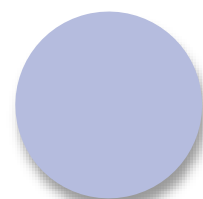
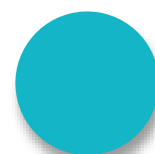
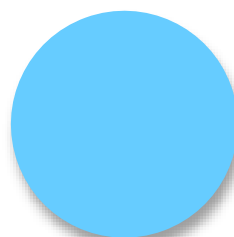
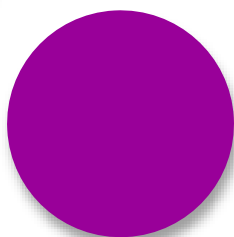
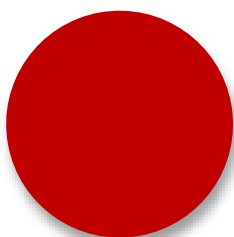
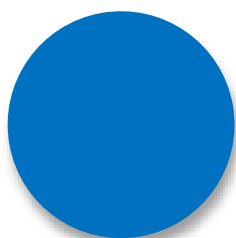
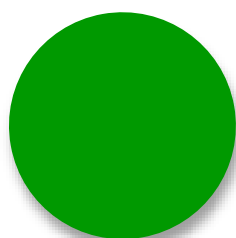




HBSC 2022

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

**Regione
Friuli Venezia Giulia**





Sommario

PREFAZIONE	1
RINGRAZIAMENTI	2
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale.....	6
Introduzione.....	7
Metodologia.....	7
Popolazione in studio.....	7
Modalità di campionamento.....	7
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	8
Valutazione del comitato etico dell'Iss e privacy	8
Descrizione del campione regionale	8
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	10
Introduzione.....	11
La struttura familiare	11
La qualità delle relazioni con i genitori.....	12
Lo status socio-economico familiare.....	14
Per un confronto nel tempo	15
Conclusioni.....	15
Bibliografia essenziale.....	16
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	17
Introduzione.....	18
Frequenza e regolarità dei pasti.....	18
Consumo di frutta e verdura.....	19
Consumo di dolci e bevande gassate	21
Stato nutrizionale	23
Insoddisfazione corporea	24
Igiene orale	25
Il FAS e le abitudini alimentari.....	25
Per un confronto nel tempo	26
Conclusioni.....	27
Bibliografia essenziale.....	28
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero.....	29
Introduzione.....	30
L'attività fisica.....	30
Comportamenti sedentari.....	32
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	32
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	34
Per un confronto nel tempo	35
Conclusioni.....	35
Bibliografia essenziale.....	36
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	37
Introduzione.....	38
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere.....	38
Rapporto con gli insegnanti.....	41
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	43
Bullismo e cyberbullismo.....	45

La scuola	49
Per un confronto nel tempo	51
Conclusioni	52
Bibliografia essenziale.....	53
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	54
Introduzione.....	55
Uso di sostanze	55
Fumo	55
Alcol	57
Cannabis	60
Gioco d'azzardo.....	60
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	61
Per un confronto nel tempo	62
Conclusioni	62
Bibliografia essenziale.....	63
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	64
Introduzione.....	65
Salute percepita.....	66
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	67
Sintomi riportati	68
Utilizzo di farmaci.....	70
Abitudini sessuali	70
Benessere psicologico.....	71
Solitudine percepita	72
Infortuni	73
Il FAS e la soddisfazione di vita.....	73
Per un confronto nel tempo	73
Conclusioni	74
Bibliografia essenziale.....	75
CAPITOLO 8 Social media e gaming	76
Introduzione.....	77
L'uso dei social media.....	77
L'uso dei videogiochi.....	78
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi.....	80
Conclusioni	81
Bibliografia essenziale.....	81
CAPITOLO 9 COVID-19	82
Introduzione.....	83
Positività al COVID-19.....	83
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie.....	84
Fonti di informazione sul COVID-19	86
Misure di protezione	87
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS	88
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS	89
Conclusioni	90
Bibliografia essenziale.....	90
CAPITOLO 10 17 enni	91
Lo stato di salute dei 17enni	92
La famiglia	92
La struttura familiare.....	92

La qualità delle relazioni con i genitori.....	92
Lo status socio-economico familiare.....	93
Abitudini alimentari e stato nutrizionale.....	93
Frequenza e regolarità dei pasti.....	94
Consumo di frutta e verdura.....	94
Consumo di dolci e bevande gassate.....	96
Consumo di legumi.....	97
Stato nutrizionale.....	97
Insoddisfazione corporea.....	98
Igiene orale.....	99
Il FAS e le abitudini alimentari.....	100
Sport e tempo libero.....	100
L'attività fisica.....	100
Comportamenti sedentari.....	102
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà.....	103
Conclusioni.....	103
Ambiente scolastico.....	104
Rapporto con gli insegnanti.....	104
Rapporto tra pari e con i compagni di classe.....	104
Bullismo e Cyberbullismo.....	105
La Scuola.....	108
Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze.....	109
Fumo.....	109
Alcol.....	110
Cannabis.....	112
Gioco d'azzardo.....	112
Il FAS e i comportamenti di dipendenza.....	113
Conclusioni.....	113
Salute e benessere.....	114
Salute percepita.....	114
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito).....	114
Sintomi riportati.....	115
Utilizzo di farmaci.....	115
Abitudini sessuali.....	115
Benessere Psicologico.....	116
Solitudine percepita.....	116
Infortuni.....	116
Il FAS e la soddisfazione di vita.....	117
Conclusioni.....	117
Social media e gaming.....	118
L'uso dei social media.....	118
L'uso dei videogiochi.....	118
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi.....	119
Conclusioni.....	120



GRUPPO DI RICERCA HBSC ITALIA 2022

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

Università degli Studi di Torino

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

Università degli Studi di Padova

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

Università degli Studi di Siena

Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione e del Merito

Alessandro Vienna

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



GRUPPO DI RICERCA REGIONALE HBSC 2022

Regione Friuli Venezia Giulia: Luana Sandrin (Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione FVG)

Referenti regionali: Paola Pani, Federica Concina, Claudia Carletti, Luca Ronfani (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste) e la collaborazione di Eleonora Maurel (IRCCS Burlo Garofolo, Trieste)

Ufficio Scolastico Regionale: Livio Consonni

ASUGI: Roberta Fedele (Referente), Emanuela Occoni, Alessandra Pahor, Claudia Loi (Referente ASUGI Isontino)

ASUFC: Donatella Belotti (Referente), Martina Piera Lupo, Danila Dosa

ASFO: Anna Clara Guastaferrò (Referente), Carmen Zampis



PREFAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2022



RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

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

Provincia di Trieste

- Scuole secondarie di primo grado
 - I. Gruden – L. Ins. Slovena, Aurisina
 - S. Kosovel – L. Ins. Slovena, Trieste
 - L. Stock, Trieste
 - SSIG M. Codermatz, Trieste
 - Divisione Julia, Trieste
 - D. Alighieri, Trieste
 - M. De Tommasini, Trieste
 - F. Rismondo, Trieste
- Scuole secondarie di secondo grado
 - Liceo Classico F. Petrarca, Trieste
 - Liceo Scientifico G. Galilei, Trieste
 - Istituto Tecnico Statale G. Deledda – M. Fabiani, Trieste
 - Istituto Tecnico Statale A. Volta, Trieste
 - Istituto Tecnico Nautico T. di Savoia duca di Genova, Trieste
 - Istituto professionale L. Galvani, Trieste
 - Liceo F. Prešeren - L. Ins. Slovena, Trieste
 - Istituto Professionale S. de Sandrinelli, Trieste
 - Istituto Superiore J. Stefan - L. Ins. Slovena, Trieste
 - Istituto Tecnico L. da Vinci - G.R. Carli, Trieste
 - Liceo Artistico E. e U. Nordio, Trieste
 - Liceo Scientifico G. Oberdan, Trieste
 - Liceo A.M. Slomsek - L. Ins. Slovena, Trieste

Provincia di Gorizia

- Scuole secondarie di primo grado
 - D. Alighieri, San Canzian D'Isonzo
 - M. Polo, Grado
 - G.I. Ascoli, Gorizia
 - I. Trinko – L. Ins. Slovena, Gorizia
 - G. Randaccio, Monfalcone
 - E. Giacich, Monfalcone
 - SC. Media Mariano del Friuli, Mariano del Friuli
- Scuole secondarie di secondo grado
 - Istituto Tecnico G. D'Annunzio, Gorizia
 - Istituto Indirizzo tecnico per il turismo S. Pertini, Monfalcone
 - Istituto Tecnico Economico Luigi Einaudi, Staranzano
 - Istituto Tecnico Agrario G. Brignoli, Gradisca d'Isonzo
 - Istituto Tecnico Max Fabiani, Gorizia
 - Istituto Professionale Manutenzione Ed Ass. Tecnica S. Pertini, Monfalcone
 - Istituto Professionale L. da Vinci, Gorizia
 - Istituto Professionale per i Servizi Socio Sanitari S. Pertini, Monfalcone
 - Liceo Scientifico Duca degli Abruzzi, Gorizia
 - Liceo delle Scienze Umane - Economico Sociale Linguistico Scipio Slataper, Gorizia
 - Liceo Classico M. Buonarroti, Monfalcone
 - Liceo Classico D. Alighieri, Gorizia

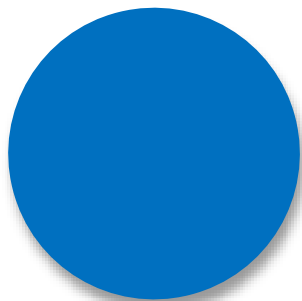
Provincia di Udine

- Scuole secondarie di primo grado
 - Generale Cantore, Gemona del Friuli
 - Pellegrino, San Daniele del Friuli
 - G. Bianchi, Codroipo
 - A. Schweitzer, San Giovanni al Natisone
 - G. Ellero, Udine
 - F. Valussi, Udine
 - L. Da Vinci, Mortegliano
 - G. Guareschi, Porpetto

- N. Sauro, San Giorgio di Nogaro
- A. Angeli, Tarcento
- C. Percotto, Lauzacco
- I. Nievo, Buttrio
- G. Marconi, Rivignano
- A. Venier, Aiello del Friuli
- Giovanni XXIII, Tricesimo
- G. Carducci, Lignano Sabbiadoro
- A. Matiz, Paluzza
- Educandato Uccellis, Udine
- Scuole secondarie di secondo grado
 - Istituto Tecnico Meccatronico paritario G. Bearzi, Udine
 - Istituto Tecnico Industriale paritario G. Bearzi, Udine
 - Istituto Tecnico Tecnologico L. Plozner, Latisana
 - Istituto Tecnico Economico C. Deganuti, Udine
 - Istituto di Istruzione Superiore G. Marchetti, Gemona del Friuli
 - Istituto di Istruzione Superiore V. Manzini, San Daniele del Friuli
 - Istituto di Istruzione Superiore J. Linussio, Codroipo
 - Istituto Tecnico Commerciale A. Zanon, Udine
 - Istituto di Istruzione Superiore P. d'Aquileia, Cividale del Friuli
 - Liceo Artistico G. Sello, Udine
 - Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato A. Candoni, Tolmezzo
 - Istituto di Istruzione Superiore R. D'Aronco, Gemona del Friuli
 - Liceo Scientifico A. Volta, Udine
 - Istituto di Istruzione Superiore Paschini - Linussio, Tolmezzo
 - Liceo Scientifico V. Manzini, San Daniele del Friuli
 - Liceo Scientifico G. Marinelli, Udine
 - Liceo Scientifico annesso conv. naz. P. Diacono, Cividale del Friuli
 - Istituto Magistrale Uccellis, Udine
 - Liceo C. Percotto, Udine
 - Liceo Classico annesso conv. naz. P. Diacono, Cividale del Friuli
 - Istituto Magistrale annesso conv. naz. P. Diacono, San Pietro al Natisone

Provincia di Pordenone

- Scuole secondarie di primo grado
 - M. E P. Balliana – I. Nievo, Sacile
 - PP. Pasolini, Pordenone
 - G. Lozer, Pordenone
 - T. Drusin, Pordenone
 - A. Pomponio-Tommaseo, San Vito al Tagliamento
 - G. Marconi, Maniago
 - Scuola Media Superiore, San Quirino
 - E. Fermi, Casarsa
 - E. da Valvasone, Valvasone Arzene
 - D. Alighieri, Zoppola
 - D. Alighieri, Fiume Veneto
 - E. Fermi, Caneva
 - L. Luzzatti, Azzano Decimo
 - A. Lizier, Travesio
 - I. Svevo, Fontanafredda
 - Scuola paritaria Don Bosco, Pordenone
- Scuole secondarie di secondo grado
 - Istituto Tecnico settore Tecnologico J.F. Kennedy, Pordenone
 - Istituto di Istruzione Superiore II Tagliamento, Spilimbergo
 - Istituto Tecnico O. Mattiussi, Pordenone
 - Liceo Artistico E. Galvani, Cordenons
 - Istituto Professionale di Stato per l'Industria e l'Artigianato L. Zanussi, Pordenone
 - Istituto Professionale L. Zanussi, Maniago
 - Istituto di Istruzione Superiore F. Flora, Pordenone
 - Liceo Scientifico M. Grigoletti, Pordenone
 - Istituto di Istruzione Superiore E. Torricelli, Maniago
 - Liceo Scientifico-Linguistico-Scienze Umane E. Majorana, Pordenone
 - Liceo Classico G. Leopardi, Pordenone



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale

Introduzione

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

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

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

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

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

Metodologia

Popolazione in studio

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

Modalità di campionamento

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

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

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

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

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

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

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

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

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

Entrambi i questionari sono anonimi e venivano auto compilati dai ragazzi e dai Dirigenti Scolastici a scuola direttamente online (compilazione online per la prima volta nel 2022).

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

Valutazione del comitato etico dell’Iss e privacy

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

Descrizione del campione regionale

Nella Regione Friuli Venezia Giulia sono state campionate 124 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 145 classi di per la scuola secondaria di II grado (Classe II e IV), per un totale di 269 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno

compilato il questionario 263 classi con una rispondenza complessiva del 97,8% (Tabella 1). La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

Tabella 1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	62	61	98,4
Classe III Media	62	61	98,4
Classe II superiore	70	68	97,1
Classe IV superiore	75	73	97,3
Totale	269	263	97,8

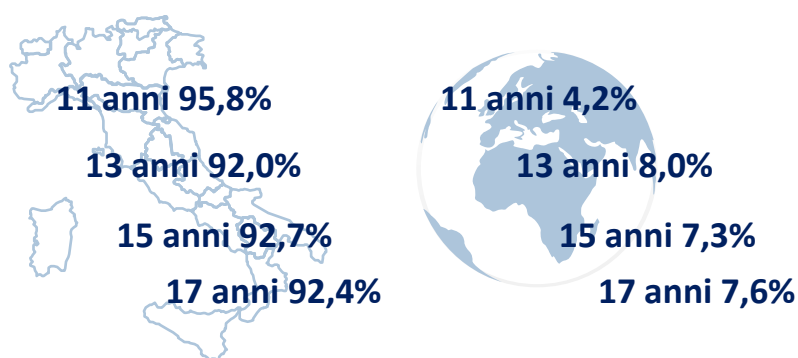
Il campione era costituito da un totale di 3892 studenti di cui: il 25,6% di 11 anni, il 26,1% di 13 anni, il 25,5% di 15 anni e il 22,8% di 17 anni. In Tabella 2 è descritta la composizione del campione per età e genere

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

	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	48,2	51,8	100
13 anni	53,1	46,9	100
15 anni	46,2	53,8	100
17 anni	46,6	53,4	100
Totale	48,6	51,4	100

Circa il 6,8% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età dei 13 anni (Figura 1).

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

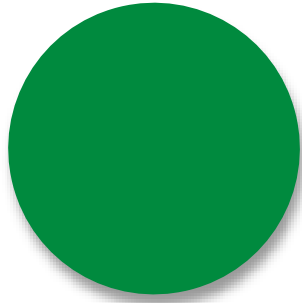


Nella tabella seguente è riportata la composizione del campione per Paese di nascita dei genitori.

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

Entrambi i genitori nati in Italia	71,5
Almeno un genitore nato all'estero	13,8
Entrambi i genitori nati all'estero	14,7

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nel 28,5% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altre nazionalità.



CAPITOLO 2

Il contesto familiare

Introduzione

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

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

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

La struttura familiare

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

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

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

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

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

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (Tabelle 1 e 2): l'81% dei ragazzi ha indicato di vivere con entrambi i genitori; il 12,3% delle famiglie sono monoparentali; più della metà dei ragazzi (54,7%) ha un solo fratello o sorella, mentre il 23,5% ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 21,8% del campione.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	81,0
Solo madre	10,7
Solo padre	1,6
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2,4
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4,3
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	21,8
1 fratello o sorella	54,7
2 o più fratelli o sorelle	23,5
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

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

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

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

Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	37,9	24,5	15,3
Facile	33,1	32,4	29,4
Difficile	16,5	21,4	24,1
Molto difficile	9,5	16,5	24,8
Non ho o non vedo mai questa persona	3,0	5,2	6,4
Totale	100	100	100

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	54,0	36,5	26,9
Facile	29,5	34,8	37,5
Difficile	10,0	17,1	21,4
Molto difficile	5,1	10,3	12,1
Non ho o non vedo mai questa persona	1,4	1,3	2,1
Totale	100	100	100

Confrontando le due Tabelle (3 e 4) appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre. Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che, in particolare la comunicazione con il padre diminuisce all'aumentare dell'età soprattutto nelle ragazze, come mostrato nelle Figure 1 e 2. La comunicazione è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze. In generale, la comunicazione con i genitori diventa più difficile all'aumentare dell'età (Tabelle 3 e 4).

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

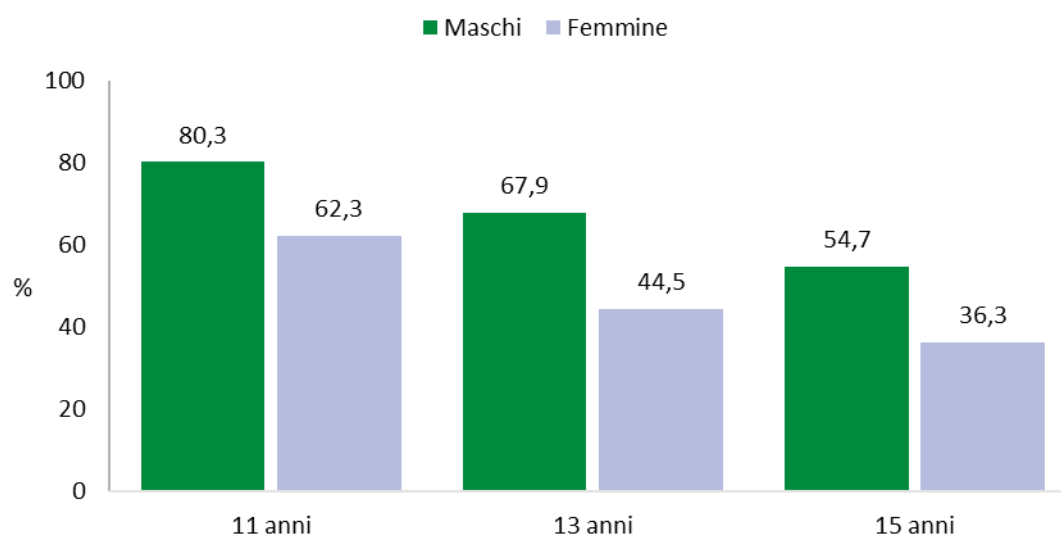
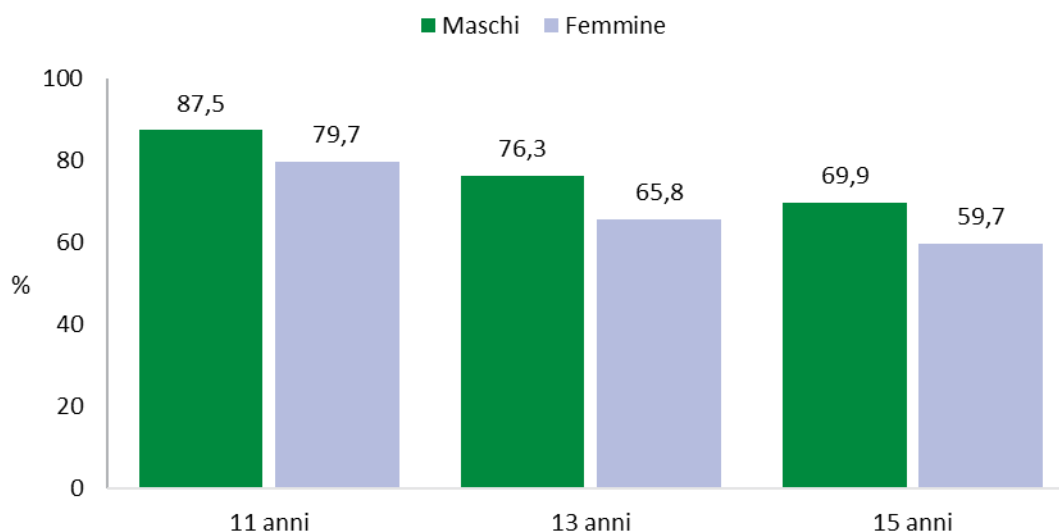


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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

<i>Family Affluence Scale</i>	
Basso	18,0
Medio	53,3
Alto	28,7
Totale	100

Circa 1 famiglia su 3 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (28,7%), mentre il 53,3% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 18% è nella fascia di "basse possibilità di consumo".

Per un confronto nel tempo

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

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

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	81,9	81,0
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	77,3	73,1
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	58,3	57,7
Famiglie con FAS alto	35,8	28,7

Rispetto alla rilevazione pre pandemia non si riscontrano differenze significative nel contesto familiare in cui vivono i ragazzi. Si nota invece una riduzione nella facilità a parlare con la madre da parte dei ragazzi, passata dal 77% del 2018 al 73% del 2022. Anche lo status socio economico delle famiglie ha subito un peggioramento: è aumentata la frequenza dei livelli economici medio (48% nel 2018 vs 53% nel 2022) e basso (16% nel 2018 vs 18% nel 2022) mentre è diminuita quella relativa al livello socio-economico alto (passata dal 36% nel 2018 al 29% del 2022).

Conclusioni

La vita in famiglia è in grado di influenzare fortemente le modalità con cui i ragazzi si rapportano con il mondo, per tale motivo è importante analizzare anche alcune componenti della vita familiare.

Rispetto alla struttura familiare, si conferma la netta prevalenza di nuclei in cui sono presenti entrambi i genitori, con o senza altre figure parentali. Le situazioni alternative rappresentano tuttavia un 19% circa delle realtà in cui vivono e crescono i ragazzi; realtà ormai assodate, di cui occorre tenere conto nella programmazione delle politiche familiari e sociali, in quanto si tratta di situazioni a maggior rischio di svantaggio economico e sociale.

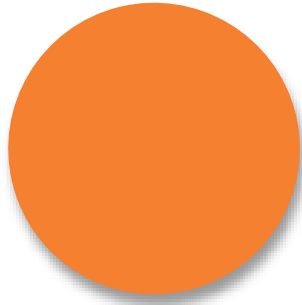
La qualità della relazione con i genitori, intesa come facilità a parlare con loro di aspetti importanti della propria vita, tende a ridursi con l'età, risultando più bassa fra i quindicenni che fra i tredicenni e gli undicenni. Ciò indica che a tutt'oggi, nonostante negli ultimi anni il rapporto genitori-figli sia caratterizzato da un dialogo aperto, nella fase adolescenziale si evidenziano maggiori difficoltà di relazioni con i genitori.

Considerando il rapporto genitori/figli sotto il profilo di genere, è emerso che, in tutte le età considerate, le ragazze hanno maggiori difficoltà a parlare con il padre rispetto ai coetanei maschi. Con la madre, invece, le differenze di genere si riducono, indicando come all'interno del nucleo familiare la madre sia il principale riferimento di sostegno emotivo. All'aumentare dell'età diventa comunque più difficile parlare con i genitori di cose che preoccupano i ragazzi.

Per quanto riguarda la situazione socio-economica, si registrano, in generale, possibilità di consumo medio-alte, seppur in presenza di situazioni di disagio (18%), queste ultime aumentate rispetto alla rilevazione pre-pandemia. Anche di questi dati occorre tenere conto nell'organizzazione delle politiche di sostegno alle famiglie, per l'importanza che lo *status* socioeconomico esercita sullo stato di salute presente e futuro dei giovani.

Bibliografia essenziale

- ¹ Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione. Rapporto sulla popolazione. Le famiglie in Italia. Forme, ostacoli, sfide. Il Mulino. 2023
- ² ISTAT (2022). Popolazione e Famiglie Anno 2022. Roma, ISTAT.
- ³ Mazzucco, S., Mencarini, L. & Rettaroli, R. (2006). Similarities and differences between two cohorts of young adults in Italy: Results of a CATI survey on transition to adulthood. *Demographic Research*, 15, 105–146
- ⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., 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.
- ⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- ⁶ Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., & Malanchuk, O. (2011). The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, 34(1), 119-128
- ⁷ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Nepl, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence. *Psychological Science*, 24(3): 243-250
- ⁸ Elgar FJ ,Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180
- ⁹ Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health, *The Lancet* 2012; 379(9826): 1641-1652
- ¹⁰ Hartley JE, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indic Res.* 2016;9:233-245



CAPITOLO 3

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Introduzione

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

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

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

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

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

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

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	13,6	17,3	24,5	18,4
Un giorno	3,4	3,4	4,1	3,6
Due giorni	3,5	3,3	3,9	3,6
Tre giorni	5,1	6,1	6,6	5,9
Quattro giorni	4,5	7,2	4,3	5,4
Cinque giorni	69,9	62,7	56,6	63,1

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono confrontabili sia tra le diverse categorie sia tra le varie classi di età. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (18%) e la loro percentuale aumenta con l'età. La percentuale di ragazzi

che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana (75%) è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola (63%).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	54,0	52,5	44,8	50,5
La maggior parte dei giorni	35,9	37,7	43,5	39,0
Circa una volta alla settimana	6,2	6,2	7,4	6,6
Meno di una volta alla settimana	2,0	2,1	1,5	1,9
Mai	1,9	1,5	2,8	2,0

Il 54% degli undicenni, il 53% dei tredicenni e il 45% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia “Ogni giorno”; le frequenze diminuiscono all'aumentare dell'età. Per le altre categorie di consumo non si evidenziano invece particolari differenze d'età.

Consumo di frutta e verdura

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

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

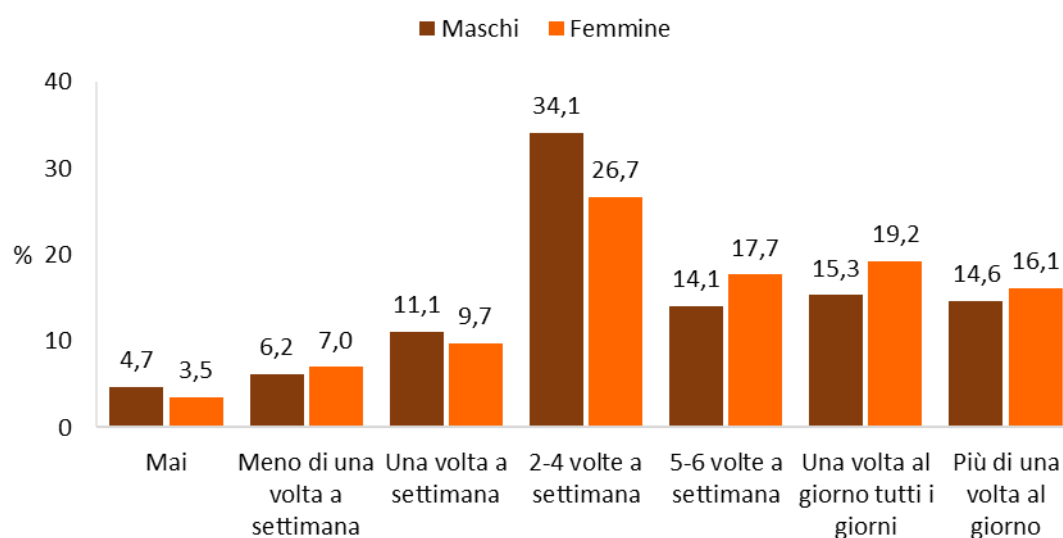
Tabella 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4,0	4,2	4,0	4,1
Meno di una volta a settimana	5,9	6,1	7,9	6,6
Una volta a settimana	9,5	11,1	10,4	10,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,0	31,8	31,1	30,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16,7	16,4	14,6	15,9
Una volta al giorno tutti i giorni	17,9	17,1	16,9	17,3
Più di una volta al giorno	17,9	13,3	15,1	15,4

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

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere, le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale maggiore si evidenzia nei maschi nella categoria “2-4 volte a settimana” mentre le percentuali risultano più alte nelle femmine per le categorie “5-6 volte a settimana”, “una volta al giorno tutti i giorni.” e “più di una volta al giorno”.

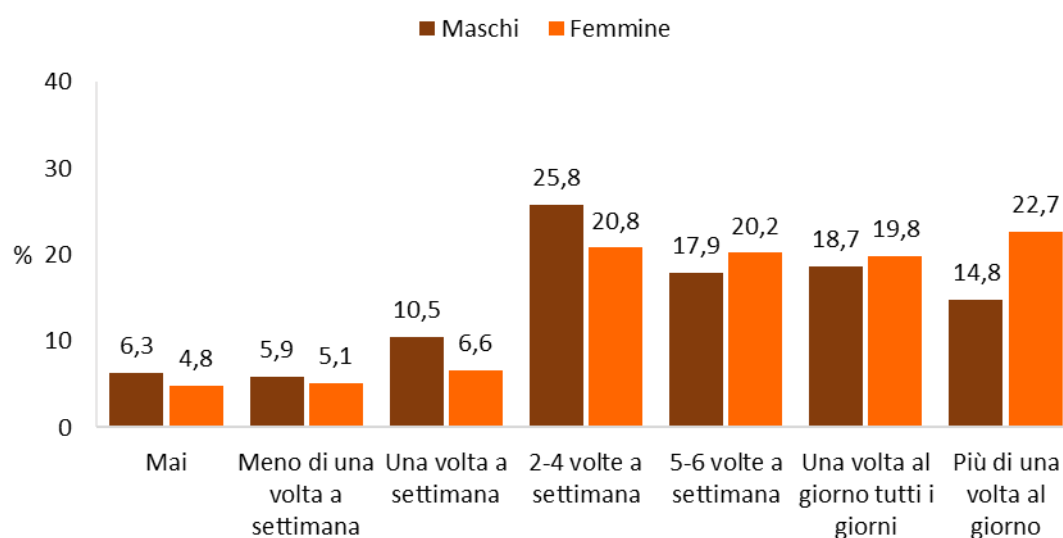
Tabella 4. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	6,1	5,9	4,7	5,6
Meno di una volta a settimana	7,2	5,0	4,3	5,5
Una volta a settimana	8,6	9,1	7,9	8,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	21,1	24,7	23,8	23,2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	18,3	19,3	19,6	19,2
Una volta al giorno tutti i giorni	18,5	18,7	20,6	19,3
Più di una volta al giorno	20,2	17,3	19,0	18,8

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana”, “Tra 5 e 6 giorni a settimana” e “Una volta al giorno tutti i giorni” con una percentuale maggiore nei 15enni.

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono più alte nei maschi nelle categorie di consumo “una volta a settimana” e “2-4 volte a settimana”, mentre le femmine riferiscono di consumare più frequentemente la verdura da “5-6 volte a settimana, a “Una volta al giorno tutti i giorni” e “Più di una volta al giorno”.

Consumo di dolci e bevande gassate

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4,3	4,0	3,4	3,9
Meno di una volta a settimana	10,1	9,5	8,2	9,3
Una volta a settimana	16,3	15,5	12,1	14,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26,8	29,2	31,3	29,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16,2	16,9	18,5	17,2
Una volta al giorno tutti i giorni	14,1	14,2	14,8	14,3
Più di una volta al giorno	12,2	10,7	11,7	11,5

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	16,9	12,5	14,7	14,6
Meno di una volta a settimana	25,3	26,8	23,4	25,2
Una volta a settimana	22,7	23,2	21,5	22,5
Tra 2 e 4 giorni a settimana	19,1	21,2	22,8	21,0
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7,0	7,7	7,2	7,3
Una volta al giorno tutti i giorni	3,9	3,3	4,0	3,8
Più di una volta al giorno	5,1	5,3	6,4	5,6

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero. Per quanto riguarda le classi di età generalmente i consumi risultano sovrapponibili eccetto per il consumo di dolci, che risulta più alto per i 15enni nelle categorie di consumo “Tra 2 e 4 giorni a settimana” e “Tra 5 e 6 giorni a settimana”, e per il consumo di bevande, che risulta più alto per i 15enni nella categoria “Tra 2 e 4 giorni a settimana” e “Più di una volta al giorno”.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	19,3	14,7	14,7	16,2
Meno di una volta a settimana	18,6	17,3	16,5	17,5
Una volta a settimana	20,4	22,4	24,5	22,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22,3	26,9	27,1	25,4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	10,8	11,7	10,5	11,1
Una volta al giorno tutti i giorni	5,8	3,8	4,3	4,6
Più di una volta al giorno	2,8	3,2	2,4	2,8

Il 25% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 16% dichiara di non consumarli mai; il consumo settimanale risulta in generale più frequente nei ragazzi di 15 anni.

In Tabella 8 si riporta la frequenza di consumo di alcuni alimenti distinti per età e genere.

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

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	32,1	39,2	29,5	31,2	27,9	35,5
Verdura (almeno una volta al dì)	32,8	44,3	32,3	40,3	35,8	43,0
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	38,9	44,4	45,2	46,1	44,8	43,7
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	9,8	8,4	9,1	8,2	13,2	8,3
Snack salati (almeno una volta al dì)	14,9	17,4	11,7	17,2	15,1	17,1
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	48,7	45,5	49,9	54,5	57,4	55,2
Dolci (almeno una volta al dì)	24,9	27,6	21,2	29,1	23,5	29,1

In generale le femmine consumano più frequentemente frutta, verdura e legumi in tutte e tre le classi di età, mentre per i maschi, il consumo di frutta tende a diminuire con l'aumentare dell'età mentre il consumo di verdura e legumi aumenta al crescere dell'età. I quindicenni tendono generalmente a mangiare più dolci e bevande zuccherate rispetto agli undicenni e ai tredicenni, con una prevalenza maggiore per le femmine di 15 anni che mangiano più dolci (29%) e dei maschi di 15 anni che bevono più bevande zuccherate (13%). Il consumo di snack salati risulta più alto nelle femmine rispetto ai maschi, mentre non si riscontrano differenze significative per quanto riguarda l'età. Più della metà dei ragazzi consuma cereali tipo corn flakes ogni giorno e, tale frequenza, tende ad aumentare tra gli 11 e i 15 anni sia nei maschi che nelle femmine.

Stato nutrizionale

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

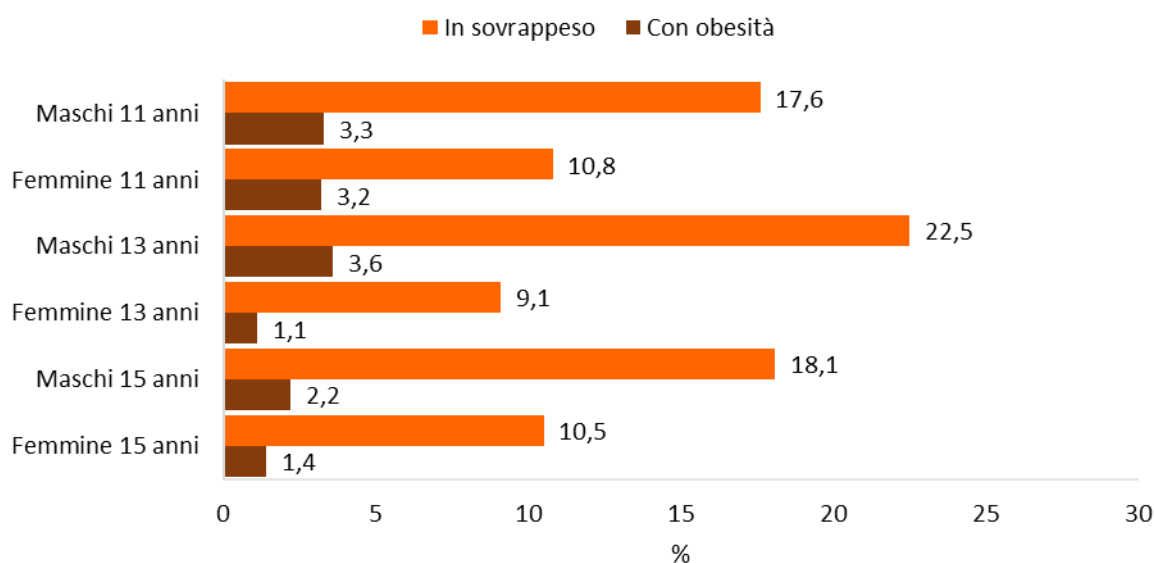
La Figura 3, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	4,0	3,2	2,6	3,2
Normopeso	78,7	78,1	81,6	79,4
Sovrappeso	14,1	16,3	14,0	14,9
Obeso	3,2	2,4	1,8	2,5

La maggior parte dei ragazzi (79,4%) risulta essere normopeso. I ragazzi sottopeso sono il 3,2%, i sovrappeso sono il 14,9% e gli obesi sono il 2,5%. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età. Sovrappeso e obesità sono più frequenti nei maschi (Figura 3).

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



Insoddisfazione corporea

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo; causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi ²³. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi “troppo grasse/i”, indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso ²⁴.

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

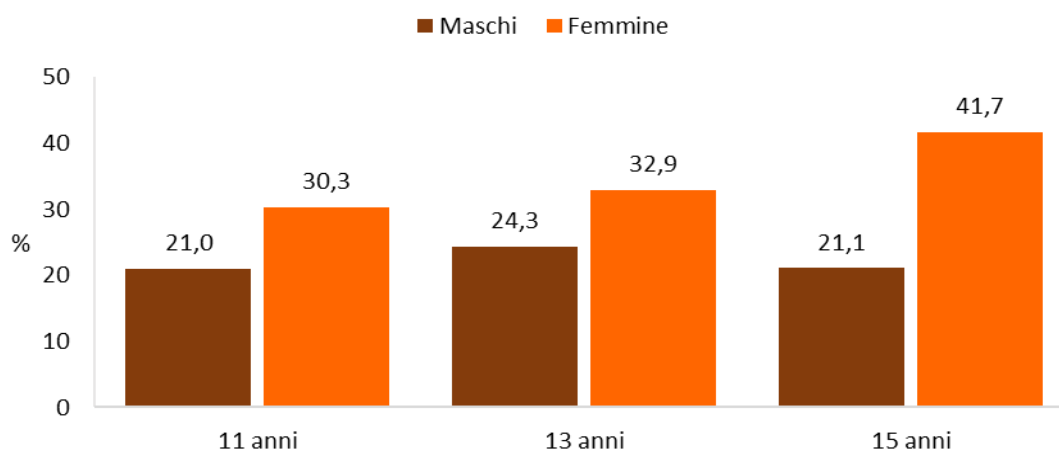
Tabella 10. “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	1,3	1,6	1,6	1,5
Un po' troppo magro	10,2	12,2	11,2	11,2
Più o meno della taglia giusta	62,7	57,9	54,9	58,5
Un po' troppo grasso	23,4	24,9	27,2	25,2
Decisamente troppo grasso	2,4	3,4	5,1	3,6

In generale il 58,5% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro” circa il 25% e l'11% rispettivamente. La percentuale di ragazzi che si percepisce “Un po' troppo grasso” e “Decisamente grasso” aumenta leggermente all'aumentare dell'età.

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

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



All'aumentare dell'età aumenta la quota di ragazze che si percepiscono grasse o molto grasse, mentre nei ragazzi non si riscontrano particolari differenze per età.

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

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

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	1,7	1,5	0	1,0
Normopeso	58,6	55,3	61,8	58,6
Sovrappeso	29,7	35,9	32,9	33,0
Obeso	10,0	7,3	5,3	7,4

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta avere un IMC normopeso (59%) mentre il 40% dei ragazzi con sovrappeso o obesità percepisce correttamente il proprio stato ponderale.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	51,1	46,3	38,8	45,4
No, ma dovrei perdere qualche chilo	21,6	23,9	25,3	23,6
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	7,7	11,2	13,3	10,7
Sì	19,6	18,6	22,6	20,3

In generale il 45% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 24% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 20% dei ragazzi è a dieta. In generale la percentuale di ragazzi che è a dieta o pensa che dovrebbe intervenire sul proprio peso aumenta all’aumentare dell’età.

Igiene orale

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	75,0	70,7	74,0	73,2
Una volta al giorno	21,0	23,5	22,1	22,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,9	4,6	3,1	3,6
Meno di una volta alla settimana	0,9	0,4	0,6	0,6
Mai	0,2	0,8	0,2	0,4

Il FAS e le abitudini alimentari

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

La Tabella 14 mostra la stratificazione per scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	55,0	65,5	64,8
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	26,6	31,6	37,2
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	32,6	37,3	43,0
Consumo quotidiano di bevande gassate	11,3	9,0	8,7
Prevalenza di sovrappeso	16,0	14,7	14,6
Prevalenza di obesità	3,9	2,6	1,3

Come si può notare dalla tabella, la frequenza dei comportamenti alimentari più virtuosi, come il consumo quotidiano della colazione e di frutta e verdura, aumenta all'aumentare del FAS. I tassi di obesità invece diminuiscono all'aumentare del FAS. Sebbene non vi siano differenze statisticamente significative si può osservare un trend anche nel consumo di bevande gassate che diminuisce leggermente all'aumentare delle disponibilità economiche della famiglia.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	66,7	63,1
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	35,7	32,6
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	42,3	38,1
Consumo quotidiano di bevande gassate	10,9	9,4
Prevalenza di sovrappeso	14,0	14,9
Prevalenza di obesità	1,9	2,5

Come evidenziato nella tabella, nella rilevazione post pandemia da COVID-19 tutti i principali indicatori sulle corrette abitudini alimentari e sullo stato ponderale dei ragazzi sembrano essere peggiorati, ad eccezione del consumo quotidiano di bevande gassate che pare essere leggermente diminuito. La percentuale di ragazzi che consuma quotidianamente la colazione è diminuita dopo la pandemia, passando dal 67% del 2018 al 63% del 2022, così anche la percentuale di ragazzi che consumano quotidianamente frutta e verdura, passati rispettivamente dal 36% e 42% nel 2018 al 33% e 38% nel 2022, rispettivamente. Anche lo stato ponderale ha subito un leggero incremento nella rilevazione post-pandemia, la percentuale di ragazzi in eccesso ponderale è infatti aumentata dal 15,9% del 2018 al 17,4% del 2022.

Conclusioni

I dati dell'indagine sullo stato nutrizionale dei giovani della regione, mostrano che il 17,4% dei ragazzi è in eccesso ponderale, con frequenza maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Bisogna tuttavia ricordare che HBSC raccoglie dati di peso e altezza riportati dai ragazzi e quindi potremmo trovarci davanti ad un dato sottostimato poiché dal confronto con i dati della letteratura, emerge che i dati autoriferiti di peso e altezza vengono sovrastimati per quanto riguarda l'altezza dai maschi e sottostimati per quanto riguarda il peso dalle femmine.

Rispetto alle raccomandazioni (“Linee guida per una sana alimentazione italiana” pubblicate dal CREA), si nota che il 18% dei ragazzi non fa mai la prima colazione prima di andare a scuola; inoltre solo 1 su 5 consuma frutta (15%) e verdura (19%), più volte al giorno.

Pur non essendo elevatissimo il consumo di dolci, resta comunque importante ridurlo, visto che il 14% dei ragazzi consuma dolci almeno 1 volta al giorno e l'11% anche più volte al giorno. Si è ridotto invece il consumo bevande zuccherate, solo il 4% infatti le assume tutti i giorni e il 6% più volte al giorno.

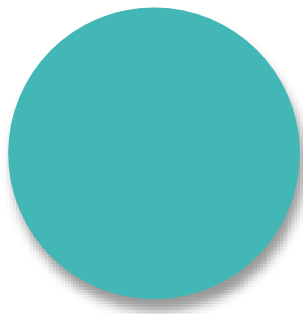
La percezione della propria immagine corporea rimane un problema molto sentito in adolescenza, soprattutto per quanto riguarda le femmine, il 42% delle quali, a 15 anni, si percepisce grassa o molto grassa. Se confrontiamo i valori di IMC calcolati con la percezione di essere nel giusto peso oppure grassi, ci rendiamo conto che 1 ragazzo/a su 2 pensa di essere grasso quando invece è normopeso.

Circa 1 ragazzo/a su 4 a 15 anni riferisce di essere “a dieta”. Considerato l'aumento generalizzato delle problematiche legate ai disturbi del comportamento alimentare, un'attenzione particolare merita anche il dato del sottopeso in relazione con il numero di ragazzi in dieta, che è riconducibile, almeno in parte, alla distorsione della percezione della propria immagine corporea.

Infine l'abitudine di lavarsi i denti risulta ben radicata nei giovani, il 95% pratica questa pulizia almeno una volta al giorno.

Bibliografia essenziale

- ¹ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report, 2018. <https://www.wcrf.org/dietandcancer> (accessed Feb 19, 2019)
- ² Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103
- ³ Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33
- ⁴Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- ⁵ Watts A.W., Loth K., Berge J.M., Larson N., Neumark-Sztainer D. No Time for Family Meals? Parenting Practices Associated with Adolescent Fruit and Vegetable Intake When Family Meals Are Not an Option. *J. Acad. Nutr. Diet*. 2017;117:707–714.
- ⁶ Salvy S.J., Miles J.N., Shih R.A., Tucker J.S., D’Amico E.J. Neighborhood, family and peer-level predictors of obesity-related health behaviors among young adolescents. *J. Pediatr. Psychol*.
- ⁷ Ferris K.A., Babskie E., Metzger A. Associations between Food-Related Parenting Behaviors and Adolescents’ Engagement in Unhealthy Eating Behaviors: The Role of Nutrition Knowledge. *Int. J. Aging Hum. Dev*. 2017;84:231–246.
- ⁸ Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80–86
- ⁹ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.
- ¹⁰ Hebestreit A., Intemann T., Siani A., De Henauw S., Eiben G., Kourides Y.A., Kovacs E., Moreno L.A., Vedidebaum T., Krogh V., et al. On behalf of the I. Family Consortium. Dietary Patterns of European Children and Their Parents in Association with Family Food Environment: Results from the I. Nutrients. 2017;9:126.
- ¹¹ Salvy S.J., Howard M., Read M., Mele E. (2009). The presence of friends increases food intake in youth. *American Journal of Clinical Nutrition*, 90:282-7.
- ¹² Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html).
- ¹³ Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- ¹⁴ Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5.
- ¹⁵ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194.
- ¹⁶ World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995.
- ¹⁷ Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot*. 2018;7:19.
- ¹⁸ Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404.
- ¹⁹ Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305.
- ²⁰ Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123.
- ²¹ Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83.
- ²² Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667–75.
- ²³ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell’adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- ²⁴ Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211.



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

Introduzione

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

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

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

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

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

L'attività fisica

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

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

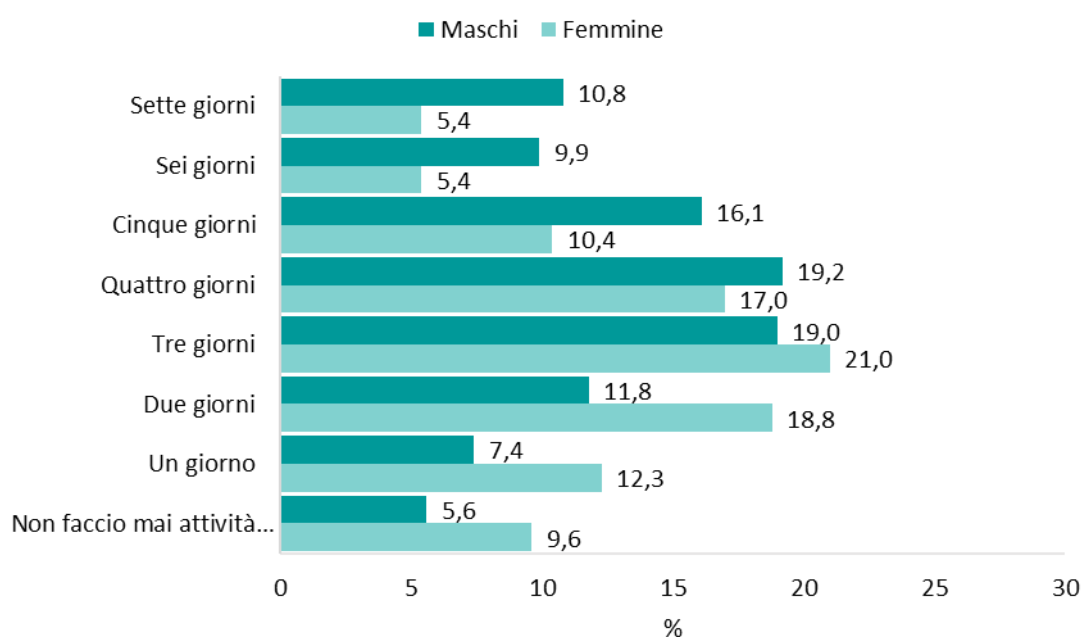
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “*negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno*”; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano in percentuale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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	4,7	7,3	11,2	7,6
Un giorno	7,7	9,9	12,3	9,9
Due giorni	16,3	14,1	15,8	15,4
Tre giorni	21,8	18,9	19,4	20,0
Quattro giorni	20,4	18,2	15,4	18,1
Cinque giorni	13,0	14,1	12,5	13,3
Sei giorni	7,5	8,9	6,4	7,6
Sette giorni	8,6	8,6	7,0	8,1

Osservando la Tabella 1, si nota che il 5% dei ragazzi di 11 anni, il 7% dei ragazzi di 13 anni e l’11% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 53,5%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un’ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 16% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana). Il dato per genere evidenzia che i maschi sono più attivi fisicamente delle femmine (Figura 1).

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



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

In Tabella 2 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Ogni giorno	11,9	10,0	8,0
Da 4 a 6 volte a settimana	21,4	25,9	24,5
3 volte a settimana	22,5	22,0	20,4
2 volte a settimana	22,9	17,0	14,4
Una volta a settimana	8,2	10,0	12,1
Una volta al mese	2,3	4,2	4,6
Meno di una volta al mese	4,9	3,8	5,9
Mai	5,9	7,1	10,1

Osservando la Tabella 2 si nota che il 6% dei ragazzi di 11 anni, il 7% dei ragazzi di 13 anni ed il 10% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 46%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le 3 e le 4-6 volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	10,1	16,9	20,3
Circa mezz'ora	18,2	16,7	17,8
Circa un'ora	25,8	22,4	16,6
Circa 2 ore	21,8	18,7	16,1
Circa 3 ore	10,6	9,1	11,1
Circa 4 ore	5,2	5,4	6,5
Circa 5 ore o più	8,3	10,8	11,6

In generale si osserva come il tempo passato a giocare ai videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 76% degli undicenni, il 75% dei tredicenni ed il 71% dei quindicenni) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere, compreso il non giocare mai.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	31,0	12,0	6,0
Circa mezz'ora	22,7	15,5	8,6
Circa un'ora	17,6	21,2	17,1
Circa 2 ore	12,6	18,0	23,5
Circa 3 ore	6,3	12,7	12,5
Circa 4 ore	4,1	6,7	11,4
Circa 5 ore o più	5,7	13,9	20,9

In generale si osserva come il tempo passato a usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l'età: a 11 anni l'84% trascorre sui social network 2 ore al giorno o meno vs il 55% a 15 anni; il 14% dei tredicenni e il 21% dei quindicenni passano più di 5 ore al giorno sui social network contro il 6% degli undicenni.

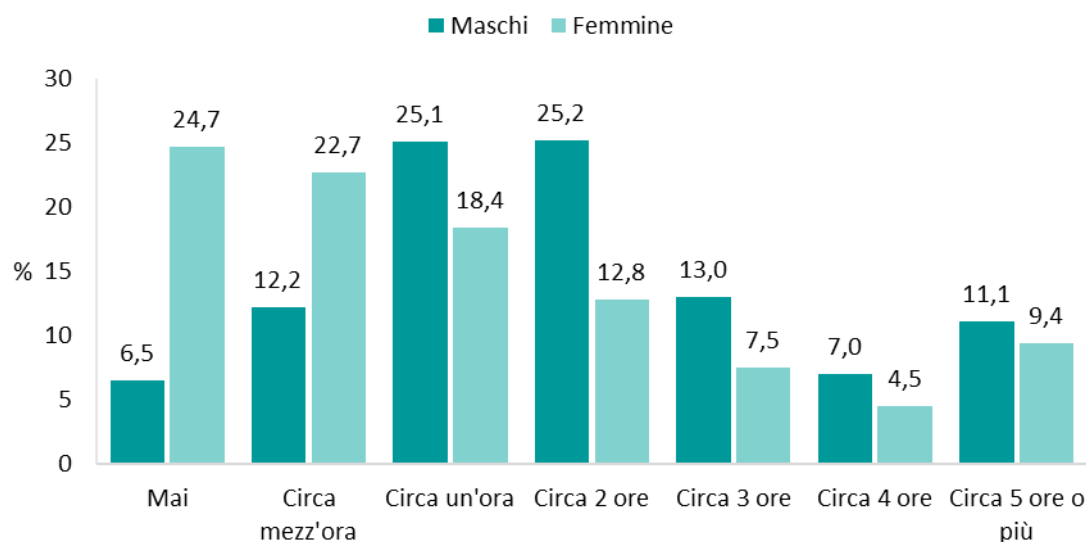
Tabella 5. "Nel tuo tempo libero, quante ore al giorno dedichi a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web come ad esempio You Tube, ecc.?", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	8,2	7,3	10,6
Circa mezz'ora	23,9	22,5	16,3
Circa un'ora	28,9	26,5	25,2
Circa 2 ore	19,0	20,6	22,3
Circa 3 ore	8,4	9,4	10,5
Circa 4 ore	4,6	5,0	6,9
Circa 5 ore o più	7,0	8,7	8,2

Il 20% dei giovani a 11 anni, il 23% a 13 anni ed il 26% a 15 anni dichiara di guardare TV/DVD o video più di due ore al giorno.

In Figura 2 si riportano le differenze di genere limitatamente all'uso di PC/Tablet/cellulare per stare sui social network.

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



Come si può notare dalla figura, l'utilizzo di PC/Tablet/cellulare per stare sui social network è maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

La Tabella 6 mostra la stratificazione per scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	39,5	43,9	57,4
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	48,4	53,3	64,3
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	29,5	25,7	24,6
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	33,0	31,0	31,0
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	27,8	22,2	21,4

Come si può notare dalla tabella, i livelli di attività fisica aumentano all'aumentare del FAS mentre il tempo dedicato all'utilizzo dei dispositivi e all'uso dei social network è maggiore per livelli di FAS basso e decresce, seppur leggermente, all'aumentare del FAS.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	51,9	47,0
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	73,1	55,7

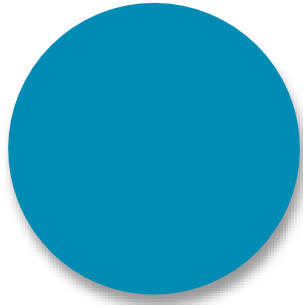
Il confronto con i dati della rilevazione 2018 mettono in evidenza che nel periodo post-pandemia i livelli di attività fisica dei ragazzi si sono ridotti, in particolare, la percentuale di ragazzi che effettuano un'attività fisica intensa per almeno tre giorni a settimana è passata dal 73% del 2018 al 56% del 2022.

Conclusioni

La maggioranza dei ragazzi svolge un'attività fisica dai 2 ai 4 giorni a settimana e solo 1 ragazzo/a su 10 raggiunge il livello raccomandato pari a sette giorni alla settimana. In modo particolare le ragazze risultano essere più sedentarie rispetto ai coetanei maschi. Da un confronto con l'ultima rilevazione si nota inoltre una diminuzione dei tassi di attività fisica tra prima e dopo la pandemia. Accanto a questo dato, la rilevazione 2022 conferma che circa 1 ragazzo/a su 4, in regione, dedica oltre due ore al giorno a guardare la TV/video e a giocare con videogiochi, computer, tablet o smartphone. Più del 30% dei ragazzi inoltre passa oltre due ore al giorno sui social network. Tutti questi comportamenti sedentari aumentano con il crescere dell'età e i maschi risultano avere una maggiore frequenza di utilizzo dei vari devices. Il tempo dedicato ad attività sedentarie (TV, computer, tablet, smartphone, videogiochi e social network) è quindi consistente, anche rispetto a quello dedicato all'attività motoria, il che, oltre ad influire sullo stato di salute, può comportare anche una minore opportunità di relazioni dirette e confronti con i gruppi di pari.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 5

Ambiente scolastico

Introduzione

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

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

Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere

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

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

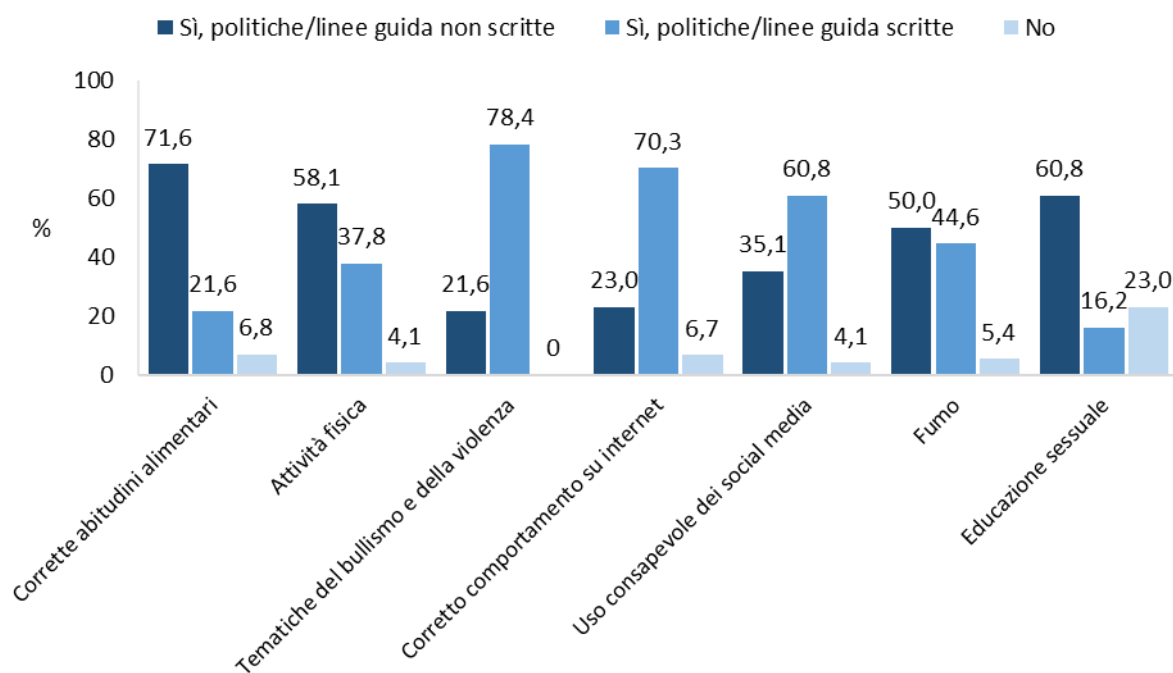
Tabella 1. Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo	Non saprei	Risorsa non presente
Il cortile è in buone condizioni	24,3	50,0	17,6	4,1	0	4,0
La palestra è in buone condizioni	24,3	45,9	14,9	9,5	0	5,4
I laboratori didattici sono attrezzati	13,5	43,2	32,4	8,1	0	2,7
La scuola necessita di restauro	18,9	43,3	23,0	9,5	4,1	1,3

La lettura dei dati presenti in Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: il 62% dei Dirigenti Scolastici si dichiara 'd'accordo o molto d'accordo' sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri, ed il 40% è "in disaccordo o molto in disaccordo" con l'affermazione "i laboratori didattici sono attrezzati".

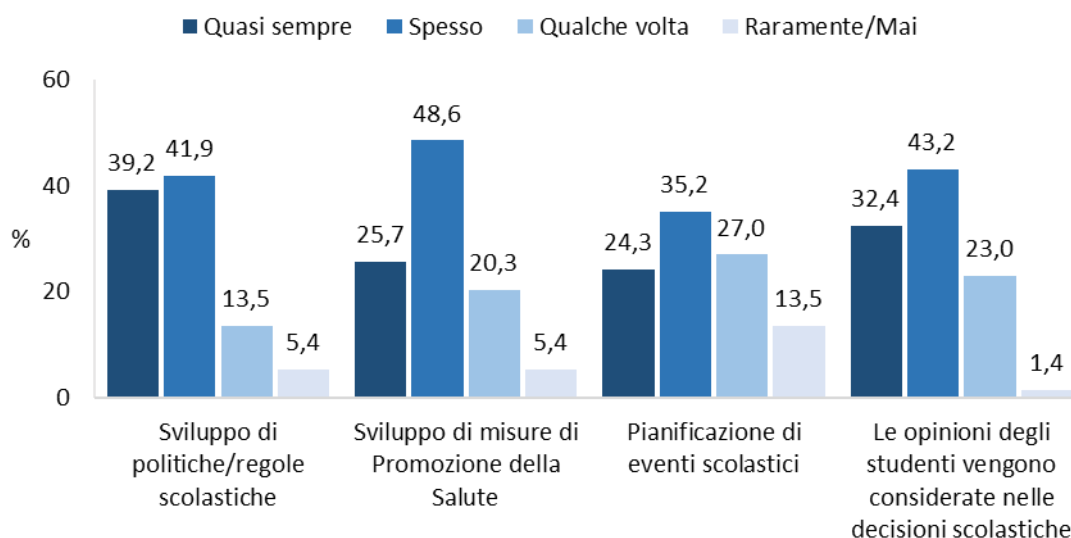
Ai Dirigenti Scolastici è stato chiesto di riportare quali politiche di promozione della salute sono state adottate dalla scuola nelle aree più significative per il benessere dei ragazzi (Figura 1).

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



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

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

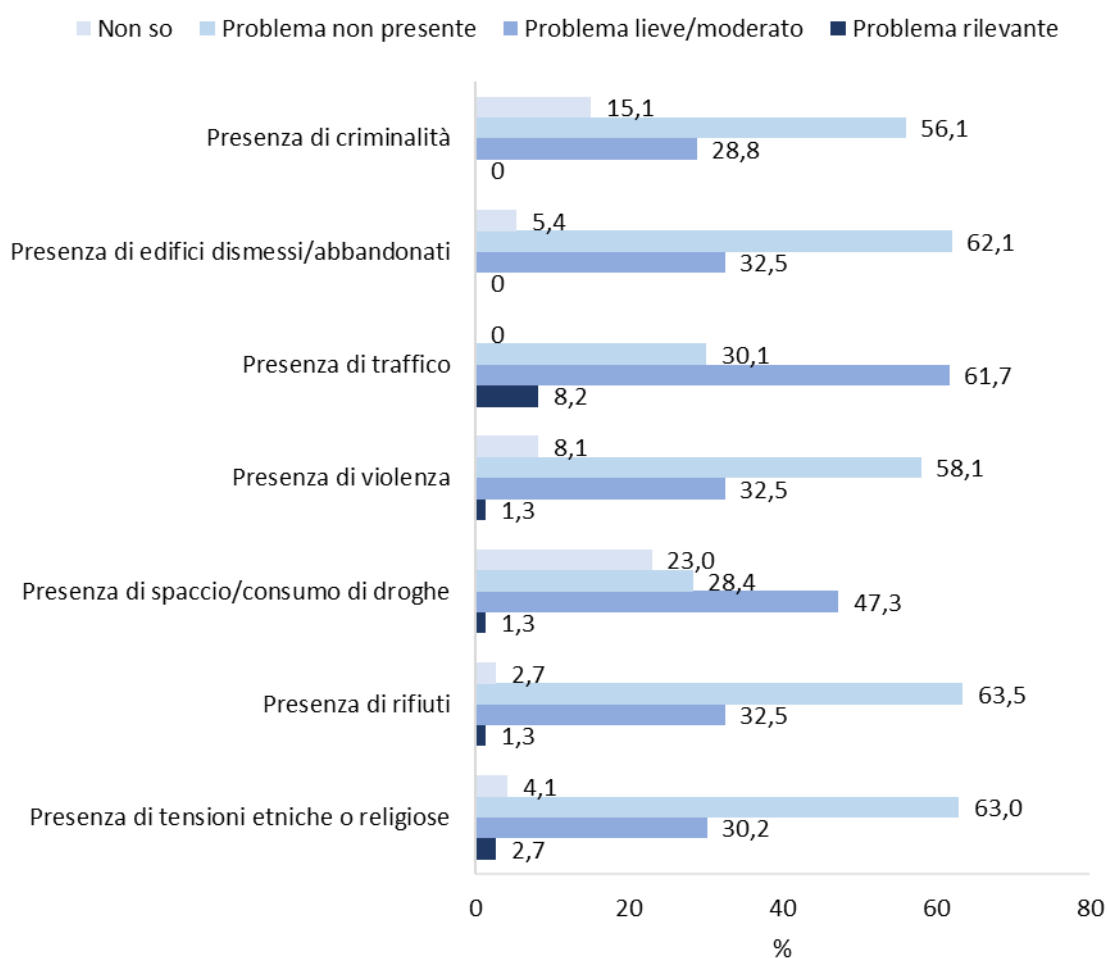


La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (81% è coinvolto quasi sempre o spesso) insieme a

grande considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (il 76% dei Dirigenti tiene in considerazione le opinioni degli studenti quasi sempre o spesso).

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

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



Secondo i Dirigenti Scolastici l'unico problema che risulta rilevante (8%) è la presenza di traffico nell'area in cui è situata la scuola. Per importanza e gravità seguono la presenza di spaccio e il consumo di droghe (che costituiscono un problema lieve/moderato secondo il 47% dei Dirigenti Scolastici) anche se più del 23% dichiara di non essere a conoscenza di questo problema. Seppur più della metà dei Dirigenti Scolastici afferma di non rilevare la presenza di criminalità nell'area in cui è situata la scuola (56%), il 15% non è conoscenza di questa problematica.

Secondo la maggioranza dei Dirigenti Scolastici (69%), la scuola opera in un quartiere il cui benessere è nella media, mentre il 26% dei Dirigenti valuta lo stato di benessere degli abitanti del quartiere presso cui si trova la scuola come “piuttosto o molto bene” (Tabella 2).

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

Per niente bene	0
Non molto bene	4,0
Nella media	68,9
Piuttosto bene	24,3
Molto bene	1,4
Non so	1,4

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

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

	Molte iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	2,7	6,8	2,7
Abbastanza in disaccordo	5,4	14,9	5,4
In disaccordo	8,1	27,0	5,4
Né in accordo né in disaccordo	24,4	18,9	14,9
D'accordo	27,0	12,2	37,8
Abbastanza d'accordo	18,9	4,0	12,2
Completamente d'accordo	8,1	8,1	16,2
Non so	5,4	8,1	5,4

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, il 54% dei Dirigenti è d'accordo nel dichiarare che sono presenti molte iniziative culturali e solo un quarto dei Dirigenti (24%) dichiara la mancanza di punti di ritrovo per i giovani. Anche le associazioni che operano nel sociale risultano molto presenti sul territorio (66%).

Rapporto con gli insegnanti

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

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

Nelle Tabelle 4, 5 e 6 sono riportate le risposte a ciascuna delle domande “I miei insegnanti si interessano a me come persona”, “Ho molta fiducia nei miei insegnanti”, “I miei insegnanti mi accettano per quello che sono”.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d’accordo	17,8	13,5	7,0	12,9
D’accordo	36,1	33,0	24,0	31,1
Né in accordo né in disaccordo	31,5	35,8	38,7	35,3
Non d’accordo	8,6	11,0	19,2	12,8
Per niente d’accordo	6,0	6,7	11,1	7,9

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

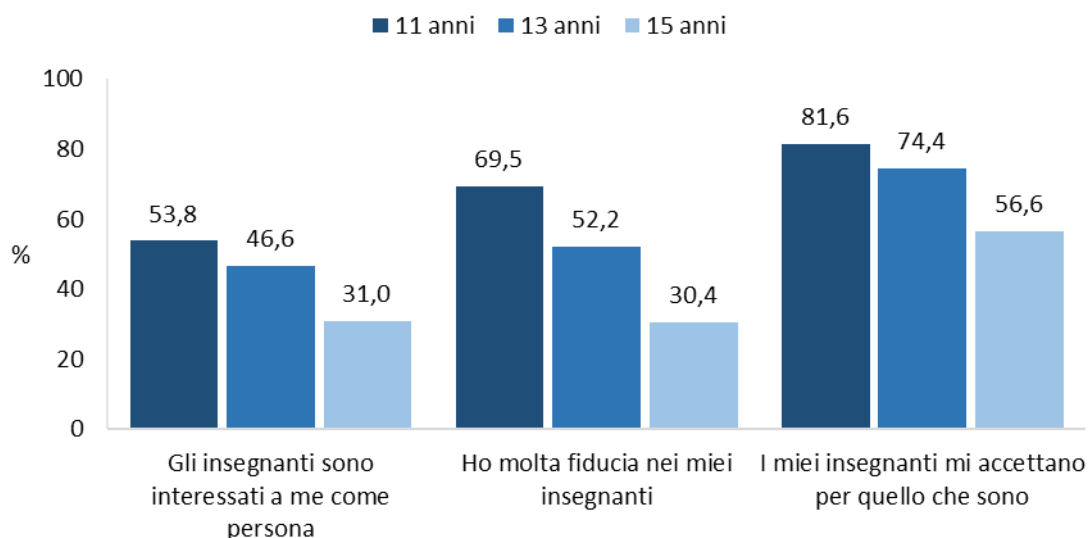
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d’accordo	35,4	18,9	8,2	20,9
D’accordo	34,1	33,3	22,2	30,0
Né in accordo né in disaccordo	20,4	25,8	37,6	27,8
Non d’accordo	4,6	13,0	17,5	11,7
Per niente d’accordo	5,5	9,0	14,5	9,6

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d’accordo	47,7	28,6	17,9	31,5
D’accordo	34,0	45,7	38,7	39,6
Né in accordo né in disaccordo	12,9	18,0	28,9	19,8
Non d’accordo	3,0	5,1	9,9	5,9
Per niente d’accordo	2,4	2,6	4,6	3,2

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

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



Dalla Figura 4 si evince che 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. Mentre la fascia di ragazzi più giovane è per la maggioranza (54%) “d’accordo o molto d’accordo” con l’affermazione “i miei insegnanti si interessano a me come persona”, tale percezione diminuisce con l’avanzare dell’età. Si vede lo stesso trend anche nel grado di accordo dell’affermazione “ho molta fiducia nei miei insegnanti” e “i miei insegnanti mi accettano per quello che sono”, che risulta più alto nella fascia d’età degli 11 anni e diminuisce di molto al crescere dell’età.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

In Tabella 7 è riportata la percentuale dei ragazzi che si dichiara “abbastanza d’accordo o del tutto d’accordo” in risposta alle prime quattro domande, per età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	73,9	65,7	71,5	70,2
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	76,2	68,6	70,6	71,7
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	82,9	78,7	80,0	80,5
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	69,5	67,0	70,4	68,9

Nelle Tabelle 8 e 9 sono riportate le risposte relative a due ulteriori domande, per età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d’accordo	23,5	13,6	13,6	16,9
D’accordo	40,8	35,9	45,6	40,6
Né in accordo né in disaccordo	25,9	30,2	23,7	26,7
Non d’accordo	7,0	13,3	13,4	11,2
Per niente d’accordo	2,8	7,0	3,7	5,6

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d’accordo	35,5	23,1	17,4	25,4
D’accordo	35,2	36,1	44,0	38,3
Né in accordo né in disaccordo	20,8	25,0	26,5	24,1
Non d’accordo	5,1	9,4	7,5	7,4
Per niente d’accordo	3,4	6,4	5,6	4,8

Come si evince dalla lettura della Tabelle 7, 8 e 9 la percezione della disponibilità dei propri compagni ha una deflessione nella fascia d’età dei tredicenni e una ripresa nella fascia dei quindicenni. Ad esempio, meno della metà dei tredicenni (49%) si trova “d’accordo o molto d’accordo” con l’affermazione “La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile” a fronte del 64% di undicenni e del 59% dei quindicenni. Nella consapevolezza che lo sviluppo delle relazioni tra pari avvenga con modalità e con livelli di qualità differenti tra ragazze e ragazzi della stessa età, nelle Figure 5 e 6 si riportano alcune risposte dei ragazzi rispetto alle affermazioni su cui sono stati intervistati.

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

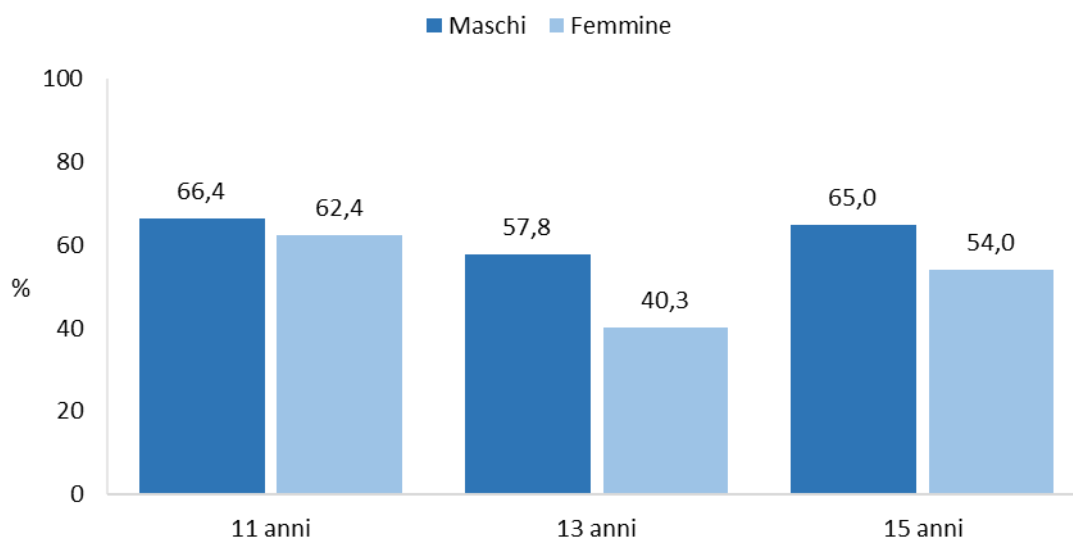
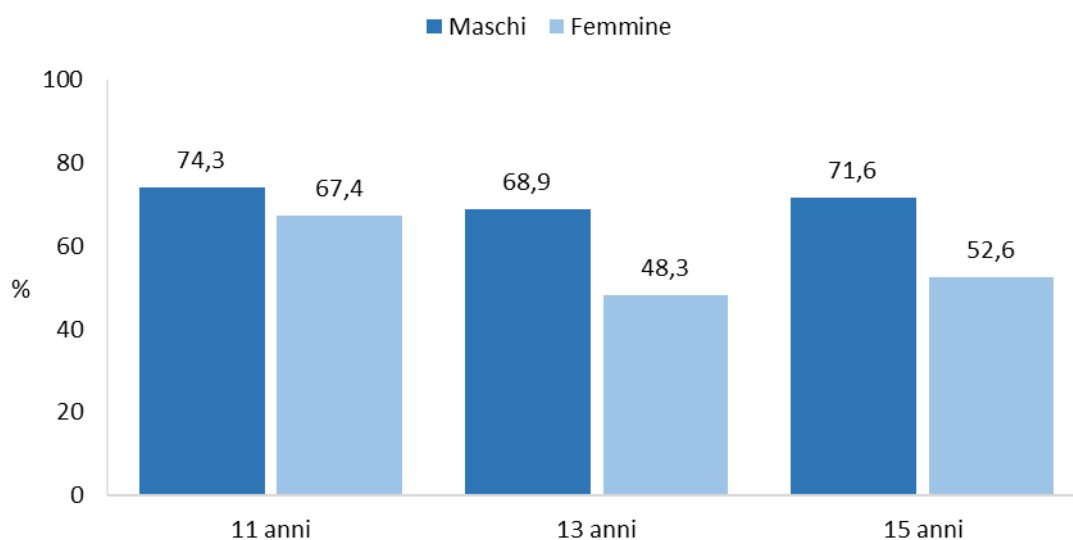


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



Nelle Figure 5 e 6 risulta che le femmine, rispetto ai maschi, hanno una percezione più negativa della disponibilità dei propri compagni, in tutte le fasce di età.

Bullismo e cyberbullismo

Il rapporto su bullismo a scuola dell'Unesco ¹⁶, è stato pubblicato nel 2019 con l'intento di voler sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno bullismo e incoraggiare i diversi Paesi Europei a intraprendere azioni di contrasto efficaci che siano basate su dati concreti e sulle buone pratiche. Il rapporto analizza il fenomeno in 71 paesi del mondo integrando fonti informative differenti tra le quali anche HBSC. Coerentemente con quanto già osservato nello studio, si conferma che l'Italia è uno tra i paesi con la minore prevalenza di bullismo e tra quelli con

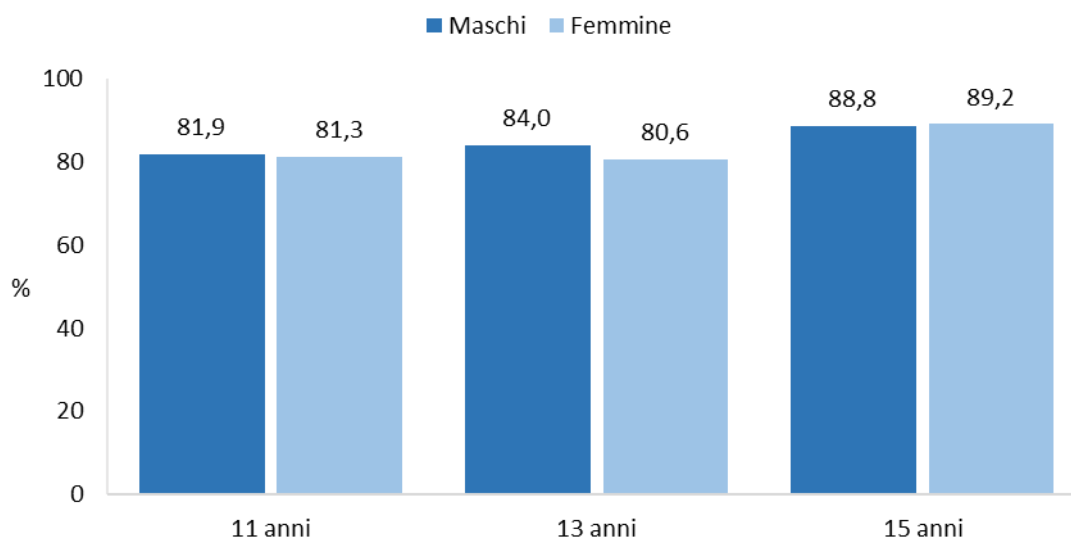
tendenza in riduzione ¹⁶. Il bullismo non è una manifestazione violenta come altre, ma un fenomeno sociale che coinvolge giovani di ogni fascia di età. Vittime, spettatori o perpetratori non sempre riescono ad avere consapevolezza di far parte di un percorso di violenza, e non sempre riescono a districarsi dalla situazione e dai ruoli nei quali si trovano. Spesso questi atti vengono sottovalutati o erroneamente considerati scherzi innocui, rituali di passaggio o peggio dinamiche accettabili ¹⁷. Il bullismo è un tipo di aggressività specifica, caratterizzata da violenza verbale o fisica in cui il comportamento (i) è condotto con l'intenzione di disturbare, infastidire o nuocere l'altro, (ii) si verifica ripetutamente e con continuità nel tempo ed (iii) esiste in presenza di uno squilibrio di potere, con un persona o gruppo più potente che ne aggredisce/attacca uno meno potente che non può adeguatamente difendersi per fermare l'aggressione ¹⁸; è di solito più frequente nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo diverso tra ragazzi e ragazze. Spesso le aggressioni fisiche sono più comuni nei ragazzi, mentre quelle verbali e psicologiche nelle ragazze, anche se talvolta indipendentemente dal genere, queste modalità coesistono.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	81,6	82,4	89,0	84,2
Una o due volte	11,0	10,9	5,7	9,3
Due o tre volte al mese	2,7	2,8	2,4	2,6
Circa una volta alla settimana	1,8	1,5	0,9	1,4
Più volte alla settimana	2,9	2,4	2,0	2,5

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



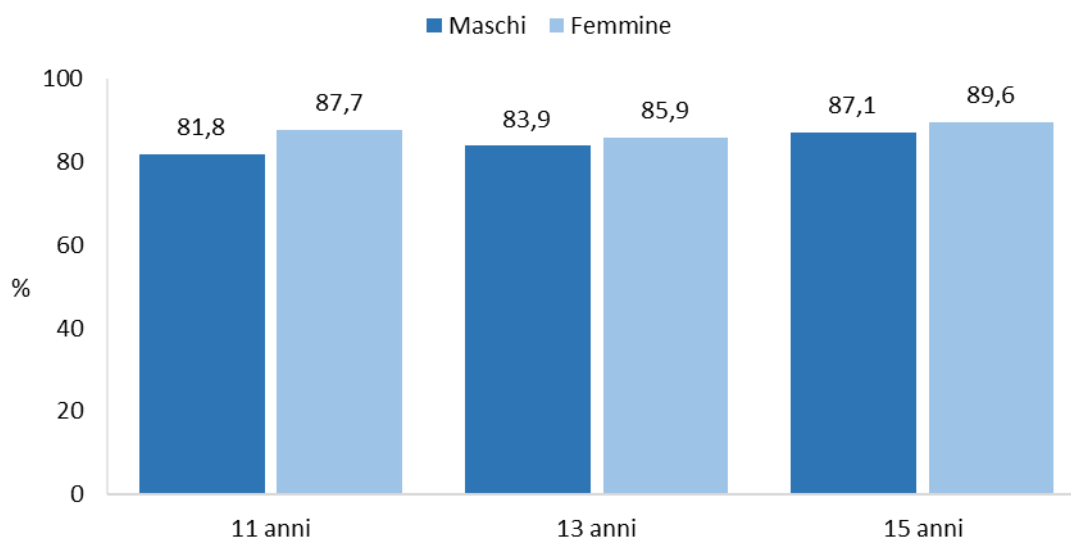
Più dell'80% dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo nei due mesi prima della rilevazione (Tabella 10). Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente i ragazzi di 11 anni (18%) e si riduce con l'età (11% a 15 anni). Non si nota una differenza per sesso, con un leggero aumento di episodi di bullismo tra le ragazze di 13 anni (19%) (Figura 7).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	84,8	84,8	88,5	86,0
Una o due volte	10,6	11,7	7,9	10,1
Due o tre volte al mese	2,3	1,8	1,2	1,8
Circa una volta alla settimana	1,1	1,0	1,0	1,0
Più volte alla settimana	1,2	0,7	1,4	1,1

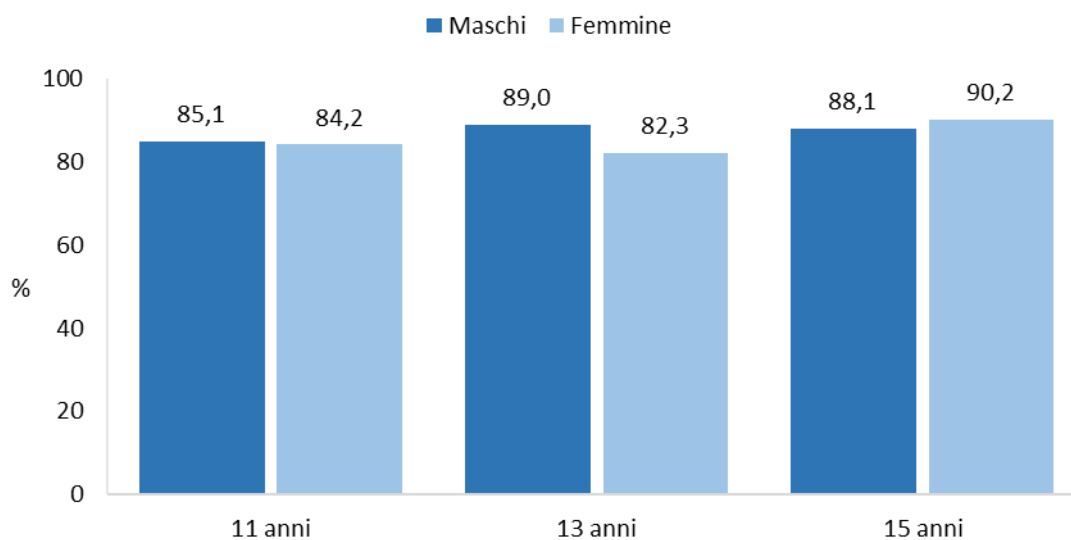
Figura 8. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai partecipato ad atti di bullismo contro un compagno negli ultimi 2 mesi, per età e genere



Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno nei due mesi precedenti l'indagine. Il 18% dei maschi 11enni dichiara di aver partecipato ad atti di bullismo, rispetto al 12% delle ragazze. La percentuale si riduce al crescere dell'età.

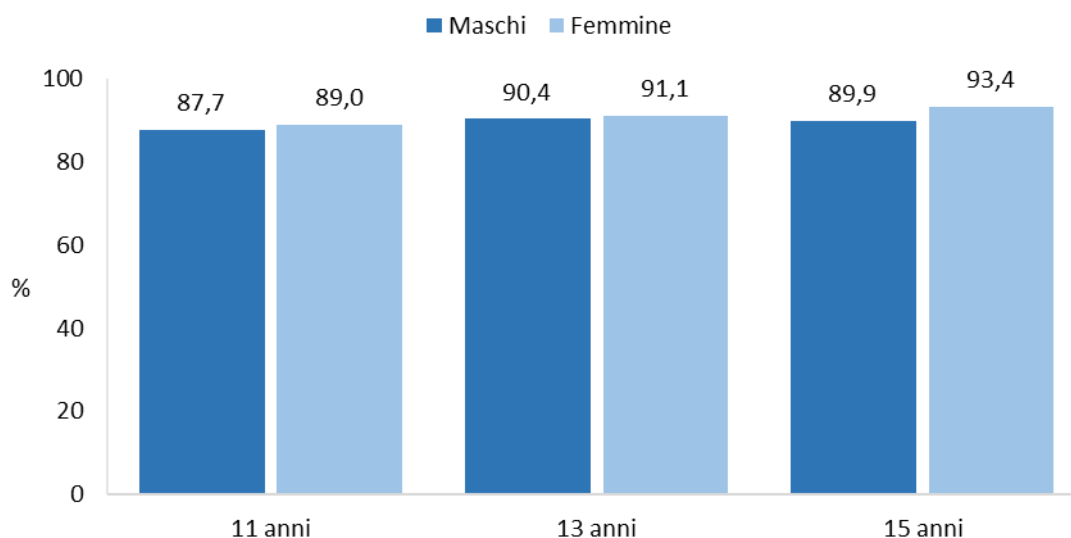
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state poste due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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



Nella Figura 9 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha mai subito azioni di cyberbullismo. Si verifica però un aumento del cyberbullismo subito fra le 13enni (18%).

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



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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	65,0	62,7	74,9	67,4
Una volta	16,1	16,2	13,0	15,1
Due volte	6,0	8,2	4,8	6,4
Tre volte	3,8	3,5	2,3	3,2
Quattro volte o più	9,1	9,4	5,0	7,9

La Tabella 12 mostra come un terzo degli studenti intervistati dichiarò di essersi azzuffato almeno una volta nell’ultimo anno. Si può notare un aumento della percentuale dei ragazzi coinvolti almeno una volta in una colluttazione violenta nella fascia dei 13 anni.

La scuola

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

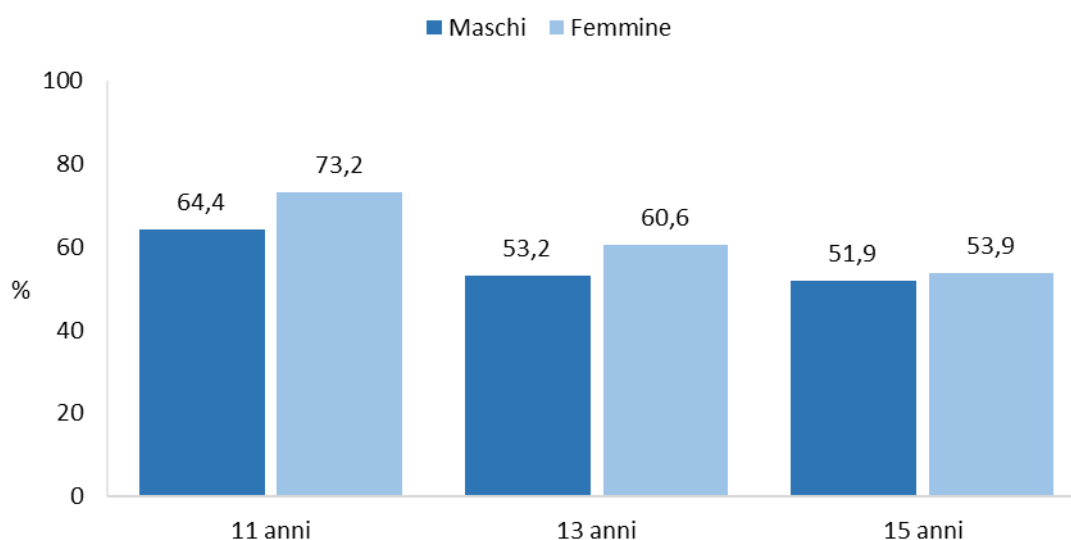
Il rapporto dei ragazzi con la scuola è uno tra i determinanti della salute più significativi per la popolazione nell’età dello sviluppo. Lo studio ha indagato alcuni aspetti di questo rapporto con diverse domande, ad esempio chiedendo loro cosa pensassero della scuola.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	16,8	8,0	5,2	10,0
Abbastanza	52,2	48,7	47,7	49,5
Non tanto	22,7	30,8	34,0	29,1
Non mi piace per nulla	8,3	12,5	13,1	11,4

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

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

Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell’età. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze in ogni fascia di età. (Figura 11)

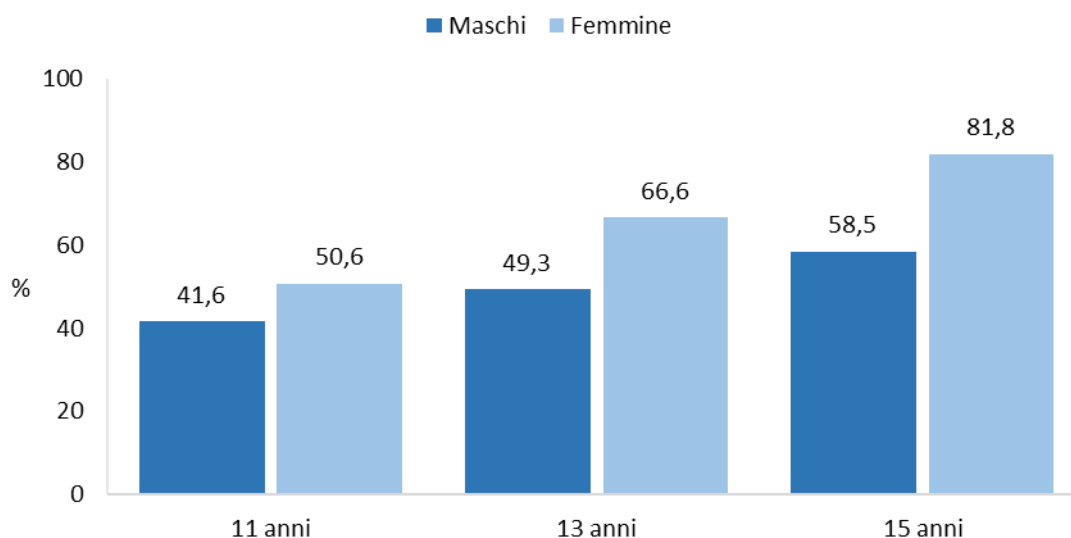
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Per niente	8,5	4,9	4,6	6,0
Un po’	45,2	37,7	24,4	35,9
Abbastanza	28,5	35,1	33,2	32,3
Molto	17,8	22,3	37,8	25,8

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



Complessivamente, i dati evidenziano come lo stress scolastico riferito aumenti al crescere dell’età e sia più presente nelle ragazze. Nella fascia dei 15 anni ben l’82% delle ragazze si dichiara “molto o abbastanza” stressata dalla scuola.

Per un confronto nel tempo

Nella Tabella 15 si riporta un confronto tra alcuni indicatori rilevati nella survey del 2018 e del 2022. Tra le due raccolte dati gli adolescenti hanno vissuto la pandemia da COVID-19. Si può notare un generale peggioramento dei dati nel periodo post-pandemico.

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

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d’accordo/molto d’accordo)	48,2	44,0
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d’accordo/molto d’accordo)	58,4	50,9
I miei compagni sono gentili e disponibili (d’accordo/molto d’accordo)	60,8	57,5
Non ho mai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi (d’accordo/molto d’accordo)	85,0	84,2
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d’accordo/molto d’accordo)	92,1	86,5
La scuola mi piace abbastanza o molto (d’accordo/molto d’accordo)	66,1	59,5
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	57,1	58,1

Conclusioni

La lettura dei dati suggerisce che più della metà dei Dirigenti Scolastici (62%) è d'accordo sulla necessità di sottoporre la propria scuola a lavori di restauro.

Continuano ad essere poco presenti politiche scritte relative alla promozione alla salute implementate dalla scuola: meno della metà delle scuole ha politiche scritte su fumo e attività fisica, solo 1 su 5 su corrette abitudini alimentari e solo 1 su 6 su educazione sessuale.

Dato positivo è invece il coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (81%) e la possibilità per i ragazzi di avere voce in capitolo nelle decisioni sull'organizzazione della scuola (76%) sebbene solo 1 su 2 sia coinvolto nella pianificazione degli eventi scolastici. Pare quindi ancora migliorabile l'integrazione tra studenti e professori per quel che riguarda la pianificazione delle diverse attività scolastiche.

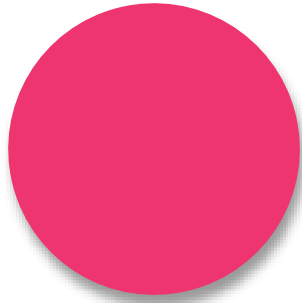
Anche il giudizio sulle qualità relazionali ragazzi/insegnanti dovrebbe essere oggetto di riflessione per migliorare nel complesso il clima scolastico. Fa riflettere che aumentando l'età si riduca la fiducia che i ragazzi hanno nei loro insegnanti in tutti i parametri valutati.

A più di 1 ragazzo/a su 3 non piace tanto o per nulla la scuola e più della metà dei ragazzi riferisce di sentirsi abbastanza o molto stressato per il lavoro da svolgere per la scuola. In entrambi i casi il dato aumenta con l'aumentare dell'età. A 15 anni, 8 ragazze su 10 riferiscono di essere abbastanza o molto stressate.

Il bullismo rimane un fenomeno da attenzionare. Complessivamente circa 1 ragazzo/a su 6 segnala di aver subito atti di bullismo negli ultimi due mesi con un dato che non si è modificato rispetto al 2018. Gli atti di cyberbullismo, seppur limitati, sembrano interessare maggiormente le ragazze, nella fascia d'età dei 13 anni (18%).

Bibliografia essenziale

- ¹ Zimmer-Gembeck M.J., Locke E.M. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30: 1–16.
- ² Crosnoe R., Needham B. (2004). Holism, Contextual variability and the Study of friendship in adolescent development. *Child Development*, 75: 264, 279.
- ³ Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *Am J Community Psychol*. 2007;39:177-90.
- ⁴ Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.
- ⁵ Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.
- 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.
- ⁷ Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.
- ⁸ Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.
- ⁹ Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.
- ¹⁰ de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.
- ¹¹ Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.
- ¹² Lemma P, Borraccino A, Berchiolla P, Dalmasso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health*, 2015;37:573-80.
- ¹³ Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.
- ¹⁴ Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵ van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶ UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.
- ¹⁷ Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- ¹⁸ Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «*JAMA: Journal of the American Medical Association*», 285, pp. 2094-2100.
- ¹⁹ Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- ²⁰ Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)
- ²¹ Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt.



CAPITOLO 6

Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze

Introduzione

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

Uso di sostanze

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

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

Fumo

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	98,9	94,5	74,5	89,7
1-2 giorni	0,3	3,0	7,4	3,5
3-5 giorni	0,3	0,6	3,5	1,4
6-9 giorni	0	0,4	2,4	0,9
10-19 giorni	0,1	0,4	2,3	0,9
20-29 giorni	0,2	0	2,1	0,7
30 giorni	0,2	1,1	7,8	2,9

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,1	93,6	81,2	91,5
1-2 giorni	0,4	3,6	8,5	4,1
3-5 giorni	0,1	1,2	2,7	1,3
6-9 giorni	0	0,8	2,9	1,2
10-19 giorni	0	0,1	1,2	0,4
20-29 giorni	0,1	0,2	0,7	0,3
30 giorni	0,3	0,5	2,8	1,2

Nella Tabella 1 si osserva che la maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato; la percentuale di “non fumatori” si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 99% degli undicenni al 74% dei quindicenni. Anche per quanto riguarda la sigaretta elettronica la percentuale di non fumatori si riduce con l’età passando dal 99% degli undicenni all’81% dei quindicenni. (Tabella 2)

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0	0,9	6,8	2,3
Femmine	0,4	1,3	8,8	3,5

Si osserva che la percentuale di femmine che fuma ogni giorno è superiore rispetto ai coetanei maschi, in tutte le fasce d’età.

Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici ⁶ ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni ⁷, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato e che può aver ripreso vigore in seguito alla fase pandemica che ci stiamo lasciando alle spalle. Inoltre, è fondamentale monitorare questo fenomeno anche alla luce del fatto che è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta ⁸. Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta ⁹.

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	87,7	66,4	31,7	62,2
1-2 giorni	8,9	14,3	17,8	13,7
3-5 giorni	1,3	4,9	10,4	5,5
6-9 giorni	0,4	4,9	9,1	4,8
10-19 giorni	0,5	3,7	8,2	4,1
20-29 giorni	0,1	1,4	6,9	2,7
30 giorni o più	1,1	4,4	15,9	7,0

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	95,8	79,6	49,8	75,5
1-2 giorni	2,5	12,1	22,5	12,2
3-5 giorni	0,8	4,2	12,9	5,8
6-9 giorni	0,1	2,3	7,8	3,3
10-19 giorni	0	0,6	3,6	1,4
20-29 giorni	0,1	0,4	0,9	0,5
30 giorni	0,7	0,8	2,5	1,3

La maggior parte dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol nella vita e negli ultimi 30 giorni; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età per entrambi gli indicatori.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0,9	0,8	3,9	1,7
Femmine	0,6	0,9	1,4	0,9

Si osserva che la percentuale di ragazzi di 15 anni che beve ogni giorno è quasi tre volte la percentuale delle ragazze della stessa età.

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	0,8	4,4	4,7	15,0	75,1
Vino	0,6	2,5	4,2	13,8	78,9
Superalcolici	0,6	4,5	6,0	12,4	76,5
Alcolpops	0,7	2,1	4,2	9,6	83,4
Spritz	0,4	3,4	5,0	13,0	78,2
Altra bevanda alcolica	0,7	4,1	6,1	14,5	74,6

In Tabella 7 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di essersi ubriacati nel corso della loro vita.

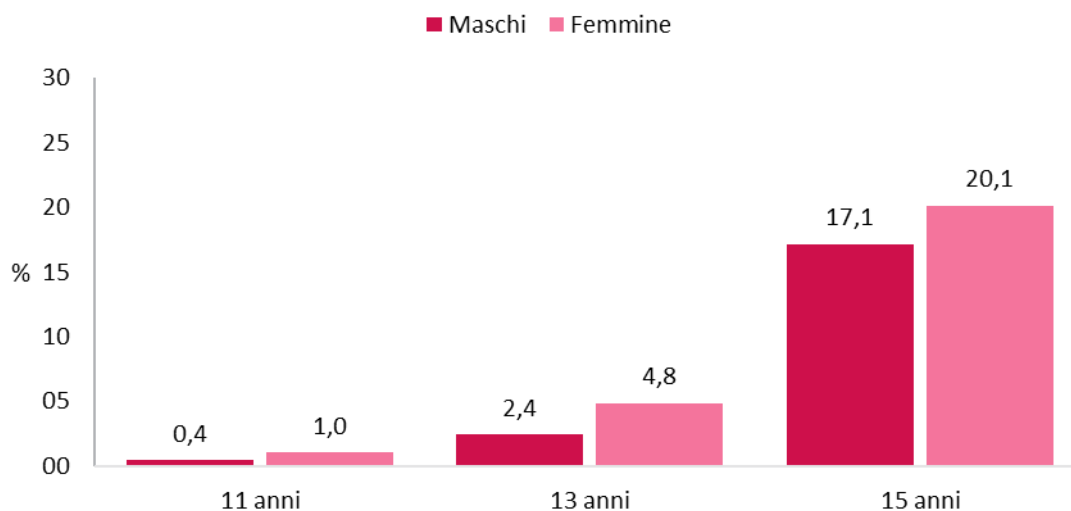
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	97,9	91,6	71,9
Si, una volta	1,4	4,8	9,4
Si, 2-3 volte	0,3	2,4	9,8
Si, 4-10 volte	0	0,6	4,2
Più di 10 volte	0,4	0,6	4,7

Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età, infatti quasi 1 quindicenne su 5 si è ubriacato 2 volte o più nella vita.

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

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

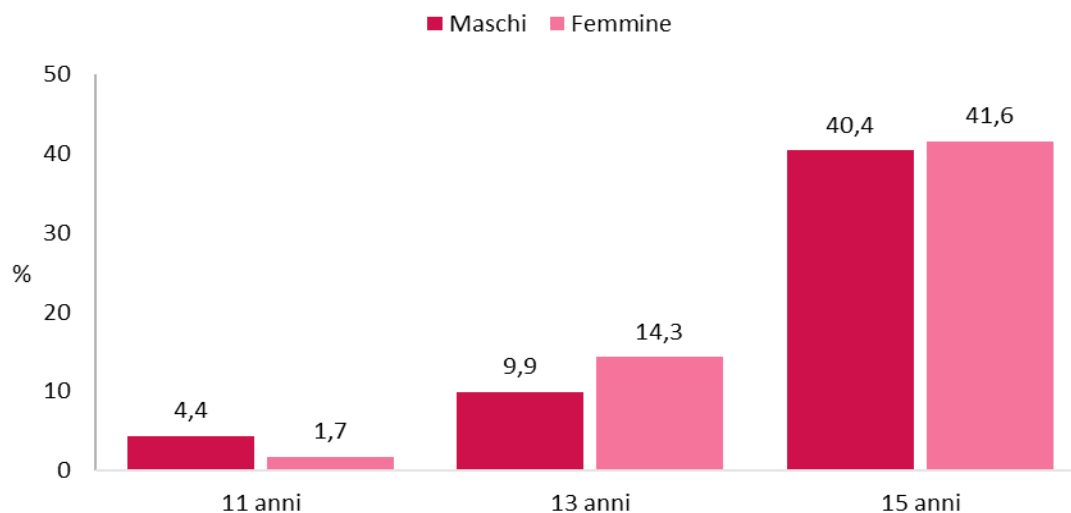


Tra i quindicenni, le femmine, in percentuale superiore rispetto ai maschi (20% vs 17%), dichiarano di essersi ubriacate due volte o più nella vita.

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, è un fenomeno che si sta sempre più diffondendo tra i giovani ¹¹⁻¹². A riguardo, negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie con azioni che vanno dalla riduzione dell'accessibilità alle bevande alcoliche e all'esposizione alle pubblicità sull'alcol, ad attività di ricerca e monitoraggio sul tema ¹³.

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

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



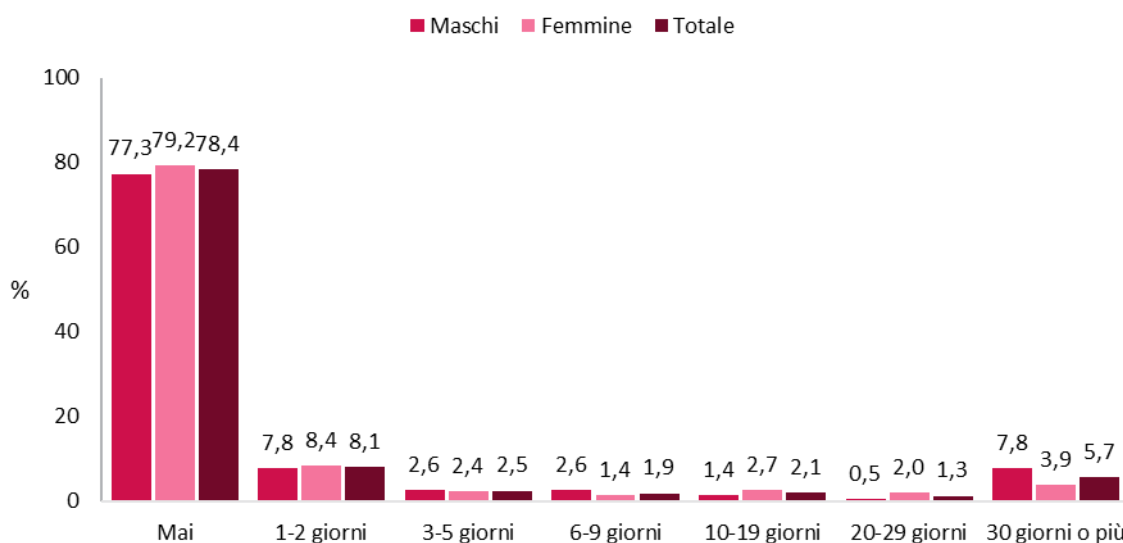
Più di 1 quindicenne su 3, dichiara di aver consumato, in un'unica occasione, 5 o più bicchieri di alcol negli ultimi 12 mesi, senza differenze di genere.

Cannabis

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

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

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



La Figura 3 mostra che il 77% dei ragazzi e il 79% delle ragazze non hanno mai fatto uso di cannabis e solamente una piccola percentuale (6%) ha dichiarato di aver fumato cannabis 30 giorni o più, con maggiore frequenza nei maschi rispetto alle femmine (8% vs 4%).

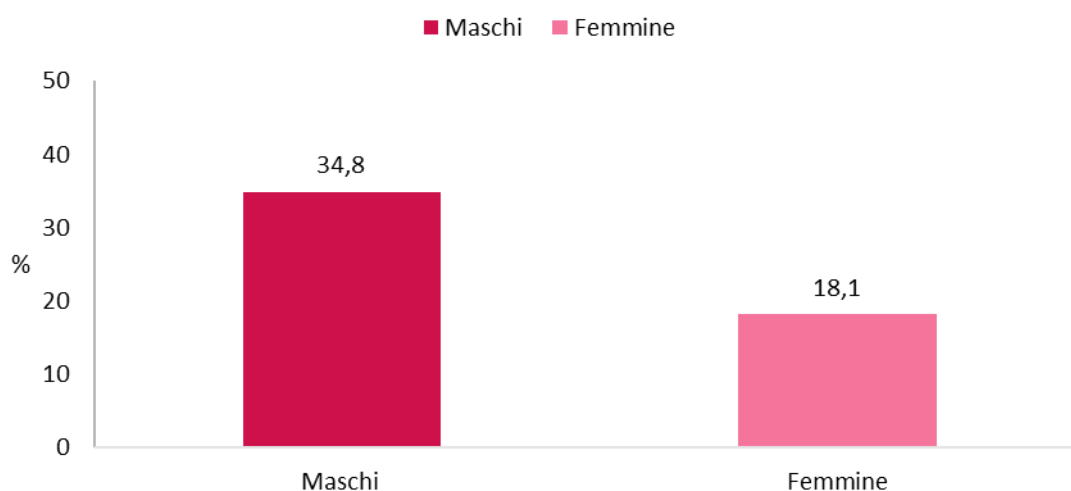
Gioco d'azzardo

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

abuso di sostanze, depressione e persino suicidio¹⁸. L'indagine HBSC ha come obiettivo quello di monitorare l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita e negli ultimi 12 mesi.

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

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



Questo comportamento è maggiormente frequente nei maschi (35%) rispetto alle femmine (18%).

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

La Tabella 8 mostra la stratificazione per scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo in relazione ai soli ragazzi di 15 anni.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	10,2	8,1	5,5
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	18,0	17,5	22,1
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	46,9	50,7	52,4
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	19,5	16,8	22,4
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	42,6	38,8	44,1
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	21,7	19,5	25,7
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	21,6	24,3	31,6

Uno stato socio-economico familiare più alto è associato a una percentuale maggiore di ragazzi che consumano alcool, che fumano cannabis e che praticano il gioco d'azzardo. Anche l'utilizzo delle sigarette elettroniche è più frequente nei ragazzi con un FAS alto, mentre l'uso della sigaretta tradizionale è associato a un FAS basso.

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 9, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo relativamente ai ragazzi con 15 anni. Tra le due raccolte dati, quella del 2018 e quella del 2022, si è verificata la pandemia da COVID-19 che ha di fatto inciso sulle abitudini e gli stili di vita di tutti, compresi gli adolescenti. Nel confronto a seguire, il 2022 è considerato l'anno di raccolta dati post-pandemia.

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

	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	25,0	25,6
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	50,8	50,3
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	14,9	18,7
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	40,4	41,0
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	14,1	12,6
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	31,4	25,7

I dati rilevati nel pre- e post-pandemia sono sostanzialmente stabili, senza nessun miglioramento nei diversi indicatori. La percentuale di ragazzi che hanno praticato il gioco d'azzardo almeno una volta nella vita sembra essere in leggera deflessione.

Conclusioni

Riassumendo, i comportamenti a rischio sono diffusi nei nostri ragazzi: il 10% tra gli 11 e i 15 anni fuma, anche se non abitualmente, con una frequenza molto più elevata tra i quindicenni (25%). Al fumo di sigaretta si aggiunge l'utilizzo della sigaretta elettronica che è riferita dal 9% dei ragazzi/e. La sigaretta è utilizzata maggiormente dai ragazzi/e con un livello socioeconomico basso al contrario della sigaretta elettronica.

Il consumo di alcol negli adolescenti della nostra regione è preoccupante: 1 ragazzo/a su 4 ha dichiarato di aver consumato alcolici nell'ultimo mese, anche se raramente. Il fenomeno dell'ubriachezza aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età: quasi 1 quindicenne su 5 si è ubriacato almeno 2 volte nella vita.

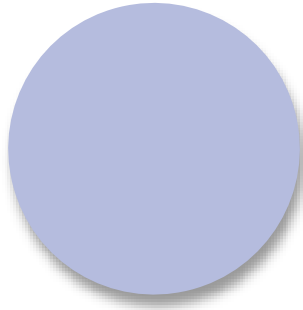
Il 22% dei quindicenni ha fatto uso di cannabis. Una piccola percentuale (6%) ha dichiarato di aver fumato cannabis 30 giorni o più: tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi rispetto alle femmine (8% vs 4%).

Il 35% dei maschi e il 18% delle femmine hanno dichiarato di aver giocato d'azzardo, provando qualche volta a scommettere denaro.

Uno stato socio-economico familiare più alto, rispetto a uno più basso, è associato a una percentuale maggiore di ragazzi che consumano alcool, che fumano cannabis e che praticano il gioco d'azzardo.

Bibliografia essenziale

- ¹ National Institute on Drug Abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>
- ² WHO report on the global tobacco epidemic 2019. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
- ³ Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- ⁴ Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T. (2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- ⁵ Lambert M., Verduykt P., Van den Broucke S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M., Hublet A., Verduykt P., Maes L., Van den Broucke S. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Belgium: Flemish Institute for Health Promotion.
- ⁶ Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, Godeau E, Kuntsche E, Molcho M, Pförtner TK, Simons-Morton B, Vieno A, Vollebergh W, Pickett W. Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 2015 ;25 Suppl 2:69-72.
- ⁷ Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, Elgar FJ. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S120-S128.
- ⁸ Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.
- ⁹ Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440-449.
- ¹⁰ Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014.
- ¹¹ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Drinking Levels Defined*. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- ¹² M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions., in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323-8.
- ¹³ Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).
- ¹⁴ Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.
- ¹⁵ Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862-1873.
- ¹⁶ Frisone, F., Settineri, S., Sicari, P. F., & Merlo, E. M. (2020). Gambling in adolescence: a narrative review of the last 20 years. *Journal of Addictive Diseases*, 38(4), 438-457..
- ¹⁷ Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci*. 2016;17(8):970-980.
- ¹⁸ Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36



CAPITOLO 7

Salute e Benessere

Introduzione

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

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

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

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

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

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

Salute percepita

Lo studio HBSC come si è detto precedentemente rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana che, sotto il profilo epidemiologico, presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute di una comunità nel suo complesso, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età per la quale è invece più appropriato affidarsi alla percezione soggettiva del proprio stato di salute ⁷. 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 depressione ⁸ con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori ⁹.

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

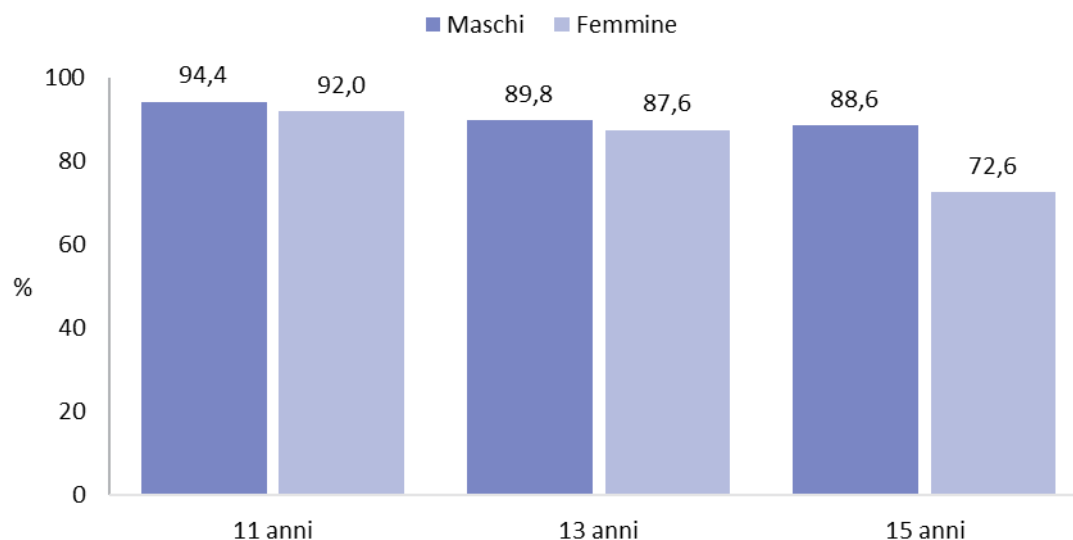
Tabella 1. “Diresti che la tua salute è..., per età” (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	40,8	33,2	23,2	32,5
Buona	52,4	55,5	56,8	54,9
Discreta	6,0	9,8	17,5	11,0
Scadente	0,8	1,5	2,5	1,6

Osservando la Tabella 1 si evince che l'87% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione migliore dello stato di salute nei ragazzi di undici anni, che nel 92% considera la propria salute “eccellente” o “buona”, mentre la percentuale si riduce all'88% tra i tredicenni e all'80% tra i quindicenni.

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

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all’aumentare dell’età e, in più, risente di differenze di genere. Si può, infatti, notare che in tutte le fasce d’età i maschi percepiscono più positivamente la propria salute rispetto alle femmine.

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione della propria soddisfazione di vita è stato valutato utilizzando una scala da 0 (=la peggior vita possibile) a 10 (=la miglior vita possibile). I principali risultati sono riportati in Tabella 2 con categorizzazione in due gruppi di punteggio (da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6). Il punteggio ≥ 6 indica un buon livello di soddisfazione.

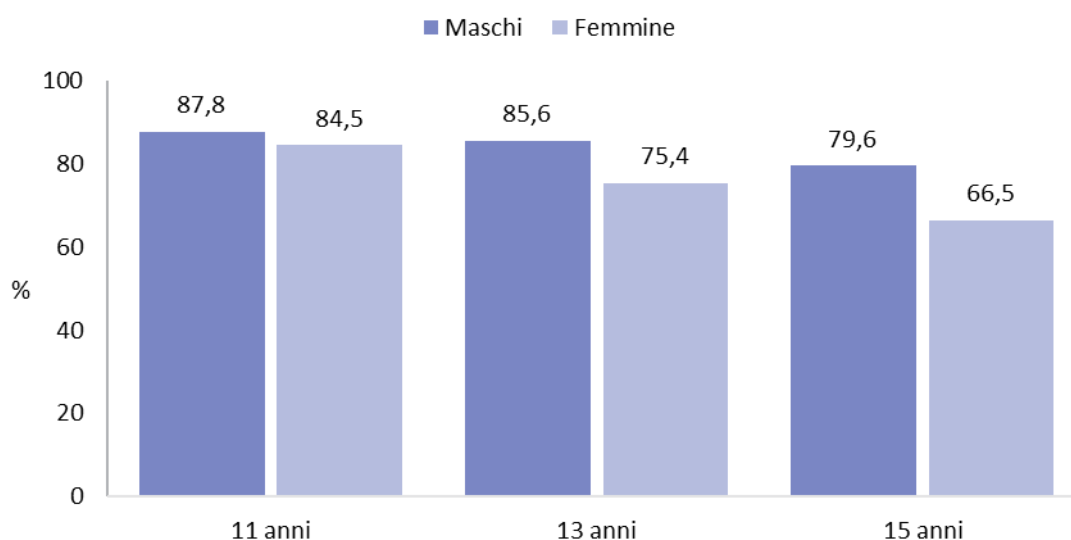
Tabella 2. “In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	13,9	19,2	27,4	20,1
≥ 6	86,1	80,8	72,6	79,9

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere secondo un gradiente per età: la percentuale di punteggio ≥ 6 si riduce dall'86% degli undicenni al 73% dei quindicenni.

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

Figura 2. Frequenza di coloro che riferiscono un buon livello di soddisfazione di vita (punteggio ≥ 6) per età e per genere (%)



Facendo un confronto per genere si evidenzia che le femmine hanno un livello di soddisfazione di vita minore rispetto ai maschi, in particolare tra le quindicenni (1 ragazza su 3 è insoddisfatta della propria vita).

Sintomi riportati

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

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

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

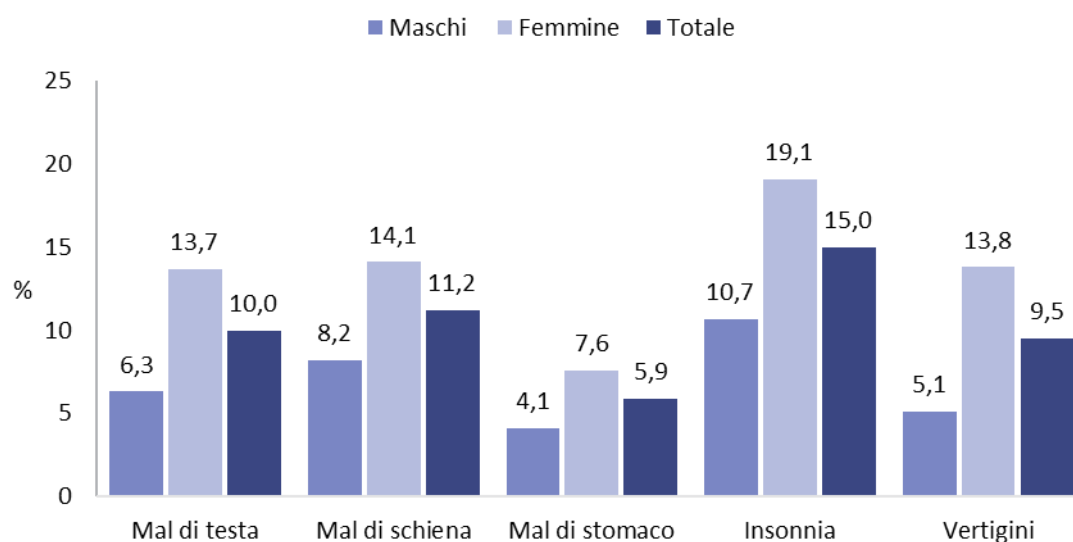
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	38,0	44,6	51,9	44,7
Più di una volta a settimana	28,0	28,7	26,8	27,9
Circa una volta a settimana	18,4	14,6	11,9	15,0
Circa una volta al mese	11,3	10,3	7,4	9,7
Raramente o mai	4,3	1,8	2,0	2,7

I dati presentati in Tabella 3 mostrano differenze tra le varie classi di età, con un trend incrementando. Circa 1 undicenne su 3 e 1 quindicenne su 2 ha riportato di provare quasi ogni giorno dei sintomi legati a disturbi fisici, umorali o comportamentali.

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

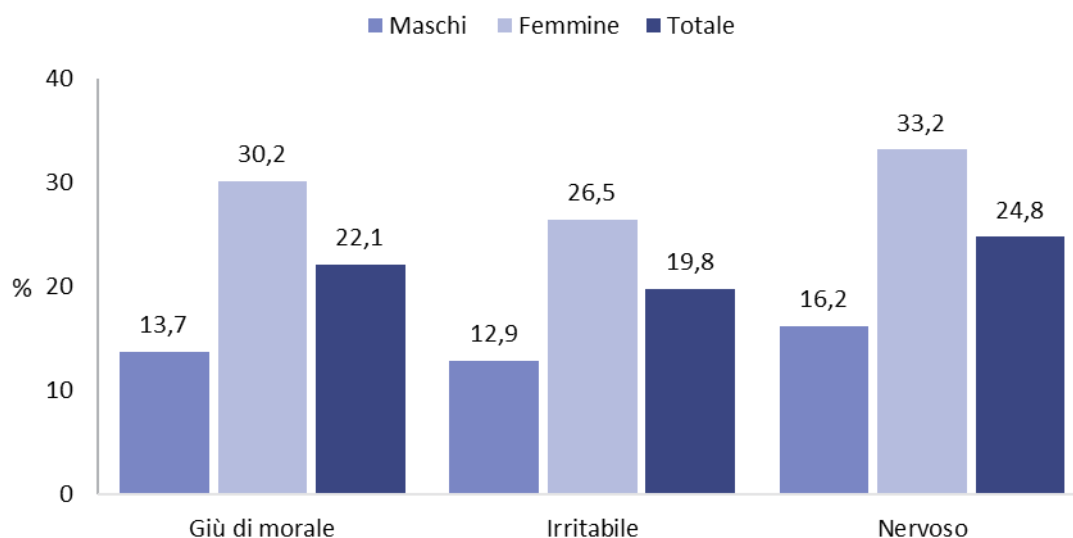
Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



Sia tra i maschi che tra le femmine il sintomo somatico quotidiano maggiormente riferito è stato l'insonnia, riportato dall'11% dei maschi e dal 19% delle femmine e per alcuni sintomi, come le vertigini e il mal di testa, la frequenza per le ragazze è più del doppio rispetto ai ragazzi.

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



Mettendo a confronto la Figura 3 e la Figura 4 si evince che i sintomi psicologici quotidiani sono, in generale più frequenti rispetto ai sintomi somatici. Più di 1 adolescente su 5, infatti, si è sentito giù di morale e/o irritabile e/o nervoso. Questi sintomi sono molto più diffusi tra le ragazze.

Utilizzo di farmaci

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No	46,5	41,6	36,0	41,4
Sì	53,5	58,4	64,0	58,6

Abitudini sessuali

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	18,0	18,6	18,3
No	82,0	81,4	81,7

Come si rileva dalla Tabella 5, quasi 1 quindicenne su 5 dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi, senza una differenza di genere.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	77,9	68,1	72,5
Pillola	18,2	16,0	17,0
Coito interrotto	47,4	47,9	47,6
Contracezione di emergenza	7,8	13,8	11,1
Giorni fertili	19,5	26,6	23,4
Altri metodi	1,3	2,1	1,7

Dalla Tabella 6 si evince che il metodo contraccettivo più utilizzato (72%) è il preservativo, tuttavia quasi 1 quindicenne su 2 pratica il coito interrotto, senza differenze per sesso. Vi sono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine: in particolare 1 ragazza su 4 conta i giorni fertili e il 14% ha utilizzato la contraccezione di emergenza.

Benessere psicologico

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

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

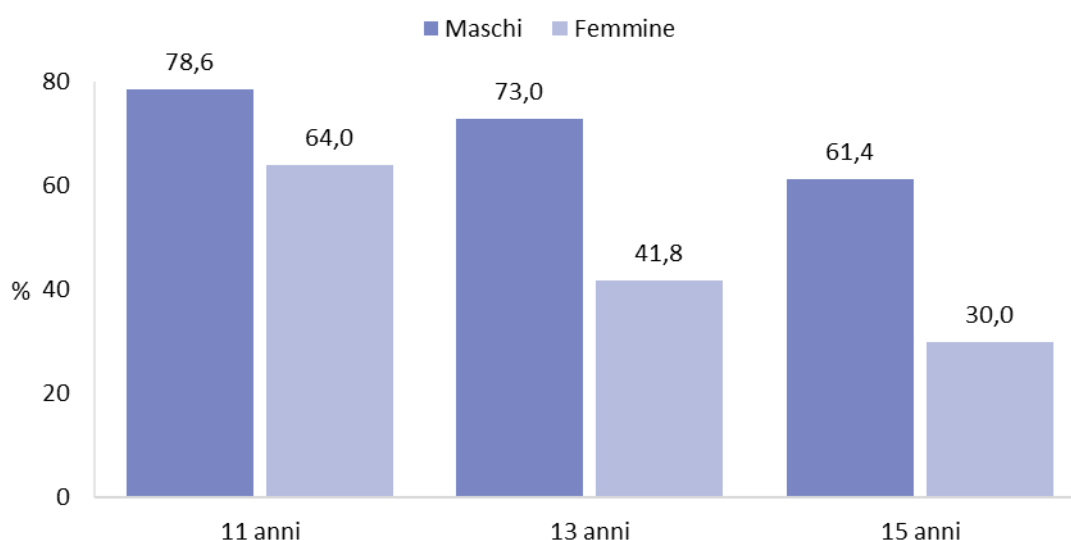
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio $\geq 12,5$, basso livello se punteggio $< 12,5$), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
$\geq 12,5$	71,0	58,3	44,5	58,0
$< 12,5$	29,0	41,7	55,5	42,0

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze significative nella percezione del proprio benessere psicologico con un giudizio più critico al crescere dell'età.

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

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



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze di genere nella percezione del proprio benessere psicologico, con percentuali più basse nelle femmine. In particolare tra i quindicenni quasi 2 ragazze su 3 dichiarano di non avere un buon livello psicologico rispetto a 1 ragazzo su 3. Tuttavia, in generale, sia per i maschi che per le femmine la percezione del benessere psicologico diminuisce al crescere dell'età.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli nell'ultimo anno.

La Tabella 8 mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12 mesi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	33,4	15,3	24,2
Raramente	31,6	24,9	28,2
A volte	25,2	38,1	31,8
La maggior parte delle volte	8,0	16,9	12,5
Sempre	1,8	4,7	3,3

Infortunati

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	52,6	51,1	54,7	52,8
Una volta	25,9	25,0	23,9	24,9
Due volte	10,9	13,8	11,3	12,0
Tre volte	4,8	5,8	5,5	5,4
Quattro volte o più	5,8	4,3	4,6	4,9

In generale, quasi la metà dei ragazzi dichiara di aver avuto almeno un infortunio che ha richiesto cure mediche negli ultimi 12 mesi.

Il FAS e la soddisfazione di vita

La Tabella 10 mostra la stratificazione per scala FAS del livello di percezione della soddisfazione di vita.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	29,3	19,1	16,8
≥ 6	70,7	80,9	83,2

Osservando la tabella si nota che la percentuale di ragazzi che dichiara un buono/ottimo livello di soddisfazione di vita aumenta all'aumentare dello stato socio-economico familiare.

Per un confronto nel tempo

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

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

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

	2018	2022
< 5	13,4	20,1
≥ 6	86,6	79,9

Dalla tabella si evince che il livello di soddisfazione per la propria vita si è ridotto post-pandemia.

Conclusioni

Gli aspetti considerati in questo capitolo consentono una descrizione della percezione del benessere psicofisico degli adolescenti. Si osserva una differenza fra femmine e maschi rispetto al proprio stato di salute: le ragazze hanno una percezione dello stato generale di salute molto meno soddisfacente rispetto ai maschi, soprattutto fra i quindicenni.

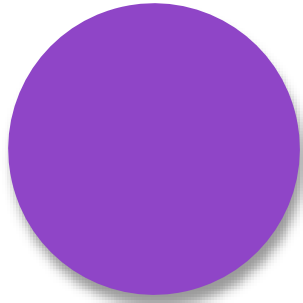
Si evidenzia che 7 ragazzi su 10 riferiscono segni di malessere psicofisico per più di una volta alla settimana e questo fenomeno aumenta al crescere dell'età. Le ragazze nel complesso dichiarano di soffrire di più rispetto ai ragazzi dei sintomi sia fisici che psichici.

La percezione del benessere psicologico diminuisce al crescere dell'età. In particolare tra i quindicenni quasi 2 ragazze su 3 dichiarano di non avere un buon livello di benessere psicologico rispetto a 1 ragazzo su 3.

Quasi 1 ragazzo su 5 riporta di aver già avuto rapporti sessuali completi, senza differenza di genere. Tuttavia il 28% dei ragazzi non ha utilizzato il preservativo e ben il 48% ha utilizzato il coito interrotto.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 8

Social media e gaming

Introduzione

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

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

L'uso dei social media

In Tabella 1 è riportata la frequenza per età 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.

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

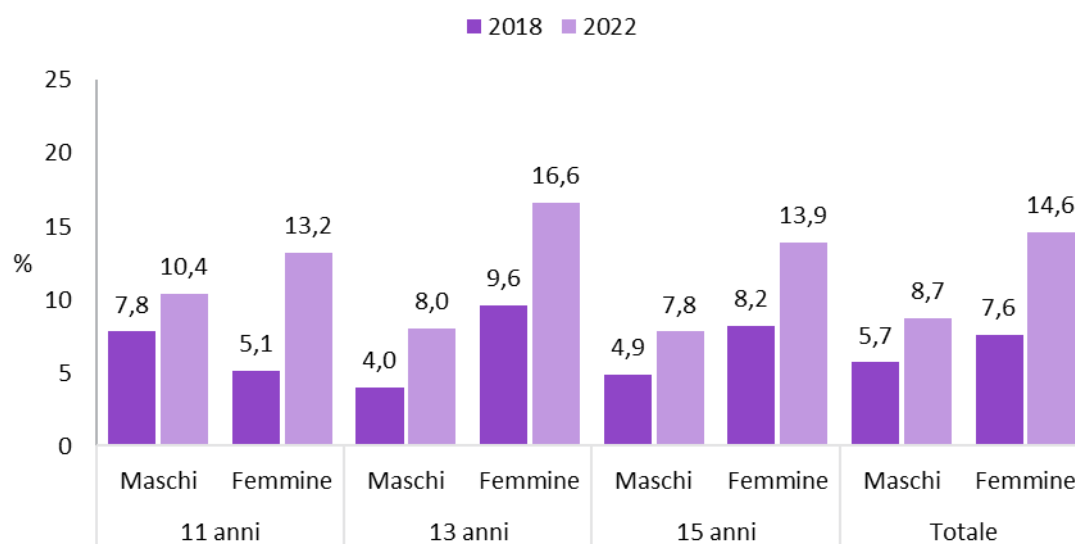
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	58,8	73,3	81,6	71,2
Amici di un gruppo allargato	36,6	42,0	44,0	40,8
Amici conosciuti tramite internet	12,0	19,6	22,0	17,9
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	46,2	46,4	48,2	46,9

Dai dati riportati in tabella emerge che, in generale, la maggior parte dei ragazzi ha contatti online giornalieri con gli amici o altre persone e questa frequenza aumenta con l'aumentare dell'età. I ragazzi prediligono comunicare online soprattutto con gli amici stretti (71%), a seguire vengono le altre persone come genitori o fratelli/sorelle (47%) e gli amici di un gruppo allargato (41%). Il 18% invece dei ragazzi ha contatti giornalieri con amici conosciuti su internet.

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

In Figura 1 sono riportate le percentuali di adolescenti che dichiarano di fare un uso problematico dei social media, divisi per genere, età e anno di rilevazione.

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



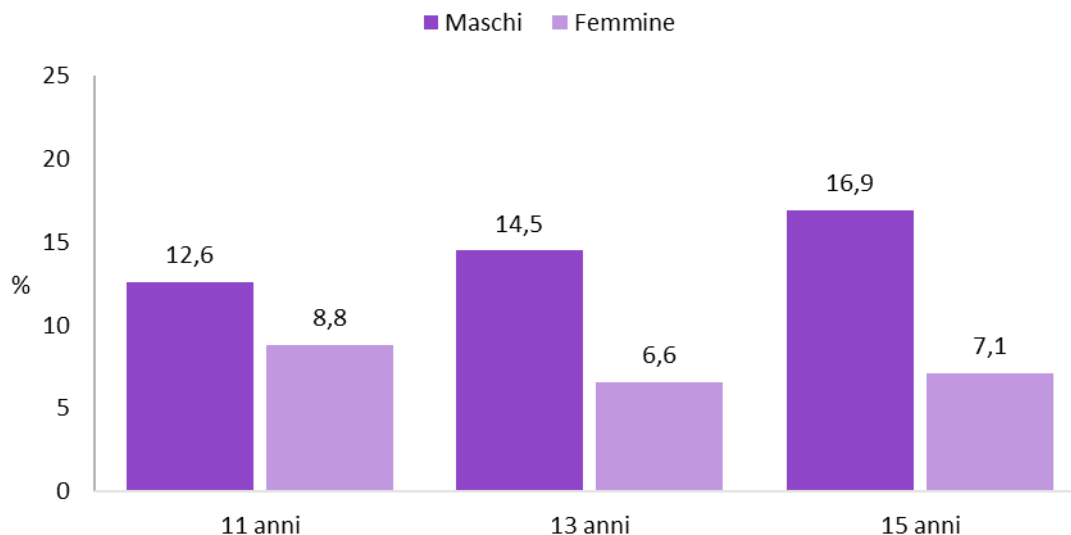
I dati derivanti dalla *Social Media Disorder Scale* mettono in evidenza che, nella nostra regione, sono in generale le femmine a dichiarare maggiormente di riconoscersi in 6 o più sintomi legati all'uso dei social media e, quindi, potenzialmente a maggior rischio di sviluppare una problematicità ad essi correlata. Per i maschi invece l'utilizzo problematico dei social media appare maggiore negli 11enni. Rispetto alla rilevazione 2018, nel 2022 si nota un sostanziale aumento di questa problematica, soprattutto nei ragazzi di 13 anni e appartenenti al genere femminile.

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine HBSC del 2022, per la prima volta, sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano.

In Figura 2 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per età e genere. Questa soglia è rilevante perché, in base alla letteratura scientifica, può essere associata a maggiore problematicità, in termini di difficoltà di controllo del tempo speso a giocare ai videogiochi a discapito di altre attività extrascolastiche¹¹.

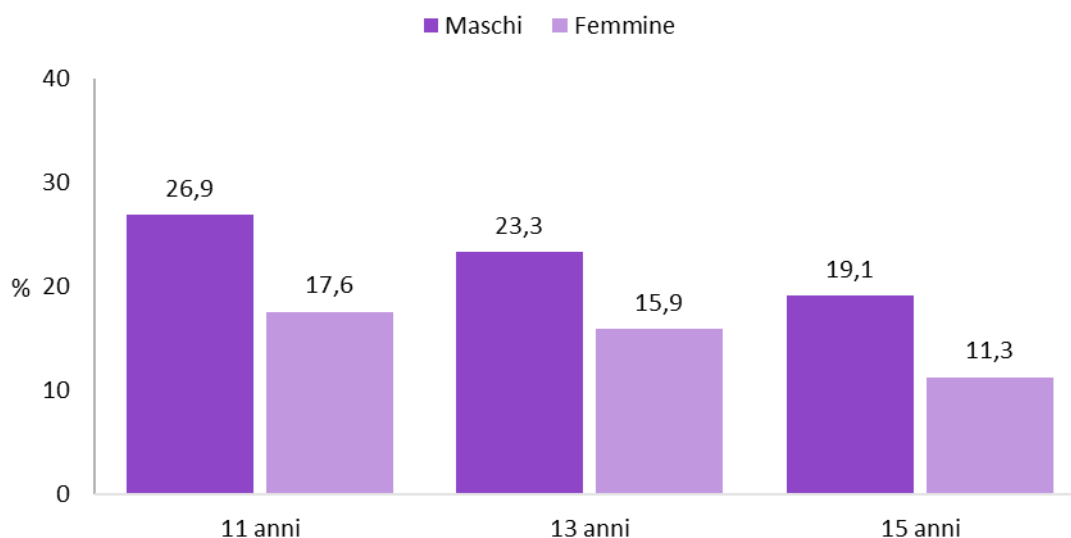
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere (%)



Osservando la Figura 2, si nota che il 13% dei maschi di 11 anni, il 14,5% di quelli di 13 anni ed il 17% di quelli di 15 anni gioca ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno, contro una percentuale inferiore di ragazze in tutte le fasce di età.

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

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



Osservando la Figura 3 emerge che la percentuale di ragazzi che fa uso problematico dei videogiochi tende a diminuire all'aumentare dell'età sia nei maschi che nelle femmine. Questa problematica interessa maggiormente il genere maschile rispetto a quello femminile.

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

La Tabella 2 mostra la stratificazione per scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	63,4	72,8	74,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	33,4	40,2	46,6
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	18,0	16,2	20,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	44,3	46,2	49,7
Uso problematico dei social media	13,8	10,6	12,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	15,7	11,2	10,6
Uso problematico dei videogiochi	27,1	17,8	19,6

Osservando la Tabella 2, si nota che la frequenza di contatti online giornalieri con gli amici e/o altre persone aumenta all'aumentare del FAS. L'uso problematico dei videogiochi è maggiore nei ragazzi appartenenti a famiglie con basso stato socio-economico.

Conclusioni

I dati derivanti dall'indagine sui social media evidenziano una frequenza di un uso elevata di questi strumenti come forma di comunicazione tra i ragazzi. La maggior parte dei ragazzi, indipendentemente dall'età, ha contatti giornalieri tramite social in particolare con gli amici più stretti, ma anche con genitori e fratelli e questa tendenza aumenta passando dai ragazzi di 11 a quelli di 15 anni.

Una particolare attenzione merita anche l'utilizzo problematico dei social media poiché, sebbene i social possano avere un impatto positivo sul benessere dei ragazzi in termini di maggiore connessione con i coetanei e non solo, è noto che un uso eccessivo può avere ripercussioni sulla loro salute psico-fisica. In quest'ultima rilevazione, i ragazzi che dichiarano di riconoscersi in 6 o più sintomi di uso problematico dei social media sono circa il 12%, con frequenza maggiore nelle femmine di 13 anni. Rispetto alla rilevazione 2018 si osserva un sostanziale aumento di questa problematica (12% vs 7%), senza distinzioni di genere.

Anche l'uso dei videogiochi è un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani, con un utilizzo problematico in circa il 19% dei ragazzi, prevalentemente appartenenti al genere maschile e con una tendenza a decrescere all'aumentare dell'età.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

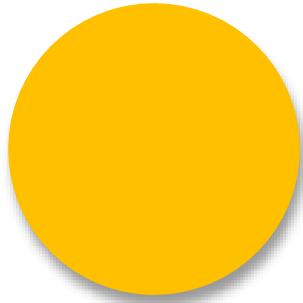
⁹ Bender, P. K., Kim, E. L., & Gentile, D. A. (2020). Gaming disorder in children and adolescents: risk factors and preventive approaches. *Current Addiction Reports*, *7*, 553-560.

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

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

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

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



CAPITOLO 9

COVID-19

Introduzione

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

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

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

Positività al COVID-19

In Tabella 1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi per età e genere rispetto alla positività al COVID-19. La Tabella 2 riporta invece in percentuale le risposte dei ragazzi rispetto alla eventuale positività al COVID-19 di familiari e la loro ospedalizzazione.

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

	Maschi	Femmine
11 anni	49,5	48,0
13 anni	42,3	41,0
15 anni	44,4	40,2
17 anni	45,5	44,2
Totale	45,3	43,3

In generale, è emerso che circa il 49% dei ragazzi di 11 anni, il 42% dei ragazzi di 13 e 15 anni e il 45% dei ragazzi di 17 anni è risultato positivo al COVID-19. Non si evidenziano sostanziali differenze per età mentre risulta che le femmine si sono ammalate un po' di meno rispetto ai coetanei maschi.

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

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	74,0	12,6
13 anni	72,6	14,6
15 anni	74,2	16,0
17 anni	72,5	14,0
Totale	73,3	14,3

Osservando la Tabella 2, si nota che il 73% dei ragazzi ha avuto una familiare positivo al COVID-19 e il 14% ha avuto un familiare ospedalizzato a causa della infezione.

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

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

Nella Tabella 3, si riporta l'impatto percepito del COVID-19 sui diversi aspetti, per genere, e nella Figura 1 si riporta l'impatto "prevalentemente negativo" dei medesimi items stratificato per età.

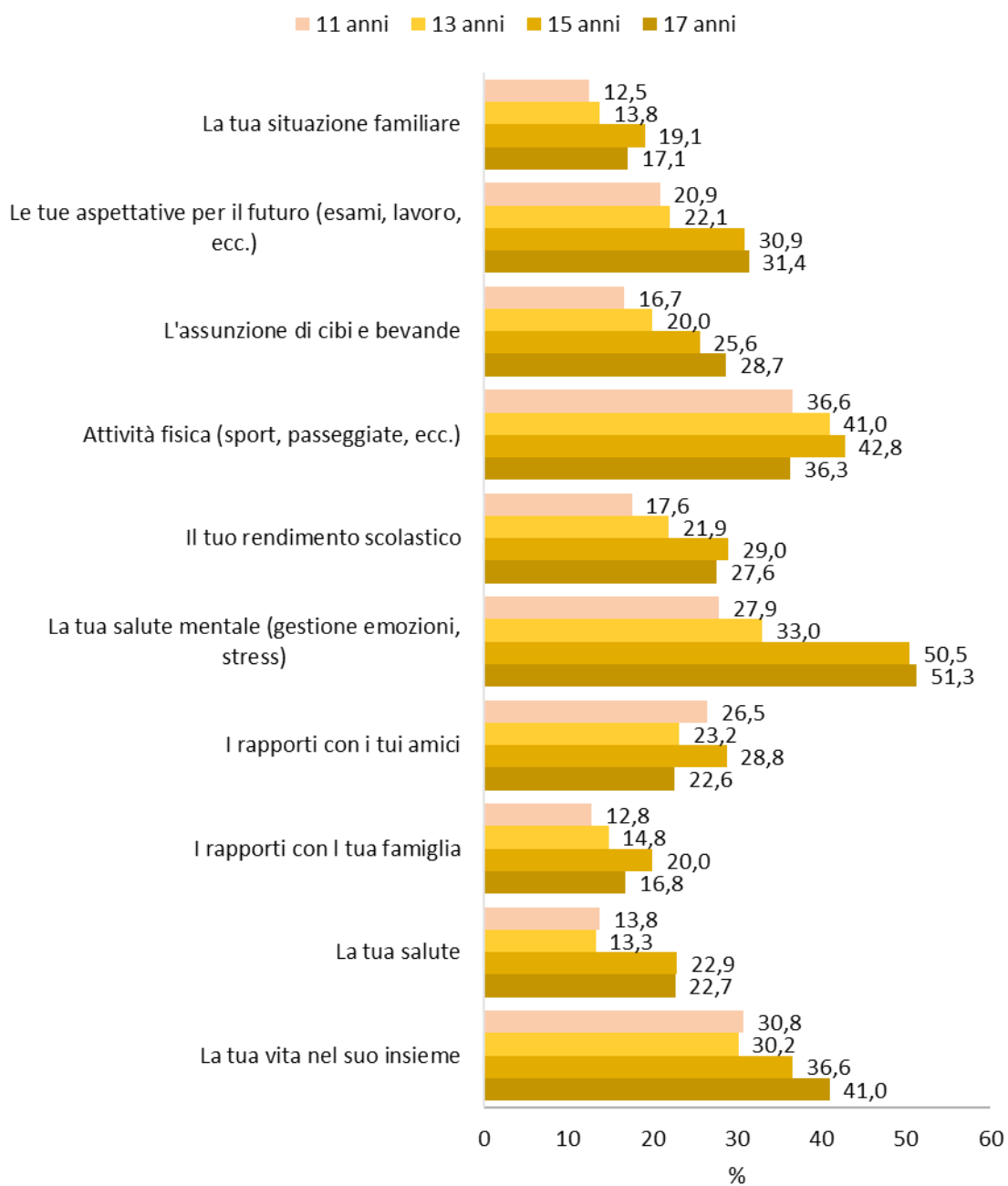
Tabella 3. "Che impatto hanno avuto le misure per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) sui seguenti aspetti della tua vita?" per genere (%)

	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo né positivo	Positivo*	Negativo*	Né negativo né positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	31,3	42,7	26,1	37,3	43,0	19,8
La tua salute	16,2	43,5	40,3	19,5	46,2	34,3
I rapporti con la tua famiglia	13,5	32,8	53,7	18,3	34,0	47,6
I rapporti con i tuoi amici	23,3	33,1	43,6	27,2	34,3	38,5
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	28,0	37,5	34,5	51,6	28,2	20,2
Il tuo rendimento scolastico	24,6	33,4	42,0	23,1	37,6	39,3
L'assunzione di cibi e bevande	17,6	45,9	36,6	27,2	46,1	26,7
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	38,3	24,9	36,7	40,2	28,9	30,9
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	22,2	43,4	34,3	29,7	42,3	28,0
La situazione finanziaria familiare	14,9	47,8	37,3	16,1	52,0	31,9

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

Osservando la tabella, si nota che le femmine riportano un impatto maggiore della pandemia per tutti gli aspetti della loro vita; questa differenza risulta più evidente per l'indicatore "la tua salute mentale (gestione emozioni, stress)" con un impatto negativo pari al 52% nelle femmine contro il 28% nei maschi.

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



Osservando la Figura 1, si nota che i ragazzi più grandi hanno avuto un impatto “molto/abbastanza negativo” maggiore per tutti items considerati, rispetto a ragazzi più giovani.

Fonti di informazione sul COVID-19

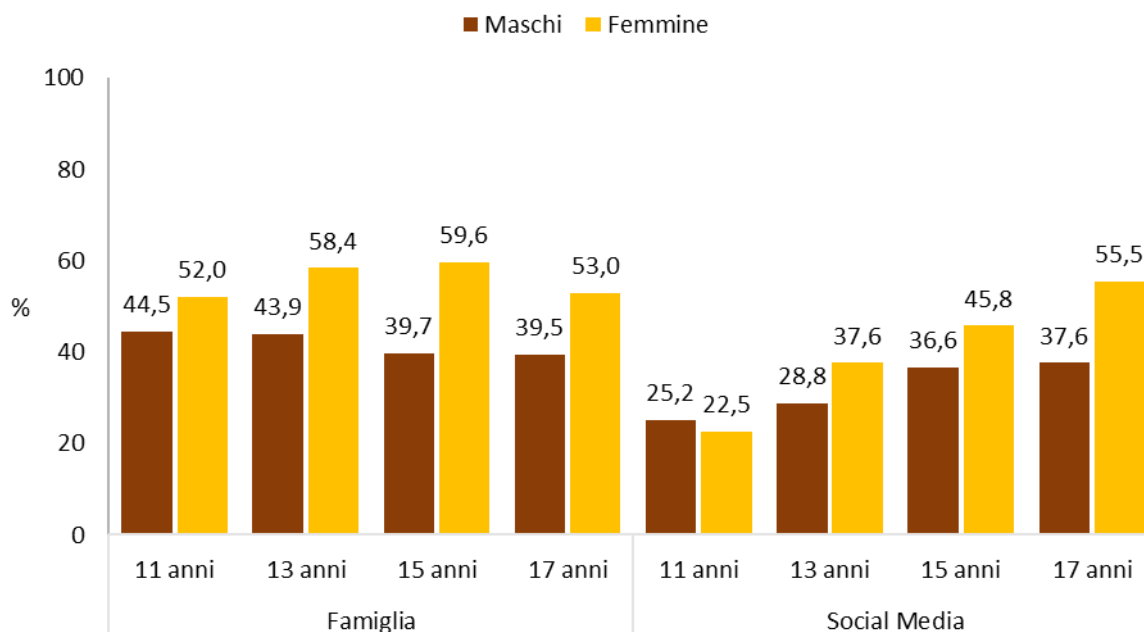
Durante la pandemia, le persone hanno cercato e utilizzato informazioni sul coronavirus da varie fonti per comprendere e seguire ciò che stava accadendo. Nella Tabella 4 si riportano le risposte dei ragazzi circa la frequenza con cui hanno interrogato le diverse fonti di informazione.

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

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	57,9	42,1	44,2	55,8
Amici	86,4	13,6	82,9	17,1
Insegnanti e altro personale scolastico	77,2	22,8	75,7	24,3
Giornali, riviste, radio e tv	49,5	50,5	45,3	54,7
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	68,4	31,6	60,0	40,0
Autorità sanitarie nazionali	66,3	33,7	65,0	35,0
Blogger/influencer online	89,6	10,4	89,4	10,6
Altre fonti	93,5	6,5	96,3	3,7

Osservando la Tabella 4 si può notare che le principali fonti di informazioni su COVID-19 sono state giornali, riviste, radio e tv, seguite dai familiari e dalle autorità sanitarie. Non si segnalano sostanziali differenze di genere. Nella Figura 2 si riporta un approfondimento per età rispetto alla consultazione "spesso/sempre" della famiglia e dei social media per avere informazioni sulla pandemia.

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



In generale, si osserva che i ragazzi più grandi hanno interpellato maggiormente i social media per avere informazioni sulla pandemia, rispetto ai coetanei più piccoli. Inoltre, ad eccezione della classe d'età degli undicenni, emerge una sostanziale differenza di genere, con le femmine che hanno interrogato con maggior frequenza sia i familiari che i social media.

Misure di protezione

Tra le misure di prevenzione igienico-sanitarie adottate dai giovani durante il periodo pandemico, le più utilizzate sono state: la mascherina spesso o sempre (88%) e l'essersi lavato regolarmente le mani (69%), mentre tra le misure di distanziamento sociale prevalgono l'essere rimasti a casa in presenza di sintomi (73%), e l'aver evitato contatti a rischio (63%). Nella Tabella 5 si riportano per genere le percentuali di frequenza circa l'utilizzo di alcune di queste misure adottate.

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

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre
Rispettato il distanziamento sociale	48,0	52,0	38,1	61,9
Lavato regolarmente le mani	37,4	62,6	24,9	75,1
Indossato una mascherina protettiva	16,7	83,3	7,1	92,9
Usato un igienizzante per le mani	43,2	56,8	25,4	74,6
Evitato di toccarti il viso	69,9	30,1	62,6	37,4
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	40,9	59,1	30,9	69,1
Evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	42,4	57,6	31,1	68,9
Evitato assembramenti di persone	57,1	42,9	44,9	55,8
Rimasto a casa in generale	55,8	44,2	44,3	55,7
Rimasto a casa se avevi sintomi	31,5	68,5	22,7	77,3

Osservando la Tabella 5, si nota che le femmine hanno maggiormente utilizzato ciascuno dei dispositivi di protezione indagati rispetto ai coetanei maschi.

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

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

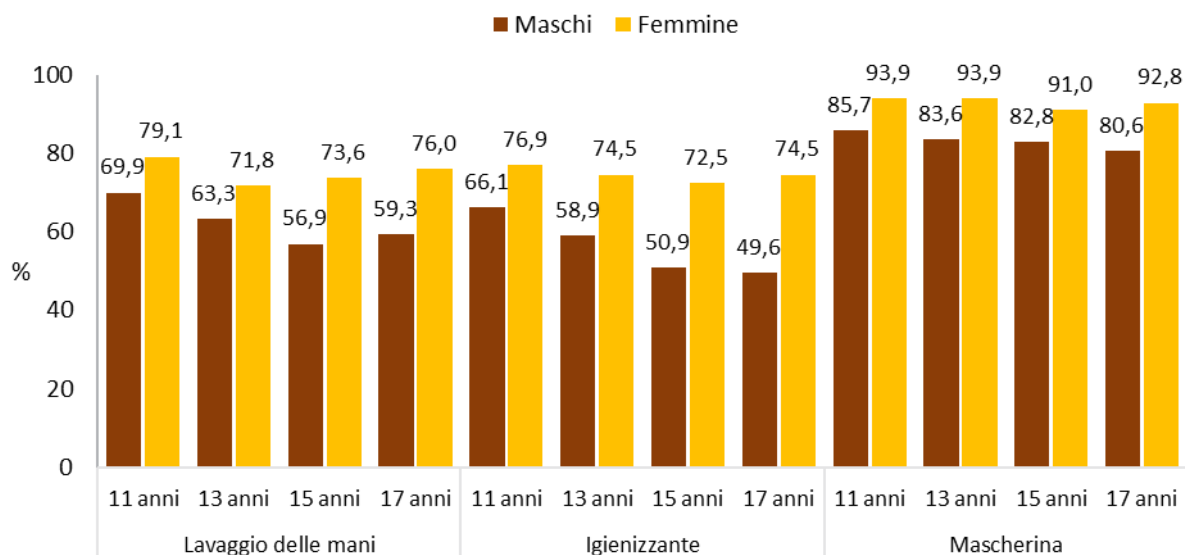
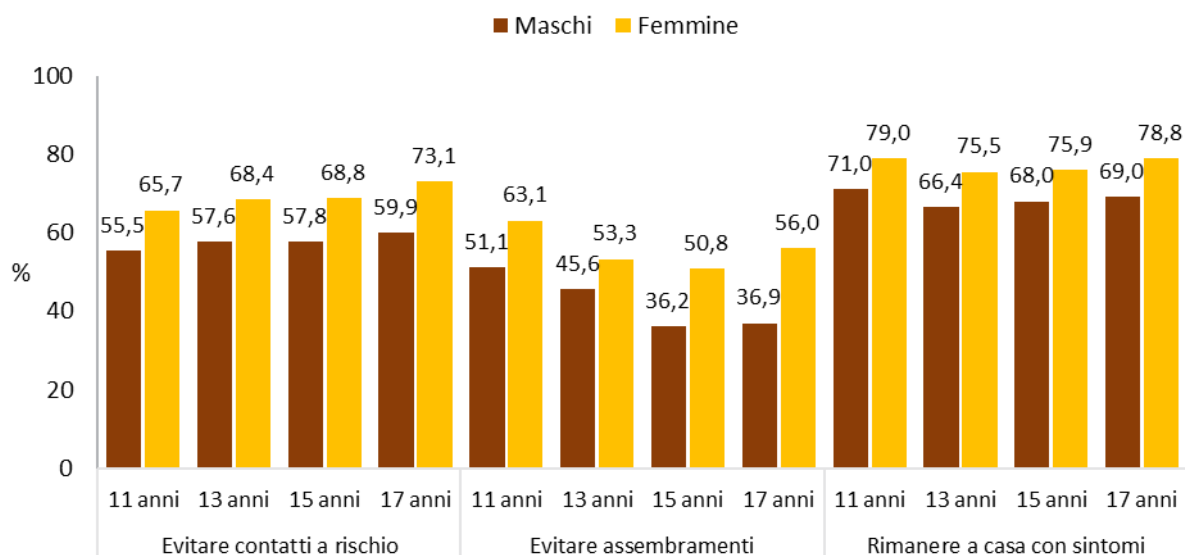


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere (%)



Osservando le Figure 3a e 3b, si evidenziano differenze di genere nell'utilizzo delle misure di protezione; in generale e per tutte le età, sono le ragazze che hanno utilizzato maggiormente le varie misure rispetto ai ragazzi.

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

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

Tabella 6. Consultazione “spesso/sempr e” delle seguenti fonti stratificate per il FAS” (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	40,1	51,0	51,5
Amici	15,7	15,0	16,0
Insegnanti e altro personale scolastico	23,0	23,7	24,2
Giornali, riviste, radio e tv	48,1	54,7	52,0
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	38,3	35,8	34,3
Autorità sanitarie nazionali	29,5	35,0	36,2
Blogger/influencer online	12,8	10,1	9,2
Altre fonti	6,5	4,6	4,6

Osservando la Tabella 6, non emergono differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate, ad eccezione delle autorità sanitarie nazionali, la cui consultazione da parte dei ragazzi per reperire informazioni aumenta all’aumentare del FAS mentre l’utilizzo di blogger e/o influencer diminuisce all’aumentare del FAS.

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

Nella Tabella 7 si evidenzia la stratificazione delle misure di protezione adottate “spesso/sempr e” per scala FAS.

Tabella 7. Adozione “spesso/sempr e” delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	54,2	58,7	56,2
Lavato regolarmente le mani	65,4	70,2	69,3
Indossato una mascherina protettiva	86,0	89,5	87,8
Usato un igienizzante per le mani	62,3	66,6	66,8
Evitato di toccarti il viso	33,4	33,2	35,1
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	62,7	64,3	64,9
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	62,3	63,8	63,4
Evitato assembramenti di persone	50,0	50,3	48,6
Sei rimasto a casa in generale	53,5	50,2	48,4
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	69,1	73,7	74,5

Osservando la Tabella 7, non emergono differenze rispetto al FAS circa le misure di protezione utilizzate, ad eccezione dell’essere rimasto a casa in presenza di sintomi, la cui attuazione tende ad aumentare all’aumentare del FAS.

Conclusioni

Dai dati raccolti nella nostra Regione emerge che quasi la metà dei ragazzi (44%) è stato positivo al COVID-19. Nel corso della pandemia gli adolescenti hanno riportato cambiamenti in diversi aspetti della loro vita, in particolare, i dati mostrano un effetto positivo sui rapporti con le famiglie (51%), con gli amici (41%) e sul rendimento scolastico (41%), mentre il 40% ritiene che la propria salute mentale ne abbia risentito negativamente, così come il 34% la propria vita in generale. Le femmine hanno evidenziato un impatto peggiore della pandemia per tutti gli aspetti della loro vita e questa differenza risulta più evidente per l'indicatore "la tua salute mentale (gestione, emozioni, stress)", con un impatto negativo pari al 52% nelle femmine contro il 28% nei maschi. In generale, si nota un aumento dell'impatto "molto/abbastanza negativo" all'aumentare dell'età per tutti gli items considerati.

Le principali fonti di informazione sulla pandemia sono state giornali e TV (53%), la famiglia (49%), ed i social media (36%). L'influenza dei social media aumenta con l'aumentare dell'età, in particolar modo per le ragazze.

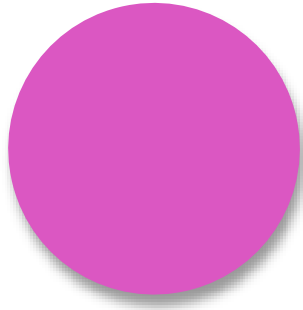
Tra le misure di prevenzione igienico-sanitarie adottate dai giovani durante il periodo pandemico, le più utilizzate sono state: la mascherina spesso o sempre (88%), e l'essersi lavato regolarmente le mani (69%), mentre tra le misure di distanziamento sociale prevalgono l'essere rimasti a casa in presenza di sintomi (73%), e l'aver evitato contatti a rischio (63%). In generale e per tutte le età, sono le ragazze che hanno utilizzato maggiormente le varie misure rispetto ai ragazzi.

Bibliografia essenziale

¹ World Health Organization, WHO timeline - COVID-19. <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline--covid-19>

² Rogers, A. A., Ha, T., & Ockey, S. (2020). Adolescents' Perceived Socio-Emotional Impact of COVID-19 and Implications for Mental Health: Results From a US-Based Mixed-Methods Study. *Journal of Adolescent Health*, 68(1), 43-52 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.09.039>

³ Racine N, Cooke JE, Eirich R, Korczak DJ, McArthur B, Madigan S. Child and adolescent mental illness during COVID-19: A rapid review. *Psychiatry Res*. 2020;292:113307. doi:10.1016/j.psychres.2020.113307



CAPITOLO 10

17 enni

Lo stato di salute dei 17enni

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

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

La famiglia

La struttura familiare

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

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	79,4
Solo madre	11,4
Solo padre	2,4
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	4,5
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	2,3
Totale	100

Le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante (79%); le famiglie monogenitoriali rappresentano circa il 14% dei nuclei familiari, la maggior parte (11%) composti da donne. Nel 4,5% dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite" e nel 2% dei casi, i ragazzi hanno indicato di vivere in altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni.

Come si evince dalla Tabella 2, più della metà del campione (54%) ha un solo fratello o sorella, mentre poco più di 1 ragazzo su 5 ha 2 o più fratelli o sorelle. I figli unici rappresentano il 24% del campione.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	24,3
1 fratello o sorella	54,3
2 o più fratelli o sorelle	21,4
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con madre, padre, patrigno o matrigna. Le modalità di risposta alla domanda "*Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente*" sono distribuite su una scala di tipo ordinale da "*molto facile*" a "*non*

ho o non vedo questa persona”. Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

Molto facile	13,2
Facile	32,3
Difficile	26,1
Molto difficile	22,4
Non ho o non vedo mai questa persona	6,0
Totale	100

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

Molto facile	24,1
Facile	41,9
Difficile	22,0
Molto difficile	10,8
Non ho o non vedo mai questa persona	1,2
Totale	100

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

Lo status socio-economico familiare

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

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

Family Affluence Scale	
Basso	18,1
Medio	59,7
Alto	22,2
Totale	100

Poco più di 1 famiglia su 5 si colloca nella fascia di “alta possibilità di consumo” (22%), mentre la maggior parte delle famiglie (60%) si trova nella fascia di “media possibilità di consumo” e il 18% è nella fascia di “basse possibilità di consumo”.

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

La seconda parte del capitolo è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi. Per la classificazione dell’Indice di Massa Corporea (IMC), come per le altre fasce di età, sono stati

utilizzati i valori soglia dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) desunti da Cole et al., e, per i confronti internazionali, le curve dell'OMS.

Freuenza e regolarità dei pasti

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

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

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

Mai	23,4
Un giorno	4,0
Due giorni	4,9
Tre giorni	6,1
Quattro giorni	4,6
Cinque giorni	57,0

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Alta, rispetto a quanto si potrebbe desiderare, è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione (23%). La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni del fine settimana è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola (66% vs 57%).

In Tabella 7 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana.

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

Ogni giorno	41,7
La maggior parte dei giorni	45,0
Circa una volta alla settimana	8,7
Meno di una volta alla settimana	2,1
Mai	2,5

Il 42% dei diciassetenni consuma pasti con la propria famiglia ogni giorno e il 45% li consuma la maggior parte dei giorni.

Consumo di frutta e verdura

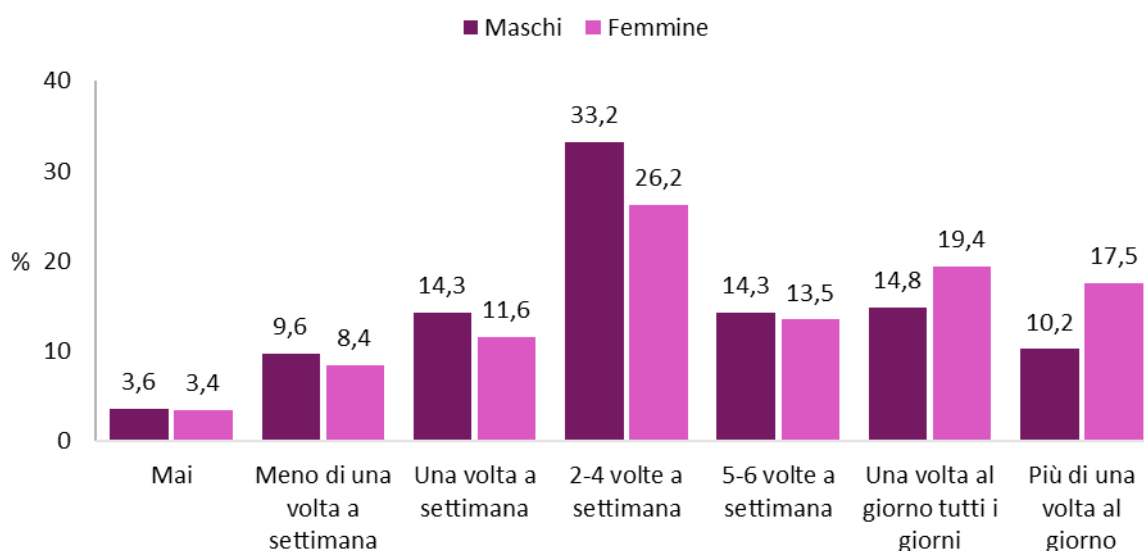
Ai ragazzi coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale. Si ricorda che anche per questa età le linee guida consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l'apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione.

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

Mai	3,5
Meno di una volta a settimana	9,0
Una volta a settimana	12,9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	29,4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,9
Una volta al giorno tutti i giorni	17,2
Più di una volta al giorno	14,1

Complessivamente il consumo di frutta è più frequente nelle categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana” (29%) e “Una volta al giorno tutti i giorni” (17%).

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

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

Per quanto riguarda le differenze di genere, le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale maggiore si evidenzia nei maschi nella categoria “2-4 volte a settimana” mentre le percentuali risultano più alte nelle femmine per le categorie “una volta al giorno tutti i giorni” e “più di una volta al giorno”.

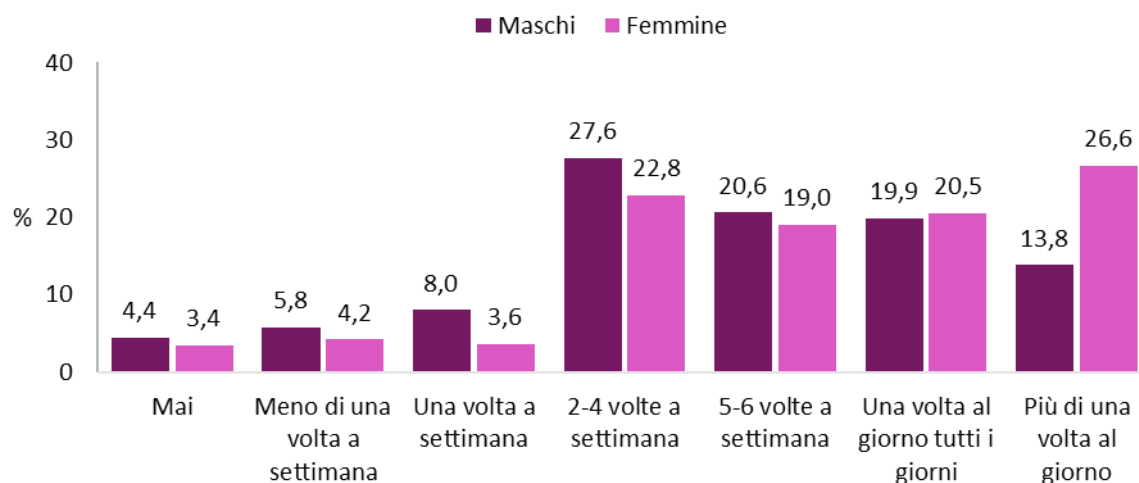
Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	3,8
Meno di una volta a settimana	5,0
Una volta a settimana	5,6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,0
Tra 5 e 6 giorni a settimana	19,7
Una volta al giorno tutti i giorni	20,2
Più di una volta al giorno	20,6

Complessivamente il consumo di verdura è più frequente per le categorie “Tra 2 e 4 giorni a settimana”, “Una volta al giorno tutti i giorni” e “Più di una volta al giorno”. Nella Figura 2 sono

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono più alte nei maschi nelle categorie di consumo “una volta a settimana” e “2-4 volte a settimana”, mentre le femmine riferiscono di consumare più frequentemente la verdura “Più di una volta al giorno”.

Consumo di dolci e bevande gassate

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	5,3	4,9	5,1
Meno di una volta a settimana	8,4	8,2	8,4
Una volta a settimana	15,0	13,5	14,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	31,5	34,2	32,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	18,4	15,8	17,0
Una volta al giorno tutti i giorni	10,7	13,9	12,4
Più di una volta al giorno	10,7	9,5	10,0

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	11,4	27,2	19,8
Meno di una volta a settimana	21,3	25,3	23,4
Una volta a settimana	20,8	22,6	21,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	29,3	13,3	20,7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9,5	4,8	7,0
Una volta al giorno tutti i giorni	3,6	3,8	3,7
Più di una volta al giorno	4,1	3,0	3,5

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di cola o altre bibite con zucchero. Solo il 5,1% dei ragazzi dichiara di non consumare mai dolci, caramelle o cioccolato con percentuali sovrapponibili tra maschi e femmine. Si osserva invece una netta distinzione di genere per quanto riguarda la cola o altre bibite con zucchero, con il 27% delle femmine che dichiarano di non consumarne “mai” contro l’11% dei maschi.

Consumo di legumi

Nella Tabella 12 sono riportate le frequenze settimanali del consumo di legumi, distinte per genere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	13,6	12,7	13,1
Meno di una volta a settimana	17,7	16,7	17,2
Una volta a settimana	22,3	18,4	20,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	30,3	32,6	31,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	9,5	12,1	10,8
Una volta al giorno tutti i giorni	4,9	5,2	5,1
Più di una volta al giorno	1,7	2,3	2,0

Il 31,5% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 13% dichiara di non assumerli mai. Non si evidenziano sostanziali differenze di genere.

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

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

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	24,9	36,9
Verdura (almeno una volta al dì)	33,7	47,0
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	46,4	52,2
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	7,8	6,8
Snack salati (almeno una volta al dì)	12,4	17,5
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	61,9	56,7
Dolci (almeno una volta al dì)	21,3	23,4

In generale, il consumo di alimenti salutari quali frutta, verdura e legumi è più frequente nelle femmine rispetto ai maschi, ma il genere femminile riporta un maggior consumo giornaliero di snack salati e dolci.

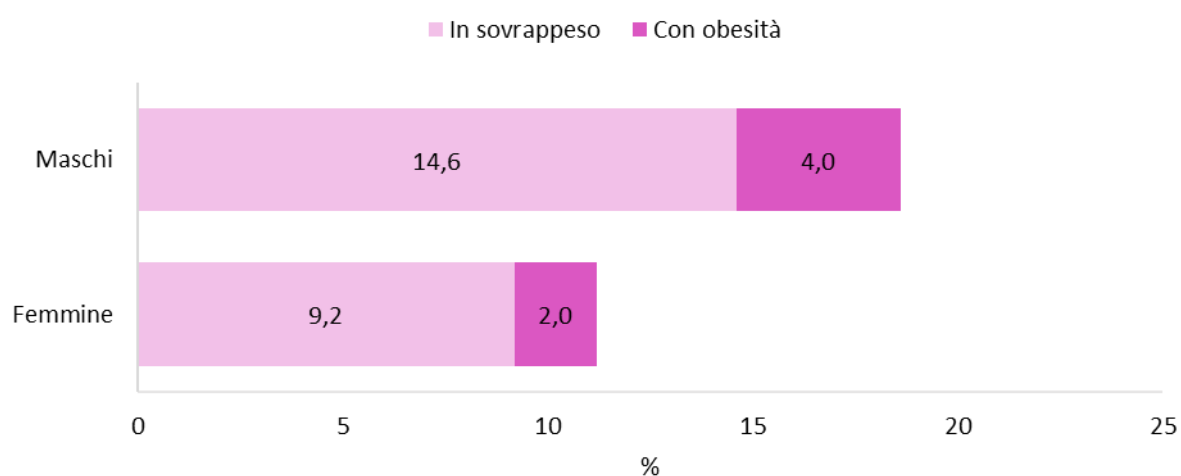
Stato nutrizionale

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

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

Sottopeso	3,5
Normopeso	81,9
Sovrappeso	11,7
Obeso	2,9

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con una percentuale di 81,9%. Solo il 3,5% è sottopeso, l'11,7% in sovrappeso e il 2,9% obeso.

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

Per quanto riguarda le differenze di genere, le frequenze maggiori di sovrappeso e obesità si riscontrano nei maschi rispetto alle femmine: 14,6% vs 9,2% per il sovrappeso e 4% vs 2% per l'obesità, rispettivamente.

Insoddisfazione corporea

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	2,7	1,1	1,8
Un po' troppo magro	19,0	5,1	11,5
Più o meno della taglia giusta	55,5	50,7	52,9
Un po' troppo grasso	18,5	37,0	28,4
Decisamente troppo grasso	4,3	6,1	5,4

In generale il 53% dei ragazzi si percepisce “Più o meno della taglia giusta”. Il 28% e l'11,5%, rispettivamente ritengono di essere “Un po' troppo grasso” e “Un po' troppo magro”. Le ragazze si percepiscono “Un po' troppo grasse” con maggiore frequenza rispetto ai coetanei maschi (37% vs 18,5%).

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

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

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	1,0	0,5	0,7
Normopeso	43,6	75,3	64,8
Sovrappeso	39,4	19,5	26,1
Obeso	16,0	4,7	8,4

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” (65%) risulta avere un IMC normopeso e questa percezione distorta del proprio corpo risulta più evidente nelle femmine (75%) rispetto ai maschi (44%).

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	40,2	30,7	35,2
No, ma dovrei perdere qualche chilo	18,4	34,7	27,1
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	24,9	6,6	15,1
Sì	16,5	28,0	22,6

In generale il 35% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considera il proprio peso giusto. Il 27% non è a dieta ma ritiene il proprio peso eccessivo. Il 23% dei ragazzi è a dieta, con una percentuale maggiore nel genere femminile.

Igiene orale

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	68,8	82,7	76,2
Una volta al giorno	25,1	14,6	19,5
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	5,1	2,1	3,5
Meno di una volta alla settimana	0	0,4	0,2
Mai	1,0	0,2	0,6

Il FAS e le abitudini alimentari

La Tabella 19 mostra la stratificazione per scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	46,2	60,2	58,6
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	22,4	29,7	41,9
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	30,1	42,1	46,1
Consumo quotidiano di bevande gassate	11,5	6,0	7,3
Prevalenza di sovrappeso	15,5	11,1	7,5
Prevalenza di obesità	6,1	2,2	2,7

Osservando la Tabella 19 si nota che il consumo quotidiano di frutta e verdura da parte dei ragazzi aumenta all'aumentare del FAS. La prevalenza di sovrappeso invece diminuisce all'aumentare del FAS. I ragazzi che vivono in un contesto familiare con disponibilità economiche medio-alte riportano una maggiore frequenza di consumo quotidiano della prima colazione e presentano tassi di obesità più bassi.

Sport e tempo libero

L'attività fisica

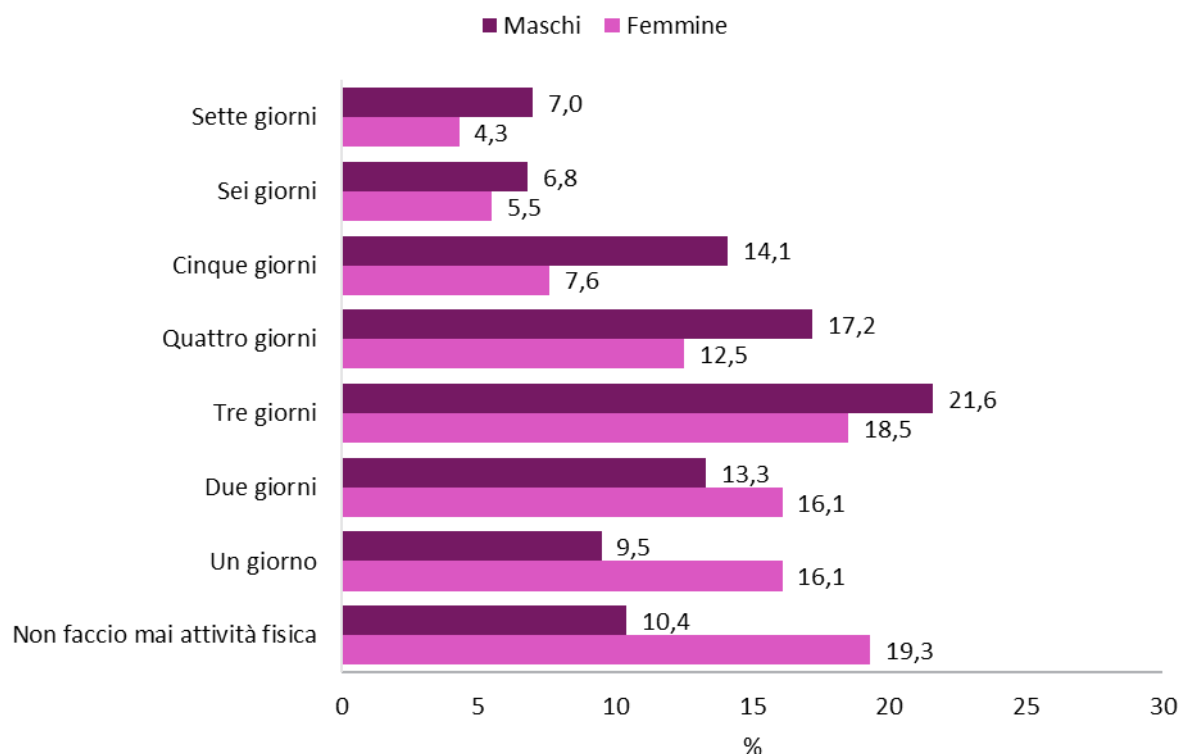
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno”; in Tabella 20 e in Figura 4 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi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

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

Non faccio mai attività fisica	15,2
Un giorno	13,0
Due giorni	14,8
Tre giorni	19,9
Quattro giorni	14,7
Cinque giorni	10,6
Sei giorni	6,2
Sette giorni	5,6

Osservando la Tabella 20 si nota che il 15% dei diciassetenni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione (49%) riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana. Solo il 12% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana). Anche in questa fascia di età i maschi sono più attivi fisicamente delle femmine (Figura 4).

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



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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	7,5	4,0	5,7
Da 4 a 6 volte a settimana	27,6	15,7	21,2
2-3 volte a settimana	36,3	38,8	37,6
Una volta a settimana	12,6	13,1	12,9
Una volta al mese	3,6	6,8	5,3
Meno di una volta al mese	2,4	7,2	5,0
Mai	9,9	14,4	12,3

Il 12% dei ragazzi non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione (38%), dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana. Infine si nota che i maschi svolgono attività fisica intensa al di fuori dell’orario scolastico con maggior frequenza rispetto alle femmine.

Comportamenti sedentari

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	14,8	39,4	27,9
Circa mezz'ora	16,0	18,4	17,3
Circa un'ora	24,5	12,5	18,1
Circa 2 ore	19,6	10,6	14,8
Circa 3 ore	10,4	5,7	7,9
Circa 4 ore	4,3	4,0	4,2
Circa 5 ore o più	10,4	9,3	9,8

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare con i videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (78%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Per quel che riguarda le differenze di genere si osserva una spiccata preferenza dei maschi, rispetto alle coetanee, nel trascorrere il loro tempo libero a giocare ai videogiochi. Sono infatti solo il 15% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai durante la settimana, contro il 39% delle femmine.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	5,1	2,1	3,5
Circa mezz'ora	10,4	6,6	8,3
Circa un'ora	23,2	15,0	18,9
Circa 2 ore	27,1	23,1	25,0
Circa 3 ore	13,3	18,9	16,3
Circa 4 ore	8,3	12,3	10,4
Circa 5 ore o più	12,6	22,0	17,6

Si osserva una spiccata preferenza delle femmine, rispetto ai coetanei, ad usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social network; infatti il 22% delle ragazze ne dichiara un uso di circa 5 ore o più, contro il 13% dei ragazzi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	5,1	9,9	7,7
Circa mezz'ora	14,3	18,0	16,3
Circa un'ora	27,4	28,2	27,8
Circa 2 ore	27,8	19,1	23,2
Circa 3 ore	13,3	10,2	11,6
Circa 4 ore	5,1	7,4	6,3
Circa 5 ore o più	7,0	7,2	7,1

Il 25% dei diciassetenni dichiara di guardare TV/DVD o video più di 2 ore al giorno, senza una sostanziale differenza di genere.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

La Tabella 25 mostra la stratificazione per scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	31,2	37,0	43,5
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	37,7	49,3	55,5
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/cellulare (più di 2 ore al dì)	27,7	21,0	19,4
Tempo dedicato a usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	51,6	43,6	40,3
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	30,8	23,6	23,0

Come si può notare dalla tabella, i livelli di attività fisica aumentano all'aumentare del FAS. Sebbene non vi siano differenze statisticamente significative, si può evidenziare invece un trend inverso nel tempo giornaliero dedicato ai diversi *device*, che decresce all'aumentare delle disponibilità economiche della famiglia.

Conclusioni

I dati dell'indagine sullo stato nutrizionale, mostrano che il 15% dei ragazzi 17 enni è in eccesso ponderale (11,7% sovrappeso e 2,9% obeso) con percentuali maggiori nei maschi (sovrappeso e obesi: 14,6% e 4,0% vs femmine: 9,2% e 2,0%). Circa 1 diciassettenne su 2 consuma tutti i giorni la prima colazione; le ragazze consumano più frutta e verdura almeno una volta al giorno rispetto ai coetanei maschi (37% vs 25% per la frutta e 47% vs 34% per la verdura) e più legumi almeno 2 volte a settimana (52% vs 46%). Il consumo di bibite zuccherate e gassate almeno una volta al giorno è invece simile tra maschi e femmine (maschi 8% vs femmine 7%).

La percezione della propria immagine corporea rimane un problema molto sentito anche a 17 anni, soprattutto per quanto riguarda le femmine, il 43% delle quali si percepisce grassa o molto grassa. Se poi confrontiamo i valori di IMC calcolati, con la percezione di essere nel giusto peso oppure grassi, si osserva che 2 ragazzi su 3, pensa di essere grasso quando invece è normopeso e solo il 35% dei ragazzi sovrappeso o obesi percepisce correttamente il proprio peso. Le ragazze mostrano una frequenza maggiore di percezione distorta della propria immagine corporea rispetto ai coetanei maschi.

La pratica dell'attività fisica moderata-intensa quotidiana è maggiore nei maschi (7% vs 4%). Più di 1 diciassettenne su 3 in regione dedica oltre due ore al giorno a guardare la TV/video e a giocare con videogiochi, computer, tablet o smartphone, con frequenza maggiore nei maschi. Più del 44% dei ragazzi inoltre passa oltre due ore al giorno sui social network con frequenze molto più elevate nelle femmine.

Ambiente scolastico

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	6,8	4,7	5,7
D'accordo	28,9	22,7	25,6
Né in accordo né in disaccordo	35,9	34,6	35,2
Non d'accordo	17,0	24,0	20,7
Per niente d'accordo	11,4	14,0	12,8

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	7,6	3,6	5,5
D'accordo	30,3	23,4	26,6
Né in accordo né in disaccordo	33,0	35,9	34,5
Non d'accordo	16,5	21,2	19,0
Per niente d'accordo	12,6	15,9	14,4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	16,3	11,4	13,7
D'accordo	44,2	37,1	40,4
Né in accordo né in disaccordo	26,9	33,3	30,3
Non d'accordo	8,0	14,2	11,3
Per niente d'accordo	4,6	4,0	4,3

I dati presentati confermano il progressivo deterioramento del rapporto con gli insegnanti all'aumentare dell'età, già evidenziato per la fascia di età 11-15 anni. La frequenza di coloro che si dichiarano "d'accordo o molto d'accordo" con le affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti è maggiore nel genere maschile.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

In Tabella 29 è riportata la percentuale dei ragazzi che si dichiara “abbastanza d’accordo” o “molto d’accordo” in risposta alle prime quattro domande.

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

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	72,9	74,3	73,6
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	73,9	72,9	73,4
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	80,5	83,9	82,3
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	73,8	75,6	74,8

È stato chiesto poi di rispondere ad alcune affermazioni su disponibilità e gentilezza e sul grado di accettazione da parte dei compagni (Tabelle 30 e 31).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d’accordo	16,0	12,5	14,1
D’accordo	54,6	47,2	50,7
Né in accordo né in disaccordo	18,9	23,1	21,2
Non d’accordo	8,1	12,7	10,5
Per niente d’accordo	2,4	4,5	3,5

Come si evince dalla lettura della tabella, il 65% dei ragazzi è “d’accordo” o “molto d’accordo” con l’affermazione “La maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, senza una sostanziale differenza di genere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d’accordo	26,2	15,1	20,2
D’accordo	51,0	43,6	47,1
Né in accordo né in disaccordo	16,0	28,6	22,7
Non d’accordo	4,9	7,6	6,4
Per niente d’accordo	1,9	5,1	3,6

Dai dati emerge che la maggior parte dei ragazzi dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d’accordo, d’accordo), con percentuali inferiori da parte delle femmine.

Bullismo e Cyberbullismo

Il tema del bullismo e delle relazioni violente viene indagato chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da “Mai” a “Più volte alla settimana” (Tabella 32).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	92,2	93,0	92,6
Una o due volte	3,9	4,9	4,4
Due o tre volte al mese	1,5	1,3	1,4
Circa una volta alla settimana	1,0	0,4	0,7
Più volte alla settimana	1,4	0,4	0,9

La maggior parte dei ragazzi non ha subito episodi di bullismo negli ultimi due mesi, indipendentemente dal genere.

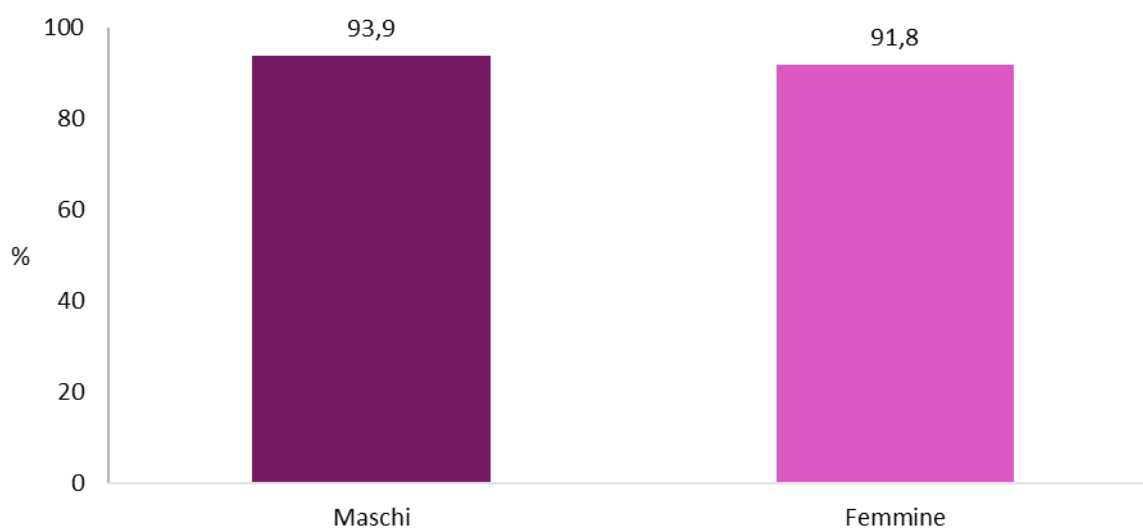
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	89,8	91,1	90,5
Una o due volte	6,3	6,4	6,3
Due o tre volte al mese	1,5	1,7	1,6
Circa una volta alla settimana	1,5	0,4	0,9
Più volte alla settimana	0,9	0,4	0,7

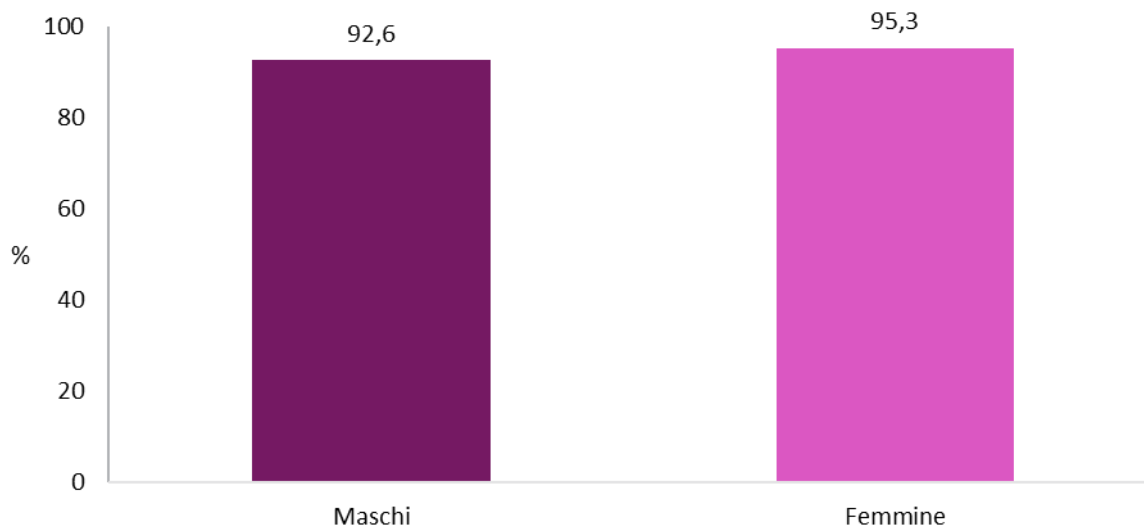
Nella Tabella 33 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato atti di bullismo verso un compagno negli ultimi due mesi.

Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state poste due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 5) e/o partecipato (in Figura 6) ad azioni di cyberbullismo.

Figura 5. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per genere (%)

Nella Figura 5 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha subito azioni di cyberbullismo.

Figura 6. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per genere (%)



Nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato azioni di cyberbullismo.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	74,5	88,6	82,0
Una volta	13,4	6,2	9,5
Due volte	5,6	2,7	4,1
Tre volte	2,9	0,6	1,7
Quattro volte o più	3,6	1,9	2,7

La tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiarò di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente, ma anche come questo sia avvenuto almeno una volta in 1 ragazzo su 4 e in 1 ragazza su 10.

La Scuola

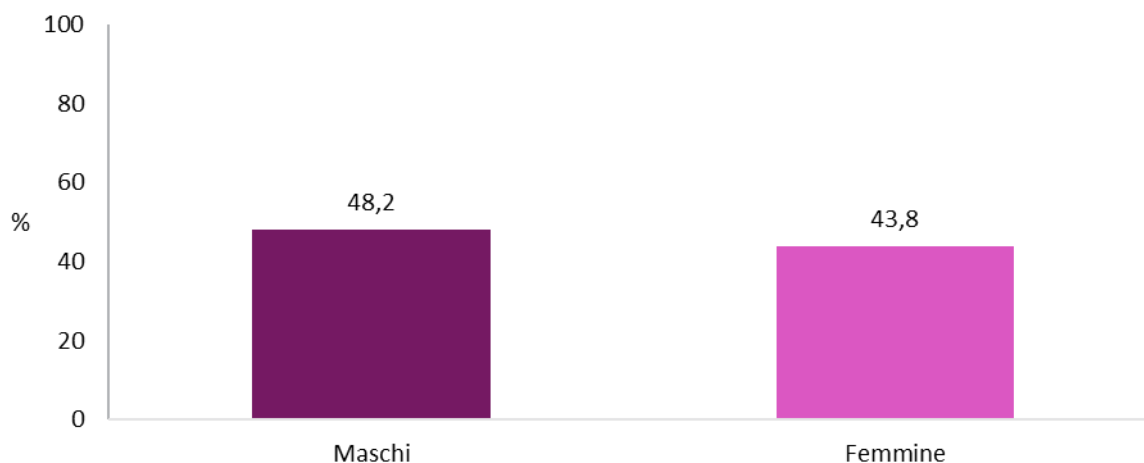
In Tabella 35 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	5,1	5,9	5,5
Abbastanza	43,1	37,8	40,3
Non tanto	37,8	42,7	40,4
Non mi piace per nulla	14,0	13,6	13,8

La Figura 7 riporta le risposte per genere, relativo i ragazzi ai quali la scuola piace “molto” o “abbastanza”.

Figura 7. Percentuale di coloro a cui piace “molto” o “abbastanza” la scuola, per genere (%)



I dati evidenziano come più del 40% dei ragazzi di 17 anni dichiarati di non apprezzare tanto o per nulla la scuola. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra i maschi, con un dato che si inverte rispetto a quanto rilevato per le fascia di età 11-15 anni.

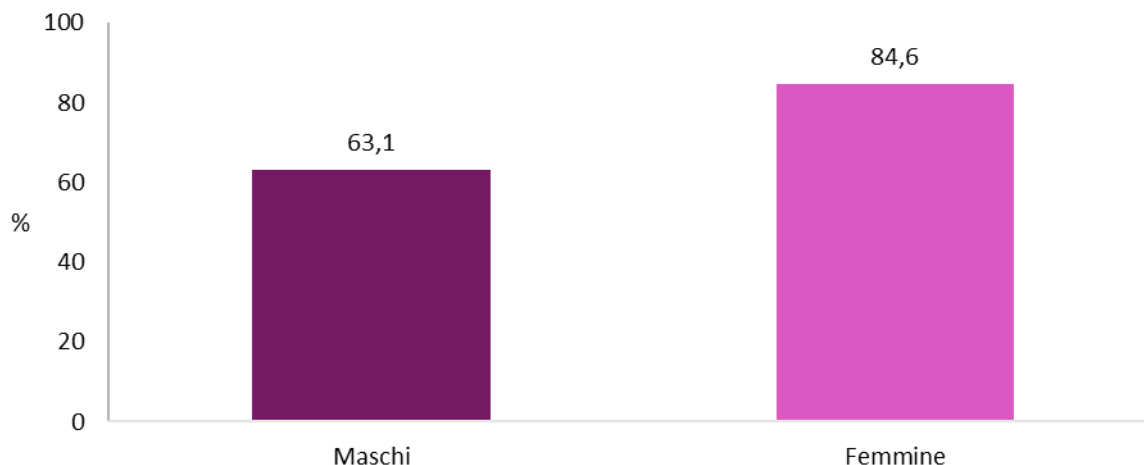
Lo stress percepito è stato rilevato chiedendo ai ragazzi di esprimere il loro giudizio con risposte su una scala a 4 punti incrementale da “per niente” a “molto stressato”.

In Tabella 36 e in Figura 8 sono riportate le risposte.

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

Per niente	5,5
Un po’	19,9
Abbastanza	30,8
Molto	43,8

Figura 8. Frequenza di coloro che si sentono “molto” o “abbastanza” stressati dalla scuola, per genere (%)



Lo stress scolastico riferito aumenta ulteriormente rispetto alla fascia di età 11-15 anni ed è maggiore nelle ragazze.

Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze

Fumo

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	64,4	63,0	63,6
1-2 giorni	8,6	10,5	9,6
3-5 giorni	4,0	5,1	4,6
6-9 giorni	3,5	4,7	4,1
10-19 giorni	2,7	4,3	3,6
20-29 giorni	4,2	3,6	3,9
30 giorni	12,6	8,8	10,6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	79,9	82,7	81,4
1-2 giorni	8,7	8,6	8,6
3-5 giorni	3,7	1,9	2,8
6-9 giorni	1,5	1,7	1,6
10-19 giorni	3,0	2,8	2,9
20-29 giorni	0,5	0,4	0,4
30 giorni	2,7	1,9	2,3

Si osserva che il 64% dei ragazzi intervistati ha dichiarato di non aver “mai” fumato almeno una sigaretta negli ultimi 30 giorni. Per quanto riguarda la sigaretta elettronica questa percentuale si attese a circa l’81%.

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

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

Maschi	12,6
Femmine	8,8

Alcol

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	14,6	17,3	16,1
1-2 giorni	10,1	11,0	10,6
3-5 giorni	7,8	7,2	7,5
6-9 giorni	7,1	8,3	7,7
10-19 giorni	12,1	10,1	11,0
20-29 giorni	7,4	8,6	8,0
30 giorni o più	40,9	37,5	39,1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	25,4	27,7	26,6
1-2 giorni	22,3	29,2	26,0
3-5 giorni	21,6	22,9	22,3
6-9 giorni	16,2	11,3	13,6
10-19 giorni	8,9	6,1	7,4
20-29 giorni	2,5	1,1	1,8
30 giorni	3,1	1,7	2,3

Solo il 16% dei diciassetenni ha dichiarato di non aver mai consumato alcol nella vita e il 27% di non averlo fatto negli ultimi 30 giorni.

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

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

Maschi	3,0
Femmine	1,7

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	2,1	21,8	17,0	28,8	30,3
Vino	1,9	15,0	20,2	33,0	29,9
Superalcolici	0,5	18,7	26,7	35,8	18,3
Alcolpops	0,7	5,8	8,6	27,2	57,7
Spritz	1,9	27,9	28,9	27,8	13,5
Altra bevanda alcolica	1,5	21,4	26,5	31,2	19,4

In Tabella 43 si può osservare la frequenza con cui i ragazzi di 17 anni dichiarano di essersi ubriacati nel corso della loro vita.

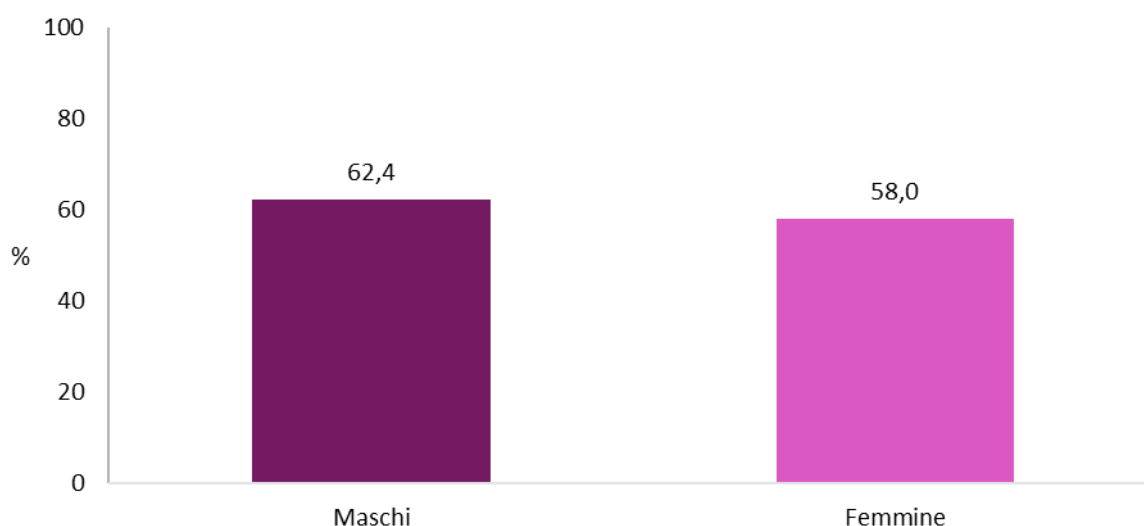
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita (%)

No, mai	34,3
Sì, una volta	15,1
Sì, 2-3 volte	22,8
Sì, 4-10 volte	15,1
Più di 10 volte	12,7

Il fenomeno dell'ubriachezza è molto diffuso nei diciassetenni con il 23% che dichiara di aver bevuto tanto da essere davvero ubriaco 2 o 3 volte nella vita.

Nella Figura 9 è possibile vedere le differenze di genere nella frequenza di 2 o più ubriacature nella vita.

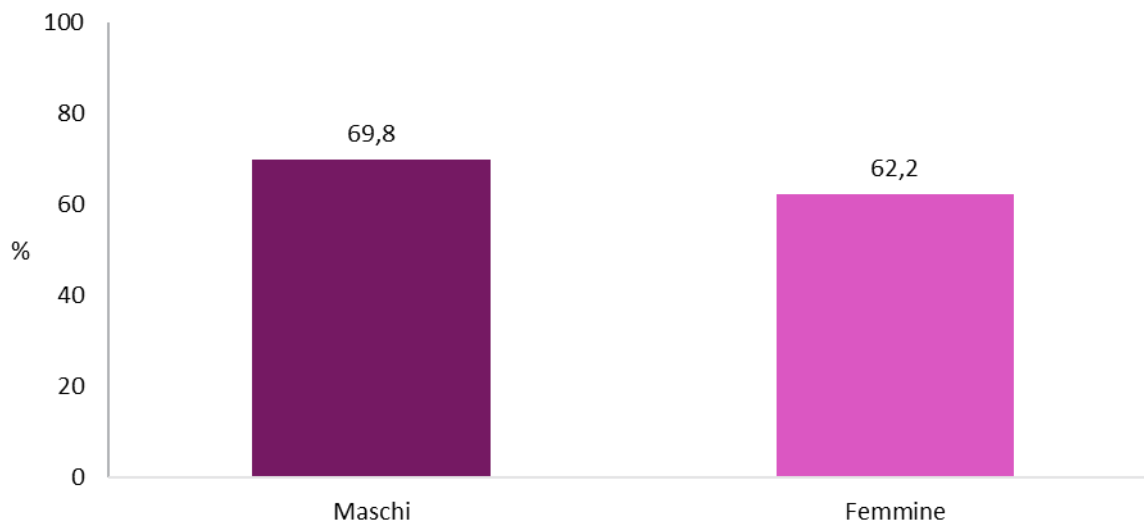
Figura 9. Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più nella vita, per genere (%)



I maschi, in percentuale superiore alle femmine, dichiarano di essere stati ubriachi due volte o più nella vita (62% vs 58%).

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. La Figura 10 mostra le differenze di genere nella frequenza di *Binge Drinking*, fenomeno che è leggermente più frequente nei maschi.

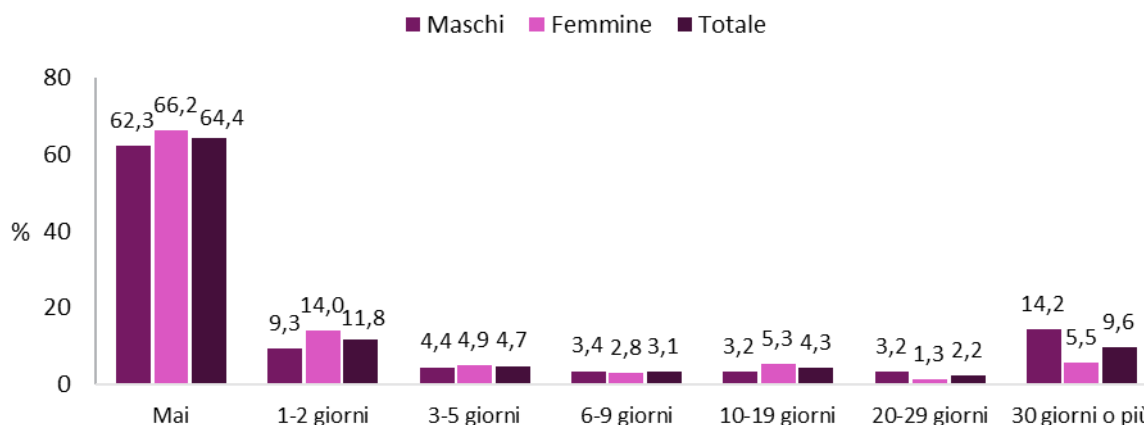
Figura 10. Frequenza di coloro che dichiarano di aver consumato almeno una volta 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione negli ultimi 12 mesi, per genere (%)



Cannabis

La Figura 11 mostra le differenze di genere nella frequenza di diciassetenni che consumano cannabis.

Figura 11. Frequenza dei diciassetenni che hanno fumato cannabis nella vita, per genere (%)

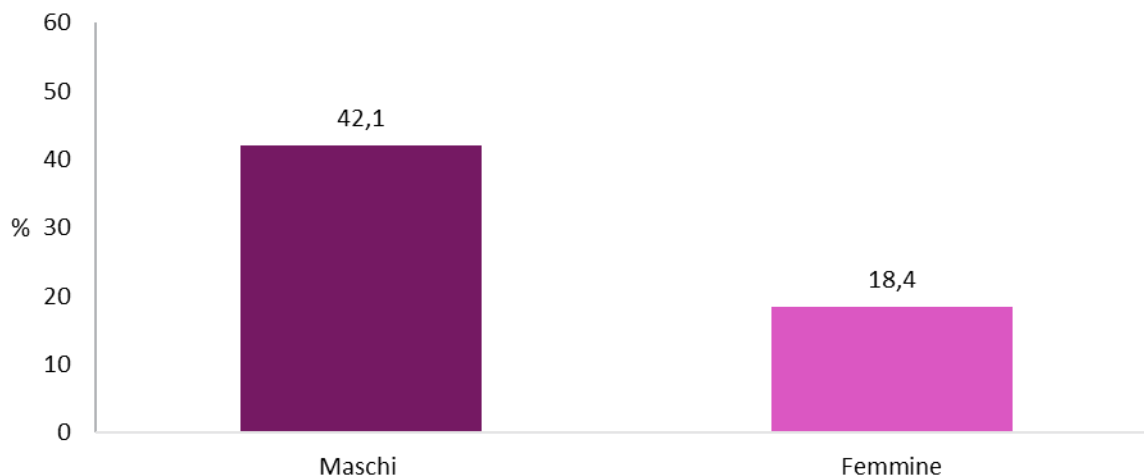


Circa 2 ragazzi su 6 non consumano cannabis, senza sostanziali differenze di genere. Il 10% dei diciassetenni ha dichiarato di fumare cannabis 30 giorni o più e tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi con una percentuale pari al 14% contro il 5,5% delle femmine.

Gioco d'azzardo

Nell'ambito dell'indagine HBSC 2022 è stato chiesto ai ragazzi di 17 anni di indicare se abbiano mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. Nella Figura 12 si riporta tale informazione per genere.

Figura 12. Frequenza di diciassettenni che hanno scommesso denaro almeno una volta nella loro vita, per genere (%)



La frequenza di diciassettenni che hanno scommesso denaro almeno una volta nella loro vita è maggiore nei maschi (42%) rispetto alle femmine (18%).

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

La Tabella 44 mostra alcuni indicatori presenti in questo capitolo per scala FAS.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	31,6	35,7	40,4
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	20,4	16,8	20,7
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	59,6	74,8	80,4
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	35,5	41,6	49,7
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	56,4	65,5	73,3
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	30,7	34,8	39,4
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	29,5	28,0	34,0

Osservando la tabella si nota che la percentuale di diciassettenni che dichiara un consumo maggiore di alcool, un uso maggiore di cannabis e che praticano maggiormente il gioco d'azzardo aumenta all'aumentare dello stato socio-economico familiare. Non si evidenziano sostanziali differenze nell'uso della sigaretta elettronica mentre per quanto riguarda quella tradizionale il suo utilizzo aumenta lievemente all'aumentare del FAS.

Conclusioni

Più di 1 diciassettenne su 3, senza distinzione di genere, ha dichiarato di aver fumato almeno 1 giorno negli ultimi 30 giorni. Anche il consumo di alcol almeno 1 volta negli ultimi 30 giorni (73%) ha una frequenza simile per entrambi i generi. Il 66% delle ragazze e il 62% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato cannabis negli ultimi 30 giorni. Il 30% ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita con marcate differenze di genere (maschi 42% vs femmine 18%).

Salute e benessere

Salute percepita

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

Tabella 45. “Diresti che la tua salute è..., per genere” (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	26,2	12,5	18,9
Buona	56,8	57,7	57,3
Discreta	15,3	24,7	20,3
Scadente	1,7	5,1	3,5

Dai dati in Tabella 45 si evince che circa il 76% dei ragazzi considera il suo stato di salute “eccellente e buono”, con una maggiore percezione positiva nel genere maschile rispetto a quello femminile (83% vs 70%).

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

La Tabella 46 riporta il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione della propria soddisfazione di vita, valutato utilizzando una scala da 0 (=la peggior vita possibile) a 10 (=la miglior vita possibile) e categorizzato in due gruppi di punteggio (da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6).

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

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	21,8	33,8	28,2
≥6	78,2	66,2	71,8

Il dato misurato nei 17enni conferma il trend in calo all’aumentare dell’età già evidenziato per la fascia di età 11-15 anni. Il confronto tra maschi e femmine evidenzia una migliore percezione della propria soddisfazione di vita nel genere maschile rispetto a quello femminile (78% vs 66%).

Sintomi riportati

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	34,7	59,8	48,1
Più di una volta a settimana	34,7	28,3	31,3
Circa una volta a settimana	19,7	7,8	13,3
Circa una volta al mese	8,7	3,6	6,0
Raramente o mai	2,2	0,5	1,3

Le frequenze percentuali rilevate evidenziano particolari differenze di genere, poiché le ragazze dichiarano di aver avuto con maggior frequenza uno o più sintomi legati ai disturbi fisici, umorali e comportamentali, rispetto ai coetanei maschi.

Utilizzo di farmaci

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	44,9	22,6	33,1
Sì	55,1	77,4	66,9

Rispetto a quanto visto per i ragazzi di 11-15 anni, il consumo di farmaci nei 17enni risulta essere in ulteriore aumento, con maggiore frequenza nelle femmine.

Abitudini sessuali

La Tabella 49 mostra la frequenza di diciassetenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	62,7	62,7	62,7
Sì	37,3	37,3	37,3

Come si rileva dalla Tabella 49, il 37% dei diciassetenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi, con percentuali sovrapponibili tra maschi e femmine.

La Tabella 50 analizza per genere le frequenze percentuali di utilizzo, nell'ultimo rapporto sessuale, di metodi contraccettivi quali preservativo, pillola, coito interrotto e altri tipi di

contraccettivi. La domanda è stata posta solo a coloro che avevano dichiarato di avere avuto rapporti sessuali completi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	64,2	58,6	61,2
Pillola	20,9	23,5	22,3
Coito interrotto	44,7	44,1	44,4
Contracezione di emergenza	8,7	8,2	8,4
Giorni fertili	19,3	17,1	18,1
Altri metodi	1,3	4,1	2,8

In Tabella 50 non si evincono sostanziali differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; il 44% dei diciassetenni pratica il coito interrotto.

Benessere Psicologico

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

Tabella 51 Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio ≥ 12.5 , basso livello se punteggio < 12.5), per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
< 12.5	42,4	70,2	57,3
≥ 12.5	57,6	29,8	42,7

Osservando la Tabella 51 si nota che solo il 30% delle femmine pensa di avere un buon benessere psicologico, a fronte del 58% dei coetanei maschi.

Solitudine percepita

La Tabella 52 mostra la frequenza di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12 mesi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	20,9	5,1	12,4
Raramente	32,4	20,7	26,2
A volte	36,3	46,5	41,7
La maggior parte delle volte	8,7	21,8	15,7
Sempre	1,7	5,9	4,0

Infortunati

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	56,0	67,2	62,0
Una volta	21,4	19,7	20,5
Due volte	12,7	7,8	10,1
Tre volte	6,0	3,0	4,4
Quattro volte o più	3,9	2,3	3,0

In generale il 62% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni che abbiano richiesto cure mediche negli ultimi 12 mesi. La frequenza di infortuni è maggiore nei maschi.

Il FAS e la soddisfazione di vita

La Tabella 54 mostra la stratificazione per scala FAS del livello di percezione della soddisfazione di vita dicotomizzato (se ≥ 6 : buon livello di soddisfazione).

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	35,5	28,3	22,1
≥ 6	64,5	71,7	77,9

Osservando la tabella si nota che la percentuale di diciassetenni che dichiara un “buono/ottimo” livello di soddisfazione di vita aumenta all’aumentare dello stato socio-economico familiare.

Conclusioni

La percezione del proprio stato di salute come “eccellente/buona” è maggiore nei maschi (83%) rispetto alle ragazze (70%). Il 69% dei ragazzi e l’88% delle ragazze riferisce di aver presentato almeno 2 sintomi (mal di testa, di stomaco, di schiena, sentirsi giù di morale, irritabile, nervoso, giramenti di testa e difficoltà nell’addormentamento) più di una volta a settimana negli ultimi 6 mesi. Solo il 30% delle ragazze pensa di avere un buon benessere psicologico, a fronte del 58% dei coetanei maschi. In generale, per tutti questi indicatori si conferma il peggioramento all’aumentare dell’età dei ragazzi, già segnalato per la fascia di età 11-15 anni.

Il 37% ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi, senza differenza di genere. Il 61% dei ragazzi e delle ragazze che hanno avuto rapporti sessuali completi hanno dichiarato di aver usato il condom come contraccettivo e il 22% la pillola. Il 44% ha utilizzato il coito interrotto. L’8,5% dichiara essere ricorso alla contraccezione di emergenza.

Social media e gaming

L'uso dei social media

In Tabella 55 è riportata 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.

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

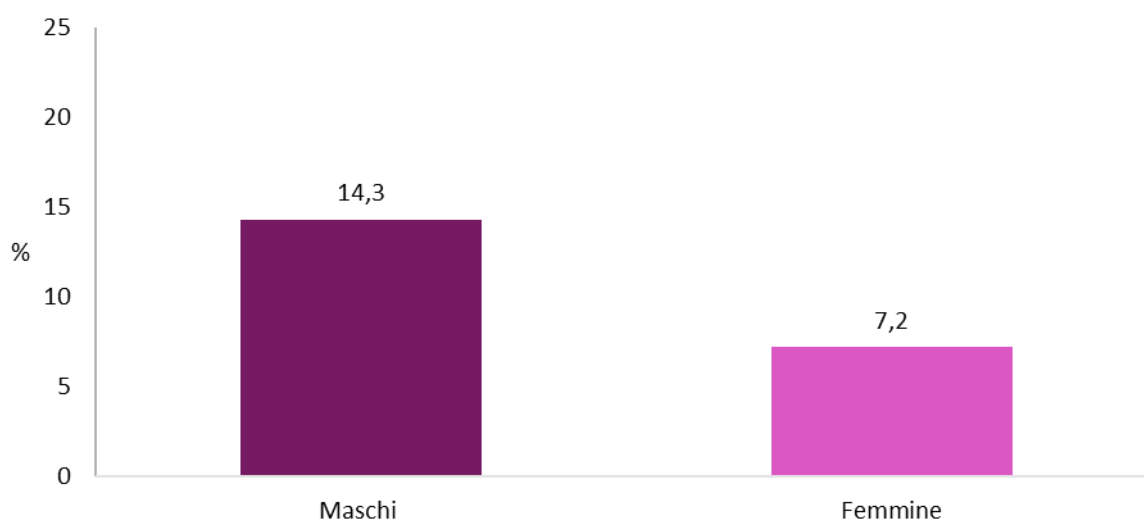
	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	79,6	84,6	82,2
Amici di un gruppo allargato	42,8	33,3	37,7
Amici conosciuti tramite internet	17,4	11,5	14,2
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	42,6	52,2	47,7

La maggior parte dei ragazzi ha contatti online giornalieri con amici stretti (82%), con altre persone come genitori o fratelli/sorelle (48%) e con amici di un gruppo allargato (38%). Il 14% dei diciassetenni ha contatti giornalieri con amici conosciuti su internet. Non si evidenziano particolari differenze di genere.

L'uso dei videogiochi

In Figura 13 sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, per genere.

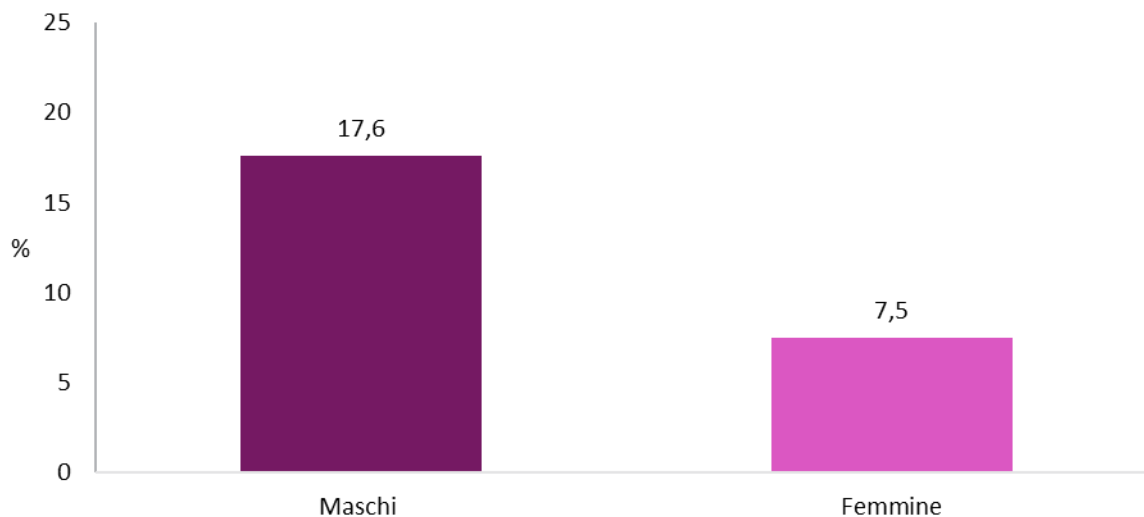
Figura 13. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per genere (%)



Il 14% dei maschi di 17 anni dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, contro una percentuale inferiore di coetanee femmine (7%).

La Figura 14 mostra la frequenza di ragazzi e ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi, ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento utilizzato (*Internet Gaming Disorder Scale*).

Figura 14. Percentuale di ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi, per genere (%)



Osservando la Figura 14, si nota che il 18% dei maschi fa un uso problematico dei videogiochi, mentre per quanto riguarda le femmine la percentuale è notevolmente inferiore (7,5%).

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

La Tabella 56 mostra la stratificazione per scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

Tabella 56. Gli indicatori dell'uso dei social media e dei videogiochi stratificati con il FAS (%)

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	73,1	85,0	83,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	35,1	35,8	44,7
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	20,1	12,3	15,2
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	38,7	48,5	53,9
Uso problematico dei social media	8,7	6,5	6,4
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	19,3	10,9	9,2
Uso problematico dei videogiochi	20,2	12,3	13,5

In generale, non emergono differenze sull'uso dei social media e dei videogiochi rispetto ai livelli di FAS, ad eccezione dell'utilizzo del social media come strumento di comunicazione con amici stretti e con altre persone non amici (es. genitori, fratelli/sorelle), la cui frequenza aumenta all'aumentare del FAS. L'uso problematico dei social media e dei videogiochi risulta più diffuso tra i ragazzi che provengono da una famiglia con basso stato socio-economico.

Conclusioni

La maggior parte dei diciassetenni, indipendentemente dal genere, ha contatti giornalieri tramite social in particolare con gli amici più stretti, ma anche con amici di un gruppo allargato e/o i genitori e fratelli.

Una particolare attenzione merita l'utilizzo problematico dei videogiochi che interessa ben 1 ragazzo/a su 4, prevalentemente di genere maschile e proveniente da una famiglia con un basso stato socio-economico.

