



REGIONE DEL VENETO



Stili di vita e salute dei giovani veneti di 11, 13 e 15 anni

Anno 2018



Iniziativa editoriale afferente al “Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita (PASSI, PASSI d’ARGENTO, OKkio alla SALUTE, HBSC)” nell’ambito del Piano Regionale Prevenzione 2014-2019 (DGR n.749/2015 e DGR n.792/2018).

Coordinamento istituzionale

Regione del Veneto – Assessorato alla Sanità – Area Sanità e Sociale – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Dirigente dr.ssa Francesca Russo

Autori

Federica Michieletto, Erica Bino, Martina Di Pieri, Elizabeth Tamang, Marta Orlando, Giulia Grotto,
Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Hanno collaborato alla realizzazione dell’indagine Stefano Campostrini, Giovanni Rataj - Università Ca’ Foscari di Venezia

Coordinamento regionale

Federica Michieletto, Erica Bino - *Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria*
Monica Magnone, Alberto Cesco-Frare, Marialuisa Mele, Beatrice Damin, Filippo Sturaro – *Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto*
Antonio Lalli, Mauro Ramigni, Damiano Dalla Costa, Alessandra Favaretto, Patrizia Casale, Chiara Schiavinato, Maria Caterina Bonotto,
Paola Colussi, Daniela Macer – *Referenti delle Az.ULSS del Veneto per il Programma 1.T1 “Coordinamento operativo delle sorveglianze di popolazione sugli stili di vita”*

Gruppo di coordinamento nazionale

Paola Nardone, Angela Spinelli, Serena Donati, Daniele Pierannunzio, Enrica Pizzi, Silvia Andreozzi,
Istituto Superiore di Sanità

Franco Cavallo, Patrizia Lemma, Paola Berchiolla, Alberto Borracino, Lorena Charrier, Paola Dalmasso, Giulia Pirracini, Nazario Cappello
Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche

Mariano Giacchi, Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Stefania Rossi, Andrea Pammolli
Università degli Studi di Siena – CREPS – Centro Interdipartimentale di Ricerca Educazione e Promozione della Salute – Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo

Alessio Vieno, Natale Canale, Michela Lenzi, Claudia Marino
Università degli Studi di Padova – Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Daniela Galeone – *Ministero della Salute – Segretario Generale*
Maria Teresa Menzano - *Ministero della Salute – Segretario Generale*
Lorenzo Spizzichino - *Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione*
Alessandro Vienna - *Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca*
Si ringraziano i dirigenti scolastici, i docenti e gli studenti delle scuole partecipanti all’indagine HBSC 2018

Un ringraziamento particolare agli alunni, ai dirigenti scolastici e agli insegnanti che hanno partecipato alla realizzazione della sorveglianza.

Agosto 2020

Tutti i diritti sono riservati.

E’ possibile riprodurre parzialmente o in toto il presente volume, purchè non a scopo di lucro, citando gli autori e chiedendo preventivamente l’autorizzazione al proprietario dei diritti.

INDICE

PREMESSA	7
1. LA SORVEGLIANZA HBSC.....	9
INTRODUZIONE	11
POPOLAZIONE IN STUDIO	12
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO	12
PESATURA DEI DATI.....	14
QUESTIONARI PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E PROCEDURE DI ANALISI.....	15
VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY.....	16
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE.....	16
2. IL CONTESTO FAMILIARE.....	17
INTRODUZIONE	19
LA STRUTTURA FAMILIARE	19
LA QUALITA' DELLE RELAZIONI CON I GENITORI.....	21
LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE	24
CONSIDERAZIONI	27
BIBLIOGRAFIA	29
3. L'AMBIENTE SCOLASTICO.....	31
INTRODUZIONE	33
STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE.....	33
RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI	39
RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE.....	42
VARIAZIONI TEMPORALI: STRESS CORRELATO ALLE ATTIVITA' SCOLASTICHE.....	44
BULLISMO E CYBERBULLISMO.....	46
VARIAZIONI TEMPORALI: EPISODI DI BULLISMO	53
LA SCUOLA.....	53

CONSIDERAZIONI	56
BIBLIOGRAFIA	59
4. SPORT E TEMPO LIBERO.....	61
INTRODUZIONE	63
L'ATTIVITA' FISICA	64
COMPORAMENTI SEDENTARI.....	67
FREQUENZA DELL'USO DI TELEVISIONE, COMPUTER E NUOVE FORME DI COMUNICAZIONE.....	68
VARIAZIONI TEMPORALI: ATTIVITÀ FISICA PER 60 MINUTI AL GIORNO PER ALMENO 5 GIORNI A SETTIMANA	73
CONSIDERAZIONI	75
BIBLIOGRAFIA	77
5. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE	79
INTRODUZIONE	81
FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI.....	82
CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA.....	85
CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE.....	88
STATO NUTRIZIONALE	92
INSODDISFAZIONE CORPOREA.....	93
IGIENE ORALE.....	97
CONSIDERAZIONI	98
BIBLIOGRAFIA.....	100
6. COMPORAMENTI DI DIPENDENZA.....	103
INTRODUZIONE.....	105
USO DI SOSTANZE	105
FUMO	106
VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE HANNO DICHIARATO DI FUMARE QUOTIDIANAMENTE.....	109
ALCOL	110
VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE HANNO DICHIARATO DI ESSERSI UBRIACATI ALMENO DUE VOLTE NELLA VITA	115

CANNABIS	116
VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE HANNO FUMATO CANNABIS ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA.....	118
GIOCO D’AZZARDO	119
CONSIDERAZIONI	122
BIBLIOGRAFIA	124
7. SALUTE E BENESSERE	127
INTRODUZIONE	129
SALUTE PERCEPITA	130
BENESSERE PERCEPITO	132
SINTOMI RIPORTATI	134
UTILIZZO DI FARMACI	139
ABITUDINI SESSUALI.....	140
INFORTUNI.....	141
RAPPORTO TRA PARI	143
VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE DICHIARANO UNA SALUTE DISCRETA O SCADENTE.....	144
CONSIDERAZIONI	Errore. Il segnalibro non è definito.146
BIBLIOGRAFIA	147
8. I SOCIAL MEDIA	148
INTRODUZIONE	150
L’USO DEI SOCIAL MEDIA.....	150
CONSIDERAZIONI	154
BIBLIOGRAFIA	155

PREMESSA

I risultati contenuti nella pubblicazione descrivono comportamenti, attitudini e opinioni dei ragazzi veneti in età 11-13 e 15 anni. La sorveglianza HBSC sullo stato di salute e sugli stili di vita dei ragazzi in età scolare è uno studio transnazionale condotto da una rete internazionale di ricercatori in collaborazione con l'ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'indagine viene ripetuta ogni quattro anni e nel 2002 è stata realizzata per la prima volta in Italia, nel Veneto. L'indagine HBSC ha come obiettivo primario quello di studiare i comportamenti legati alla salute, gli stili di vita e la percezione della salute in preadolescenti e adolescenti, e indagare i fattori che li possono influenzare, individuando una serie di indicazioni scientificamente fondate che possono costituire uno dei criteri sui quali strutturare le politiche sociali e sanitarie a favore di ragazzi adolescenti.

HBSC è uno dei quattro sistemi di sorveglianza di popolazione nazionale, voluti dal Ministero della Salute, e coordinati in Veneto dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto. Oltre all'HBSC sono attivi in Veneto le seguenti sorveglianze:

- OKKIO: raccolta di dati sullo stato nutrizionale e gli stili alimentari e di vita dei bambini che frequentano le terze classi delle scuole primarie.
- PASSI: sistema di sorveglianza della popolazione adulta relativo alla frequenza e all'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione della popolazione di età compresa tra i 18 e 69 anni.
- PASSI d'ARGENTO: sistema di sorveglianza della popolazione adulta condotta tramite intervista diretta o telefonica, raccoglie informazioni sulla qualità della vita e sulla salute nella terza età.

Punto di forza di questi sistemi di sorveglianza è il forte coinvolgimento, anche nella rilevazione, dei settori portatori di interessi. Sia OKKIO che PASSI e PASSI d'ARGENTO vengono effettuati direttamente dal personale sanitario dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS.

HBSC è espressione fattiva della sinergia tra Scuola e Sanità. L'intersectorialità è uno dei punti cardine che ha guidato il Piano Regionale Prevenzione 2014-2019, attuando l'approccio Salute in tutte le Politiche, attraverso la firma del *Protocollo Scuola Regione: Salute in tutte le Politiche* e la stesura del *Programma delle attività congiunte* che viene proposto di anno in anno alle scuole del Veneto. I dati dell'indagine HBSC diventano parte essenziale per la scelta delle aree prioritarie sulle quali programmare

le azioni annuali di promozione della salute nel contesto scolastico. Nella realizzazione di HBSC 2018 sono state fondamentali la disponibilità e la collaborazione del personale scolastico, che ha reso possibile lo svolgimento dello studio: sono stati realizzati incontri di formazione a livello provinciale per tutti gli insegnanti referenti delle scuole campionate, al fine di illustrare obiettivi e modalità di conduzione della rilevazione; il coinvolgimento e l'interesse dimostrati dagli insegnanti hanno determinato un loro ruolo attivo ed importante nel facilitare la rilevazione.

Il tempo intercorso dal 2018 ad oggi, ha permesso, nonostante il ritardo, di rileggere i dati alla luce dell'emergenza COVID 19. All'interno dei vari capitoli si potranno trovare alcune riflessioni a riguardo.

Si ringraziano quanti hanno contribuito a vario titolo alla realizzazione dello studio e si auspica che i risultati possano essere ampiamente disseminati nel contesto veneto tra tutti i portatori di interesse, affinché siano un utile strumento a servizio della programmazione ed attuazione di politiche e strategie di intervento aderenti alla realtà, vissuta e percepita dalle giovani generazioni venete.

1. La sorveglianza HBSC

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. 2016¹]

L'adolescenza rappresenta un periodo di grandi cambiamenti e sfide che richiede un'attenzione particolare, in quanto in questa fase di vita, comunemente definita “di transizione”, 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.

La rigidità del protocollo di indagine, cui tutti i Paesi partecipanti al network HBSC devono attenersi, consente la confrontabilità dei dati raccolti a livello internazionale e nazionale e garantisce la costruzione di indicatori di salute solidi utili anche per monitorare l'efficacia di eventuali azioni e interventi di promozione della salute intrapresi.

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

METODOLOGIA

POPOLAZIONE IN STUDIO

La popolazione in studio è costituita dai ragazzi di 11, 13 e 15 anni che frequentano rispettivamente le prime e le terze classi delle scuole secondarie di 1° grado e le classi seconde delle scuole secondarie di 2° grado (sia scuole statali sia paritarie, distribuite in tutte le regioni italiane). Le scuole di fatto sono il setting ideale per la raccolta dei dati sia in termini operativi che in vista di possibili interventi di comunità.

MODALITA' DI CAMPIONAMENTO

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale, con l'obiettivo di selezionare un campione regionale rappresentativo della popolazione nelle fasce di età considerate. Per la selezione dei soggetti è stato utilizzato un campionamento a tre stadi stratificato e a grappolo (cluster) in cui l'unità di campionamento primaria è costituita dalla scuola, quella secondaria dalla classe scolastica e infine, all'interno di queste, si sono selezionati gli alunni. La selezione è avvenuta secondo un procedimento sistematico dalla lista completa e ordinata alfabeticamente delle scuole, pubbliche e private, presenti sul territorio regionale, fornita dall'Ufficio Scolastico Regionale.

Le classi sono state stratificate sia sulla base dell'età (scuole medie inferiori e superiori), sia secondo la provincia di appartenenza, con lo scopo di assicurare una copertura geografica che rispettasse proporzionalmente l'effettiva distribuzione della popolazione dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni in Regione, garantendo così la rappresentatività e generalizzabilità dei risultati.

Il campione è stato selezionato partendo dalla popolazione dei tredicenni al 1 gennaio 2016 residenti in Veneto, suddivisi per Azienda ULSS (tredicenni come riferimento per il campionamento in quanto classe centrale).

Sono stati campionati 1.500 studenti distribuiti per Azienda ULSS, proporzionalmente alla popolazione dei territori aziendali. Per la rappresentatività a livello di Aziende ULSS e per un ulteriore contenimento dell'errore complessivo, si è proceduto ad un sovra-campionamento.

Le classi sono state selezionate secondo un disegno a tre strati: nel primo strato sono state selezionate le scuole con probabilità proporzionale alla dimensione (in termini di numero di classi) e al secondo strato sono state sorteggiate casualmente due classi (una prima e una terza) per ogni

scuola media e una classe seconda per ogni scuola superiore. Infine all'interno delle classi sono stati intervistati tutti gli alunni (campionamento "a grappolo"). Il disegno campionario adottato ha comportato successivamente una pesatura dei casi validi (calcolato come inverso della probabilità di estrazione della classe, unità primaria di riferimento, e successivamente riportato alla numerosità campionaria).

Ipotizzando 18 studenti in media per classe, si è indicato quante classi selezionare per Azienda ULSS, sia per il campionamento che per il sovra-campionamento; il dato così ottenuto è stato utilizzato per tutte e tre le classi di età oggetto dell'analisi.

Per gli istituti superiori è stata fatta una ulteriore stratificazione in proporzione alla tipologia (34% Licei + Istituti Magistrali, 30% Istituti Professionali, 36% Istituti Tecnici), poi si è proceduto all'estrazione con campionamento casuale semplice della classe da intervistare. Le scuole di primo grado sono state campionate casualmente, quindi si è proceduto all'estrazione, sempre con campionamento casuale semplice, delle classi 1° e 3° (separatamente per le sezioni tra le 1° e 3° come previsto da protocollo: per esempio, alla 1°A non corrispondeva necessariamente la 3°A). Nel caso fosse stata necessaria una sostituzione, è stata selezionata la prima classe e/o sezione utile in elenco.

Complessivamente sono state estratte 133 scuole di 1° grado ed altrettante di 2° grado, quelle aderenti sono state 111 e 110 rispettivamente. Nelle Tabelle 1.1 e 1.2 viene riassunta la selezione degli istituti per AULSS.

AULSS	NUMERO SCUOLE DA CAMPIONE PER ORDINE	NUMERO SCUOLE DI 1° GRADO ADERENTI	NUMERO SCUOLE DI 2° GRADO ADERENTI
AULSS 1 DOLOMITI	13	10	6
AULSS 2 MARCA TREVIGIANA	16	16	10
AULSS 3 SERENISSIMA	16	14	13
AULSS 4 VENETO ORIENTALE	14	14	14
AULSS 5 POLESANA	13	9	9
AULSS 6 EUGANEA	16	14	15
AULSS 7 PEDEMONTANA	14	12	13
AULSS 8 BERICA	15	8	14
AULSS 9 SCALIGERA	16	14	16
TOTALE	133	111	110

Tabella 1.1. Numero di scuole selezionate per Azienda ULSS di appartenenza.

RISPONDENZA PER CLASSE	N. DI CLASSI CAMPIONATE	N. DI CLASSI CHE HANNO COMPILATO IL QUESTIONARIO	PERCENTUALE DI RISPOSTA
CLASSE PRIMA MEDIA	134	111	82,8%
CLASSE TERZA MEDIA	132	110	83,3%
CLASSE SECONDA SUPERIORE	133	110	82,7%
TOTALE	399	331	83,0%

Tabella 1.2. Numero di classi e percentuale di adesione al questionario.

PESATURA DEI DATI

Come strato è stata selezionata la Azienda Ulss di appartenenza, i pesi creati sono stati inizialmente di ritorno all'universo (*popolazione tredicenne x 3* da fonte: banca dati veneto 2012).

Quindi:

$$W_i = \text{pop della ulss} / \text{casi validi campionati} * 3$$

Conseguentemente è stato creato il peso di ritorno alla numerosità campionaria (5.528 casi) moltiplicando il peso precedente W_i per il rapporto *pop campionaria / pop totale*.

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 (quest'ultimo opzionale). 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.

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

Il questionario rivolto al dirigente scolastico, somministrato contestualmente alla raccolta dati rivolta ai ragazzi, indaga alcune dimensioni relative ad aspetti della scuola, nello specifico:

- 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 e con il sostegno degli insegnanti, che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire da parte del personale delle Aziende ULSS.

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 comunque restituita, firmata dai genitori, agli insegnanti della classe coinvolta.

Non vengono rilevati dati identificativi dei singoli individui che partecipano all'indagine sia perché la sorveglianza è interessata a dati di popolazione sia per rispetto della normativa sulla privacy.

La versione definitiva del protocollo e dei questionari adottati nel 2018 sono stati presi in esame e valutati positivamente dal Comitato Etico dell'ISS nella seduta del 20 novembre 2017.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

La Tabella 1.3 illustra la distribuzione del campione selezionato a seconda del sesso e dei tre gruppi d'età (valori non pesati).

	11 ANNI		13 ANNI		15 ANNI		TOTALE	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Maschi	1.022	50%	1.032	49,8	866	52,4	2.920	50,6
Femmine	1.023	50%	1.040	50,2	787	47,6	2.850	49,4
TOTALE	2.045	100	2.072	100	1.653	100	5.770	100

Tabella 1.3. Distribuzione del campione selezionato per gruppi d'età e genere.

Nella Tabella 1.4 viene riportato il luogo di nascita della popolazione campionata. Il 94,7% del campione dichiara di essere nato in Italia, il 5,3% riferisce di essere nato all'estero. 9 persone non hanno risposto alla domanda.

NATI IN ITALIA		NATI ALL'ESTERO	
n	%	n	%
5.452	94,7	309	5,3

Tabella 1.4. Luogo di nascita autoriferito del campione totale.

2. IL CONTESTO FAMILIARE

INTRODUZIONE

L'adolescenza è un processo evolutivo che coinvolge non solo i ragazzi, ma l'intera famiglia.

Le trasformazioni che interessano i ragazzi sul piano psico-fisico si accompagnano anche a un cambiamento delle relazioni familiari e amicali^{1,2}.

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 sociali³.

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. Anche se in Italia questo processo che ha visto crescere nuove strutture familiari è cominciato più tardi rispetto ad altri Paesi europei, la cosiddetta famiglia tradizionale non è più la sola opzione. Infatti è ormai comune imbattersi in famiglie mono-genitoriali, o famiglie 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) che un tempo erano una risorsa mentre oggi nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani e infine la crescita di nuove tipologie familiari: in particolare le famiglie mono-genitoriali e le famiglie ricostituite⁴.

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2018⁵), circa il 16% delle famiglie italiane sono monogenitoriali. Anche in Italia, si è ormai compiuto il passaggio dalla vecchia

monogenitorialità, originata dalla vedovanza, alla nuova monogenitorialità derivante dalla rottura volontaria dell'unione coniugale e dalle nascite al di fuori del matrimonio o da madri single.

La famiglia ricostituita invece è quel nucleo in cui almeno uno dei coniugi, con o senza figli, è al suo secondo matrimonio.

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'adolescenza⁶. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi quanto mai attuale.

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^{7,8} o come il cambiamento della struttura familiare abbia delle conseguenze anche di tipo economico⁹.

Riguardo a questo ultimo punto, è stata osservata una forte associazione tra basso livello socio-economico e salute psichica dei bambini¹⁰, e come l'instabilità familiare in generale sia strettamente legata con lo sviluppo dei rapporti sociali dei ragazzi¹¹.

Diversi autori hanno però messo in discussione queste relazioni, sostenendo che lo svantaggio diventa reale soltanto quando a questa condizione se ne uniscono altre, come l'isolamento dal contesto sociale e dalle altre famiglie, oppure uno stato di conflittualità permanente o l'esistenza di problemi economici^{12,13}.

Non è tuttavia ancora chiaro se questo tipo di associazioni causali si riscontrino anche tra gli adolescenti.

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 2.1).

TIPOLOGIA DI FAMIGLIA	%
MADRE E PADRE (NO ALTRI ADULTI)	79,4
SOLO MADRE	13,9
SOLO PADRE	1,9
FAMIGLIA RICOSTITUITA (PADRE O MADRE BIOLOGICI PIÙ NUOVO CONIUGE)	2,9
ALTRA SISTEMAZIONE SENZA GENITORI O PARENTI/NONNI	1,9

Tabella 2.1. Percentuale della tipologia di famiglia in cui vivono i ragazzi.

Le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante. Le famiglie monogenitori rappresentano il 15,8% dei nuclei familiari di cui il 13,9% composti da donne. Il 2,9% dei ragazzi vive all'interno di famiglie "ricostituite". I ragazzi che hanno indicato di non vivere con i genitori, ma in altra sistemazione (senza genitori o nonni) sono l'1,9%.

	%
PRESENZA DI FRATELLI E/O SORELLE	
FIGLI UNICI	18,5
1 FRATELLO O SORELLA	56,4
2 O PIÙ FRATELLI O SORELLE	25,1

Tabella 2.2. Percentuale di ragazzi che hanno fratelli o sorelle.

Come si evince dalla Tabella 2.2, più della metà del campione (56,4%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono il 18,5%.

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^{14,15}, come la pressione scolastica, le relazioni con i pari, le aspettative e i cambiamenti psico-fisici.

È stato osservato che la qualità della relazione con i genitori è associata alla propensione ad adottare comportamenti di salute a rischio. Ad esempio, avere una relazione difficile con la madre risulta associato ad una maggiore propensione all'abitudine al fumo e al consumo frequente di alcol e di altre sostanze^{14,16}.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito^{13,17}. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi¹⁸, comportamenti antisociali^{19,20} e comportamenti di rischio per la salute^{21,22}, una migliore autostima²³ e meno problemi scolastici²². 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, matrigna o patrigno). 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 2.3 e 2.4 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.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
MOLTO FACILE	37,0	20,5	15,1
FACILE	35,4	36,9	34,8
DIFFICILE	16,1	23,9	29,7
MOLTO DIFFICILE	9,0	14,0	16,3
NON HO O NON VEDO MAI QUESTA PERSONA	2,42	4,6	4,0

Tabella 2.3. *“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	55,1	34,4	24,9
FACILE	30,2	40,3	46,6
DIFFICILE	9,3	17,7	18,6
MOLTO DIFFICILE	4,1	6,5	8,1
NON HO O NON VEDO MAI QUESTA PERSONA	1,2	1,0	1,8

Tabella 2.4. “Quanto è facile per te parlare con tua madre di cose che ti preoccupano veramente?”, per età (%)

Confrontando le due tabelle appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre piuttosto che con il padre.

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli rispetto al genere, si osservano differenze in tutte le età nella comunicazione con il padre e la madre (Grafici 2.A e 2.B).

Grafico 2.A. Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre, per genere ed età (%)

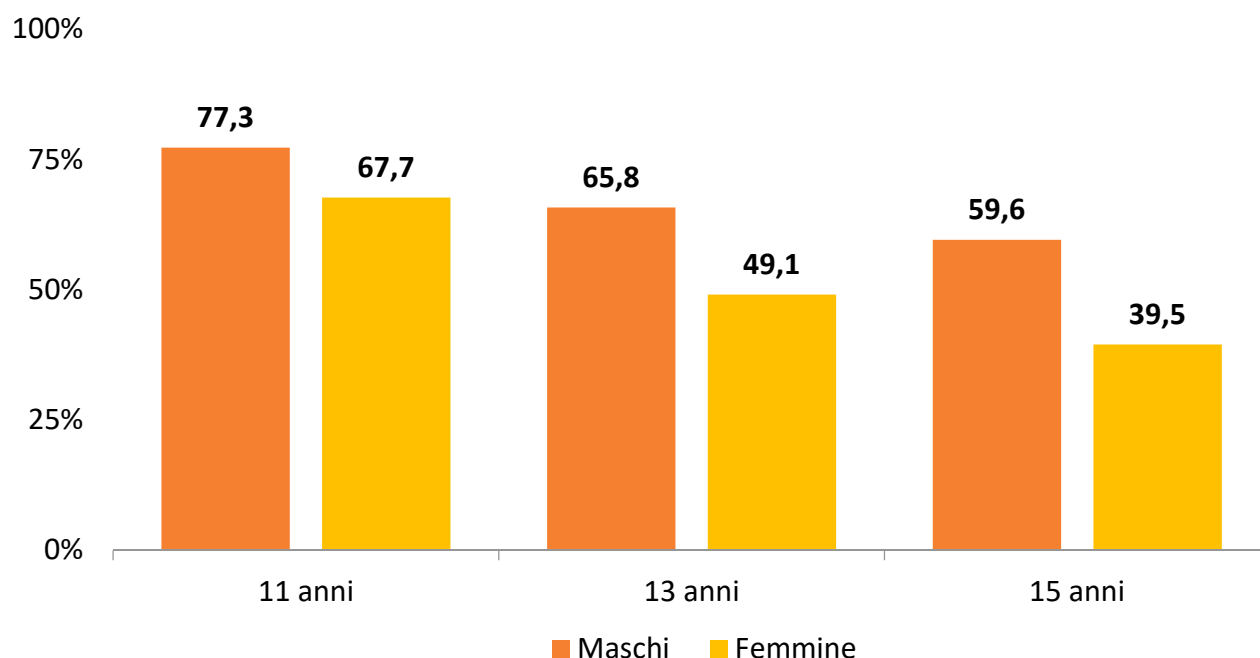
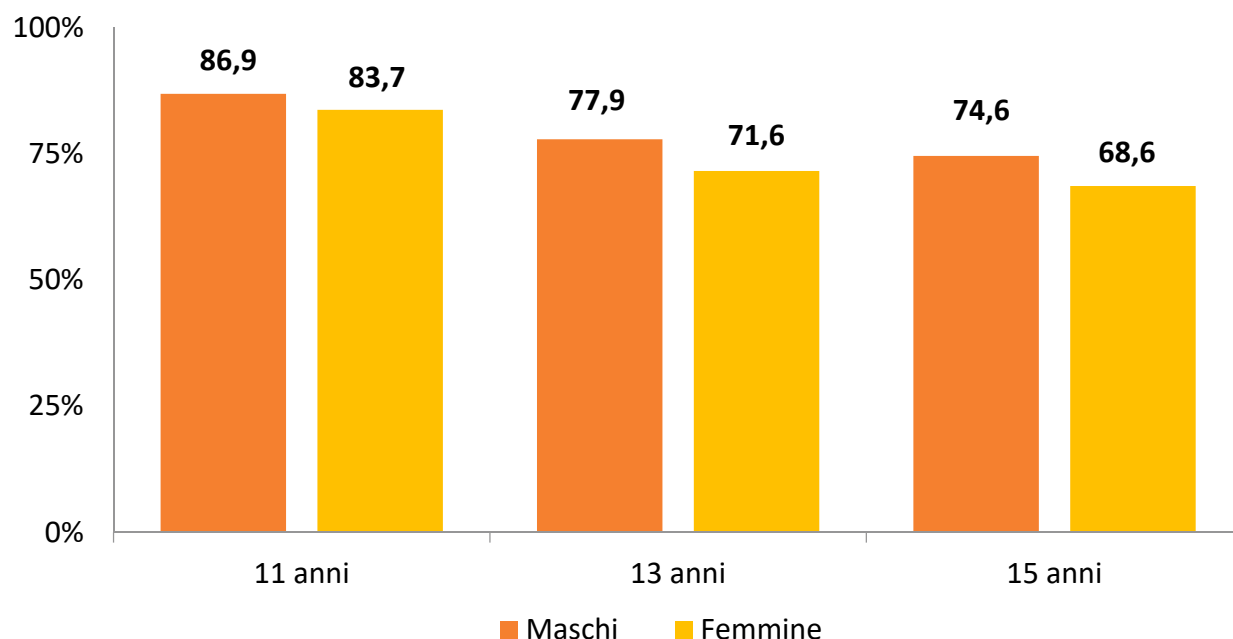


Grafico 2.B. Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



La comunicazione con il padre è più frequentemente facile per i ragazzi rispetto alle ragazze. Analogo atteggiamento si nota nella comunicazione con la madre, anche se la differenza tra i generi è minore rispetto al rapporto con il padre.

LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE

La condizione socio-economica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi²⁴. Numerosi studi hanno dimostrato che il livello socio-economico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori^{25,26} anche in maniera indiretta. È stato infatti osservato che il livello socio-economico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi^{12,27}.

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socio-economico è rappresentato da una misura composita che incorpora lo status economico (reddito), lo status

sociale (educazione) e lo status professionale (occupazione) così come definito dai seguenti indicatori:

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni con lo strumento della scala FAS (Family Affluence Scale, scala di agiatezza/ricchezza familiare)²⁸. Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);
- status sociale (istruzione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

A questi indicatori, si aggiunge un quarto elemento di valutazione relativo alla percezione che i ragazzi hanno dello stato di benessere della propria famiglia, viene infatti chiesto loro di indicare quanto pensino stia bene la propria famiglia dal punto di vista economico. Le modalità di risposta a questa domanda sono distribuite su una scala ordinale da *“Molto bene”* a *“Per niente bene”*.

Nella Tabella 2.4 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socio-economico.

FAMILY AFFLUENCE SCALE	%
BASSO	18,1
MEDIO	50,8
ALTO	31,1

Tabella 2.4. Status socio-economico misurato secondo la Family Affluence Scale (da *“Basse possibilità di consumo”* ad *“Alte possibilità di consumo”*) (%)

Quasi una famiglia su 3 si colloca nella fascia di “Alta possibilità di consumo” (31,1%), mentre metà delle famiglie sono nella fascia di “Media possibilità di consumo” e il 18,1% è nella fascia di “Basse possibilità di consumo”.

Nella Tabella 2.5 è invece riportata la distribuzione del livello di istruzione dei genitori dichiarato dai ragazzi intervistati.

PADRE	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Licenza Elementare	1,0	1,6	1,8
Licenza Media	9,2	20,0	25,5
Scuola Professionale	8,3	17,6	17,6
Maturità	18,1	29,7	31,9
Laurea	19,6	16,3	15,3
Non So	43,8	14,8	7,9
MADRE	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Licenza Elementare	1,5	1,2	1,0
Licenza Media	8,2	17,6	21,2
Scuola Professionale	6,2	12,2	12,4
Maturità	21,3	36,1	37,3
Laurea	24,2	20,3	20,4
Non So	38,6	12,6	7,69

Tabella 2.5. Livello di istruzione dei genitori dichiarato dai ragazzi.

Per quanto riguarda il livello d’istruzione dei genitori, e in misura maggiore per la madre, si osserva una prevalenza di titoli di studio medio/alto (maturità-laurea).

CONSIDERAZIONI

La vita in famiglia può influenzare in modo significativo il rapporto che i giovani instaurano con il mondo che li circonda. Per questo motivo si è scelto di analizzare tre degli aspetti che più caratterizzano il contesto familiare: la tipologia di nucleo familiare, la qualità delle relazioni con i genitori e lo status socio-economico della famiglia stessa.

Secondo i risultati emersi, prevalgono quantitativamente le famiglie in cui sono presenti entrambi i genitori (79,4%), ma i nuclei familiari con un solo genitore o un genitore biologico con un nuovo coniuge, sebbene siano nettamente inferiori, rappresentano comunque una percentuale non trascurabile (18,7%). Le strutture familiari più “moderne”, quindi, costituiscono delle realtà ormai assodate, meritevoli di particolare attenzione nell’organizzazione delle politiche familiari e sociali al fine di prevenire la creazione di situazioni di svantaggio economico e/o sociale. La maggior parte delle famiglie conta al proprio interno due o più figli (81,5%), fattore invece potenzialmente indice di un positivo sviluppo psico-fisico di bambini e adolescenti.

Per quanto riguarda la qualità della comunicazione, essa diminuisce con ambedue i genitori all’aumentare dell’età dei figli, segno che conferma come nell’adolescenza la gestione delle relazioni con i genitori risulti più difficile, rappresentando essa una fase di maturazione dell’identità e della personalità dei ragazzi, nonché di progressivo distacco dalla famiglia ed avvicinamento a nuovi gruppi sociali. Per le ragazze risulta più difficile comunicare col padre rispetto ai ragazzi, ma in generale gli adolescenti di entrambe i generi trovano il confronto con la madre più facile.

E’ emerso che lo status socio-economico delle famiglie sia prevalentemente medio-alto, sebbene quasi un quinto dei ragazzi riferisca di vivere in famiglie con basse possibilità di consumo (18,1%). Anche questa condizione dovrebbe essere tenuta in considerazione nella programmazione delle politiche di sostegno alle famiglie, dal momento che la condizione socio-economica è in grado di influire a lungo termine sul benessere e sulla salute dei ragazzi. Probabilmente in linea con i risultati sopra descritti, si osserva una prevalenza di genitori con titolo di studio pari o superiore alla maturità.

Questi dati riletti alla luce della diffusione del coronavirus e della situazione di emergenza che ne è derivata, offrono lo spunto per riflettere sulle politiche sociali e sanitarie a supporto delle famiglie stesse. Esse, infatti, si sono ritrovate a vivere una situazione domestica del tutto nuova, vissuta o come una forte limitazione alla propria libertà o come un'opportunità per condividere più tempo insieme e riscoprirsi a vicenda. Per gli adolescenti l'impossibilità di vivere liberamente le relazioni sociali, soprattutto quelle amicali, può essere stata affrontata come una costrizione difficilmente accettabile, essendo in una fase di vita in cui il gruppo dei pari costituisce il riferimento primario. Indispensabile e importante è diventato per loro in questo periodo l'uso dei social, oltre che imposto per la continuità formativa scolastica, soprattutto per poter continuare a relazionarsi con il mondo esterno. Non sempre è risultato facile trovare il giusto equilibrio tra il loro bisogno di contatto esterno e il rischio di delegare completamente ai social le loro relazioni e i loro affetti. Il dato relativo alla maggiore difficoltà dei ragazzi adolescenti di comunicare apertamente con i propri genitori, può essere stato vissuto come maggior disagio durante la quarantena, ma può anche avere permesso ad alcuni di avvicinarsi maggiormente. In un contesto come quello attuale, cresce, quindi, ulteriormente l'importanza della famiglia quale colonna portante per il benessere psicologico e relazionale dei suoi componenti, specialmente per quanto riguarda il rapporto tra genitori e figli. Le politiche regionali rivolte alle famiglie dovranno tenere in considerazione le problematiche che potranno derivare dalla pandemia in corso, creando spazi di ascolto sia per i genitori che per i figli. Nel prossimo Piano Nazionale Prevenzione si continuerà a parlare di *approccio life course*, ossia dell'importanza di continuare a programmare interventi di prevenzione e promozione della salute lungo tutto il corso della vita, assicurando ad ogni bambino un benessere potenziale attraverso politiche e programmi rivolti al supporto della maternità e delle nuove famiglie, premessa essenziale per poter garantire un benessere psico-fisico e un invecchiamento attivo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S, Dick B, Ekeh AC, Patton GC. *Adolescence: a foundation for future health*. *Lancet*. 2012, 378(9826): 1630-1640
- ² Santrock, J.W. (2014). *Adolescence (15th Edition)*. New York, NY: McGraw-Hill Education
- ³ Collins WA, Steinberg L. *Adolescent development in interpersonal context*. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003–67
- ⁴ Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, Giacco D, Mulè A, de Rosa C, Fiorillo A, Maj M. *The family in Italy: cultural changes and implications for treatment*, *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(2):149-56
- ⁵ ISTAT (2018). *Popolazione e Famiglie Anno 2018*. Roma, ISTAT.
- ⁶ Levin KA, Dallago L, Currie C. *The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent–child communication*. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287–305
- ⁷ Cooper, C., P. E. Bebbington, H. Meltzer, D. Bhugra, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell, and M. King. 2008. "Depression and Common Mental Disorders in Lone Parents: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey." *Psychological Medicine*, 38 (3): 335–342
- ⁸ Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Meltzer, H. (2003). *Lone mothers, social exclusion and depression*. *Psychol Med*, 33: 715–722
- ⁹ 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
- ¹⁰ Dashiff, C., W., Di Micco, B., Myers and K., Sheppard. 2009. "Poverty and Adolescent Mental Health." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22: 23–32
- ¹¹ Cavanagh, S. E., and A. C. Huston. 2008. "The Timing of Family Instability and Children's Social Development." *Journal of Marriage and Family*, 70 (5): 1258–1270
- ¹² Levin KA, Currie C. *Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis*. *Health Educ*. 2010;110(3):152–68
- ¹³ Dallago L., Santinello M. (2006). *Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore*. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- ¹⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso 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.
- ¹⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. *Parental communication and life satisfaction in adolescence*. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ¹⁶ 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
- ¹⁷ Gallarin M, Alonso-Arbiol I. *Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model*. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601–10
- ¹⁸ Demidenko N, Manion I, Lee CM. *Father–daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls*. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1727–34.
- ¹⁹ Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). *Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior*. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- ²⁰ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Neppel, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). *The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence*. *Psychological Science*, 24(3): 243-250
- ²¹ Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. *The protective effects of parent–college student communication on dietary and physical activity behaviors*. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300–2.
- ²² Rostad WL, Silverman P, McDonald MK. *Daddy's little girl goes to college: an investigation of females' perceived closeness with fathers and later risky behaviors*. *J Am Coll Health*. 2014;62(4):213-20
- ²³ Bulanda RE, Majumdar D. *Perceived parent–child relations and adolescent self-esteem*. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203–12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. *Parental communication and life satisfaction in adolescence*. *Span J Psychol*. 2014;17
- ²⁴ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) *Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position*, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180

²⁵ Kerr M, Stattin H, Biesecker G, et al. Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. *Relationships With Parents and Peers in Adolescence, Handbook of psychology, Vol. 6, Developmental psychology, 2003 NJJohn Wiley & Sons*

²⁶Hoskins D, (2014), *Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes, Societies 2014, 4, 506–531*

²⁷ 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*

²⁸ Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. *Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey. Health Education Research. 1997;12(3):385–397*

3. L'AMBIENTE SCOLASTICO

INTRODUZIONE

In adolescenza, l'ambiente scolastico rappresenta un contesto di sviluppo privilegiato in quanto ambiente sociale prossimale in cui l'individuo trascorre buona parte della propria quotidianità e quindi in grado di influenzarne l'adattamento e il benessere.

Il contesto scolastico può agire infatti supportando l'adolescente nel suo percorso di crescita, rappresentando una fonte significativa di sostegno sociale (soprattutto rispetto alle relazioni che si instaurano con coetanei e insegnanti) e favorendo l'acquisizione di competenza, autonomia e capacità di coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali¹.

La scuola può, dunque, rappresentare un contesto positivo di crescita e di promozione del benessere, sia a livello psico-sociale che in relazione a comportamenti legati alla salute.

Obiettivo di questo capitolo è, da un lato, approfondire la percezione del contesto scolastico attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai ragazzi ad alcuni items relativi al loro rapporto con gli insegnanti, con i compagni di classe e con la scuola in generale e, dall'altro, approfondire le caratteristiche (in senso strutturale e organizzativo) del contesto scolastico che i ragazzi sperimentano attraverso una lettura descrittiva delle risposte date dai dirigenti scolastici.

STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE

Le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente². È stato chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti, favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti ad essa associati dei ragazzi.

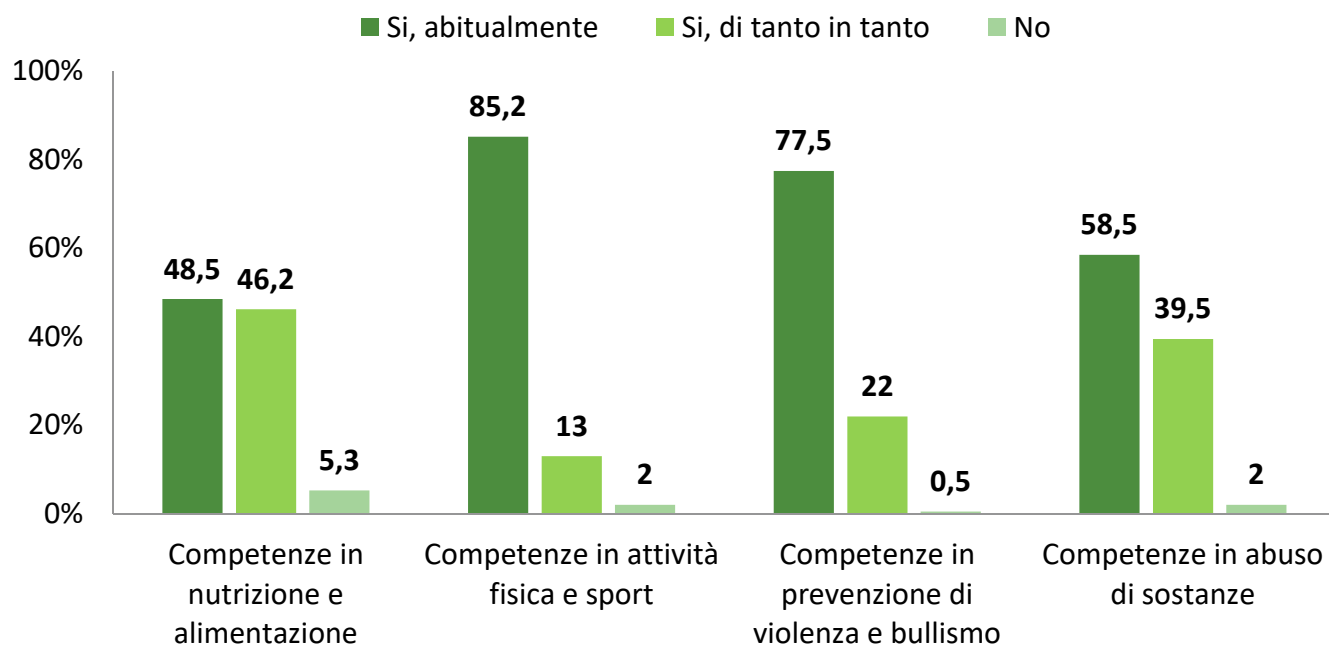
Nella Tabella 3.1 si riportano alcune delle informazioni fornite dai Dirigenti scolastici circa le risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza rispetto ai bisogni.

	COMPLETAMENTE D'ACCORDO	D'ACCORDO	IN DISACCORDO	COMPLETAMENTE IN DISACCORDO
Il Cortile è in buone condizioni	13,4	62,2	19,2	3,5
La Palestra è in buone condizioni	20,9	52,3	15,7	4,6
I Laboratori Didattici sono attrezzati	10,4	53,5	30,2	3,5
Le Classi soddisfano i bisogni di insegnanti e alunni	8,7	58,1	30,8	1,7
La Scuola necessita di restauro	17,4	43,0	24,0	13,4

***Tabella 3.1.** Opinione dei Dirigenti Scolastici in merito alle risorse strutturali e all'adeguatezza delle scuole.*

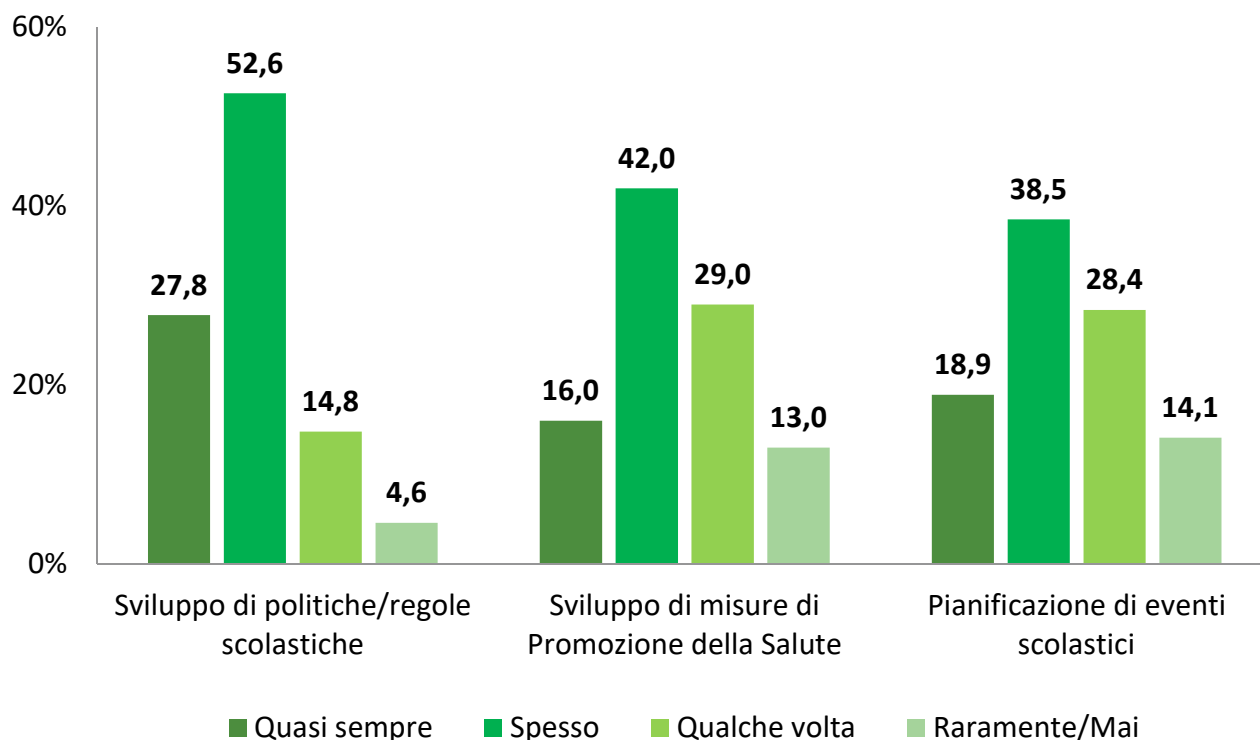
Il questionario rivolto ai Dirigenti scolastici ha permesso di esplorare anche le eventuali attività di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere (Grafico 3.A).

Grafico 3.A. Misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (%)



Una specifica sezione del questionario intendeva indagare il grado di partecipazione degli allievi ad alcuni degli aspetti organizzativi dell'istituzione scolastica (Grafico 3.B).

Grafico 3.B. Frequenza del coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



Dalle risposte al questionario emerge che, nella maggior parte dei casi, non esistono cassette per i suggerimenti (77%) o modalità informatiche che possano convogliare le eventuali lamentele (87%), mentre una prassi spesso seguita (nel 61% dei casi) è quella di svolgere indagini sugli studenti. L'istituzione si mostra però molto disponibile all'accoglienza degli studenti nelle ore d'ufficio (88%).

	CASSETTA SUGGERIMENTI	HOME PAGE, FORUM, BLOG	ORE UFFICIO	INDAGINI STUDENTI
SI	23,0	13,0	88,2	61,0
NO	77,0	87,0	11,8	39,0

Tabella 3.2. Modalità per esprimere lamentele nell'ambito della scuola (%)

I Dirigenti scolastici hanno, inoltre, potuto esprimere un giudizio circa la percezione, in termini di rilevanza, di alcune problematiche dell'area in cui è situata la scuola (Grafico 3.C).

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

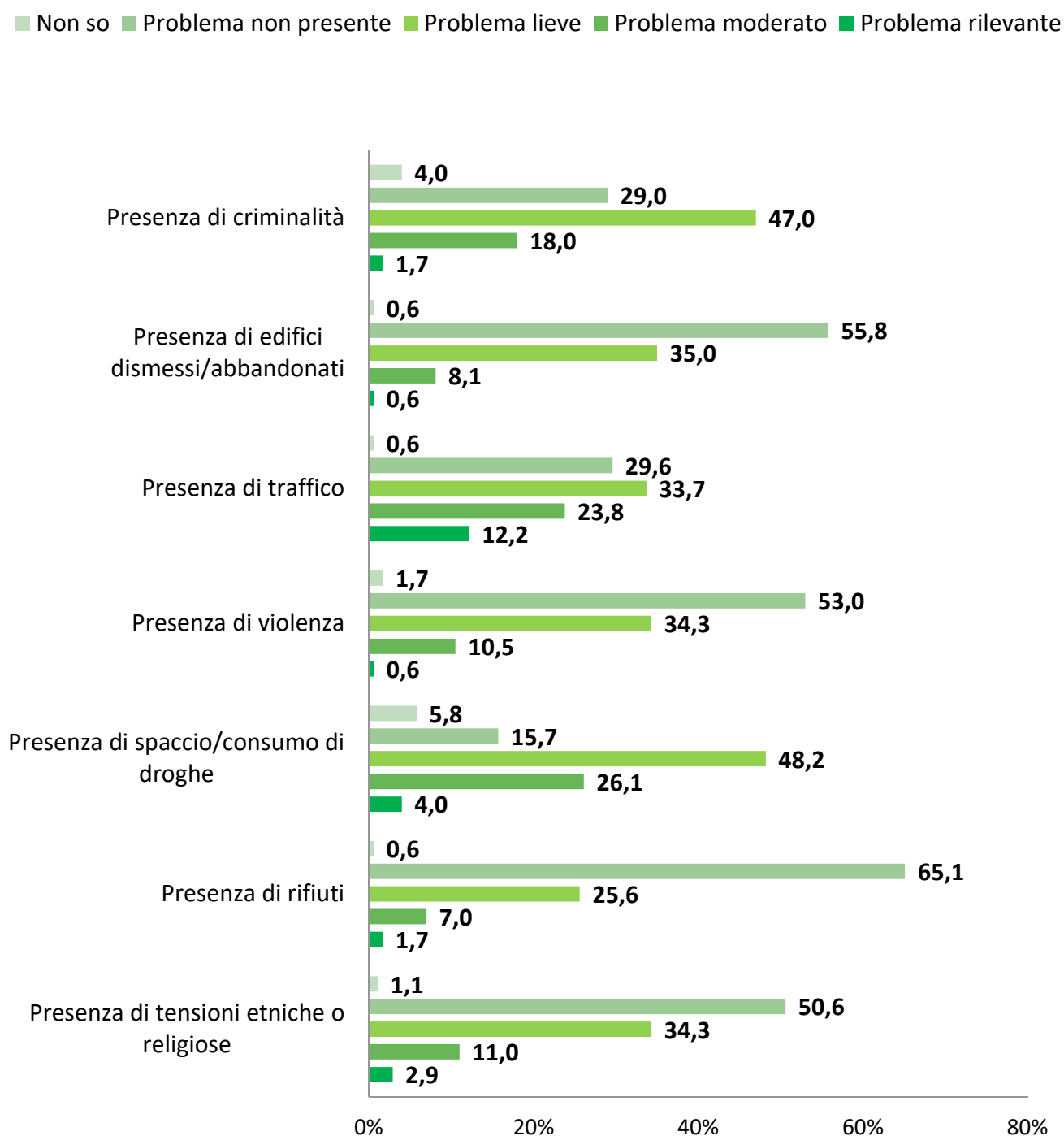
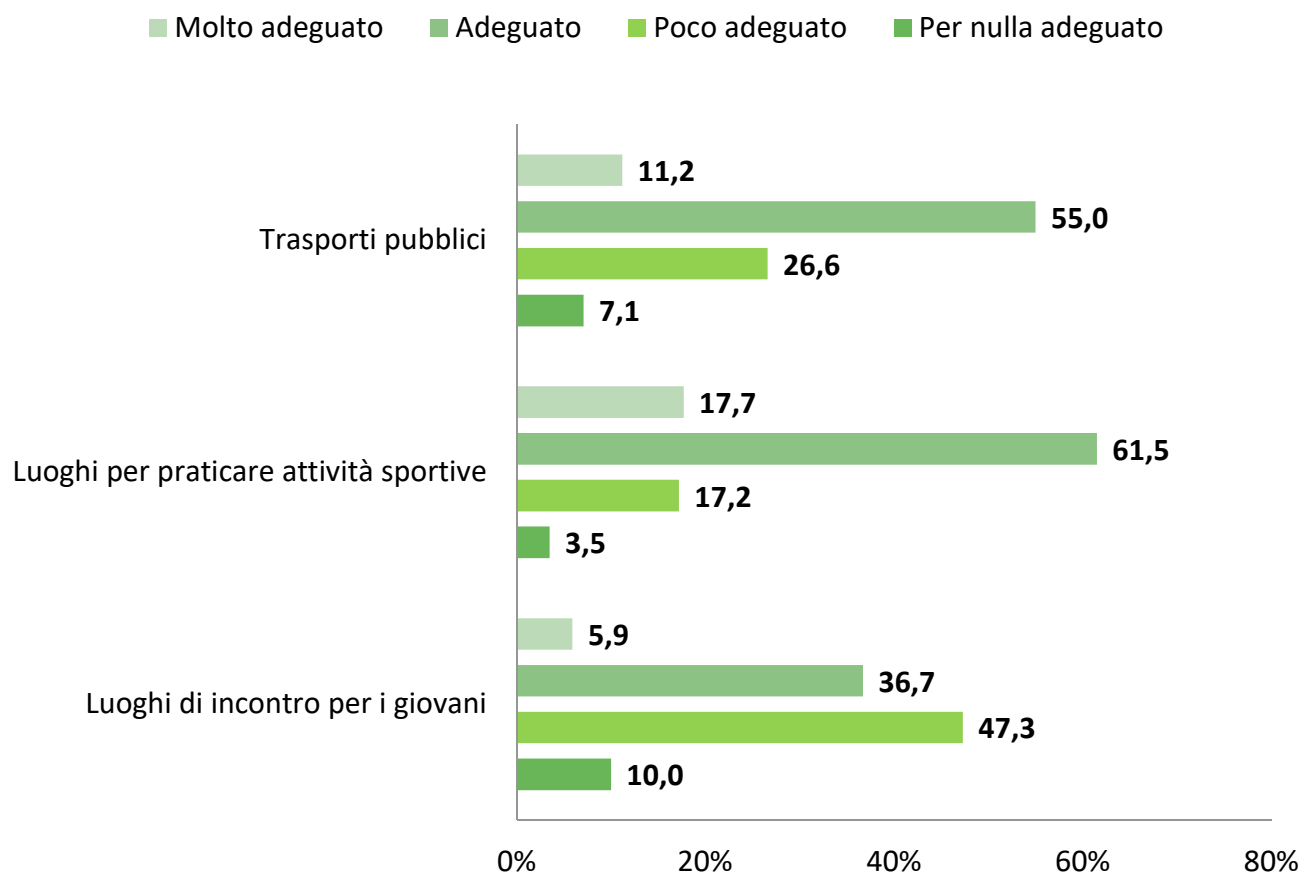


Grafico 3.D. Valutazione dell'adeguatezza del quartiere in cui opera la scuola (%)



Il quartiere in cui opera la scuola appare nella maggior parte dei casi poco adeguato quale luogo d'incontro per giovani e adeguato per i trasporti pubblici. Quasi l'80% degli istituti scolastici si trova in una posizione tale da essere considerata un luogo adeguato per praticare attività sportiva. Ai Dirigenti scolastici è stato inoltre chiesto di esprimere una valutazione delle attività e delle manifestazioni disponibili nel quartiere in cui opera la scuola (Tabella 3.3).

	POCHE INIZIATIVE CULTURALI	MANCANZA PUNTI DI RITROVO	MOLTE ASSOCIAZIONI CHE OPERANO NEL SOCIALE
Completamente In Disaccordo	4,1	4,7	1,8
In Disaccordo	20,7	15,4	8,9
Abbastanza In Disaccordo	14,8	18,3	11,2
Né In Accordo Né In Disaccordo	17,2	21,3	18,9
Abbastanza D'accordo	21,9	18,9	30,2
D'accordo	14,2	17,2	22,5
Completamente D'accordo	7,1	4,1	6,5

Tabella 3.3. Valutazione delle attività e delle manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola (%).

RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata una delle componenti che maggiormente contribuisce all'adattamento scolastico dell'adolescente³⁻⁴.

Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata ad un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola¹, è predittiva di un migliore adattamento comportamentale e scolastico⁵⁻⁶, ed influenza il successo scolastico⁷⁻⁸.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato come una relazione positiva con gli insegnanti contribuisca a contenere i comportamenti aggressivi⁹ e rappresenti un fattore protettivo per l'assunzione di comportamenti a rischio¹⁰⁻¹¹.

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti è stato chiesto loro di esprimere il proprio grado di accordo (da "Molto d'accordo" a "Per niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I miei insegnanti si interessano

a me come persona”, “Ho molta fiducia nei miei insegnanti” e “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”.

Nella Tabelle 3.4, 3.5 e 3.6 sono riportate le risposte dei ragazzi a ciascuna domanda.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Molto D'accordo	21,1	13,7	7,1
D'accordo	39,8	37,9	28,1
Né In Accordo Né In Disaccordo	26,5	33,8	41,1
Non D'accordo	8,3	10,4	15,7
Per Niente D'accordo	4,4	4,3	8,0

Tabella 3.4. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “I miei insegnanti si interessano a me come persona”, per età (%)

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Molto D'accordo	38,4	17,6	7,5
D'accordo	35,4	39,2	27,3
Né In Accordo Né In Disaccordo	17,7	28,7	37,6
Non D'accordo	4,8	7,9	17,2
Per Niente D'accordo	3,6	6,6	10,5

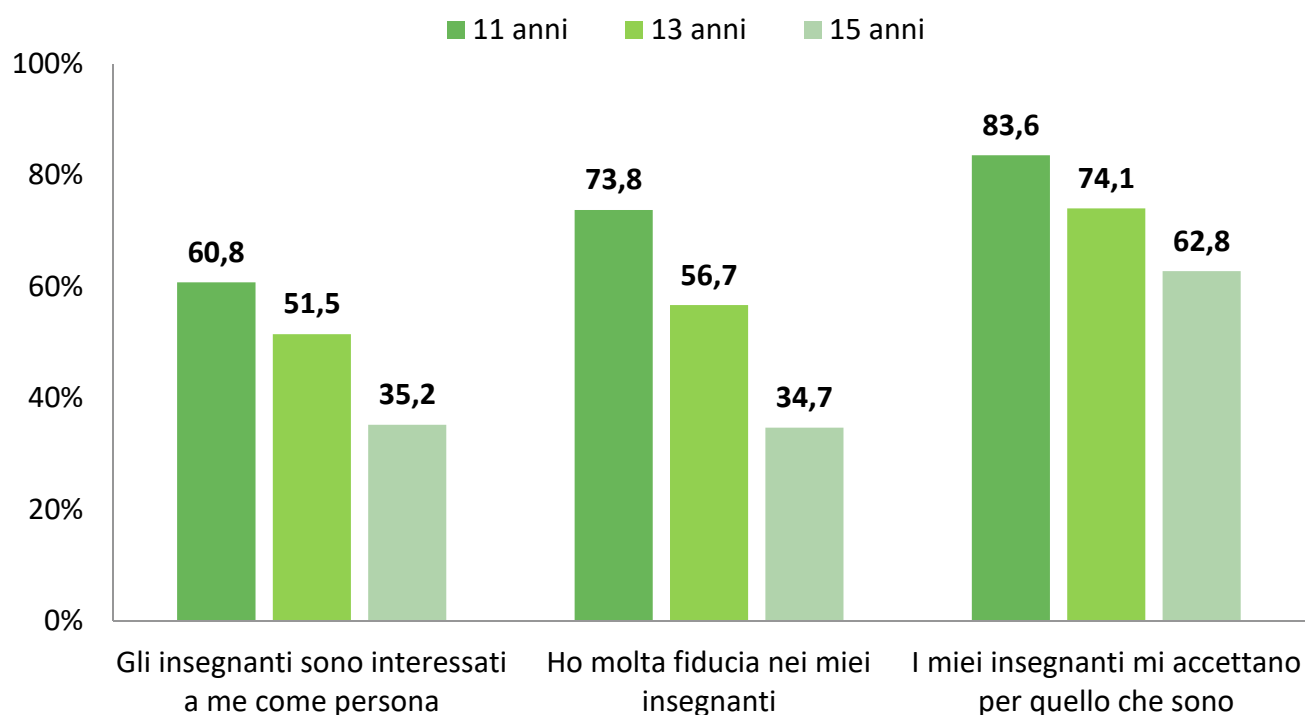
Tabella 3.5. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “Ho molta fiducia nei miei insegnanti”, per età (%)

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Molto D'accordo	49,0	30,0	17,0
D'accordo	34,6	44,1	45,8
Né In Accordo Né In Disaccordo	10,9	17,4	25,5
Non D'accordo	3,6	6,0	8,5
Per Niente D'accordo	1,8	2,5	3,2

Tabella 3.6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età (%)

Nel Grafico 3.E si può cogliere a colpo d'occhio come il grado di "Accordo" o "Molto d'accordo" con le singole affermazioni riportate nelle tabelle precedenti sia differente nelle diverse età considerate.

Grafico 3.E. Frequenza di 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 CON I COMPAGNI DI CLASSE

Il rapporto con i pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente^{6,12}. Questo sistema relazionale sembra influenzare il coinvolgimento degli studenti nelle attività scolastiche e la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste infatti un legame tra relazioni con i coetanei e rendimento scolastico: gli studenti con relazioni carenti con i propri compagni di classe tendono ad avere voti peggiori¹³, mentre avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche¹⁴ e favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico¹⁵.

Per valutare il rapporto dei ragazzi con i compagni di classe, è stato chiesto loro di indicare il grado d'accordo con le seguenti affermazioni *“La maggior parte dei miei compagni di classe è gentile e disponibile”* e *“I miei compagni mi accettano per quello che sono”*. (modalità di risposta da *“Sono molto d'accordo”* a *“Non sono per niente d'accordo”*). Nelle Tabelle 3.7 e 3.8 sono state riportate le risposte relative alle affermazioni.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Molto D'accordo	26,4	15,7	10,9
D'accordo	37,5	38,7	43,5
Né In Accordo Né In Disaccordo	25,2	29,0	28,2
Non D'accordo	7,9	12,9	13,0
Per Niente D'accordo	3,0	3,6	4,5

Tabella 3.7. 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 (%)
--	-------------	-------------	-------------

Molto D'accordo	40,5	26,0	19,6
D'accordo	34,0	40,7	46,1
Né In Accordo Né In Disaccordo	16,2	21,3	24,2
Non D'accordo	4,9	6,5	5,5
Per Niente D'accordo	4,3	5,5	4,5

Tabella 3.8. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età (%)

La percezione della disponibilità dei propri compagni è un po' più elevata negli undicenni rispetto ai tredicenni e quindicenni (64% verso 54,4%).

Il grado di accettabilità fra coetanei è più elevato negli undicenni. Analizzando per genere, si vede poi che le ragazze hanno una percezione maggiore di non essere accettate rispetto ai ragazzi, in particolare tra i tredicenni e i quindicenni (Grafico 3.G).

Grafico 3.F. 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 (%)

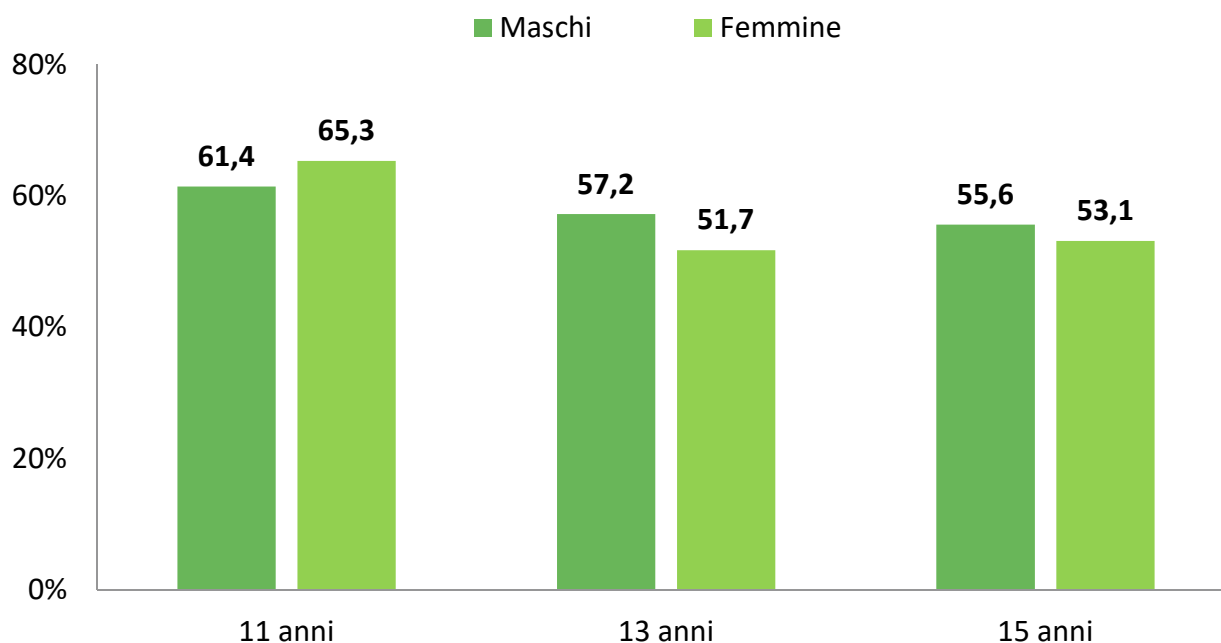
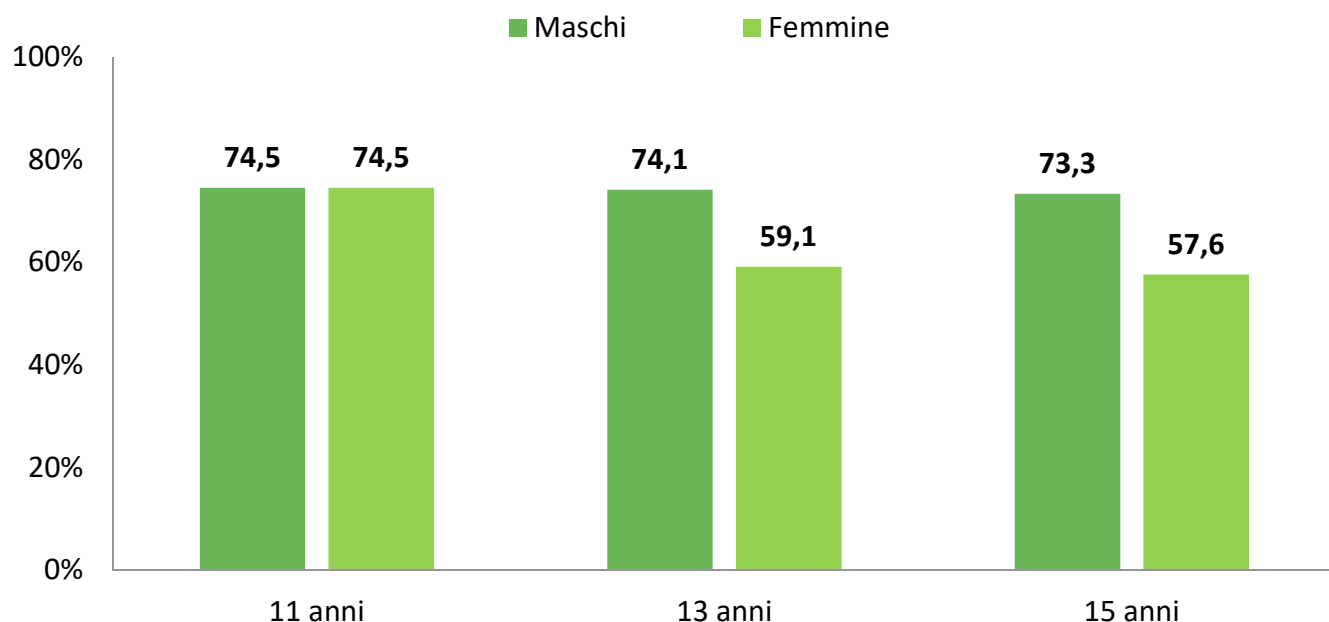


Grafico 3.G. Frequenza di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "I miei compagni mi accettano per quello che sono", per età e genere (%)



VARIAZIONI TEMPORALI: STRESS CORRELATO ALLE ATTIVITA' SCOLASTICHE

Facendo un confronto tra i vari livelli di stress correlato alle attività scolastiche riportato dagli studenti nel corso degli anni, emerge come questo sia considerevolmente aumentato nel corso del tempo, soprattutto per quanto riguarda i quindicenni. Mentre nel 2002 il 41% di loro dichiarava di sentirsi sotto pressione a causa degli impegni scolastici, la percentuale è salita al 68% nel 2018, aumentando quasi del 30%. Anche se in misura minore, questi valori sono cresciuti anche per le altre due fasce d'età, con un aumento del 10% negli undicenni e del 21% nei tredicenni. E' evidente che, con il passare degli anni, siano sempre più le competenze richieste per la vita futura dei ragazzi e perciò le materie e il carico di studio che la scuola impone loro.

Tabella 3.9. Percentuale di ragazzi che affermano di sentirsi stressati dalle attività

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	39%	44%	40%	48%	49%
13 ANNI	40%	50%	46%	60%	61%
15 ANNI	41%	57%	51%	69%	68%

scolastiche, evoluzione nel tempo.

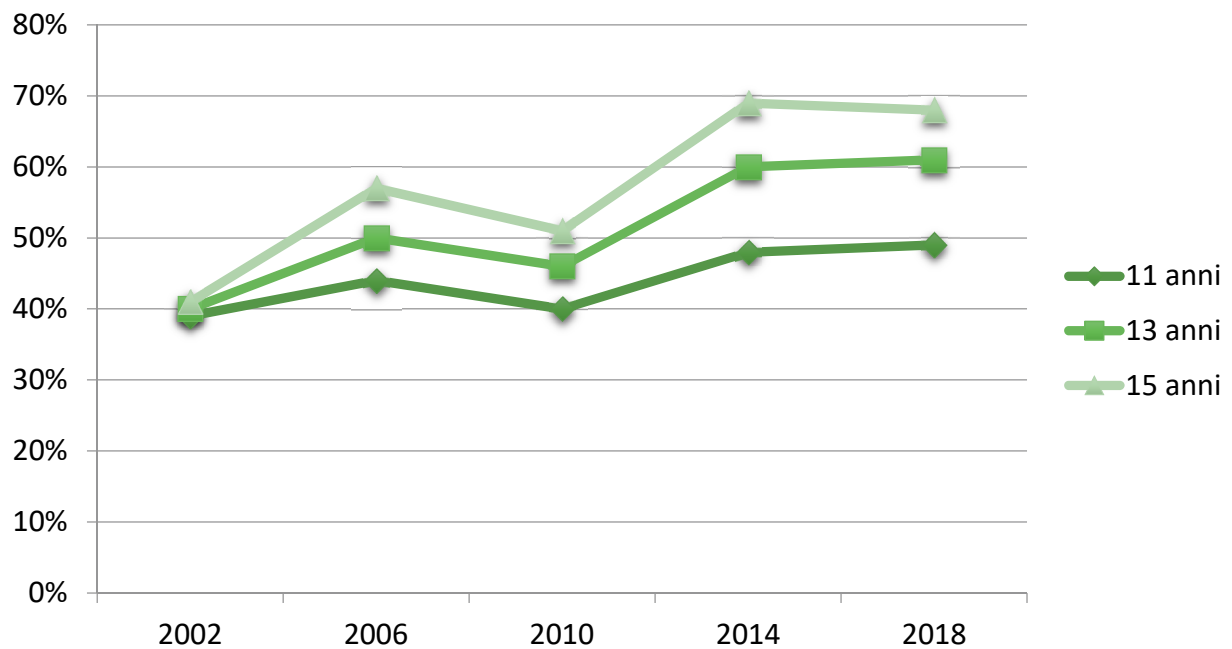


Grafico 3.G. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di sentirsi stressati dalle attività scolastiche.

BULLISMO E CYBERBULLISMO

Il recente report dell'Unesco¹⁶ che descrive il fenomeno del bullismo in 71 Paesi del mondo dice che l'Italia è tra i Paesi a minore prevalenza ed è nel gruppo di quelli con trend in riduzione. Il fenomeno è maggiormente rappresentato nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo differente tra i due generi, con manifestazioni più frequentemente di tipo fisico nei maschi e di tipo verbale e psicologico nelle ragazze¹⁶. Per quel che riguarda il fenomeno del cyberbullismo, ancora poco esplorato, in un recente lavoro che ha coinvolto 7 Paesi tra cui l'Italia, il fenomeno sembra essere in aumento¹⁷. Non vengono descritte differenze di genere per gli atti legati alla diffusione di foto o di immagini, mentre il genere femminile risulta essere più esposto di quello maschile per gli episodi legati all'utilizzo e la diffusione di messaggi di testo. Il cyberbullismo, a differenza del bullismo, sembra aumentare al crescere dell'età probabilmente in parte a causa della maggiore disponibilità di mezzi tecnologici nei ragazzi più grandi. La letteratura sottolinea come non sia ancora possibile discutere se esista una correlazione tra bullismo in riduzione, e cyberbullismo in aumento e se quest'ultimo sia un fenomeno nuovo e indipendente oppure la transizione del bullismo¹⁸.

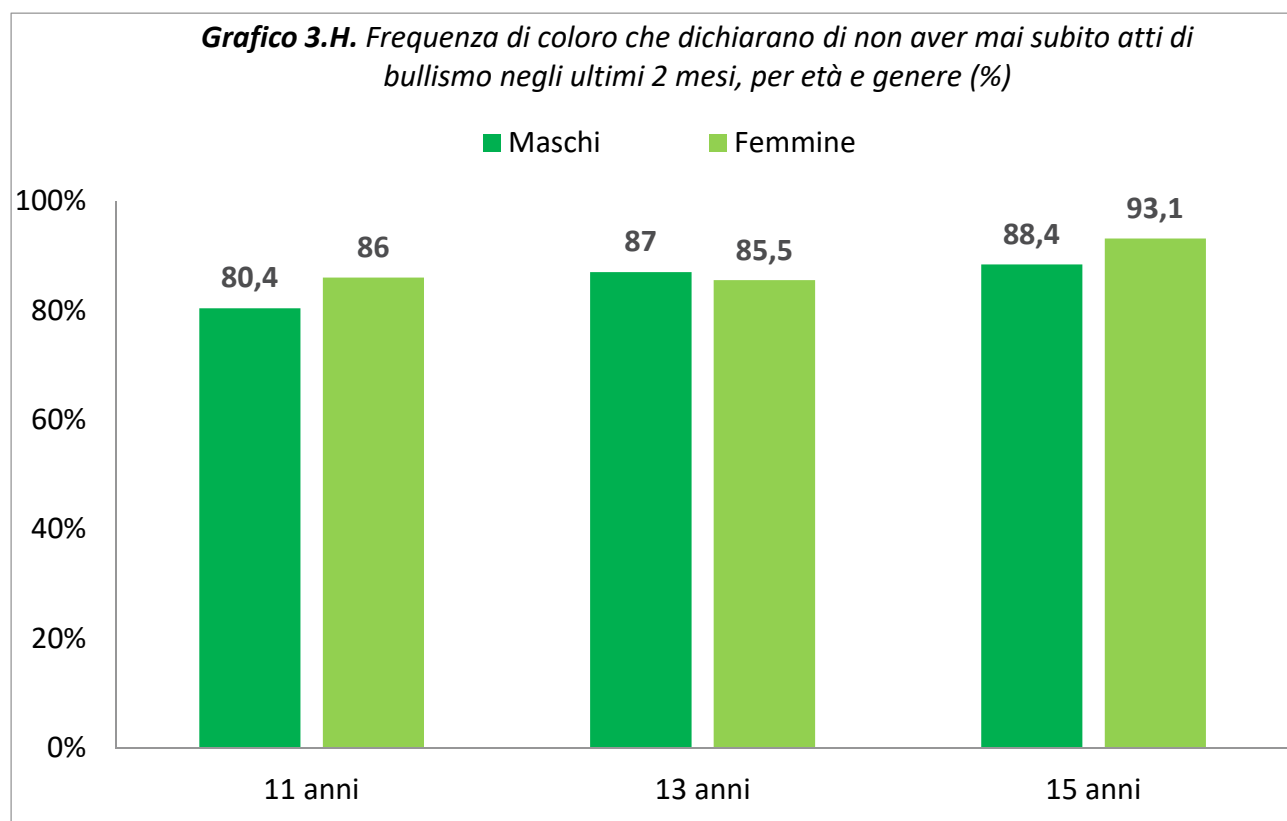
Un clima positivo tra pari e buone relazioni con le figure adulte di riferimento, soprattutto insegnanti, riducono la probabilità di accadimento di atti lesivi e risultano quindi un forte fattore protettivo¹⁸. Le dinamiche relazionali che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono un ulteriore elemento protettivo¹⁶.

L'HBSC ha approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da *"Mai"* a *"Più volte alla settimana"* (Tabella 3.10)

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Non Sono Stato Oggetto Di Bullismo	81,5	83,7	90,4
Una O Due Volte	11,0	9,6	6,4
Due O Tre Volte Al Mese	2,8	2,6	1,3
Circa Una Volta Alla Settimana	1,8	1,6	1,3
Più Volte Alla Settimana	2,9	2,4	0,6

Tabella 3.10. Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età (%)

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 (Grafico 3.H).

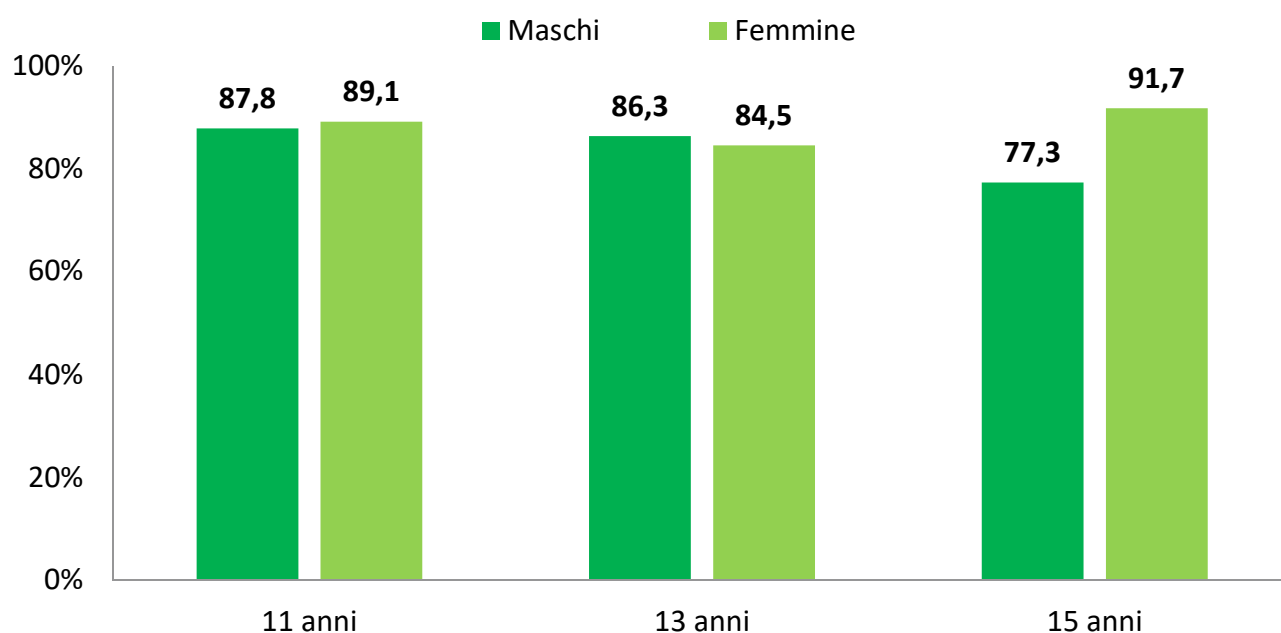


Oltre al bullismo subito, è stato anche chiesto ai ragazzi se avessero mai partecipato ad atti di bullismo contro un pari. Nella Tabella 3.11 e nel Grafico 3.1 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno. Tuttavia circa una percentuale che oscilla tra l'8% e il 10% dei ragazzi dichiara di aver partecipato uno o due volte ad atti di bullismo negli ultimi due mesi.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Non Ho Fatto Il Bullo Con Un Compagno	86,4	85,2	87,2
Una O Due Volte	8,3	10,7	9,4
Due O Tre Volte Al Mese	2,2	2,0	1,2
Circa Una Volta Alla Settimana	1,6	0,8	1,1
Più Volte Alla Settimana	1,5	1,3	1,1

Tabella 3.11. Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per età (%)

Grafico 3.1. 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 (%)



Il cyberbullismo, una forma di bullismo condotto attraverso strumenti telematici (come ad esempio tramite Internet), è stato oggetto dell'indagine 2018. Anche in questo caso, attraverso due domande specifiche, è stato chiesto ai ragazzi se hanno subito e/o partecipato ad azioni di cyberbullismo (Grafico 3.L e Grafico 3.M).

Figura 3.L. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)

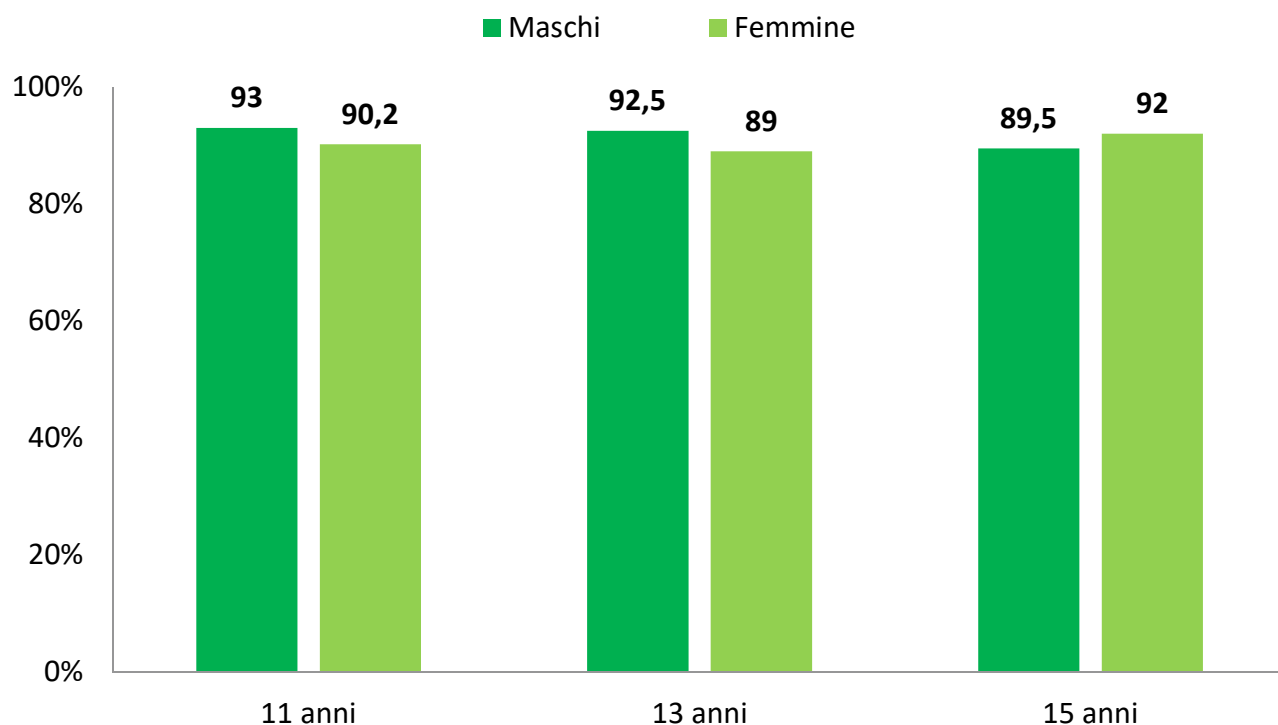
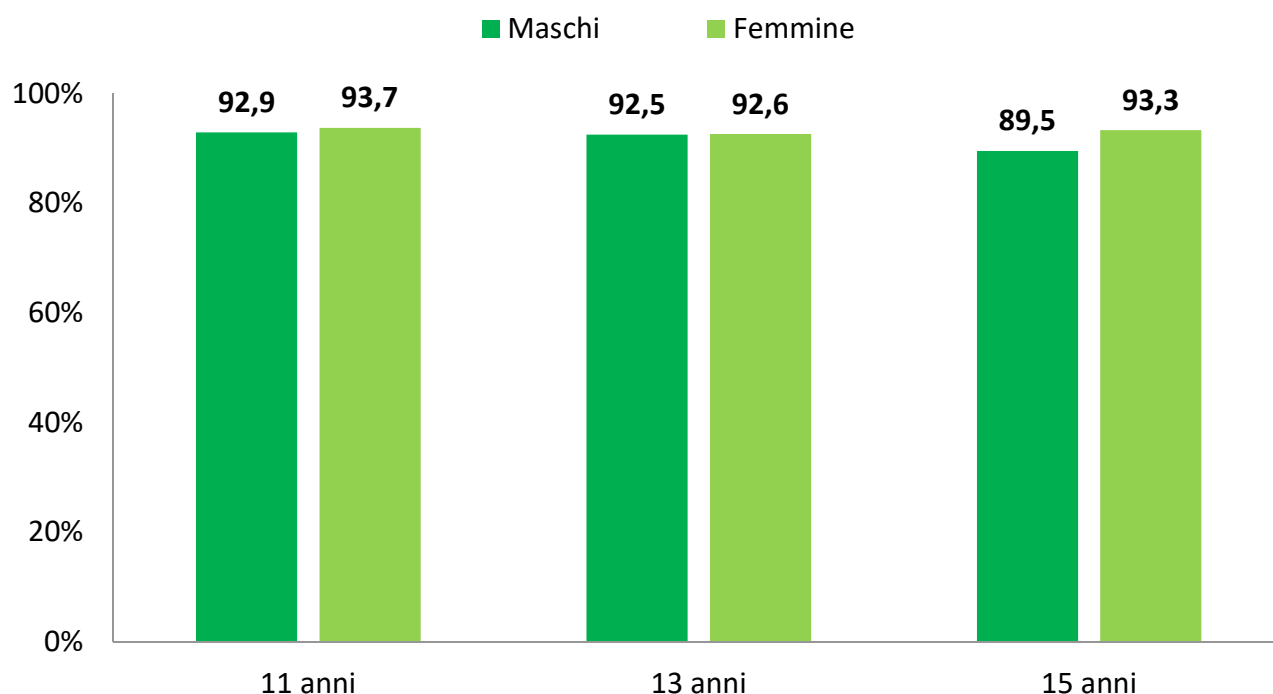


Grafico 3.M. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)



Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente (“Ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?”) negli ultimi 12 mesi. Sono riportate le risposte fornite dai ragazzi, suddivise per fascia d’età.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	69,9	69,7	74,4
Una Volta	15,7	15,7	13,8
Due Volte	5,7	6,0	5,5
Tre Volte	2,6	2,8	2,3
Quattro Volte O Più	6,4	5,8	4,0

Tabella 3.12. “ Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?” per età (%)

VARIAZIONI TEMPORALI: EPISODI DI BULLISMO

L'andamento del verificarsi di episodi di bullismo, sia subiti che attuati, registra un diminuzione nel corso degli anni, pur presentando leggere oscillazioni. In particolare, in entrambi i casi, le percentuali hanno mostrato una progressiva diminuzione fino al 2010. Gli atti di bullismo sembrano caratterizzare maggiormente le fasce di età degli undicenni e dei tredicenni.

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	38,6%	29,6%	14,7%	21,8%	19,3%
13 ANNI	33,0%	23,3%	13,9%	17,2%	16,4%
15 ANNI	20,1%	15,4%	6,5%	8,3%	9,8%

Tabella 3.13. Percentuale di ragazzi che affermano di aver subito episodi di bullismo nei due mesi precedenti l'indagine, evoluzione nel tempo.

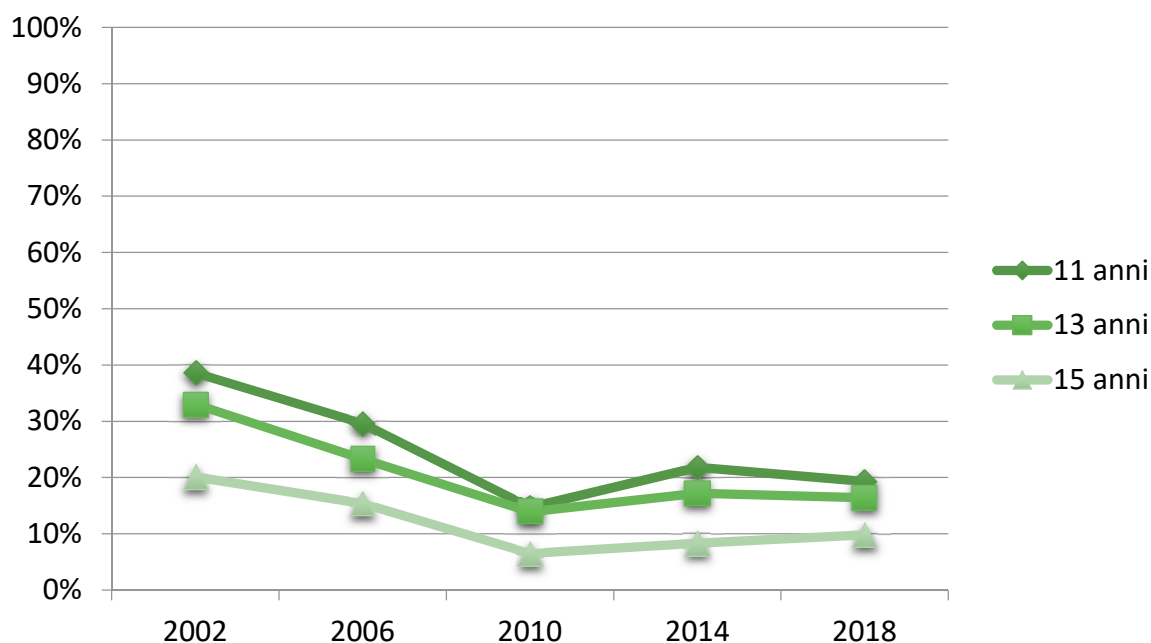


Grafico 3.N. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di aver subito episodi di bullismo nei due mesi precedenti l'indagine.

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	31,4%	21,3%	12,3%	14,1%	14,2%
13 ANNI	42,6%	28,6%	20,0%	19,8%	14,8%
15 ANNI	32,6%	25,9%	17,9%	12,7%	13,5%

Tabella 3.14. Ragazzi che affermano di aver partecipato ad atti di bullismo nei due mesi precedenti l'indagine, evoluzione nel tempo.

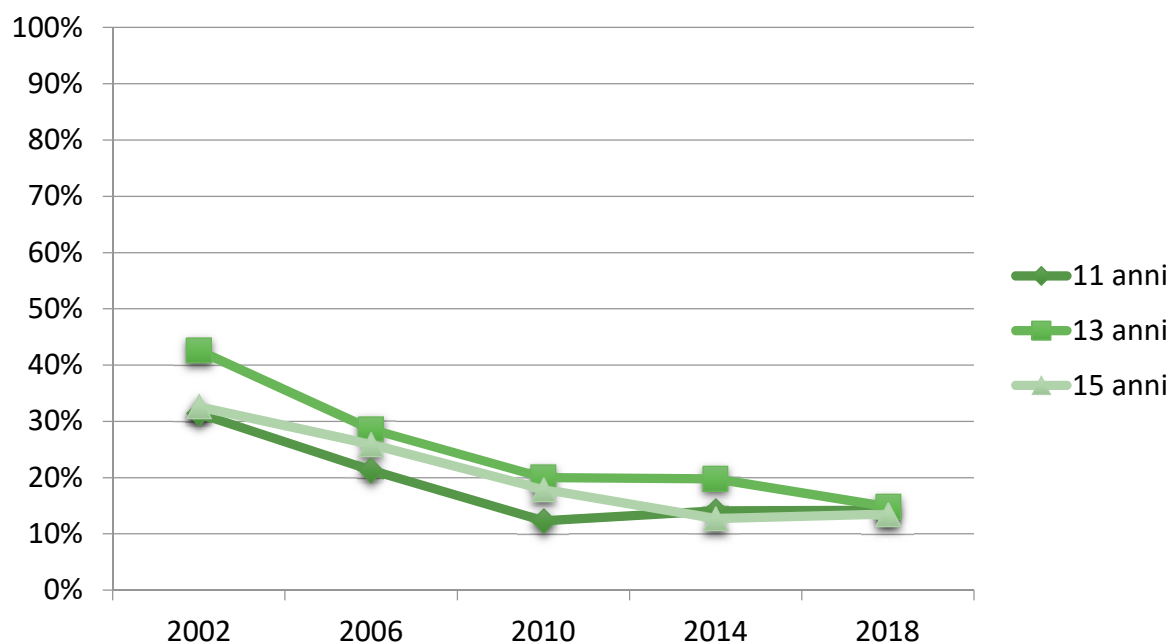


Grafico 3.N. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di aver partecipato ad atti di bullismo nei due mesi precedenti l'indagine.

LA SCUOLA

La scuola rappresenta un contesto educativo in cui gli adolescenti trascorrono buona parte della giornata. Per questo è importante considerare le relazioni che l'individuo, in questa fascia d'età, intrattiene con i diversi attori del contesto scolastico (in particolare insegnanti e pari), ma anche con il "contesto scuola" in senso più ampio e complessivo.

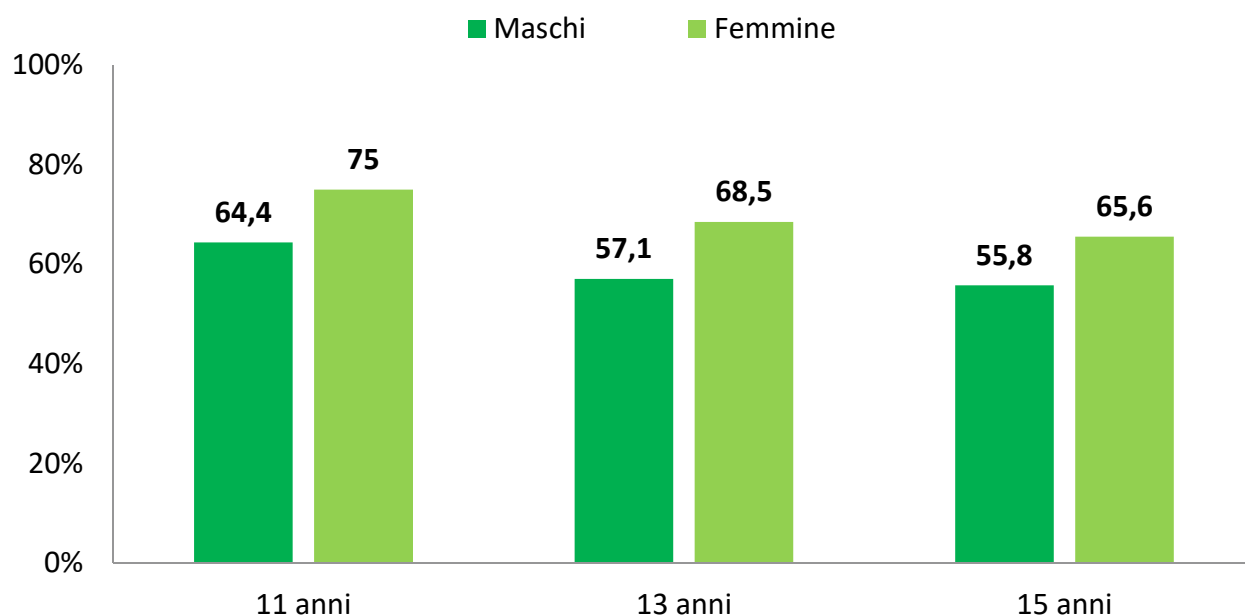
In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "Mi piace molto" a "Non mi piace per niente". In Tabella 3.15 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mi Piace Molto	17,0	8,9	9,2
Mi Piace Abbastanza	53,2	53,9	51,2
Non Mi Piace Tanto	20,4	26,8	28,8
Non Mi Piace Per Nulla	9,4	10,4	10,7

Tabella 3.15. "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età (%)

In Grafico 3.0 è invece possibile notare le differenze di genere circa le risposte "Mi piace molto" o "Mi piace abbastanza".

Grafico 3.0. Frequenza di coloro a cui la scuola piace “Molto” o “Abbastanza”, per età e genere (%)



Al crescere dell'età, il rapporto dei ragazzi con la scuola tende a peggiorare. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età.

Anche l'eventuale stress causato dalla scuola è stato indagato chiedendo ai ragazzi di esprimere il loro giudizio tramite una scala a 4 punti da “Per niente stressato” a “Molto stressato”.

In Tabella 3.16 e 3.17 si possono osservare le risposte dei ragazzi della nostra regione, suddivise rispettivamente per età e per genere.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Per Niente	6,5	3,7	3,6
Un Pò	43,6	35,0	28,0
Abbastanza	31,0	36,3	38,2
Molto	18,8	34,9	30,2

Tabella 3.16. “Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?”, per età (%)

	11 ANNI (%)		13 ANNI (%)		15 ANNI (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Per Niente	6,8	6,3	5,8	1,6	5,1	2,0
Un Pò	42,3	44,9	38,7	31,3	32,4	23,1
Abbastanza	30,3	31,7	35,3	37,4	39,8	36,4
Molto	20,5	17,1	20,2	29,6	22,7	38,4

***Tabella 3.17.** "Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?",
per età e genere (%)*

CONSIDERAZIONI

L'ambiente scolastico rappresenta un potenziale contesto positivo di crescita e di promozione del benessere.

Nonostante le strutture fisiche delle scuole siano state giudicate in buono stato dai Dirigenti scolastici, quasi la metà ne denuncia la necessità di restauro.

Mentre la promozione dell'attività motoria e delle azioni intraprese per favorire la prevenzione di violenza e bullismo viene eseguita regolarmente dalla maggior parte degli istituti, scarseggiano le attività scolastiche dedicate alla nutrizione e all'alimentazione. In misura minore, anche le attività sull'uso e abuso di sostanze non ricevono la giusta attenzione, quando invece l'argomento risulta particolarmente indicato e rilevante per la popolazione in età adolescenziale, a causa del rischio di coinvolgimento che i ragazzi corrono proprio in questa fase della vita.

Rispetto alla partecipazione degli allievi all'organizzazione della scuola, è significativo come il loro coinvolgimento si attesti su un livello medio-basso. Solo poco più della metà degli studenti (52,6%) partecipa spesso allo sviluppo di politiche e regole scolastiche, mentre si abbassa ulteriormente la percentuale per quanto riguarda lo sviluppo di misure di promozione della salute (42%) e la pianificazione di eventi scolastici (38,5%).

Il problema maggiormente sentito a livello di area di locazione della scuola è certamente la presenza di traffico. Gli istituti scolastici quasi sempre sono situati in centri cittadini e in luoghi facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici, per poter essere alla portata del maggior numero di studenti possibile. Altre problematiche moderatamente sentite sono, inoltre, la presenza di spaccio/consumo di droghe, la presenza di criminalità e la presenza di tensioni etniche o religiose, aspetti probabilmente interconnessi tra loro. In linea con quanto appena affermato, i quartieri in cui le scuole sono situate vengono giudicati adeguati dalla maggior parte dei ragazzi per la fruizione dei trasporti pubblici e per la pratica di attività sportive, mentre sono ritenuti poco adeguati come luogo di incontro per i giovani. I Dirigenti scolastici si dividono in percentuali piuttosto simili tra coloro che ritengono ci siano poche iniziative culturali e punti di ritrovo nei dintorni della scuola e coloro che invece ritengono che questi elementi siano presenti. Decisamente maggiore è invece la percentuale dei Dirigenti d'accordo sul fatto che

esistano molte associazioni operanti nel sociale. Rendere le scuole e i territori in cui si trovano luoghi sicuri e piacevoli ed evitare il degrado ambientale nel contesto scolastico è fondamentale per garantire il benessere e la sicurezza degli allievi.

La qualità delle relazioni tra alunni e insegnanti e tra compagni di classe influisce enormemente sul clima scolastico. Con l'aumento dell'età cala progressivamente la fiducia che i ragazzi ripongono nei loro docenti e il senso di accettazione da parte dei professori stessi. Probabilmente è anche per questo che, crescendo, aumentano i ragazzi a cui la scuola piace poco o per niente. Diminuisce anche, seppur in modo nettamente minore, la percentuale di ragazzi che afferma di avere compagni di classe disponibili. In particolare, le ragazze denotano un graduale calo nel senso di accettazione provato rispetto ai coetanei. Complessivamente, comunque, le relazioni tra pari all'interno della scuola appaiono soprattutto positive, caratteristica denotata anche dalla diminuzione degli atti di bullismo e cyberbullismo, sia subiti che eseguiti, con l'aumento dell'età dei ragazzi. Questi fenomeni sono inoltre diminuiti con gli anni, raggiungendo nel 2018 percentuali molto inferiori rispetto a quelle registrate nel 2002. Tuttavia i valori più bassi riscontrati finora sono quelli registrati nel 2010, anno dopo il quale si è assistito ad una lieve crescita. E' quindi necessario continuare ed implementare le attività inerenti questo tema per accrescere la sensibilizzazione dei ragazzi al riguardo e prevenire il bullismo.

L'emergenza COVID ha sconvolto completamente il mondo scolastico, portando alla chiusura degli istituti e alla prosecuzione delle attività online e a distanza. A causa di ciò, il futuro scuola si prospetta molto incerto dal punto di vista delle modalità di fruizione delle lezioni da parte degli alunni e della riapertura delle strutture, dovendo adattarsi all'evolversi della situazione della pandemia ed ai conseguenti provvedimenti legislativi. Questo comporta il venire a mancare del tutto o in parte di quello che rappresenta probabilmente il principale contesto di azione delle attività di educazione e promozione della salute rivolte ai ragazzi. E' necessario, quindi, reinventare i vari programmi di salute sulla base delle condizioni scolastiche attuali e definire nuove modalità di erogazione degli stessi, proseguendo con quelli già esistenti per l'importanza e l'attualità costante delle tematiche trattate ed eventualmente dando spazio anche alle problematiche emerse durante il periodo di emergenza e quarantena.

A livello regionale si sta cercando di pensare ad una possibile riprogrammazione a supporto degli insegnanti per il prossimo anno scolastico ancora incerto, con tavoli di lavoro tra referenti aziendali dei programmi scolastici, referenti dell'ufficio scolastico regionale e degli uffici scolastici territoriali, in un lavoro di coordinamento e sinergia, cercando di comprendere gli effettivi bisogni di studenti e insegnanti.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). *The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers*. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ²Crosnoe R., Needham B. (2004). *Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development*. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. *Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model*. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. *Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School*. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵Hamre BK, Pianta RC. *Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade*. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- ⁶ Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. *The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment*. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.
- ⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. *The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success*. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸Hamre BK, Pianta RC. *Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade*. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. *Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study*. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. *Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school*. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. *Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use*. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹²Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, Dalmaso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. *Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school*. *J Public Health*, 2015;37:573-80.
- ¹³Zettergren P. *School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children*. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. *Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture*. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. *A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement*. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶ UNESCO. (2019). *Behind the numbers: Ending school violence and bullying*. Paris.
- ¹⁷Dalla 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)
- ¹⁸Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt

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). Per raggiungere questo ambizioso obiettivo è necessario prendere atto del fatto che i principali determinanti dell'inattività fisica sono associati a cambiamenti sociali e ambientali, come la tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione, che stanno trasformando il modo in cui le persone vivono, lavorano, viaggiano e si divertono, incrementando i livelli di sedentarietà³.

Le attività sedentarie, al pari dell'inattività fisica, sono riconosciute come un fattore di rischio per la salute con conseguenze gravi per il benessere in ogni momento del ciclo di vita. Il tempo trascorso in attività sedentarie, come ad esempio lo stare seduti, è associato ad un maggior rischio di morbilità e mortalità^{4,5}. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che la sedentarietà sottrae tempo all'attività fisica. Alcuni studi hanno, infatti, dimostrato una riduzione del rischio di mortalità quando si sostituisce il tempo impiegato in attività sedentarie con una sessione di attività fisica di pari durata⁶.

Lo stare seduti *“sitting time”* viene considerato un marker del profilo *“sedentario”* e comprende tutta una serie di attività, quali guardare la TV, stare al computer, stare seduti a leggere o a lavorare, ecc⁷.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica⁸ 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 vigorosa⁹.

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^{10,11}.

Attualmente, il primo Piano d'azione globale per promuovere l'attività fisica - *More active people for a healthier world* – dell'OMS risponde alla richiesta dei governi di avere linee guida aggiornate sulle politiche efficaci per aumentare l'attività fisica in tutta la popolazione e, specialmente, nei gruppi più a rischio come le donne adulte e gli adolescenti¹².

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

L'ATTIVITA' FISICA

Secondo l'OMS, per i giovani (5-17 anni) i livelli raccomandati di attività fisica includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa¹¹.

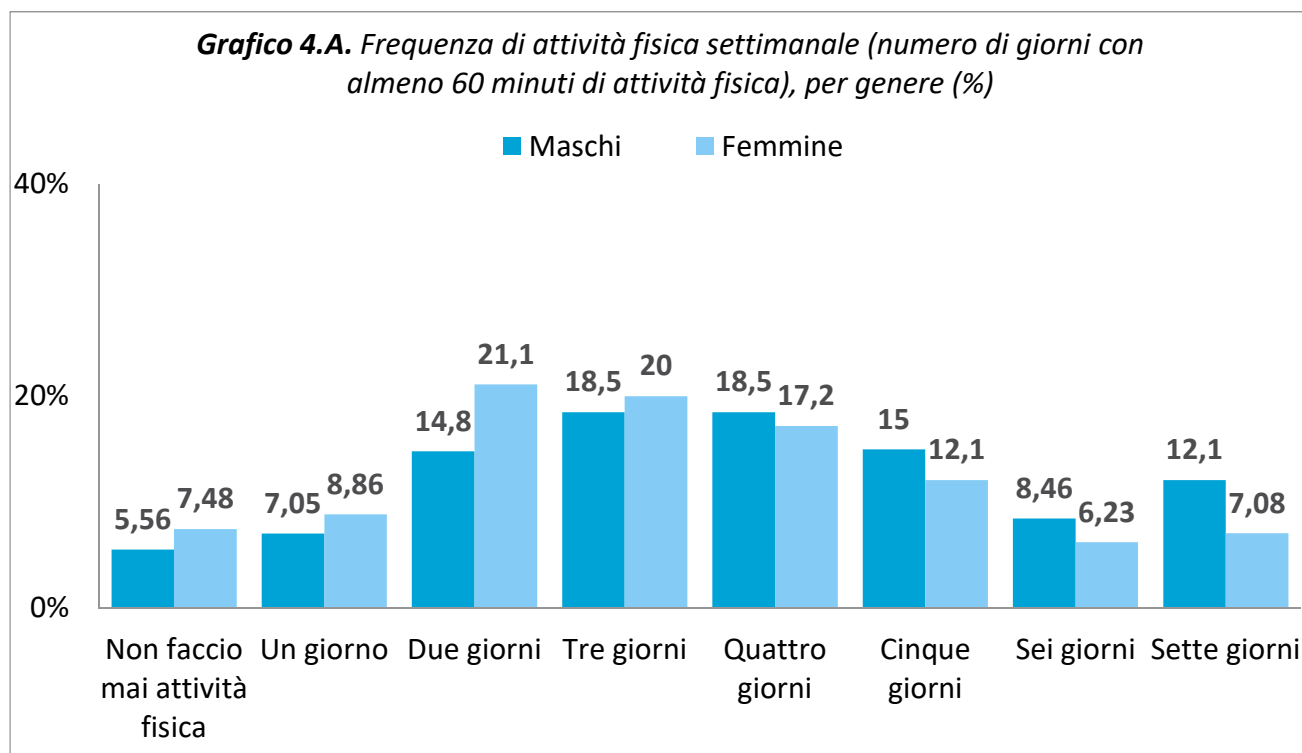
La partecipazione ad attività motorie, ricreative e sportive, al contrario di televisione e computer, rappresenta, tra i comportamenti messi in atto dai ragazzi, una tra le risorse più importanti per migliorarsi, superare i propri limiti, divertirsi, costruire nuove amicizie e crescere in salute^{12,13}. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l'autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire un'ampia serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura¹⁴. E' infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare si manifestino non solo nello sviluppo fisico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia^{17,18}.

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 4.1 e in Grafico 4.A si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Non Faccio Mai Attività Fisica	5,1	5,2	10,0
Un Giorno	4,9	7,5	12,7
Due Giorni	19,1	17,2	17,4
Tre Giorni	17,7	20,5	19,2
Quattro Giorni	18,3	19,4	15,3
Cinque Giorni	15,2	13,3	11,7
Sei Giorni	7,7	8,3	5,6
Sette Giorni	12,0	8,6	7,9

Tabella 4.1. *“Nell’ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?”, per età (%)*

Osservando la Tabella 4.1, si nota che il 5,1% dei ragazzi di 11 anni, il 5,2% dei ragazzi di 13 anni ed il 10% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte dei ragazzi, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai cinque giorni a settimana. Solo il 17% svolge attività fisica 6 o più giorni la 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. In Tabella 4.2 si riporta in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Ogni Giorno	14,8	8,7	7,2
Da 4 A 6 Volte A Settimana	21,1	23,5	19,5
2-3 Volte A Settimana	38,5	38,6	35,7
Una Volta A Settimana	13,0	13,8	14,5
Una Volta Al Mese	3,5	4,7	6,9
Meno Di Una Volta Al Mese	3,0	4,2	6,7
Mai	6,1	6,4	9,5

Tabella 4.2. Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico, per età (%)

Osservando la Tabella 4.2, si nota che il 6% dei ragazzi di 11 anni e dei ragazzi di 13 anni non svolge mai attività fisica ed il 9,5% dei ragazzi di 15 anni, mentre la maggior parte del campione, il 59,3%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico intenso in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le sei volte alla settimana. Il 10,5% del campione, invece, dichiara di svolgerlo ogni giorno della settimana.

COMPORAMENTI 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^{19,20}. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nei ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze^{21,22,23}.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente "screen time") e l'obesità²⁴. Alcuni studi hanno, inoltre, rilevato un'associazione tra il comportamento sedentario e i livelli di pressione arteriosa e il colesterolo totale, ma anche con l'autostima, i problemi di comportamento sociale, l'idoneità fisica e il rendimento scolastico²⁴.

Gli stili di vita sedentari permeano tutti i settori della vita, inclusi il lavoro, la scuola, i trasporti, il tempo libero/svago e le attività spirituali/contemplative. L'elevata prevalenza della

sedentarietà e dei suoi esiti avversi ha di fatto aggiunto un paradigma completamente nuovo al campo dell'attività fisica, incentrato sulla sua comprensione e riduzione^{25,26}.

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. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e week-end.

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 media²⁶. 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 Internet²⁸.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media^{29,30}. 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 4.3 e 4.4 viene descritta la frequenza d'uso della televisione/DVD/altre forme di intrattenimento su schermo da parte dei ragazzi durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	7,0	3,2	4,0
Circa Mezz'ora	20,3	13,1	13,4
Circa Un'ora	29,2	26,7	24,1
Circa 2 Ore	23,4	27,0	26,9
Circa 3 Ore	11,5	16,4	18,9
Circa 4 Ore	5,2	8,0	8,5
Circa 5 Ore O Più	3,4	5,6	4,1

Tabella 4.3. *“Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la tv, dei video, dei dvd e altre forme di intrattenimento su schermo?” nei giorni di scuola, per età (%)*

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	6,4	3,9	5,6
Circa Mezz'ora	16,7	9,6	11,1
Circa Un'ora	24,8	19,6	21,4
Circa 2 Ore	24,3	26,4	24,2
Circa 3 Ore	13,7	18,2	17,9
Circa 4 Ore	8,0	12,1	10,0
Circa 5 Ore O Più	6,0	9,9	9,7

Tabella 4.4. *“Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la tv, dei video, dei dvd e altre forme di intrattenimento su schermo?” nel fine settimana, per età (%)*

In generale, si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 80% degli undicenni il 70% dei tredicenni ed il 68,5% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Durante il fine settimana si osserva un aumento del tempo passato davanti allo schermo per tutte le fasce di età.

Nelle Tabelle 4.5 e 4.6 viene descritta la frequenza d'uso del computer/console/tablet/smartphone e altri device da parte dei ragazzi durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	21,4	18,5	23,9
Circa Mezz'ora	28,5	21,0	20,5
Circa Un'ora	24,5	25,9	19,5
Circa 2 Ore	13,4	17,6	17,3
Circa 3 Ore	6,6	9,0	9,8
Circa 4 Ore	2,9	4,2	5,0
Circa 5 Ore O Più	2,64	3,7	3,9

Tabella 4.5. “Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno passi a giocare al computer, alla console, sui tablet, sullo smartphone o altri device?” nei giorni di scuola, per età (%)

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	18,7	19	27,6
Circa Mezz'ora	25,5	18,3	18,8
Circa Un'ora	22,6	20,3	17,8
Circa 2 Ore	16,7	18,3	14,3
Circa 3 Ore	7,4	12,3	9,6
Circa 4 Ore	4,6	5,9	5,4
Circa 5 Ore O Più	2,5	5,8	6,4

Tabella 4.6. “Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno passi a giocare al computer, alla console, sui tablet, sullo smartphone o altri device?” nel fine settimana, per età (%)

Il 53% dei giovani a 11 anni, il 47% a 13 anni ed il 40% dei più grandi dichiara di usare computer/console/tablet/smartphone e altri device da mezz'ora a un'ora al giorno durante i giorni di scuola. Di contro, durante il fine settimana, le prevalenze sono rispettivamente 48% a 11 anni, 38,6% a 13 anni e 36,6% a 15 anni. In generale la percentuale di adolescenti che dichiara di usare questi device per tre o più ore al giorno aumenta durante il fine settimana.

In Grafico 4.B e 4.C si riportano le differenze di genere, limitatamente all'uso durante i giorni di scuola e nel fine settimana, di computer/console/tablet/smartphone e altri device.

Grafico 4.B. Frequenza del tempo dedicato durante la settimana all'utilizzo di computer/console/tablet, per genere (%)

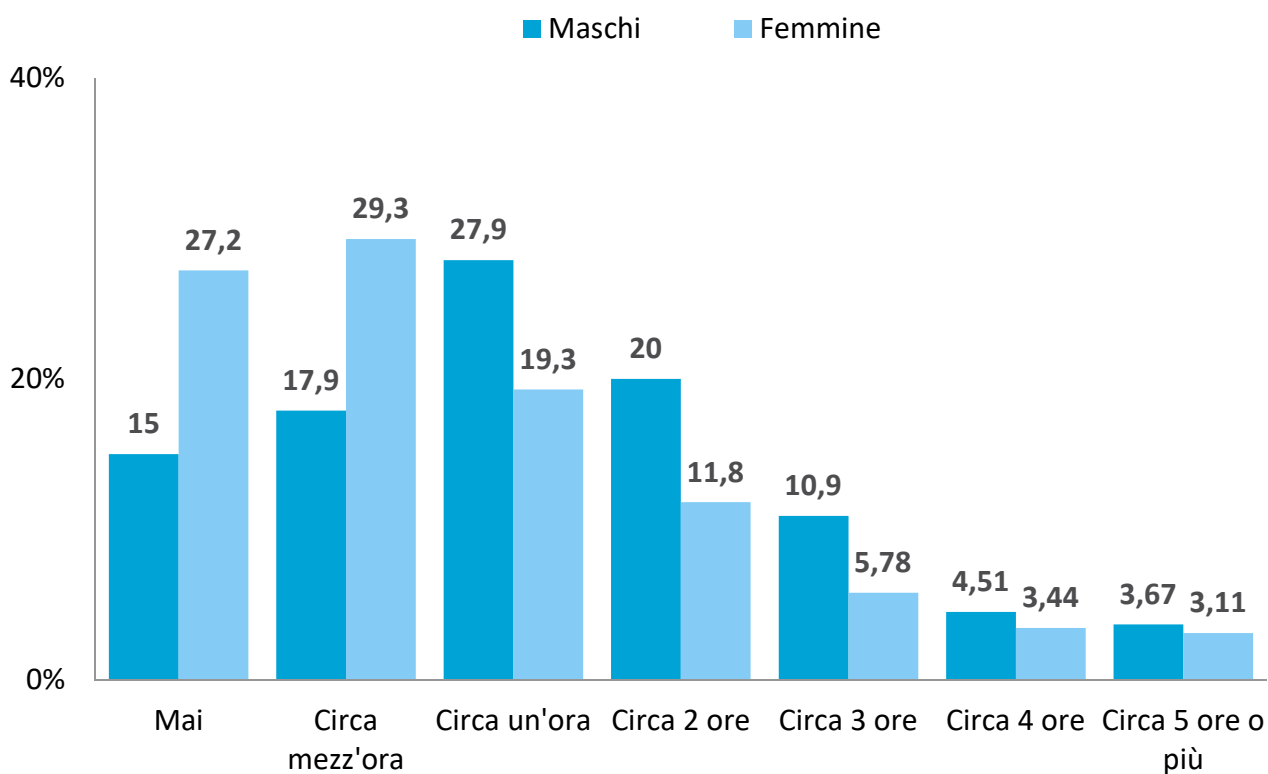
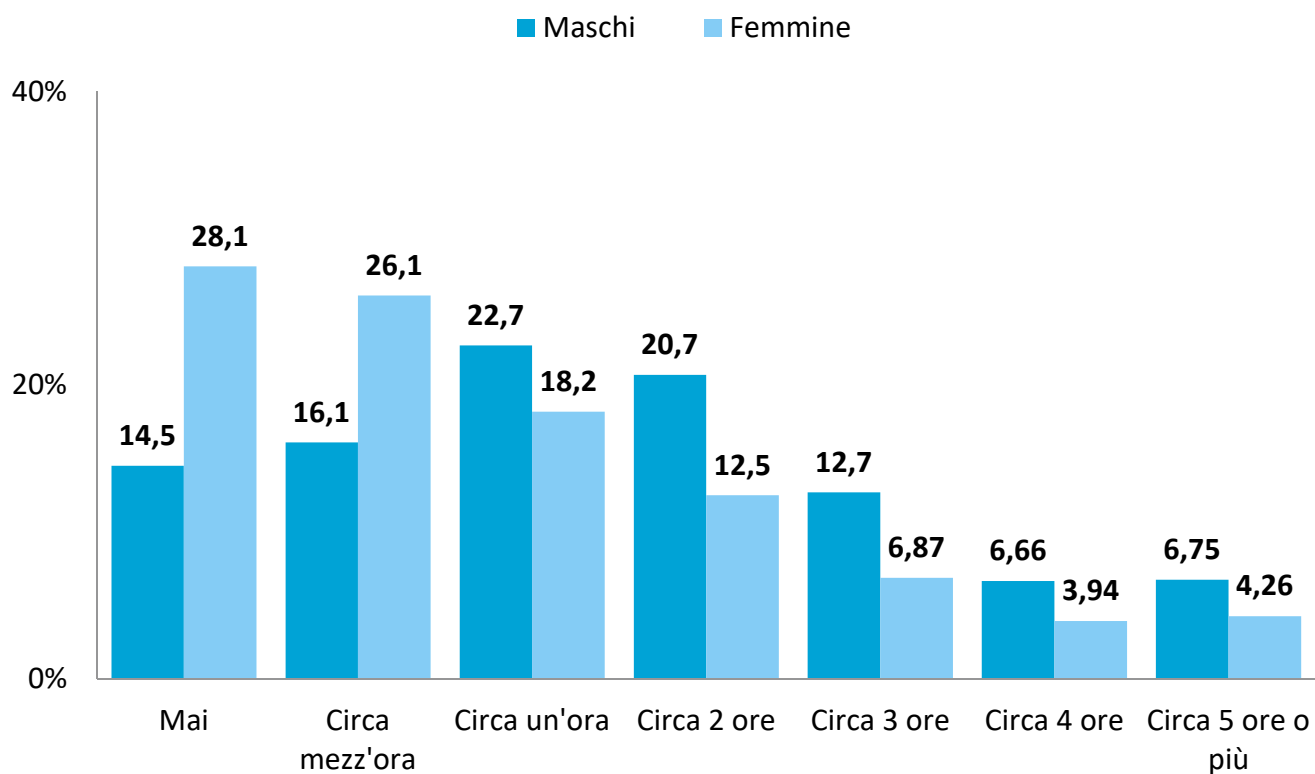


Grafico 4.C. Frequenza del tempo dedicato durante il fine settimana all'utilizzo di computer/console/tablet, per genere (%)



Per quel che riguarda le differenze di genere si osserva una spiccata preferenza dei ragazzi, rispetto alle coetanee, per l'utilizzo dei device elettronici. Sono infatti solo circa il 15% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro il 27-28% delle ragazze.

VARIAZIONI TEMPORALI: ATTIVITÀ FISICA PER 60 MINUTI AL GIORNO PER ALMENO 5 GIORNI A SETTIMANA

E' stato chiesto ai ragazzi di indicare il tempo da loro dedicato all'attività fisica. In tutte le fasce d'età meno del 40% dei ragazzi praticano attività fisica per 5 giorni alla settimana per 60 minuti al giorno. I quindicenni risultano essere quelli con la percentuale minore al riguardo, forse per via del maggiore impegno scolastico richiesto loro. Inoltre quella dei quindicenni è l'unica fascia d'età in studio in cui questi valori sono sempre diminuiti progressivamente nel tempo, senza mai subire un'inversione di trend.

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	31,5%	36,7%	25,2%	37,7%	34,9%
13 ANNI	33,5%	34,5%	28,7%	29,5%	30,2%
15 ANNI	27,0%	28,5%	20,9%	23,8%	25,2%

Tabella 4.7. Ragazzi che affermano di praticare attività fisica per 60 minuti al giorno per almeno 5 giorni a settimana, evoluzione nel tempo.

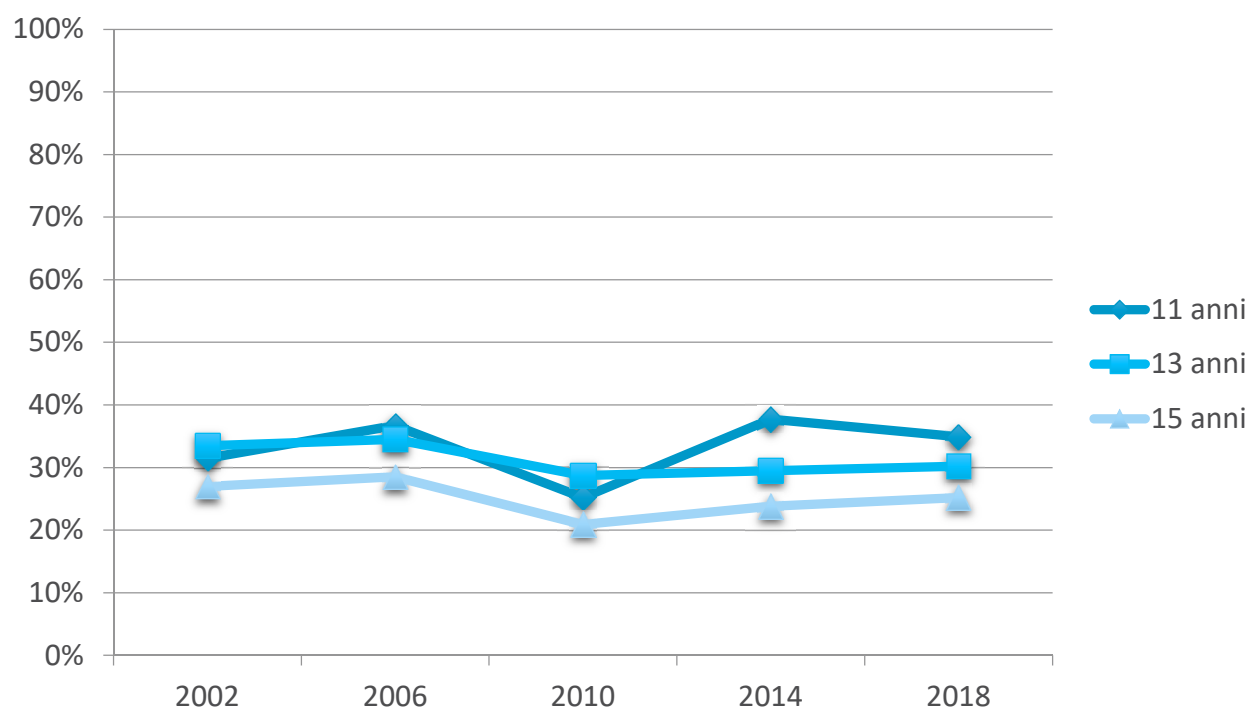


Grafico 3.N. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di praticare attività fisica per 60 minuti al giorno per 5 giorni a settimana.

CONSIDERAZIONI

La maggioranza dei ragazzi svolge attività fisica dai 2 ai 4 giorni a settimana. Le percentuali degli adolescenti che raggiungono il valore raccomandato di 7 giorni alla settimana sono basse, comprendendo solo il 10,5% di tutto il campione. I progetti per incentivare il movimento devono rivolgersi in particolare alle ragazze, che risultano essere più sedentarie dei coetanei maschi. La promozione e la diffusione della pratica dell'attività fisica come abitudine di vita nel quotidiano, in ogni fascia d'età ma in particolare nell'età evolutiva, ha da sempre caratteristiche complesse e richiede il superamento di molti ostacoli, sia di tipo logistico (mancanza di strutture e impianti idonei), che organizzativo e culturale (insufficienti spazi orari e carenza di insegnanti curricolari). Per quanto riguarda l'adozione di comportamenti sedentari, emerge che la maggioranza dei ragazzi non dedichi più di 2 ore al giorno alla televisione o ad altre forme di intrattenimento su schermo, tempo che registra un leggero aumento durante il weekend. Anche il tempo passato davanti a computer, tablet, console e altri device sembra seguire un trend analogo. La percentuale del campione che trascorre più di 2 ore giornaliere a intrattenersi con dispositivi tecnologici aumenta con l'età. E' interessante notare che, come per l'attività fisica, questi passatempi sembrano interessare di più la popolazione maschile. Il tempo dedicato alle attività sedentarie è consistente.

In una situazione di emergenza e di crisi come quella data dalla diffusione del coronavirus SARS-CoV-2, che ha impegnato i ragazzi, la scuola, il mondo sportivo e le famiglie ad affrontare faticosi cambiamenti ed a modificare radicalmente le proprie abitudini quotidiane, acquista ancora più valore l'esigenza di veicolare messaggi orientati a rafforzare l'importanza di stili di vita salutari, al fine di ottenere benefici non solo dal punto di vista fisico, ma anche psicologico e relazionale, ad oggi irrinunciabili. In un periodo ancora antecedente la pandemia, il 7 marzo 2019, il Ministero della Salute attraverso la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 8, con l'approvazione della conferenza Stato-Regioni, ha pubblicato le "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione". Il documento ha preso in esame in modo specifico e approfondito il ruolo del corpo e del suo movimento, come elemento di analisi di numerose patologie in atto, di possibili aggravamenti nel tempo e soprattutto di

come le difficoltà corporee possano avere un grave impatto su problemi di tipo psicologico, comportando negli anni futuri un enorme esborso economico per le malattie che si potranno sviluppare. Il testo esplora anche il ruolo che dovrebbe svolgere la scuola, proprio per la sua capillarità sul territorio nazionale e per la sua capacità di contatto con i giovani dai 3 ai 18 anni, che, potenzialmente, la renderebbero una grande risorsa in grado di contribuire alla prevenzione, qualora messa in condizioni di fare un fondamentale lavoro di recupero socioculturale.

La lunga permanenza in spazi piccoli, senza poter giocare con altri coetanei, vivendo una didattica on line con forti limitazioni anche in quelle pur circoscritte possibilità di movimento che a scuola vengono programmate proprio per cercare di alleviare la tensione dell'attenzione al lavoro didattico, ha certamente aggravato la situazione. A livello corporeo non si potrà che constatare un abbassamento di tutti i livelli di prestazione, dovuto all'assenza o carenza di esercizio, di azione, di relazione, e soprattutto al venir meno della disponibilità di grandi spazi sportivi indoor e outdoor. In queste situazioni di chiusura e di difficoltà è emerso con maggiore evidenza anche il rapporto problematico col cibo e l'interruzione di tutte le attività di promozione sportiva giovanile. Se c'è una cosa che si dovrebbe poter realizzare al ritorno a scuola, come primo passo, è proprio la proposta di almeno un'ora al giorno di attività motoria, di gioco, di movimento in palestra, nei cortili o se necessario nei corridoi. Recuperare il movimento del corpo vuol dire recuperare i bambini e riportarli al loro equilibrio psicofisico.

BIBLIOGRAFIA

- 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 Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile: https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf
- ⁴ 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
- ⁵ 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
- ⁶ Rees-Punia E, Evans EM, Schmidt MD, Gay JL, Matthews CE, Gapstur SM, Patel AV. Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities. *Am J Prev Med*. 2019;56(5):736-741.
- ⁷ Owen N. Sedentary behavior: Understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Preventive Medicine* 55 (2012) 535–539
- ⁸ 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
- ⁹ Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913
- ¹⁰ Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health*. Human Kinetics. 2007.
- ¹¹ 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
- ¹² More active people for a healthier world: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- ¹³ WHO (2010). *Global strategy on diet, physical activity and health*: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ 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
- ¹⁶ Eime RM, Young JA, Harvey JT, et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;15:10-98.
- ¹⁷ EU Working Group “Sport and Health” (2008). *EU Physical Activity Guidelines*: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- ¹⁸ Granger E, Di Nardo F, Harrison A, Patterson L, Holmes R, Verma A. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *Eur J Pub Health*. 2017;27:100–6
- ¹⁹ 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
- ²⁰ 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
- ²¹ 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.
- ²² 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.
- ²³ 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

- ²⁴ 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.
- ²⁵ Rollo S, Gaston A, Prapavessis H. Cognitive and motivational factors associated with sedentary behavior: a systematic review. *AIMS Public Health*. 2016. 10.3934/publichealth.2016.4.956.
- ²⁶ Katzmarzyk PT. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes*. 2010;59(11):2717-25.
- ²⁷<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>
- ²⁸ Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- ²⁹ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. *Media Use in School-Aged Children and Adolescents*. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)
- ³⁰ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. ABITUDINI

ALIMENTARI E STATO

NUTRIZIONALE

INTRODUZIONE

Le abitudini alimentari scorrette sono riconosciute tra i principali determinanti con implicazioni dirette sulla salute individuale^{1,2,3} e sono direttamente correlate alle alterazioni della dieta.

L'alimentazione ha, dunque, un forte impatto sulla salute nel corso di tutta la vita in quanto condiziona lo stato fisico corrente dell'individuo, ma anche la possibilità di sviluppare nel tempo patologie cronico degenerative come cancro, diabete, malattie cardiovascolari e obesità^{4,5,6,7}.

Mangiare sano può di fatto salvare la vita e per tale motivo occorre sin da piccoli instaurare e far conoscere corretti stili alimentari⁸. 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. Nei giovani, in particolare durante l'adolescenza, il processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute risulta fondamentale essendo questa un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di trasformazioni fisiche ed emotive.

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali fattori determinanti^{9,10,11}. I genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{12,13} e incoraggiando scelte alimentari salutari¹⁴. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente¹⁵.

L'OMS nel 2018 ha prodotto una fact sheet ad hoc che fornisce una serie di raccomandazioni per una dieta sana in tutte le fasce della popolazione e individua una serie di azioni che sinergicamente possono portare ad un miglioramento dell'offerta alimentare¹⁶. La dieta, infatti, si evolve nel tempo ed essendo influenzata da molti determinanti sociali ed economici, necessita di interventi multisettoriali ad esempio nell'ambito della governance, dell'agricoltura e dell'industria.

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 zuccherate¹⁷.

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi. HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura¹⁸, 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.^{19,20}. L'Indice di Massa Corporea (IMC) di bambini, adolescenti e adulti, pur rimanendo elevato, sembra aver subito in alcuni Paesi ad alto reddito un arresto della crescita (plateau). Al contrario, in alcune regioni asiatiche, è in continuo aumento²². Questa fase di plateau non deve, tuttavia, distogliere l'attenzione dal problema dell'obesità, soprattutto quella dei giovani, che rappresenta un fattore di rischio per una serie di morbosità in età adulta con ripercussioni notevoli anche sulla sfera psicologica dell'individuo.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitesi nell'infanzia e nell'adolescenza²³. Anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più urgenti in termini di prevenzione. Recenti studi suggeriscono, infatti, che il consumo di alimenti e bevande zuccherate è un chiaro fattore di rischio per la salute orale, in particolare la carie dentale e l'infiammazione gengivale sono risultate correlate ad una dieta ad alto contenuto di zuccheri, mentre l'erosione dentale e il trauma dentale sono stati più comunemente associati al consumo di bevande zuccherate²⁴.

FREQUENZA E REGOLARITA' 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 snack/"cibi spazzatura" (junk food) e può persistere come abitudine scorretta in età adulta^{25,26,27}.

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.

Nelle Tabelle 5.1 e 5.2 sono riportate rispettivamente le frequenze di consumo della colazione durante la settimana e il fine settimana.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	11,2	17,7	22,9
Un Giorno	6,3	4,8	5,9
Due Giorni	5,6	4,7	5,5
Tre Giorni	6,1	5,9	4,8
Quattro Giorni	5,0	5,0	4,1
Cinque Giorni	65,8	61,7	56,7

Tabella 5.1. *“Di solito quante volte fai colazione (in settimana)?”, per età (%)*

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano della colazione diminuisce al crescere dell'età. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono confrontabili sia tra le diverse categorie sia tra le varie classi di età. La quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione è piuttosto alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare e la loro percentuale aumenta con l'età, attestandosi al 23% dei ragazzi di 15 anni.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Non Faccio Mai Colazione Il Fine Settimana	6,7	8,1	9,9
Di Solito Faccio Colazione Uno Solo Tra I Giorni Del Fine Settimana (O Sabato O Domenica)	15,8	18,0	24,4
Di Solito Faccio Colazione Sia Il Sabato Che La Domenica	77,5	73,9	65,7

Tabella 5.2. *“Di solito quante volte fai colazione (nel fine settimana)?”, per età (%)*

Ben più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana, ma il consumo diminuisce al crescere dell’età. In generale la frequenza del consumo della colazione è maggiore nel fine settimana rispetto ai giorni infrasettimanali.

Nella Tabella 5.3 sono riportate le frequenze degli spuntini che i ragazzi consumano tra i pasti per le diverse classi di età.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
No	8,8	7,6	7,5
Solo Metà Mattina	10,7	11,1	14,2
Solo Nel Pomeriggio	31,5	28,0	24,8
Sia A Metà Mattina Che Nel Pomeriggio	49,1	53,3	53,5

Tabella 5.3. *“Di solito fai uno spuntino tra i pasti?”, per età (%)*.

Il 52% dei ragazzi ha l’abitudine di consumare uno spuntino sia la mattina che il pomeriggio, con frequenza maggiore tra i ragazzi di 13 e 15 anni. Circa il 40% dei ragazzi consuma la merenda una volta al giorno, mattina o pomeriggio.

Nel 2018 è stata introdotta una nuova domanda con la finalità di rilevare la frequenza del consumo dei pasti insieme in famiglia. Nella Tabella 5.4 sono riportate le frequenze riferite al

numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana per le diverse classi di età.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Ogni Giorno	51,7	47,8	45,6	48,6
La Maggior Parte Dei Giorni	36,4	41,5	41,3	39,6
Circa Una Volta Alla Settimana	8,2	7,0	9,2	8,1
Meno Di Una Volta Alla Settimana	2,0	2,1	1,8	2,0
Mai	1,5	1,5	2,2	1,7

Tabella 5.4. “Quante volte tu e la tua famiglia consumate pasti insieme?”, per età (%)

Il 51,7% degli undicenni, il 47,8% dei tredicenni e il 45,6% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”. Si osserva quindi un calo della frequenza con l’aumentare dell’età. Circa il 12% dei ragazzi riferisce di consumare i pasti con la propria famiglia una volta alla settimana o con una frequenza ancora inferiore.

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. Inoltre, diverse evidenze scientifiche suggeriscono che l’elevato consumo di fibre è associato a una riduzione del rischio di sviluppare patologie croniche invalidanti (diabete, cancro, dislipidemia, ecc.)²⁸.

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

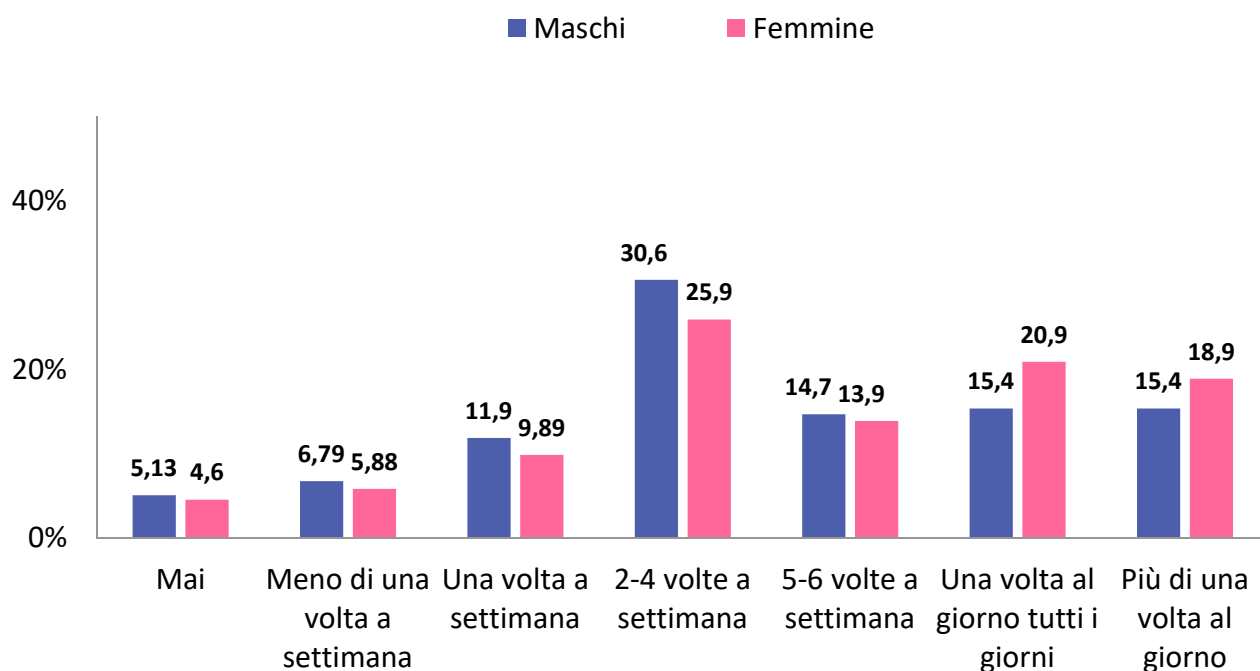
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	4,2	4,7	5,8
Meno Di Una Volta A Settimana	5,9	6,2	7,1
Una Volta A Settimana	11,5	10,2	11,0
Tra 2 E 4 Giorni A Settimana	27,0	29,3	28,7
Tra 5 E 6 Giorni A Settimana	14,4	14,5	13,9
Una Volta Al Giorno Tutti I Giorni	18,8	18,9	16,3
Più Di Una Volta Al Giorno	18,2	16,1	17,1

Tabella 5.5. *“Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)*

Circa 2 ragazzi su 10 consumano frutta solo una volta a settimana o anche meno. La maggior parte dei ragazzi la consuma tra 2 e 4 giorni a settimana. Il consumo giornaliero non è molto frequente e leggermente più basso tra i quindicenni.

Nel Grafico 5.A sono riportate le frequenze percentuali del consumo di frutta su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Grafico 5.A. Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)



Per quanto riguarda le differenze di genere nelle frequenze di consumo di frutta, le ragazze la consumano in misura lievemente maggiore.

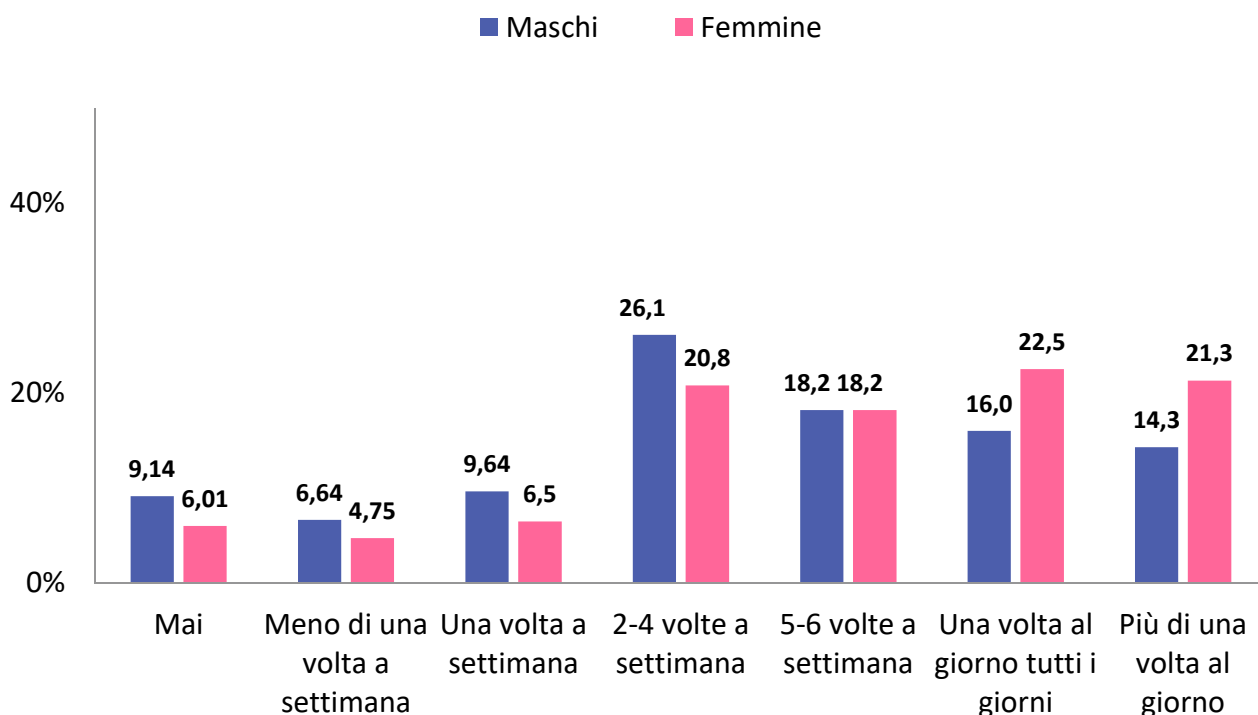
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Mai	8,7	6,9	7,0
Meno Di Una Volta A Settimana	6,1	6,4	4,2
Una Volta A Settimana	9,4	7,4	7,2
Tra 2 E 4 Giorni A Settimana	21,9	23,7	25,3
Tra 5 E 6 Giorni A Settimana	17,9	19,0	17,5
Una Volta Al Giorno Tutti I Giorni	19,3	19,2	19,0
Più Di Una Volta Al Giorno	16,6	17,3	19,9

Tabella 5.6. "Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?", per età (%)

Nel Grafico 5.B sono riportate le frequenze percentuali di consumo di verdura su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Complessivamente la maggior parte dei ragazzi consuma verdura 2- 4 giorni a settimana. Il consumo giornaliero interessa circa il 40% dei ragazzi, leggermente più alto nei quindicenni, e questo è dovuto in particolare alle abitudini delle ragazze.

Grafico 5.B. Frequenza del consumo di verdura, per genere (%)



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^{29,30}.

Nelle Tabelle 5.7 e 5.8 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di dolci, caramelle o cioccolato, cola o altre bibite con zucchero.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	3,9	2,7	4,1	3,5
Meno Di Una Volta A Settimana	12,5	8,9	8,0	9,9
Una Volta A Settimana	16,8	15,7	14,3	15,7
Tra 2 E 4 Giorni A Settimana	24,4	29,6	30,5	28,0
Tra 5 E 6 Giorni A Settimana	15,3	14,9	16,5	15,5
Una Volta Al Giorno Tutti I Giorni	14,4	15,8	15,9	15,3
Più Di Una Volta Al Giorno	12,7	12,4	10,7	12,0

Tabella 5.7. *“Di solito quante volte alla settimana mangi dolci, caramelle o cioccolato?”*,
per età (%)

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	12,4	12,8	11,5	12,3
Meno Di Una Volta A Settimana	24,3	20,0	20,6	21,7
Una Volta A Settimana	25,5	24,6	23,2	24,6
Tra 2 E 4 Giorni A Settimana	19,0	22,0	24,1	21,5
Tra 5 E 6 Giorni A Settimana	6,5	8,5	8,6	7,8
Una Volta Al Giorno Tutti I Giorni	5,3	5,2	5,2	5,2
Più Di Una Volta Al Giorno	7,1	6,8	6,8	6,9

Tabella 5.8. *“Di solito quante volte alla settimana bevi cola o altre bibite con zucchero?”*,
per età (%)

Complessivamente, il 28% dei ragazzi consuma dolci tra 2 e 4 giorni a settimana.

Circa il 12% dei ragazzi consuma frequenza quotidiana o anche più volte al giorno bevande zuccherate.

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

Nella Tabella 5.9 sono riportate per le diverse fasce di età le frequenze settimanali del consumo di legumi.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	21,2	17,6	12,9	17,6
Meno Di Una Volta A Settimana	18,4	18,9	17,7	18,4
Una Volta A Settimana	20,2	22,0	21,5	21,2
Tra 2 E 4 Giorni A Settimana	21,6	25,1	29,2	25,0
Tra 5 E 6 Giorni A Settimana	9,7	9,3	11,1	9,9
Una Volta Al Giorno Tutti I Giorni	5,4	4,2	5,4	4,9
Più Di Una Volta Al Giorno	3,4	2,8	2,3	2,9

Tabella 5.9. *“Di solito quante volte alla settimana mangi legumi?”, per età (%)*

Complessivamente, il 25% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana con frequenze che crescono all’aumentare della classe di età, mentre il 18,4% dichiara di non assumerli mai.

In Tabella 5.10 si riporta la frequenza di consumo quotidiana di alcuni alimenti.

	11 ANNI (%)		13 ANNI (%)		15 ANNI (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta	33,9	40,0	29,1	40,9	29,1	38,2
Verdura	31,1	40,8	27,9	45,1	32,1	46,2
Legumi	9,4	8,3	6,0	8,1	6,6	8,9
Dolci	26,8	27,5	27,1	29,2	29,7	23,2
Cola o Altre Bibite Zuccherate/Gassate	13,9	10,9	12,8	11,3	17,2	6,5
Snack Salati	14,6	18,5	14,4	20,8	14,7	12,8
Cereali (Come Corn Flakes, Muesli, Ecc.)	19,8	13,6	18,6	13,0	15,1	12,4
Cereali (Pane, Pasta, Riso)	46,9	45,6	53,8	52,1	64,4	49,3

Tabella 5.10. Frequenze di "Consumo almeno una volta al giorno tutti i giorni" con indicatori sintetici, per età e genere (%)

Per quanto riguarda le differenze di genere, come si evince dalla tabella il consumo quotidiano di frutta e verdura aumenta all'aumentare dell'età nelle femmine mentre si mantiene pressochè costante, e a valori inferiori, nei maschi.

Il consumo giornaliero di dolci risulta comparabile in entrambi i sessi, con una diminuzione del consumo da parte delle femmine di 15 anni.

Il consumo quotidiano di bevande zuccherate, invece, risulta simile in entrambi i sessi per le classi di età di 11 e 13 anni, mentre nei quindicenni diminuisce nelle femmine e aumenta nei maschi.

In generale, i maschi consumano quotidianamente più corn flakes e museli rispetto alle femmine, ma questa differenza va attenuandosi con l'età.

Il consumo giornaliero di pane, pasta e riso risulta simile nei due sessi ma si verifica una diminuzione del consumo di questi alimenti nelle ragazze di 15 anni.

Non si evidenziano invece importanti differenze di genere relative al consumo giornaliero di legumi, che si presenta generalmente piuttosto basso con frequenze inferiori al 10%, e con valori leggermente superiori nelle femmine rispetto ai maschi, ad eccezione della classe di età di 11 anni.

STATO NUTRIZIONALE

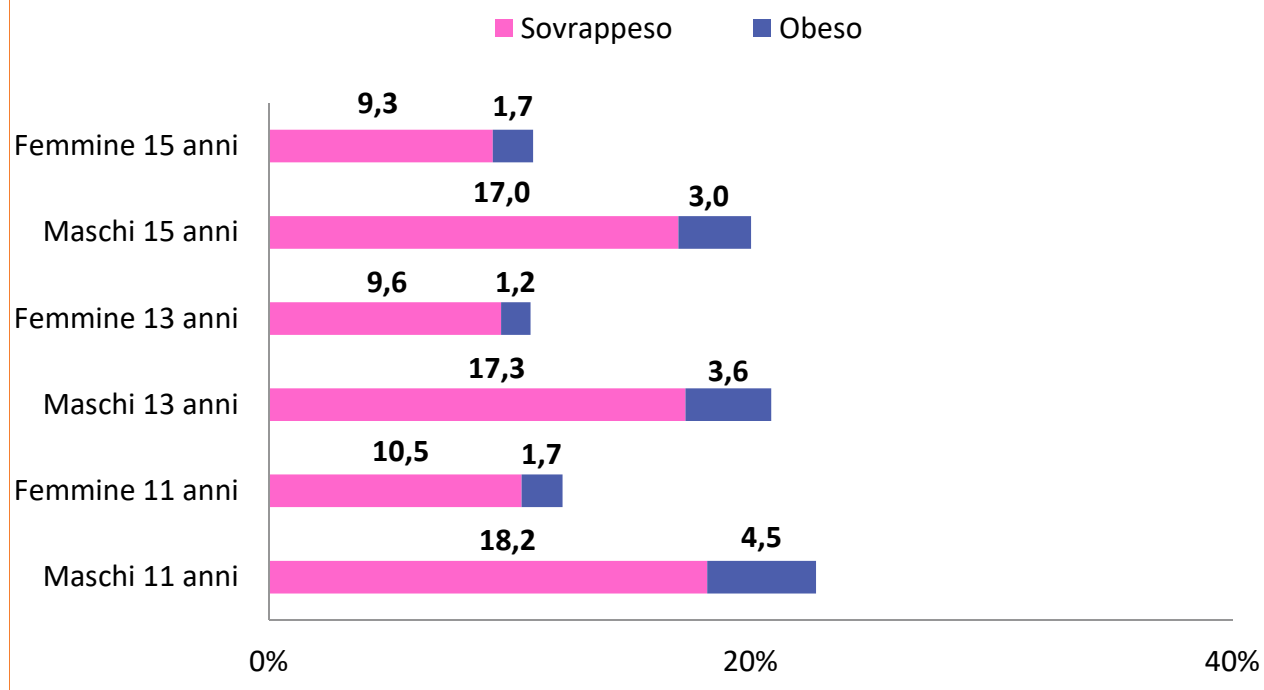
E' stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC=kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole ¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 5.11 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. Il Grafico 5.C, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Sottopeso	3,4	2,4	1,4	2,4
Normopeso	79,1	81,7	82,8	81,1
Sovrappeso	14,4	13,5	13,4	13,8
Obeso	3,1	2,4	2,4	2,6

Tabella 5.11. Valutazione del peso in base al IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età (%)

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 81.1%. I ragazzi sottopeso sono il 2.4%, i sovrappeso sono il 13.8% e gli obesi sono il 2.6%. La percentuale di soggetti in sottopeso, sovrappeso e obesità diminuisce con l'aumentare dell'età.

Grafico 5.C. Frequenza di sovrappeso e obesità per genere ed età (%)



Il grafico sottolinea come nelle varie classi di età la percentuale di soggetti in sovrappeso e obesi sia maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

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 oggettivi³¹. 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: (1) "Decisamente troppo magro", (2) "Un po' troppo magro", (3) "Più o meno della taglia giusta", (4) "Un po' troppo grasso", (5) "Decisamente troppo grasso". Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso³².

Nella Tabella 5.12 sono riportate le frequenze riferite alla percezione del proprio corpo per le classi di età 11, 13 e 15 anni.

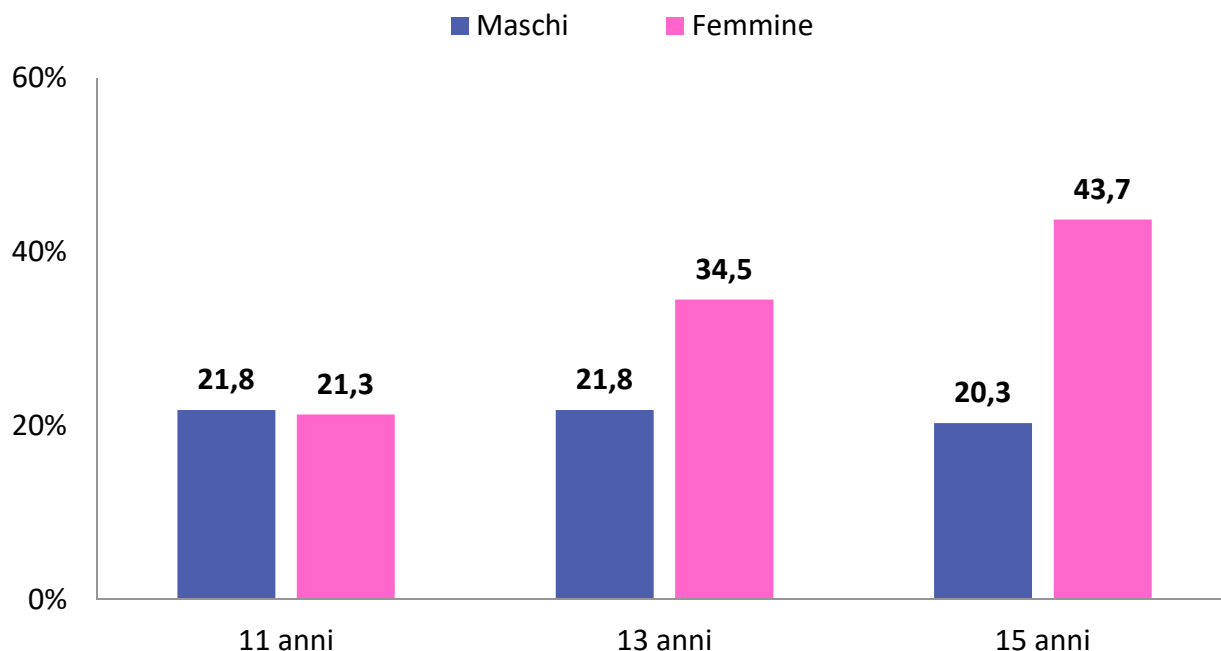
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Decisamente Troppo Magro	2,9	1,3	1,5	1,9
Un Po' Troppo Magro	10,4	11,1	10,7	10,7
Più O Meno Della Taglia Giusta	65,1	59,3	56,2	60,6
Un Po' Troppo Grasso	19,6	24,2	27,4	23,4
Decisamente Troppo Grasso	1,9	4,0	4,1	3,3

Tabella 5.12. *“Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)*

In generale il 60% dei ragazzi si percepisce *“Più o meno della taglia giusta”* mentre il 26.7% si percepisce *“Un po' troppo grasso”* o *“Decisamente troppo grasso”*. La percentuale di ragazzi che riferiscono di percepirsi *“Un po' troppo grasso”* aumenta all'aumentare dell'età.

Nel Grafico 5.D 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.

Grafico 5.D. Frequenza di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere (%)



Mentre all'aumentare dell'età la quota di maschi che si percepiscono "grassi o molto grassi", resta costante (ed in leggero calo per i quindicenni), la quota di femmine aumenta considerevolmente.

Nella Tabella 5.13 sono riportate le frequenze dei ragazzi che si percepiscono "Un po' troppo grasso" e "Decisamente troppo grasso" in relazione al proprio IMC (dichiarato), per classe di età.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
Sottopeso	0	6,9	10,5
Normopeso	13,3	20,3	23,2
Sovrappeso	57,3	63,6	67,6
Obeso	86,5	88,4	87,5

Tabella 5.13. Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per età (%)

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “*Un po’ troppo grasso*” e “*Decisamente troppo grasso*” risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una percentuale non trascurabile di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l’età arrivando al 23.2% dei quindicenni normopeso.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta. In Tabella 5.14 è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
No, Il Mio Peso È Quello Giusto	50,0	46,3	38,1	45,4
No, Ma Dovrei Perdere Qualche Chilo	22,4	25,3	29,8	25,5
No, Perché Dovrei Mettere Su Qualche Chilo	10,4	9,21	12,5	10,6
Sì	17,2	19,2	19,6	18,6

Tabella 5.14. “*In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?*”,
per età (%)

In generale, il 45.4% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 25.5% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 18.6% dei ragazzi è a dieta. La percentuale di ragazzi che dichiara di essere a dieta aumenta dagli 11 ai 13 anni e si mantiene pressochè costante nei quindicenni. Aumenta però, per tutte le classi di età, la quota di ragazzi che riferisce di non essere a dieta ma di dover perdere qualche chilo.

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 5.15 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Più Di Una Volta Al Giorno	69,7	73,7	72,3	71,9
Una Volta Al Giorno	25,0	23,0	23,8	24,0
Almeno Una Volta Alla Settimana Ma Non Tutti I Giorni	3,4	2,4	2,9	2,9
Meno Di Una Volta Alla Settimana	1,3	0,5	0,6	0,8
Mai	0,5	0,4	0,3	0,4

Tabella 5.15. "Quante volte al giorno ti lavi i denti?", per età (%)

In generale, la maggior parte dei ragazzi (71.9%) dichiara di lavarsi i denti più di una volta al giorno e il 24% dichiara di farlo una volta al giorno. La quota di giovani che non si dedica all'igiene orale con una frequenza almeno quotidiana risulta quindi essere inferiore al 5%.

CONSIDERAZIONI

L'abitudine di fare colazione tutti i giorni risulta radicata in più della metà dei ragazzi, ma le percentuali di coloro che non fanno colazione o la fanno per pochi giorni alla settimana restano significative, soprattutto con l'aumento dell'età. Circa la metà del campione fa due spuntini al giorno, tra un pasto e l'altro, mentre la restante metà ne fa solamente uno o non fa spuntini. Molti adolescenti affermano di consumare i pasti in compagnia della famiglia ogni giorno o la maggior parte dei giorni, tuttavia anche questa abitudine sembra diminuire in frequenza con l'età.

Riguardo alle abitudini alimentari, la maggior parte dei ragazzi consuma frutta e verdura dalle 2 alle 4 volte a settimana. Il consumo quotidiano di frutta e verdura aumenta con l'aumentare dell'età nelle femmine mentre resta più o meno costante e quantitativamente inferiore nei maschi. Il 28% del campione complessivo consuma dolci tra 2 e 4 giorni a settimana e il 12% assume bevande zuccherate quotidianamente, anche più volte al giorno. Il consumo giornaliero di dolci è comparabile in entrambi i sessi, ma si assiste ad una diminuzione del consumo da parte delle femmine di 15 anni, alla pari di pane, pasta e riso. Il consumo quotidiano di bevande zuccherate, invece, diminuisce nelle femmine quindicenni e aumenta nei loro coetanei maschi. In generale, è basso il consumo di legumi.

La percezione della propria immagine corporea rimane un problema molto sentito in adolescenza, soprattutto per quanto riguarda le ragazze. L'81,1% degli adolescenti risulta essere normopeso, nonostante ciò solo il 60% dei ragazzi si percepisce tale. All'aumentare dell'età sempre più ragazzi si percepiscono più grassi di quanto non siano, in particolar modo le femmine.

L'abitudine di lavarsi i denti risulta abbastanza radicata nei giovani.

Le istituzioni da sempre si adoperano per trasmettere alla popolazione messaggi sull'importanza di mantenersi attivi e seguire un'alimentazione sana ed equilibrata, a maggior ragione durante il periodo di quarantena resasi necessaria a causa dell'emergenza COVID-19. E' molto probabile che in questa situazione sia stato difficile per tante persone adeguare la propria dieta alla diminuzione del dispendio energetico, da un lato per la difficoltà di cambiare in modo così repentino le abitudini alimentari consolidate, dall'altro perchè per molte famiglie

la cucina ha rappresentato un passatempo alternativo ai normali svaghi fuori casa. Questo potrebbe aver comportato il consolidamento di abitudini alimentari scorrette, nonché di un aumento di peso nella popolazione generale, compresi gli adolescenti. E' molto importante che le attività dedicate alla promozione di una corretta alimentazione e nutrizione, parallelamente alla promozione dell'attività fisica e sportiva, siano mantenute ed incentivate, al fine di evitare l'aumento di fenomeni quali sovrappeso e sedentarietà, oggi già ampiamente presenti nei giovani e predittori di problemi futuri di salute. Programmi di promozione che si basano su un'attenta implementazione di alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy) a supporto di competenze sui comportamenti salutari saranno di fondamentale importanza per il prossimo futuro. Dare alle persone la capacità di mettere in atto scelte di salute diventa, quindi, compito imprescindibile per quanti operano sul territorio occupandosi di promozione della salute nel sostenere stili di vita sani per la tutela della salute fisica e mentale, attraverso il coinvolgimento della comunità e delle reti sociali esistenti sul territorio, come forte strumento di prevenzione per i Disturbi del Comportamento Alimentare. A questo proposito di fondamentale rilevanza sono tutte le politiche sociali e sanitarie che lavorano in integrazione e sinergia su tali tematiche, dove la promozione della salute e la prevenzione sono strettamente connesse.

Importante diventa anche la collaborazione con il mondo della scuola, perchè grande bacino d'utenza dove poter raggiungere il mondo adolescenziale per aumentare la consapevolezza su tali problematiche.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S J, Dick B, Ezeh AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012, 378(9826): 1630-1640
- ² Santrock, J.W. (2014). *Adolescence (15th Edition)*. New York, NY: McGraw-Hill Education
- ³ Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003–67
- ⁴ Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, Giacco D, Mulè A, de Rosa C, Fiorillo A, Maj M. The family in Italy: cultural changes and implications for treatment, *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(2):149-56
- ⁵ ISTAT (2018). *Popolazione e Famiglie Anno 2018*. Roma, ISTAT.
- ⁶ Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent–child communication. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287–305
- ⁷ Cooper, C., P. E. Bebbington, H. Meltzer, D. Bhugra, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell, and M. King. 2008. "Depression and Common Mental Disorders in Lone Parents: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey." *Psychological Medicine*, 38 (3): 335–342
- ⁸ Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Meltzer, H. (2003). Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med*, 33: 715–722
- ⁹ 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
- ¹⁰ Dashiff, C., W., Di Micco, B., Myers and K., Sheppard. 2009. "Poverty and Adolescent Mental Health." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22: 23–32
- ¹¹ Cavanagh, S. E., and A. C. Huston. 2008. "The Timing of Family Instability and Children's Social Development." *Journal of Marriage and Family*, 70 (5): 1258–1270
- ¹² Levin KA, Currie C. Family structure, mother–child communication, father–child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152–68
- ¹³ Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- ¹⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso 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.
- ¹⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ¹⁶ 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
- ¹⁷ Gallarin M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601–10
- ¹⁸ Demidenko N, Manion I, Lee CM. Father–daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1727–34.
- ¹⁹ Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- ²⁰ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Neppel, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence. *Psychological Science*, 24(3): 243-250
- ²¹ Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. The protective effects of parent–college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300–2.
- ²² Rostad WL, Silverman P, McDonald MK. Daddy's little girl goes to college: an investigation of females' perceived closeness with fathers and later risky behaviors. *J Am Coll Health*. 2014;62(4):213-20
- ²³ Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent–child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203–12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol*. 2014;17
- ²⁴ Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180

-
- ²⁵ Kerr M, Stattin H, Biesecker G, et al. Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. *Relationships With Parents and Peers in Adolescence, Handbook of psychology, Vol. 6, Developmental psychology, 2003 NJJohn Wiley & Sons*
- ²⁶ Hoskins D, (2014) , *Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes, Societies 2014, 4, 506–531*
- ²⁷ 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*
- ²⁸ Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. *Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey. Health Education Research. 1997;12(3):385–397*
- ²⁹ 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.*
- ³⁰ 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.*
- ³¹ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza, Il Mulino, Bologna*



6. COMPORTAMENTI DI DIPENDENZA

INTRODUZIONE

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute in preadolescenza e adolescenza: i comportamenti a rischio. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite, quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nell'ultima indagine, inoltre, sono stati inseriti, per i soli quindicenni, 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. Da questo punto di vista, la fascia d'età dei teenagers è considerata una finestra temporale particolarmente vulnerabile all'uso di sostanze a causa del fatto che il cervello si trova ancora in una fase di sviluppo e malleabilità (chiamata neuro plasticità) in cui alcune aree sono più mature di altre. La parte del cervello che processa il rinforzo ed il dolore, cruciali nell'assunzione di sostanze, matura prima della corteccia prefrontale responsabile del controllo delle emozioni e degli impulsi oltre che della presa di decisioni².

In linea generale bisogna considerare che non c'è un unico fattore responsabile dell'uso delle sostanze psicoattive, ma una serie di fattori che interagiscono fra di loro. Sono infatti vari i

fattori che possono influenzare l'assunzione di sostanze durante l'adolescenza inclusa la loro disponibilità nella comunità di residenza o nella scuola, o l'utilizzo da parte dei propri amici. Anche la famiglia sembra rivestire un ruolo importante: violenza, abuso, malattie psichiatriche e uso da parte dei genitori incrementano la probabilità di utilizzo da parte dei figli³⁻⁴. Infine, esistono delle vulnerabilità ereditarie che spesso si combinano con caratteristiche di personalità (es. impulsività o sensation seeking) o a condizioni come depressione, ansia e Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) che possono rendere più probabile l'uso di sostanze durante la fase adolescenziale⁵. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico non solo individuali.

In accordo con il *"Global burden of disease, injuries and risk factors study"- 2013⁶⁻⁷*, l'uso di alcol e tabacco e secondariamente l'uso di sostanze illegali sono i principali fattori di rischio per morti premature e morbidità, espressa in termini di anni di vita adattati alla disabilità (disability-adjusted life years, DALYs). 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 premature⁸. 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 dipendenza⁹, in linea

anche con quanto indicato a livello internazionale dalla Convenzione Quadro dell'OMS sul controllo del tabacco¹⁰, che stabilisce obiettivi e principi a cui i governi devono adeguarsi.

Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le conseguenze negative note legate al fumo, attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia 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 indipendenza¹¹⁻¹². A riguardo già da diversi anni, poiché è stata dimostrata l'inefficacia di interventi basati solo sulla trasmissione di informazioni, si stanno sviluppando programmi finalizzati a sviluppare e rafforzare le competenze dei giovani per fare fronte alle pressioni sociali¹³.

Nelle tabelle 6.1 e 6.2 viene descritta la quota di ragazzi che ha fumato almeno una sigaretta nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	95,8	82,3	54,7	79,7
1-2 Giorni	2,8	10,3	12,1	8,1
3-5 Giorni	0,6	1,8	4,6	2,1
6-9 Giorni	0,1	1,1	2,9	1,2
10-19 Giorni	0,1	1,3	3,8	1,5
20-29 Giorni	0,05	0,5	2,2	0,8
30 Giorni O Più	0,4	2,7	19,6	6,5

***Tabella 6.1.** Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una sigaretta al giorno, nella vita, per età (%)*

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	98,8	92,8	70,8	89
1-2 Giorni	0,6	3,7	7,1	3,5
3-5 Giorni	0,1	1,1	3,8	1,5
6-9 Giorni	0,1	0,5	3,2	1,1
10-19 Giorni	0,1	0,9	3,0	1,2
20-29 Giorni	0,0	0,2	3,3	1,0
30 Giorni O Più	0,1	0,7	8,8	2,7

Tabella 6.2. *Frequenza del fumo di sigaretta, almeno una sigaretta al giorno, negli ultimi 30 giorni, per età (%)*

Si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver mai fumato. La percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 95,8% degli undicenni all’82,3% dei tredicenni sino al 54,7% dei quindicenni.

In tabella 6.3 si può capire la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazzi che dichiarano di fumare ogni giorno negli ultimi 30 giorni.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
MASCHI	0,3	0,9	8,7
FEMMINE	0,0	0,5	8,9

Tabella 6.3. *Frequenza del fumo di sigaretta, ogni giorno negli ultimi 30 giorni, per genere ed età (%)*

Come si può notare dalla tabella, per le classi di età di 11 e 13 anni, la quota di maschi che ha dichiarato di fumare ogni giorno negli ultimi 30 giorni è maggiore rispetto alle femmine. Per i quindicenni, invece le percentuali non si discostano molto.

VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE HANNO DICHIARATO DI FUMARE QUOTIDIANAMENTE

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	0,5%	0,3%	0,6%	0,4%	0,1%
13 ANNI	3,4%	2,4%	2,6%	2,2%	0,7%
15 ANNI	21,4%	18,3%	16,0%	13,0%	8,6%

Tabella 6.4. Ragazzi che affermano di fumare quotidianamente, evoluzione nel tempo.

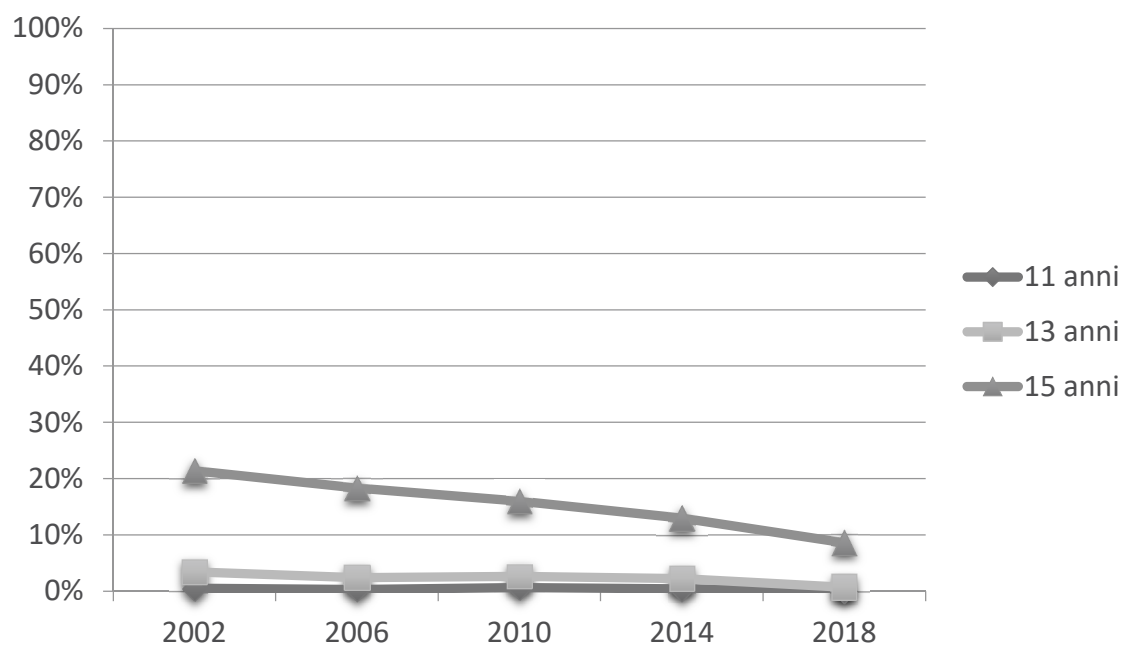


Grafico 6.A. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di fumare quotidianamente.

Nelle classi di età di 11 e 13 anni la percentuale di fumatori abituali si mantiene esigua. Si osserva un calo importante dei fumatori abituali (chi ha dichiarato di fumare almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni) nella classe di età dei 15 anni. In 16 anni la percentuale di fumatori abituali nei quindicenni è diminuita di 12 punti percentuali, con una variazione relativa del 60%.

ALCOL

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici¹⁴ ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni¹⁵, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta¹⁶. 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 adulta¹⁷.

Una considerazione da fare è che, poiché l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni e in Italia vige il divieto (Legge 8.11.2012 n.189) di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, il consumo anche di una sola bevanda alcolica da parte di ragazzi minorenni rappresenta un comportamento a rischio nel consumo di alcol. Sebbene l'uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti Paesi, 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 limitarli¹⁸.

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 6.5 e 6.6 viene descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	86,1	63,1	26,9	61,6
1-2 Giorni	9,6	18,0	17,5	14,8
3-5 Giorni	1,5	7,12	11,9	6,4
6-9 Giorni	0,8	3,8	9,9	4,4
10-19 Giorni	0,9	2,6	11,4	4,4
20-29 Giorni	0,1	1,3	6,2	2,2
30 Giorni O Più	0,9	3,9	16,1	6,2

Tabella 6.5. Frequenza del consumo di alcol nella vita, per età (%)

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Mai	94,5	80,9	45,8	76,2
1-2 Giorni	3,6	13	27,5	13,5
3-5 Giorni	1,2	3,5	13,1	5,3
6-9 Giorni	0,2	1,3	6,7	2,4
10-19 Giorni	0,2	0,6	3,1	1,1
20-29 Giorni	0,0	0,3	1,6	0,5
30 Giorni O Più	0,1	0,3	2,2	0,7

Tabella 6.6. Frequenza del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni, per età (%)

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 dall'86,1% degli undicenni al 63,1% dei tredicenni sino al 26,9% dei quindicenni.

La Tabella 6.7 mostra il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche.

	OGNI GIORNO	OGNI SETTIMANA	OGNI MESE	RARAMENTE	MAI
Birra	1,7	6,0	5,4	21,6	65,2
Vino	1,9	3,4	4,2	21,3	69,2
Superalcolici	1,3	2,2	5,2	14,2	77,0
Alcolpops	1,8	2,9	4,0	14,8	76,4
Spritz	1,8	5,8	6,4	17,6	68,3
Altra Bevanda Alcolica	1,7	3,8	5,7	16,6	72,2

Tabella 6.7. Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriacatura. In Tabella 6.8 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

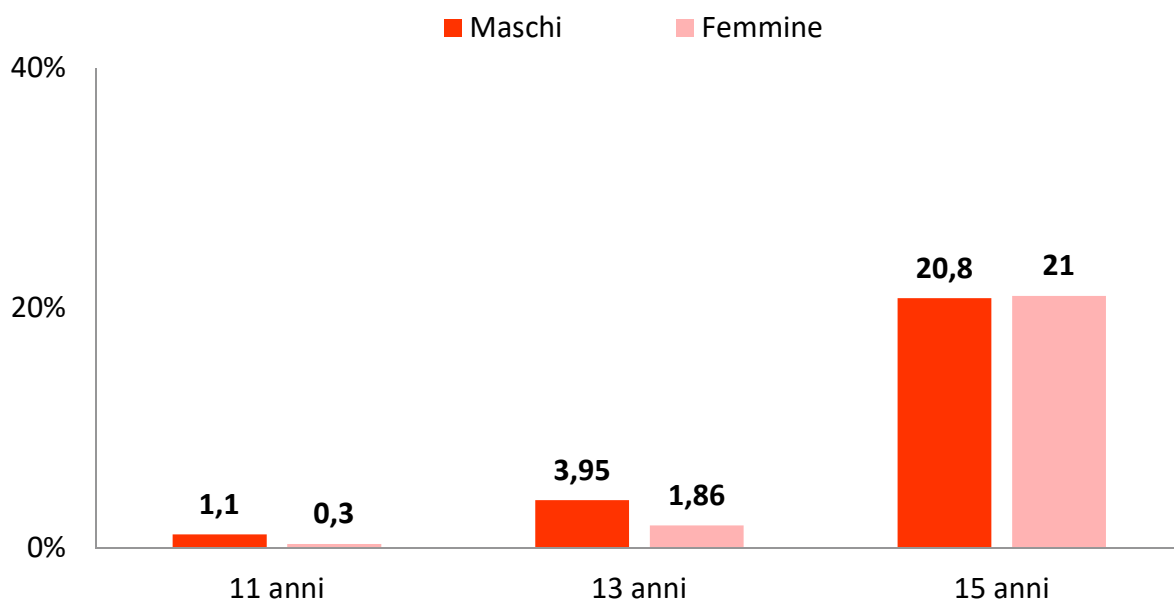
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)
No, Mai	96,9	92,5	65,8
Si, Una Volta	2,4	4,58	13,3
Si, 2-3 Volte	0,5	2	12,6
Si, 4-10 Volte	0	0,39	4,9
Più Di 10 Volte	0,2	0,49	3,3

Tabella 6.8. Frequenza di ubriacatura, per età (%)

Il fenomeno dell'ubriacatura aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età: a 15 anni più di un terzo dei ragazzi dichiara di essere già stato "davvero ubriaco" almeno una volta nella vita.

Nel Grafico 6.B è possibile osservare le differenze di genere ed età nella frequenza di ubriacatura, in particolare in coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 volte o più.

Grafico 6.B. Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere (%)

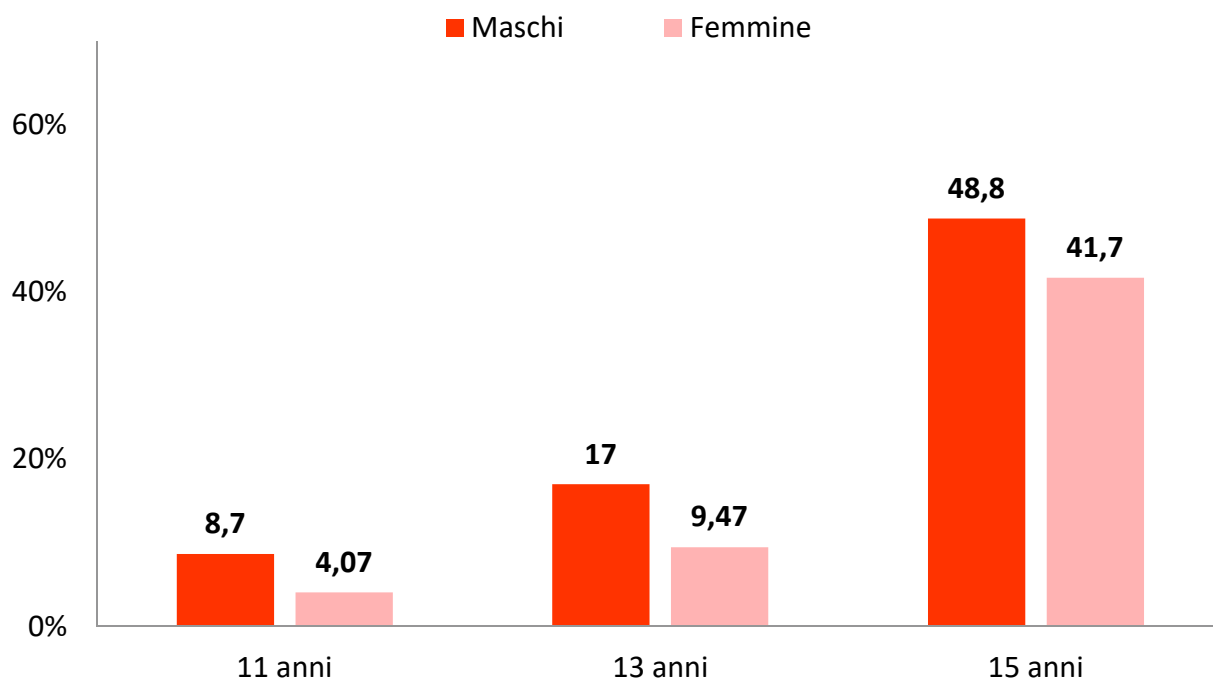


Come si può vedere non si evidenziano particolari differenze di genere. La quota di coloro che dichiarano di essersi ubriacati due volte o più aumenta sensibilmente nei quindicenni.

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 giovani¹⁹⁻²⁰. A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie comunitarie come la Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (2014-2016)²¹ 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 tema²².

Nel Grafico 6.C è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di binge drinking.

Grafico6.C. Frequenza di coloro che dichiarano di aver consumato almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi, per età e genere (%)



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

VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE HANNO DICHIARATO DI ESSERSI UBRIACATI ALMENO DUE VOLTE NELLA VITA

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	1,2%	1,7%	1,9%	0,4%	0,7%
13 ANNI	5,8%	4,6%	4,1%	3,2%	2,9%
15 ANNI	24,4%	24,8%	20,4%	21,4%	20,9%

Tabella 6.9. Ragazzi che affermano di essersi ubriacati almeno due volte nella vita, evoluzione nel tempo.

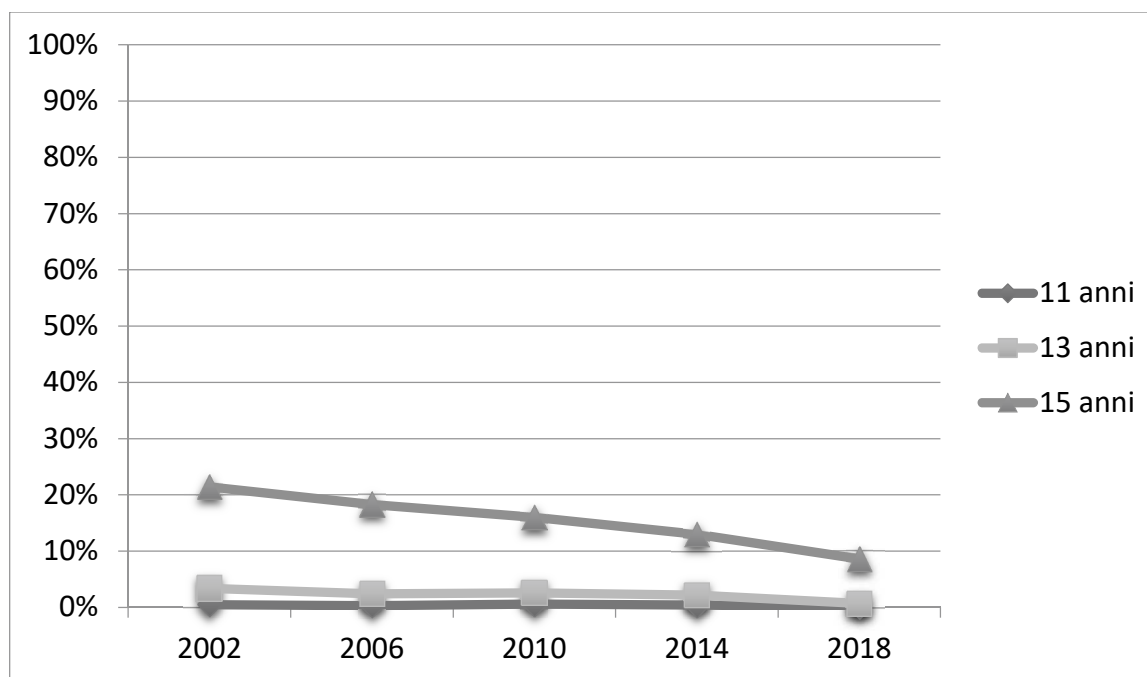


Grafico 6.D. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di essersi ubriacati almeno due volte nella vita.

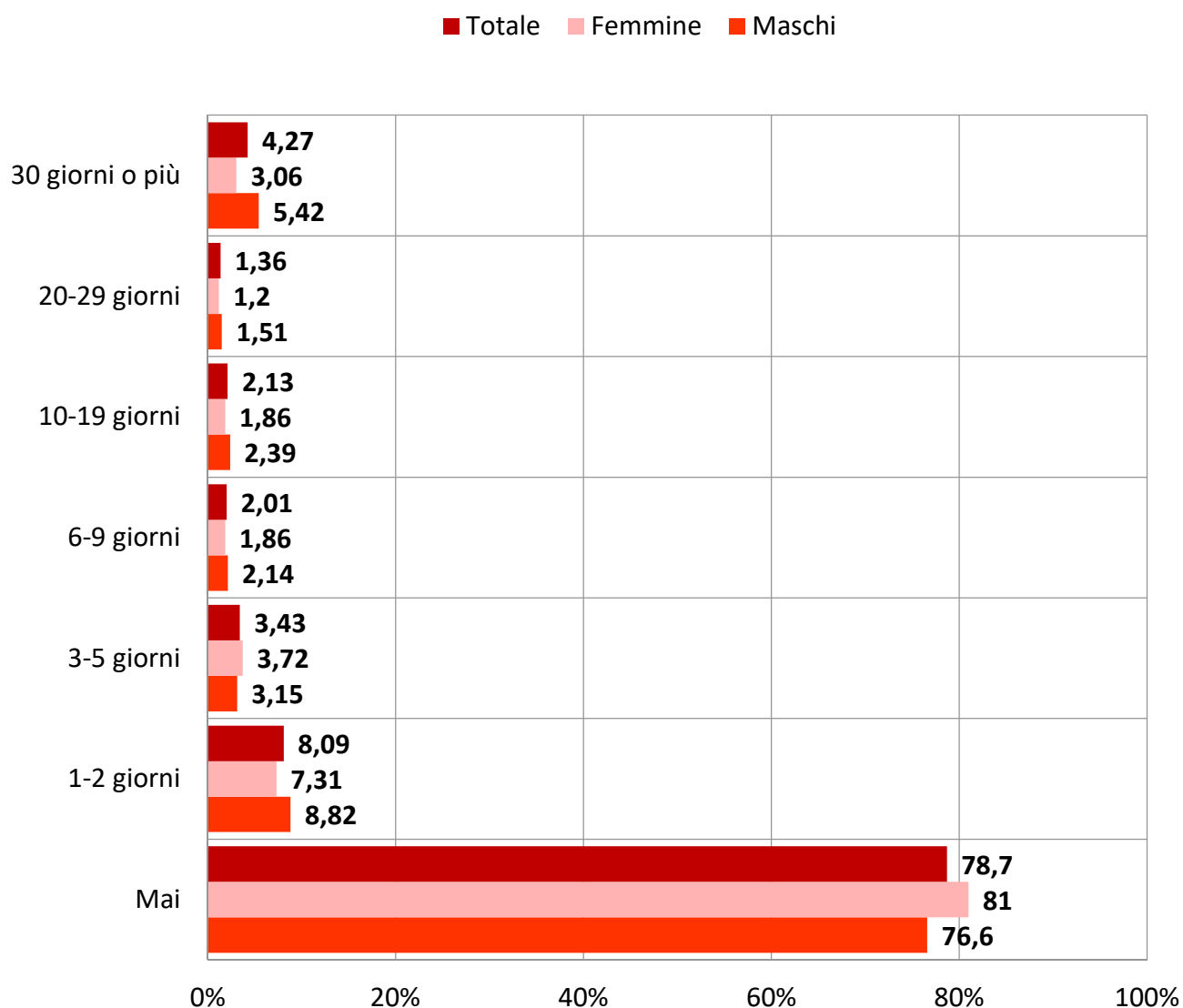
La percentuale di ragazzi che ha dichiarato di essersi ubriacato almeno due volte nella vita si è mantenuta in lieve calo, in linea con il trend registrato nelle precedenti rilevazioni.

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 preoccupante²³⁻²⁴. 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 iniziazione²³. Nonostante si stia riscontrando, come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis, lo studio di questo fenomeno rimane dunque una priorità per la Sanità Pubblica, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

Nel Grafico 6.E è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di quindicenni che consumano cannabis.

Grafico 6.E. Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis, per genere (%)



Quasi l'80% dei ragazzi ha dichiarato di non consumare cannabis e solamente una piccola percentuale (4,3%) ha dichiarato di aver fumato cannabis per 30 giorni o più nella loro vita. Tale comportamento è leggermente più frequente nei maschi.

VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE HANNO FUMATO CANNABIS ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA

	2002	2006	2010	2014	2018
15 ANNI	27,7%	25,0%	17,3%	23,2%	21,3%

Tabella 6.10. Ragazzi che affermano di aver fumato cannabis almeno una volta nella vita, evoluzione nel tempo.

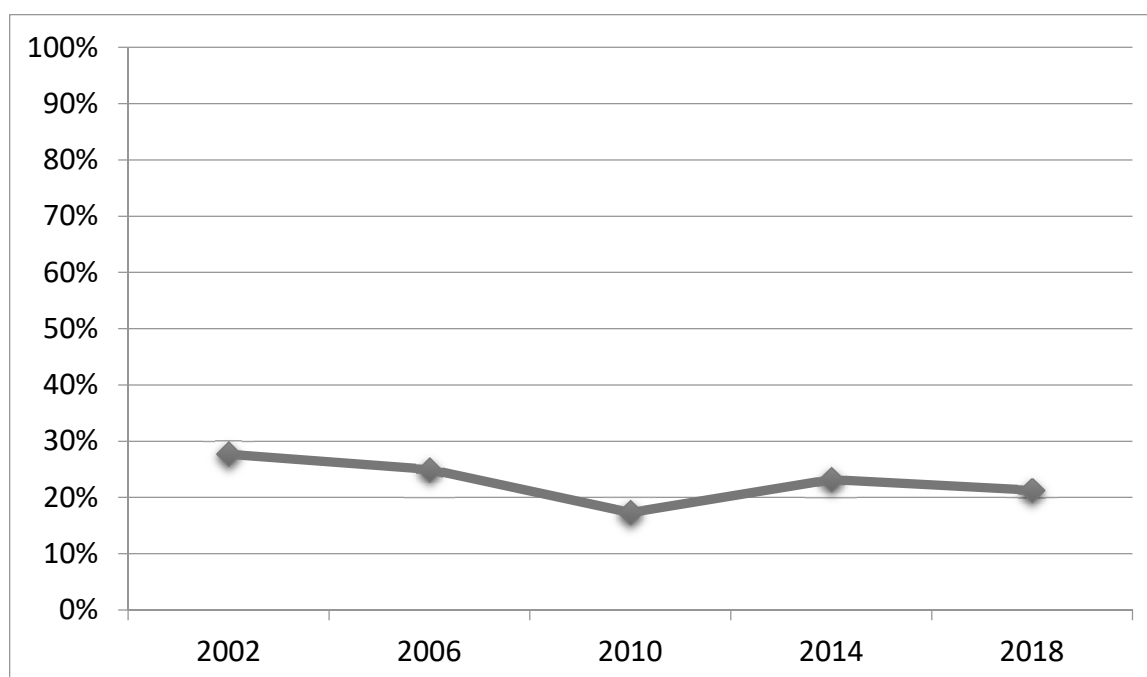


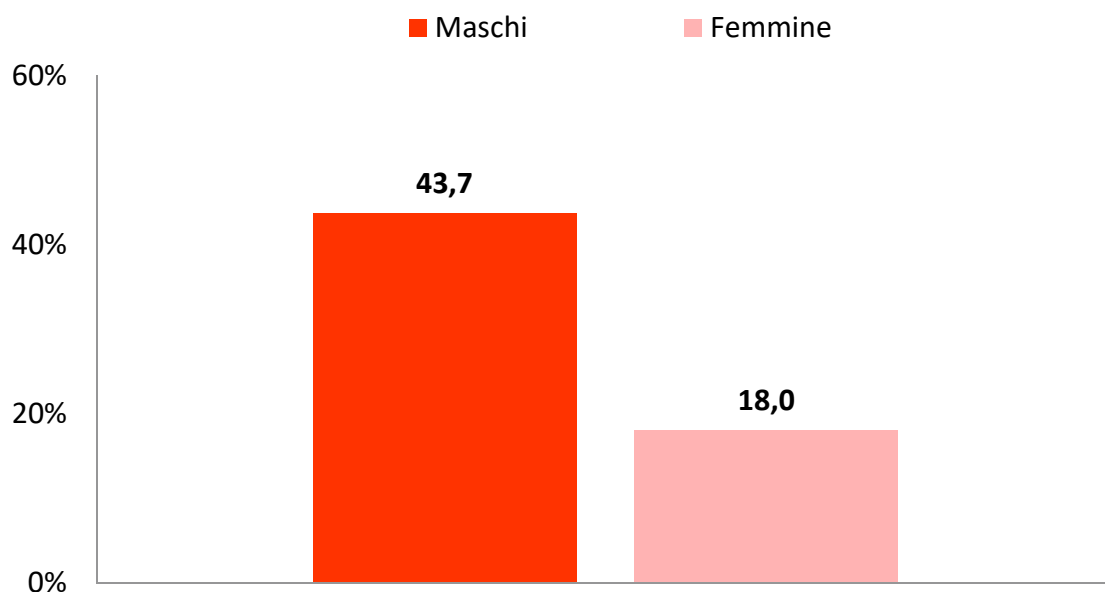
Grafico 6.F. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di aver fumato cannabis almeno una volta nella vita.

La percentuale di quindicenni che hanno dichiarato di aver fumato cannabis almeno una volta nella vita è in lieve calo rispetto alla precedente rilevazione.

GIOCO D'AZZARDO

Nel corso degli ultimi anni la diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica e un campo emergente di ricerca²⁵⁻²⁶. Gli adolescenti sono considerati un gruppo ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottostimare i rischi legati al gioco e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza per problemi di gioco²⁷. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a diverse conseguenze negative, come per esempio comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio²⁸. D'altra parte il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che dei recenti dati su 33 Stati Europei dimostrano come il 23% degli studenti ha dichiarato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (32% dei ragazzi vs 14% ragazze)²⁵. Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di aspetti legati alla società, variabili socio-economiche e dei media nell'influenzare valori, credenze e comportamenti rispetto a questo vizio. Le domande sul gioco d'azzardo inserite per la prima volta nell'indagine HBSC Italia del 2014 (e riproposte nella rilevazione 2018) sono volte ad indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita, che a valutare il loro grado di 'coinvolgimento' riuscendo ad individuare la quota di ragazzi 'a rischio' di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano 'seri problemi'. Nell'ambito dell'indagine HBSC 2018 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni di indicare se hanno mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. Nel Grafico 6.G si riporta tale informazione per genere.

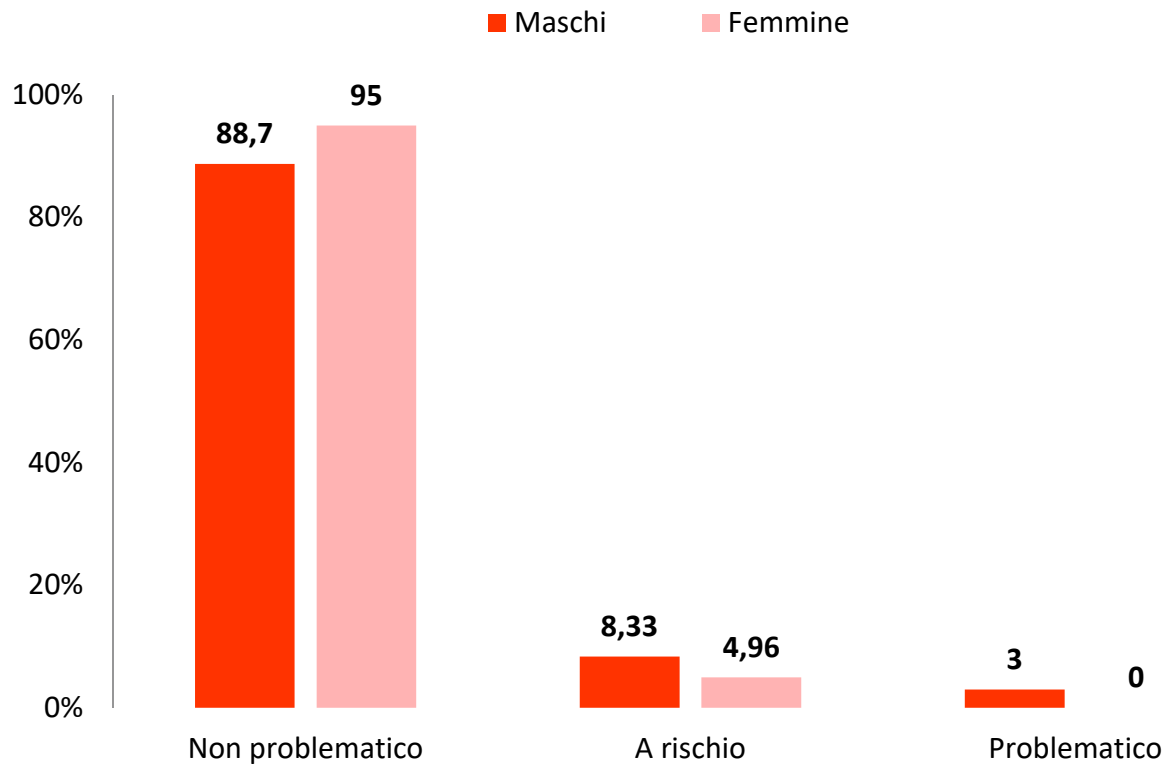
Grafico 6.G. Frequenza di quindicenni che hanno scommesso denaro, per genere (%)



Come è possibile osservare, quasi la metà dei quindicenni maschi ha dichiarato di aver scommesso o giocato denaro nella loro vita. Tale percentuale è molto inferiore nelle femmine (18%).

Il Grafico 6.H mostra la percentuale di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio e problematico.

Grafico 6.H. Frequenza di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio/problematico, per genere (%)



Il confronto tra maschi e femmine per quanto riguarda i comportamenti a rischio e problematico legati al gioco d'azzardo evidenzia anche in questo caso frequenze maggiori nei maschi.

CONSIDERAZIONI

Le abitudini al fumo e all'alcol viaggiano di pari passo. La maggior parte del campione dichiara di non aver mai fumato o bevuto, tuttavia queste percentuali si riducono con l'aumentare dell'età. In particolare, i maschi tendono sia ad iniziare a fumare prima delle femmine sia a sperimentare maggiormente il binge drinking. Invece, la quota di coloro che affermano di essersi ubriacati aumenta in modo pressoché uguale in entrambi i sessi. Sia il trend dell'abitudine al fumo che quello relativo all'alcol si riconfermano in calo progressivo, dal 2002 al 2018. Quasi tutti i ragazzi dichiarano di non fare uso di cannabis. Anche per quanto riguarda il gioco d'azzardo, la percentuale di maschi quindicenni che hanno già scommesso denaro nella loro vita è considerevolmente superiore a quella delle coetanee. Di conseguenza, i maschi sono quasi i soli ad adottare comportamenti a rischio e problematici legati al gioco d'azzardo. La quarantena legata all'emergenza COVID-19 potrebbe aver scoraggiato i giovani dall'adottare comportamenti legati al fumo, all'alcol e al gioco d'azzardo in casa. Tuttavia, trattandosi di un periodo di tempo relativamente breve, è improbabile che l'interruzione di questi comportamenti sia definitiva, al contrario la ripresa della normale quotidianità e della frequentazione con gli amici nei luoghi pubblici potrebbe essere vista dai ragazzi come un'occasione di sfogo su tutte quelle attività prima sospese, compresi i comportamenti di "sballo" e di dipendenza. Questi comportamenti, infatti, spesso sono considerati come liberatori dallo stress e una via di fuga da eventuali problemi familiari, sociali e relazionali, che per alcuni ragazzi potrebbero essere aumentati nel corso della quarantena a causa delle restrizioni imposte. Anche in questo caso, importante è la promozione della salute e la prevenzione dei comportamenti a rischio che potrà essere fatta nel prossimo futuro, soprattutto nel mondo della scuola. La Peer Education ormai è riconosciuta come strumento privilegiato per raggiungere i ragazzi su queste tematiche. I Peer, compagni e coetanei dei ragazzi, sono forti veicolatori di messaggi di salute molto ascoltati e più riconosciuti dai ragazzi stessi, rispetto all'esperto che può entrare in classe. Purtroppo, con l'incertezza che la scuola sta attraversando ad opera del COVID-19, ci si interroga su quale Peer Education potrà essere portata a scuola. L'Osservatorio Regionale Veneto sulla Peer Education sta affrontando proprio in questo periodo tale problematica per verificare se possa essere fattibile anche una

peer education via social. Bisogna sottolineare che la collaborazione dei Dipartimenti di Prevenzione con i Dipartimenti delle Dipendenze diventa fondamentale per la programmazione di future azioni in questo ambito.

BIBLIOGRAFIA

- ¹National Institute on Drug abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>
- ²Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. (2004): Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 101:8174–8179.
- ³Oliveira LMFT, Santos ARMD, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Freitas CMSM, Diniz PRB. Influence of parental smoking on the use of alcohol and illicit drugs among adolescents. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 Jan 14;17(1):eAO4377.
- ⁴Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2016 Jul;16(5):419-429.
- ⁵Sussman, S.; Skara, S.; and Ames, S.L. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse* 43(12–13):1802–1828, 2008.
- ⁶Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, et al.,. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401.
- ⁷GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, et al., Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.
- ⁸WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- ⁹Cavallo 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.
- ¹⁰Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. <https://www.who.int/fctc/en/>
- ¹¹Audrain-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.
- ¹² Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M, Hublet A, Verduykt P, Maes L, Van den Broucke S. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- ¹³Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav*. 2004;31(6):702-19.
- ¹⁴Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, Godeau E, Kuntsche E, Molcho M, Pfortner TK, Simons-Morton B, Vieno A, Vollebergh W, Pickett W. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 ;25 Suppl 2:69-72.
- ¹⁵Vieno 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.
- ¹⁶Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.
- ¹⁷Engels 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.
- ¹⁸Jo 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.
- ¹⁹National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Drinking Levels Defined*. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- ²⁰M. 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.
- ²¹Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf
- ²²Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).

²³Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.

²⁴Burdzovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction*. 2017;112(11):1973-1982.

²⁵Molinaro 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.

²⁶Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *J Gambl Stud*. 2017;33(2):397-424.

²⁷Canale 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.

²⁸Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36

7. SALUTE E BENESSERE

INTRODUZIONE

La salute consente all'uomo di raggiungere e soddisfare i propri obiettivi di vita e, nella definizione positiva proposta dall'OMS, si rappresenta come un capitale che al fianco di quelle fisiche riconosce altre categorie di risorse individuali e sociali, permettendo così agli individui di essere attivi nei normali contesti di vita e di lavoro^{1,3}. 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 del proprio benessere (valutato 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).

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

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 sanità^{6,7}. 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 7.1 sono riportate le frequenze percentuali relative alla valutazione del proprio stato di salute, per classe di età.

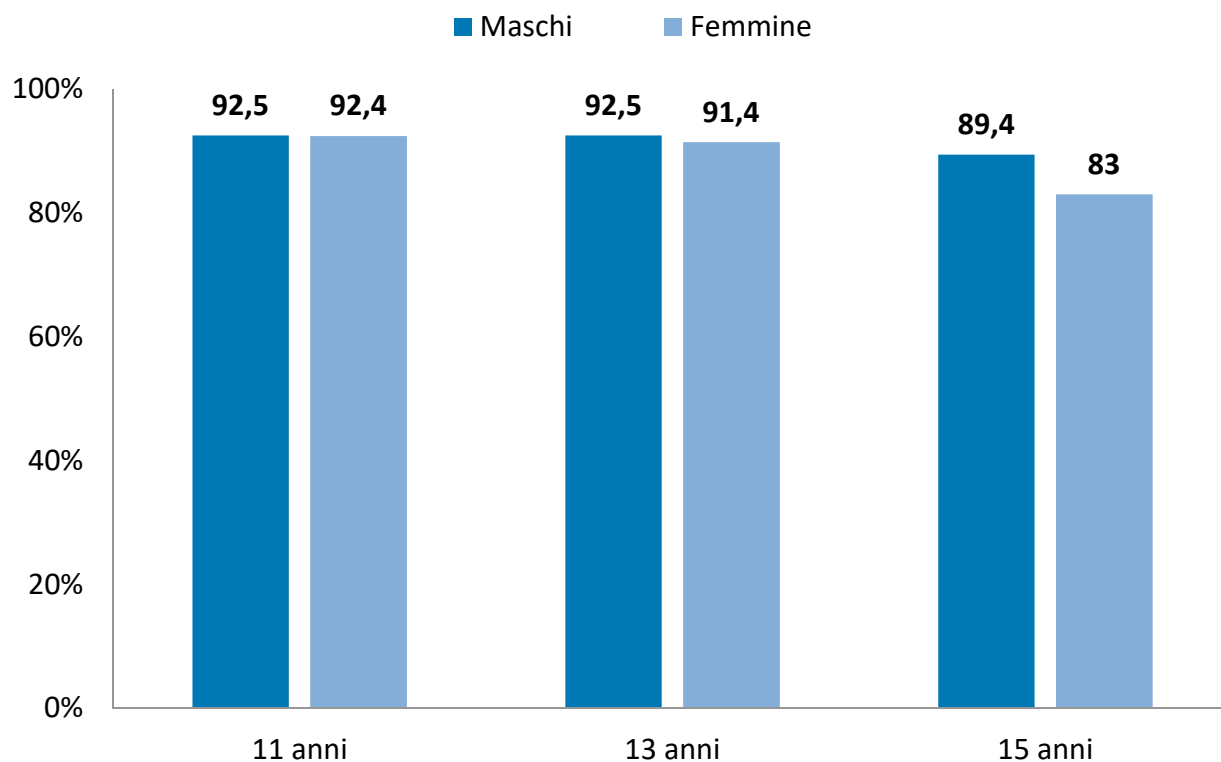
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
ECCELLENTE	43,8	37,6	27,6	37,1
BUONA	48,7	54,3	58,8	53,5
DISCRETA	7,0	7,4	12,2	8,6
SCADENTE	0,5	0,6	1,41	0,8

Tabella 7.1. "Diresti che la tua salute è..., per età" (%)

Dai dati in tabella si evince che circa il 90% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una tendenza ad avere una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore.

Nel Grafico 7.A sono riportate differenze tra maschi e femmine riguardo al giudizio "buona o eccellente" sul proprio stato di salute, per classe di età.

Grafico 7.A. Frequenza di ragazzi che considerano la propria salute buona o eccellente, per età e genere (%)



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all'aumentare dell'età e risente di lievi differenze di genere, che si accentuano nella classe dei 15 anni, con le femmine che mostrano percentuali inferiori rispetto ai maschi.

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 del proprio benessere è riportato in Tabella 7.2 con raggruppamenti da 0 a 5 e ≥ 6 . Le percentuali riguardano i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

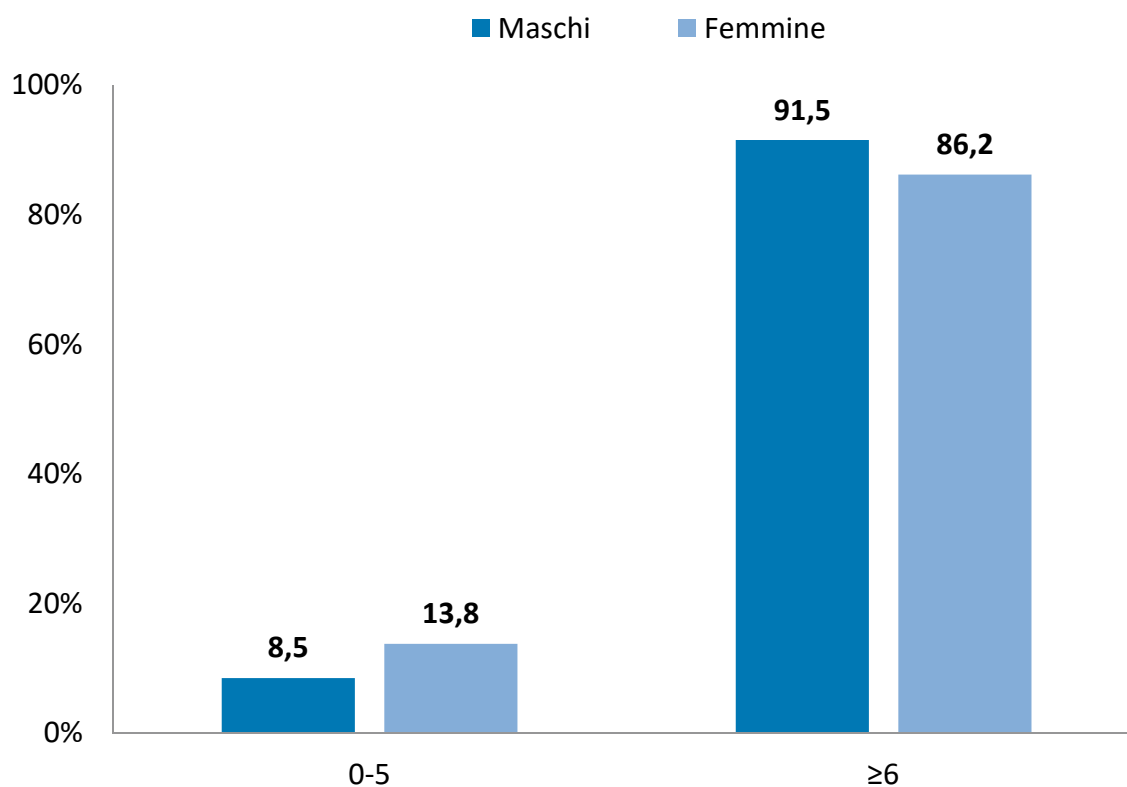
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
0-5	8,9	11,5	13,6	11,1
≥ 6	91,1	88,5	86,4	88,9

Tabella 7.2. *“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 (%)*

Il confronto tra le diverse classi di età mostra che la percezione positiva del proprio benessere diminuisce leggermente all’aumentare dell’età.

Nel Grafico 7.B le percentuali di percezione del benessere da parte dei ragazzi vengono distinte tra maschi e femmine con raggruppamenti 0-5 e ≥ 6 .

Grafico 7.B. Frequenza del benessere misurato su scala da 0(= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile) con raggruppamenti 0-5 e ≥ 6 , per genere (%)



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia lievi differenze con una maggiore percezione di benessere nei maschi.

SINTOMI RIPORTATI

Nello studiare la salute degli adolescenti è importante indagare la complessità dei fattori che sostengono la percezione che loro stessi hanno della condizione riferita interrogandoli, ad esempio, sui sintomi di cui dichiarano di soffrire, anche e soprattutto in assenza di una diagnosi di malattia. L'esperienza soggettiva di sintomi, infatti, oltre che ad un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari¹³, si dimostra anche associata ad un basso successo e a negative esperienze scolastiche¹⁴, tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subìto 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 l'affidabilità nel valutare e riportare i sintomi¹⁵.

La tabella 7.3 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.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Circa Ogni Giorno	35,4	37,7	37,0	36,7
Più Di Una Volta A Settimana	26,6	29,4	30,9	28,8
Circa Una Volta A Settimana	20,0	18,7	19,1	19,3
Circa Una Volta Al Mese	13,5	11,4	10,8	12,0
Raramente O Mai	4,6	2,8	2,2	3,3

Tabella 7.3. “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 (%)

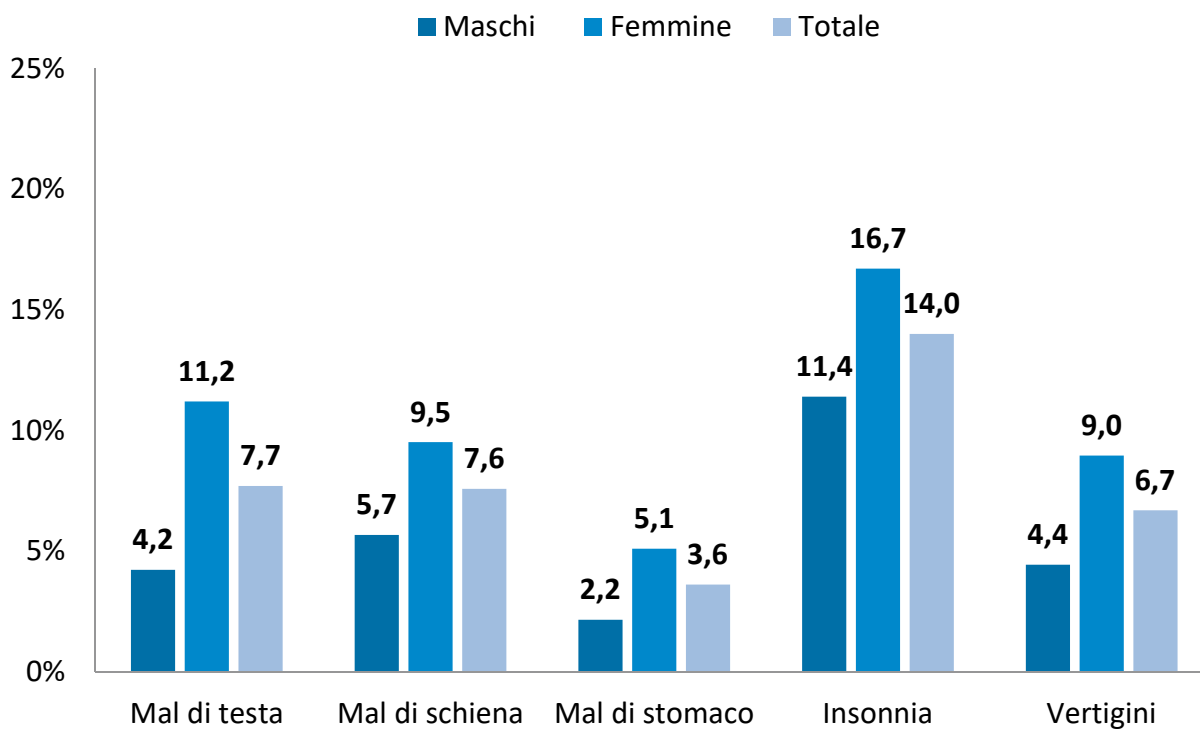
Le percentuali riscontrate evidenziano una maggiore presenza giornaliera o settimanale dei sintomi indagati nei tredicenni rispetto agli undicenni. Non si evidenziano invece sostanziali differenze tra i tredicenni e i quindicenni.

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte^{15,16}: 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).

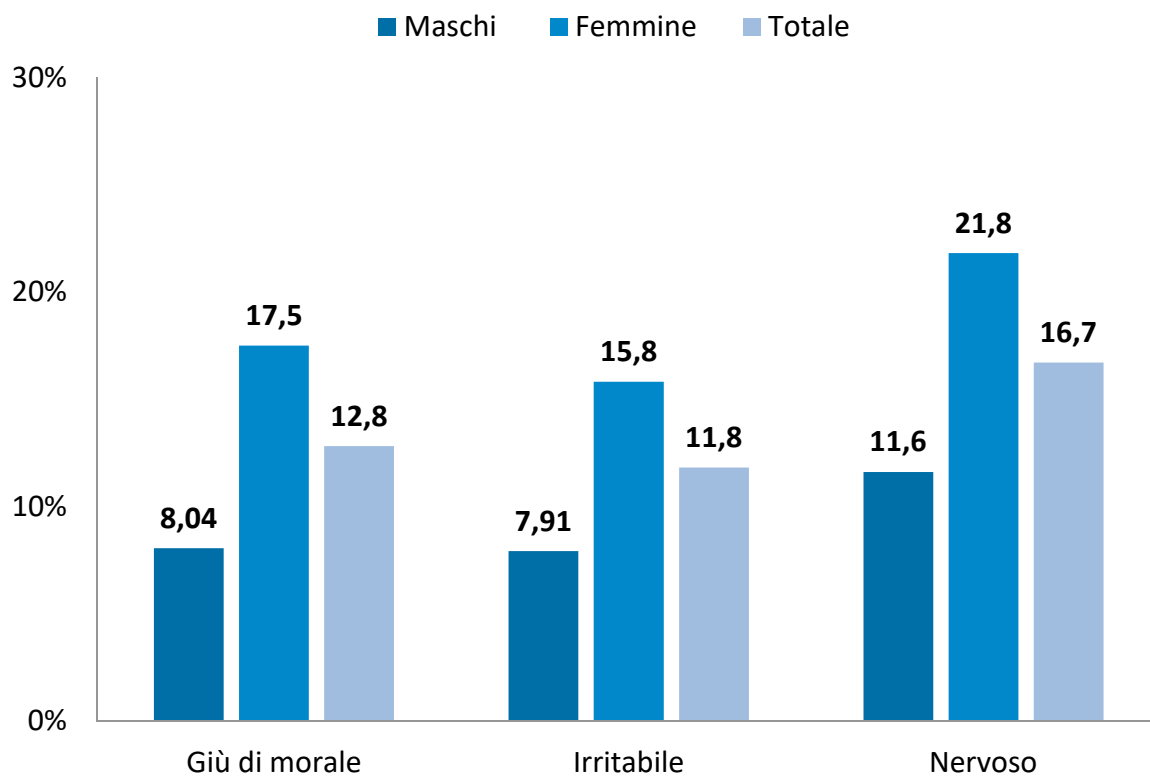
I Grafici 7.C e 7.D evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

Grafico 7.C. Frequenze di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: 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 un valore di 16,7% nelle femmine e di 11,4% nei maschi. In riferimento ai sintomi quotidiani indagati, la frequenza è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

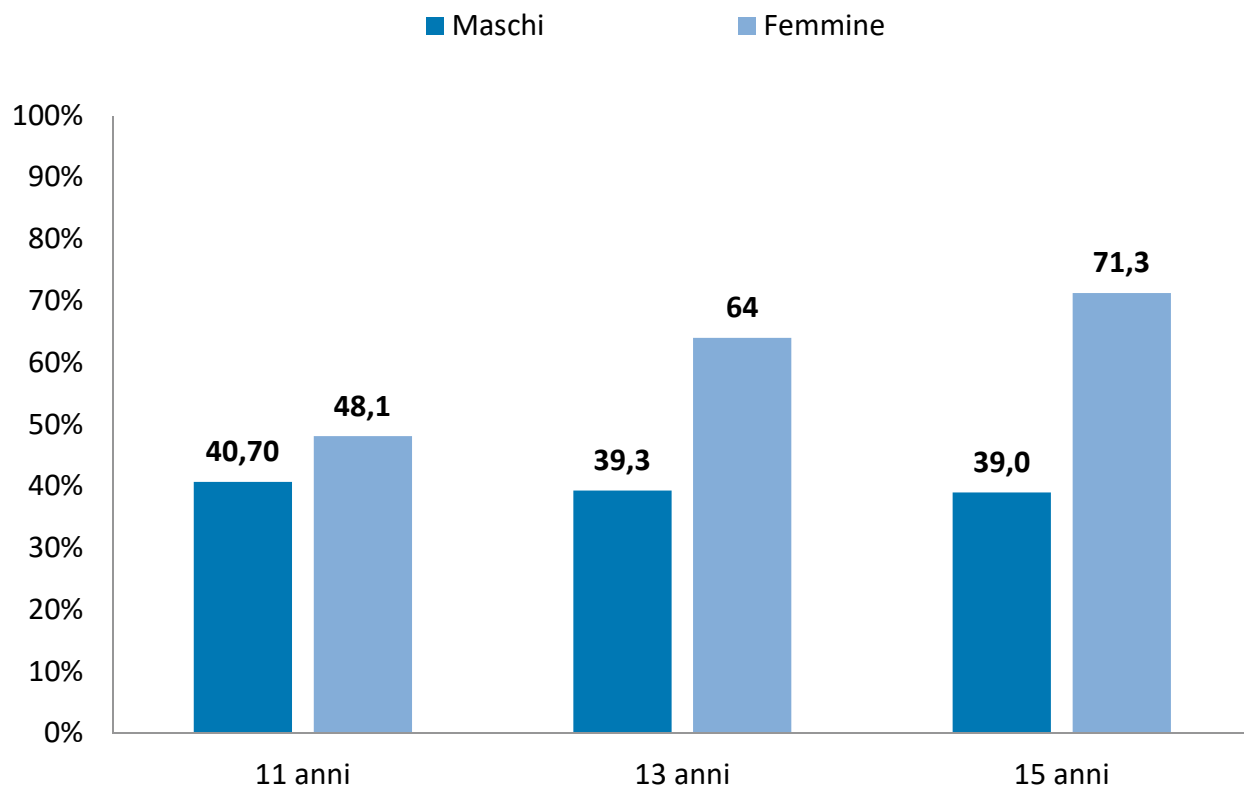
Grafico 7.D. Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra sentirsi giù, irritabile e nervoso, per genere (%)



Il sintomo maggiormente riferito è il nervosismo, con un valore quasi doppio nelle femmine rispetto ai maschi (21,8% e 11,6% rispettivamente). In riferimento ai sintomi quotidiani indagati, la frequenza è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

Il Grafico 7.E mostra le percentuali, distinte per genere, dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che, almeno una volta a settimana, dichiarano di soffrire di due dei sintomi precedentemente esplicitati. Sono qui considerati tutti i sintomi.

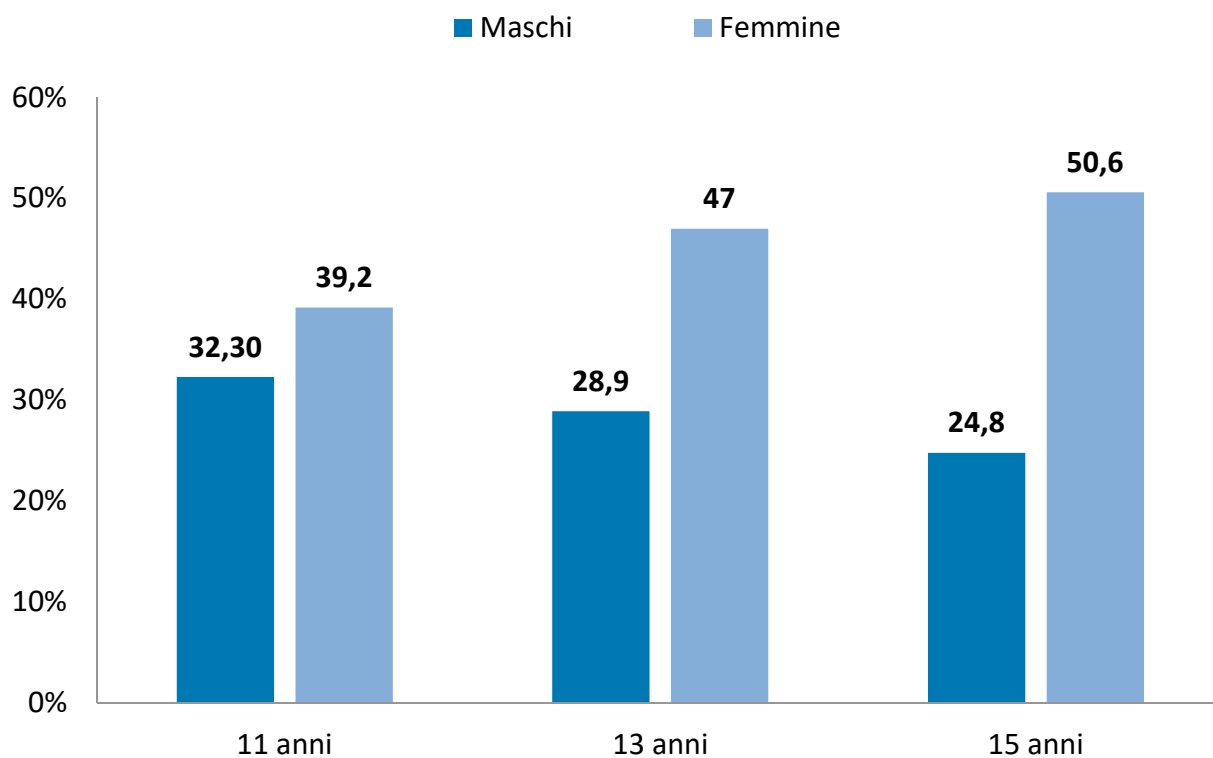
Grafico 7.E. Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire di almeno due sintomi per più di una volta alla settimana, per età e per genere (%)



Anche in questo caso la percentuale che dichiara di soffrire di almeno due sintomi per più di una volta alla settimana è maggiore nelle femmine e aumenta con l'età.

Il Grafico 7.F mostra le percentuali, distinte per genere, dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno uno dei sintomi precedentemente esplicitati. Sono qui considerati tutti i sintomi.

Grafico 7.F. Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo, per età e per genere (%)



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.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
NO	45,4	42,4	37,8	42,2
SI	54,6	57,6	62,2	57,8

Tabella 7.4. “Nell’ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?”, per età (%)

La tabella mostra che più della metà dei ragazzi ha assunto farmaci per i disturbi precedentemente elencati nei 30 giorni precedenti l’indagine. La frequenza aumenta con l’aumentare dell’età.

ABITUDINI SESSUALI

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni contiene una breve sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale. La Tabella 7.5 mostra la frequenza di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	TOTALE (%)
SI	19,6	19,0	19,3
NO	80,4	81,0	80,7

Tabella 7.5. Frequenze di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere (%)

Come si rileva dalla tabella 6.8 quasi il 20% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; non ci sono particolari differenze tra i generi.

La Tabella 7.6 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.

	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	TOTALE (%)
Preservativo	80,5	67,6	74,3
Pillola	9,7	6,7	8,2
Coito Interrotto	34,5	51,1	42,4
Altri Metodi	5,7	6,7	6,2

Tabella 7.6. Frequenze percentuali del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere (%)

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine. In particolare, la percentuale di maschi che ha dichiarato di aver usato il preservativo o la pillola come metodo contraccettivo è maggiore rispetto alle femmine. Viceversa, le femmine hanno dichiarato di aver usato il coito interrotto o altri metodi in percentuale maggiore rispetto ai maschi.

INFORTUNI

Ai ragazzi è stato chiesto il numero delle volte in, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico. Nella Tabella 7.7 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

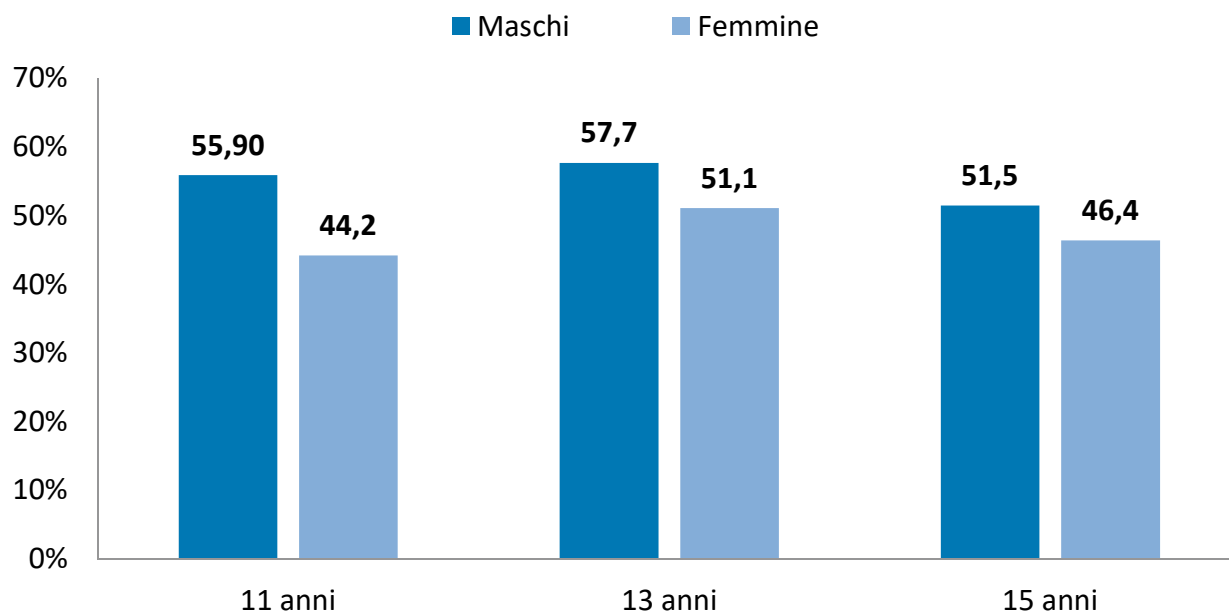
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Non Negli Ultimi 12 Mesi	50,0	45,6	50,9	48,7
Una Volta	26,5	29,6	27,4	27,9
Due Volte	11,6	12,5	12,0	12,0
Tre Volte	5,6	7,2	4,8	5,9
Quattro O Più Volte	6,2	5,2	4,9	5,5

Tabella 7.7. “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 (%)”

In generale, quasi la metà dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche. Poco meno di un terzo ha avuto un infortunio, con una frequenza più alta nella fascia di età dei tredicenni (29,6%).

Il Grafico 7.G mostra le percentuali, distinte per genere, dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni che negli ultimi dodici mesi, hanno avuto almeno un infortunio per il quale è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico.

Grafico 7.G. Frequenza di coloro che dichiarano di essersi infortunati almeno una volta nell'ultimo anno, per età e per genere(%)



Le percentuali riscontrate evidenziano una maggiore frequenza di infortuni, occorsi nei 12 mesi precedenti, nei maschi e nella classe di età di 13 anni.

RAPPORTO TRA PARI

Per indagare il rapporto dei ragazzi con i propri pari, sono state elaborate alcune domande volte ad identificare il sostegno che i ragazzi ricevono dalla propria rete di coetanei. In Tabella 7.8 è riportato quanto dichiarato dai ragazzi.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
I Miei Amici Provano Ad Aiutarmi	74,2	73,8	75,9	74,5
Posso Contare Sui Miei Amici Quando Le Cose Vanno Male	75,6	74,3	75,4	75,1
Ho Amici Con Cui Condividere Gioie E Dispiaceri	82,5	81,6	84,1	82,6
Posso Davvero Parlare Dei Miei Problemi Con I Miei Amici	69,4	72,9	75,5	72,3

Tabella 7.8. Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo", "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni..., per età (%)

La tabella evidenzia che circa tre quarti dei ragazzi riferisce di avere amici che provano ad aiutarli e su cui possono contare quando le cose vanno male; non sono presenti sostanziali differenze tra diverse classi di età. La quota di coloro che percepiscono di poter parlare con gli amici dei propri problemi aumenta all'aumentare dell'età.

VARIAZIONI TEMPORALI: RAGAZZI CHE DICHIARANO UNA SALUTE DISCRETA O SCADENTE

	2002	2006	2010	2014	2018
11 ANNI	9,7%	7,6%	11,3%	7,7%	8,0%
13 ANNI	10,2%	10,2%	11,8%	11,4%	8,2%
15 ANNI	17,1%	14,4%	11,5%	15,3%	13,2%

Tabella 7.9. Ragazzi che affermano di avere uno stato di salute discreto o scadente, evoluzione nel tempo.

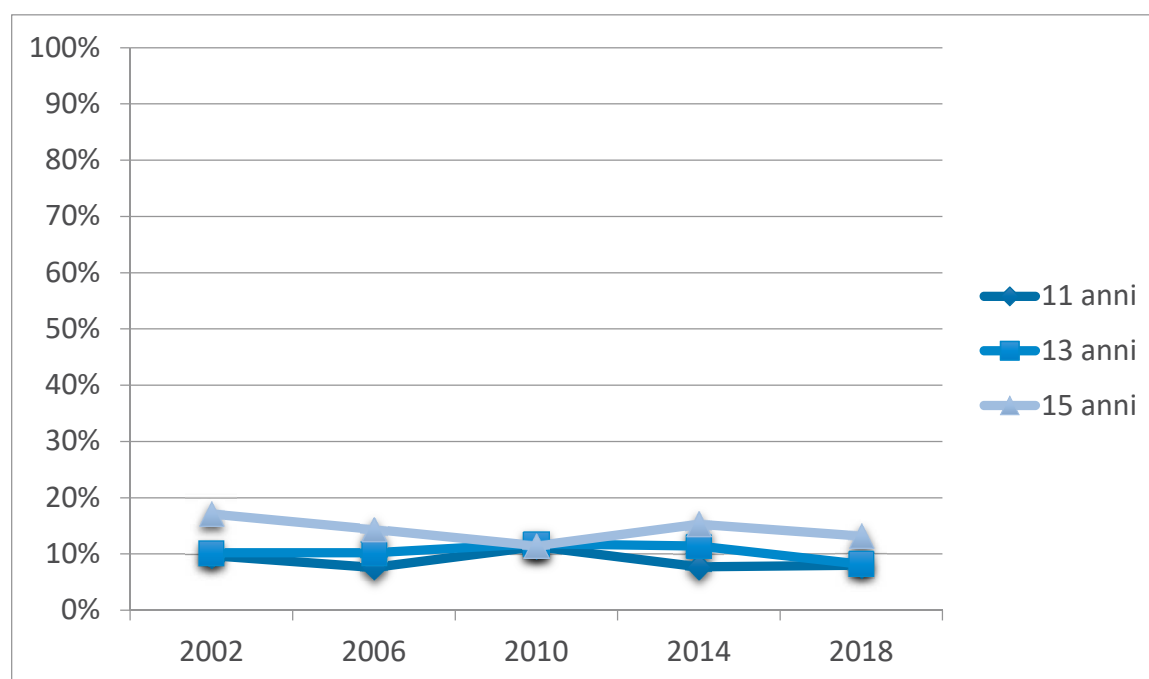


Grafico 7.H. Andamento temporale della percentuale di ragazzi che affermano di avere uno stato di salute discreto o scadente.

Si osserva che i quindicenni hanno una percezione della salute peggiore dei ragazzi più piccoli. Le percentuali non si modificano sostanzialmente, si nota solo una leggera diminuzione della quota di tredicenni che hanno una cattiva percezione del proprio stato di salute.

CONSIDERAZIONI

Quasi la totalità dei ragazzi ha un percezione positiva del proprio stato di salute, soprattutto gli undicenni e i tredicenni. In generale, le ragazze hanno una considerazione del loro stato di salute meno soddisfacente rispetto ai maschi: il livello di benessere registrato è inferiore a quello dei ragazzi, tutti i sintomi quotidiani indagati hanno una frequenza maggiore nelle ragazze, le quali si sentono anche maggiormente irritabili e giù di morale. La presenza di sintomi psicosomatici relativamente frequenti può costituire un fattore di rischio per la salute delle ragazze, che di conseguenza probabilmente assumono anche più facilmente farmaci. Di contro, un fattore protettivo può essere la maggior propensione all'ascolto di sé.

Gli infortuni risultano invece essere più frequenti fra i maschi, forse a causa di una maggior spericolatezza e propensione alle attività che richiedono movimento fisico. Non si riscontrano particolari differenze di genere fra coloro che hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi.

E' ancora ampiamente diffusa la contraccezione tramite coito interrotto o altri metodi che non siano il preservativo o la pillola. Questo fattore fa emergere l'importanza che oggi più che mai rivestono i programmi dedicati alla sessualità e all'educazione e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, soprattutto i programmi che si basano sulla Peer Education. Circa tre quarti dei ragazzi dichiarano di godere di un buon sostegno da parte degli amici. E' difficile dire in che modo possano essere cambiati la salute e il benessere degli adolescenti dopo l'arrivo del coronavirus in Italia. In particolare, è bene considerare con un occhio di riguardo quali potrebbero essere gli effetti psicologici causati dalla pandemia e i comportamenti adottati come reazione da ogni singolo individuo. Infatti, questo periodo è stato molto pesante per tutti, soprattutto per i ragazzi, che si sono trovati a non avere più alcuni punti di riferimento importanti, come la scuola, lo sport, il contesto sociale esterno. Fin da subito, la Regione con le Aziende ULSS e le scuole stesse hanno offerto strumenti di supporto psicologico, i cosiddetti "sportelli d'ascolto" aperti al counseling telefonico rivolto a ragazzi e genitori per affrontare al meglio le problematiche relative al periodo di quantena. Per la programmazione futura la promozione della salute e la prevenzione dei comportamenti a

rischio, dovrà prevedere una parte fondamentale legata all'alfabetizzazione sanitaria, per veicolare messaggi legati anche alle buone pratiche di igiene per evitare il diffondersi del virus. Ancora una volta risulterà importante la collaborazione con i programmi che si occupano di Peer Education, per aumentare la consapevolezza e le competenze tra i ragazzi, meno colpiti dal virus, ma possibile fonte di contagio.

BIBLIOGRAFIA

- 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., Berchialla, 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.

8. I SOCIAL MEDIA

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 civico^{2,4}. D'altra parte, studi recenti hanno mostrato che un uso eccessivo e/o problematico delle nuove tecnologie può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici^{5,6}. In questo senso, sebbene la ricerca in questo ambito stia procedendo velocemente, l'analisi delle motivazioni, dei benefici e dei rischi che i ragazzi incontrano sui social media è attualmente riconosciuta come fondamentale a livello nazionale e internazionale.

L'USO DEI SOCIAL MEDIA

Per quanto riguarda i possibili benefici e rischi in termini di connessione sociale, lo studio HBSC rileva la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti online con i loro amici, con amici di un gruppo allargato, con altre persone (es. familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 8.1 sono riportate le risposte dei ragazzi.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
Amici stretti	62,3	81,0	86,8	75,8
Amici di un gruppo allargato	43,5	57,0	59,3	52,8
Amici conosciuti tramite internet	11,2	17,6	17,4	15,3
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	44,8	51,1	56,9	50,4

***Tabella 8.1.** “Quante volte hai contatti online giornalieri o più volte al giorno con le seguenti persone”, per età*

In generale, la frequenza con cui i ragazzi hanno quotidianamente contatti online con altre persone aumenta con l'aumentare dell'età.

Nell'indagine HBSC 2018 sono state, inoltre, inserite per la prima volta alcune domande relative all'uso problematico dei social media con lo scopo di evidenziare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continuo divenire. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di rispondere ad alcune domande volte ad indagare una motivazione negativa all'uso dei social: la preferenza per le interazioni sociali online rispetto a quelle faccia a faccia^{7,8}. Nelle Tabelle 8.2 e 8.3 sono riportate le risposte dei ragazzi e delle ragazze.

	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
<i>“Su internet parlo più facilmente dei miei segreti, piuttosto che faccia a faccia”</i>	12,8	14,3	13,0	13,4
<i>“Su internet parlo più facilmente dei miei sentimenti più profondi piuttosto che in un incontro faccia a faccia”</i>	13,6	15,8	13,8	14,5
<i>“Su internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia”</i>	12,9	14,8	13,6	13,8

Tabella 8.2. Frequenza di ragazzi (maschi) che sono d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni, per età (%)

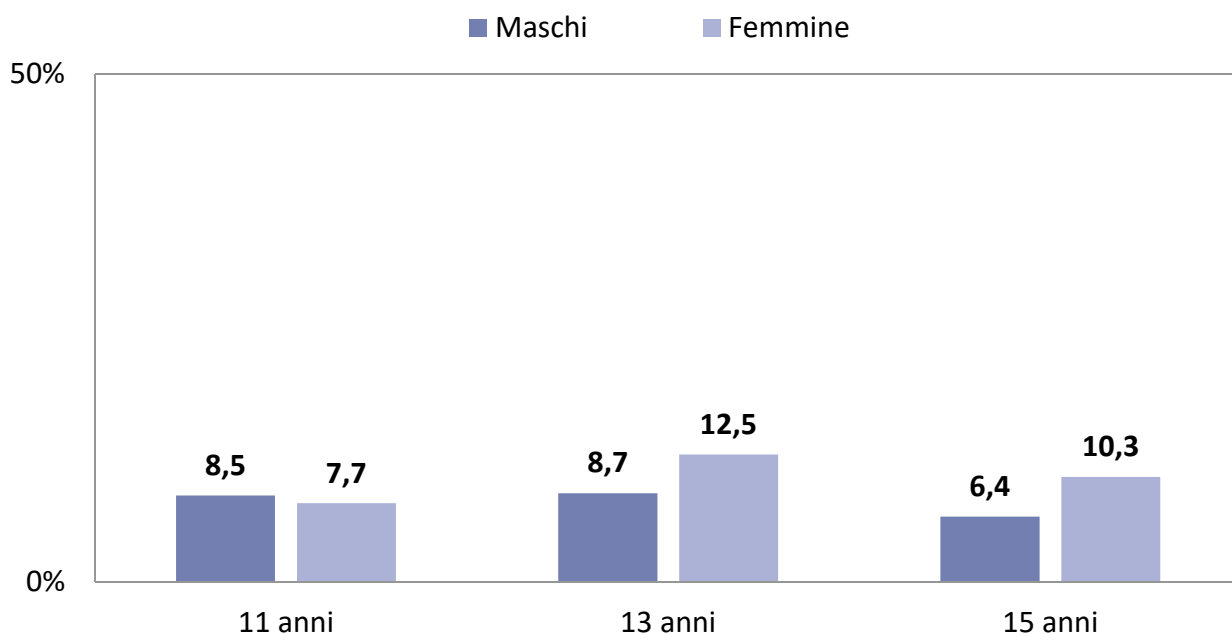
	11 ANNI (%)	13 ANNI (%)	15 ANNI (%)	TOTALE
<i>“Su internet parlo più facilmente dei miei segreti, piuttosto che faccia a faccia”</i>	8,5	11,8	7,9	9,6
<i>“Su internet parlo più facilmente dei miei sentimenti più profondi piuttosto che in un incontro faccia a faccia”</i>	10,1	15,4	13,3	13,0
<i>“Su internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia”</i>	9,4	13,1	11,8	11,5

Tabella 8.3. Frequenza di ragazze (femmine) che sono d'accordo e molto d'accordo con le affermazioni, per età (%)

Inoltre, gli indicatori della Social Media Disorder Scale⁹ offrono una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la

prevalenza di ragazzi a rischio di sviluppare una problematicità legata all'uso dei social media (cioè i ragazzi che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi), Grafico 8.A.

Grafico 8.A. *Frequenza di ragazzi che fanno uso problematico dei social media, per età e genere (%)*



Dal grafico si può osservare che nella classe di età degli undicenni l'uso problematico dei social media è leggermente più frequente nei maschi rispetto alle femmine (8,5% e 7,7%, rispettivamente). All'aumentare dell'età, aumenta la quota di ragazze che fa un uso problematico dei social media, raggiungendo un picco nella classe di età di età dei 13 anni (12,5%) e scendendo poi a 10,3% nelle quindicenni. La corrispondente quota di maschi invece si mantiene pressochè costante nei tredicenni e scende leggermente nei quindicenni (6,4%)

CONSIDERAZIONI

L'uso dei social media risulta incrementare con l'età, probabilmente per via delle restrizioni via via minori imposte dalla famiglia e per l'ampliamento progressivo della cerchia di amici e conoscenti. Una discreta percentuale di ragazzi dichiara di preferire l'uso di Internet per la confidenza di segreti, sentimenti e preoccupazioni piuttosto che gli incontri faccia a faccia. L'uso problematico dei social media sembra coinvolgere maggiormente le ragazze, raggiungendo in generale il valore più alto nella classe dei tredicenni.

I social media rappresentano un'enorme fonte di potenzialità positive, ma devono essere usati nel modo più corretto e consapevole possibile per evitare ricadute dannose su chi li utilizza e sugli altri, dando vita a fenomeni come il cyberbullismo o l'allontanamento dalla reale interazione sociale e la dipendenza. In linea con l'evoluzione continua della tecnologia, della comunicazione e dell'intrattenimento cui si sta assistendo, i social media dovrebbero ricevere più attenzione per quanto riguarda i programmi di prevenzione e salute rivolti ai giovanissimi. In questo periodo di emergenza COVID-19, in cui Internet e i social network stanno assumendo un ruolo preponderante nel mantenimento dei contatti sociali e nello svolgimento di azioni quotidiane fondamentali, come le lezioni scolastiche online, a maggior ragione è importante promuovere un sano utilizzo della tecnologia. Non potendo prevedere quale sarà l'evoluzione della situazione e quando potranno essere riprese le attività quotidiane fuori casa e con quali modalità, è fondamentale che i ragazzi tengano ben presente che la necessità di ricorrere a determinati strumenti imposta dalla condizione di crisi ed emergenza non rappresenta la normalità e non deve sostituirsi in futuro alla realtà delle interazioni "vis a vis" e delle opportunità offerte, in termini di attività ed intrattenimento, al di fuori del web. Coltivare hobby e interessi in casa che prescindano dalla tecnologia e trasformare il vivere le restrizioni imposte dalla pandemia come un'opportunità per dedicare del tempo a se stessi e alle relazioni con la propria famiglia possono essere degli ottimi e costruttivi diversivi ad Internet e ai videogiochi.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). *The evolution of Internet addiction: A global perspective*. *Addictive Behaviors*, 53, 193-195
- ²Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A. (2017). *Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives*. *Journal of adolescence*, 61, 1-11.
- ³Lenzi, M., Vieno, A., Altoè, G., Scacchi, L., Perkins, D.D., Zukauskienė, R., & Santinello, M. (2015). *Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement?* *American Journal of Community Psychology*, 55, 444–454.
- ⁴Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). *Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends*. *Developmental Psychology*, 43, 267-277.
- ⁵Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada M.M. (2018). *The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 15(226), 274-281.
- ⁶Van Den Eijnden, R., Koning, I., Doornwaard, S., Van Gorp, F., & Ter Bogt, T. (2018). *The impact of heavy and disordered use of games and social media on adolescents' psychological, social, and school functioning*. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 697-706
- ⁷Marino, C., Vieno, A., Altoè, G., & Spada, M. M. (2017). *Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults*. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 5–10.
- ⁸Caplan, S. (2010). *Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach*. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1097.
- ⁹Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). *The Social Media Disorder Scale*. *Computers in Human Behavior*, 61, 478

