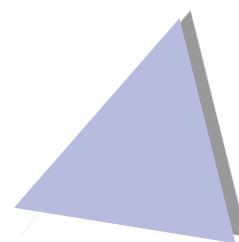




HBSC 2022

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

Regione
Valle D'Aosta



INDICE

PREFAZIONE	1
PREMESSA	2
RINGRAZIAMENTI	3
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale	4
Introduzione	5
Metodologia	5
Popolazione in studio	5
Modalità di campionamento	5
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	5
Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy	6
Descrizione del campione regionale	6
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	9
La famiglia	10
Introduzione	10
La struttura familiare	10
La qualità delle relazioni con i genitori	11
Lo status socio-economico familiare	14
Per un confronto nel tempo	15
Conclusioni [a cura della Regione]	15
Bibliografia essenziale	15
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	16
Introduzione	17
Frequenza e regolarità dei pasti	17
Consumo di frutta e verdura	18
Consumo di dolci e bevande gassate	20
Stato nutrizionale	22
Insoddisfazione corporea	23
Igiene orale	25
Il FAS e le abitudini alimentari	25
Per un confronto nel tempo	26
Conclusioni [a cura della Regione]	26
Bibliografia essenziale	26
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	28
Introduzione	29
L'attività fisica	29
Comportamenti sedentari	31
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	31
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	33
Per un confronto nel tempo	34
Conclusioni [a cura della Regione]	34
Bibliografia essenziale	34
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	36
Introduzione	37
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	37
Rapporto con gli insegnanti	40
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	42

Bullismo e cyberbullismo	44
La scuola	48
Per un confronto nel tempo	50
Conclusioni [a cura della Regione]	51
Bibliografia essenziale	51
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	53
Introduzione	54
Uso di sostanze	54
Fumo	54
Alcol	56
Cannabis	59
Gioco d'azzardo	60
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	61
Per un confronto nel tempo	62
Conclusioni [a cura della Regione]	62
Bibliografia essenziale	62
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	64
Introduzione	65
Salute percepita	66
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	67
Sintomi riportati	68
Utilizzo di farmaci	70
Abitudini sessuali	70
Benessere psicologico	71
Solitudine percepita	72
Infortuni	73
Il FAS e la soddisfazione di vita	73
Per un confronto nel tempo	74
Conclusioni [a cura della Regione]	74
Bibliografia essenziale	74
CAPITOLO 8 Social media e gaming	76
Introduzione	77
L'uso dei social media	77
L'uso dei videogiochi	78
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	80
Conclusioni [a cura della Regione]	81
Bibliografia essenziale	81
CAPITOLO 9 COVID-19	82
Introduzione	83
Positività al covid-19	83
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	84
Fonti di informazione sul COVID-19	86
Misure di protezione	87
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS	89
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS	90
Conclusioni [a cura della Regione]	90
Bibliografia essenziale	91
CAPITOLO 10 17 enni	92
Lo stato di salute dei 17enni	93
La famiglia	93

La Struttura Familiare	93
La qualità delle relazioni con i genitori	93
Lo status socio-economico familiare	94
Abitudini alimentari e stato nutrizionale	95
Frequenza e regolarità dei pasti	95
Consumo di frutta e verdura	96
Consumo di dolci e bevande gassate	98
Consumo di legumi	99
Stato nutrizionale	100
Insoddisfazione corporea	100
Igiene orale	101
Il FAS e le abitudini alimentari	102
Sport e tempo libero	102
Comportamenti sedentari	104
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	105
Rapporto con gli insegnanti	106
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	107
Bullismo e Cyberbullismo	108
La Scuola	111
Conclusioni [a cura della Regione]	112
Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze	112
Alcol	114
Cannabis	116
Gioco d'azzardo	117
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	118
Salute e benessere	118
Salute percepita	118
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	118
Sintomi riportati	119
Utilizzo di farmaci	119
Abitudini sessuali	119
Benessere Psicologico	120
Solitudine percepita	121
Infortuni	121
Il FAS e la soddisfazione di vita	121
Conclusioni [a cura della Regione]	122
Social Media	122
L'uso dei social media	122
L'uso dei videogiochi	122
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	123
Conclusioni [a cura della Regione]	124



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

Ass.to Regionale alla Sanità: Mauro Ruffier

Referente Regionale: Anna Maria Covarino

Servizio Supporto Autonomia Scolastica: Gabriella Vernetto, Manuela Ferrari Trecate

Operatori ASL: Enrico Ventrella, coordinatore Assist. Sanitarie Az USL VDA

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

IV° rapporto sui dati valdostani HBSC 2022

La Regione autonoma Valle d'Aosta ha aderito fin dal 2009 allo studio internazionale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) e tale studio, oramai alla sua quarta edizione, si svolge ogni 4 anni coinvolgendo un campione rappresentativo di studenti di 11, 13 e 15 anni e, nell'attuale rilevazione anche gli studenti di 17 anni e prevede la raccolta di dati sulla salute dei ragazzi, sui determinanti e sui comportamenti ad essa correlati.

Come sappiamo la salute è il risultato di atteggiamenti e comportamenti individuali e di variabili sociali, ambientali, economiche e sanitarie, dove l'aspetto sanitario contribuisce solo per una piccola parte; diventa pertanto necessario vedere la salute dei nostri giovani in un contesto più ampio e condiviso. I dati dello studio HBSC che presentiamo in questa pubblicazione ci permettono di avere un quadro complessivo sullo stato di salute e sugli stili di vita e salute dei giovani valdostani in età scolare oltre a rappresentare una guida importante per la realizzazione più puntuale di progetti rivolti ai giovani e che saranno attuati nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 nel Programma Predefinito 1 (PP1) "Scuole che Promuovono Salute".

Questa indagine che include tra le variabili oggetto di indagine anche fattori di tipo contestuale, come le caratteristiche della scuola, le politiche per la salute dell'area in cui vivono le nostre ragazze e i nostri ragazzi e la loro percezione della Pandemia da CoViD19, rappresenta in tal senso un ulteriore strumento per migliorare la comprensione di una realtà sociale sempre più complessa come quella attuale.

Il miglioramento delle conoscenze relative allo stato di salute e quindi il miglioramento dello stato di salute stesso non è più un obiettivo specifico del sistema socio sanitario, ma della società nel suo complesso e raggiungibile attraverso la partecipazione di tutti.

L'obiettivo dello studio è contribuire alla costruzione in modo integrato di politiche giovanili strutturate sui reali bisogni dei giovani, legati al loro contesto di vita, dove la scuola rappresenta sicuramente un ambito di lavoro importante, perchè la scuola deve essere un laboratorio di spirito comunitario. Un luogo fisico e ideale dove fare esperienze di comunità e cioè di relazioni tra persone al di là della loro età. L'impegno infatti è quello di utilizzare concretamente la ricerca scientifica, in un ottica di condivisione e integrazione tra le diverse istituzioni coinvolte per sviluppare progetti e azioni ragionati, supportati dai risultati HBSC per lavorare con il territorio e in particolare modo all'interno di quel mondo fondamentale per il futuro che è la scuola.

Carlo Marzi

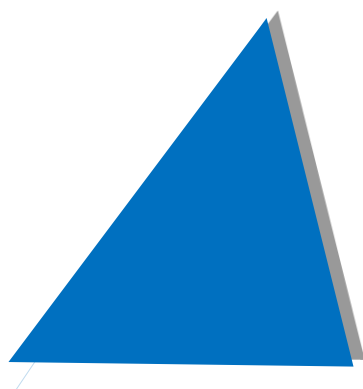
Assessore Regionale alla Sanità, Salute e Politiche sociali

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 Valle D'Aosta che hanno partecipato allo studio HBSC Italia 2022.



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale

Introduzione

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

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

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

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

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

Metodologia

Popolazione in studio

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

Modalità di campionamento

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

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

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

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

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

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

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

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

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

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

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

Valutazione del comitato etico dell’iss e privacy

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

Descrizione del campione regionale

Nella Regione Valle D’Aosta sono state campionate 123 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 113 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un

totale di 236 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 110 classi con una rispondenza complessiva del 46,6% (Tabella 1). Il basso tasso di rispondenza (<50%) è imputabile con buona probabilità al periodo di conduzione dell'indagine (aprile e maggio) in cui le classi sono oberate di impegni scolastici e questo richiederà in futuro uno sforzo programmatico maggiore per il superamento della criticità descritta.

Tabella 1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	63	30	47,6
Classe III Media	60	28	46,7
Classe II superiore	64	27	42,2
Classe IV superiore	49	25	51
Totale	236	110	46,6

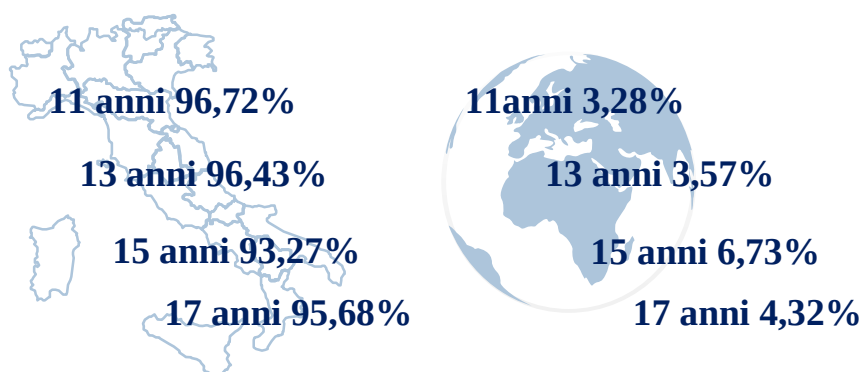
Il campione era costituito da un totale di 1644 studenti di cui: il 27,91% di 11 anni, il 25,6% di 13 anni, il 25,3% di 15 anni e il 21,16% di 17 anni (Tabella 2)

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

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	241	218	459
13 anni	203	218	421
15 anni	173	243	416
17 anni	131	217	348
Totale	748	896	1644

Circa il 4,45% 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 (%)

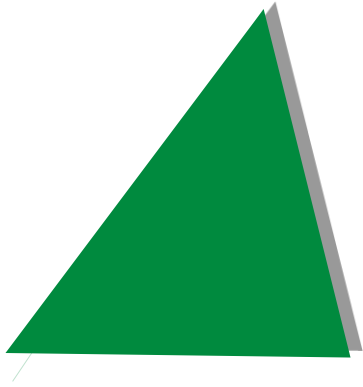


Nella Tabella seguente è riportata la composizione del campione dei genitori dei ragazzi per nascita in Italia e all'estero (%)

TABELLA 3. COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE DEI GENITORI DEI RAGAZZI PER NASCITA IN ITALIA E ALL'ESTERO (%)

Entrambi i genitori nati in Italia	82,16
Almeno un genitore nato all'estero	7,30
Entrambi i genitori nati all'estero	10,55

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana (82,16%) , infatti solo nel 7,3% e 10,55% dei casi gli adolescenti dichiarano rispettivamente 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). L'81,1 % dei ragazzi ha indicato di vivere con i genitori e l'eventuale numero di fratelli e sorelle in famiglia (tabella 2). Più della metà del campione (55,2%) ha un solo fratello o sorella, mentre il 25,3% dei ragazzi ha 2 o più fratelli/sorelle. I figli unici rappresentano il 19,4% del campione regionale.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	81,1
Solo madre	11,7
Solo padre	1,3
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2,65
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	3,3

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	19,4
1 fratello o sorella	55,2
2 o più fratelli o sorelle	25,3

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	36,5	24	15,3
Facile	31,4	32,5	32,1
Difficile	17,4	21,6	23,6
Molto difficile	12,1	16,6	23,1
Non ho o non vedo mai questa persona	2,64	5,29	5,84

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	54,8	38,7	27
Facile	27,3	33,7	38,7
Difficile	11	17,7	22,6
Molto difficile	6,17	8,23	10,2
Non ho o non vedo mai questa persona	0,66	1,69	1,46

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

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che la comunicazione con il padre diminuisce all'aumentare dell'età soprattutto nelle ragazze come mostrato nelle figure 1 e 2. La comunicazione è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze e con entrambe le figure genitoriali.

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

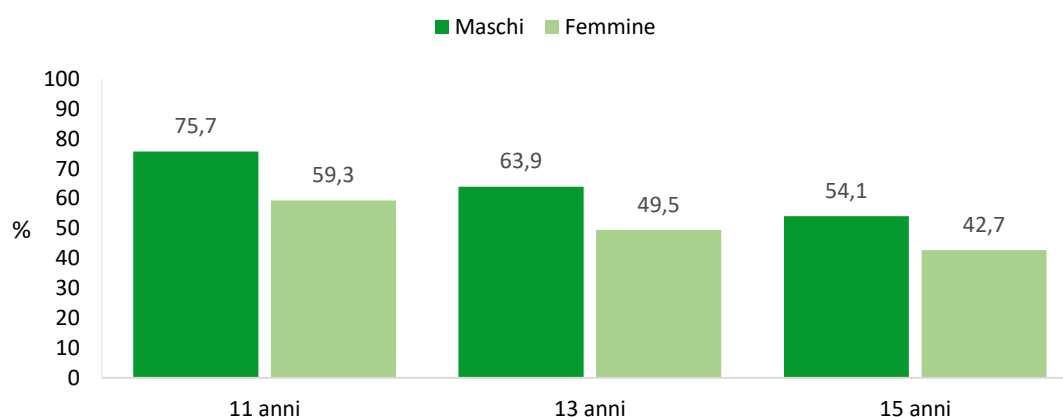
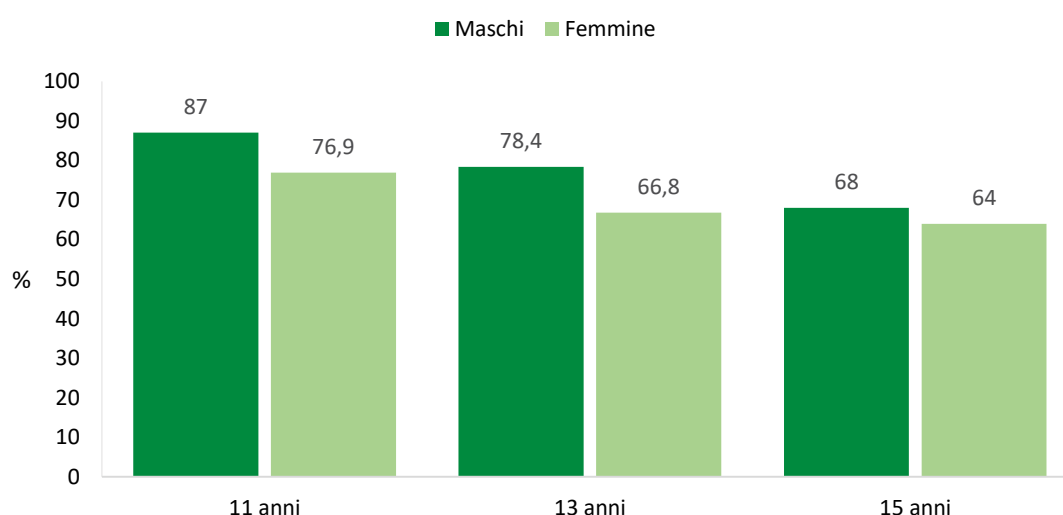


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



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	21,5
Medio	52,8
Alto	25,6

1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (25,6%), mentre circa la metà delle famiglie è nella fascia di "media possibilità di consumo" (52,8%) ed il restante si situa nella fascia di "basse possibilità di consumo" (21,5%)

Per un confronto nel tempo

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

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

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	80,6	81,1
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	74,7	73,2
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	55,7	57
Famiglie con FAS alto	27,2	25,6

Conclusioni

Sulla base degli indicatori storici di HBSC possiamo mettere in evidenza che nella nostra regione la percentuale di famiglie con FAS alto è diminuita (dal 27,2% al 25,6%) dal 2018 al 2022 in linea con i dati nazionali, contraendo così le capacità di acquisto delle famiglie.

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 communcaion and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98

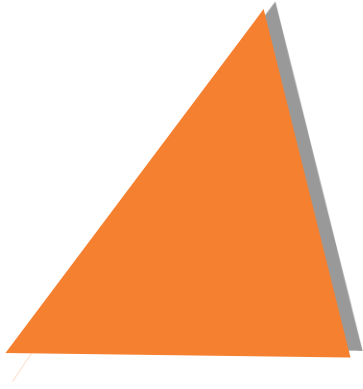
⁶ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128

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 Warrer 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	13,8	23,6	21,2	19,7
Un giorno	5,2	4,5	1,9	3,9
Due giorni	1,8	3,1	5,3	3,4
Tre giorni	7,6	5	6	6,2
Quattro giorni	4,6	4,8	6,3	5,2
Cinque giorni	67	59	59,3	61,6

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma la percentuale di ragazzi che riferisce di non consumare mai la prima colazione aumenta

all'aumentare dell'età. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni risultano scarsamente confrontabili sia tra le diverse categorie sia tra le varie classi di età.

Nella Tabella 1B è riportata la frequenza di consumo della colazione durante il fine settimana

Tabella 1B “Di solito quante volte fai colazione (nel fine settimana)?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	9	9,7	9,4	9,4
Un giorno (sab o dom)	13,2	19,5	16,9	16,7
Due giorni	78	70,8	73,6	73,9

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	56,5	52,5	47	51,9
La maggior parte dei giorni	38	39,2	40,7	39,3
Circa una volta alla settimana	3,1	5	8,2	5,5
Meno di una volta alla settimana	1,3	1,4	2,4	1,7
Mai	1,1	1,9	1,7	1,6

Il 56,5% degli undicenni, il 52,5% dei tredicenni e il 47% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno” e le frequenze diminuiscono all'aumentare dell'età. Per le altre categorie di consumo non si evidenziano particolari differenze.

Consumo di frutta e verdura

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

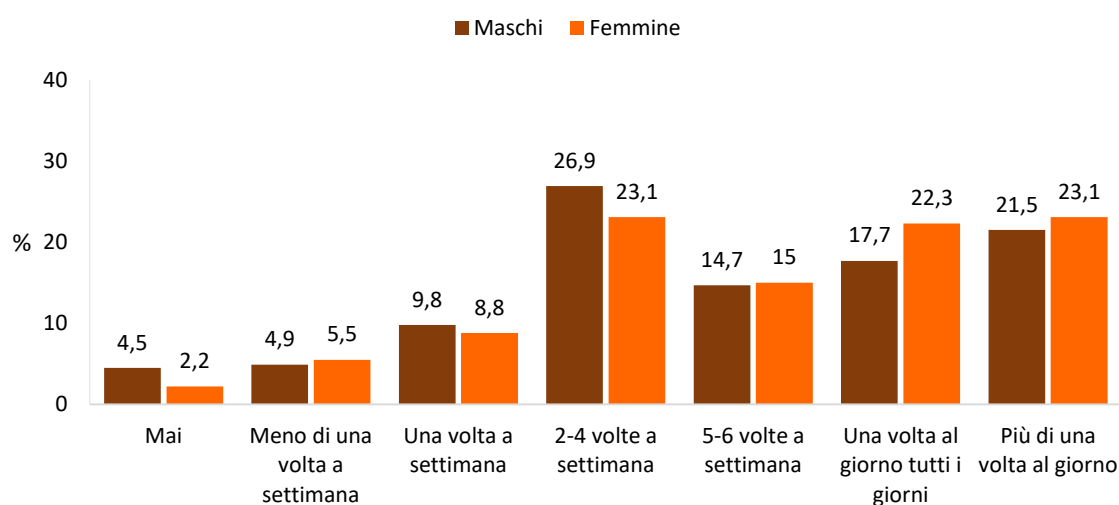
Ai ragazzi coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale, Tabella 3 e Tabella 4.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3,5	3,1	3,4	3,3
Meno di una volta a settimana	5,9	4,5	5,3	5,2
Una volta a settimana	10,5	11	6,5	9,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22,9	24	27,6	24,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14,2	14,3	16,1	14,9
Una volta al giorno tutti i giorni	18,5	25	16,6	20,1
Più di una volta al giorno	24,6	18,1	24,5	22,3

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.

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

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

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando la categoria di consumo “2-4 volte e settimana” una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi, mentre nelle restanti categorie la percentuale è sovrapponibile.

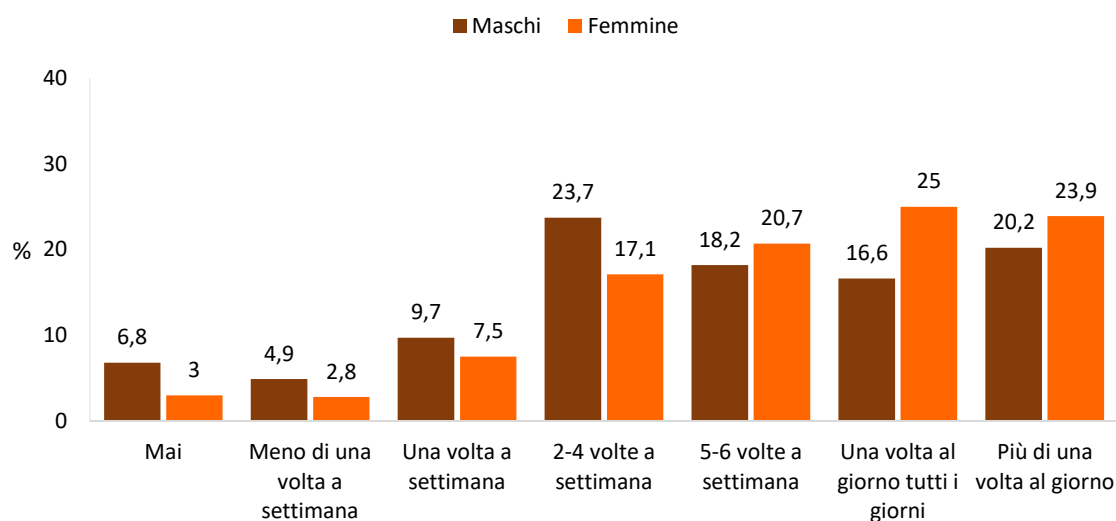
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	7	4,8	2,9	4,8
Meno di una volta a settimana	3,9	4,8	2,6	3,8
Una volta a settimana	12,9	8,1	5,1	8,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22	19	19,7	20,2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17	20	21,4	19,5
Una volta al giorno tutti i giorni	18,5	22,9	21,4	21
Più di una volta al giorno	18,7	20,5	26,9	22,1

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 15 anni nella categoria “più di una volta al giorno”

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente più alte nelle femmine rispetto ai maschi soprattutto nella categoria “una volta al giorno tutti i giorni”.

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	2,2	4,3	4,6	3,7
Meno di una volta a settimana	8,3	8,1	6,7	7,7
Una volta a settimana	19,6	14	15,9	16,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,5	33,1	32,7	31,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16,1	15,5	16,6	15,7
Una volta al giorno tutti i giorni	12,4	12,1	14,7	13,1
Più di una volta al giorno	12,9	13,8	8,9	11,8

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	14,8	16,9	19,5	17,1
Meno di una volta a settimana	28,5	27,1	29,8	28,5
Una volta a settimana	25,3	23,6	19,7	22,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	17	18,6	20,4	18,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	5,9	4,5	5,3	5,2
Una volta al giorno tutti i giorni	3	3,3	2,6	3
Più di una volta al giorno	5,5	6	2,6	4,7

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 eccetto per la categoria di consumo “tra 2 e 4 giorni a settimana” sia per il consumo di dolci che bevande con zucchero.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	18,6	10,1	6,3	11,4
Meno di una volta a settimana	14,4	16,8	15,9	15,8
Una volta a settimana	17,5	19,9	22,9	20,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	19,3	28,5	33,3	27,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14,2	13,9	13	13,7
Una volta al giorno tutti i giorni	9,5	6	6	6,8
Più di una volta al giorno	7,4	4,8	2,7	4,9

Il 27,3% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana (con un incremento all'aumentare dell'età), mentre l'11,4 % dichiara di non assumerli mai, in misura rilevante negli undicenni (18,6%)

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)	39,8	46,8	41,9	44,2	35,3	45,3
Verdura (almeno una volta al dì)	29,9	45,4	39,9	46,5	41	53,5
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	47,9	51,2	52,7	53,7	56,4	53,9
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	10	6,9	9,9	8,8	7	4,1
Snack salati (almeno una volta al dì)	15,2	17,4	12,8	15,3	7,6	11,6
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	55,5	58,3	63,3	65	69,8	57,4
Dolci (almeno una volta al dì)	23,7	27,1	24,6	27,2	20,8	25,5

Riguardo il consumo di frutta, verdura, snack salati e dolci possiamo mettere in evidenza un consumo maggiore da parte del genere femminile in qualsiasi età; il consumo di bevande zuccherate e/o gasate è invece maggiore nei maschi a qualsiasi 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.

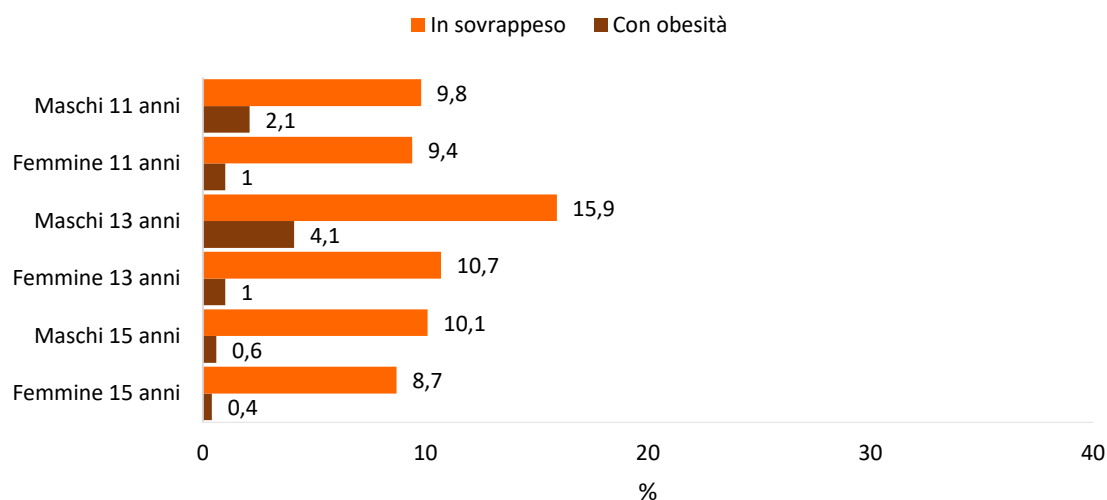
Tabella 9. Valutazione del peso in base all'IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	4,6	3	3,5	3,7
Normopeso	84,2	81,3	86,7	84
Sovrappeso	9,6	13,2	9,3	10,8
Obeso	1,6	2,5	0,5	1,5

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale dell'84%. I ragazzi sottopeso sono il 3,7%, i sovrappeso sono il 10,8% e gli obesi sono l'1,5%.

La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, dall'1,6% nei ragazzi di 11 anni al 2,5% nei 13enni e allo 0,5% nei ragazzi 15enni

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



Come si può evincere dalla Fig. 3 la frequenza di sovrappeso è significativamente aumentata nel genere maschile all'età di 13 anni (15,9%).

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 sovrappeso ²⁴.

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

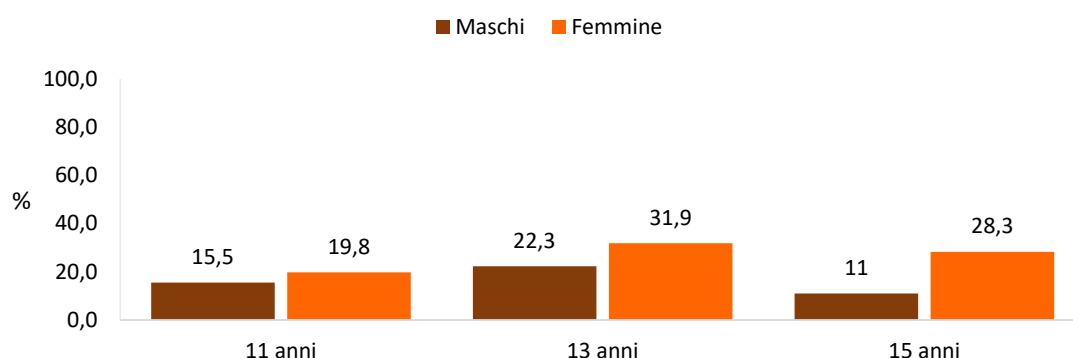
Tabella 10. "Pensi che il tuo corpo sia...", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	1,8	1,9	0,2	1,3
Un po' troppo magro	11,2	12	10,4	11,2
Più o meno della taglia giusta	69,5	58,9	68,2	65,4
Un po' troppo grasso	15,1	24,9	18,2	19,6
Decisamente troppo grasso	2,4	2,4	2,9	2,6

In generale il 65,4% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” e “Un po’ troppo magro” circa il 19,6% e l’11,2% rispettivamente. I 13enni si percepiscono “un po’ troppo grassi” nel 24,9% dei casi

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

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



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

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	21,6	52,3	26,1	1,5
Normopeso	24,6	38,4	37	59,5
Sovrappeso	25,7	44,4	29,9	33
Obeso	21,6	65,4	13	6

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una percentuale non trascurabile (59,5%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l’età.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	59	49,6	49,9	52,6
No, ma dovrei perdere qualche chilo	15,4	19,8	24,1	19,9
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11,5	12,6	11,1	11,7
Sì	14,1	17,9	14,9	15,7

In generale il 52,6% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 19,9% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 15,7% dei ragazzi è a dieta. Sono soprattutto i 13enni che fanno dieta/fanno qualcosa per dimagrire (17,9%).

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	77,1	75,3	79,7	77,4
Una volta al giorno	19,1	21,6	16,7	19,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,9	2,6	2,7	2,7
Meno di una volta alla settimana	0,2	0,4	1	0,5
Mai	0,6	0	0	0,2

Sono una percentuale ridotta (2,7%) i ragazzi che si lavano i denti “almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni”, senza differenze per età.

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)	54,1	63	65,2
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	35,6	44,2	43,9
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	35,9	43,3	47,2
Consumo quotidiano di bevande gassate	9,7	6,6	8,3
Prevalenza di sovrappeso	13,2	10,5	8,05
Prevalenza di obesità	3,5	1,07	0,6

Le buone abitudini alimentari aumentano al variare del FAS, mentre la prevalenza di sovrappeso ed obesità sono inversamente proporzionali al FAS.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	64,3	61,6
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	40,3	42,4
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	40,9	43,1
Consumo quotidiano di bevande gassate	8,5	7,7
Prevalenza di sovrappeso	11,8	10,8
Prevalenza di obesità	1,5	1,5

Rimane sostanzialmente stabile la prevalenza di sovrappeso ed obesità rispetto al 2018, risulta aumentato il consumo sia di frutta che di verdura almeno una volta al giorno, mentre risulta diminuita la frequenza del consumo della 1° colazione durante la settimana, così come il consumo quotidiano di bevande gassate.

Conclusioni

Solo il 61,6 % degli adolescenti valdostani assume regolarmente la colazione durante i giorni di scuola, erano il 64,3% nel 2018, 67,7% nel 2014 ed il 71,2% nel 2010. Aumenta all'aumentare dell'età la frequenza percentuale di ragazzi che non consumano "Mai" la colazione durante i giorni di scuola: sono il 13,8% a 11 anni, il 23,6% a 13 anni e il 21,2% a 15 anni. In totale la percentuale dei giovani valdostani che non ha l'abitudine di fare la colazione

è del 19,7%, sostanzialmente in aumento rispetto al 2018 (19%), al 2014 (18%) ed al 2010 (16%).

Il consumo di frutta “Più di una volta al giorno” ha frequenze percentuali maggiori nelle femmine rispetto ai maschi ed in totale il suo valore è pari al 22,3%, in lieve aumento rispetto al 2018 (21,1%), al 2014 (17,7%) e al 2010 (17,5%). Non si registrano particolari differenze nelle tre fasce d’età considerate.

Il consumo di verdure “Più di una volta al giorno” pari al 22,1% è in lieve aumento rispetto al 2018 (19,5%), al 2014 (19,3%) ed al 2010 (13,1%) ed è più frequente per le femmine rispetto ai coetanei, e si registrano differenze nelle tre fasce d’età considerate.

La frequenza di utilizzo di bibite zuccherate “Più di una volta al giorno” è del 4,7%, e risulta in diminuzione rispetto al 2018 (5,4%) al 2014 (8,2%) ed al 2010 (11,5%). Ci sono differenze significative per fascia d’età soprattutto nei 13enni (6%) rispetto ai 15enni (2,6%).

Nella rilevazione 2022 è stata indagato anche il consumo settimanale di legumi: il 27,3% dei ragazzi consuma legumi “2-4 giorni a settimana” con un aumento dei consumi all’aumentare dell’età.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale in Valle D’Aosta la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta essere sostanzialmente stabile rispetto alle precedenti raccolte dati (10,8% di sovrappeso e 1,5% di obesità). In particolare la percentuale di obesità registra valori sostanzialmente stabili rispetto al 2018 (1,5%) mentre si riduce rispetto al 2014: 1,5 % vs. 2,2%

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.

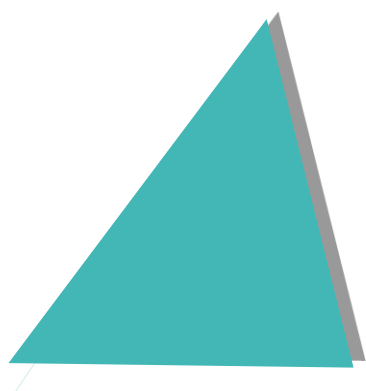
⁸ Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80–86

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 morbidità 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}.

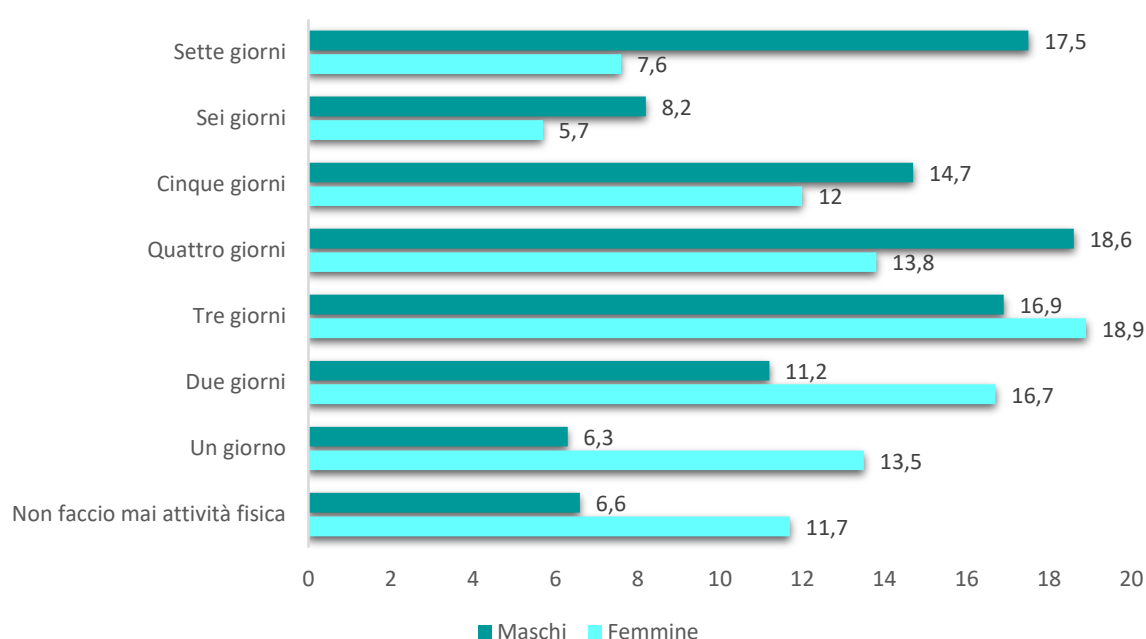
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda *"negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno"*; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano in percentuale 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	5,1	9,1	13,4	9,3
Un giorno	9	9,6	11,1	10,1
Due giorni	11,7	13,1	17,4	14,1
Tre giorni	18,7	17,4	17,8	17,9
Quattro giorni	17	17,7	13,6	16,1
Cinque giorni	13,7	14,3	11,9	13,3
Sei giorni	7,1	7,4	6,3	6,9
Sette giorni	17,8	11,5	8	12,3

Osservando la Tabella 1, si nota che il 5% dei ragazzi di 11 anni, il 9% dei ragazzi di 13 anni ed il 13,4% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 16%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai cinque giorni a settimana e complessivamente solo il 9,6% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana).

Fig 1 Attività fisica moderata- intensa settimanale (n° giorni con almeno 60 min di attività fisica) per genere (%)



Osservando la Fig 1 possiamo dedurre che sono soprattutto i ragazzi a fare attività fisica moderata_intensa nelle categorie 4 – 7 giorni alla settimana, mentre le ragazze svolgono attività fisica moderata _ intensa nella categoria 3 giorni a settimana.

Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell’orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le

differenze con un'attività fisica moderata-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	18,3	10	8,5
Da 4 a 6 volte a settimana	23,8	24,6	23,6
3 volte a settimana	19,2	25,1	20,2
2 volte a settimana	17	12,4	16,1
Una volta a settimana	10,2	12,2	15,6
Una volta al mese	2,4	5,3	4,6
Meno di una volta al mese	2,4	3,8	4,4
Mai	6,6	6,5	7,1

Osservando la Tabella 2, si nota che il 6,6% dei ragazzi di 11 anni, il 6,5% dei ragazzi di 13 anni ed il 7,1% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 24%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le quattro e sei 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	13,8	21,7	28,9
Circa mezz'ora	23,4	19,5	19,3
Circa un'ora	26,9	19,3	19,5
Circa 2 ore	15,7	17,6	14,9
Circa 3 ore	8,1	6,7	3,2
Circa 4 ore	4,6	6,7	3,9
Circa 5 ore o più	7,6	8,6	6,3

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 26,9% degli undicenni il 19,3% dei tredicenni ed il 19,5% dei più grandi) sia pari o inferiore all’ora al giorno.

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	31,3	11,2	4,1
Circa mezz'ora	20,8	16,2	9,2
Circa un'ora	20,6	17,6	22,9
Circa 2 ore	11,6	20,7	24,1
Circa 3 ore	4,6	13,6	17,1
Circa 4 ore	3,7	9,5	10,4
Circa 5 ore o più	7,4	11,2	12,3

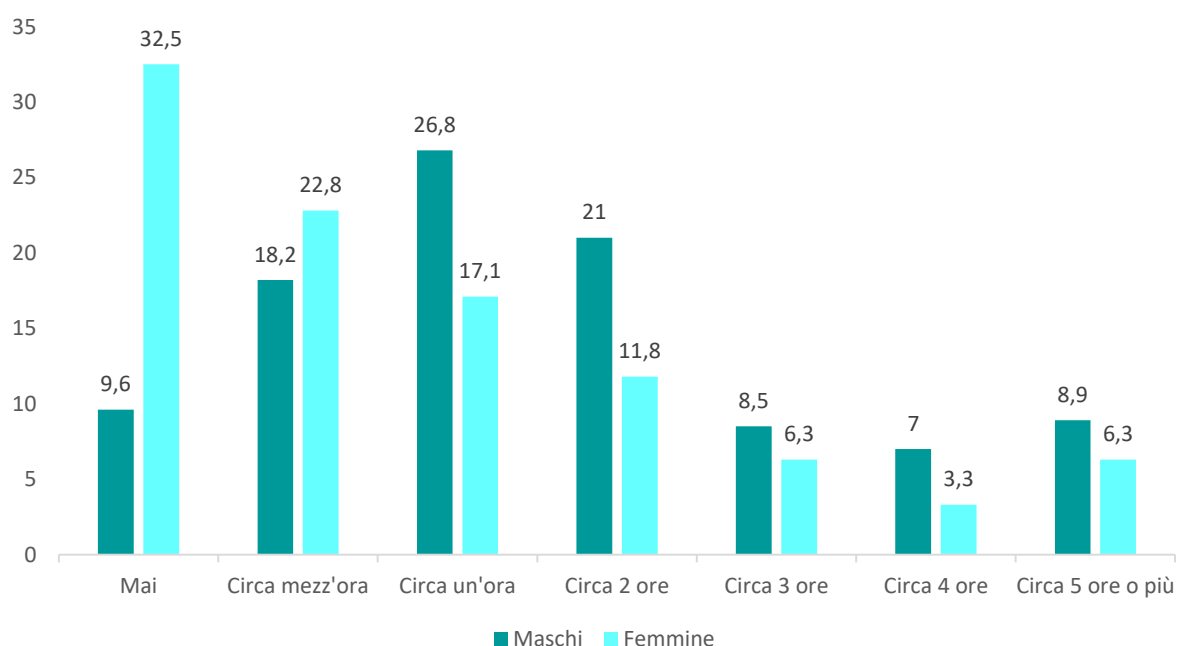
In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l’età, in particolare nei 15enni è prevalente la categoria “circa 2 ore” (24%), così come nei 13enni (20,7%), mentre negli 11enni sono prevalenti le categorie “circa ½ ora” e “circa 1 ora” (20,8% e 20,6% rispettivamente).

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	10,5	11,2	12,8
Circa mezz'ora	29,3	27,9	19,8
Circa un'ora	24,7	22,7	29,2
Circa 2 ore	17,9	17,2	18,3
Circa 3 ore	6,4	8,4	11,3
Circa 4 ore	4,4	5,7	4,8
Circa 5 ore o più	6,8	6,9	3,9

Solo il 5,8% dei giovani a 11 anni, il 7% a 13 anni ed il 6,6% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due al giorno...

Figura 2 "Tempo dedicato ad usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social networks (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 nelle categorie "da circa un'ora in avanti". Sono infatti solo poco più del 9,6% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 32% 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)	39,9	46,1	61,4
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	51	54,1	71
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	22,5	18,2	19
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	28,4	30,9	30,1
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	21,4	17,5	20,6

Possiamo notare che all'aumento del FAS aumenta in maniera direttamente proporzionale l'attività fisica moderata (61,4% FAS alto vs 39,9% FAS basso) che intensa (71% FAS alto vs 51% FAS basso) praticata dai giovani adolescenti. Per quanto riguarda il tempo dedicato a giocare con videogiochi, PC/Tablet/cellulare possiamo notare una correlazione inversa rispetto al FAS (19% FAS alto vs 22,5% FAS basso). Non possiamo mettere in evidenza una differenza sostanziale rispetto ai vari FAS per la categoria "tempo dedicato ad usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social networks" e per la categoria "tempo dedicato a guardare "TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti sui siti web".

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)	47,7	48,6
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	68,3	57,7

Rispetto al 2018 possiamo mettere in evidenza che la pratica dell'attività fisica intensa per almeno 3 volte a settimana è diminuita (da 68,3 % a 57,7%), mentre la pratica dell'attività fisica moderata-intensa per almeno 4 giorni a settimana è lievemente aumentata (da 47,7% a 48,6%)

Conclusioni

La percentuale dei ragazzi che praticano regolarmente almeno un'ora di attività fisica al giorno, come raccomandato dalle linee guida internazionali, è sostanzialmente invariata dall'ultima raccolta dei dati, infatti, sono solo il 19% i giovani valdostani che nel 2022 la praticano regolarmente, erano circa il 19% nel 2018, mentre erano meno del 15% nel 2014. Anche la percentuale di studenti che dichiarano di non fare "Mai" attività fisica è aumentata passando dal 5% del 2010 al 7,5% del 2018 al 9,3% del 2022. In generale, per ogni fascia d'età considerata, i ragazzi si muovono più delle ragazze.

I dati del 2022 sulla sedentarietà mostrano che la maggior parte dei giovani spende davanti alla TV circa 1-2 ore al giorno, con frequenze pari a circa il 43,3%.

Si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network nelle categorie "da circa un'ora in avanti". Sono infatti solo poco più del 9,6% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 32% delle ragazze

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.

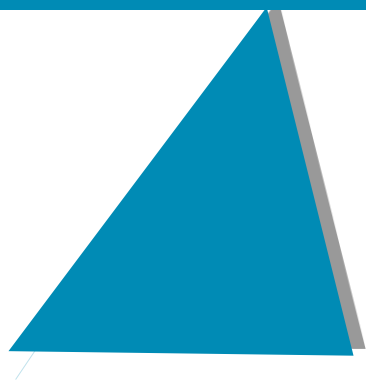
¹¹ Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019

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.

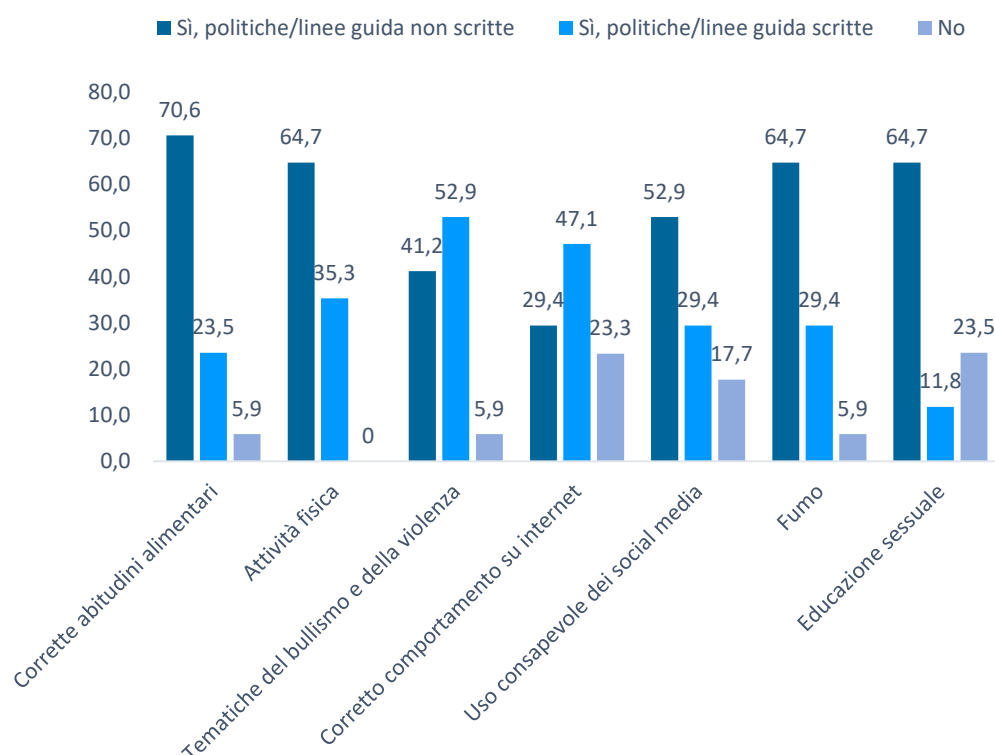
Tabella 1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	23,5	47,1	11,8	/	17,7
La palestra è in buone condizioni	35,3	17,7	17,7	/	29,4
I laboratori didattici sono attrezzati	11,8	64,7	/	17,7	5,9
La scuola necessita di restauro	11,8	47,1	23,5	17,7	/

La lettura dei dati presenti in Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: il 47% dei Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri.

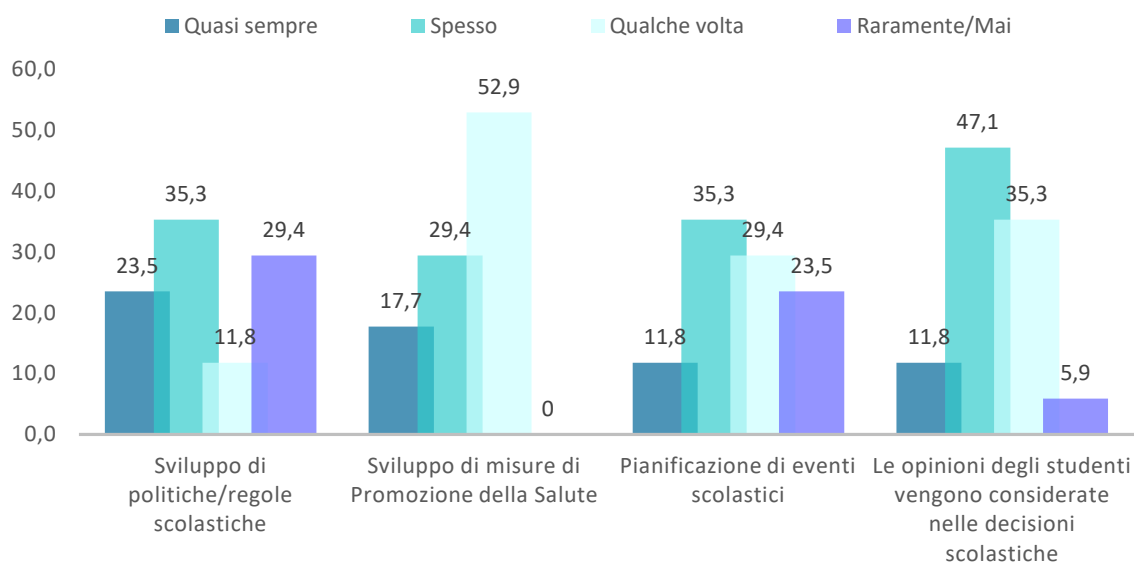
Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di riportare quali eventuali attività di promozione della salute sono state condotte con la finalità di favorire l'acquisizione di nuove conoscenze o nuove competenze nelle aree più significative per il benessere dei ragazzi (Figura 1)

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



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

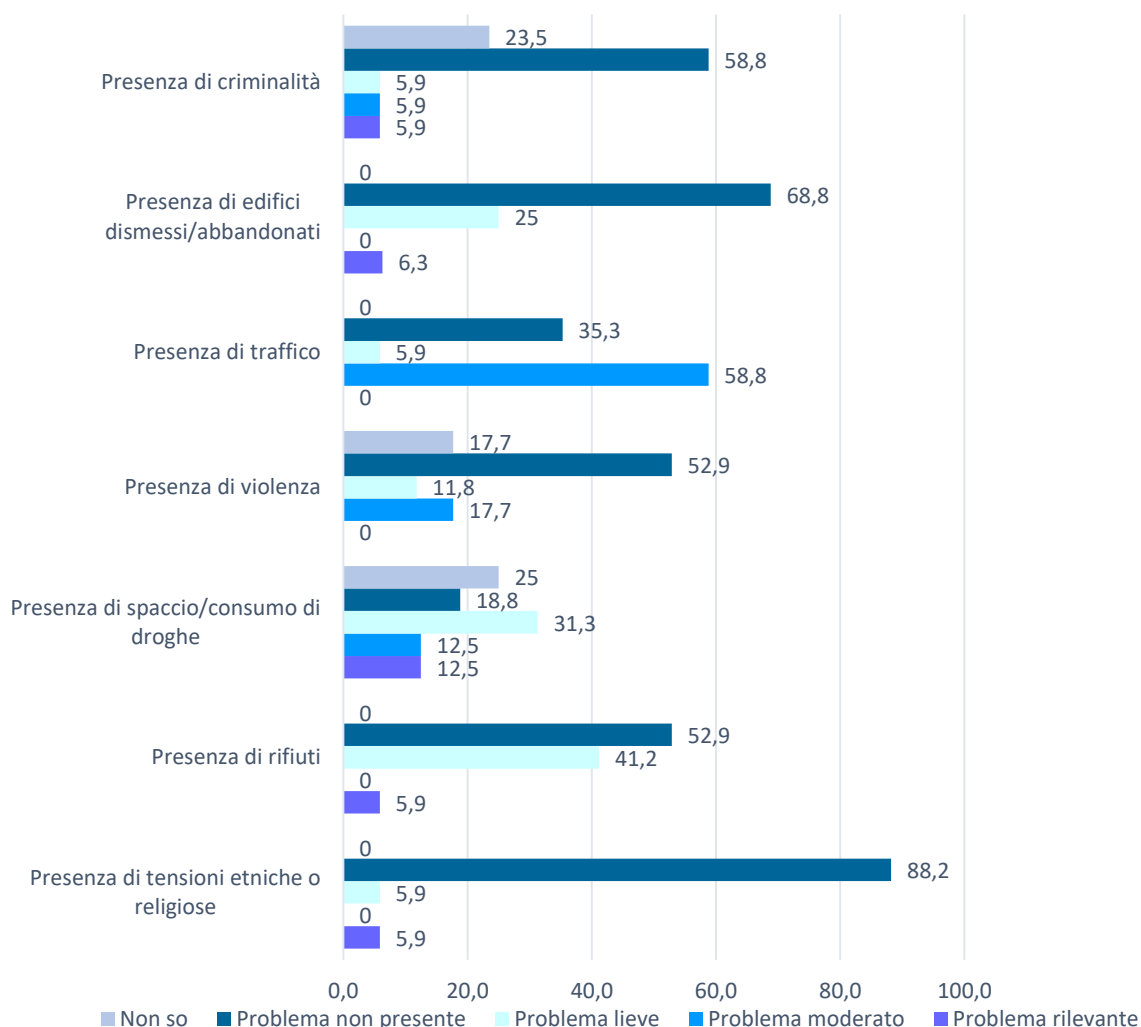
Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un medio coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (23,5% quasi sempre; 35,3% spesso, oppure qualche volta (11,8%) e raramente 29,4%) insieme ad un livello medio di considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (11,8% quasi sempre; 47,1% 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 spaccio, consumo di droghe o abuso di alcool, ritenuto rilevante dal 12,5% dei Dirigenti scolastici e moderato dal 12,5% degli stessi.

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

Nella media	58,8
Piuttosto bene	35,3
Molto bene	5,9

Secondo il Dirigente Scolastico, il benessere degli abitanti quartiere in cui si trova la scuola viene percepito come buono/nella media (58,8%)

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	Manca punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	/	5,9	/
In disaccordo	5,9	29,4	17,7
Abbastanza in disaccordo	5,9	/	/
Né in accordo né in disaccordo	29,4	11,8	17,7
Abbastanza d'accordo	11,8	11,8	23,5
D'accordo	17,7	17,7	11,8
Completamente d'accordo	11,8	/	5,9
Non so	17,7	23,5	23,5

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, solo l'11,8% dei Dirigenti è completamente d'accordo nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali e punti di ritrovo per i giovani (17,7%)

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	20,5	16,5	5,3	13,9
D'accordo	35,9	33,3	28,3	32,4
Né in accordo né in disaccordo	29,1	34,4	38,6	34,2
Non d'accordo	6,8	10,8	19,8	12,6

Per niente d'accordo	7,7	5	8	6,9
----------------------	-----	---	---	-----

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	37,7	19,3	7,3	21
D'accordo	32	35,1	28,5	31,9
Né in accordo né in disaccordo	16	25,8	36,5	26,4
Non d'accordo	5,7	10,7	16,5	11,1
Per niente d'accordo	8,6	9,1	11,2	9,6

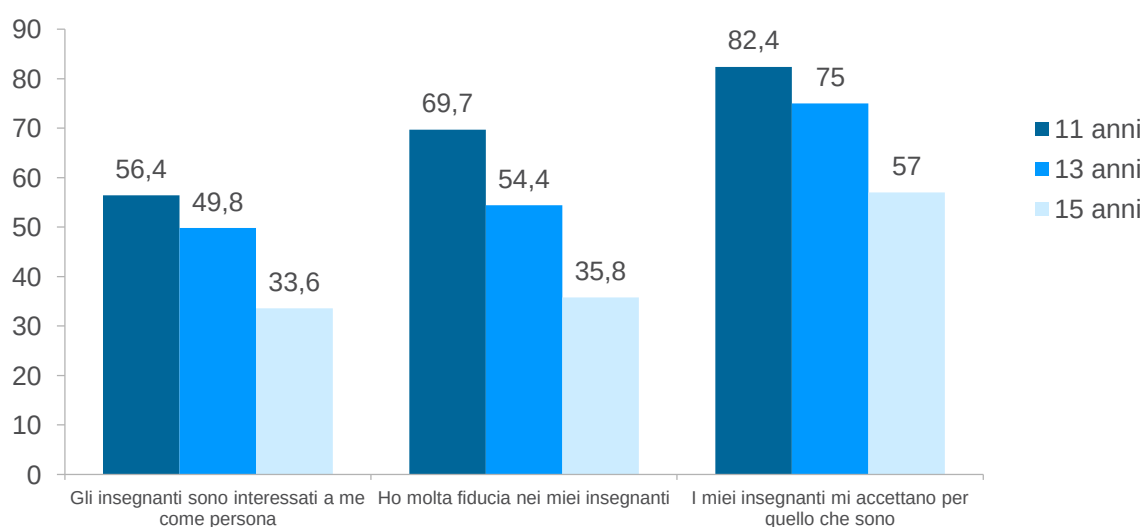
Tabella 6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	47,7	31,4	14,3	30,7
D'accordo	34,6	43,6	42,8	40,5
Né in accordo né in disaccordo	11,3	18,6	30,4	20,4
Non d'accordo	3,9	4,5	8,2	5,6
Per niente d'accordo	2,4	1,9	4,4	2,9

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

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

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



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

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

Il modo in cui i ragazzi si relazionano con i loro pari e con i compagni di scuola rappresenta un ulteriore fattore chiave per lo sviluppo della personalità dei ragazzi, durante l'adolescenza^{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	79,7	72,4	70,2	73,9
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	76,7	73,9	71,6	74
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	83,6	83,5	82,3	83,1
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	74,9	72,7	69,7	72,3

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	31,7	17,2	16,2	21,4
D'accordo	37,8	36,3	45,9	40
Né in accordo né in disaccordo	17,9	27,4	24,4	23,4
Non d'accordo	8,5	14,3	9,9	11
Per niente d'accordo	4,2	4,8	3,6	4,2

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	42,2	23,9	20,4	28,4
D'accordo	35,2	41,8	46,6	41,4
Né in accordo né in disaccordo	14,1	20,3	21,8	18,9
Non d'accordo	3,7	7,7	6,8	6,1
Per niente d'accordo	4,8	6,4	4,4	5,2

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, la percezione della disponibilità dei propri compagni diminuisce col crescere dell'età. A fronte del 31,7% di undicenni che sono molto d'accordo con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" si registra un 17,2% di tredicenni ed un 16,2 % di quindicenni con la stessa percezione.

In Tabella 9 emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo), pur notandosi un decremento nel passaggio dagli 11 (42,2%) ai 15 anni (20,4%).

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 (%)

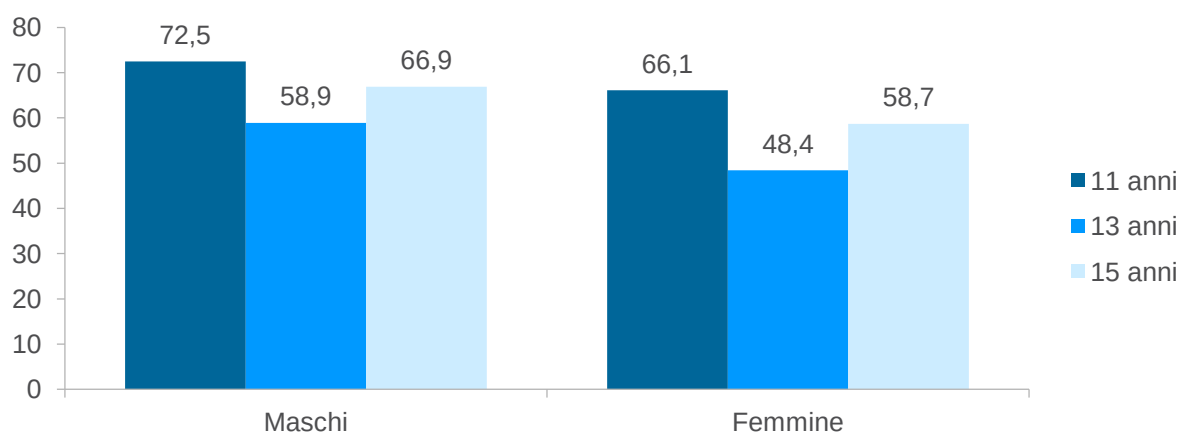
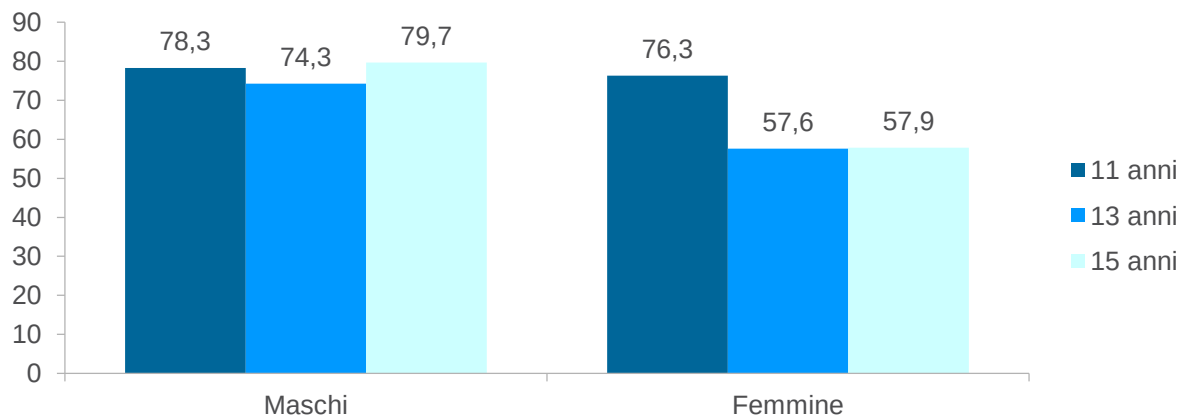


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



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

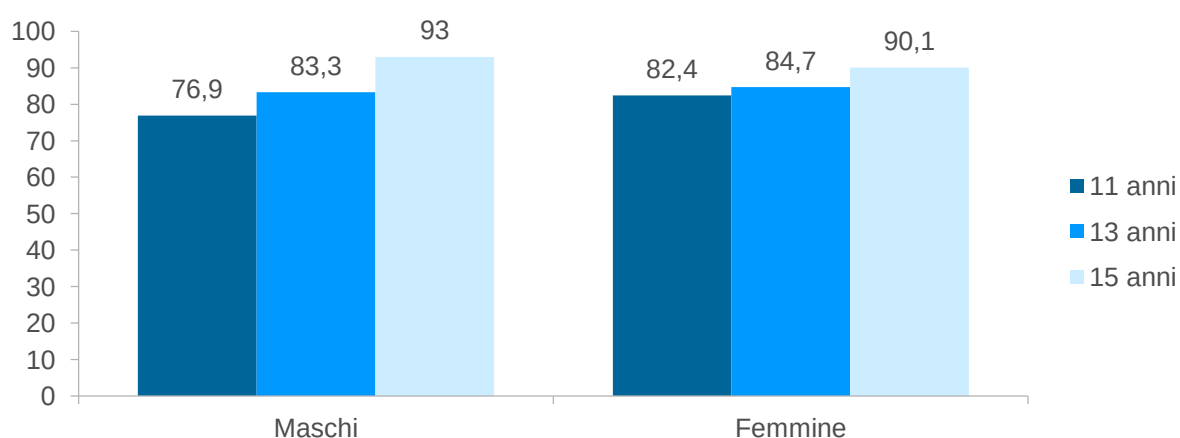
cyberbullismo sembra aumentare con l'età e sembra imporsi come fenomeno a sé, simile al bullismo ma solo nel nome²⁰. Se pur tutto ciò sembra essere allarmante, recenti studi confermano che un clima positivo tra i coetanei e delle buone relazioni con figure adulte di riferimento, soprattutto gli insegnanti 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	79,5	84	91,3	85,1
Una o due volte	12,1	10,5	6,3	9,6
Due o tre volte al mese	3,7	1,7	1,2	2,2
Circa una volta alla settimana	0,9	2,2	0,7	1,3
Più volte alla settimana	3,7	1,7	0,5	1,9

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



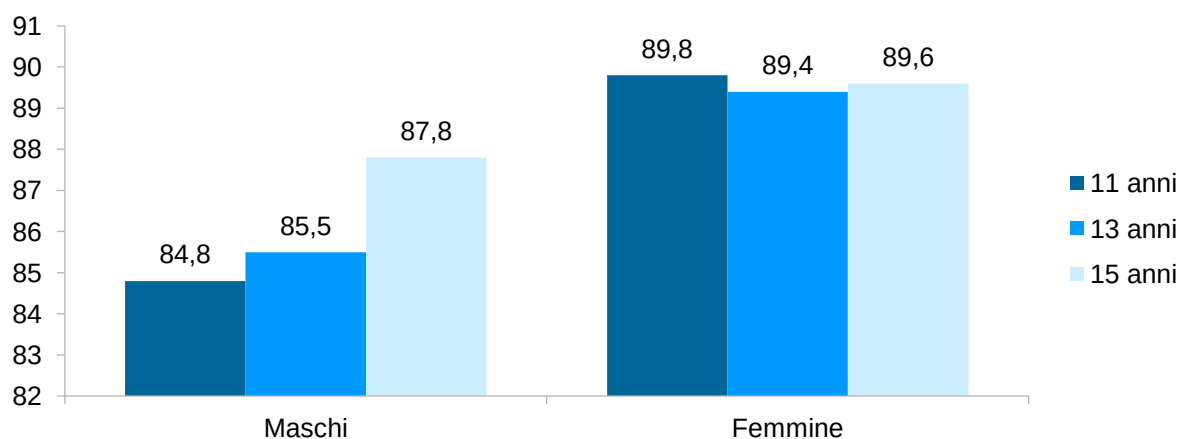
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo)

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	87,2	87,5	88,9	87,9
Una o due volte	8,2	10,1	9	9,1
Due o tre volte al mese	1,3	1,2	0,7	1,1
Circa una volta alla settimana	0,9	0,7	0,2	0,6
Più volte alla settimana	2,4	0,5	1,2	1,3

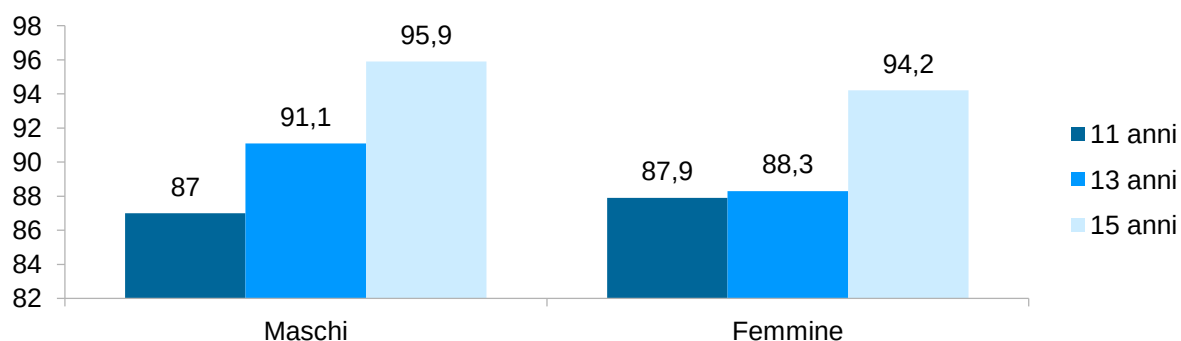
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno

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



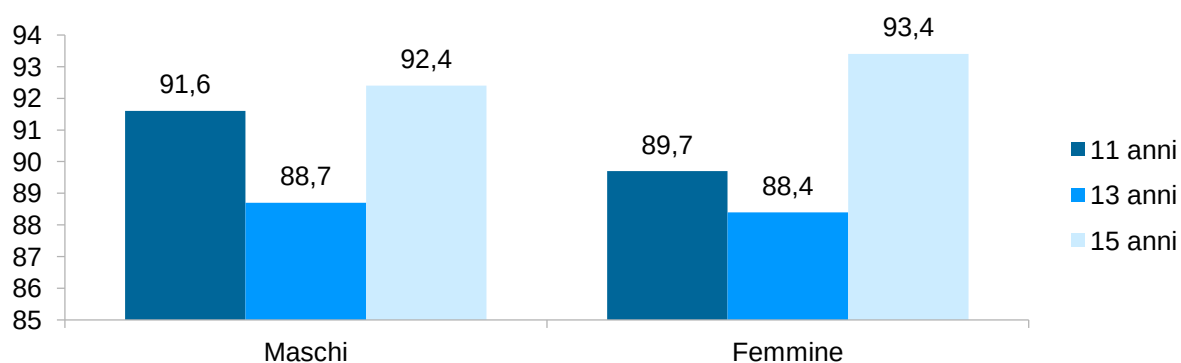
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



Nella Figura 10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato azioni di 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	62,6	65,2	73,7	67,3
Una volta	17	15,3	13,3	15,1
Due volte	7,1	6,9	7,2	7,1
Tre volte	2,9	3,8	1,5	2,7
Quattro volte o più	10,6	8,8	4,4	7,8

La Tabella 12 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.

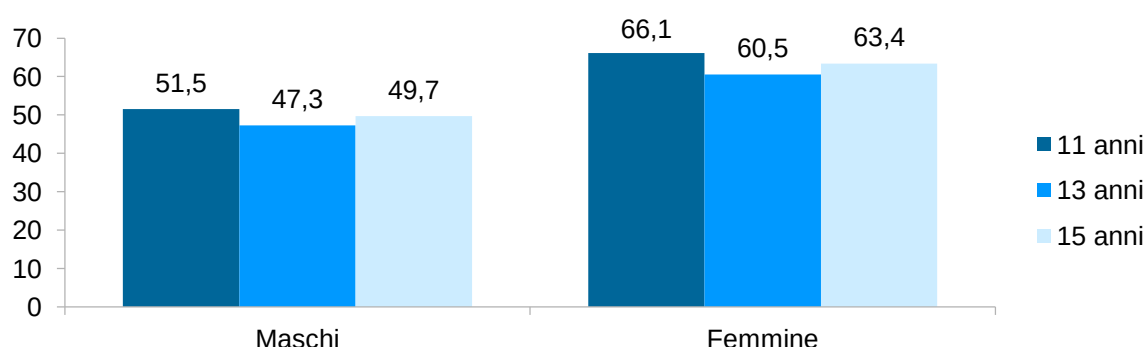
In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	13,3	10,8	6,3	10
Abbastanza	45,1	43,3	51,4	46,7
Non tanto	29,2	34,4	28,8	30,9
Non mi piace per nulla	12,4	11,5	13,5	12,5

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

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



Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell'età. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più/meno 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

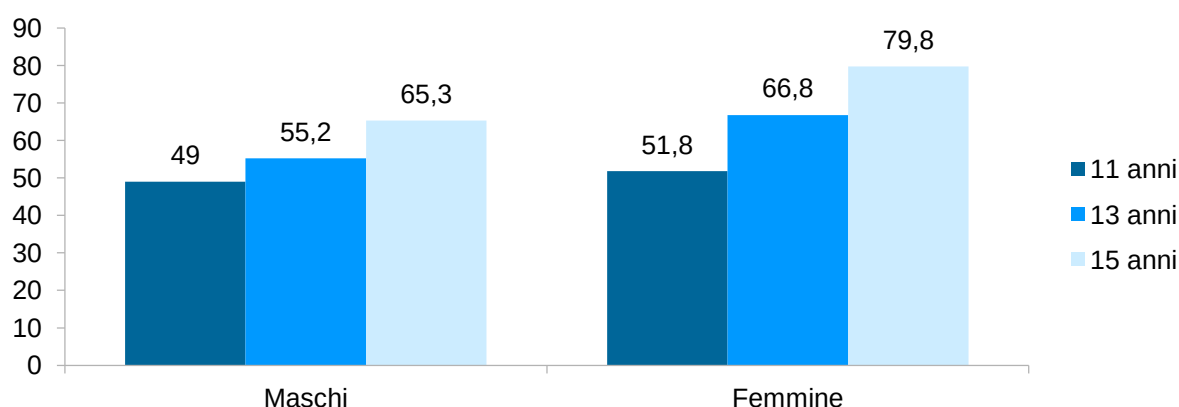
scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio con risposte su una scala a 4 punti incrementale da “per niente” a “molto stressato”.

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	8,9	7,1	3,4	6,4
Un po’	40,7	31,7	22,8	31,5
Abbastanza	28,3	33,1	32,2	31,3
Molto	22	28,1	41,6	30,8

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



Sono soprattutto le ragazze quindicenni a sentirsi stressate dalla scuola e la percentuale aumenta all’aumento dell’età.

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)	46	46,3
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d’accordo/molto d’accordo)	58,8	52,9
I miei compagni sono gentili e disponibili (d’accordo/molto d’accordo)	65,7	61,4

Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	85	85,1
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	91,4	90,8
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	62,9	56,7
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	56,7	62,1

Conclusioni

Complessivamente il quadro emerso delle scuole della Valle D'Aosta è sostanzialmente positivo, in quanto caratterizzato da percezione di adeguatezza delle risorse strutturali e attenzione alle attività di promozione alla salute, attività adottate per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere, come la corretta alimentazione, l'attività fisica, il fumo e l'educazione sessuale.

Dal raffronto con le rilevazioni precedenti non emergono differenze importanti.

Per quanto riguarda il rapporto con gli insegnanti, rispetto al passato, si nota da parte dei ragazzi una leggera diminuzione della fiducia e dell'apprezzamento in generale per i loro docenti (dal 58,8% del 2018 al 52,9% del 2022), con percentuali che decrescono con l'aumentare dell'età ma che hanno, soprattutto nella fascia d'età 11 e 13 anni, valori piuttosto alti di gradimento.

La qualità del rapporto dei ragazzi e delle ragazze con i loro compagni di classe può essere definita molto buona, è maggiore nei maschi rispetto alle coetanee. Coloro che sono "Molto d'accordo o d'accordo" con l'affermazione "La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile" sono circa il 61,4% degli studenti, valore inferiore rispetto ai valori riscontrati nel 2018 (66%) e nel 2014 (65%).

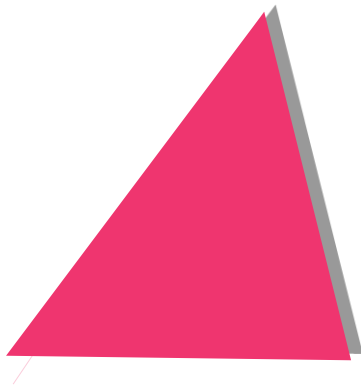
Il fenomeno della violenza e del bullismo/cyberbullismo, è stato evidenziato per l'allarme sociale creato. Dai dati del 2022 si evidenzia che le percentuali di quanti dichiarano di non essere stato oggetto di atti di bullismo aumentano con l'aumentare dell'età, sia nei maschi sia nelle femmine, in generale sono il 79,5% degli 11enni, l'84% dei tredicenni ed il 91,3% dei 15enni, per un totale di 85,1% di ragazzi che non sono stati oggetto di bullismo negli ultimi 2 mesi.

Lievemente variata le percentuali rispetto alla precedente raccolta dati: erano circa il 90% nel 2018.

Più della metà (57%) degli studenti valdostani dichiara di apprezzare la scuola. La valutazione risulta maggiore per le ragazze, rispetto ai coetanei maschi, e questa tendenza si ripete dal 2010 ad oggi per tutte le fasce di età prese in considerazione, in diminuzione comunque rispetto al periodo pre pandemico (62,9%).

Bibliografia essenziale

- ¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ²Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- ⁶Wang C, 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.
- ¹⁶UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- ¹⁸Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «JAMA: Journal of the American Medical Association», 285, pp. 2094-2100.
- ¹⁹Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- ²⁰Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)_571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)_571367_EN.pdf)
- ²¹Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt.



CAPITOLO 6

Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze

Introduzione

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

Uso di sostanze

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

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

Fumo

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,8	96,2	81,4	92,2
1-2 giorni	0,2	1,7	8,2	3,5
3-5 giorni	0	0,2	1,9	0,7
6-9 giorni	0	0,7	1,9	0,9
10-19 giorni	0	0	1,9	0,7
20-29 giorni	0	0	1,5	0,5
30 giorni o più	0	1,2	3,2	1,5

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,3	96,6	89,5	95,1
1-2 giorni	0,4	2,2	4,2	2,3
3-5 giorni	0	0,2	2,2	0,8
6-9 giorni	0	0,2	1,7	0,7
10-19 giorni	0	0,5	1,2	0,6
20-29 giorni	0	0,2	0,7	0,3
30 giorni o più	0,2	0	0,5	0,2

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 99% degli undicenni al 96,6% dei tredicenni sino all’89,5% 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	4,1	1,2
Femmine	0	2,3	2,5	1,7

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	84,8	62,3	28,6	57,8
1-2 giorni	9	15,2	13,3	12,6
3-5 giorni	2,9	9,3	12,3	8,3
6-9 giorni	1,6	5,5	8,9	5,4
10-19 giorni	0,7	2,8	12,1	5,3
20-29 giorni	0,4	1	4,4	2
30 giorni o più	0,7	4	20,2	8,6

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	91,4	75,4	41,6	69
1-2 giorni	6,1	13,9	27,8	16,2
3-5 giorni	1,6	5,8	13,4	7,1
6-9 giorni	0,2	2	9,4	4
10-19 giorni	0,2	1,3	4,6	2,1
20-29 giorni	0,5	0,2	1,3	0,7
30 giorni o più	0	1,3	1,8	1

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 91% degli undicenni al 75,4% dei tredicenni sino al 41,6% 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	1,6	3,8	1,7
Femmine	0	1	0,4	0,5

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	0,1	6	7,9	17,6	68,4
Vino	0,2	3,7	5,5	17	73,6
Superalcolici	0,2	6,1	8,9	14,4	70,4
Alcolpops	0,4	2,9	5,4	13,4	78
Spritz	0,1	4,2	6,6	13,8	75,3
Altra bevanda alcolica	0,5	6,7	7,7	15,2	70

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.

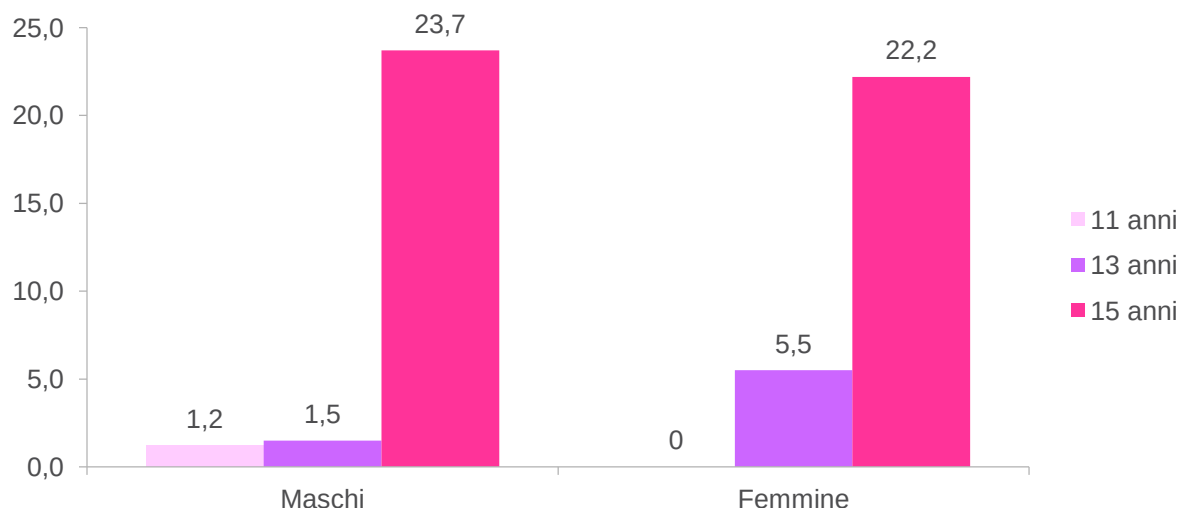
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	97,6	92,3	66,1
Sì, una volta	1,7	4,1	11,1
Sì, 2-3 volte	0,7	2,6	9,1
Sì, 4-10 volte	0	0	7,5
Più di 10 volte	0	0,1	6,3

Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta 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

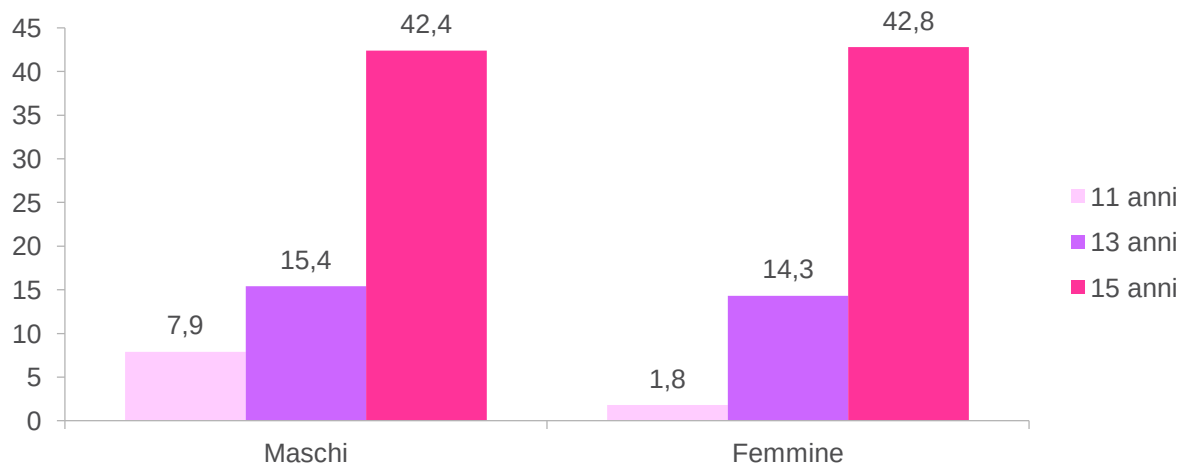


I maschi quindicenni, in percentuale di poco superiore alle femmine, dichiarano di essersi ubriacati due volte o più nella vita (23,7% vs 22,2%)

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

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

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



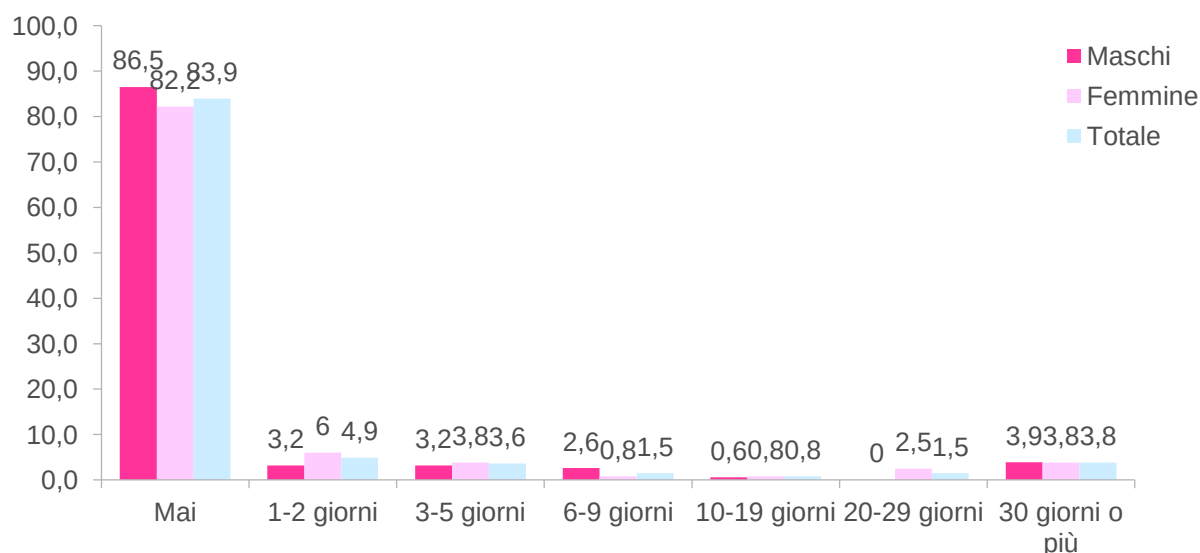
I maschi, in percentuale simile alle femmine, dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol; tale fenomeno aumenta con l'età.

Cannabis

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante¹⁴. Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poichè 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 perchè 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



'84% dei ragazzi non consumano cannabis e solamente una piccola percentuale (3,8%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

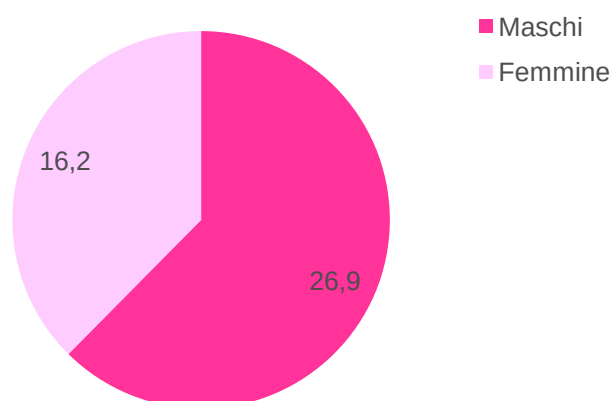
Gioco d'azzardo

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 (26,9%) rispetto alle femmine (16,2%)

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

Nella Tabella 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	0	3,3	3,3
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	14,9	7,6	13,4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	56,2	54,7	68,7
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	26,9	17,7	29,8
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	40,3	40,7	48,8

Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	18,3	10,9	23,7
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	26,2	16,9	23,7

La Tabella 8 evidenzia un aumento di comportamenti di dipendenza all'aumento della condizione socio-economica.

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	27,3	18,6
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	60,8	58,4
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	33,1	22,8
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	53,9	42,7
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	23	11
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	35,5	20,5

Rispetto alla rilevazione del 2018 possiamo evidenziare un sostanziale miglioramento di tutti gli indicatori.

Conclusioni

L'abitudine al fumo è diminuita dall'ultima raccolta dati ad oggi, infatti la percentuale di giovani valdostani che non hanno "Mai fumato" è passata dal 78,6% del 2018 al 92,2% del 2022. La frequenza al fumo di sigaretta ogni giorno nella fascia d'età 15 anni è superiore nei maschi rispetto alle coetanee (4% vs. 2,5%).

L'uso di cannabis è diminuito nel tempo, in totale l'83,9% dei quindicenni valdostani dichiarano di non aver "mai" utilizzato cannabis, erano il 76,6% nel 2018.

Si evidenziano lievi differenze di genere, sono infatti l'86,5% i ragazzi e l'82,2% delle ragazze di 15 anni che nel 2022 confermano di non aver mai fatto uso di cannabis.

Per quanto riguarda la frequenza del consumo di alcol la percentuale di coloro che dichiarano di non consumare "Mai" bevande alcoliche riguarda solo il 57,8% dei ragazzi, ma tale percentuale diminuisce all'aumentare dell'età, 84,8% degli 11enni, 62,3% dei 13enni e 28,6% dei 15enni. Aumenta la frequenza di coloro che affermano di non essersi mai ubriacati, tale percentuale nel 2022 è uguale al 66,1%, nel 2018 era del 53,8% e nel 2014 era del 51,7%.

Nel caso dell'ubriacatura i maschi dichiarano percentuali maggiori rispetto alle coetanee (23,7% vs 22,2%)

Nel consumo in una sola occasione di più unità alcoliche (Binge Drinking) sono soprattutto i maschi di 11 anni, in percentuale nettamente superiore alle coetanee, a dichiarare di aver

consumato 5 o più bicchieri di alcol in un'unica occasione (7,9% vs 1,8%); tale fenomeno che per entrambi i generi aumenta con l'età, mostra scarse differenze percentuali anche tra i due generi nei 15enni (42,4% maschi vs 42,8% femmine).

Anche nella presente rilevazione è stata indagata la diffusione del gioco d'azzardo per verificare il grado di coinvolgimento dei giovani valdostani di 15 anni. I risultati ci dicono che circa il 57% dei giovani non ha mai giocato neanche una volta, mentre il 43,1% talvolta l'ha fatto (26,9% maschi, 16,2% femmine).

Bibliografia essenziale

¹National 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. Il 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.

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

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., Lönngqvist 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, Gandini 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 Burdovic 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.

¹⁶Frisone, 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 cardiovascolari o tumorali - risulta evidente anche per alcune tra quelle che prima sono state definite come risorse dell'ambiente ecologico del soggetto rispetto a condizioni su cui si concentra una sempre maggiore attenzione: l'ansia, la depressione e la 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.

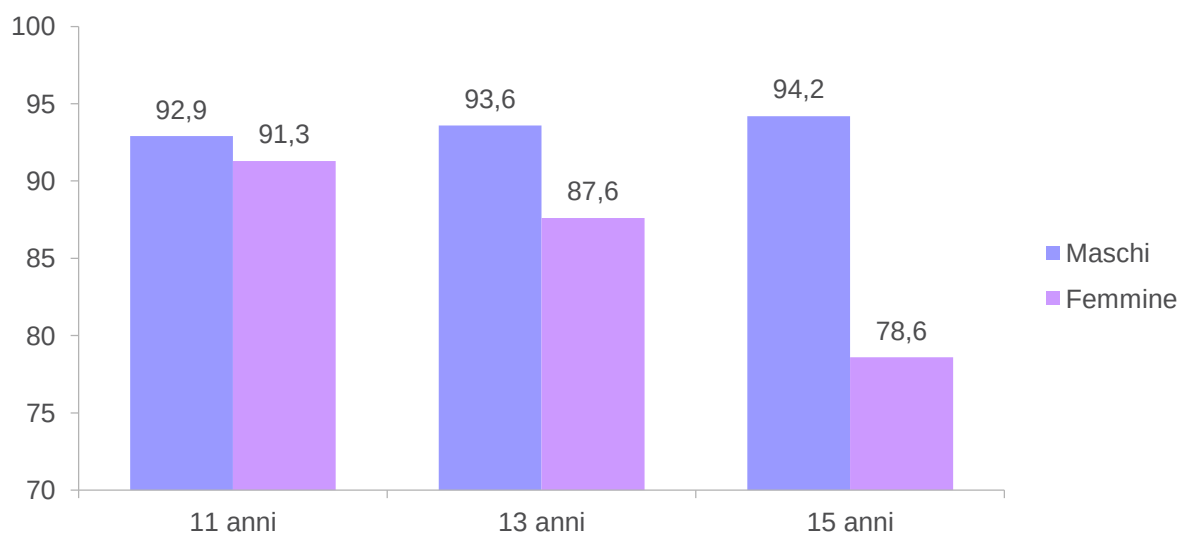
Tabella 1. "Diresti che la tua salute è..., per età" (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	41,8	39,8	27,6	36,2
Buona	50,3	50,7	57,5	52,9
Discreta	6,1	8,6	12,5	9,2
Scadente	1,8	1	2,4	1,7

Dai dati in tabella si evince che circa la metà dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

Nella Figura 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 maggiormente nelle femmine, con una considerevole differenza di genere nella fascia d’età dei quindicenni.

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.

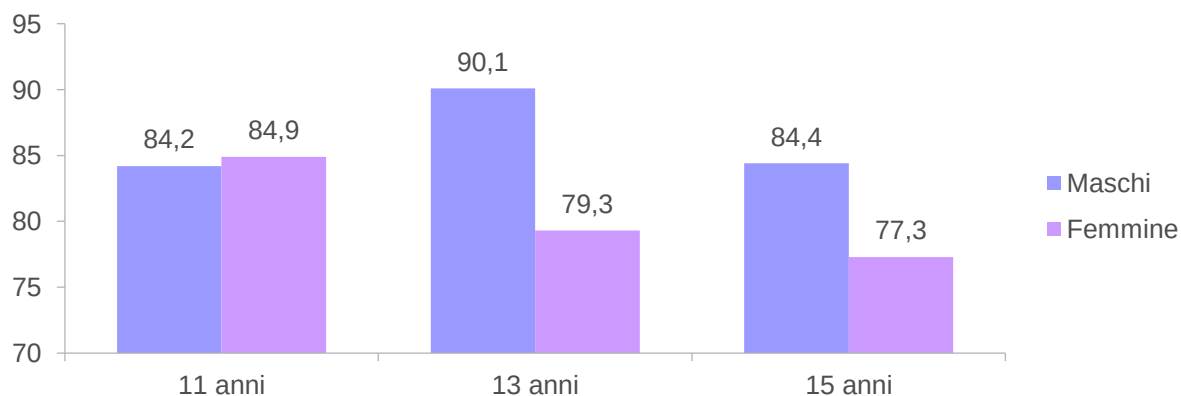
Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	15,5	15,5	19,8	16,9
≥6	84,5	84,5	80,2	83,1

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

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 differenze più pronunciate nella fascia d'età 13 anni: circa il 90% dei ragazzi vs il 79% delle femmine riferisce un buon livello di soddisfazione di vita.

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 (%)

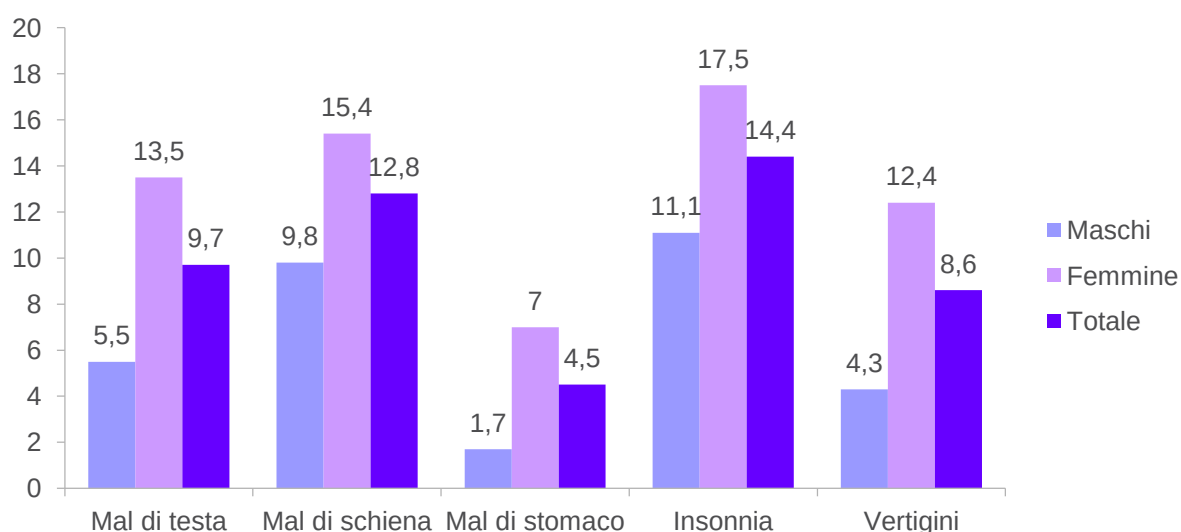
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	40,3	46,2	45,5	44,1
Più di una volta a settimana	24,8	26,4	30,4	27,3
Circa una volta a settimana	20,9	14,5	16,9	17,3
Circa una volta al mese	12	11	5,8	9,5
Raramente o mai	2	1,9	1,5	1,8

Le percentuali riscontrate non evidenziano particolari differenze tra le varie classi di età: da notare l’elevata percentuale di ragazzi (44%) che dichiara di aver avuto sintomi 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).

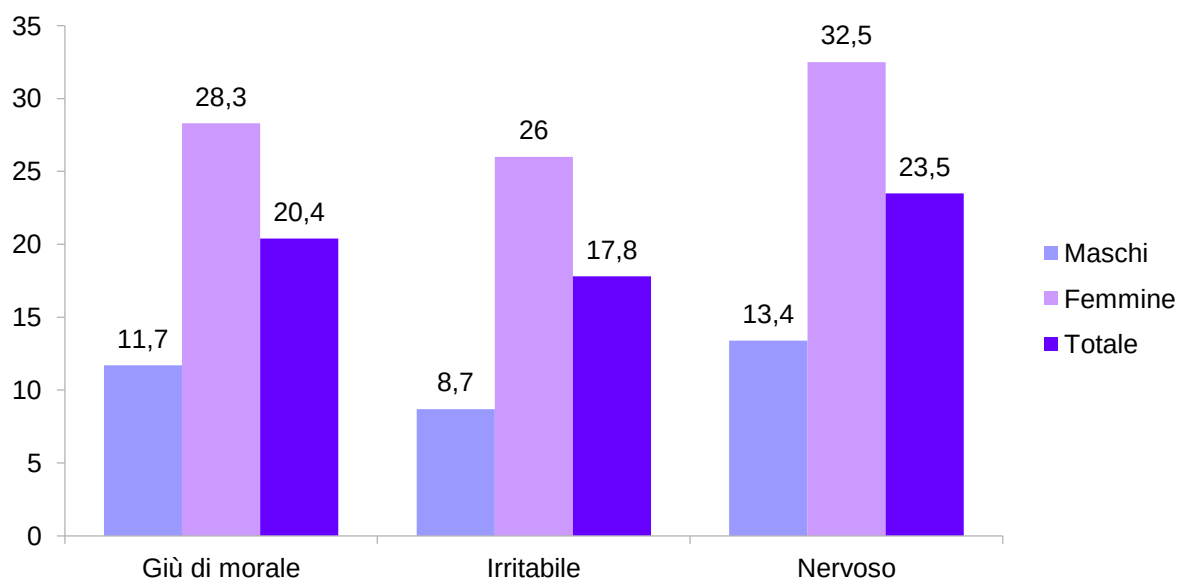
Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



Il sintomo maggiormente riferito è l’insonnia con una percentuale di 14,4%.

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



Il sintomo maggiormente riferito è il nervosismo con una percentuale del 23,5%.

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	45,5	37,2	36,5	39,6
Sì	54,5	62,8	63,5	60,4

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	18,6	17,5	17,9
No	81,4	82,5	82,1

Come si rileva dalla Tabella 5 il 17,9% 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	69	61	64,3
Pillola	17,9	22	20,3
Coito interrotto	41,4	53,7	48,6
Contraccezione di emergenza	20,7	17,1	18,6
Giorni fertili	17,2	19,5	18,6
Altri metodi	0	2,4	1,4

In tabella 6 si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare il 69% dei maschi vs il 61% delle femmine dichiara di utilizzare il preservativo; il 53,7% delle femmine vs il 41,4% dei maschi dichiara di utilizzare il coito interrotto.

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.

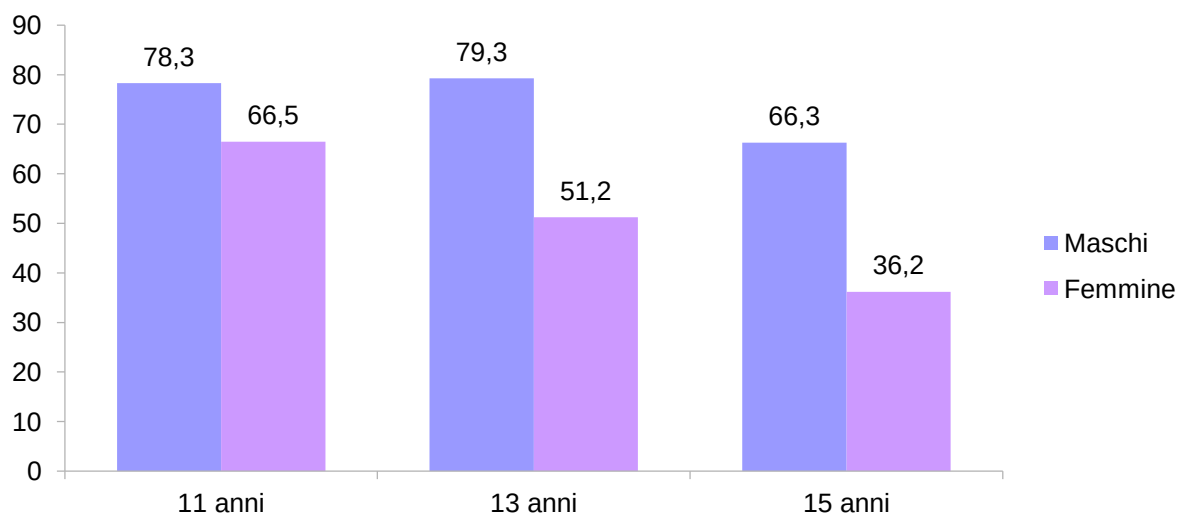
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	72,6	64,7	48,8	61,7
$< 12,5$	27,4	35,3	51,2	38,3

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

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 notevoli differenze con percentuali più basse nelle 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 8 mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12 mesi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	34,5	15,7	24,6
Raramente	32,1	24,5	28,1
A volte	27,2	37,8	32,8
La maggior parte delle volte	5,4	18	12,1
Sempre	1	4	2,5

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	44	47,1	57	49,5
Una volta	30,4	31,4	21,7	27,8
Due volte	12,5	11,2	12,1	11,9
Tre volte	6,1	4	3,4	4,5
Quattro volte o più	7	6,2	5,8	6,3

In generale i quasi la metà dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche.

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	21,7	14,8	16,8
≥ 6	78,3	85,2	83,2

Il livello di soddisfazione mostra un gradiente correlato al FAS

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
< 5	13,7	16,9
≥ 6	86,3	83,1

La Tabella 11 evidenzia un livello di soddisfazione di vita inferiore rispetto al 2018.

Conclusioni

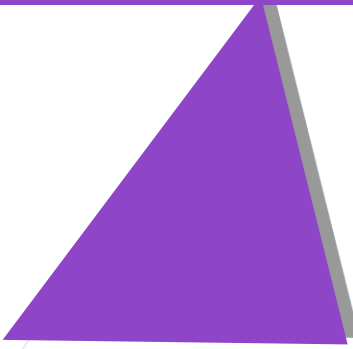
Lo stato di salute e il benessere psicofisico dei giovani valdostani è stato indagato attraverso l'auto-percezione sulle diverse variabili indagate. I dati autoriferiti ci mostrano che l'89% dei ragazzi definisce la propria salute "eccellente o buona".

Le ragazze in generale tendono a percepire la propria salute in maniera meno positiva e con più sintomi dichiarati rispetto ai ragazzi, questa differenza aumenta con l'aumentare dell'età mentre per i maschi si osserva l'esatto contrario.

Ogni giorno il 44% degli adolescenti valdostani dichiara di aver avuto sintomi a componente somatica oppure psicologica (era il 37,5% nel 2018). Le femmine in generale riferiscono di avere questi sintomi con una frequenza maggiore rispetto ai maschi. Solo il 39,6% dei giovani valdostani ha riferito di non aver utilizzato alcun farmaco nell'ultimo mese precedente l'indagine, in lieve flessione rispetto al 2018 (41,4%). I giovani valdostani quindicenni riguardo ai comportamenti sessuali dichiarano nell'82,1% di non aver avuto rapporti sessuali completi e tra i metodi contraccettivi maggiormente utilizzati risulta essere il profilattico (64,3%) seguito dal coito interrotto (48,6%).

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 8

Social media e gaming

Introduzione

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

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

L'uso dei social media

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

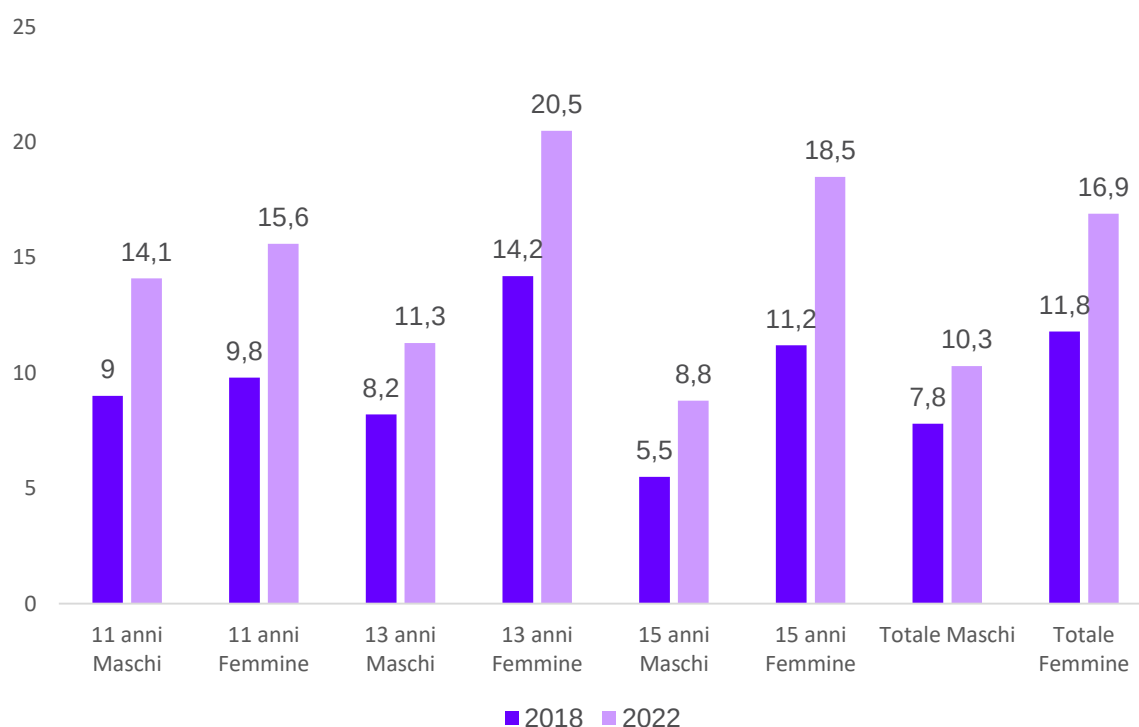
Tabella 1. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	63,9	75,9	80,1	73,6
Amici di un gruppo allargato	41,7	41,9	36,7	40,1
Amici conosciuti tramite internet	11,3	17,3	11,4	13,4
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50,9	54,7	51,8	52,5

Il 73,6% dei ragazzi riporta di avere contatti online molto frequenti con gli “amici stretti”, con un gradiente direttamente proporzionale all'età, seguito dal 52,5% di contatti con “altre persone come ad es i familiari”.

Nell'indagine HBSC sono inoltre presenti alcune domande relative all'uso problematico dei social media (introdotte per la prima volta nella somministrazione del 2018), che hanno lo scopo di evidenziare la diffusione di un fenomeno che sembra in continua crescita. La Social Media Disorder Scale¹⁰ offre una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la percentuale di ragazzi e ragazze il cui uso dei social media può essere classificato come "problematico" (cioè coloro che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi). In Figura 1 sono riportate le percentuali di adolescenti che dichiarano di fare un uso problematico dei social media, divisi per genere, età e anno di rilevazione.

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



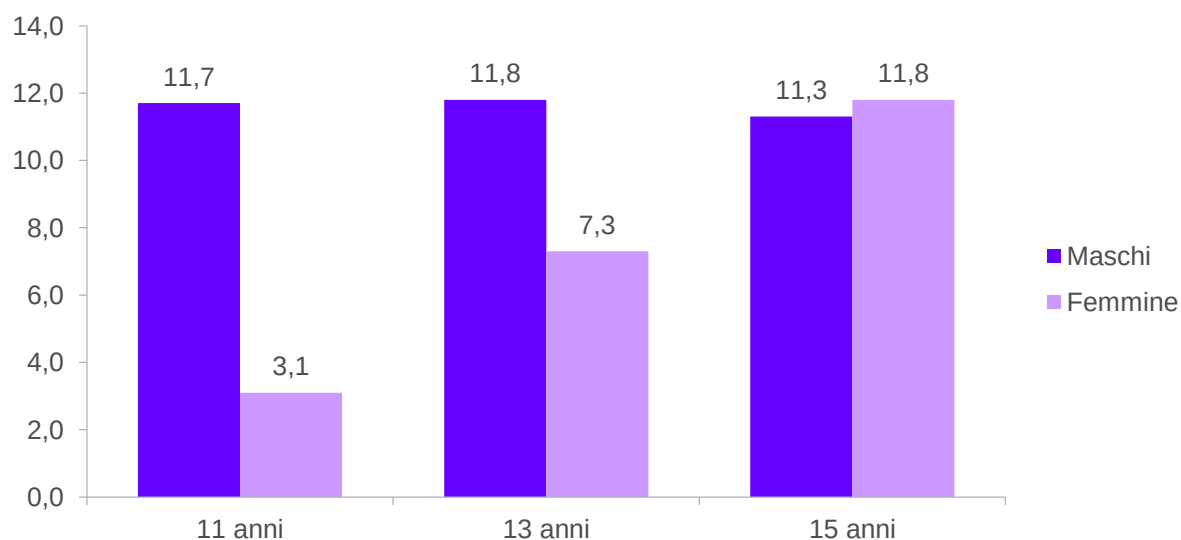
Sono soprattutto le ragazze in tutte e tre le fasce d'età che fanno un uso problematico dei social media, con differenze significative rispetto al 2018. Nel 2022 mostrano un uso problematico del social media 2 ragazze tredicenni su 10 rispetto a un coetaneo su 10.

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine HBSC del 2022, per la prima volta, sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano. In Figura 2 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per età e genere. Questa soglia è rilevante perché, in base alla letteratura

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

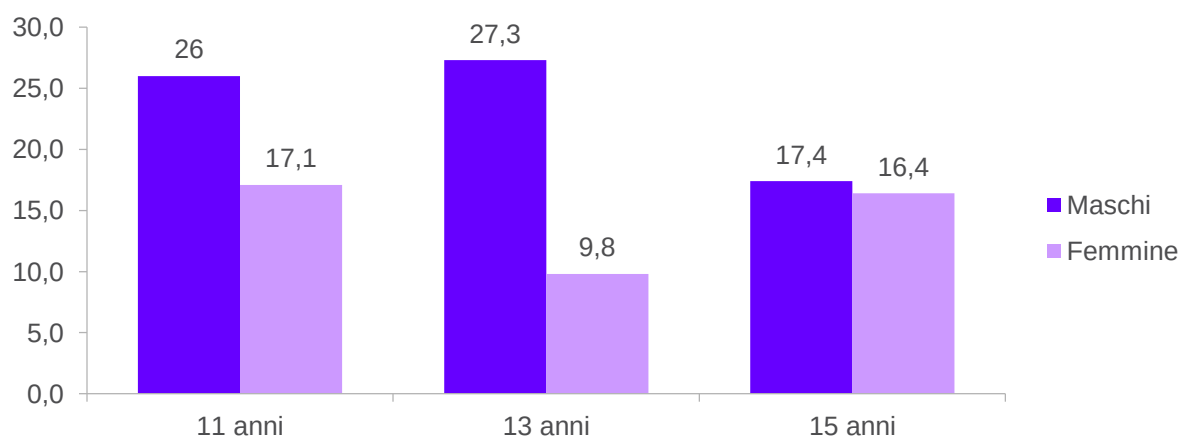
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere



Osservando la Figura 2, si nota che il 12% dei ragazzi maschi di tutte e tre le fasce d'età nni dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze nella fascia d'età 11enni (3%) e 13enni (7%) dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno.

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



Sono i maschi undicenni (26%) e tredicenni (27,3%) a fare un uso problematico dei videogiochi.

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	68	73	80,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	38,1	37,8	46,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	14,1	12,1	14,9
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	48,7	54,1	52,4
Uso problematico dei social media	10,1	9,8	11,5
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	12,4	7,9	10,3
Uso problematico dei videogiochi	23	20,3	19,8

Il determinante che mostra un maggiore correlazione con il FAS è rappresentato dai "contatti online con amici stretti" che passa dal 68% (FAS basso) all'80,2% (FAS alto).

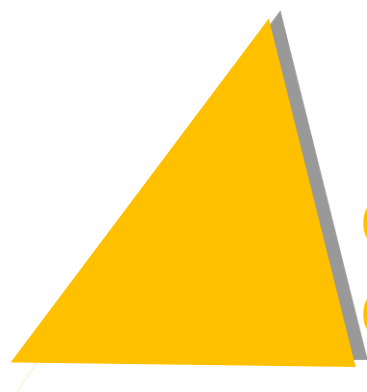
Conclusioni

La frequenza con cui i ragazzi hanno contatti giornalieri online con i loro amici stretti, con il gruppo di amici o con familiari mostra un andamento crescente all'aumentare dell'età. La variabile "contatti quotidiani con amici stretti" riporta i valori più alti per tutte le fasce d'età (73,6%) in totale. Tale valore era del 75,9% nell'indagine del 2018.

Anche nella attuale rilevazione sono state inserite alcune domande relative all'uso problematico dei social media, nello specifico è emerso che tale problema è maggiore nelle femmine per ogni fascia d'età considerata rispetto ai coetanei maschi. Nella attuale rilevazione è stato inserito anche l'uso problematico dei videogiochi ed è emerso che sono i maschi undicenni (26%) e tredicenni (27,3%) ad attuare questo comportamento.

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 Gurp, 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	33,1	34,7
13 anni	32,7	36,2
15 anni	33,7	40,1
17 anni	39,5	45,6
Totale	34,5	39,6

Osservando la Tabella 1, si nota che il 67,8% dei ragazzi di 11 anni, il 68,9% dei ragazzi di 13 anni, il 73,8% dei ragazzi di 15 anni e l'85,1% dei ragazzi di 17 anni è risultato positivo al COVID-19, con differenze tra i due sessi maggiori nelle femmine rispetto ai 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	72,9	20
13 anni	75,1	20,1
15 anni	76,2	20,1
17 anni	72,7	16,7
Totale	74,3	19,2

Osservando la Tabella 2, si nota che il 74,3% dei ragazzi ha avuto un familiare positivo al COVID-19 e il 19,2% dei ragazzi ha dichiarato che ha avuto un familiare ospedalizzato a causa della infezione.

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

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

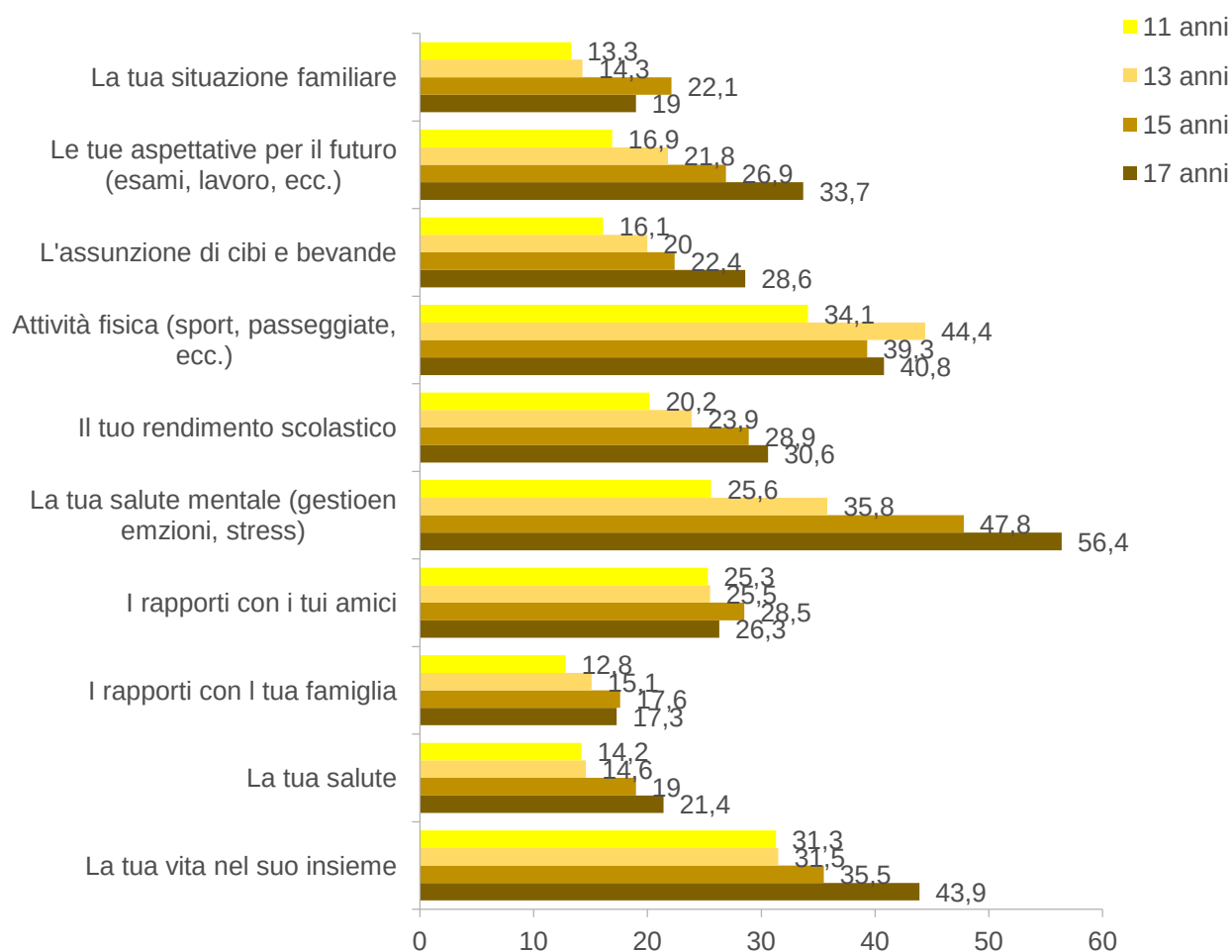
Tabella 3. "Che impatto hanno avuto le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) sui seguenti aspetti della tua vita?" per genere (%)

	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	31,2	41,8	27	39,1	43,1	17,8
La tua salute	15,3	42,8	41,9	19,1	47,8	33,1
I rapporti con la tua famiglia	14	30,2	55,8	17,2	34	48,8
I rapporti con i tuoi amici	23,7	31,6	44,7	28,6	33,5	37,8
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	28,1	36,4	35,5	52,7	27,1	20,2
Il tuo rendimento scolastico	27,7	31,3	41	24,6	36,5	38,8
L'assunzione di cibi e bevande	15,9	46,7	37,4	26,7	48,9	24,4
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	37,6	26,6	35,8	41,5	24,9	33,6
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	20,1	46	33,9	28,9	45	26,1
La situazione finanziaria familiare	15,9	46,8	37,2	18,3	55,2	26,5

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

Osservando la Tabella 3, si nota che i ragazzi di entrambi i sessi hanno avuto un impatto negativo rispetto a "attività fisica" a causa delle misure di contenimento della pandemia, mentre l'impatto è risultato positivo per quanto riguarda i "rapporti con la famiglia".

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



Osservando la Figura 1, si nota che i ragazzi più grandi hanno avuto un impatto molto/abbastanza negativo rispetto alla gestione delle emozioni e stress (salute mentale) mentre i ragazzi più piccoli hanno evidenziato un impatto peggiore rispetto all'attività fisica.

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.

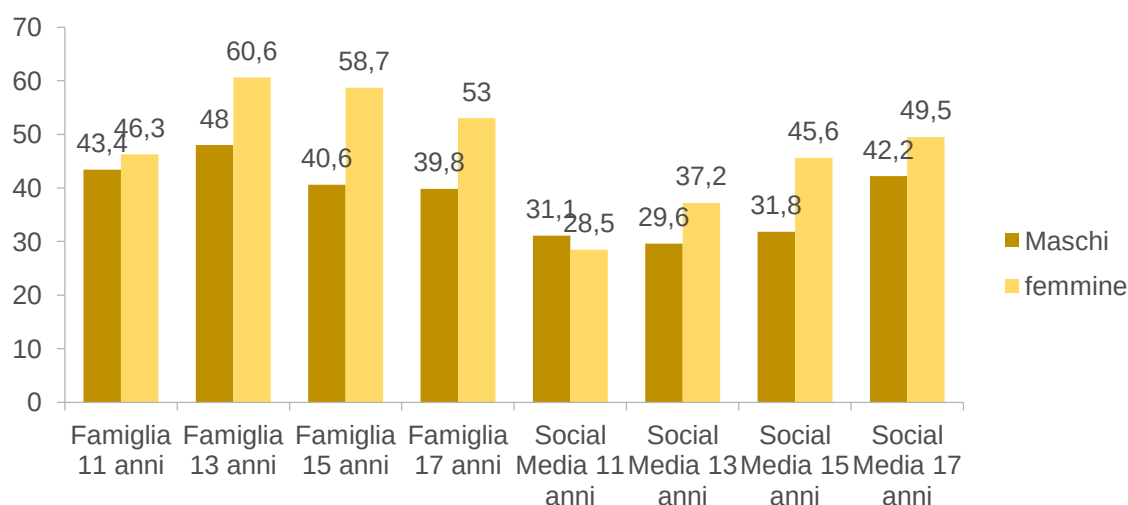
Tabella 4. "Con quale frequenza hai usato ciascuna delle seguenti fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19?" per genere (%)

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempr e
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	56,7	43,3	44,9	55,1
Amici	87,2	12,8	83,2	16,8
Insegnanti e altro personale scolastico	84,2	15,8	83,2	16,8
Giornali, riviste, radio e tv	48,4	51,6	46,2	53,8
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	66,8	33,2	58,8	41,2
Autorità sanitarie nazionali	62,4	37,6	65,5	34,5
Blogger/influencer online	91,1	8,9	89,1	10,9
Altre fonti	94,1	5,9	96,2	3,8

Osservando la Tabella 4, si nota che le femmine più dei maschi hanno consultato maggiormente le fonti "Giornali, riviste, radio e tv" e i "propri familiari"

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

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



Osservando la Figura 2, si nota che i ragazzi più grandi più dei più piccoli hanno interpellato maggiormente i social media e la famiglia con differenze di genere: le ragazze in percentuale maggiore rispetto ai coetanei 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/sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre
Rispettato il distanziamento sociale	51,3	48,7	38,2	61,8
Lavato regolarmente le mani	41,5	58,5	24,6	75,4
Indossato una mascherina protettiva	20,4	79,6	8,4	91,6
Usato un igienizzante per le mani	49,5	50,5	30,5	69,5
Evitato di toccarti il viso	37,1	26,9	66,4	33,6
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	42,4	57,6	35	65
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	40,7	59,3	31,4	68,6
Evitato assembramenti di persone	57,8	42,2	44,8	55,2
Sei rimasto a casa in generale	54,7	45,3	42,7	57,3
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	31,8	68,2	19,9	80,1

Osservando la Tabella 5, si nota che le femmine (91,6%) più dei maschi (79,6%) hanno utilizzato maggiormente la mascherina, così come l'uso dell'igienizzante mani (69,5% vs 50,5%).

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

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

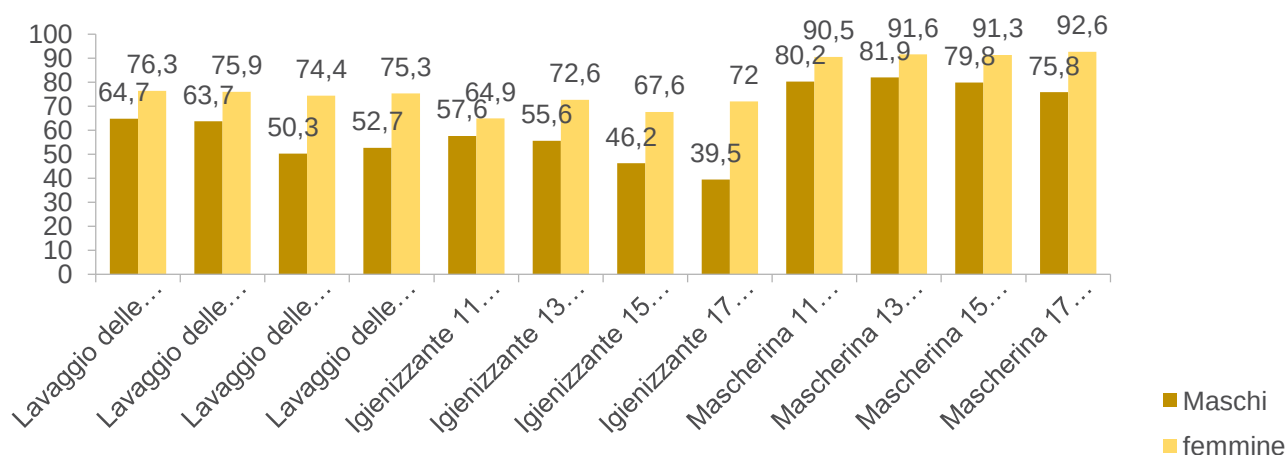
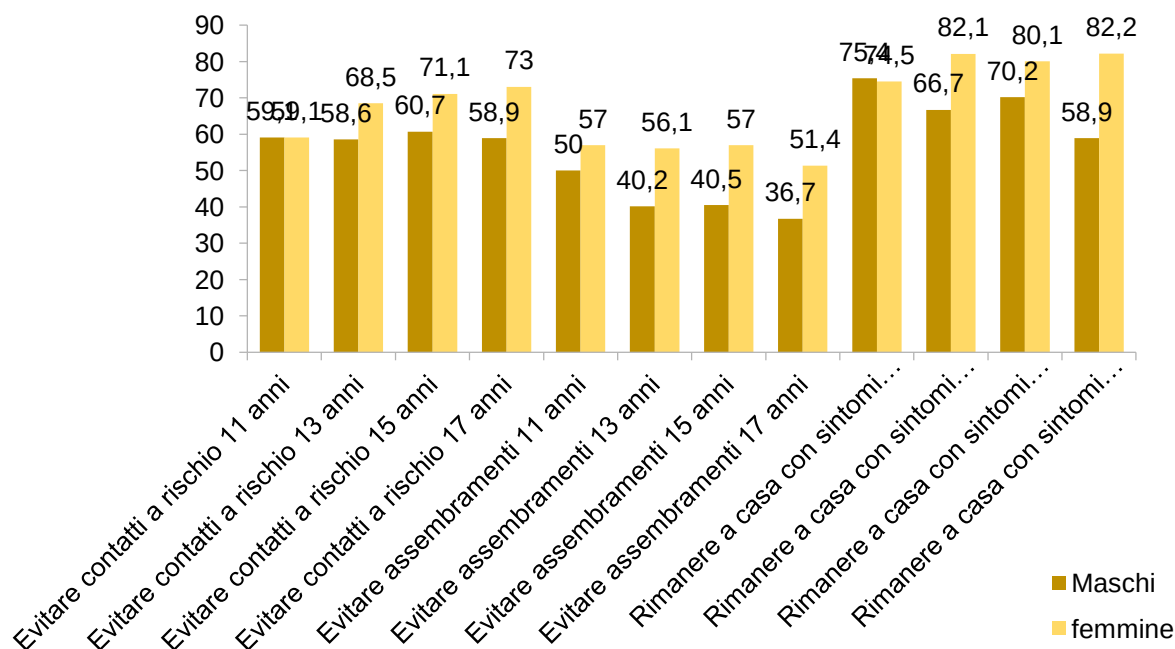


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Osservando le Figure 3a e 3b, si nota che i ragazzi più grandi più dei ragazzi più piccoli hanno utilizzato maggiormente come misura di protezione “rimanere a casa con sintomi”. Sono sempre più le ragazze rispetto ai coetanei a rispettare le misure di protezione in generale.

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.)	44	50,1	53,6
Amici	11,8	16	15,1
Insegnanti e altro personale scolastico	15	15,9	17,6
Giornali, riviste, radio e tv	51,4	52,7	53,7
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	38,1	38,8	34,2
Autorità sanitarie nazionali	36,9	34,5	39
Blogger/influencer online	13,9	9	7,9
Altre fonti	3,9	3,9	6,2

Emergono differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate, in particolare per le fonti “giornali, riviste, radio e TV” e “familiari” con un gradiente crescente all’aumentare del FAS. Correlazione inversa per la fonte “blogger/influencer on line”.

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	55,5	57,9	51,1
Lavato regolarmente le mani	70,6	69,9	61,9
Indossato una mascherina protettiva	84,3	87,6	85,8
Usato un igienizzante per le mani	65,2	61,5	57,6
Evitato di toccarti il viso	33,2	30,2	29
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	61,6	63,6	58,9
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	66,7	64,6	64,4
Evitato assembramenti di persone	52	50,3	46
Sei rimasto a casa in generale	57,3	52,4	47,6
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	73,1	76	74,2

Emergono differenze rispetto al FAS circa le misure di protezione utilizzate, in particolare risultano associate a FAS basso l’adozione con maggiore frequenza di “lavato regolarmente le mani” (70,6%), “usato igienizzante mani” (65,2%), “evitato di toccare viso” (33,2%), “evitato contatto persone a rischio” (66,7%), “evitato assembramenti” (52%) e “rimasto a casa in generale” (57,3%).

Conclusioni

Nel marzo 2020, l'OMS ha dichiarato lo stato di pandemia globale a causa del nuovo focolaio di coronavirus (COVID-19) (OMS, 2020)¹. 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. Rispetto alla positività al CoViD19 risulta che all'aumentare dell'età aumenta la percentuale di positività alla malattia: in totale il 34,5% nei ragazzi ed il 36,9% nelle ragazze ha riferito la positività al CoViD19.

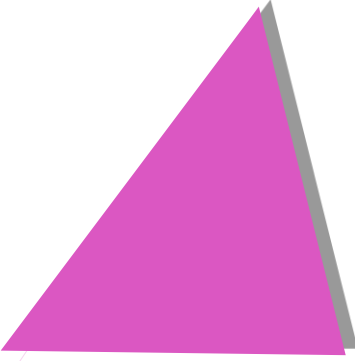
Il 74,3% dei ragazzi ha riportato di aver avuto un familiare positivo al CoViD19 con un tasso di ospedalizzazione del 19,2%.

Per quanto riguarda l'impatto della pandemia sulla salute e benessere dei ragazzi si evidenzia che vi è un impatto positivo nei rapporti familiari in entrambi i sessi e un impatto negativo nell'attività fisica in entrambi i sessi.

Sono state evidenziate differenze rispetto all'età: i ragazzi più grandi hanno avuto un impatto molto/abbastanza negativo rispetto alla gestione delle emozioni e stress (salute mentale) mentre i ragazzi più piccoli hanno evidenziato un impatto peggiore rispetto all'attività fisica.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 10

17 enni

Lo stato di salute dei 17enni

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

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

La famiglia

La Struttura Familiare

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

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	78,5
Solo madre	14,1
Solo padre	2,4
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,2
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	3,8

Come si evince dalla Tabella 2, circa la metà del campione (48,2%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 27,4%.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	27,4
1 fratello o sorella	48,2
2 o più fratelli o sorelle	24,4

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	12
Facile	34,4
Difficile	23
Molto difficile	24,8
Non ho o non vedo mai questa persona	5,8

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

Molto facile	21,4
Facile	45,2
Difficile	22,6
Molto difficile	9,7
Non ho o non vedo mai questa persona	1,2

Confrontando le due tabelle (3 e 4) appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre (45,2% rispetto al 34,4%)

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	16,5
Medio	57,5
Alto	26

1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (26%), mentre il 57,5% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 16,5% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

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

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

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

Mai	22,7
Un giorno	4,6
Due giorni	5,2
Tre giorni	4,6
Quattro giorni	2,9
Cinque giorni	60,1

Più della metà dei ragazzi (60,1%) dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (22,7%). Anche se non viene riportata la tabella, possiamo affermare che la percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola (71,3%).

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	38,5
La maggior parte dei giorni	46,8
Circa una volta alla settimana	10,1
Meno di una volta alla settimana	2,3
Mai	2,3

Il 46,8% dei diciassettenni consuma pasti con la propria famiglia.

Consumo di frutta e verdura

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

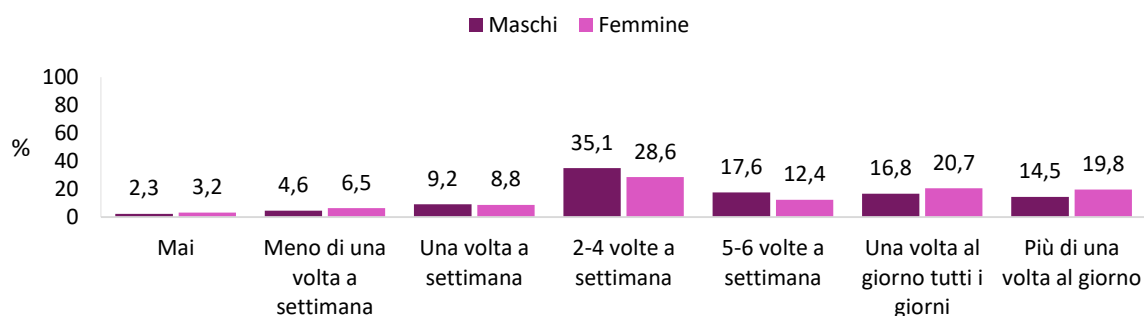
Ai ragazzi coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale.

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

Mai	2,9
Meno di una volta a settimana	5,8
Una volta a settimana	8,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	31
Tra 5 e 6 giorni a settimana	14,4
Una volta al giorno tutti i giorni	19,3
Più di una volta al giorno	17,8

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” (31%) e “Una volta al giorno tutti i giorni” (19,3%).

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

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

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi.

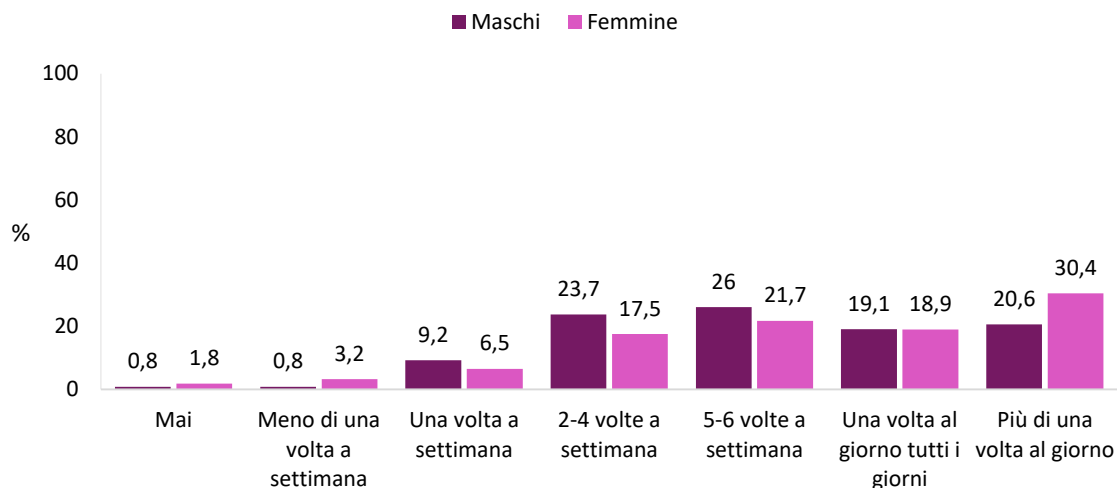
Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	1,4
Meno di una volta a settimana	2,3
Una volta a settimana	7,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	19,8
Tra 5 e 6 giorni a settimana	23,3
Una volta al giorno tutti i giorni	19
Più di una volta al giorno	26,7

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Più di una volta al giorno” (26,7%), seguito da “Tra 5 e 6 giorni a settimana”(23,3%).

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente sovrapponibili, con una prevalenza maggiore nelle femmine per il consumo di verdura “Più di 1 volta al giorno” (30,4% vs 20,6%)

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	1,5	2,8	2,3
Meno di una volta a settimana	9,9	6,5	7,8
Una volta a settimana	13	11,1	11,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	40,5	39,2	39,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17,6	15,7	16,4
Una volta al giorno tutti i giorni	14,5	12,4	13,2
Più di una volta al giorno	3,1	12,4	8,9

Elevati appaiono i consumi di dolci/caramelle/cioccolato “Tra 2 e 4 gg a settimana” (39,7%)

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	9,9	21,2	17
Meno di una volta a settimana	29	36,9	33,9
Una volta a settimana	21,4	17,5	19
Tra 2 e 4 giorni a settimana	31,3	16,6	22,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	3,8	2,8	3,2
Una volta al giorno tutti i giorni	2,3	2,3	2,3
Più di una volta al giorno	2,3	2,8	2,6

Elevati nei maschi i consumi di “cola o altre bibite con zucchero tra 2 e 4 gg a settimana” (31,3%).

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	4,6	6,9	6,1
Meno di una volta a settimana	12,2	17,6	15,6
Una volta a settimana	22,1	19,4	20,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	40,5	39,8	40,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	12,2	7,9	9,5
Una volta al giorno tutti i giorni	6,9	6	6,3
Più di una volta al giorno	1,5	2,3	2

Il 40,1% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 6,1% 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)	31,3	40,6
Verdura (almeno una volta al dì)	39,7	49,3
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	61,1	56
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	4,6	5,1
Snack salati (almeno una volta al dì)	10,7	10,2
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	69,5	57,2
Dolci (almeno una volta al dì)	17,6	24,9

Appaiono maggiori i consumi di cereali e legumi nei maschi (rispettivamente 69,5% e 61,1%) mentre nelle femmine prevalgono i consumi di verdure (49,3%) e frutta (40,6%).

Stato nutrizionale

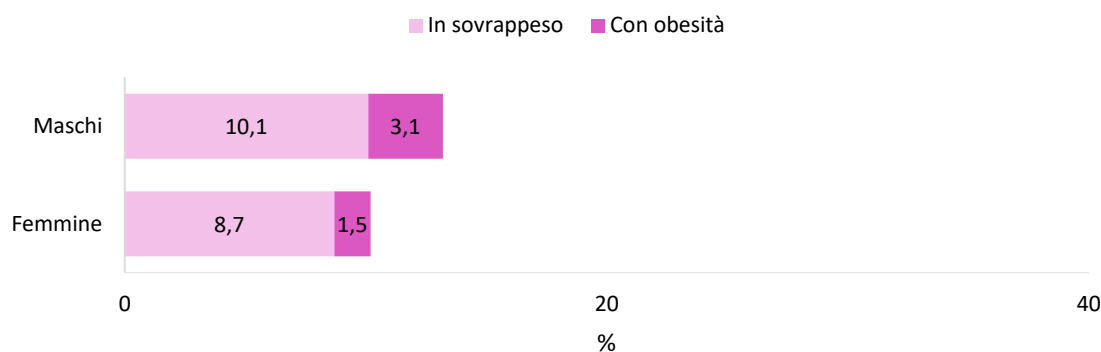
Nella Tabella 14 sono riportate le frequenze riferite allo stato ponderale dei ragazzi e delle ragazze. La Figura 3, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per genere.

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

Sottopeso	3,6
Normopeso	85,1
Sovrappeso	9,3
Obeso	2,1

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 85,1%. I ragazzi sottopeso sono il 3,6%, in sovrappeso sono il 9,3% e con obesità sono il 2,1%.]

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di eccesso ponderale sono maggiori nei maschi rispetto alle femmine (10,1% vs 8,7% di sovrappeso e 3,1% vs 1,5% di obesità).

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	/	0,9	0,6
Un po' troppo magro	23,8	2,8	10,7
Più o meno della taglia giusta	58,5	61,9	60,6
Un po' troppo grasso	15,4	29,8	24,3
Decisamente troppo grasso	2,3	4,7	3,8

In generale il 60,6% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po’ troppo grasso” e “Un po’ troppo magro” circa il 24,3% e il 10,7% rispettivamente.

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
Normopeso	60,9	73,9	70,7
Sovrappeso	21,7	21,7	21,7
Obeso	17,4	4,4	7,6

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC normopeso (70,7%). La percezione risulta corretta solo nel 7,6% dei casi.

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	42,7	39,9	41
No, ma dovrei perdere qualche chilo	16	29,1	24,1
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	29	5,6	14,5
Sì	12,2	25,4	20,3

In generale il 41% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 24,1% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 20,3% dei ragazzi è a dieta.

Igiene orale

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	82,4	88,9	86,5
Una volta al giorno	16	9,2	11,8
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	/	1,4	0,9
Meno di una volta alla settimana	1,5	0,5	0,9

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	63,6	62,5	52,9
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	36,4	42,2	28,7
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	43,6	50	39,1
Consumo quotidiano di bevande gassate	9,1	3,7	4,6
Prevalenza di sovrappeso	13,2	7	13,1
Prevalenza di obesità	5,7	2,2	0

Gli indicatori storici di HBSC stratificati per FAS evidenziano che comportamenti favorevoli alla salute come consumo quotidiano della 1ª colazione, consumo quotidiano di frutta/verdura diminuiscono all'aumento del FAS, mentre il consumo quotidiano di bevande gassate e la prevalenza di obesità mostrano una correlazione inversa rispetto al FAS.

Sport e tempo libero

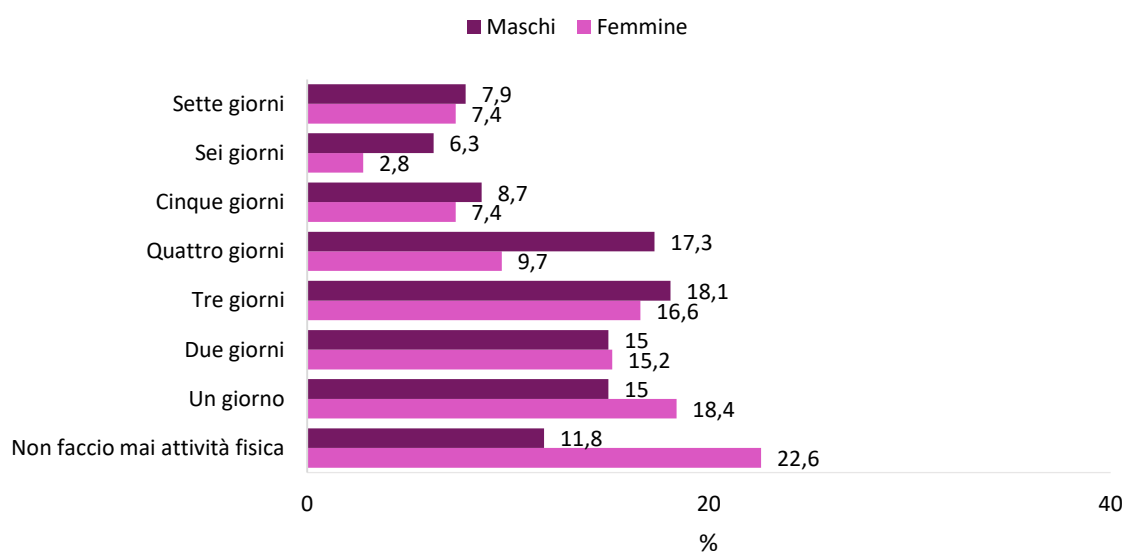
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 e in Figura 4 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi 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	18,6
Un giorno	17,2
Due giorni	15,1
Tre giorni	17,2
Quattro giorni	12,5
Cinque giorni	7,9
Sei giorni	4,1
Sette giorni	7,6

Osservando la Tabella 20, si nota che il 18,6% dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 62% riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica da uno a quattro giorni a settimana e solo l’11,7% 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 (%)



Sono soprattutto le ragazze a non svolgere mai attività fisica (22,6% vs 11,8%).

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	5,5	6	5,8
Da 4 a 6 volte a settimana	23,4	18,1	20,1
3 volte a settimana	27,3	15,7	20,1
2 volte a settimana	15,6	20,8	18,9
Una volta a settimana	14,8	12,5	13,4
Una volta al mese	6,3	10,2	8,7
Meno di una volta al mese	0,8	8,8	5,8
Mai	6,3	7,9	7,3

Osservando la Tabella 21, si nota che il 7,3% dei ragazzi di 17 anni, il non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 65%, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due volte a settimane e tutti i giorni.

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	16	43,5	33,1
Circa mezz'ora	23,7	15,3	18,4
Circa un'ora	29,8	13	19,3
Circa 2 ore	15,3	11,6	13
Circa 3 ore	6,1	5,1	5,5
Circa 4 ore	1,5	3,7	2,9
Circa 5 ore o più	7,6	7,9	7,8

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 37,7%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere si evidenziano differenze di genere con valori maggiori nei maschi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	2,3	2,8	2,6
Circa mezz'ora	11,5	6,5	8,4
Circa un'ora	32,8	14,4	21,3
Circa 2 ore	25,2	27,8	26,8
Circa 3 ore	13	22,7	19
Circa 4 ore	7,6	11,1	9,8
Circa 5 ore o più	7,6	14,8	12,1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	6,1	10,6	8,9
Circa mezz'ora	21,4	22,6	22,1
Circa un'ora	29,8	26,7	27,9
Circa 2 ore	26	19,8	22,1
Circa 3 ore	9,2	8,8	8,9
Circa 4 ore	4,6	6	5,5
Circa 5 ore o più	3,1	5,5	4,6

Il 72,1% dei diciassetenni, dichiara di guardare TV/DVD o video meno di 2 ore, senza differenze significative di genere.

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)	22,2	36,6	30,2
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	37	49,2	46,5
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	27,3	14,6	14
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	47,3	39,1	43
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	25,5	19,3	14,9

L'attività fisica moderata-intensa per almeno 4 gg a settimana e l'attività fisica intensa per almeno 3 volte a settimana è prevalente nel FAS medio. Il tempo dedicato in attività sedentarie come giocare con videogiochi, stare sui social networks e guardare la TV /DVD o video è prevalente nel FAS basso.

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	11,5	5,1	7,5
D'accordo	32,8	27,9	29,8
Né in accordo né in disaccordo	34,4	37,7	36,4
Non d'accordo	13	20,9	17,9
Per niente d'accordo	8,4	8,4	8,4

Il 37,3 % dei ragazzi si dichiara d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "I miei insegnanti si interessano a me come persona" con una leggera prevalenza nel sesso maschile.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	4,6	6,1	5,5
D'accordo	37,4	23,8	29
Né in accordo né in disaccordo	37,4	40,7	39,4
Non d'accordo	12,2	17,8	15,7
Per niente d'accordo	8,4	11,7	10,4

Solo il 34,5% dei ragazzi si dichiara d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "Ho molta fiducia nei miei insegnanti".

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	22,1	8,8	13,8
D'accordo	43,5	41,5	42,2
Né in accordo né in disaccordo	22,1	34,6	29,9
Non d'accordo	8,4	11,5	10,4
Per niente d'accordo	3,8	3,7	3,7

Il 56% dei ragazzi dichiara d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono" con una leggera prevalenza nel sesso maschile.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	80,6	74,6	76,9
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	78,9	73,2	75,4
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	85,2	82,1	83,2
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	78,9	73,2	75,4

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	21,4	10,1	14,4
D'accordo	54,2	48,4	50,6
Né in accordo né in disaccordo	12,2	25,3	20,4
Non d'accordo	9,9	10,1	10,1
Per niente d'accordo	2,3	6	4,6

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	30,5	13,4	19,8
D'accordo	48,9	42,4	44,8
Né in accordo né in disaccordo	13	30	23,6
Non d'accordo	4,6	7,8	6,6
Per niente d'accordo	3,1	6,5	5,2

Come si evince dalla lettura delle tabelle i ragazzi diciassetenni hanno un buono rapporto tra pari con percentuali molto elevate di accordo con le affermazioni relative al sostegno che possono ricevere dai loro amici in caso di necessità.

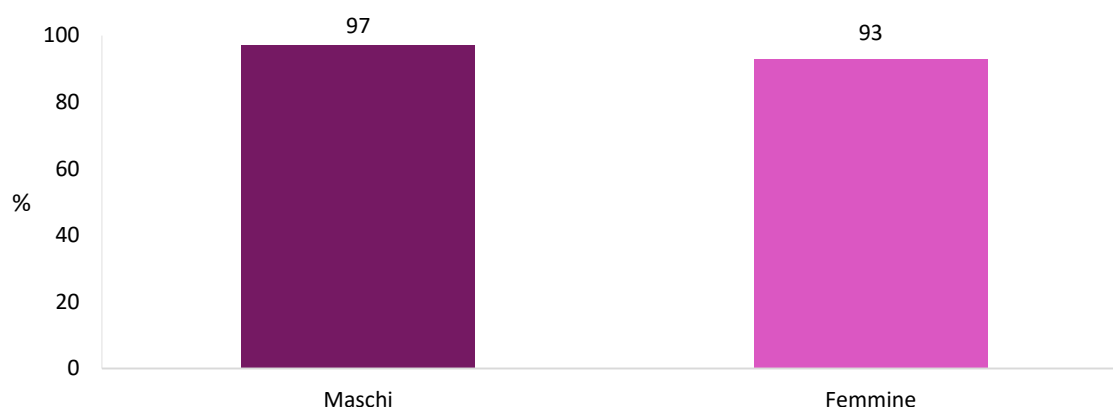
Bullismo e Cyberbullismo

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	96,9	93	94,4
Una o due volte	2,3	3,7	3,2
Due o tre volte al mese	/	0,9	0,6
Circa una volta alla settimana	/	1,4	0,9
Più volte alla settimana	0,8	0,9	0,9

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo (94,4%).

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

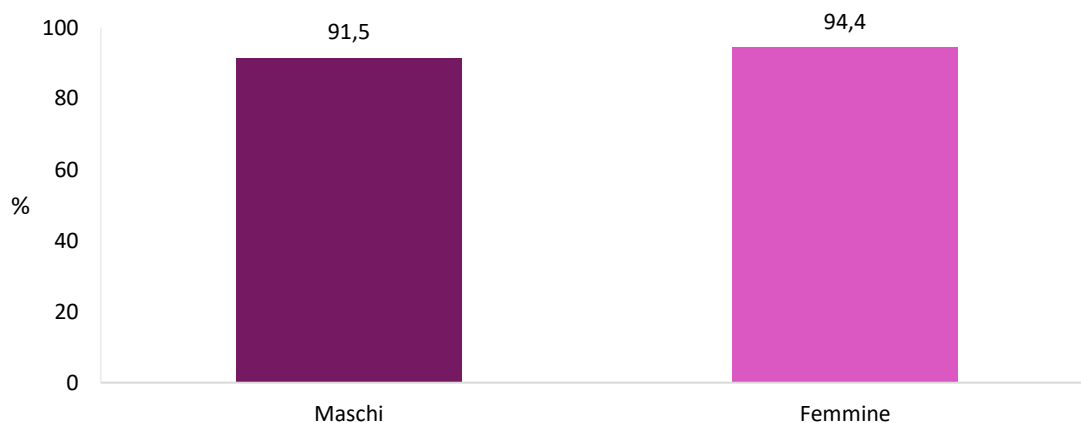
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo)

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	91,5	94,4	93,3
Una o due volte	6,2	4,2	5
Due o tre volte al mese	/	0,9	0,6
Circa una volta alla settimana	0,8	/	0,3
Più volte alla settimana	1,6	0,5	0,9

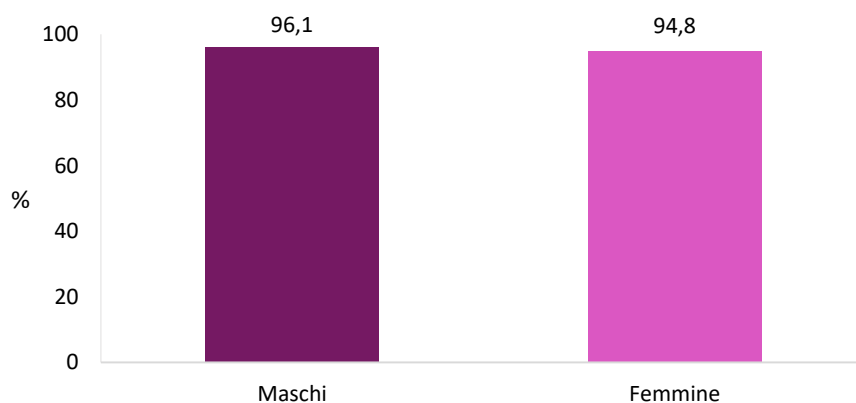
Nella Tabella 33 e nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno (93,3%) senza particolari differenze di genere.

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



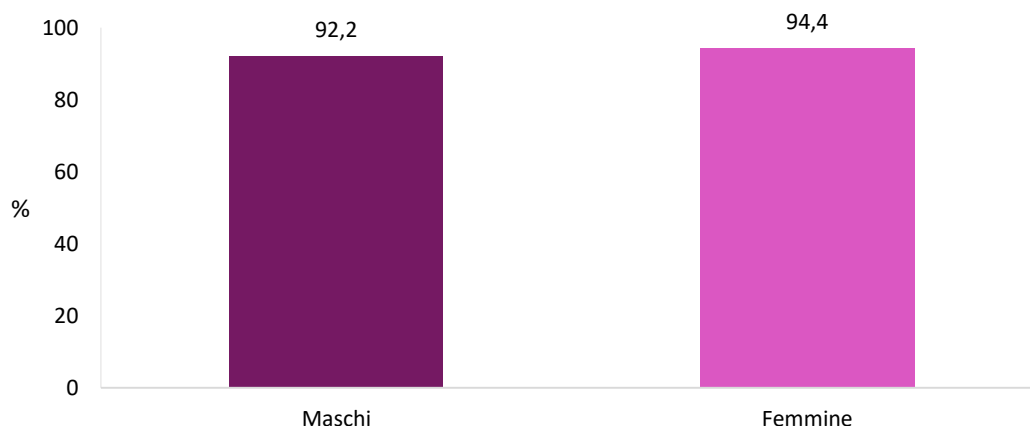
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	37,6	86	81,3
Una volta	13,2	7	9,3
Due volte	8,5	2,8	5
Tre volte	0,8	/	0,3
Quattro volte o più	3,9	4,2	4,1

La tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiarò di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente (81,3%) con una elevata differenza di genere (37,6% nei maschi e 86% nelle femmine).

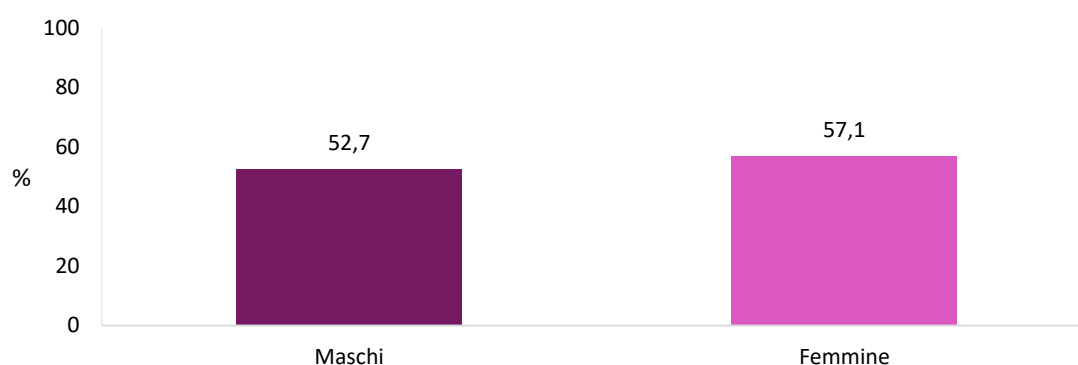
La Scuola

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	6,1	4,6	5,2
Abbastanza	46,6	52,5	50,3
Non tanto	35,1	28,6	31
Non mi piace per nulla	12,2	14,3	13,5

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

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

Complessivamente i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola sia positivo in poco più della metà degli intervistati (55,5%) Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze.

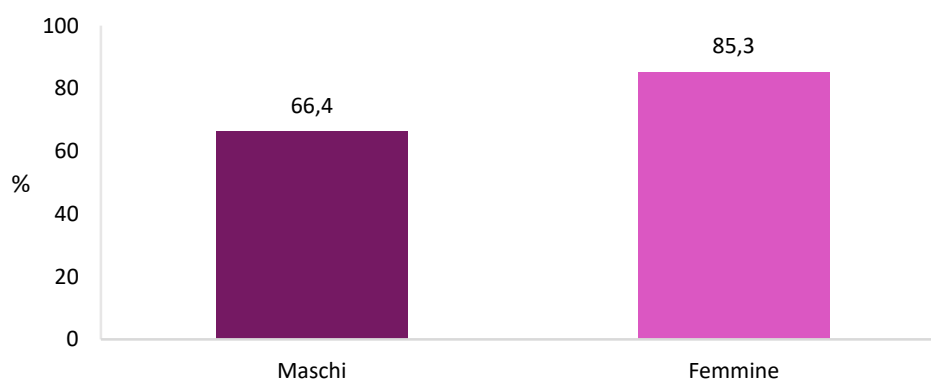
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

In Tabella 36 e Figura 10 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	3,5
Un po’	18,4
Abbastanza	31,6
Molto	46,6

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



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	69	71,3	70,4
1-2 giorni	9,3	7,9	8,4
3-5 giorni	4,7	3,7	4,1
6-9 giorni	1,6	2,8	2,3
10-19 giorni	5,4	3,7	4,4
20-29 giorni	3,1	5,1	4,4
30 giorni o più	7	5,6	6,1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	85,3	86,6	86,1
1-2 giorni	9,3	6,5	7,5
3-5 giorni	1,6	1,9	1,7
6-9 giorni	0,8	0,9	0,9
10-19 giorni	2,3	0,9	1,5
20-29 giorni	/	0,9	0,6
30 giorni o più	0,8	2,3	1,7

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato: sigaretta 70,4% e sigaretta elettronica 86,1%. La percentuale dei giorni in cui hanno fumato maggiormente è 1-2 giorni (media 8%).

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	7
Femmine	5,6

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	10	13,2	11,9
1-2 giorni	6,2	6,8	6,6
3-5 giorni	3,9	11,7	8,7
6-9 giorni	7,7	8,8	8,4
10-19 giorni	10,8	14,6	13,1
20-29 giorni	6,9	7,3	7,2
30 giorni o più	54,6	37,6	44,2

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	17,2	22,2	20,3
1-2 giorni	21,9	27,5	25,4
3-5 giorni	25	19,8	21,8
6-9 giorni	18	14	15,5
10-19 giorni	9,4	11,6	10,7
20-29 giorni	4,7	2,9	3,6
30 giorni o più	3,9	1,9	2,7

Solo l'11,9% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol e la frequenza del consumo di alcool negli ultimi 30 gg è del 25,4% nella frequenza 1-2 gg è prevalente nelle femmine.

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	3,9
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	3,6	32,9	17,6	25,7	20,2
Vino	1,6	21,2	14,3	33,9	29
Superalcolici	0,3	24,4	27,6	34,7	13
Alcolpops	0,3	6,5	11,1	29,4	52,6
Spritz	1	39,1	27,7	23,5	8,8
Altra bevanda alcolica	0,3	26,9	25,9	19,5	17,4

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.

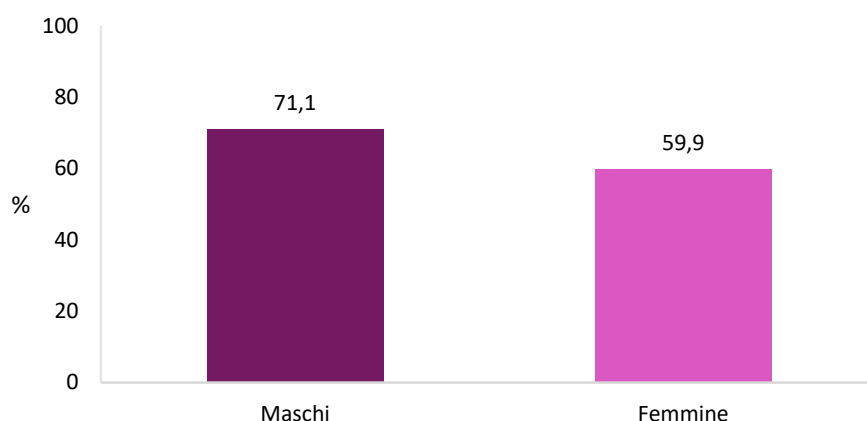
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	31,9
Sì, una volta	16
Sì, 2-3 volte	21,2
Sì, 4-10 volte	13,7
Più di 10 volte	17,3

Il fenomeno dell'ubriachezza è estremamente diffuso nei diciassettenni: solo il 31,9% dichiara di non essersi mai ubriacato nella vita.

La 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

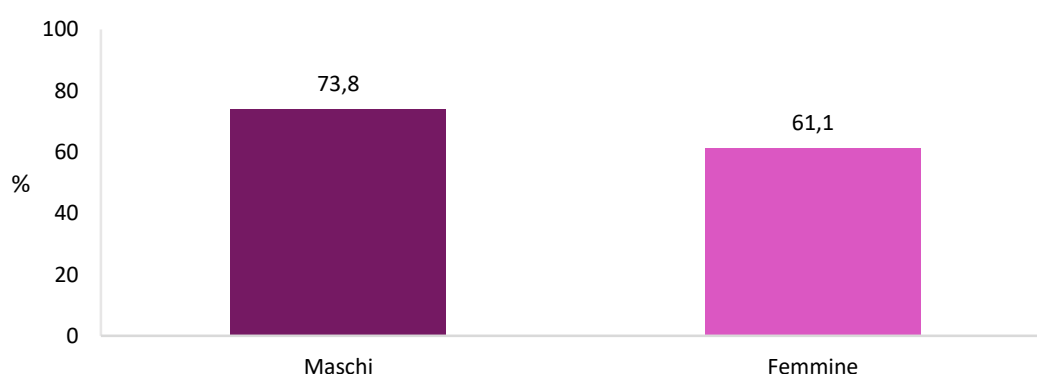


I maschi, in percentuale nettamente superiore alle femmine, dichiarano di essere stati ubriachi due volte o più nella vita (71,1% vs 59,9%).

Nell'indagine viene indagato anche il Binge Drinking, ovvero il consumo in una sola occasione di oltre 6 Unità Alcoliche (UA = 12 grammi di alcol puro) di una qualsiasi bevanda alcolica, fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i 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

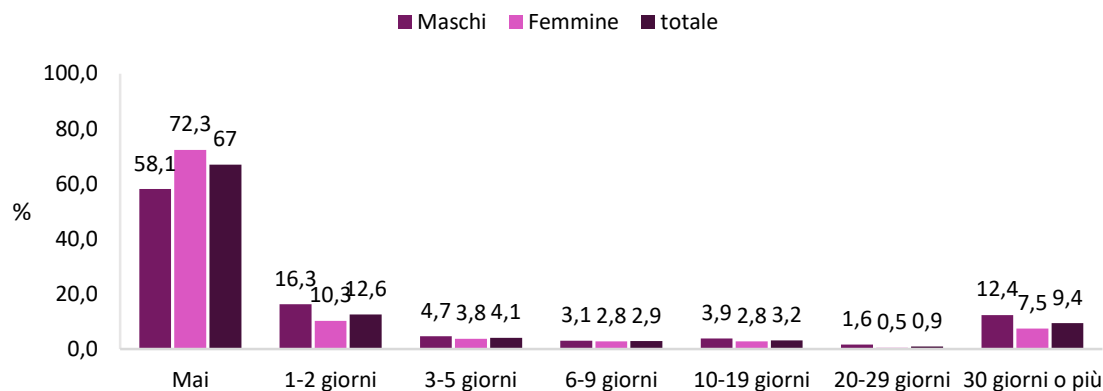


I maschi in percentuale nettamente superiore alle femmine dichiarano di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol.

Cannabis

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

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

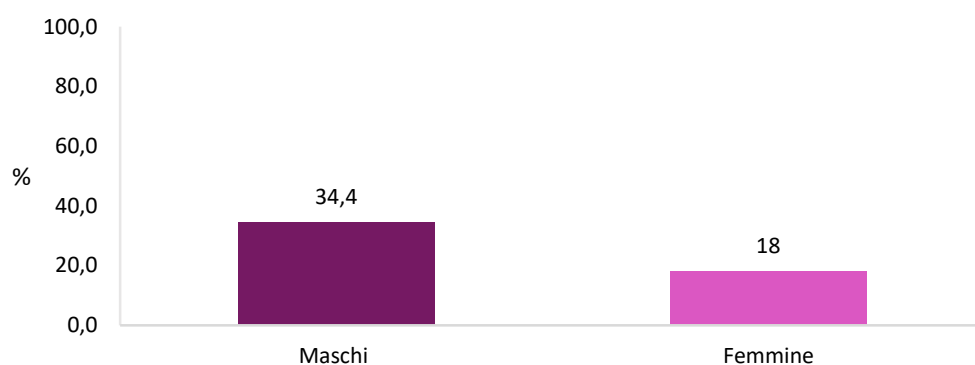


Il 67% dei ragazzi non ha mai fumato cannabis e solamente una piccola percentuale (9,4%) ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più; tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi.

Gioco d'azzardo

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

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



Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi (34,4%) rispetto alle femmine (18%)

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	34,5	26,3	33,7
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	14,8	11	19,8
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	74,1	77,7	88
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	45,5	42,9	58,6
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	61,8	62,8	75,6
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	25,9	31,2	43,5
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	18,2	20,3	34,5

Tutti gli indicatori della Tabella 44 mostrano un gradiente in aumento all'aumentare del FAS.

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	36,4	16,6	24
Buona	51,9	57,6	55,5
Discreta	11,6	22,1	18,2
Scadente	/	3,7	2,3

Dai dati in tabella si evince che circa il 79,5% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono.

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	13,2	28,4	22,7
≥6	86,8	71,6	77,3

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze nel senso di soddisfazione della vita con valori più elevati nei maschi rispetto alle femmine (86,8% vs 71,6%).

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	23,1	54,4	42,7
Più di una volta a settimana	36,9	33,2	34,6
Circa una volta a settimana	22,3	9,2	14,1
Circa una volta al mese	13,8	2,3	6,6
Raramente o mai	3,9	0,9	2

Le percentuali riscontrate evidenziano particolari differenze di genere nella categoria “circa ogni giorno”: il 54,4% delle diciassettenni dichiara di aver avuto sintomi giornalieri.

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	49,2	21,3	31,9
Sì	50,8	78,7	68,1

Quasi il 79% delle femmine ha dichiarato di aver assunto nell’ultimo mese farmaci.

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	50,4	56,5	54,2
Sì	49,6	43,5	45,8

Come si rileva dalla Tabella 51 il 45,8% dei diciassettenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in percentuale maggiore delle femmine.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	70,3	57,6	62,8
Pillola	26,6	29	28
Coito interrotto	32,8	39,1	36,5
Contraccezione di emergenza	15,6	12,1	13,5
Giorni fertili	15,6	17,6	16,8
Altri metodi	1,6	5,4	3,9

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare il preservativo (70,3% frequenza di uso nei maschi)

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	34,4	63,8	52,8
≥ 12.5	65,6	36,2	47,2

Meno della metà dei ragazzi riferisce un buon livello di benessere psicologico (47,2%) e un giudizio più critico è stato espresso dalle ragazze (63,8%).

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	21,5	5,6	11,6
Raramente	39,2	27	31,6
A volte	30,8	40,5	36,8
La maggior parte delle volte	8,5	20,5	15,9
Sempre	/	6,5	4,1

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	51,9	57,5	55,4
Una volta	24,8	21,5	22,7
Due volte	14,7	10,3	12
Tre volte	5,4	4,7	5
Quattro volte o più	3,1	6,1	5

In generale il 55,4% 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	34,5	19,5	23
≥ 6	65,5	80,5	77

Il livello di soddisfazione per la vita è direttamente proporzionale al FAS

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 (%)

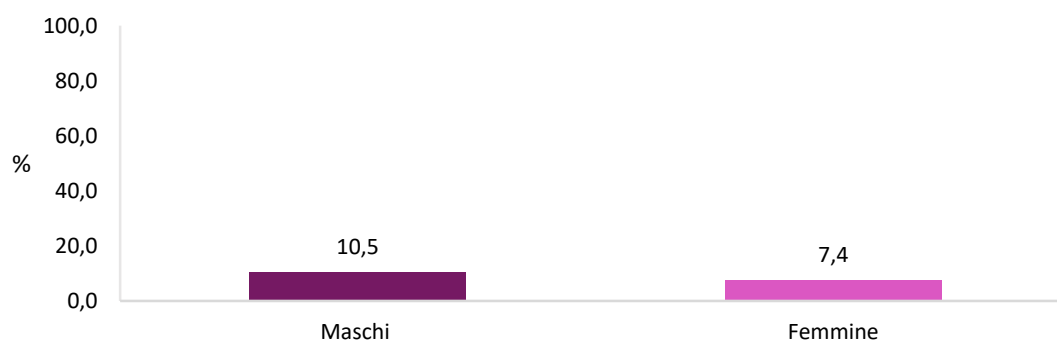
	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	85	83,6	84,2
Amici di un gruppo allargato	54,7	34,4	42,1
Amici conosciuti tramite internet	7,8	8,9	8,5
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	55,5	59,3	57,9

Sono gli amici stretti la categoria di soggetti con i quali i diciassettenni hanno dichiarato nell'84,2% dei casi di avere contatti on-line.

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano. In Figura 15 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per genere.

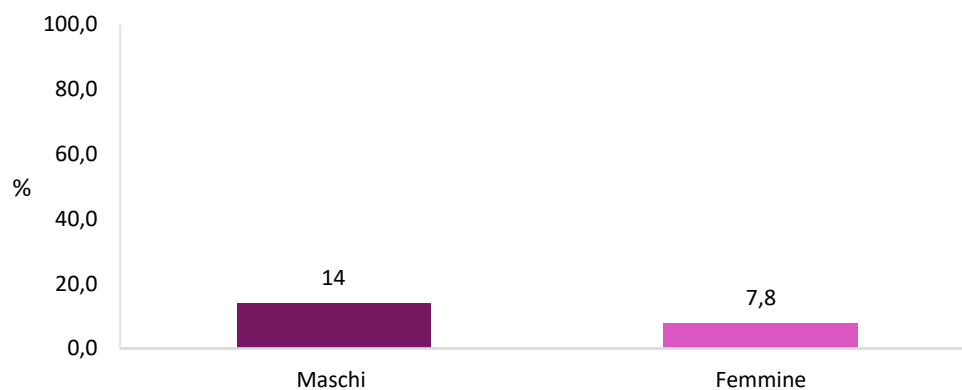
Figura 15. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere



Osservando la Figura 15, si nota che il 10,5% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa il 7%, di 17 anni, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno.

La prevalenza di ragazzi e ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi (ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento) è illustrata nella Figura 16

Figura 16. Percentuale di ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi, per genere



Sono soprattutto i maschi ad avere un punteggio elevato nell'uso problematico dei videogiochi.

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	74,5	87,5	87,1
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	30,9	39,3	57
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	7,3	8,3	10,5
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	41,8	61,5	60,5
Uso problematico dei social media	12,7	5,9	10,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	24	5,6	6,7
Uso problematico dei videogiochi	24	9,2	7

Tutti gli indicatori relativi all'uso dei videogiochi e dei social media mostrano un gradiente inversamente proporzionale al FAS.

Conclusioni

I 17enni sono stati inclusi per la prima volta nella rilevazione HBSC 2022 e dai quesiti inerenti la struttura familiare è emerso che nel 78,5% dei casi i ragazzi vivono con i genitori e circa la metà del campione (48,2%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 27,4%. Analizzando lo status socio economico 1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (26%), mentre il 57,5% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 16,5% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

Rispetto alla qualità delle relazioni con i genitori è emerso che è più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre (45,2% vs 34,4%).

Per quanto riguarda le abitudini alimentari più della metà dei ragazzi (60,1%) dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (22,7%).

I consumi di frutta e verdura sono lontani dalle raccomandazioni infatti per quanto riguarda il consumo di frutta più di una volta al giorno è emerso un valore del 17,8% e del 26,7% per il consumo di verdura più una volta al giorno.

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 85,1%. I ragazzi sottopeso sono il 3,6%, in sovrappeso sono il 9,3% e con obesità sono il 2,1%.

In generale il 60,6% dei ragazzi si percepisce "Più o meno della taglia giusta", "Un po' troppo grasso" e "Un po' troppo magro" circa il 24,3% e il 10,7% rispettivamente. Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di eccesso ponderale sono maggiori nei maschi rispetto alle femmine (10,1% vs 8,7% di sovrappeso e 3,1% vs 1,5% di obesità). In generale il 41% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 24,1% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 20,3% dei ragazzi è a dieta.

L'attività fisica moderata-intensa è molto inferiore a quella raccomandata dall'OMS e il tempo dedicato ai social networks è elevato.

Riguardo al bullismo e cyberbullismo si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha mai subito o partecipato ad azioni in genere.

Solo il 12% dei ragazzi ha dichiarato di non aver mai bevuto alcool e il 44% consuma alcool tutti i giorni.

Più della metà dei ragazzi e delle ragazze ha una buona percezione della propria salute e una soddisfazione della vita medio/alta

Si ritengono comunque necessari ulteriori approfondimenti per studiare le caratteristiche di questa fascia della popolazione e i determinanti di salute su cui poter intervenire.

