IC Veroli 2^ - Caiomario Veroli
IC Veroli 1^ - Scuola Media
Antonio Gramsci
IC Pascoli
IC Garibaldi
IC Plinio Il Vecchio
Scuola Sec. I Grado P. Mattej
IC Natale Prampolini
Scuola Media Statale Volta
IC Don Andrea Santoro
IC Giulio Cesare
IC Milani Terracina
Ist.Istruzione I Grado Orazio
Pescorocchiano
Scuola Media Poggio Moiano
IC Alda Merini
Vescovio Torri In Sabina
Scuola Sec. I Acquapendente
Largo Iannoni Civita C.
Scuola Sec. I Gradoli
Scuola Sec. I Monte Romano
Scuola Sec. I Oriolo Romano
Scuola Sec. I Tarquinia
Scuola Sec. I Tuscania
Scuola Sec. I Vetralla
Scuola Sec. I Vanni

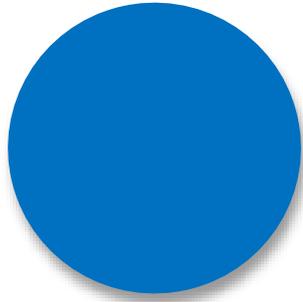
Genzano Di Roma
Lanuvio
Marino
Velletri
Cassino
Ferentino
Ripi
Sora
Veroli
Veroli
Aprilia
Aprilia
Aprilia
Cisterna Di Latina
Formia
Latina
Latina
Priverno
Sabaudia
Terracina
Fara In Sabina
Pescorocchiano
Poggio Moiano
Rieti
Torri In Sabina
Acquapendente
Civita Castellana
Gradoli
Monte Romano
Oriolo Romano
Tarquinia
Tuscania
Vetralla
Viterbo

Scuole secondarie di secondo grado

<i>Liceo Linguistico San Giuseppe del Caburlotto</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS J.J. Rousseau</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Cannizzaro</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS Edoardo Amaldi (liceo scientifico, linguistico e classico)</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS Benedetto Croce</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Ettore Majorana</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo scientifico ind. Sportivo San Paolo</i>	<i>Roma</i>
<i>IPSEOA Tor Carbone</i>	<i>Roma</i>
<i>IPSEOA Pellegrino Artusi</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Classico Plauto</i>	<i>Roma</i>
<i>Ittur Livia Bottardi</i>	<i>Roma</i>
<i>IISS Caravaggio</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS Sandro Pertini</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS Roberto Rossellini – Ist. Tecnico grafica e comunicazione</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Classico Linguistico G. De sanctis</i>	<i>Roma</i>
<i>L.G.S Ennio Quirino Visconti</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Cavour</i>	<i>Roma</i>
<i>Istituto Tecnico Luigi Einaudi</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Classico Albertelli</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Tasso</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Virgilio</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Lucrezio Caro</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS Evangelista Torricelli</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Scientifico Talete</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Farnesina</i>	<i>Roma</i>
<i>ITIS E. Fermi</i>	<i>Roma</i>
<i>ITIS G. Galilei</i>	<i>Roma</i>
<i>IIS Einstein</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Terenzio Mamiani</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Linguistico S. Giuliana Falconieri</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Ginnasio Statale Anco marzio</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Statale Eugenio Montale</i>	<i>Roma</i>
<i>ITCG Paolo Toscanelli</i>	<i>Roma</i>
<i>Istituto Giovanni Paolo II</i>	<i>Roma</i>
<i>Liceo Scientifico Via Piave, 22</i>	<i>Bracciano</i>
<i>Liceo Scientifico Statale Ignazio Vian</i>	<i>Bracciano</i>
<i>ITT Benedetto Croce</i>	<i>Civitavecchia</i>
<i>IPSSAR Via Federici</i>	<i>Ladispoli</i>
<i>ITIS Stanislao Cannizzaro</i>	<i>Colleferro</i>
<i>ITTS A.Volta</i>	<i>Guidonia</i>
<i>IIS Angelo Frammartino</i>	<i>Monterondo</i>
<i>IIS Braschi - Quarenghi</i>	<i>Subiaco</i>
<i>Liceo Scientifico Lazzaro Spallanzani</i>	<i>Tivoli</i>
<i>Alberghiero- Enogastronomia e Ospitalita Alberghiera</i>	<i>Tivoli</i>
<i>Liceo Scientifico e Linguistico Innocenzo XII</i>	<i>Anzio</i>
<i>Liceo Scientifico Statale Vito Volterra</i>	<i>Ciampino</i>
<i>IPS M.Pantaleoni</i>	<i>Frascati</i>
<i>ITT Enrico Fermi</i>	<i>Frascati</i>
<i>Liceo Scientifico Bruno Touschek</i>	<i>Grottaferrata</i>
<i>Liceo Artistico E Linguistico Picasso</i>	<i>Pomezia</i>
<i>IIS Dante Falconi</i>	<i>Velletri</i>

Ist. Prof. Settore Servizi Commerciali
IT Via S. Nicola
Liceo Varrone Cassino
Liceo Scientifico Pellecchia
Liceo Martino Filetico
I.T.I.S.M.O.V.M.Don Morosini
I.T.I.S. A. Volta
I.P.S.S.E.O.A.
Ipsia G. Nicolucci
Liceo Antonio Meucci
Iis C. N. Rosselli Settore Tecnologico
Ite Fusco
Iti A. Pacinotti
Liceo Scientifico Fermi
Liceo Scientifico Majorana
Liceo Statale Alessandro Manzoni
Istituto Tecnico Informativo Interstudio
Itt Ite Liceo Sa G. Marconi
LS Di Amatrice
Istituto Prof. Industria Artigianato
Liceo Scientifico
Liceo Classico Marco Terenzio Varrone
I.I.S. Elena Principessa Di Napoli
Liceo Scientifico - Istituto Tecnico T.
Ist. Omnicomprensivo F.Lli Agosti
Liceo Lingu. E Scienz.Umane M.Buratti
ITIS Civita Castellana
IISS Carlo Alberto Dalla Chiesa
IISS Vincenzo Cardarelli
Liceo M. Buratti
Liceo S. Rosa Da Viterbo
ITTS Leonardo Da Vinci

Velletri
Alvito
Cassino
Cassino
Ferentino
Ferentino
Frosinone
Sora
Sora
Aprilia
Aprilia
Castelforte
Fondi
Gaeta
Latina
Latina
Latina
Latina
Amatrice
Poggio Mirteto
Poggio Mirteto
Rieti
Rieti
Rieti
Bagnoregio
Bassano Romano
Civita Castellana
Montefiascone
Tarquinia
Viterbo
Viterbo
Viterbo



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 che 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 Lazio sono state campionate 121 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 134 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 255 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 249 classi con una rispondenza complessiva del 97,6% (Tabella 1).

La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

Tabella 1. Rispondenza per classe

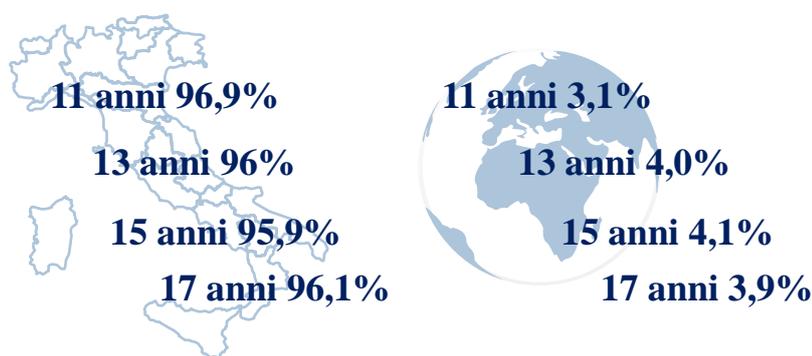
	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	58	58	100
Classe III Media	63	63	100
Classe II superiore	63	60	95,2
Classe IV superiore	71	68	95,8
Totale	255	249	97,6

Il campione era costituito da un totale di 3956 studenti di cui: il 23,1% di 11 anni, il 27,8% di 13 anni, il 23,7% di 15 anni e il 25,3% di 17 anni (Tabella 2).

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

	Maschi	Femmine
11 anni	51,4	48,6
13 anni	51,0	49,0
15 anni	51,5	48,5
17 anni	55,8	44,2
Totale	52,4	47,6

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

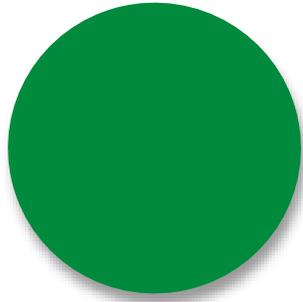
Figura 1. Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età (%)

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

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

Entrambi i genitori nati in Italia	82,8
Almeno un genitore nato all'estero	7,6
Entrambi i genitori nati all'estero	9,6

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo in circa il 17 % dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altra nazionalità.



CAPITOLO 2

Il contesto familiare

La famiglia

Introduzione

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

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

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

La struttura familiare

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

In termini di cambiamenti della struttura familiare si possono annoverare la diminuzione della numerosità dei componenti della famiglia, l'aumento delle famiglie monogenitoriali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti): queste ultime spesso sono oggi legate a necessità economiche e/o di salute dei componenti più 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): oltre il 78% dei ragazzi ha indicato di vivere con entrambi i genitori, circa il 14% solo con la madre;

in Tabella 2 è indicato che più della metà del campione (56,8%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 5 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 21,9%.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	78,7
Solo madre	14,2
Solo padre	1,6
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,5
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4,1
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	21,9
1 fratello o sorella	56,8
2 o più fratelli o sorelle	21,3
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

La natura e la qualità delle relazioni che i ragazzi instaurano con i genitori, durante l'adolescenza, influiscono in misura rilevante sui loro comportamenti di salute e sul benessere percepito. Molti studi hanno dimostrato che la comunicazione familiare è un indicatore della capacità dei genitori di aiutare i loro figli adolescenti ad affrontare positivamente le difficoltà che possono incontrare^{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	40,0	26,9	19,9
Facile	30,3	30,7	30,2
Difficile	16,2	20,5	23,5
Molto difficile	9,7	17,2	20,7
Non ho o non vedo mai questa persona	3,8	4,7	5,7
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	59,2	38,5	31,1
Facile	26,8	35,5	35,2
Difficile	8,1	15,9	19,7
Molto difficile	5,3	8,9	12,4
Non ho o non vedo mai questa persona	0,5	1,3	1,6
Totale	100	100	100

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

Si osserva che la comunicazione con i genitori diminuisce all’aumentare dell’età sia nelle ragazze che nei ragazzi, come mostrato nelle Figure 1 e 2: la comunicazione è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze.

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

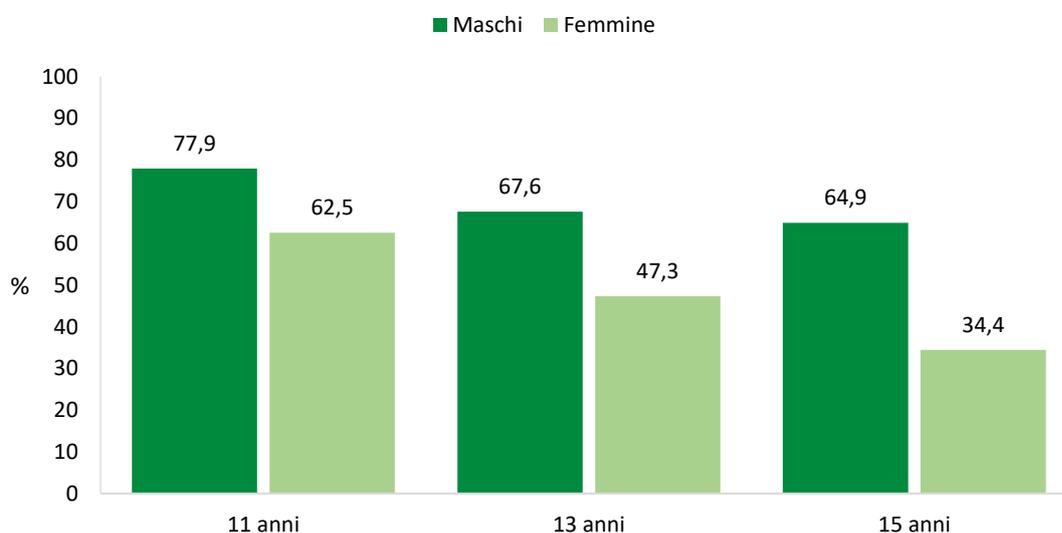
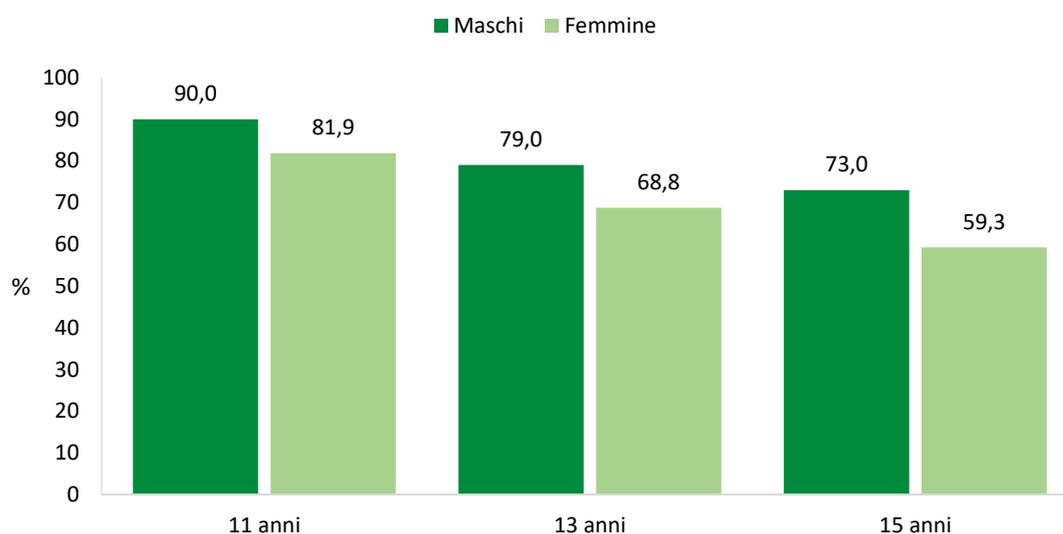


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



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	24,4
Medio	54,9
Alto	20,7
Totale	100

1 famiglia su 5 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (20,7%), mentre 1 su 2 (54,9%) è nella fascia di "media possibilità di consumo" e 1 su 4 (24,4%) 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, compresi 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 (%)

	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	79,9	78,7
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	78,8	75,5
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	61,1	59,4
Famiglie con FAS alto	24,7	20,7

Conclusioni

Il presente capitolo si è proposto di descrivere i risultati emersi dalle risposte che i ragazzi della Regione hanno dato alle domande sul contesto familiare, indagato sia negli aspetti strutturali e relazionali sia socioeconomici che culturali. Nel loro insieme tali fattori, come riportato in letteratura, influiscono fortemente sul comportamento e benessere dell'adolescente rappresentando in tal senso indicatori privilegiati per la comprensione delle difficoltà dei ragazzi.

Complessivamente, dall'analisi è emerso che circa l'80% delle famiglie dei ragazzi coinvolti nell'indagine sono di tipo tradizionale, ossia composte dalla coppia con figli. L'80% del campione è figlio unico o ha un solo fratello/sorella; il 4,1% non vive con i propri genitori. Nelle famiglie monogenitori (15,8%) è soprattutto consistente la presenza di madri sole, considerate a forte rischio di povertà e delle quali è necessario tenerne conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali.

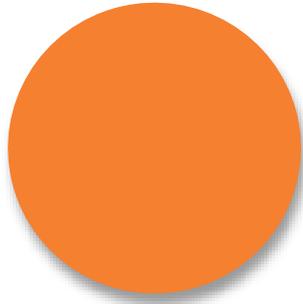
Questi risultati sono simili a quanto evidenziato nella precedente indagine 2018, la principale differenza si riscontra per quanto riguarda i ragazzi che non vivono con i propri genitori, che nel 2022 arrivano a 4,1% vs 1% evidenziato nel 2018.

Rispetto al rapporto fra figli e genitori, si conferma – come nella precedente indagine 2018 - che all'aumentare dell'età, la comunicazione delle proprie preoccupazioni ai genitori diviene sempre più difficile. Ciò indica che a tutt'oggi, nonostante negli ultimi anni il rapporto genitori-figli sia maggiormente caratterizzato da un aperto dialogo, la fase adolescenziale rispetto ai periodi precedenti presenta maggiori difficoltà di relazioni con i genitori, che sono spesso visti come una limitazione ed un ostacolo verso le novità e le nuove esperienze. Le ragazze – in particolare le 15enni - hanno più frequentemente difficoltà a parlare con entrambi i genitori rispetto ai ragazzi, pur tuttavia si conferma che la madre è il principale riferimento di sostegno emotivo.

L'analisi delle possibilità concrete di consumo delle famiglie (scala FAS) ha mostrato una riduzione sia dell'alto consumo (20,7% nel 2022 vs 24,7% nel 2018) che del basso consumo (24,4% nel 2022 vs 27,4% nel 2018). Tende, invece, ad aumentare la possibilità di consumo medio (54,9% nel 2022 vs 47,9 % nel 2018).

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	20,1	26,4	24,4	23,6
Un giorno	3,6	4,6	4,1	4,1
Due giorni	3,0	2,9	7,2	4,4
Tre giorni	5,3	5,4	7,7	6,1
Quattro giorni	5,2	5,2	4,9	5,1
Cinque giorni	62,9	55,6	51,7	56,7

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione e la loro percentuale aumenta con l'età.

La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana (72,6%) è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola (56,7%).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	57,0	55,1	49,6	53,8
La maggior parte dei giorni	34,6	38,1	41,0	37,9
Circa una volta alla settimana	5,1	3,3	5,9	4,8
Meno di una volta alla settimana	1,8	1,5	2,1	1,8
Mai	1,7	2,1	1,4	1,7

Il 57% degli undicenni, il 55,1% dei tredicenni e il 49,6% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”; la frequenza diminuisce all’aumentare dell’età.

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.

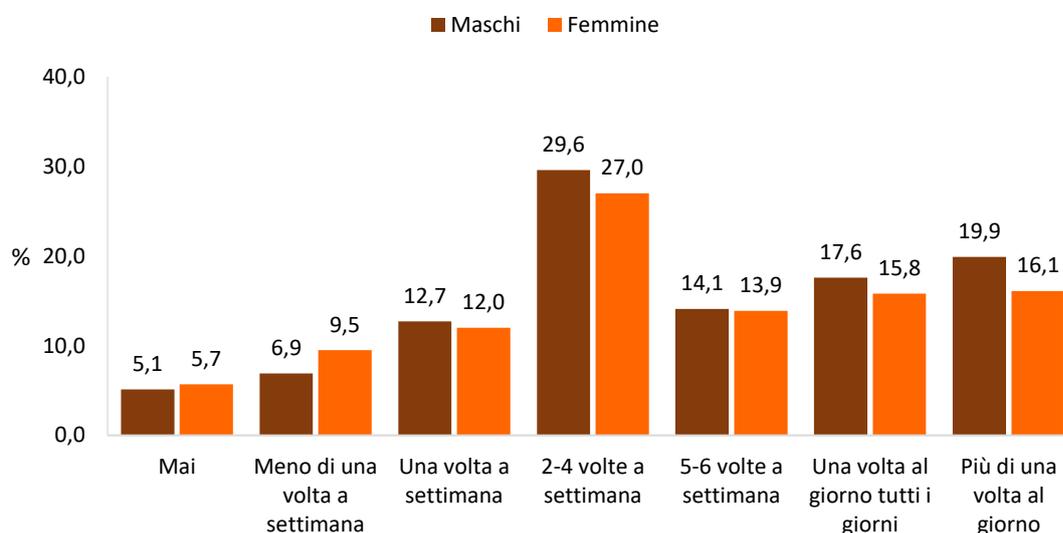
Tabella 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4,7	5,0	6,4	5,4
Meno di una volta a settimana	5,2	9,7	9,7	8,2
Una volta a settimana	12,5	12,5	12,2	12,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,5	26,9	29,6	28,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,5	14,4	14,0	14,0
Una volta al giorno tutti i giorni	18,1	17,5	14,7	16,7
Più di una volta al giorno	17,5	14,1	13,4	15,0

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

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 (%)



Complessivamente le frequenze di consumo sono simili in entrambi i generi.

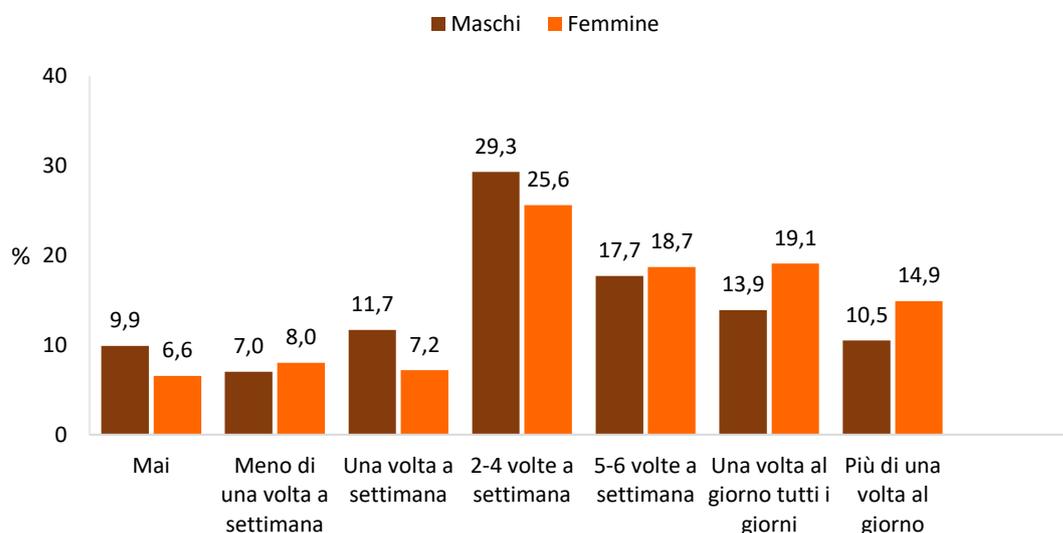
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	10,3	7,3	7,2	8,3
Meno di una volta a settimana	7,4	7,9	7,3	7,5
Una volta a settimana	9,0	10,6	9,0	9,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26,1	28,3	28,0	27,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	19,4	17,8	17,3	18,2
Una volta al giorno tutti i giorni	16,0	16,4	16,8	16,4
Più di una volta al giorno	11,7	11,8	14,4	12,6

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” con una percentuale maggiore nei ragazzi di 13 anni.

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 indicano una percentuale di consumo maggiore nei maschi per la categoria “Una volta a settimana” e “2-4 volte al settimana” e nelle femmine per le categorie di consumo più frequente.

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	5,6	4,7	5,0	5,1
Meno di una volta a settimana	12,6	10,8	11,1	11,5
Una volta a settimana	15,9	14,4	15,0	15,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,0	27,1	30,1	27,4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,9	15,5	13,7	14,4
Una volta al giorno tutti i giorni	15,0	14,0	12,7	13,9
Più di una volta al giorno	11,9	13,5	12,3	12,5

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	16,6	17,4	21,2	18,4
Meno di una volta a settimana	23,3	22,9	23,2	23,1
Una volta a settimana	21,1	21,8	18,2	20,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	20,1	21,1	18,6	19,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	6,6	6,4	6,4	6,5
Una volta al giorno tutti i giorni	5,1	4,7	6,0	5,3
Più di una volta al giorno	7,2	5,7	6,3	6,4

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero. Per quanto riguarda le classi di età generalmente i consumi risultano sovrapponibili.

Nella Tabella 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	17,2	13,0	13,2	14,5
Meno di una volta a settimana	14,7	15,2	15,3	15,1
Una volta a settimana	18,3	22,4	23,4	21,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24,8	30,3	31,3	28,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12,6	10,3	9,4	10,8
Una volta al giorno tutti i giorni	7,8	5,4	4,5	5,9
Più di una volta al giorno	4,5	3,4	2,9	3,6

Il 28,8% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 14,5% dichiara di non assumerli mai. Le frequenze di consumo sono maggiori per le categorie “Una volta a settimana” e “Tra 2 e 4 giorni a settimana” ed aumentano 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)	35,9	35,3	30,3	32,8	28,5	27,6
Verdura (almeno una volta al dì)	23,0	32,8	23,8	32,8	26,5	36,3
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	48,1	51,6	47,9	50,9	50,2	45,9
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	15,9	8,3	9,7	11,2	14,4	10,2
Snack salati (almeno una volta al dì)	16,3	18,8	14,2	18,9	11,7	14,2
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	60,0	53,8	60,9	59,7	65,0	57,7
Dolci (almeno una volta al dì)	24,9	29,0	23,7	31,5	21,0	29,3

La frequenza di consumo della frutta è sostanzialmente sovrapponibile nei due sessi e diminuisce con l'età; il consumo di verdura è maggiore nelle ragazze e aumenta all'aumentare dell'età; il consumo di legumi è sostanzialmente sovrapponibile; il consumo di bevande zuccherate è maggiore tra i ragazzi rispetto alle ragazze; il consumo di snack salati è maggiore tra le ragazze e si riduce con l'età perentrambi i generi; il consumo di cereali è lievemente maggiore nei ragazzi con un incremento all'aumentare dell'età; il consumo di dolci è maggiore nelle ragazze e simile in tutte le fasce di età.

Stato nutrizionale

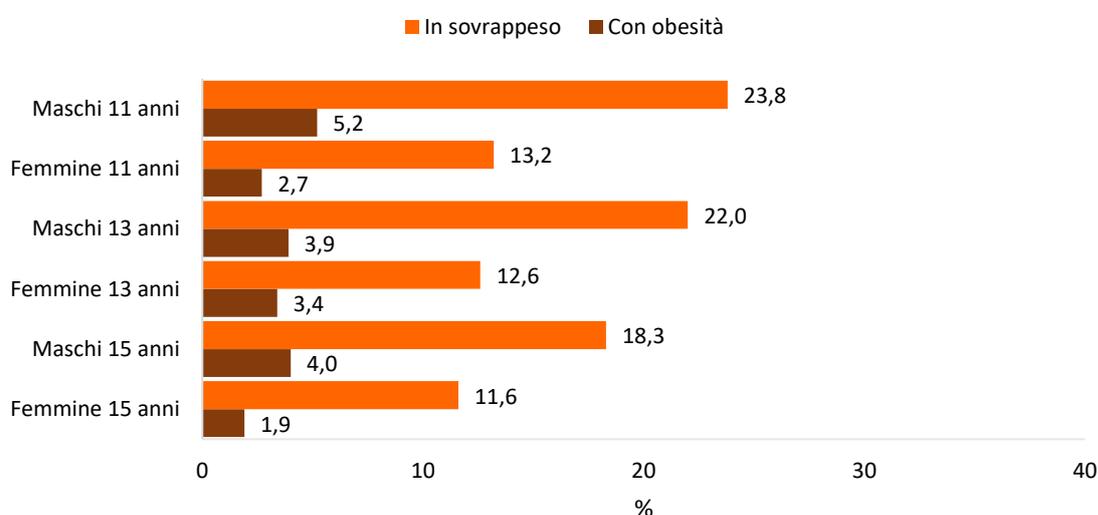
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC = kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La Figura 3 evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3,4	3,1	1,7	2,7
Normopeso	73,8	75,8	80,2	76,7
Sovrappeso	18,8	17,5	15,1	17,1
Obeso	4,0	3,7	3,0	3,6

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 76,7%. I ragazzi sottopeso sono il 2,7%, i sovrappeso sono il 17,1% e gli obesi sono il 3,5%. La percentuale di eccedenza ponderale (sovrappeso e obesità) diminuisce con l'aumentare dell'età, dal 22,8% nei ragazzi di 11 anni al 18,1% nei ragazzi di 15 anni.

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



Sovrappeso e obesità sono più frequenti nei maschi in tutte le fasce di 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.

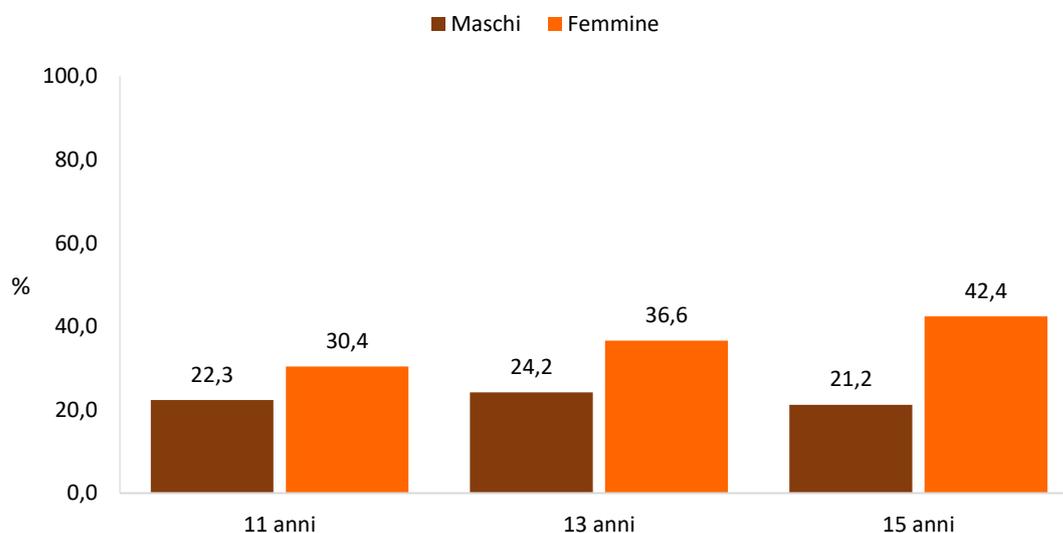
Tabella 10. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	2,0	1,8	1,5	1,8
Un po' troppo magro	9,5	10,0	12,3	10,6
Più o meno della taglia giusta	62,3	58,0	54,8	58,3
Un po' troppo grasso	21,8	25,5	26,4	24,5
Decisamente troppo grasso	4,5	4,8	5,0	4,8

In generale il 58,3% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta” con una frequenza che si riduce all'aumentare dell'età; circa il 30% degli adolescenti ritiene di essere in eccedenza ponderale (“Un po' troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso”) e circa il 12% si percepisce in una condizione magrezza.

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 percentuale di ragazze che si percepiscono “grasse o molto grasse” e arriva fino al 42,4% nelle 15enni; sostanzialmente stabile il valore tra i ragazzi.

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	0,6	0,4	0,3
Normopeso	51,8	56,5	56,9	55,3
Sovrappeso	36,8	32,6	34,4	34,5
Obeso	11,4	10,2	8,3	9,9

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po' troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia, una percentuale non trascurabile di ragazzi normopeso (55,3%) si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l'età.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	49,0	41,4	38,2	42,9
No, ma dovrei perdere qualche chilo	23,8	27,0	22,8	24,5
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	9,3	9,7	13,9	11,0
Sì	18,0	21,9	25,1	21,7

In generale il 42,9% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 24,5% non è a dieta ma vorrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 21,7% dei ragazzi è a dieta. Aumenta con l'età la frequenza di coloro che sono a dieta.

Igiene orale

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	68,4	72,4	75,5	72,1
Una volta al giorno	27,2	23,0	20,7	23,7
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	3,2	3,3	2,8	3,1
Meno di una volta alla settimana	0,6	0,6	0,6	0,6
Mai	0,7	0,7	0,4	0,6

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)	50,6	58,2	59,2
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	27,2	31,2	38,9
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	26,4	28,8	34,1
Consumo quotidiano di bevande gassate	12,5	10,9	12,0
Prevalenza di sovrappeso	23,4	17,3	10,8
Prevalenza di obesità	4,3	3,1	2,9

Complessivamente, si evidenzia che nelle famiglie con FAS alto la percentuale di coloro che consumano quotidianamente la prima colazione e frutta e verdura almeno una volta al giorno, è più elevata rispetto alle famiglie con FAS basso e medio.

La percentuale di sovrappeso e obesità si riduce all'aumentare del FAS (27,7%; 20,4%; 13,7%).

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)	58,5	56,7
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	33,9	31,7
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	28,9	29,1
Consumo quotidiano di bevande gassate	12,3	11,7
Prevalenza di sovrappeso	16,1	17,1
Prevalenza di obesità	3,0	3,6

Il consumo quotidiano di frutta almeno una volta al giorno e della prima colazione risulta ridotto rispetto al 2018; sostanzialmente invariato il consumo di verdura almeno una volta al giorno e di bevande gassate quotidiane.

La prevalenza di sovrappeso e obesità passa dal 19,1% nel 2018 al 20,7% nel 2022.

Conclusioni

Nel complesso, il quadro che emerge circa le abitudini alimentari dei ragazzi italiani evidenzia la necessità di sviluppare programmi ed azioni concrete di promozione della salute per orientare i giovani alla modifica di alcuni comportamenti a rischio e all'adozione di stili alimentari sani. Un primo dato da notare è la frequenza con cui i ragazzi saltano la colazione, in contrasto con le linee guida sia italiane che internazionali sul tema: a 15 anni circa 1 adolescente su 4 propende a saltare la prima colazione. Anche la percentuale di coloro che seguono le linee guida per quello che riguarda i consumi di frutta e verdura è bassa: solamente il 15% consuma la frutta e il 13% la verdura più volte al giorno, a fronte di cinque porzioni giornaliere raccomandate. Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci e bevande zuccherate, resta comunque importante ridurlo, visto che 1 ragazzo su 4 dichiara un consumo almeno quotidiano di dolci e 1 su 10 di bevande zuccherate.

Dal confronto con i dati dell'indagine 2018, diminuisce in tutte le fasce di età la prevalenza degli adolescenti che salta la colazione (24,4% nel 2022 vs 28,3% nel 2018). Tendenzialmente stabile il consumo di frutta, di verdura e di bevande gassate, aumenta in tutte e tre le fasce di età l'abitudine a consumare dolci una volta o più di una volta al giorno (26,4% nel 2022 vs 23,5 nel 2018).

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale calcolato sulla base dei dati di peso ed altezza autoriferiti, complessivamente 1 adolescente su 5 è sovrappeso o obeso; il sovrappeso tende a diminuire con l'età ed interessa prevalentemente i maschi. Questi valori sono sovrapponibili con quanto riscontrato nell'indagine 2018 (20,7% nel 2022 vs 19,1% nel 2018). Viceversa, il sottopeso interessa circa il 3% degli adolescenti esaminati.

Analogamente a quanto riscontrato nel 2018, i risultati ottenuti sulla percezione della propria immagine corporea confermano una situazione di disagio: complessivamente 1 adolescente su

4 si considera grasso, tale rapporto aumenta all'aumentare dell'età ed arriva ad interessare 1 adolescente su 3, nel caso dei 15enni. Rispetto al 2018, aumenta la percentuale di 11enni e 13enni che si ritiene decisamente grasso (4,5 e 4,8% nel 2022 vs 1,3 e 2,7 nel 2018).

Ancora più rilevanti sono le percentuali di coloro che dichiarano di essere a dieta o di non esserlo pur dovendo perdere qualche chilo: la somma delle due categorie dà il 42% negli undicenni, il 49% nei tredicenni e il 47,9 % nei quindicenni.

Questi valori sono sovrapponibili con quanto riscontrato nell'indagine 2018.

Infine, per quanto attiene all'igiene orale, circa il 96% dei ragazzi dichiara di lavarsi i denti una volta o più volte al giorno e tale abitudine tende a consolidarsi con l'età, costituendo uno dei dati stabili e sovrapponibili con quanto rilevato nelle precedenti indagini.

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

³ Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33

⁴ Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.

⁵ Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2017;117:707-714.

⁶ Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D'Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol*.

⁷ Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents' Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 2017;84:231-246.

⁸ Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80-86

⁹ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.

¹⁰ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.

¹¹ Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.

¹² Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).

¹³ Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.

¹⁴ Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.

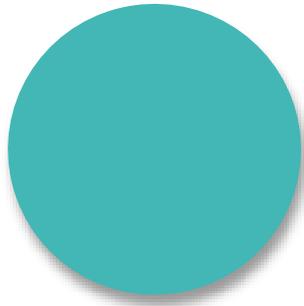
¹⁵ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.

¹⁶ World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.

¹⁷ Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot*. 2018;7:19.

¹⁸ Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M. (2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.

-
- ¹⁹ Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.
- ²⁰ Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.
- ²¹ Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- ²² Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*,97:667–75.
- ²³ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ²⁴ Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

Introduzione

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

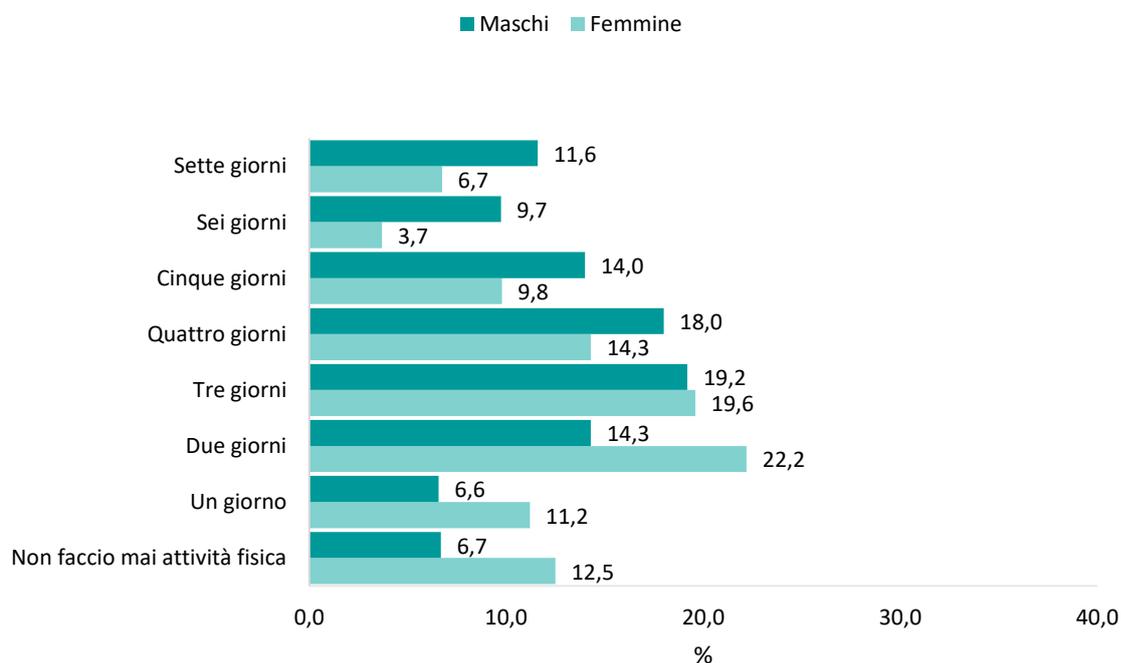
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “*negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno*”; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano, in percentuale, 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	5,2	10,1	13,3	9,5
Un giorno	6,7	8,0	11,6	8,8
Due giorni	20,4	18,3	15,7	18,1
Tre giorni	19,5	18,3	20,3	19,4
Quattro giorni	17,8	16,3	14,4	16,2
Cinque giorni	13,2	11,5	11,1	11,9
Sei giorni	7,2	8,0	5,3	6,8
Sette giorni	10,1	9,4	8,2	9,2

Osservando la Tabella 1, si nota che il 5,2% dei ragazzi di 11 anni, il 10,1% dei ragazzi di 13 anni ed il 13,3% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione (53,7%) in tutte e tre le fasce di età riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e, complessivamente, solo il 16% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



In Figura 1 si può notare come la percentuale di ragazze che non svolge mai attività fisica (12,5%) sia nettamente più alta rispetto a quella dei ragazzi (6,7%) e le frequenze più elevate di attività fisica moderata intensa (> 3 giorni a settimana) si riscontrano nei maschi (53,3% vs 34,5% delle 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-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	12,9	9,3	7,3
Da 4 a 6 volte a settimana	19,3	23,2	20,8
3 volte a settimana	21,9	20,8	22,4
2 volte a settimana	21,3	19,0	17,3
Una volta a settimana	10,0	10,0	11,3
Una volta al mese	2,5	3,8	4,9
Meno di una volta al mese	4,5	4,8	5,5
Mai	7,5	9,0	10,5

Osservando la Tabella 2, si nota che il 7,5% dei ragazzi di 11 anni, il 9% dei ragazzi di 13 anni ed il 10,5% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 41%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche, tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

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

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

Nelle Tabelle 3, 4 e 5 vengono descritte le ore dedicate a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare, usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (es.: Facebook,

Twitter, Snapchat) e guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio 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	5,8	11,0	18,5
Circa mezz'ora	15,2	11,3	12,5
Circa un'ora	20,9	17,1	14,0
Circa 2 ore	21,8	18,3	15,2
Circa 3 ore	13,8	14,7	14,5
Circa 4 ore	8,9	9,3	8,1
Circa 5 ore o più	13,6	18,4	17,1

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 63,7% degli undicenni il 57,7% dei tredicenni ed il 60,2% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	19,1	8,2	4,5
Circa mezz'ora	18,7	10,9	7,3
Circa un'ora	20,0	15,7	14,3
Circa 2 ore	14,3	18,3	19,8
Circa 3 ore	10,1	14,7	15,3
Circa 4 ore	6,0	12,5	13,2
Circa 5 ore o più	11,9	19,6	25,6

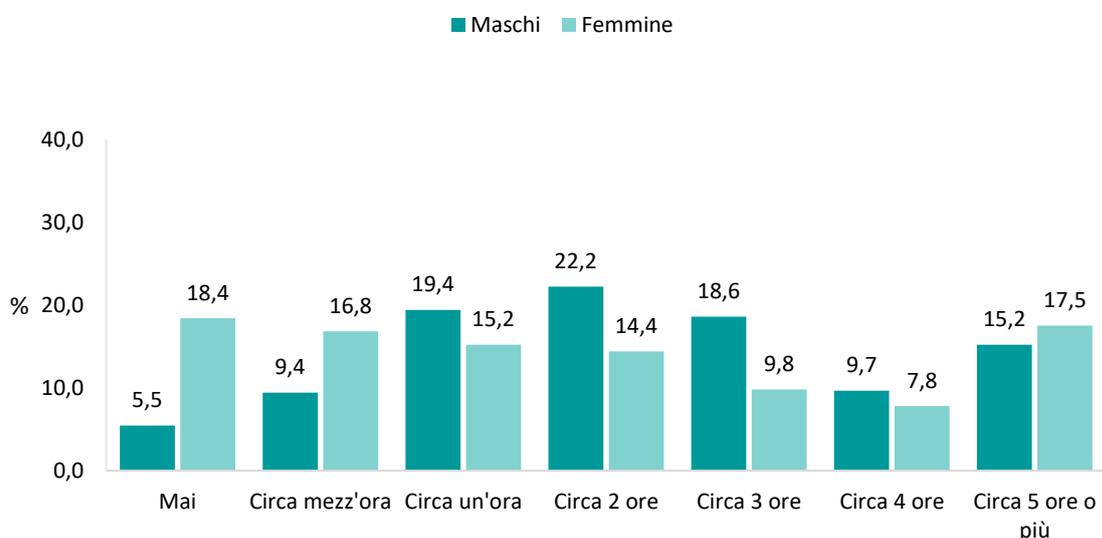
In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenta con l'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	9,7	9,8	9,7
Circa mezz'ora	24,5	19,1	17,6
Circa un'ora	24,4	22,8	20,2
Circa 2 ore	16,8	18,0	19,1
Circa 3 ore	10,0	12,7	13,6
Circa 4 ore	5,9	6,6	7,0
Circa 5 ore o più	8,8	11,0	12,7

Il 24,7% dei giovani a 11 anni, il 30,3% a 13 anni ed il 33,3% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due ore al giorno.

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



Si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network. Sono infatti solo poco più del 5% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 18% delle ragazze.

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)	35,8	44,1	52,0
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	45,7	52,5	61,8
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	41,2	38,9	37,1
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	44,4	42,4	41,9
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	32,6	28,9	25,6

Complessivamente, si evidenzia che nelle famiglie con FAS alto la percentuale di coloro che svolgono attività fisica moderata-intensa e intensa più di due giorni a settimana, è più elevata rispetto alle famiglie con FAS basso e medio.

Inoltre, con l'aumentare del FAS si riduce la percentuale di coloro che dedicano più di 2 ore al giorno all'utilizzo di dispositivi elettronici (PC, tablet, TV, etc).

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)	45,0	44,1
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	70,1	52,7

La percentuale di coloro che svolgono attività fisica moderata-intensa per almeno 4 giorni a settimana è sovrapponibile a quella registrata nel 2018.

Diversamente, la percentuale di coloro che svolgono attività fisica intensa almeno 3 giorni a settimana risulta ridotta rispetto alla precedente rilevazione (52,7% nel 2022 vs 70,1% nel 2018).

Conclusioni

L'indagine ha evidenziato che nella Regione Lazio l'attività fisica praticata è inferiore agli standard raccomandati dalle linee guida internazionali: solo 1 adolescente su 3 pratica regolarmente un'attività fisica così intensa da sudare (da 4 a 6 giorni a settimana); all'opposto, sempre 1 adolescente su 10 non la pratica mai. Le femmine complessivamente sono meno sportive rispetto ai coetanei maschi e la pratica di attività fisica tende inoltre a ridursi con l'aumentare dell'età.

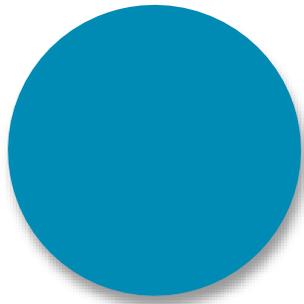
Confrontando i dati attuali con quelli relativi all'indagine 2018 diminuisce la percentuale di coloro che svolgono attività fisica intensa almeno 3 volte a settimana (52,7% nel 2022 vs 70,1% nel 2018).

Per quanto riguarda i comportamenti sedentari, quasi 1 adolescente su 3 guarda la televisione più di due ore al giorno e l'abitudine ad un uso sempre più frequente della televisione tende ad aumentare con l'età. Circa il 40% degli adolescenti trascorre almeno due ore al giorno impegnato con giochi elettronici; il tempo dedicato ai giochi elettronici aumenta nel fine settimana e più del 40% utilizza PC, tablet e cellulare per stare sui social network per più di due ore al giorno, con prevalenza nel sesso maschile. Si confermano, quindi, diffusi comportamenti sedentari negli adolescenti già descritti nell'indagine 2018, ma nel 2022 la frequenza più elevata del tempo dedicato dagli adolescenti a TV/video passa da un'ora a due ore al giorno, soprattutto nel fine settimana, con preferenza di videogiochi e social network rispetto alla TV.

Ulteriori approfondimenti dovrebbero essere mirati alla comprensione sia dei principali ostacoli nei confronti di una regolare attività fisica, in particolare nelle femmine, sia delle interferenze dei comportamenti sedentari sul regolare svolgimento dell'attività fisica.

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.

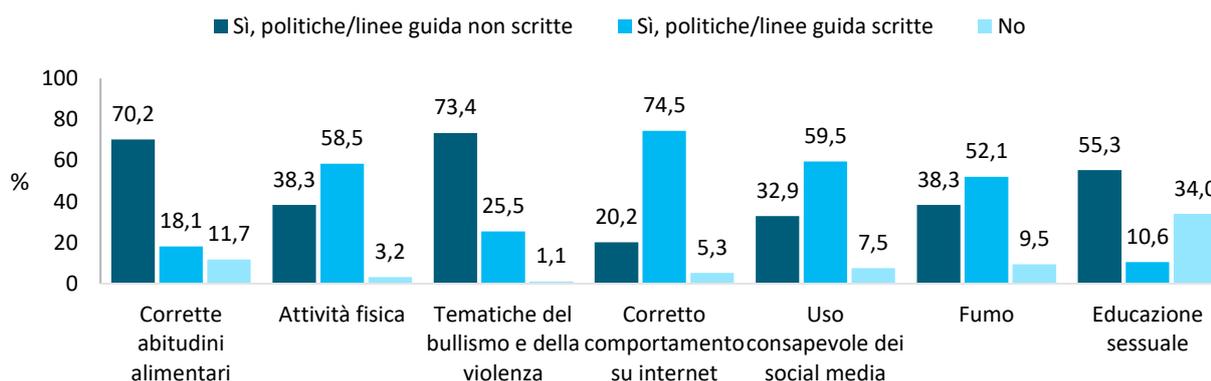
Tabella 1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	10,6	43,6	34,0	7,5	0,0	4,3
La palestra è in buone condizioni	19,2	46,8	24,5	4,2	0,0	5,3
I laboratori didattici sono attrezzati	8,5	54,3	22,3	3,2	1,0	10,7
La scuola necessita di restauro	19,1	48,9	21,3	8,6	2,1	0,0

La Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: circa il 49% dei Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri, ed il 19% 'completamente d'accordo' sull'adeguatezza delle classi nel soddisfare bisogno di insegnanti e alunni.

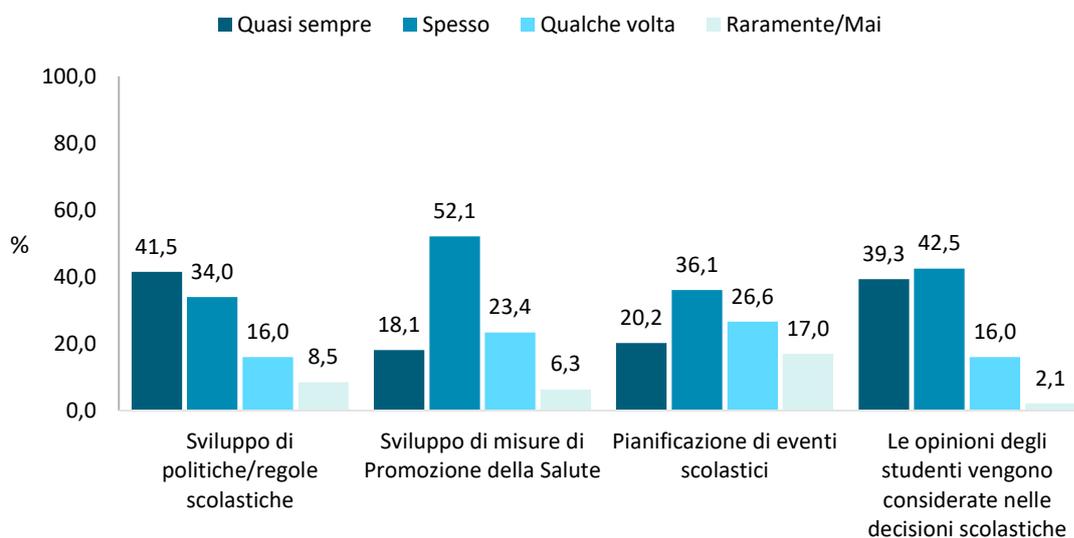
Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di riportare quali eventuali attività di promozione della salute sono state condotte con la finalità di favorire l'acquisizione di nuove conoscenze o nuove competenze nelle aree più significative per il benessere dei ragazzi (Figura 1).

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



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

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

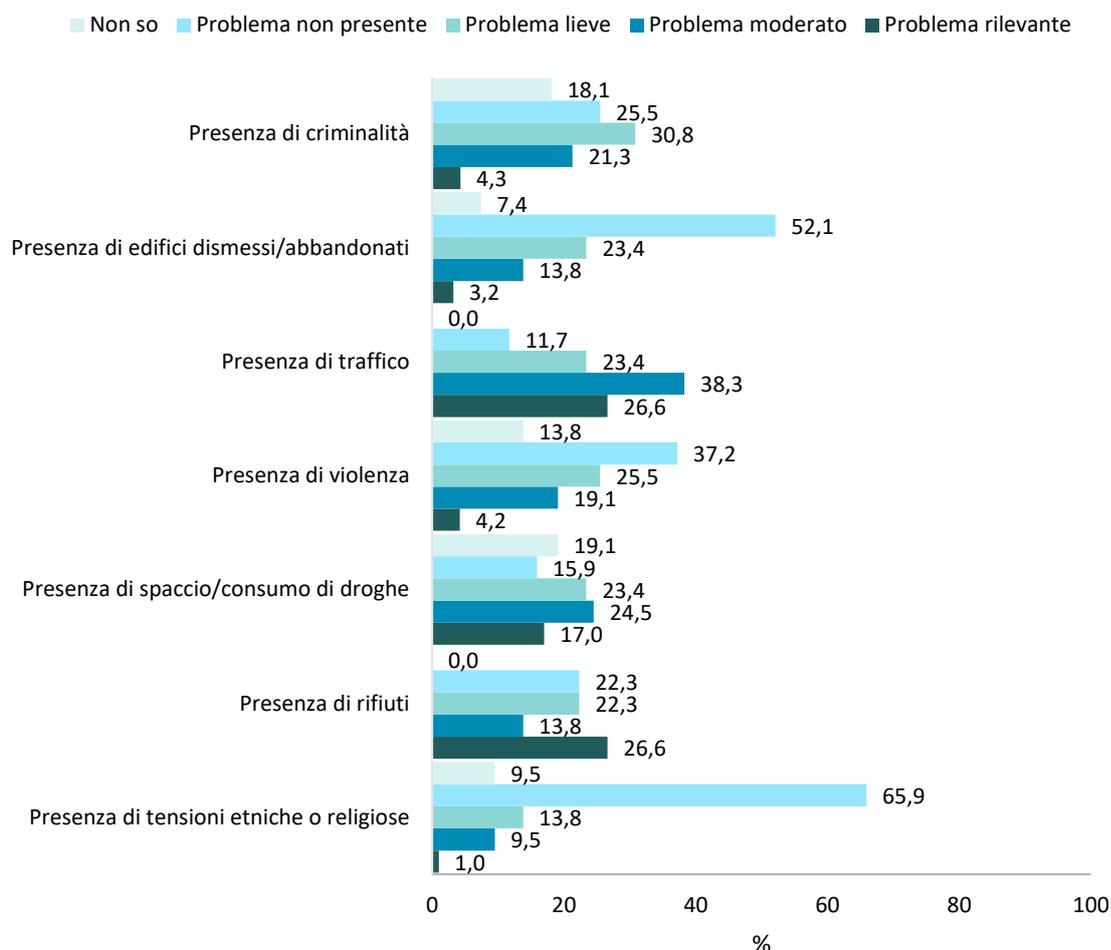


La Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (41,5% quasi sempre; 34% spesso Qualche volta/Raramente 24,5%) insieme ad una pressoché totale considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (39% quasi sempre; 42,5% spesso).

Il contesto ambientale, come luogo nel quale la scuola è inserita, è di estrema rilevanza per i ragazzi come per tutto il corpo insegnanti. Il contesto può favorire oppure essere di ostacolo non solo alle attività scolastiche ma anche alla qualità delle stesse. Ai Dirigenti Scolastici è

stato chiesto di valutare la presenza e la rilevanza di alcuni problemi legati alle caratteristiche dell'area in cui è situata la scuola (Figura 3) e dell'adeguatezza del quartiere in cui si trova la scuola (Tabella 2).

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



Il problema più importante è risultato essere la presenza di traffico, ritenuto rilevante dal 27% dei Dirigenti scolastici e moderato dal 38% degli stessi. Per importanza e gravità seguono la presenza di rifiuti e le trasgressioni legate allo spaccio, al consumo di droghe o abuso di alcol.

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

Per niente bene	0,2
Non molto bene	9,5
Nella media	66,0
Piuttosto bene Molto bene	21,1
Non so	3,2

Secondo il Dirigente Scolastico, il quartiere in cui opera la scuola appare nella media con una percentuale delle risposte pari al 66%.

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	6,4	7,5	2,1
In disaccordo	21,3	27,6	14,9
Abbastanza in disaccordo	9,6	8,5	10,6
Né in accordo né in disaccordo	14,9	14,9	19,1
Abbastanza d'accordo	12,7	5,2	21,3
D'accordo	25,5	27,6	20,2
Completamente d'accordo	5,3	6,3	2,1
Non so	4,2	2,1	9,6

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, il 25% dei Dirigenti è d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (27%).

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	21,6	16,3	8,1	15,3
D'accordo	38,6	30,1	26,2	31,6
Né in accordo né in disaccordo	29,4	34,7	37,3	33,8
Non d'accordo	6,3	11,1	17,0	11,5
Per niente d'accordo	4,1	7,8	11,4	7,7

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	39,8	24,4	10,4	24,8
D'accordo	33,1	29,8	25,3	2,4
Né in accordo né in disaccordo	17,9	25,2	33,4	25,5
Non d'accordo	4,41	10,4	17,5	10,8
Per niente d'accordo	4,8	10,2	13,4	9,47

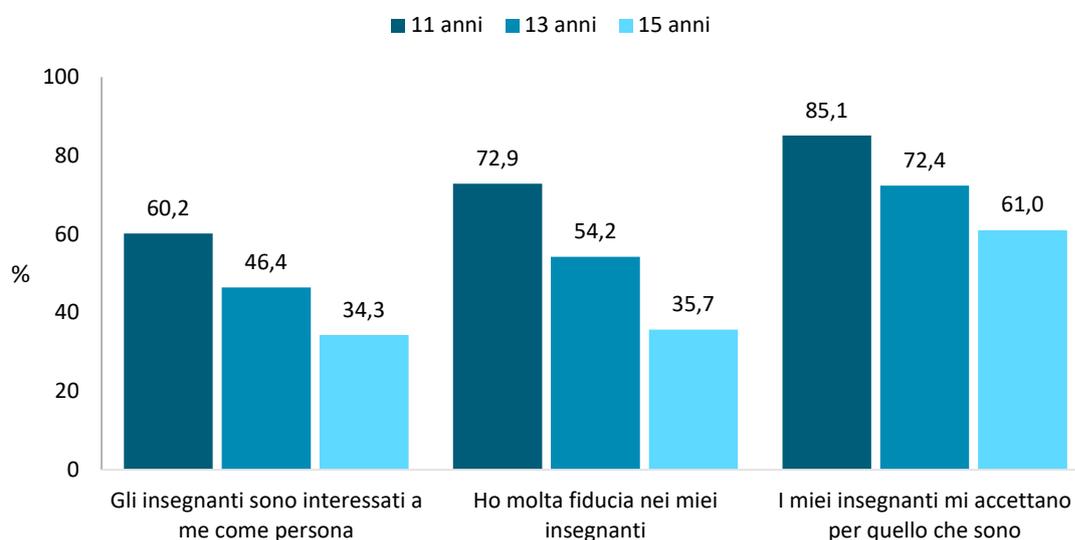
Tabella 6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	52,3	35,6	20,9	36,3
D'accordo	32,8	36,9	40,1	36,6
Né in accordo né in disaccordo	11,0	19,4	26,8	19,0
Non d'accordo	2,2	4,6	7,4	4,7
Per niente d'accordo	1,7	3,5	4,8	3,3

La fascia di ragazzi più giovane è per la maggioranza “molto d'accordo” o “d'accordo” con le tre affermazioni; tale percezione diminuisce con l'avanzare dell'età. I ragazzi di 13 e 15 anni, infatti, sono perlopiù semplicemente “d'accordo” e “né d'accordo né in disaccordo” oppure, in percentuali minori, “non d'accordo”.

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

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



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

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

Il modo in cui i ragazzi si relazionano con i loro pari e con i compagni di scuola rappresenta un ulteriore fattore chiave per lo sviluppo della personalità dei ragazzi, durante l'adolescenza^{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	79,6	67,7	72,1	73,2
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	79,9	69,5	72,8	74,1
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	86,0	80,4	80,1	82,2
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	75,1	69,8	71,2	72,1

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	30,5	12,5	15,5	19,7
D'accordo	37,9	33,7	42,6	38,1
Né in accordo né in disaccordo	22,9	31,1	26,1	26,6
Non d'accordo	6,6	15,7	12,0	11,3
Per niente d'accordo	2,1	7,0	3,8	4,3

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	43,0	25,9	27,7	32,3
D'accordo	33,0	34,6	39,3	35,7
Né in accordo né in disaccordo	17,7	23,6	23,3	21,5
Non d'accordo	3,7	8,7	5,3	5,9
Per niente d'accordo	2,5	7,1	4,3	4,6

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, la percezione della disponibilità dei propri compagni diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 68% di undicenni che sono d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" si registra un 46% di tredicenni ed un 58% 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 (86%) ai 15 anni (57%).

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

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

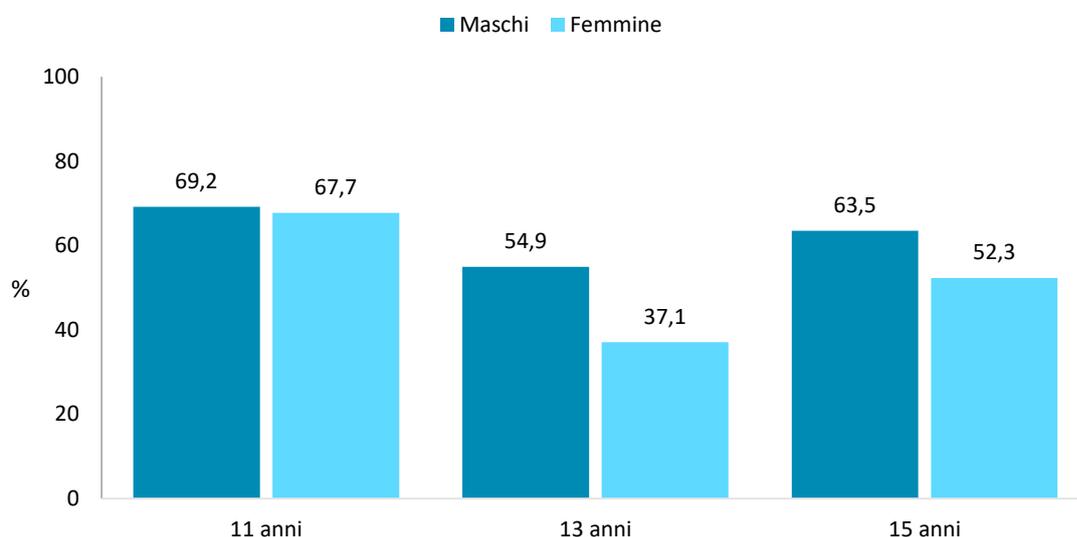
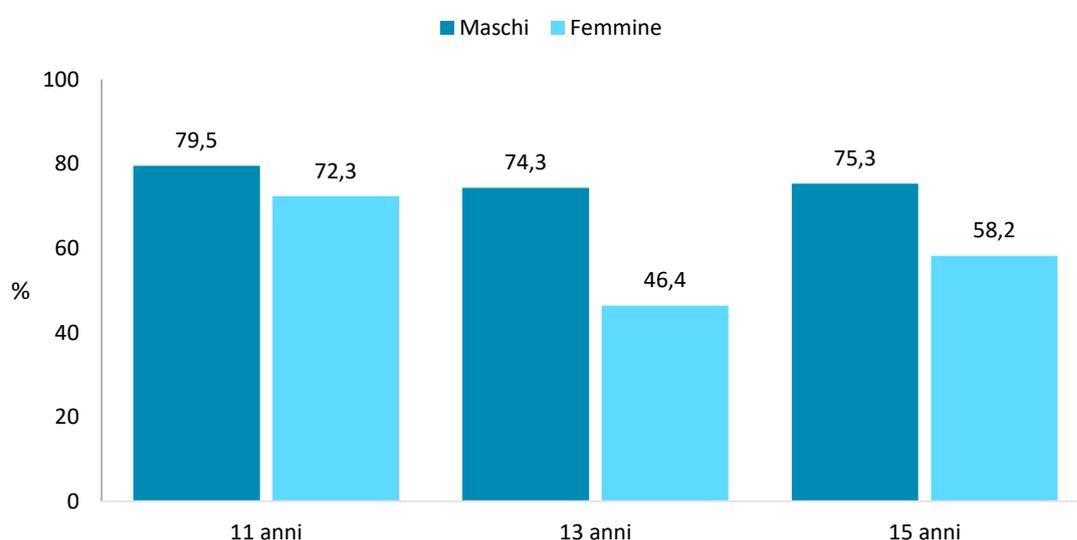


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



Bullismo e cyberbullismo

Il rapporto su bullismo a scuola dell'Unesco¹⁶, è stato pubblicato nel 2019 con l'intento di voler sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno bullismo e incoraggiare i diversi Paesi Europei a intraprendere azioni di contrasto efficaci che siano basate su dati concreti e sulle buone pratiche. Il rapporto analizza il fenomeno in 71 paesi del mondo integrando fonti informative differenti tra le quali anche HBSC. Coerentemente con quanto già osservato nello studio, si conferma che l'Italia è uno tra i paesi con la minore prevalenza di bullismo e tra quelli con

tendenza in riduzione¹⁶. Il bullismo non è una manifestazione violenta come altre, ma un fenomeno sociale che coinvolge giovani di ogni fascia di età. Vittime, spettatori o perpetratori non sempre riescono ad avere consapevolezza di far parte di un percorso di violenza, e non sempre riescono districarsi dalla situazione e dai ruoli nei quali si trovano. Spesso questi atti vengono sottovalutati o erroneamente considerati scherzi innocui, rituali di passaggio o peggio dinamiche accettabili¹⁷. Il bullismo è un tipo di aggressività specifica, caratterizzata da violenza verbale o fisica in cui il comportamento (i) è condotto con l'intenzione di disturbare, infastidire o nuocere l'altro, (ii) si verifica ripetutamente e con continuità nel tempo ed (iii) esiste in presenza di uno squilibrio di potere, con un persona o gruppo più potente che ne aggredisce/attacca uno meno potente che non può adeguatamente difendersi per fermare l'aggressione¹⁸; è di solito più frequente nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo diverso tra ragazzi e ragazze. Spesso le aggressioni fisiche sono più comuni nei ragazzi, mentre quelle verbali e psicologiche nelle ragazze, anche se talvolta indipendentemente dal genere, queste modalità coesistono.

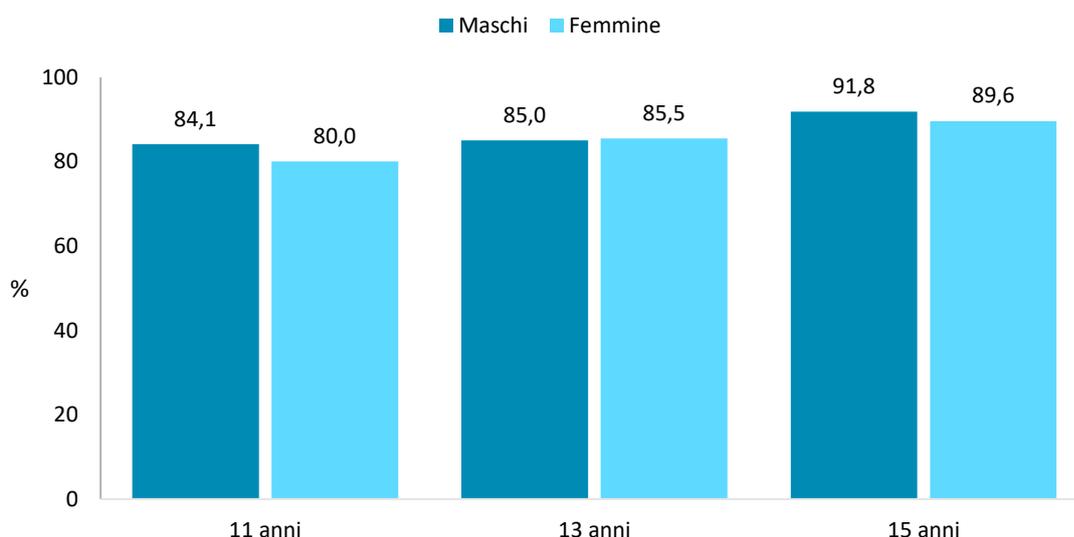
Il cyberbullismo è un'analogia aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, gli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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	82,0	85,2	90,8	86,0
Una o due volte	11,7	9,3	6,0	9,0
Due o tre volte al mese	2,4	2,0	0,7	1,7
Circa una volta alla settimana	1,3	1,1	1,1	1,1
Più volte alla settimana	2,5	2,3	1,4	2,1

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente i ragazzi rispetto alle ragazze 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



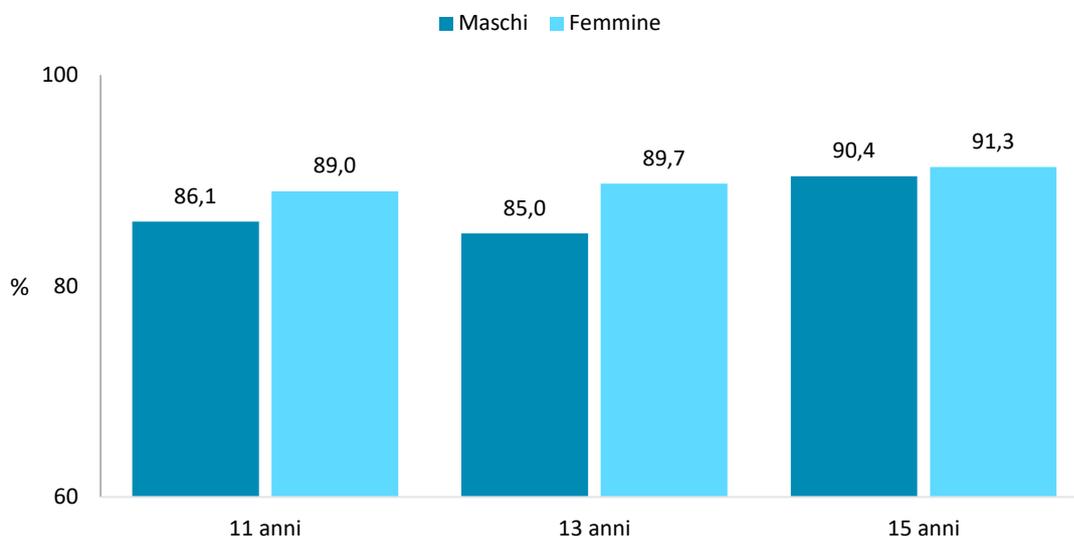
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

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	87,5	87,3	90,8	88,6
Una o due volte	7,4	8,2	6,1	7,2
Due o tre volte al mese	2,1	1,5	1,3	1,6
Circa una volta alla settimana	1,2	1,1	0,7	1,0
Più volte alla settimana	1,7	1,8	1,1	1,5

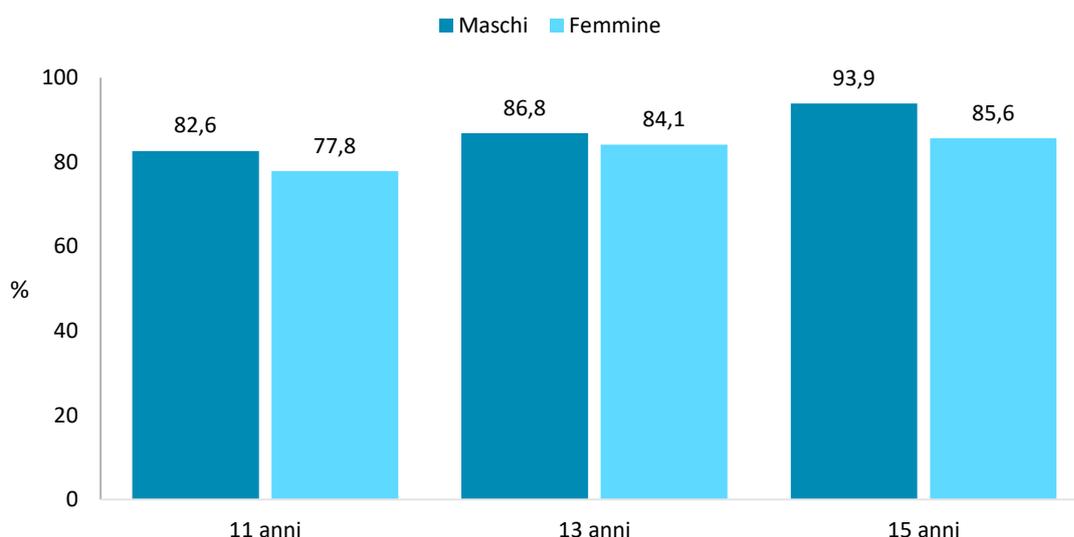
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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



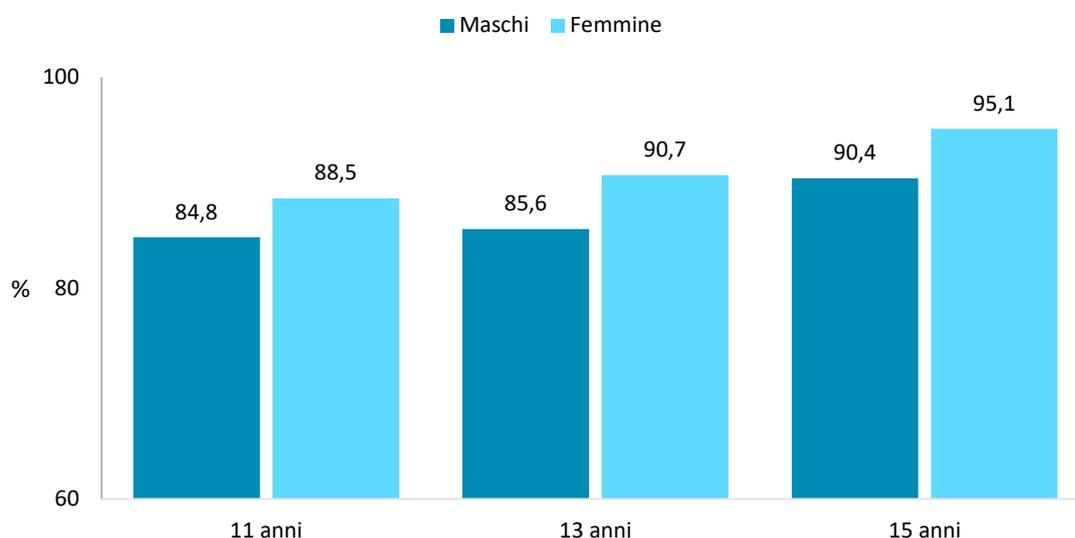
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	65,3	63,4	73,6	67,5
Una volta	15,7	16,2	15,4	15,8
Due volte	7,6	7,1	4,4	6,4
Tre volte	2,9	3,3	2,3	2,8
Quattro volte o più	8,5	10,0	4,3	7,5

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

La scuola

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

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

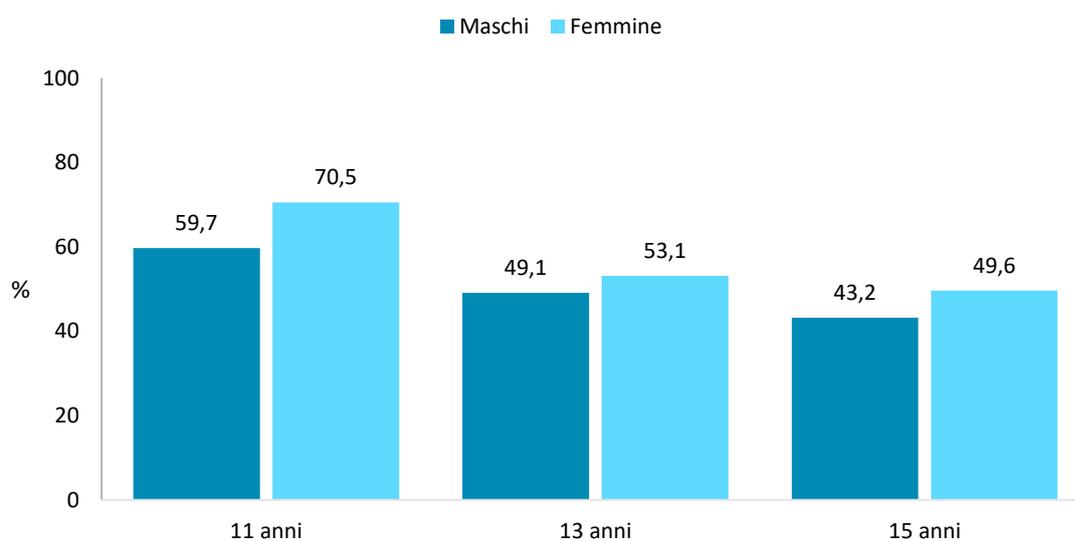
In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	14,0	7,0	5,5	8,8
Abbastanza	50,9	44,1	40,8	45,3
Non tanto	25,4	33,6	37,0	32,0
Non mi piace per nulla	9,6	15,3	16,7	13,9

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 (%)



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

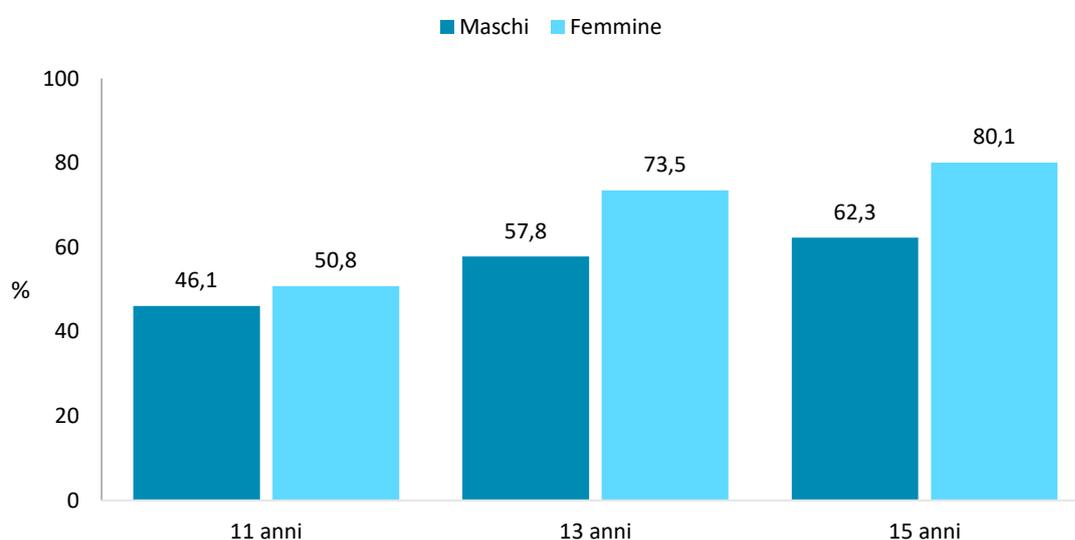
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Per niente	9,5	5,5	5,1	6,8
Un po’	42,1	29,0	23,9	3,7
Abbastanza	28,9	33,0	34,8	32,2
Molto	19,4	32,5	36,1	29,3

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



Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	50,7	47,0
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	62,2	54,2
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	62,5	57,8
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	86,8	86,0
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	92,1	85,2
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	62,3	54,1
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	56,7	61,5

Conclusioni

La lettura dei dati consente di delineare le caratteristiche degli istituti di istruzione e dei quartieri nei quali essi insistono mostrando criticità in ambo i casi: le scuole, secondo i Dirigenti Scolastici, avrebbero bisogno di ristrutturazioni e adeguamenti e le aree in cui sono situate generalmente non risultano soddisfacenti per la scarsa adeguatezza dei luoghi di incontro e la carenza di iniziative culturali.

La scuola, da parte sua, è abitualmente impegnata in attività di promozione della salute, intesa come sviluppo di competenze in nutrizione e alimentazione, attività fisica e sport, prevenzione di violenza, bullismo e abuso di sostanze, mentre favorisce il coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche.

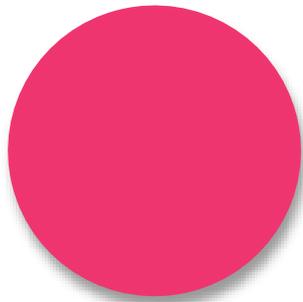
Rispetto alle percezioni dei giovani in ordine al rapporto con gli insegnanti, si rileva un decrescere della fiducia con l'avanzare dell'età e, parimenti, un decremento nel sentirsi accettati per quel che si è, sovrapponibile a quello della precedente indagine (2018). La sensazione di essere accolti in maniera gentile e disponibile nel gruppo dei pari rivela un andamento decrescente con l'aumentare dell'età con un trend simile ai precedenti report.

Rimane alta l'attenzione della scuola per eventi di bullismo e cyberbullismo, fenomeni generalmente scarsamente presenti sia nella loro forma attiva che passiva, ma comunque da attenzionare. Si conferma che il cyberbullismo quando è presente interessa maggiormente le ragazze e diminuisce col crescere dell'età. Rispetto al 2018 la frequenza di cyberbullismo è aumentata, come anche lo stress derivante dal lavoro scolastico.

Complessivamente, i dati evidenziano che il gradimento degli studenti rispetto alla scuola diminuisce col crescere dell'età in entrambi i sessi, anche se la frequenza di giudizio positivo è più diffusa tra le ragazze in tutte le fasce di età. Purtroppo rispetto alla precedente rilevazione 2018, si evidenzia una diminuzione del gradimento scolastico.

Bibliografia essenziale

- ¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ²Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- ⁶ Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, 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.
- ¹⁶ UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- ¹⁸Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «*JAMA: Journal of the American Medical Association*», 285, pp. 2094-2100.
- ¹⁹Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- ²⁰Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)
- ²¹Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt.



CAPITOLO 6

Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze

Introduzione

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

Uso di sostanze

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

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

Fumo

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	98,6	91,6	72,6	87,6
1-2 giorni	1,2	3,2	8,7	4,4
3-5 giorni	0,0	1,0	3,9	1,7
6-9 giorni	0,1	0,8	1,9	0,9
10-19 giorni	0,0	0,7	3,2	1,3
20-29 giorni	0,0	0,4	3,4	1,3
30 giorni o più	0,1	2,3	6,4	2,9

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,3	91,3	77,3	89,4
1-2 giorni	0,4	3,8	9,6	4,6
3-5 giorni	0,0	1,2	3,2	1,5
6-9 giorni	0,0	1,3	2,9	1,4
10-19 giorni	0,0	0,7	2,1	0,9
20-29 giorni	0,1	0,6	1,6	0,7
30 giorni o più	0,1	1,1	3,3	1,5

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato; la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 98,6% degli undicenni al 91,6% dei tredicenni sino al 72,6% dei quindicenni

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

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

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

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	84,5	62,9	31,2	59,6
1-2 giorni	8,0	17,0	16,8	13,9
3-5 giorni	3,9	6,8	9,6	6,8
6-9 giorni	1,2	4,1	10,3	5,2
10-19 giorni	1,0	3,3	10,9	5,1
20-29 giorni	0,3	1,0	5,0	2,1
30 giorni o più	1,0	4,8	16,2	7,4

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	91,8	78,7	49,4	73,3
1-2 giorni	5,4	11,0	25,4	13,9
3-5 giorni	1,5	4,7	11,5	5,9
6-9 giorni	0,7	2,3	6,1	3,0
10-19 giorni	0,1	1,6	4,3	2,0
20-29 giorni	0,1	0,5	1,4	0,7
30 giorni o più	0,5	1,3	1,9	1,2

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tale percentuale si riduce però con l'aumentare dell'età, passando dal 84,5% degli undicenni al 62,9% dei tredicenni sino al 31,2% dei quindicenni.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0,5	1,9	2,0	1,4
Femmine	0,5	0,6	1,9	1,0

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	5,0	4,7	16,2	73,4
Vino	0,6	2,8	4,6	17,3	74,6
Superalcolici	0,6	4,4	6,0	15,4	73,6
Alcolpops	0,7	2,6	4,3	11,8	80,6
Spritz	0,6	3,2	4,2	13,4	78,6
Altra bevanda alcolica	0,8	4,9	6,0	15,4	72,9

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.

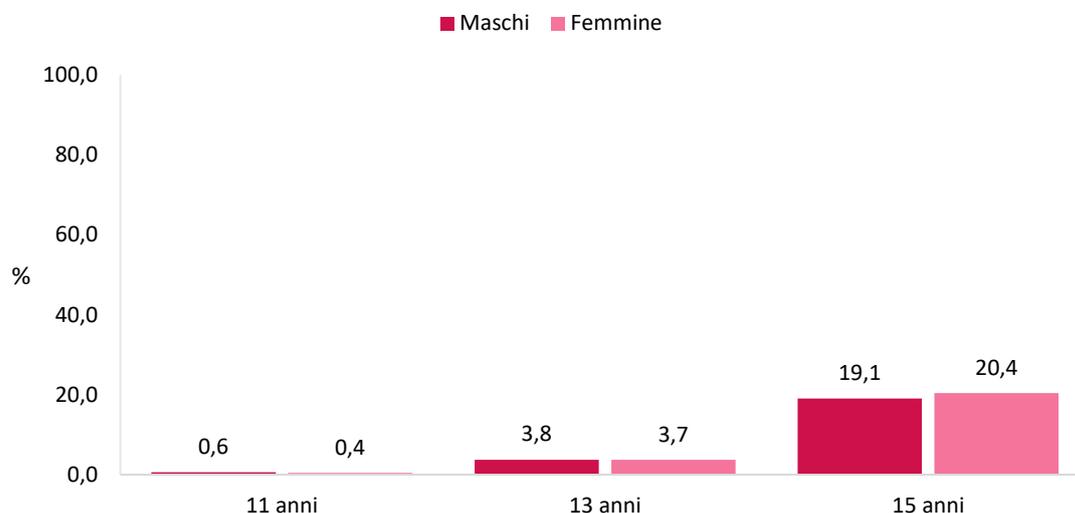
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	97,6	90,2	67,6
Si, una volta	1,9	6,0	12,7
Si, 2-3 volte	0,4	1,4	12,1
Si, 4-10 volte	0,0	1,5	4,0
Più di 10 volte	0,1	0,9	3,6

Il fenomeno dell'ubriachezza si incrementa sensibilmente con l'aumentare dell'età

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

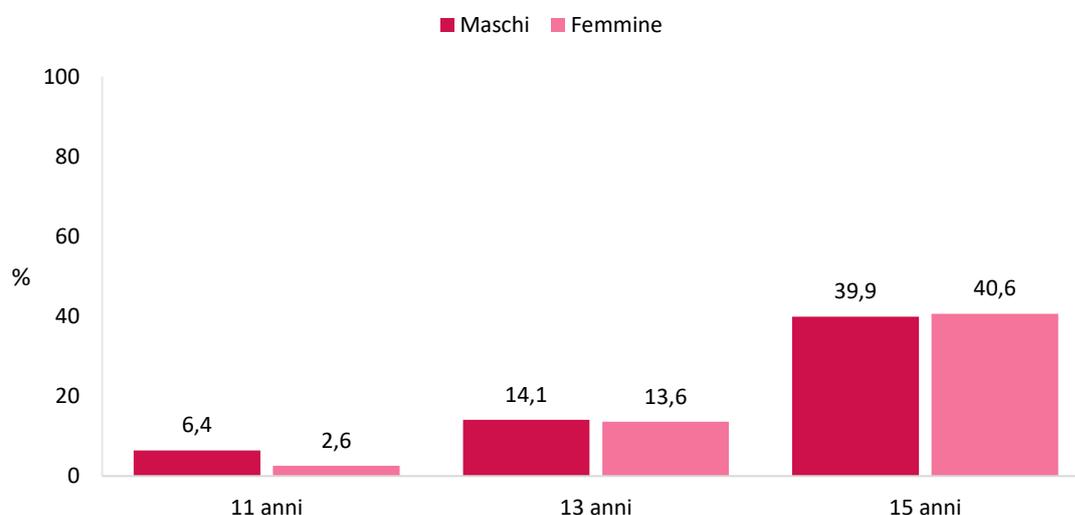


I maschi, in percentuale simile alle femmine, dichiarano di essersi ubriacati due volte o più nella vita.

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



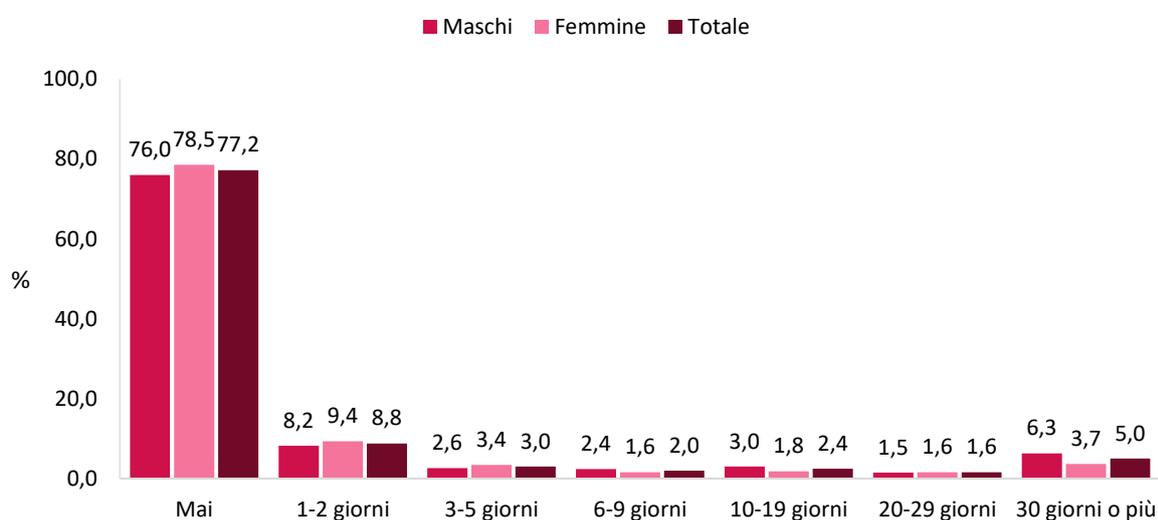
I maschi all'età di 13 e 15 anni, dichiarano di aver consumato in un'unica occasione 5 o più bicchieri di alcol, in percentuale simile alle femmine, mentre all'età di 11 anni, i maschi risultano in percentuale maggiore rispetto alle femmine (6,4% vs 2,6%); tale fenomeno del binge drinking aumenta con l'età.

Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane 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 consumano cannabis, mentre il 5% ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

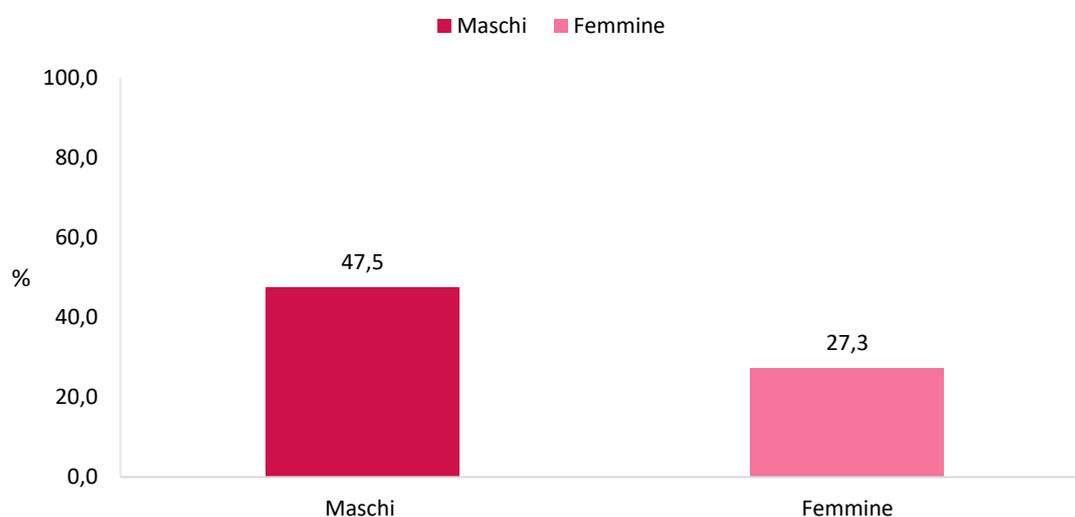
Gioco d'azzardo

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 rispetto alle femmine.

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	6,9	6,4	7,2
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	25,8	21,3	23,7
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	52,6	47,1	58,7
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	21,8	19,9	18,6
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	38,8	40,6	40,8
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	23,3	21,1	25,7
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	38,9	36,0	41,7

Lo stato socio economico familiare non sembra determinare differenze sostanziali nelle diverse fasce d'età, anche se alcuni comportamenti scorretti, relativi al consumo di alcol, fumo di cannabis e gioco d'azzardo, si apprezzano maggiormente nel livello di FAS alto.

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	30,5	27,4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	47,8	50,6
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	17,4	19,7
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	43,3	40,3
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	21,5	12,5
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	48,8	37,6

Nel periodo post pandemico si evidenzia una sensibile riduzione del consumo di cannabis e del gioco d'azzardo ed in misura minore anche del fumo di sigaretta.

Conclusioni

I dati riportati confermano la diffusione nei giovani adolescenti di acquisire precocemente comportamenti a rischio in grado di compromettere la loro salute a breve e a lungo termine, con ricadute in ambito sociale. Tuttavia nel periodo post pandemico, messo a confronto con il precedente, appare evidente una leggera flessione di tali cattivi comportamenti, che continuano spesso a manifestarsi in età precoce (11 anni) ma sono più frequenti a 15 anni. Si mantengono le differenze di genere, con le femmine che prevalgono sui maschi nel fumare le sigarette, mentre i maschi prevalgono in particolare nell'abitudine al gioco d'azzardo. Minore è la differenza per genere nel consumo di cannabis ed alcol, che risulta lievemente a favore dei maschi. E' pressochè uguale la differenza di genere nella pratica del Binge Drinking.

Bibliografia essenziale

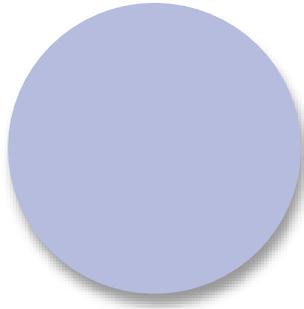
¹Nationa Institute on Drug abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>

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, Pförtner 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.

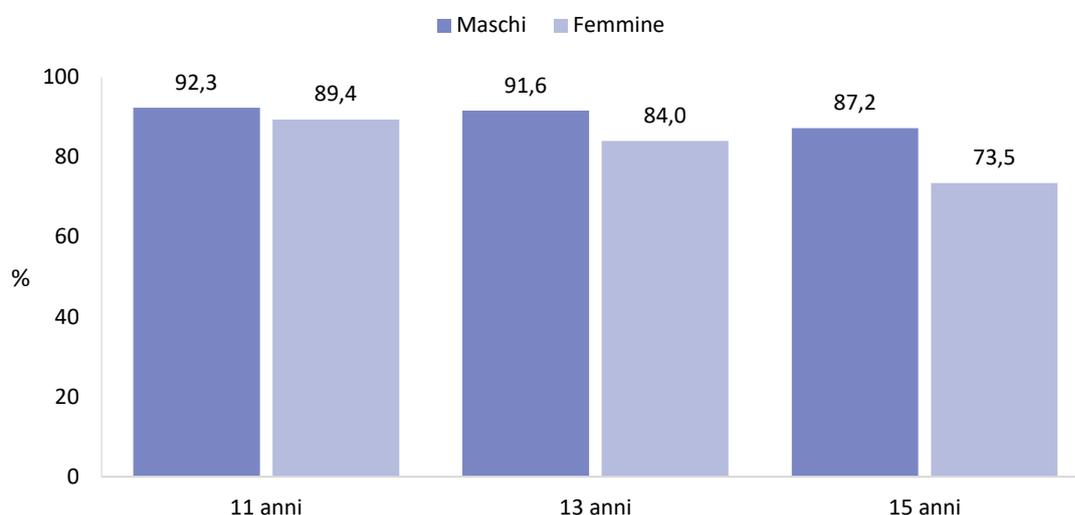
Tabella 1. “Diresti che la tua salute è...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	36,6	36,2	26,9	33,2
Buona	54,3	51,7	53,6	53,2
Discreta	8,1	10,0	16,9	11,7
Scadente	1,0	2,1	2,6	1,9

Dai dati in tabella si evince che circa il 86,4% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione maggiormente positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di 11 e 13 anni di età.

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

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all’aumentare dell’età ed è più rilevante la differenza di genere a favore dei maschi, con aumento del divario a 15 anni tra maschi (87,2%) e femmine (73,5%).

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.

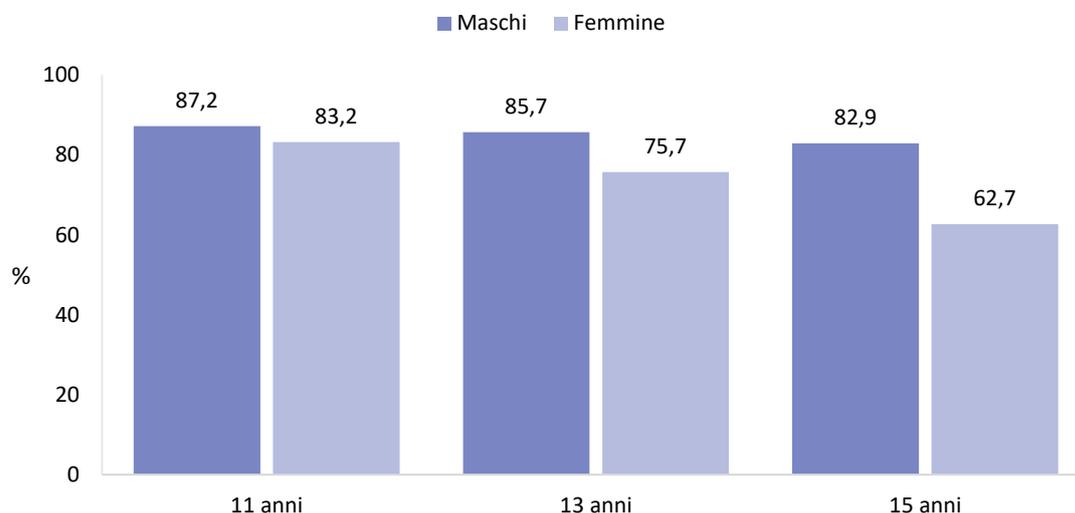
Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	14,7	19,2	26,9	20,3
≥6	85,3	80,8	73,1	79,7

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

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 all'età di 11 anni lievi differenze, mentre con la crescita queste diventano più sostanziali fino all'età di 15 anni, quando un buon livello di soddisfazione viene maggiormente riferito dai maschi (maschi 82,9%, femmine 62,7%).

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 (%)

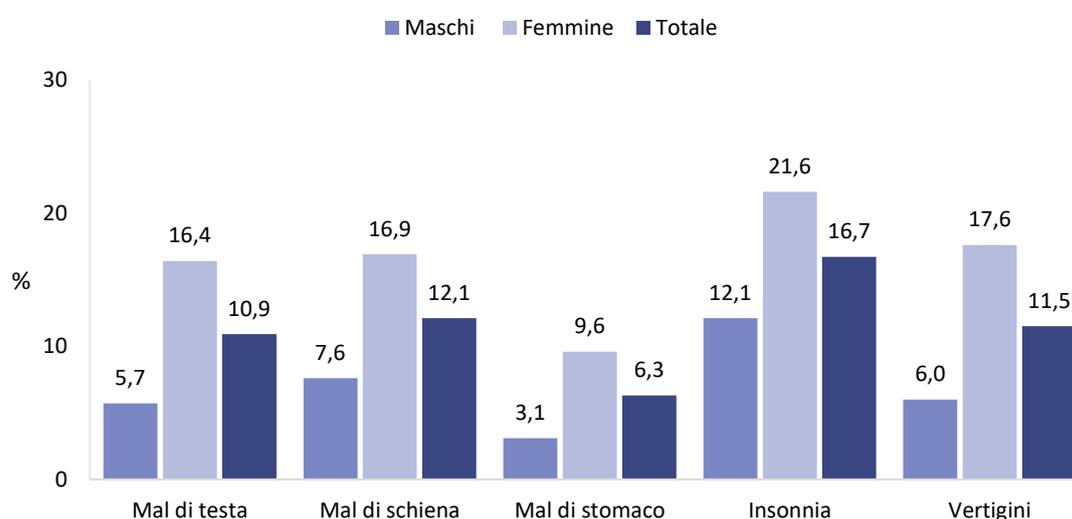
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	43,2	49,9	51,9	48,3
Più di una volta a settimana	28,0	29,9	29,6	28,2
Circa una volta a settimana	16,0	14,2	11,4	13,9
Circa una volta al mese	10,2	6,5	5,7	7,4
Raramente o mai	2,6	2,5	1,5	2,2

Si evidenzia un incremento percentuale con l’aumentare dell’età nella voce “circa ogni giorno”.

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).

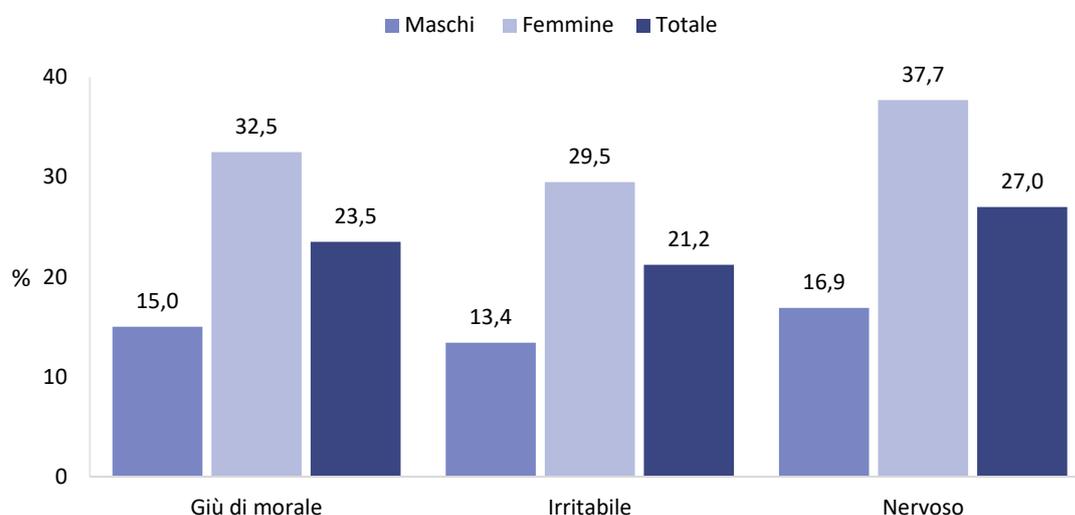
Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



L’insonnia è il sintomo maggiormente riferito dai ragazzi in totale con una percentuale del 16,7%.; nel confronto per genere, si evidenzia nelle femmine una maggior percentuale per tutti i sintomi considerati.

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



I ragazzi riferiscono di soffrire di disturbi dell'umore quotidianamente ed i diversi sintomi esaminati risultano prevalere maggiormente nelle femmine 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	39,9	38,9	38,0	38,9
Sì	60,1	61,1	62,0	61,1

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	22,9	16,2	19,6
No	77,1	83,8	80,4

Si rileva che il 19,6% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	74,3	55,7	66,9
Pillola	14,0	12,9	13,5
Coito interrotto	53,4	64,3	57,8
Contracezione di emergenza	15,8	10,0	13,5
Giorni fertili	22,5	28,6	25,0
Altri metodi	2,9	0,0	1,7

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare si rileva che una alta percentuale di ragazzi non usa costantemente il preservativo.

Benessere psicologico

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

La Tabella 7 mostra la frequenza di ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

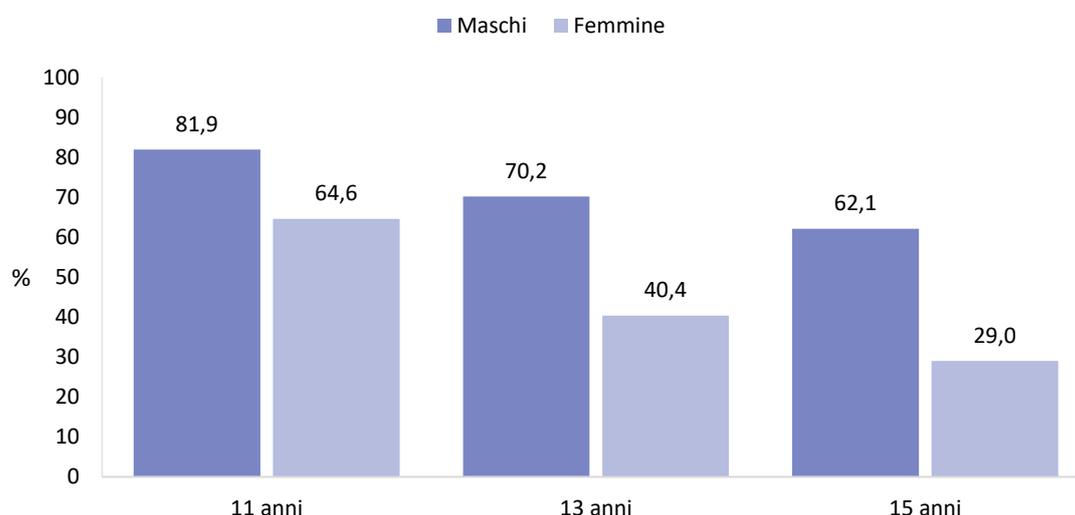
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	73,4	55,6	46,0	58,3
$< 12,5$	26,6	44,4	54,0	41,7

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Un più basso livello è stato espresso maggiormente dai ragazzi di 15 anni.

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 sostanziali differenze di genere con percentuali più alte a favore dei maschi.

Solitudine percepita

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	32,9	15,6	24,4
Raramente	33,3	24,0	28,8
A volte	22,5	34,7	28,4
La maggior parte delle volte	8,6	20,4	14,3
Sempre	2,8	5,3	4,0

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	48,5	52,9	56,4	52,6
Una volta	26,1	24,5	22,0	24,2
Due volte	12,3	12,8	11,6	12,2
Tre volte	5,6	5,0	5,2	5,3
Quattro volte o più	7,5	4,8	4,8	5,7

In generale, solo il 52,6% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi, tali da richiedere 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	24,2	19,8	16,0
≥ 6	75,8	80,2	84,0

I ragazzi riferiscono una migliore soddisfazione di vita nel caso di livello di FAS più elevato.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 11, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 del livello di soddisfazione di vita. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che può aver inciso sulla percezione dei ragazzi riguardo alla soddisfazione di vita. 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	11,5	20,3
≥ 6	88,5	79,7

La pandemia ha condizionato negativamente il livello di soddisfazione di vita percepita dai ragazzi.

Conclusioni

La percezione dei ragazzi relativamente al proprio stato di salute ed il grado di soddisfazione di vita si riduce in modo percentuale con l'aumentare dell'età dagli 11 ai 15 anni. L'analisi dei dati circa la differenza di genere indica una insoddisfazione maggiore per le femmine che, inoltre, riportano anche una prevalenza dei sintomi considerati. Il divario tra maschi e femmine risulta aumentato rispetto alla rilevazione del 2018 in cui vi era una differenza a favore delle femmine di circa 5 punti percentuali rispetto agli attuali 20 punti. Per quanto riguarda le abitudini sessuali, si evidenzia che è in lieve riduzione l'uso del preservativo rispetto ai restanti metodi contraccettivi (69,8% nel 2018 vs 66,9% nel 2022).

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., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being

in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*.

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.

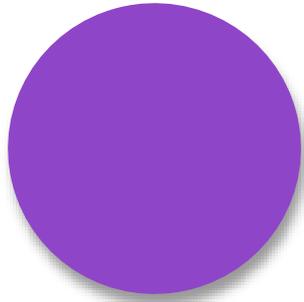
¹⁴Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescence Research*, 16:293-303.

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: IstitutoSuperiore di Sanità.

¹⁸Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K: TheWHO (Ten) Well-Being Index: validation indiabetes. *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.

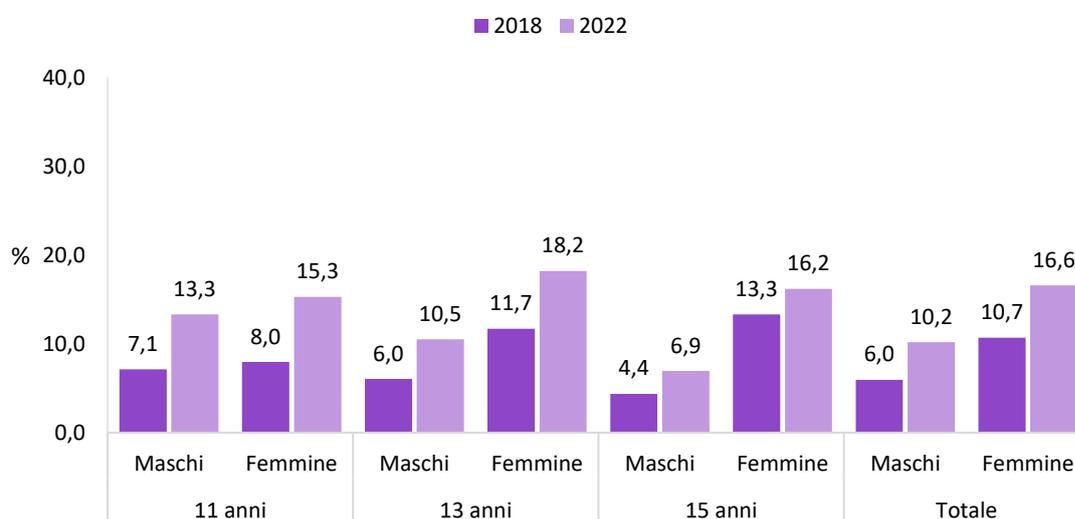
Tabella 1. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	75,2	78,8	83,8	79,3
Amici di un gruppo allargato	49,6	44,1	49,6	47,8
Amici conosciuti tramite internet	15,0	19,9	24,2	19,7
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	52,4	50,1	52,2	51,6

Circa 1 ragazzo su 5 ha contatti online con persone conosciute tramite internet, in particolare questa tipologia di utilizzo dei social media aumenta con l'età.

Nell'indagine HBSC sono inoltre presenti alcune domande relative all'uso problematico dei social media (introdotta 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

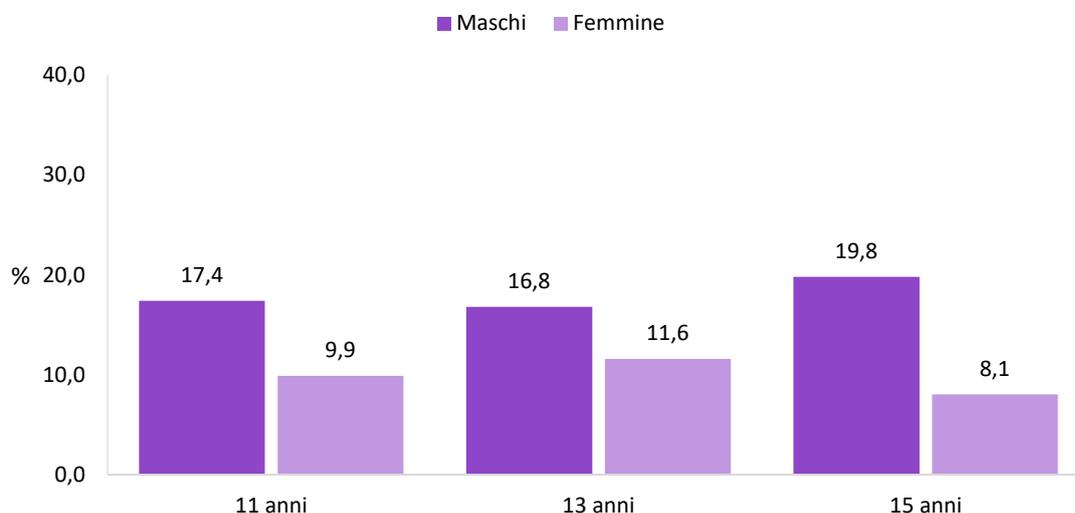


Nel 2022 l'uso problematico dei social media risulta aumentato rispetto al 2018 pur mantenendo costante una differenza di genere, per età, a favore delle femmine.

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.

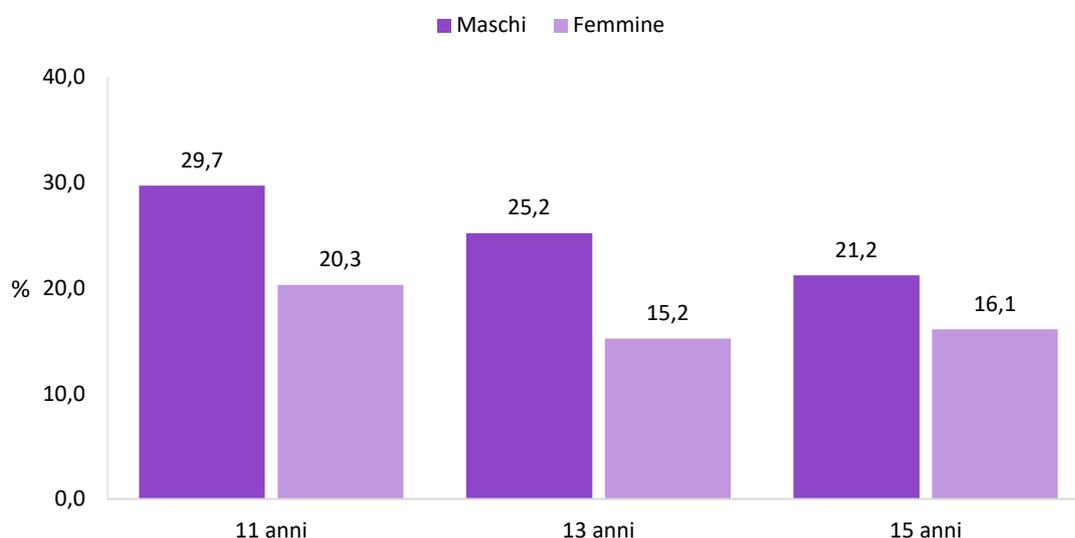
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere (%)



Si rileva una significativa prevalenza di genere a favore dei maschi che dedicano almeno 4 ore in un giorno ed un incremento con l'aumentare dell'età.

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 (%)



Si rileva che l'uso problematico dei videogiochi è prevalente nei maschi in tutte le fasce di età con un decremento progressivo dagli 11 ai 15 anni.

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	77,0	80,4	81,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	43,8	74,9	52,6
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	20,4	18,0	21,8
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	49,5	53,2	52,1
Uso problematico dei social media	13,7	12,8	13,1
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	17,8	14,3	12,1
Uso problematico dei videogiochi	24,3	21,9	19,6

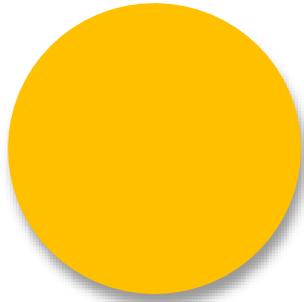
Gli indicatori non sembrano essere sensibilmente influenzati dal livello di FAS, eccetto che nell'uso problematico dei videogiochi in cui la percentuale maggiore è correlata ad un FAS basso (24,3% vs 19,6%).

Conclusioni

L'uso dei social media è largamente diffuso tra i ragazzi di 11, 13 e 15 anni e l'uso problematico è maggiormente frequente tra le ragazze per ogni fascia d'età e risulta aumentato rispetto al periodo pre-pandemico. Coloro che giocano con i videogiochi, invece, sono prevalentemente i maschi, ed il loro utilizzo come passatempo si riduce con l'aumentare dell'età.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 9

COVID-19

Introduzione

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

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

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

Positività al COVID-19

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

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

	Maschi	Femmine
11 anni	56,6	54,2
13 anni	46,0	46,6
15 anni	45,1	40,5
17 anni	45,3	47,0
Totale	48,3	47,1

In Tabella 1, si nota che il 56,6 % dei ragazzi di 11 anni, il 46,0 % dei ragazzi di 13 anni, il 45,1 % dei ragazzi di 15 anni, il 45,3 % dei ragazzi di 17 anni è risultato positivo al COVID-19. Soltanto nella fascia di età di 15 anni vi è una differenza dove le femmine sono il 40,5 % rispetto al 45,1 % dei maschi.

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	79,3	13,2
13 anni	76,0	13,4
15 anni	74,0	14,5
17 anni	74,4	16,1
Totale	76,0	14,2

In Tabella 2, si nota che il 79,3 % dei ragazzi di 11 anni, il 76,0 % dei ragazzi di 13 anni, il 74,0 % dei ragazzi di 15 anni, il 74,4 % dei ragazzi di 17 anni ha avuto una familiare positivo al

COVID-19 e il 14,2 % dei ragazzi ha dichiarato che ha avuto un familiare ospedalizzato a causa della infezione, la percentuale cresce con il crescere dell'età per gli undicenni soltanto il 13,2 % per salire progressivamente al 16,1 % nei diciassetenni.

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	32,6	43,5	23,9	40,7	43,4	16,0
La tua salute	17,1	44,7	38,2	22,4	45,1	32,5
I rapporti con la tua famiglia	10,7	33,6	55,6	19,3	30,9	49,8
I rapporti con i tuoi amici	21,3	31,1	47,6	25,5	32,8	41,7
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	31,5	34,9	33,6	53,0	28,3	18,6
Il tuo rendimento scolastico	22,9	34,7	42,5	21,2	39,6	39,2
L'assunzione di cibi e bevande	19,0	46,0	35,0	32,0	40,7	27,3
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	42,2	24,0	33,8	44,5	27,3	28,1
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	20,2	46,5	33,3	28,5	42,4	29,1
La situazione finanziaria familiare	17,5	46,5	36,0	16,3	52,2	31,5

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

Le femmine hanno dichiarato un impatto peggiore rispetto ai maschi per tutti i parametri, ad eccezione del rendimento scolastico e della situazione finanziaria della famiglia dove le i risultati sono più favorevoli per le femmine. Le misure adottate per il lockdown sono state valutate negativamente soprattutto per l'aspetto relativo alla gestione di emozioni e stress, dove la differenza di percezione tra i due generi supera il 20% (31,5% per i maschi vs 53% per le femmine).

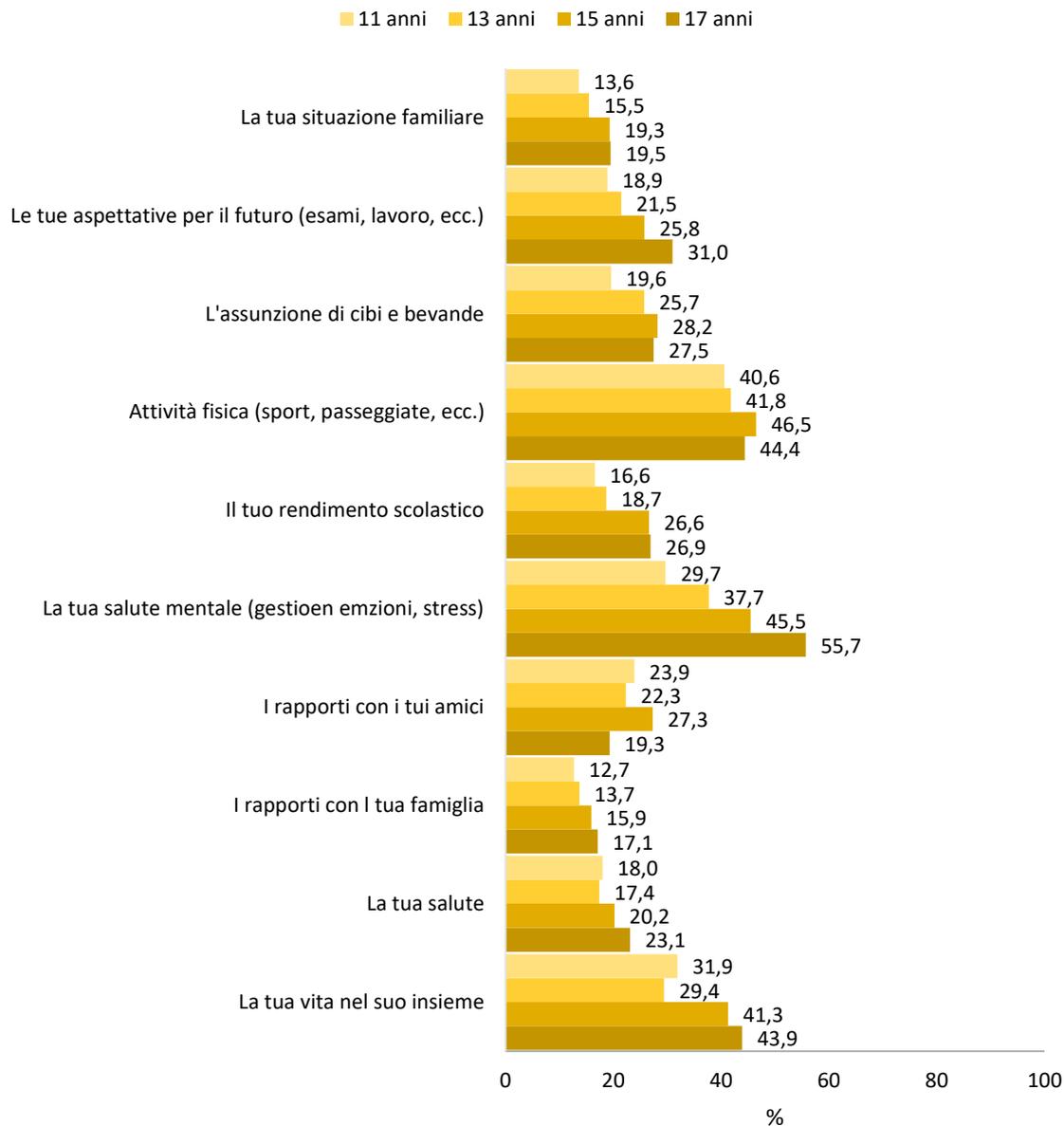


Figura 1. - Impatto del COVID-19 per età; risposta molto/abbastanza negativo

Si nota che i ragazzi più grandi hanno avuto un impatto molto/abbastanza negativo rispetto ai ragazzi più piccoli, in particolare rispetto alla propria salute mentale e alle aspettative per il futuro.

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.

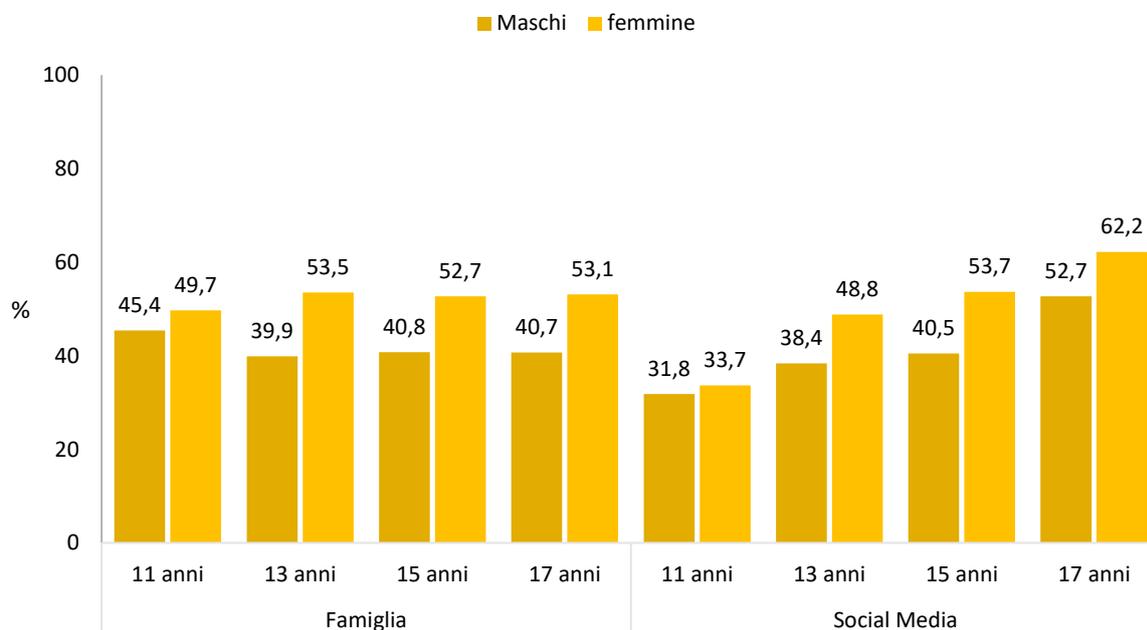
Tabella 4. "Con quale frequenza hai usato ciascuna delle seguenti fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19?" per genere (%)

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	58,3	41,7	47,8	52,2
Amici	85,8	14,2	82,4	17,6
Insegnanti e altro personale scolastico	78,7	21,3	71,0	29,0
Giornali, riviste, radio e tv	45,0	55,0	43,7	56,3
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	59,3	40,7	51,1	48,9
Autorità sanitarie nazionali	64,0	36,0	66,3	33,7
Blogger/influencer online	87,0	13,0	83,1	16,9
Altre fonti	92,7	7,3	95,2	4,8

Non si segnalano differenze di genere rispetto alle fonti consultate, che risultano essere prevalentemente giornali, riviste radio e tv, seguiti da familiari e social media.

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

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



In Figura 2, si nota che in tutte le fasce di età la famiglia è stata consultata maggiormente dalle femmine rispetto ai maschi. Per quanto riguarda i social media il loro utilizzo come fonte informativa cresce con l'età ed è sempre maggiore per le femmine 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	45,8	54,2	36,6	63,4
Lavato regolarmente le mani	31,6	68,4	21,4	78,6
Indossato una mascherina protettiva	15,3	84,7	7,6	92,4
Usato un igienizzante per le mani	37,7	62,3	19,8	80,2
Evitato di toccarti il viso	69,0	31,0	58,5	41,5
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	39,4	60,6	31,9	68,1
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	37,5	62,5	28,8	71,2
Evitato assembramenti di persone	54,2	45,8	40,2	59,8
Sei rimasto a casa in generale	54,1	45,9	46,7	53,3
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	30,2	69,8	22,6	77,4

In Tabella 5, si nota che le femmine hanno utilizzato maggiormente dispositivi di protezione rispetto ai maschi. Per le voci “Evitato assembramenti di persone” e “Sei rimasto a casa in generale”, i maschi hanno risposto in maggioranza “mai/raramente/a volte”, mentre le femmine “spesso/sempr”.

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

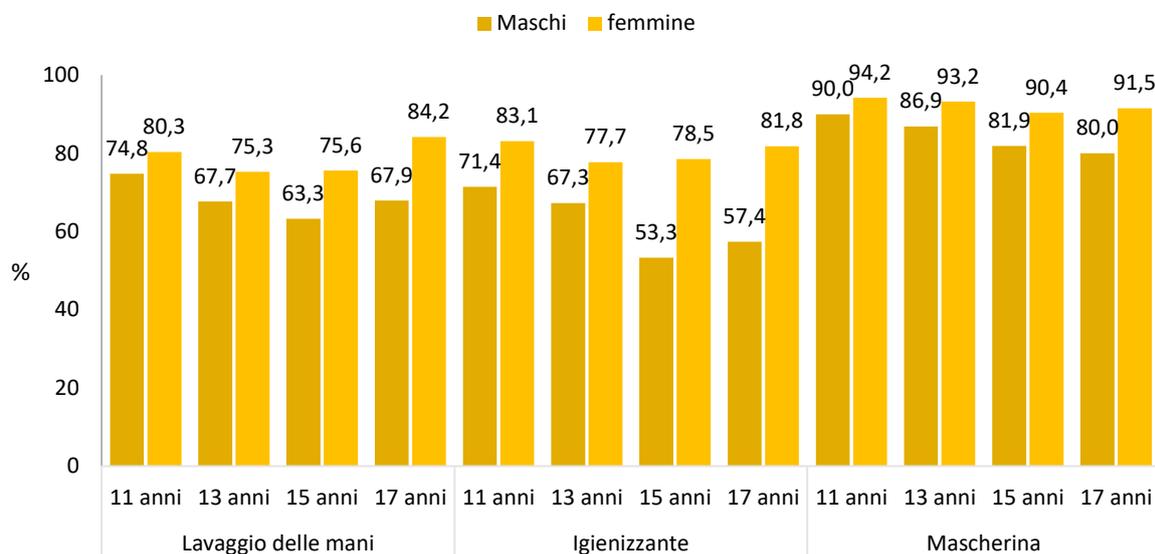
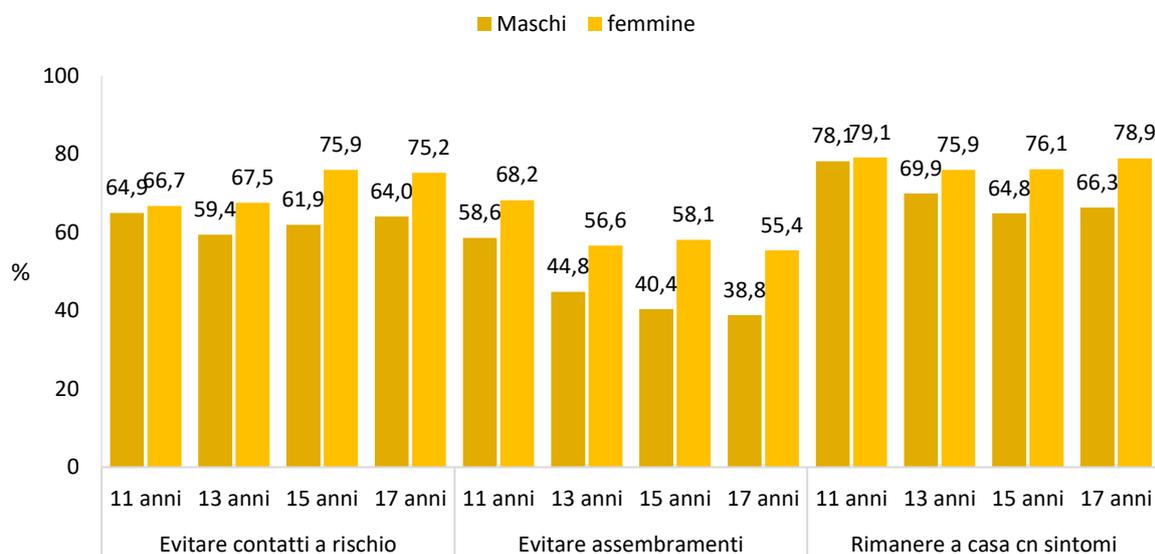


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Le Figure 3a e 3b evidenziano che le femmine hanno sempre adottato in percentuale maggiore le misure di protezione.

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

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

Tabella 6. Consultazione "spesso/sempre" delle seguenti fonti stratificate per il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	42,3	47,9	49,7
Amici	15,0	15,5	15,9
Insegnanti e altro personale scolastico	24,2	24,7	25,9
Giornali, riviste, radio e tv	53,9	56,8	55,8
Social media (es, Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	45,0	44,6	43,8
Autorità sanitarie nazionali	31,7	35,1	37,7
Blogger/influencer online	16,5	13,8	15,0
Altre fonti	5,9	5,7	6,8

I dati della tabella 6 non mostrano differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate.

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

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

Tabella 7. Adozione "spesso/sempre" delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	57,8	59,5	56,8
Lavato regolarmente le mani	72,0	74,0	73,2
Indossato una mascherina protettiva	87,6	89,1	88,0
Usato un igienizzante per le mani	69,4	71,2	71,7
Evitato di toccarti il viso	34,1	36,5	35,8
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	60,5	65,3	66,9
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	66,7	67,1	66,4
Evitato assembramenti di persone	51,2	53,3	51,1
Sei rimasto a casa in generale	51,5	49,7	45,5
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	71,0	75,2	72,9

I dati della tabella 7 non mostrano differenze rispetto al FAS circa l'adozione delle misure di protezione.

Conclusioni

I dati raccolti evidenziano come nella regione Lazio la pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto negativo sul benessere, sulla salute e sugli stili di vita degli adolescenti e delle loro famiglie.

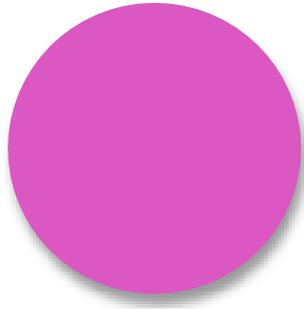
Il principale impatto negativo è stato percepito per le limitazioni sull'attività fisica in entrambi i generi e per la propria salute mentale (gestione emozioni e stress) soprattutto per le femmine e in maniera più evidente nei diciassetenni, tra i quali la pandemia ha peggiorato anche le aspettative per il futuro.

Le fonti consultate dai ragazzi di entrambi i generi per avere informazioni in merito all'evoluzione della situazione epidemiologica, sono rappresentate da giornali, riviste, radio e tv, al secondo posto i familiari. La maggior parte degli adolescenti ha rispettato le disposizioni di sicurezza e le misure di protezione, soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo delle mascherine. Le ragazze hanno osservato le disposizioni in percentuale maggiore.

Non sono evidenziabili differenze in base al FAS relativamente alle fonti utilizzate a scopo informativo e all'utilizzo di misure di protezione.

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)	77,2
Solo madre	15,2
Solo padre	2,7
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2,3
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	2,7
Totale	100

Nel 77,2% dei casi i ragazzi vivono con entrambi i genitori.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	23,4
1 fratello o sorella	57,1
2 o più fratelli o sorelle	19,6
Totale	100

Più della metà del campione (57%) ha un solo fratello o sorella, mentre i figli unici sono rappresentati dal 23,4%.

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	18,3
Facile	29,7
Difficile	23,9
Molto difficile	22,1
Non ho o non vedo mai questa persona	6,0
Totale	100

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

Molto facile	28,3
Facile	37,0
Difficile	23,4
Molto difficile	9,8
Non ho o non vedo mai questa persona	1,5
Totale	100

Confrontando le due tabelle (3 e 4) i ragazzi trovano facile 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	26,8
Medio	54,9
Alto	18,3
Totale	100

Circa 1 famiglia su 2 si colloca nella fascia di Family Affluence Scale (FAS) di tipo medio.

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

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

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

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

Mai	24,1
Un giorno	3,7
Due giorni	5,6
Tre giorni	7,9
Quattro giorni	4,8
Cinque giorni	53,9

Poco più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola (54%). E' alta la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (24%).

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	48,2
La maggior parte dei giorni	40,6
Circa una volta alla settimana	7,1
Meno di una volta alla settimana	1,8
Mai	2,4

Una elevata percentuale (88,8%) dei diciassetenni consuma i pasti con la propria famiglia.

Consumo di frutta e verdura

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

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

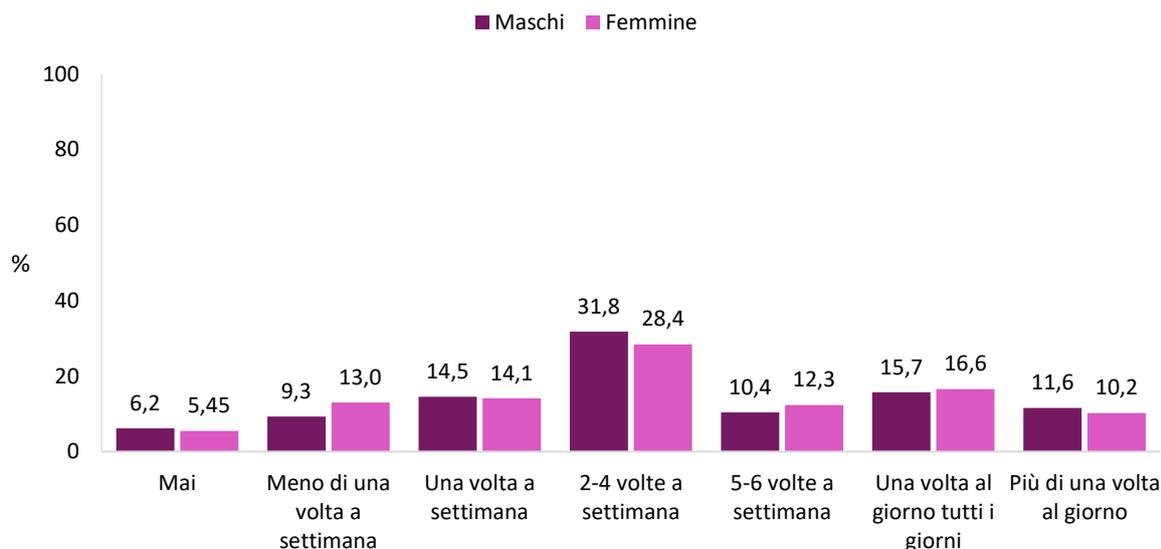
Tabella 8. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?” (%)

Mai	6,1
Meno di una volta a settimana	10,9
Una volta a settimana	14,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	11,2
Una volta al giorno tutti i giorni	16,1
Più di una volta al giorno	11,0

Complessivamente il consumo di frutta più frequente si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana”(30%) e “Una volta al giorno tutti i giorni” (16%).

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 per lo più analoghe tra maschi e femmine. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi, nella frequenza da 2 a 4 volte a settimana (31,8% vs 28,4%).

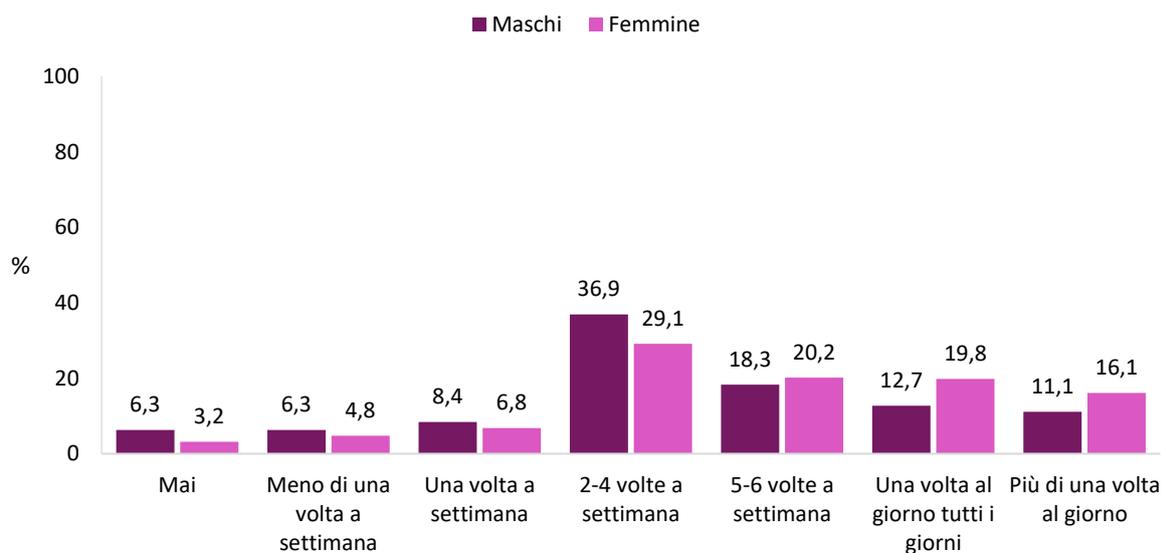
Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	4,9
Meno di una volta a settimana	5,6
Una volta a settimana	7,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	33,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	19,1
Una volta al giorno tutti i giorni	15,8
Più di una volta al giorno	13,3

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

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura “2-4 volte a settimana” sono a favore dei maschi, mentre 5-6 volte a settimana e oltre sono a favore delle femmine.

Consumo di dolci e bevande gassate

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	5,4	5,5	5,4
Meno di una volta a settimana	10,2	9,6	9,9
Una volta a settimana	18,2	15,0	16,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30,1	33,4	31,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14,1	14,5	14,3
Una volta al giorno tutti i giorni	11,8	13,6	12,6
Più di una volta al giorno	10,2	8,4	9,4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	14,7	24,5	19,0
Meno di una volta a settimana	20,8	28,9	24,3
Una volta a settimana	24,0	20,7	22,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	21,6	13,9	18,2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8,1	6,8	7,5
Una volta al giorno tutti i giorni	3,4	2,5	3,0
Più di una volta al giorno	7,5	2,7	5,4

Consumo di legumi

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	7,9	7,1	7,5
Meno di una volta a settimana	10,9	14,5	12,5
Una volta a settimana	24,0	26,1	24,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	41,6	33,2	37,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	10,2	12,0	11,0
Una volta al giorno tutti i giorni	3,1	5,5	4,1
Più di una volta al giorno	2,3	1,6	2,0

Il 37,4% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 7,5% dichiara di non assumerli mai

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

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

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	27,4	26,8
Verdura (almeno una volta al dì)	23,8	35,9
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	57,2	52,3
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	10,9	5,2
Snack salati (almeno una volta al dì)	11,7	11,9
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	71,5	59,0
Dolci (almeno una volta al dì)	22,0	22,0

Si evidenzia che i maschi consumano maggiormente rispetto alle femmine frutta, legumi, ma anche bibite zuccherate/gassate e cereali. Le femmine invece consumano maggiormente le verdure. Per il consumo di snack salati e dolci non emergono differenze.

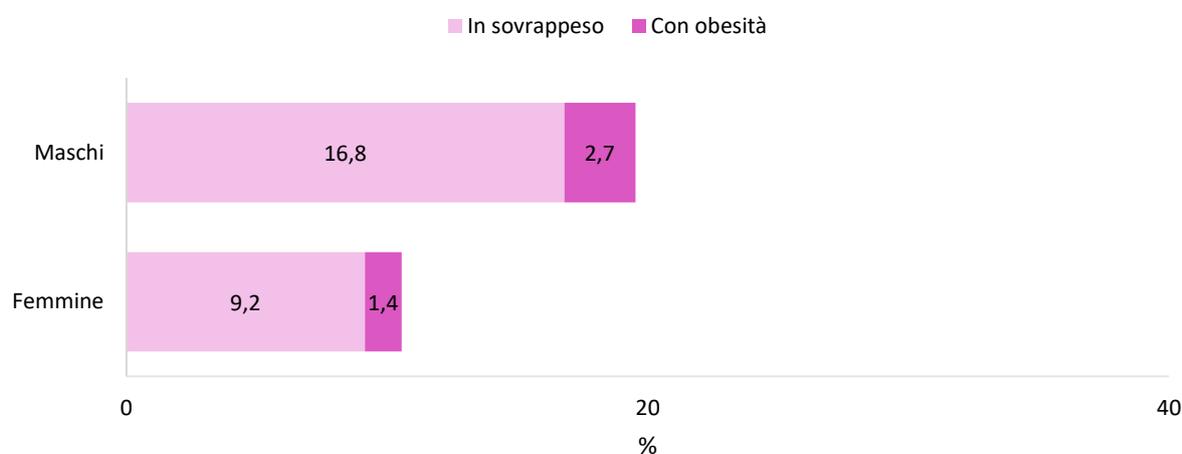
Stato nutrizionale

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

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

Sottopeso	2,3
Normopeso	82,2
Sovrappeso	13,4
Obeso	2,2

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso, con percentuale del 82%. I ragazzi sottopeso sono il 2,3%, in sovrappeso/obeso sono il 15,6% .

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

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze più elevate di sovrappeso/obesità si riscontrano nei maschi.

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	2,3	1,1	1,8
Un po' troppo magro	17,6	4,8	11,9
Più o meno della taglia giusta	60,0	53,8	57,3
Un po' troppo grasso	19,4	35,3	26,4
Decisamente troppo grasso	0,7	5,0	2,6

In generale il 57,3 % dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” circa il 26,4% e “Un po’ troppo magro” l’11,9%.

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	1,8	1,1
Normopeso	36,7	73,5	58,9
Sovrappeso	52,3	21,1	33,5
Obeso	11,0	3,6	6,6

Più della metà dei ragazzi normopeso si percepisce “Un po’ troppo grasso” .

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	39,7	30,3	35,6
No, ma dovrei perdere qualche chilo	20,9	28,9	24,4
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	20,6	6,4	14,3
Sì	18,8	34,4	25,7

Il 25,7% dei ragazzi è a dieta.

Igiene orale

L’abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. In Tabella 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	70,8	85,6	77,3
Una volta al giorno	25,6	14,0	20,5
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,2	0,5	1,4
Meno di una volta alla settimana	0,9	0,0	0,5
Mai	0,5	0,0	0,3

Il FAS e le abitudini alimentari

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	51,2	55,4	54,8
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	21,2	29,4	27,1
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	22,0	30,8	33,9
Consumo quotidiano di bevande gassate	11,2	7,2	7,3
Prevalenza di sovrappeso	17,9	12,4	10,3
Prevalenza di obesità	4,4	1,6	1,2

Se si considera il livello di stato socio-economico è evidente che i ragazzi con FAS medio e alto, seguono abitudini alimentari più corrette (prima colazione, frutta e verdura) e consumano meno prevalentemente le bevande gassate rispetto agli appartenenti ad un FAS basso. Si rileva che l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è prevalente nei ragazzi con FAS basso.

Sport e tempo libero

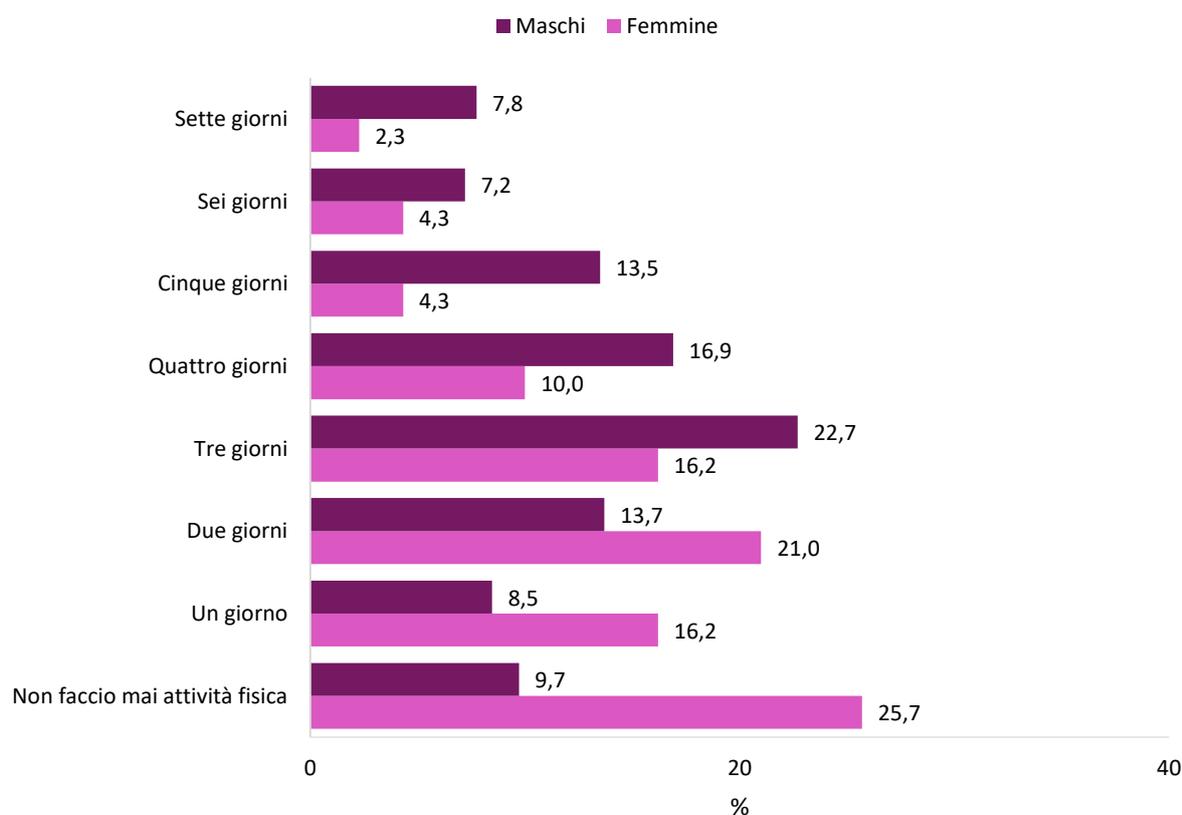
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 e in Figura 4 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi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

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

Non faccio mai attività fisica	16,8
Un giorno	11,9
Due giorni	16,9
Tre giorni	19,8
Quattro giorni	3,2
Cinque giorni	9,5
Sei giorni	5,9
Sette giorni	5,3

Si nota che il 16,8% dei ragazzi non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 40%, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo l’11,3% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

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



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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	8,1	3,9	6,2
Da 4 a 6 volte a settimana	29,4	9,6	20,7
2-3 volte a settimana	37,0	40,3	38,4
Una volta a settimana	9,0	13,0	10,9
Una volta al mese	5,2	7,3	6,1
Meno di una volta al mese	4,9	9,2	6,7
Mai	6,5	16,7	11,0

Si nota che l'11% dei ragazzi, non svolge mai attività fisica intensa fuori dall'orario scolastico, mentre il 38,4%, dichiara di svolgere esercizio fisico intenso 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	12,9	37,4	23,7
Circa mezz'ora	17,4	15,9	16,7
Circa un'ora	19,2	11,3	15,7
Circa 2 ore	18,6	10,2	14,9
Circa 3 ore	12,5	7,0	10,1
Circa 4 ore	6,1	6,6	6,3
Circa 5 ore o più	13,3	11,6	12,5

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 47,3%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere, mentre circa il 30% trascorre più di due ore. Si evidenzia che i maschi si dedicano maggiormente rispetto alle femmine ai videogiochi ed in particolare consumano più di due ore del loro tempo libero.

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	3,2	1,6	2,5
Circa mezz'ora	8,4	4,3	6,6
Circa un'ora	18,8	12,0	15,8
Circa 2 ore	24,5	17,6	21,5
Circa 3 ore	15,4	17,2	16,2
Circa 4 ore	10,2	17,2	13,3
Circa 5 ore o più	19,5	30,2	24,3

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	5,0	14,0	9,0
Circa mezz'ora	15,9	16,7	16,3
Circa un'ora	24,0	22,6	23,4
Circa 2 ore	23,3	21,0	22,3
Circa 3 ore	15,9	10,8	13,7
Circa 4 ore	6,4	4,5	5,6
Circa 5 ore o più	9,5	10,4	9,9

Solo il 22,3% dei diciassetenni dichiara di guardare TV/DVD o video per circa 2 ore, mentre il 29% supera le 2 ore.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	25,4	34,8	46,0
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	41,9	51,8	57,1
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	35,0	24,4	28,8
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	52,7	52,4	59,3
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	31,5	27,4	28,2

Considerando il livello socio-economico, si evidenzia che i ragazzi che prevalentemente praticano l'attività fisica raccomandata appartengono ai FAS medio e alto. I ragazzi appartenenti al FAS più basso tendono in prevalenza maggiore a giocare per più di 2 ore al giorno con i videogiochi e a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli sui siti 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	11,7	5,7	9,0
D'accordo	27,6	26,4	27,1
Né in accordo né in disaccordo	34,6	37,7	36,0
Non d'accordo	18,3	20,2	19,2
Per niente d'accordo	7,7	10,0	8,7

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	12,7	6,9	9,8
D'accordo	26,4	25,3	25,9
Né in accordo né in disaccordo	34,6	38,1	36,2
Non d'accordo	13,9	19,9	16,6
Per niente d'accordo	12,3	10,6	11,6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	23,2	14,4	19,3
D'accordo	41,3	40,6	41,0
Né in accordo né in disaccordo	24,8	32,3	28,1
Non d'accordo	7,4	9,9	8,5
Per niente d'accordo	3,4	2,7	3,1

Le percentuali di coloro che si dichiarano d'accordo o molto d'accordo con le affermazioni relative al loro rapporto con gli insegnanti è di circa il 36% , una stessa percentuale non si esprime nè negativamente nè favorevolmente, mentre il disaccordo si attesta a circa il 28%. Esprimono un giudizio più critico le femmine rispetto ai maschi.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	73,2	72,1	72,7
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	75,7	71,9	74,0
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	83,9	81,5	82,8
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	78,7	75,8	77,4

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	22,2	14,9	19,0,
D'accordo	48,0	42,0	45,4
Né in accordo né in disaccordo	19,2	25,5	22,0
Non d'accordo	8,2	11,7	9,8
Per niente d'accordo	2,3	5,9	3,9

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	34,4	19,5	27,8
D'accordo	45,5	45,7	45,6
Né in accordo né in disaccordo	14,7	23,5	18,6
Non d'accordo	4,5	6,8	5,5
Per niente d'accordo	0,9	4,5	2,5

Come si evince dalla lettura delle tabelle, viene espresso un giudizio favorevole, sia per quanto riguarda la disponibilità dei compagni (64,4%), sia nel sentirsi accettati da questi (73,4%). Nelle differenze di genere si rileva che le femmine sono meno soddisfatte rispetto ai maschi.

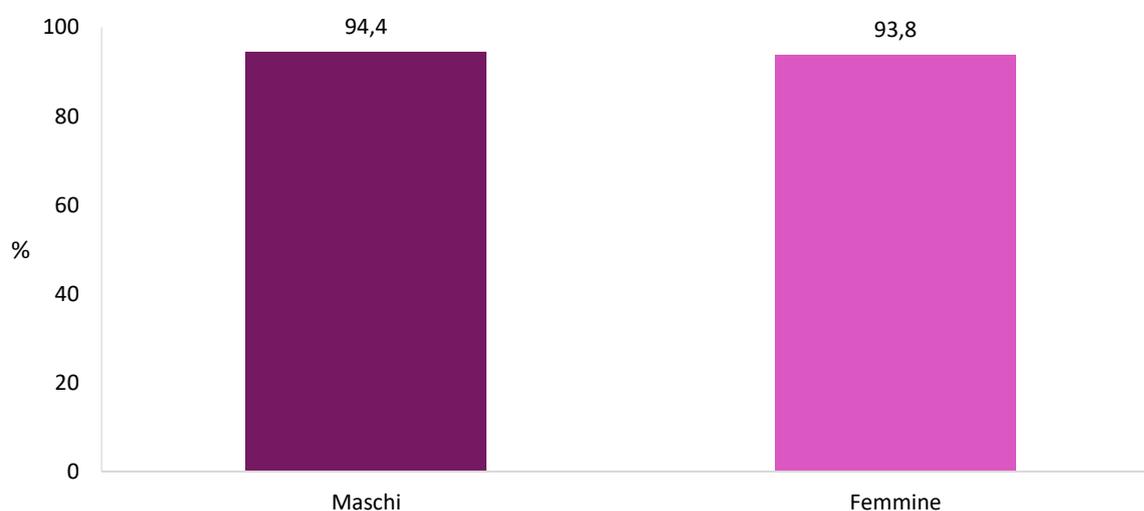
Bullismo e Cyberbullismo

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	94,4	93,8	94,2
Una o due volte	3,4	3,7	3,5
Due o tre volte al mese	1,1	2,1	1,5
Circa una volta alla settimana	0,5	0,5	0,5
Più volte alla settimana	0,5	0,0	0,3

La maggior parte dei ragazzi riferisce di non aver subito episodi di bullismo.

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

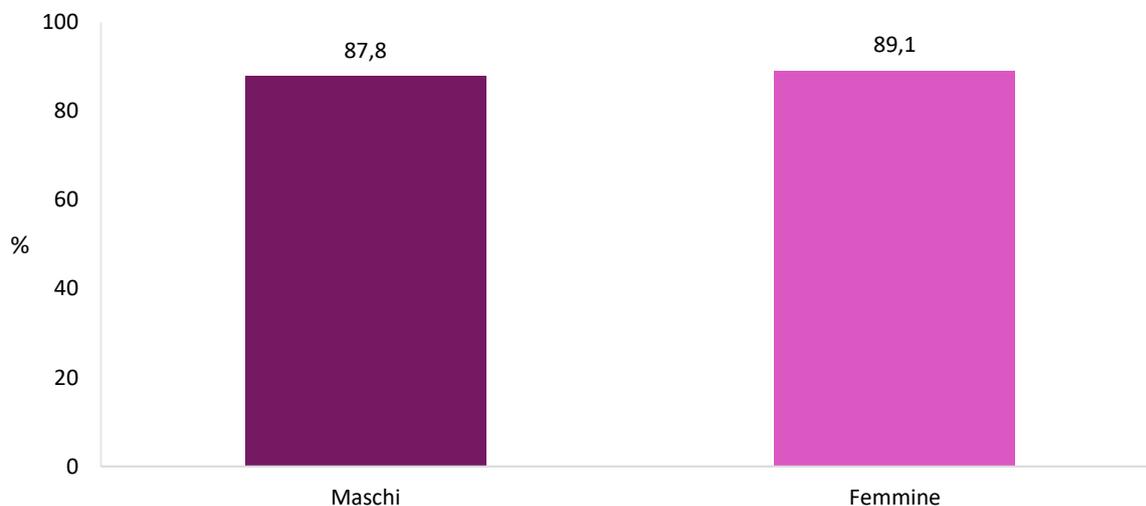
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo)

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	90,1	94,3	92,0
Una o due volte	7,4	4,8	6,2
Due o tre volte al mese	1,4	0,7	1,1
Circa una volta alla settimana	0,4	0,2	0,3
Più volte alla settimana	0,7	0,0	0,4

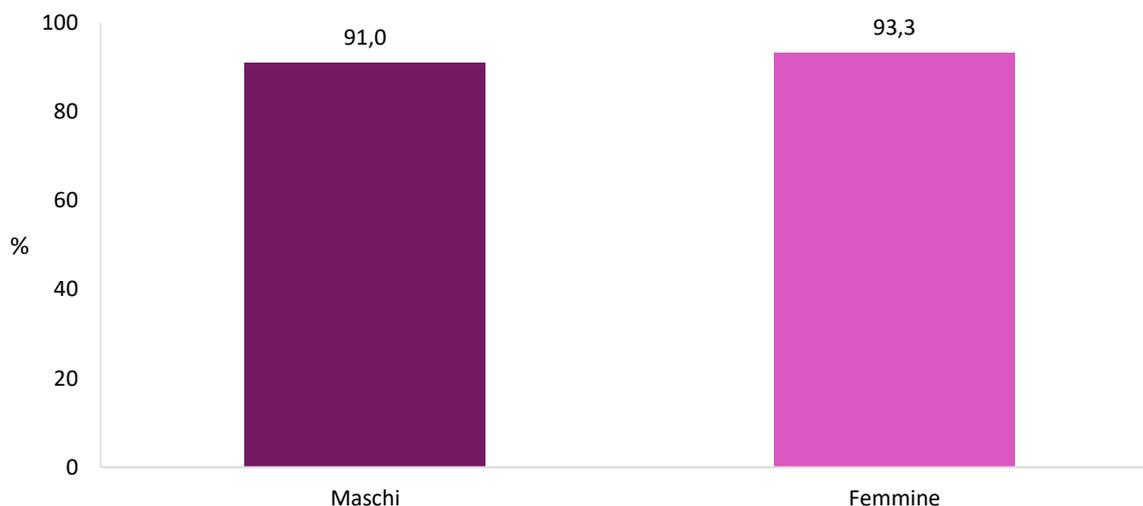
Si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi riferisce di non aver mai praticato episodi di bullismo verso un compagno.

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 (%)



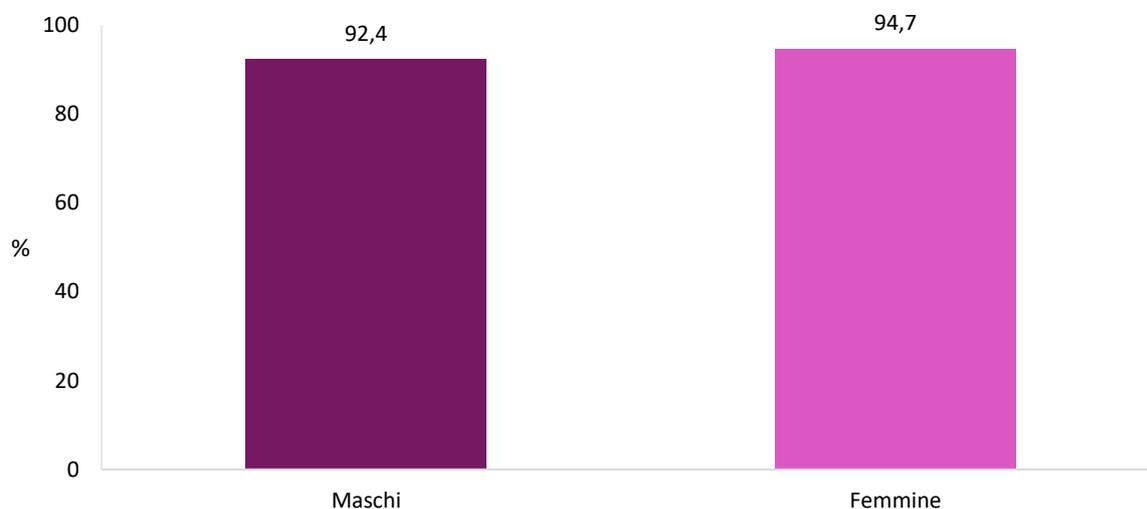
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo.

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



Si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi riferisce di non aver subito azioni di cyberbullismo.

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



Si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi riferisce di non avere mai praticato azioni di cyberbullismo.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	68,6	87,4	76,9
Una volta	15,8	7,78	12,3
Due volte	7,0	3,0	5,2
Tre volte	3,6	0,5	2,2
Quattro volte o più	5,0	1,4	3,4

La tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiarò di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente. Nei casi in cui si sono realizzati tali episodi violenti, i maschi sono stati coinvolti più delle femmine.

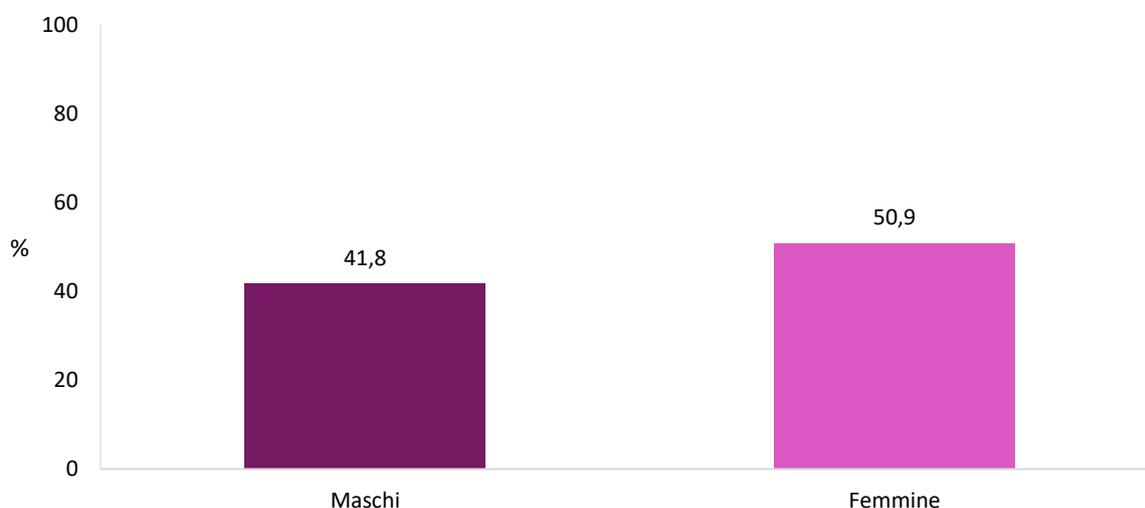
La Scuola

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	4,5	5,2	4,8
Abbastanza	37,3	45,7	41,0
Non tanto	41,6	36	39,1
Non mi piace per nulla	16,7	13,1	15,1

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 che circa la metà dei ragazzi (54%) esprime un giudizio non positivo sulla scuola. Tra coloro che esprimono apprezzamento, tale giudizio è più diffuso tra le ragazze rispetto ai ragazzi.

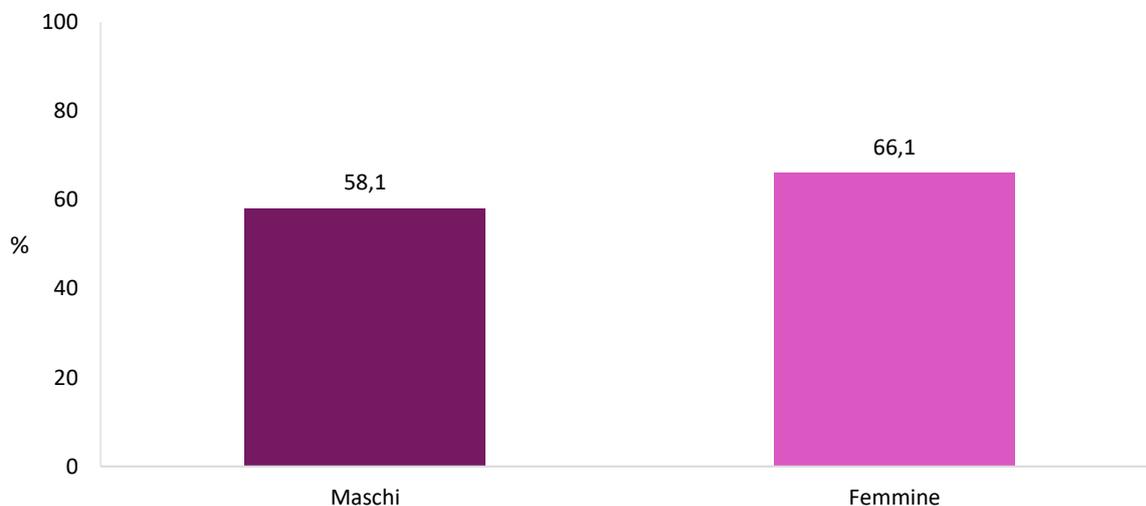
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio 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	5,3
Un po’	21,2
Abbastanza	32,1
Molto	41,4

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



Conclusioni

I ragazzi diciassetenni dell'indagine appartengono in maggior prevalenza ad uno stato socio economico medio-alto, la struttura familiare è caratterizzata per lo più da un piccolo nucleo di persone, avendo i ragazzi prevalentemente un fratello o una sorella. Le relazioni tra genitori e figli non favoriscono costantemente un dialogo positivo che permetta un'apertura e condivisione delle loro preoccupazioni; quando questo avviene è la figura materna quella con cui i ragazzi riescono più facilmente a parlare.

Lo stato nutrizionale, ricavato dai dati riferiti di peso ed altezza, stima un' alta percentuale di ragazzi in condizione di normopeso (88,2%), mentre il 13,4% risulta sovrappeso ed il 2,15% obeso. Sono infine sottopeso il 2,26%. A questi dati non corrisponde una corretta percezione del proprio stato, in quanto 1 su 4 dei normopeso si considera comunque in eccesso ponderale ed altrettanti dichiarano di seguire una dieta.

Le abitudini alimentari, seppur da migliorare rispetto alle indicazioni delle Linee Guida per una Sana Alimentazione, risultano più attente nelle scelte effettuate ed i comportamenti più salutari adottati, in generale, si riscontrano più frequentemente nei ragazzi appartenenti ai livelli socio economici medio e alto. Così è anche per l'abitudine di effettuare regolarmente una attività fisica moderata e intensa.

Molto tempo giornaliero è dedicato a guardare TV, video, siti web, infatti circa il 30% supera le 2 ore massime raccomandate. Non si notano, in tal caso, differenze significative tra ragazzi appartenenti a FAS basso con quelli del FAS medio e alto. Mentre superano le 2 ore di tempo per giocare con i videogiochi maggiormente i ragazzi appartenenti a FAS basso.

I ragazzi trascorrono gran parte del loro tempo nell'ambiente scolastico e gli impegni di studio ne occupano buona parte del restante. Pertanto, è di rilevante importanza, per garantire loro uno stato di benessere ed una sana crescita, che si stabiliscano relazioni positive con i propri insegnanti ed il gruppo dei pari, inclusi i compagni di classe. Nell'indagine si evidenzia che 1 su 4 dei ragazzi di 17 anni manifesta apertamente una certa insoddisfazione nel rapporto con gli insegnanti, in quanto viene percepito un mancato interesse nei propri riguardi. Taluni, in particolare le ragazze, non si sentono del tutto accettate per quello che sono. La relazione con il gruppo dei pari appare decisamente positiva, in quanto un' alta percentuale di ragazzi ritiene

di poter contare sulla presenza di amici, anche nei momenti più difficili. Nella relazione specifica con i compagni di classe, una buona parte si sente soddisfatta ed accettata. Tra coloro che, al contrario, non manifestano tale soddisfazione, si rileva una differenza di genere a favore delle femmine rispetto ai maschi. Una elevata quota di ragazzi dichiara, inoltre, di non essere stato oggetto di bullismo, né di averlo perseguitato a danno di altri, analogamente si esprime anche per il cyberbullismo. La maggior parte poi, dice di non essere mai stata coinvolta in episodi violenti e, nei casi in cui ciò è avvenuto, il coinvolgimento è stato maggiore per i maschi. In generale circa la metà dei ragazzi (54,2%) non mostra apprezzamento per la scuola, che per molti (73,5%) rappresenta un importante fattore di stress.

Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze

Questa sezione affronta una delle tematiche maggiormente discusse in ambito di promozione della salute in pre(adolescenza): i comportamenti a rischio di dipendenza. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti trasgressivi che possono avere conseguenze sulla salute attuale e futura. Fra questi, l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Inoltre per i soli quindicenni e diciassettenni, l'indagine HBSC prevede dei quesiti volti ad indagare le loro esperienze col gioco d'azzardo, riconosciuto oramai come un'altra importante tematica da affrontare in ambito di sanità pubblica, anche fra i più giovani. Nelle Tabelle 37 e 38 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato sigarette/sigarette elettroniche almeno un giorno negli ultimi 30.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	61,4	52,6	57,5
1-2 giorni	6,3	10,5	8,1
3-5 giorni	5,2	7,5	6,2
6-9 giorni	2,4	3,0	2,7
10-19 giorni	3,9	5,6	4,6
20-29 giorni	3,9	6,3	4,9
30 giorni o più	17,1	14,5	15,9

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	76,9	68,8	73,4
1-2 giorni	9,0	10,9	9,8
3-5 giorni	2,6	5,0	3,6
6-9 giorni	2,8	3,3	3,0
10-19 giorni	2,6	2,8	2,7
20-29 giorni	1,5	2,1	1,8
30 giorni o più	4,6	7,1	5,7

Si osserva che il 57,5% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato sigarette; nella differenza di genere tra coloro che fumano prevalgono le femmine rispetto ai 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	17,1
Femmine	14,5

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	13,8	14,6	14,2
1-2 giorni	10,8	12,7	11,6
3-5 giorni	9,7	8,2	9,0
6-9 giorni	7,3	9,6	8,3
10-19 giorni	12,3	11,0	11,8
20-29 giorni	6,7	10,8	8,5
30 giorni o più	39,4	33,1	36,6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	25,1	23,6	24,4
1-2 giorni	25,1	32,2	28,2
3-5 giorni	18,5	24,8	21,3
6-9 giorni	14,7	10,6	12,9
10-19 giorni	9,4	5,7	7,8
20-29 giorni	1,9	1,2	1,6
30 giorni o più	5,3	1,9	3,8

Solo il 14,2% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tra coloro che lo consumano, il 75,5% lo ha bevuto negli ultimi 30 giorni, seppur con diversa frequenza.

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	5,3
Femmine	1,9

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	1,9	24,9	15,8	33,8	23,6
Vino	1,6	15,5	18,0	40,3	24,6
Superalcolici	0,6	22,8	22,0	35,0	19,7
Alcolpops	1,2	7,9	7,6	29,7	53,7
Spritz	1,4	22,9	25,2	34,3	16,2
Altra bevanda alcolica	1,2	25,3	24,9	33,1	15,5

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.

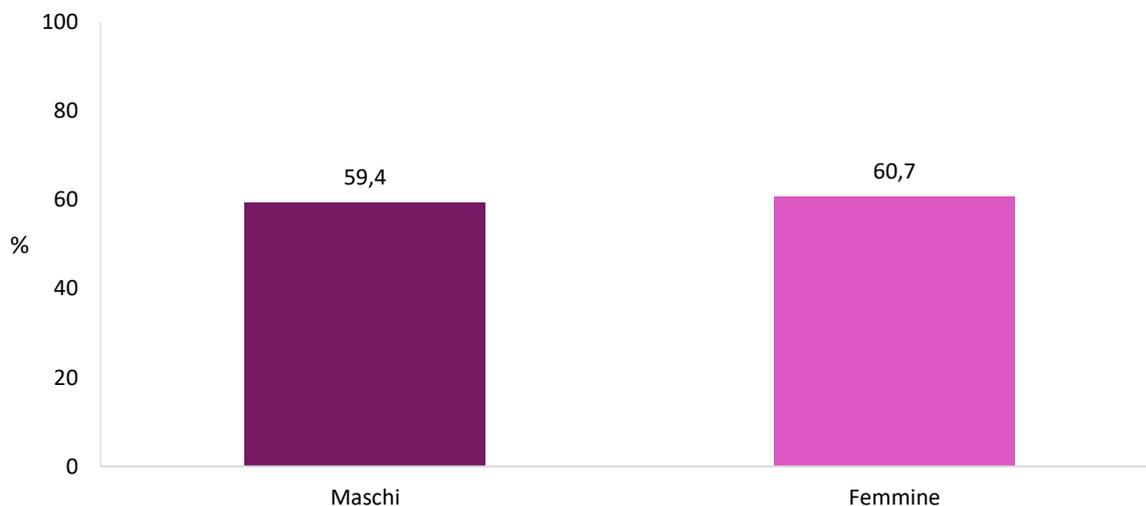
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	34,6
Sì, una volta	16,8
Sì, 2-3 volte	20,9
Sì, 4-10 volte	15,6
Più di 10 volte	12,0

Il fenomeno dell’ubriachezza è particolarmente diffuso tra i ragazzi (65,3%).

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

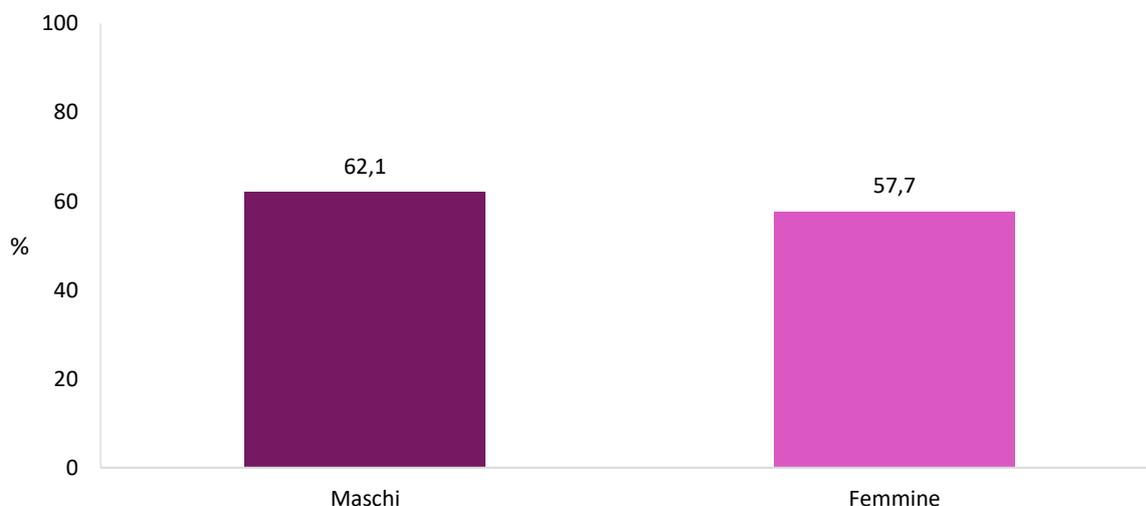


Non vi è una rilevante differenza di genere, le femmine prevalgono lievemente rispetto ai maschi nel dichiarare di essere stati ubriachi due volte o più nella vita.

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

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

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



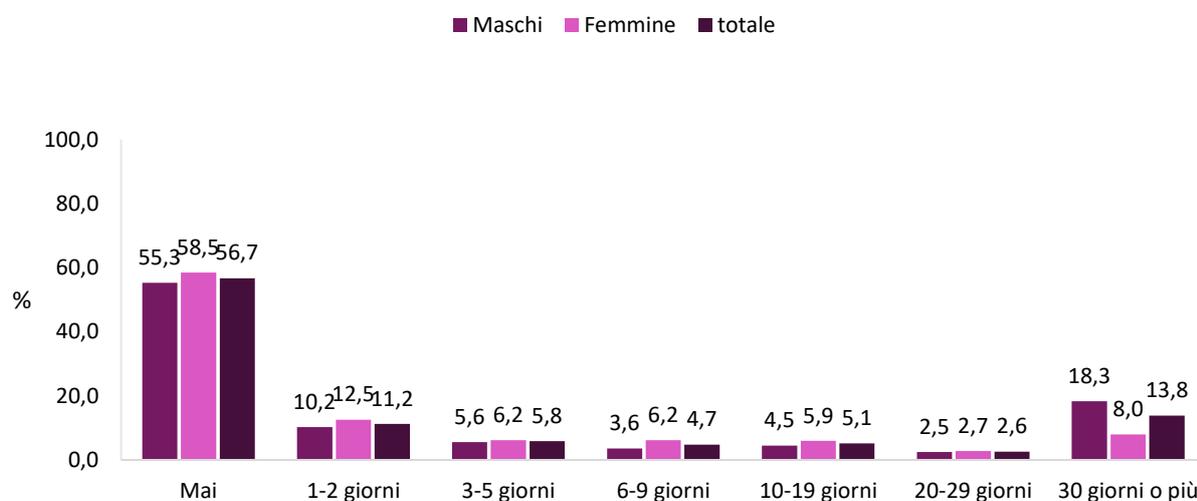
I maschi, in percentuale superiore rispetto alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno aumenta notevolmente con l'età,

infatti, nel confronto con i dati rilevati tra i quindicenni, i maschi passano dal 40% al 62%, mentre le femmine dal 40,6% al 57,7% ; si distanzia inoltre la differenza tra i due generi che diviene sempre più a favore dei maschi.

Cannabis

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

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

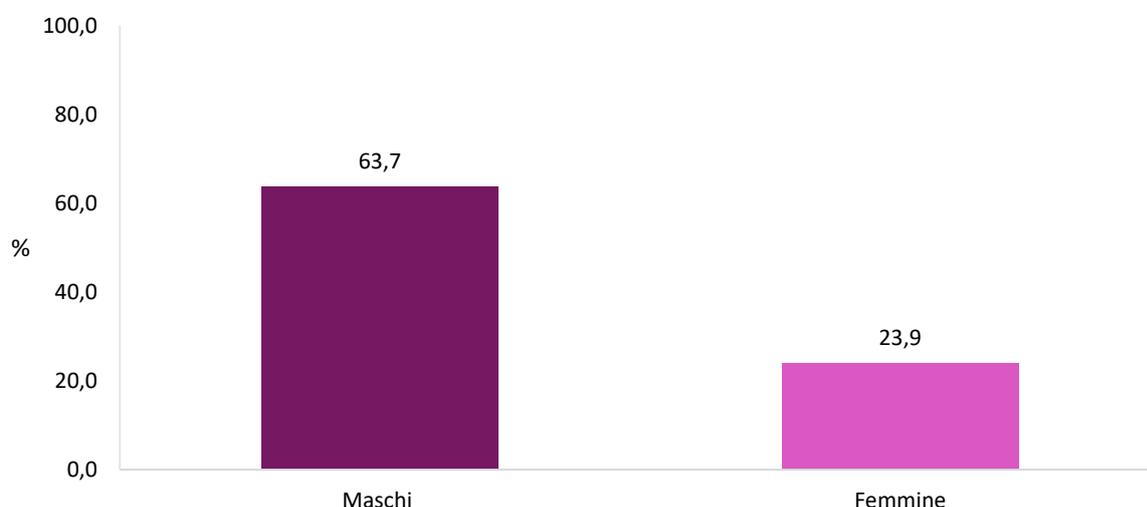


Circa 1 su 2 non consuma cannabis, mentre il 13,8% ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più, maggiormente i maschi. Tale comportamento a rischio è più diffuso nel confronto con i dati rilevati tra i quindicenni.

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 diciassetenni che hanno scommesso denaro almeno una volta nella loro vita, per genere (%)



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi rispetto alle femmine.

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	41,4	41,0	47,9
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	25,4	25,9	30,0
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	70,9	76,2	82,1
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	34,6	42,3	53,4
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	54,2	59,6	70,5
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	37,2	42,9	53,7
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	45,8	43,0	53,1

Lo stato socio economico familiare condiziona l'adozione dei comportamenti a rischio tra i ragazzi, infatti si evidenzia, per ogni comportamento considerato, una maggiore prevalenza nel livello di FAS alto. Nel confronto con le prevalenze riscontrate tra i ragazzi quindicenni, si rileva un incremento per ogni voce con l'aumentare dell'età.

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	29,8	13,6	22,6
Buona	57,6	58,6	58,0
Discreta	10,8	24,0	16,7
Scadente	1,81	3,9	2,7

Dai dati in tabella si evince che l' 80,6% 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	23,0	29,9	26,1
≥6	77,0	70,1	73,9

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia che il giudizio positivo viene espresso maggiormente tra i maschi.

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	33,9	62,2	46,4
Più di una volta a settimana	38,9	27,8	34,0
Circa una volta a settimana	16,3	6,6	12,0
Circa una volta al mese	8,1	2,9	5,8
Raramente o mai	2,9	0,5	1,8

Le percentuali riscontrate evidenziano una prevalenza a favore delle femmine (62,2%) nel riportare una frequenza dei sintomi “circa ogni giorno”.

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	48,0	20,3	36,0
Sì	52,0	79,7	64,0

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni e diciassettenni 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 diciassettenni 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	55,7	54,3	55,1
Sì	44,3	45,7	44,9

Si rileva che circa il 45% dei diciassettenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; nelle differenze di genere, le femmine in percentuale lievemente maggiore rispetto ai maschi.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	64,3	52,5	59,0
Pillola	11,4	19,6	15,2
Coito interrotto	59,0	57,9	58,5
Contracezione di emergenza	11,0	12,2	11,6
Giorni fertili	15,6	25,8	20,2
Altri metodi	3,4	3,6	3,5

Si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare l'uso del preservativo e del coito interrotto è prevalente per i maschi, le femmine tengono in buona considerazione anche i giorni fertili.

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	42,3	70,5	54,8
≥ 12.5	57,7	29,5	45,2

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

Solitudine percepita

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	23,1	8,0	16,4
Raramente	34,1	21,9	28,7
A volte	31,4	42,6	36,3
La maggior parte delle volte	10,0	21,6	15,1
Sempre	1,4	5,9	3,4

Infortuni

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	49,3	65,4	56,4
Una volta	26,7	16,2	22,1
Due volte	12,7	9,8	11,4
Tre volte	5,9	4,6	5,3
4 volte o più	5,4	4,1	4,8

In generale solo il 56,4% 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 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	33,7	25,1	15,8
≥ 6	66,3	74,9	84,2

Il livello socio economico familiare incide fortemente sul livello di soddisfazione di vita che è a favore di un FAS medio e alto.

Conclusioni

I dati riportati evidenziano come i diciassetenni, con maggiore frequenza rispetto ai quindicenni, adottino comportamenti a rischio di dipendenze. Il fumo di sigaretta risulta lievemente prevalente nelle ragazze, mentre non si notano rilevanti differenze di genere per il consumo di alcol. Tra i ragazzi si riscontra, in generale, una frequenza di ubriacatura elevata (65,3%). Il diffuso fenomeno del Binge drinking nella differenza di genere prevale, anche se di poco, nelle ragazze (maschi 59,4% vs femmine 60,7%). L'uso di cannabis non rileva grandi differenze di genere, una maggior costanza è lievemente a favore dei maschi, mentre il gioco d'azzardo è di molto prevalente tra i ragazzi rispetto alle ragazze.

I comportamenti a rischio di dipendenze sono notevolmente più frequenti tra i diciassetenni rispetto agli attuali quindicenni e, nell'indagine circa le abitudini sessuali, sembra che l'acquisizione di una maggiore consapevolezza correlata alla maggiore età, non sia ancora sufficiente per far adottare costantemente misure contraccettive più tutelanti nei rapporti sessuali, decisamente più frequenti a 17 anni, finalizzate non solo ad evitare il rischio di gravidanze indesiderate, ma anche quello di possibili trasmissioni di malattie infettive sessualmente trasmesse.

Si rileva infine che una buona parte dei ragazzi manifesta un basso livello di benessere psicologico, in particolare le femmine, che soffrono anche di più di un senso di solitudine. Una maggiore soddisfazione di vita è prevalente in coloro che appartengono ad un livello socio-economico medio e alto.

Social Media

L'uso dei social media

Per quanto riguarda i possibili benefici e rischi in termini di connessione sociale, lo studio HBSC rileva la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti online con i loro amici, con amici di

un gruppo allargato, con altre persone (es. familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 55 sono riportate le risposte dei ragazzi.

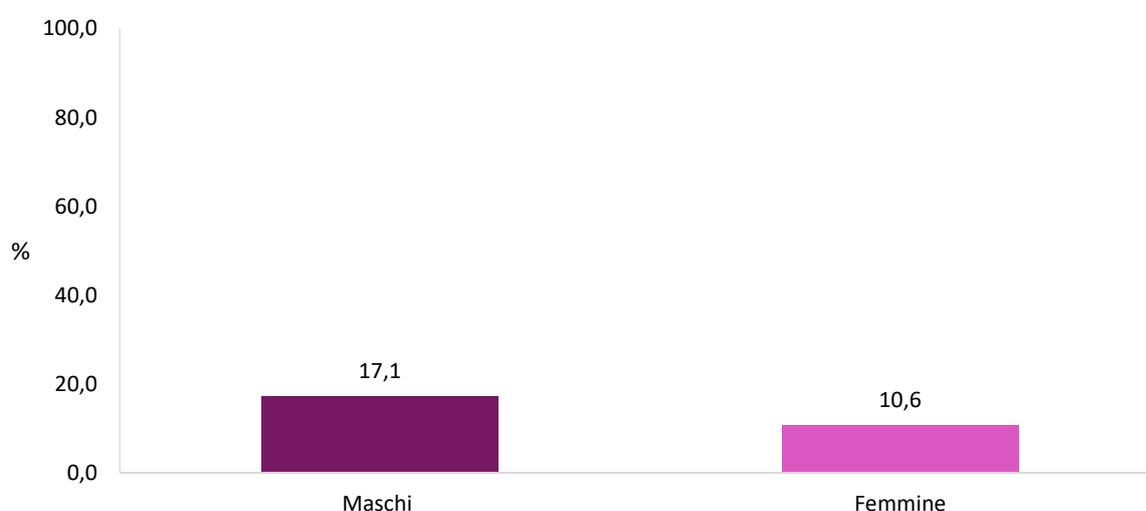
Tabella 55. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	86,7	86,8	86,7
Amici di un gruppo allargato	51,8	46,1	49,3
Amici conosciuti tramite internet	17,8	12,8	15,6
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,3	57,1	52,2

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.

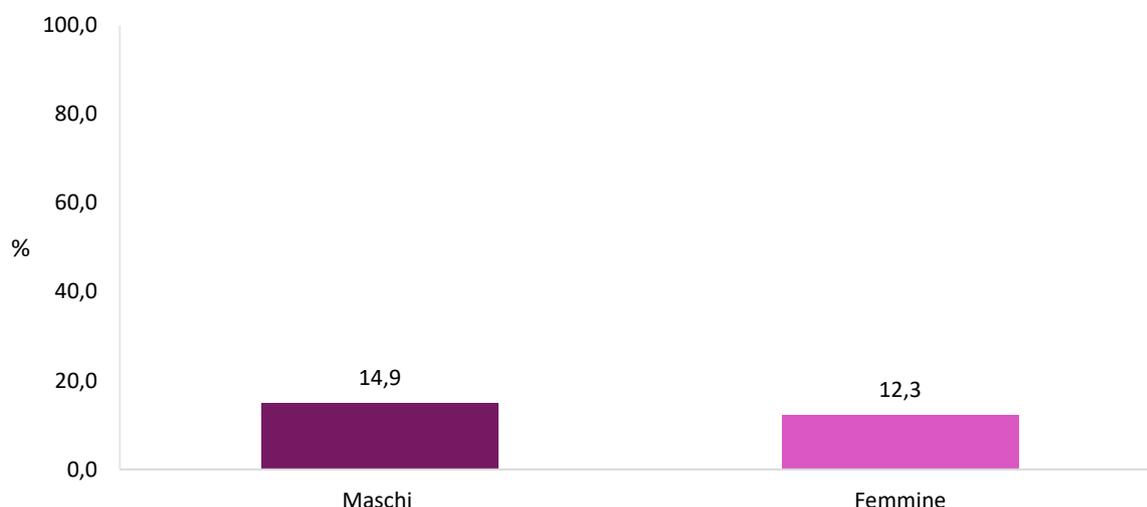
Figura 15. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere (%)



Si nota che il 17% dei ragazzi maschi, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno, mentre la percentuale è di non molto inferiore per le ragazze.

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	84,2	87,0	90,3
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	44,4	48,4	59,8
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	19,3	12,3	16,2
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50,0	51,3	60,0
Uso problematico dei social media	9,6	6,8	12,4
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	16,6	13,5	16,3
Uso problematico dei videogiochi	13,1	10,8	25,0

Si rileva che i ragazzi appartenenti ad un livello socio economico più elevato (FAS alto) usano più frequentemente i social media con amici o conoscenti, mentre coloro che appartengono ad un FAS basso prevalgono lievemente nel realizzare contatti con amici conosciuti tramite internet. L'uso problematico dei videogiochi è invece più frequente nei ragazzi appartenenti ad un FAS alto.

Conclusioni

I diciassetenni trascorrono in gran prevalenza molto tempo sui social media, attraverso i quali si relazionano con amici, familiari e conoscenti, talvolta realizzano anche nuove conoscenze.

Un uso problematico dei social media e dei videogiochi è più evidente nel livello socio economico più elevato (FAS alto).

