



AUTONOME
PROVINZ
BOZEN
SÜDTIROL

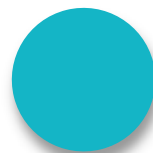
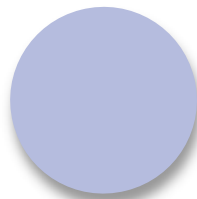
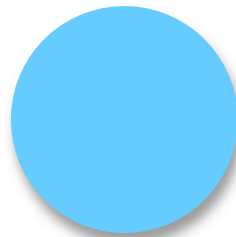
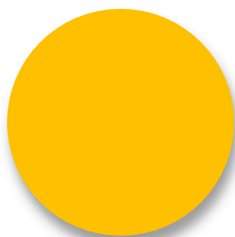
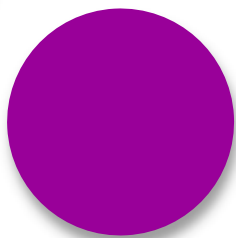
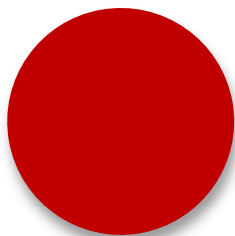
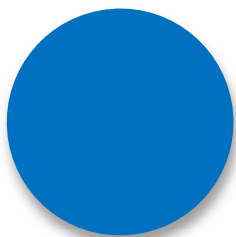
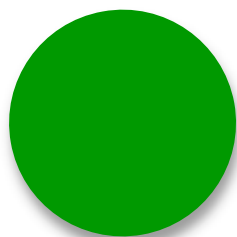


PROVINCIA
AUTONOMA
DI BOLZANO
ALTO ADIGE

HBSC 2022

Stato di salute e stili di vita dei
giovani di età 11, 13, 15 e 17 anni

Provincia di Bolzano





INDICE

PREFAZIONE	1
RINGRAZIAMENTI	2
CAPITOLO 1: Lo studio HBSC 2022 e il campione provinciale.....	3
Introduzione	4
Metodologia	4
CAPITOLO 2: Il contesto familiare	7
La famiglia	8
Introduzione	8
La struttura familiare	8
La qualità delle relazioni con i genitori	9
Lo status socio-economico familiare.....	11
Per un confronto nel tempo.....	11
Conclusioni	12
Bibliografia essenziale	13
CAPITOLO 3: Abitudini alimentari e stato nutrizionale	14
Introduzione	15
Frequenza e regolarità dei pasti.....	15
Consumo di frutta e verdura	16
Consumo di dolci e bevande gassate	17
Stato nutrizionale	19
Insoddisfazione corporea	19
Igiene orale.....	21
Il FAS e le abitudini alimentari	21
Per un confronto nel tempo.....	22
Conclusioni	22
Bibliografia essenziale	23
CAPITOLO 4: Sport e tempo libero	25
Introduzione	26
L'attività fisica	26
Comportamenti sedentari.....	27
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	28
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	29
Per un confronto nel tempo.....	30
Conclusioni	30
Bibliografia essenziale	31
CAPITOLO 5: Ambiente scolastico.....	32
Introduzione	33
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	33
Rapporto con gli insegnanti	36
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	37
Bullismo e cyberbullismo	39
La scuola	42
Per un confronto nel tempo.....	44
Conclusioni	44
Bibliografia essenziale	45

CAPITOLO 6: Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	47
Introduzione	48
Uso di sostanze.....	48
Fumo	48
Alcol.....	49
Cannabis.....	52
Gioco d’azzardo.....	53
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	54
Per un confronto nel tempo.....	54
Conclusioni	54
Bibliografia essenziale	56
CAPITOLO 7: Salute e Benessere	57
Introduzione	58
Salute percepita	59
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	60
Sintomi riportati	60
Utilizzo di farmaci.....	62
Abitudini sessuali	62
Benessere psicologico	63
Solitudine percepita	64
Infortuni	64
Il FAS e la soddisfazione di vita	65
Per un confronto nel tempo.....	65
Conclusioni	65
Bibliografia essenziale	67
CAPITOLO 8: Social media e gaming.....	68
Introduzione	69
L’uso dei social media	69
L’uso dei videogiochi	70
Il FAS, l’uso dei social media e dei videogiochi	72
Conclusioni	72
Bibliografia essenziale	73
CAPITOLO 9: COVID-19.....	74
Introduzione	75
Positività al COVID-19	75
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	75
Fonti di informazione sul COVID-19	77
Misure di protezione	78
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l’indicatore del FAS	80
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l’indicatore FAS	81
Bibliografia essenziale	81
CAPITOLO 10: 17 enni.....	82
Lo stato di salute dei 17enni	83
La famiglia	83
Abitudini alimentari e stato nutrizionale	84
Igiene orale.....	88
Il FAS e le abitudini alimentari	88
Sport e tempo libero	88
Comportamenti sedentari.....	89
Il FAS, l’attività fisica e la sedentarietà	90

Rapporto con gli insegnanti	90
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	91
Bullismo e Cyberbullismo.....	92
La Scuola.....	94
Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze.....	96
Alcol.....	96
Cannabis.....	98
Gioco d’azzardo.....	99
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	99
Salute e benessere	99
Il FAS e la soddisfazione di vita	101
Social Media	101
Il FAS, l’uso dei social media e dei videogiochi	103



GRUPPO DI RICERCA HBSC ITALIA 2022

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

Università degli Studi di Torino: Paola Dalmasso, Lorena Charrier, Paola Berchialla, Rosanna Irene Comoretto, Michela Bersia, Alberto Borraccino, Patrizia Lemma

Università degli Studi di Padova: Alessio Vieno, Natale Canale, Michela Lenzi, Claudia Marino, Tommaso Galeotti

Università degli Studi di Siena: Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

Ministero della Salute: Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione e del Merito: Alessandro Vienna

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



GRUPPO DI RICERCA PROVINCIALE HBSC 2022

Dr. med. univ. Michael Kob – Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica - Bolzano

Dr. Bettina Meraner – SER.D-Servizio Dipendenze - Bolzano

Patrizia Corazza – Unità di sorveglianza epidemiologica - Bolzano

Barbara Tireni - Unità di sorveglianza epidemiologica - Bolzano

Lucia Fedrigoni - Unità di sorveglianza epidemiologica - Bolzano

Mag.a Gudrun Schmid – Intendenza scolastica tedesca

Dr. Cristina Sartori – Intendenza scolastica italiana

Dr. Emanuele Gravino – Intendenza scolastica ladina

Francesca Schir, Ph.D - Dipartimento Istruzione e Formazione italiana

Corrà Patrizia - Direzione provinciale Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado
a carattere statale in lingua italiana

Sabine Weiss - Osservatorio per la salute

Dr. Carla Melani – Direttrice Ufficio Assistenza sanitaria

Dr. Antonio Fanolla – Coordinatore dell'Osservatorio per la salute



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. La Provincia di Bolzano ha aderito per la prima volta con un campione rappresentativo a livello locale nell'anno scolastico 2005/2006.

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.

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

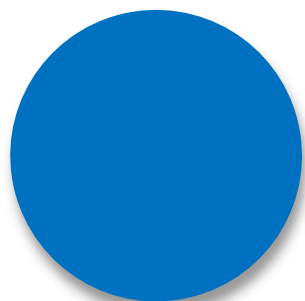
Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

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

Mittelschule "Adalbert Stifter", Mittelschule "Dr. J. Röd", Mittelschule "F. Pöder", Mittelschule "F.X. Mitterer" St. Felix, Mittelschule "J. Mayr-Nusser", Mittelschule "J.G. Plazer", Mittelschule "K. Agsthofer", Mittelschule "K. Fischner", Mittelschule "Leo Santifaller", Mittelschule "P. Troger", Mittelschule "Simon Ybertracher", Mittelschule "Vigil Raber", Mittelschule "Vinzentinum", Mittelschule Brenner/Gossensass, Mittelschule Brixen

"Oswald v. Wolkenstein", Mittelschule Bruneck "Ursulinen", Mittelschule Carl Wolf, Mittelschule Deutschnofen, Mittelschule 'Dr. Fritz Ebner' Schlanders, Mittelschule 'Karl Meusburger', Mittelschule Karneid, Mittelschule Klausen, Mittelschule Latsch, Mittelschule Mals, Mittelschule Mölten, Mittelschule Mühlbach "Herz-Jesu-Institut", Mittelschule Obermais, Mittelschule "P.A.Sepp v. Seppenburg", Mittelschule "Peter Rosegger", Mittelschule Ritten, Mittelschule Salurn, Mittelschule Sand in Taufers, Mittelschule St. Johann, Mittelschule St. Leonhard in Passeier, Mittelschule St. Martin in Passeier, Mittelschule Terlan, Mittelschule Tirol, Scuola Media "Tita Alton", Scuola Media Ortisei, Scuola secondaria di I grado "Ada Negri", Scuola secondaria di I grado, "Alessandro Manzoni" - Bressanone, Scuola secondaria di I grado "Don Milani" - Brunico, Scuola secondaria di I grado "Enrico Fermi", Scuola secondaria di I grado "Fabio Filzi", Scuola secondaria di I grado "L. Negrelli" - Merano Scuola secondaria di I grado "Leonardo da Vinci", Scuola secondaria di I grado "Ugo Foscolo", Scuola secondaria di I grado "Vittorio Alfieri", Scuola secondaria di I grado di Bolzano - Anne Frank, Fachoberschule für Bauwesen Peter Anich, Fachoberschule für Tourismus und Biotechnologie Marie Curie, Fachoberschule für Wirtschaft, Fachoberschule für Wirtschaft, Grafik und Kommunikation, Franziskanergymnasium Bozen, Gymnasien Meran - Sitz "Otto Huber", Klassisches Gymnasium "Vinzentinum", Maria-Hueber-Gymnasium, Oberschule Sand in Taufers, Oberschulen Jakob Philipp Fallmerayer, Oberschulzentrum Mals "Claudia von Medici", Oberschulzentrum Schlanders, Oberschulzentrum Sterzing Realgymnasium Meran, Realgymnasium Peter Anich, Sozialwissenschaftliches Gymnasium, Sozialwissenschaftliches Gymnasium Josef Gasser, Sozialwissenschaftliches Gymnasium und Kunstgymnasium, Sprachen- und Realgymnasium, Technologische Fachoberschule "Max Valier", Technologische Fachoberschule Bruneck, Wirtschaftsfachoberschule Auer, Wirtschaftsfachoberschule Bruneck, Istituto di Istruzione secondaria di II grado "A. Cantore" Brunico, Istituto di Istruzione Secondaria di Secondo Grado "C. de' Medici", Istituto Istruzione Secondaria Superiore Gandhi, Istituto Rainerum, Istituto Tecnico Economico, Istituto Tecnico Economico "C. Battisti", Istituto Tecnico Economico "Walther", Istituto tecnico per le costruzioni, l'ambiente e il territorio "A. e P. Delai", Liceo "D. Alighieri" - Bressanone, Liceo "E. Torricelli", Liceo "G. Carducci", Liceo "G. Pascoli", Liceo Artistico Cademia, Liceo linguistico europeo paritario "Marcelline" - Bolzano, Liceo Sandro Pertini, Liceo Scientifico delle scienze applicate con percorso sportivo "G. Toniolo".



CAPITOLO 1

Lo studio HBSC 2022 e il campione provinciale

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 oggi nella salute dei giovani, 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).

Modalità di campionamento

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

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

Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il Dirigente Scolastico. Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale; contengono una parte "core" comune a tutti i Paesi

partecipanti e una parte "opzionale" con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

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

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

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

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

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

Entrambi i questionari sono anonimi e vengono autocompilati dai ragazzi e dai dirigenti scolastici a scuola direttamente online.

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

Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy

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

Descrizione del campione regionale

In Provincia di Bolzano sono state campionate 146 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 158 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 304 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 264 classi con una rispondenza complessiva del 86,8%.

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.

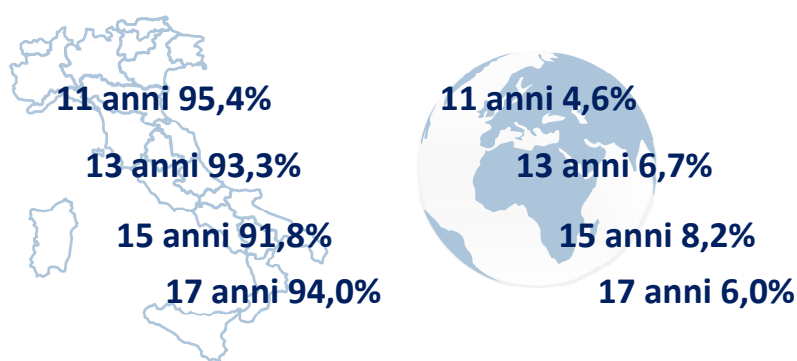
Tabella 1. Rispondenza per classe

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	74	68	91,9
Classe III Media	72	66	91,7
Classe II superiore	74	61	82,4
Classe IV superiore	84	69	82,1
Totale	304	264	86,8

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

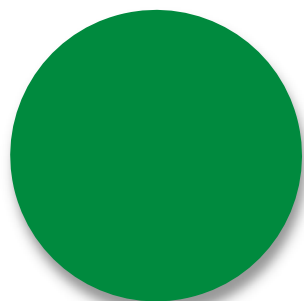
	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	50,3	49,7	100
13 anni	49,3	50,7	100
15 anni	44,7	55,3	100
17 anni	41,5	58,5	100
Totale	46,5	53,5	100

Circa il 6,3% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 13enni.

Figura 1. Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età (%)**Tabella 3. Composizione del campione dei genitori dei ragazzi per nascita in Italia e all'estero (%)**

Entrambi i genitori nati in Italia	78,1
Almeno un genitore nato all'estero	10,0
Entrambi i genitori nati all'estero	11,9

Nella maggioranza/minoranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nel 21,9% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altra nazionalità.



CAPITOLO 2

Il contesto familiare

La famiglia

Introduzione

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

La famiglia, insieme alla scuola e al mondo dei pari, è l'ambito nel quale gli adolescenti iniziano a costruire la propria identità personale e il proprio ruolo sociale. Attraverso la ridefinizione dei rapporti con i genitori e, contemporaneamente, ad un più intenso investimento nelle relazioni amicali, i ragazzi 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 2022²), circa il 10% delle famiglie italiane sono monogenitoriali.

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

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro).

L'85,9 % dei ragazzi hanno indicato di vivere con i genitori e l'eventuale numero di fratelli e sorelle in famiglia.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	85,9
Solo madre	9,3
Solo padre	1,5
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2,1
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1,2
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	10,8
1 fratello o sorella	49,1
2 o più fratelli o sorelle	40,2
Totale	100

8 su 10 vivono con entrambi i genitori. Poco meno della metà del campione (49,1%) ha un solo fratello o sorella, mentre 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli o sorelle. I figli unici sono rappresentati dal 10,8%.

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).

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	33,6	24,4	18,1
Facile	38,9	38,8	37,3
Difficile	17,5	20,9	25,6
Molto difficile	7,6	12,0	14,0
Non ho o non vedo mai questa persona	2,4	3,9	5,0
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	52,5	35,9	31,3
Facile	34,0	40,1	43,0
Difficile	9,3	16,2	18,2
Molto difficile	3,5	6,4	7,1
Non ho o non vedo mai questa persona	0,7	1,4	0,4
Totale	100	100	100

Confrontando le due tabelle appare più facile per i ragazzi parlare delle proprie preoccupazioni con la madre che con il padre (79,1% vs 64,3%). Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che la comunicazione con il padre diminuisce all'aumentare dell'età soprattutto nelle ragazze.

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

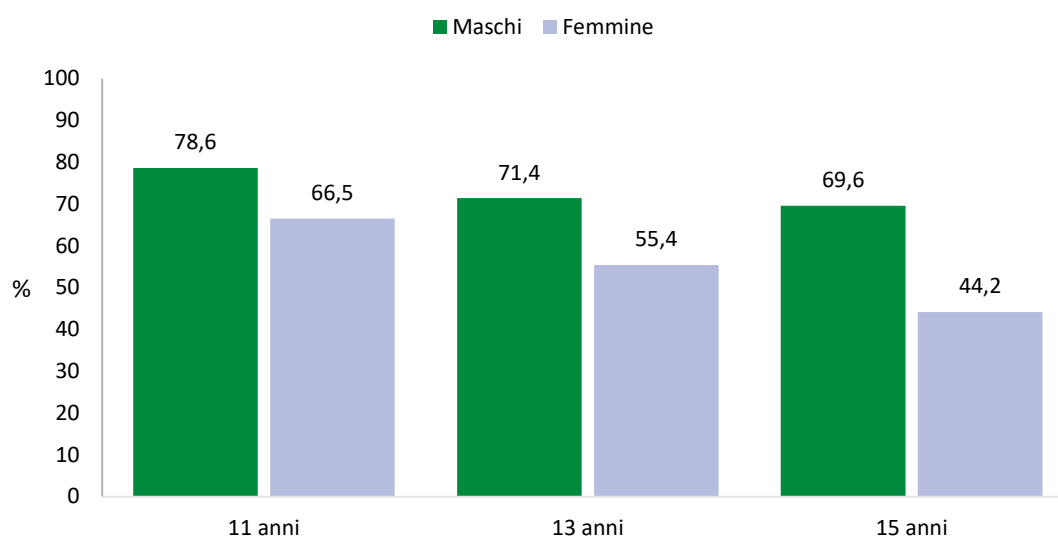
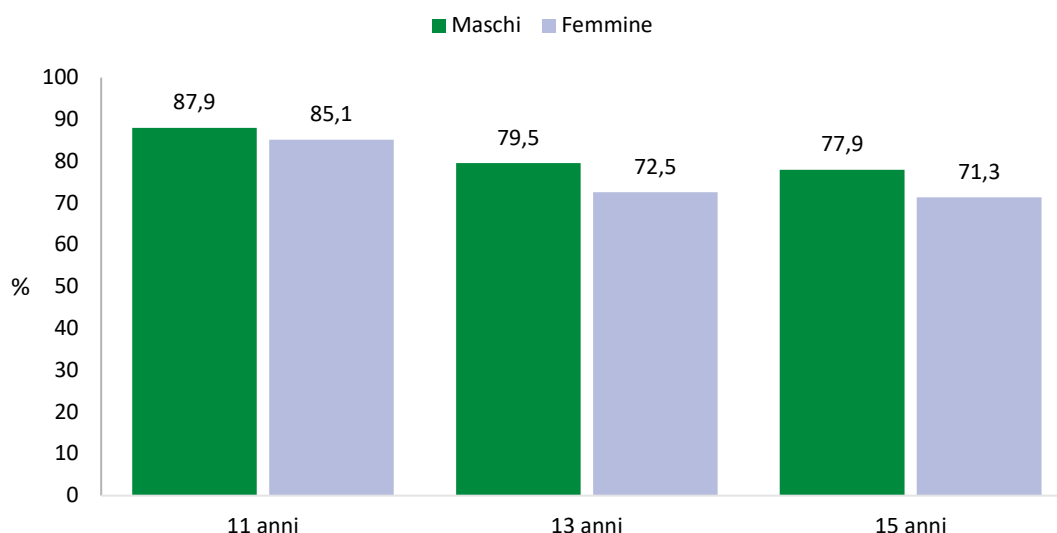


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



Lo status socio-economico familiare

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

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

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	14,8
Medio	45,8
Alto	39,4
Totale	100

1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo", mentre il 45,8% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 14,8% 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 (%)

	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	79,8	85,9
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	82,7	79,1
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	66,9	64,3
Famiglie con FAS alto	43,0	39,4

Conclusioni

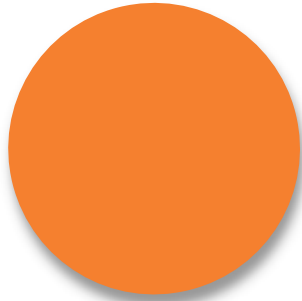
Anche nella presente indagine emerge e si conferma il dato dell'analisi 2018 che vedeva come struttura familiare prevalente nella Provincia di Bolzano quella di tipo tradizionale: si rafforza ulteriormente la percentuale che si attesta intorno all'85% e, di conseguenza, si abbassano quelle relative alle famiglie monoparentali, sia quelle in cui il genitore maggiormente presente è la madre, che scende al 9,3% (-5,7%) sia quelle in cui lo è il padre (-0,5%). Si sottolinea, inoltre, un leggero aumento delle famiglie ricostituite, più o meno complesse.

Per quanto concerne l'ambito della comunicazione familiare, si conferma un positivo rapporto di fiducia fra genitori e figli, anche se i dati relativi alla facilità di comunicazione si abbassano di alcuni punti in favore della difficoltà, più o meno grave, sia nella comunicazione con la madre che con il padre. Si conferma una maggiore facilità di comunicazione con la figura femminile e, alla luce dei dati, emerge una più generale problematicità nel dialogo da parte dei maschi, sia con il padre che con la madre.

L'ultimo indicatore preso in esame, ovvero lo status socio-economico e la relativa possibilità di consumo delle famiglie in Provincia di Bolzano, evidenzia un ulteriore calo delle famiglie con livello socio-economico alto rispetto all'indagine del 2014 e del 2018: se già nel 2018 la percentuale era diminuita del 7%, la presente indagine riporta un ulteriore calo di 4 punti percentuali attestandosi al 39%. Aumentano di conseguenza le percentuali delle famiglie con stato economico medio e basso, con un aumento complessivo del 4%.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 3

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Introduzione

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

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

I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali determinanti^{5,6,7}; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa^{8,9} e incoraggiando scelte alimentari salutari.¹⁰ 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}.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	19,1	29,4	31,6	26,5
Un giorno	3,1	2,6	4,4	3,3
Due giorni	3,1	3,4	5,0	3,8
Tre giorni	5,8	5,8	3,9	5,3
Quattro giorni	5,2	3,7	5,0	4,5
Cinque giorni	63,7	54,9	50,1	56,6

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola, ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione e la loro percentuale aumenta con l'età. La percentuale di ragazzi che consuma la colazione tutti i giorni nel fine settimana è più alta rispetto a quelli che la consumano nei giorni di scuola.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	51,4	48,9	41,6	47,8
La maggior parte dei giorni	40,8	41,9	46,4	42,7
Circa una volta alla settimana	5,4	6,0	9,4	6,7
Meno di una volta alla settimana	1,0	1,6	1,8	1,5
Mai	1,4	1,6	0,8	1,3

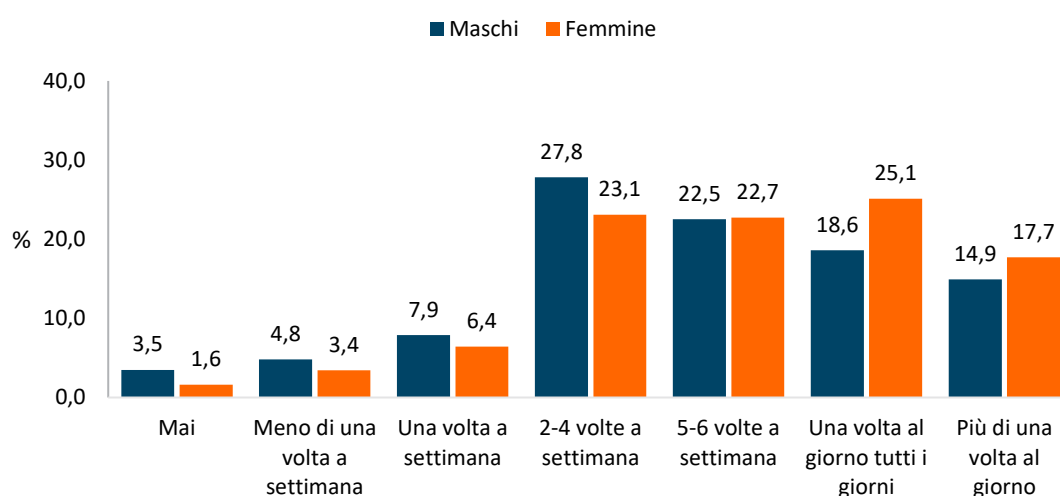
Il 51,4% degli undicenni, il 48,9% dei tredicenni e 41,6% dei quindicenni consuma ogni giorno pasti con la propria famiglia. Con l'aumentare dell'età è meno probabile che gli adolescenti consumino almeno un pasto al giorno insieme alla famiglia.

Consumo di frutta e verdura

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione²² 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 3. “Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	2,8	2,4	2,2	2,5
Meno di una volta a settimana	3,5	4,2	4,7	4,1
Una volta a settimana	6,1	8,0	7,1	7,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22,1	26,5	27,7	25,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	22,0	23,8	21,7	22,6
Una volta al giorno tutti i giorni	23,5	21,0	21,5	22,0
Più di una volta al giorno	20,0	14,1	15,1	16,4

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

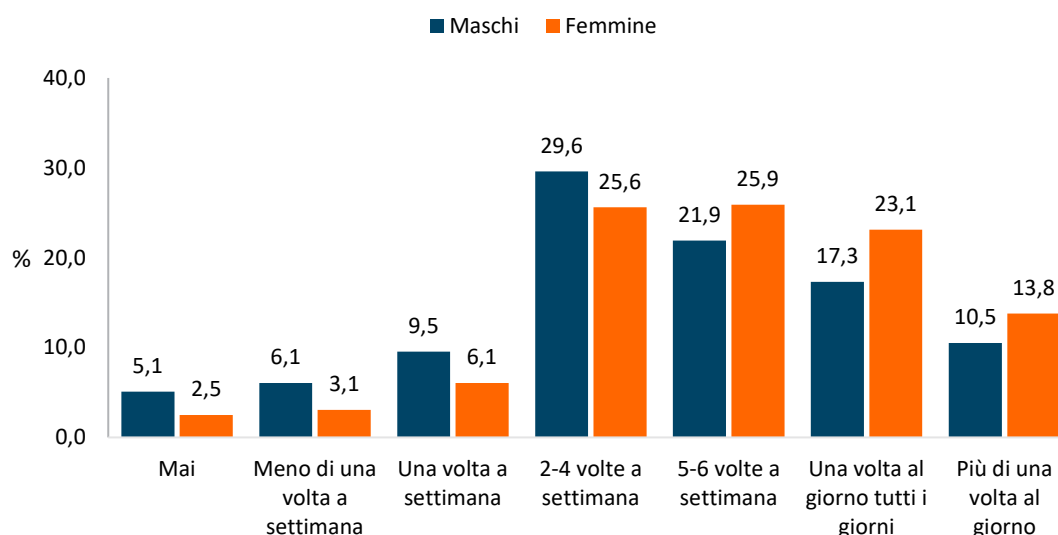
Il 42,8% delle ragazze mangia frutta almeno una volta al giorno. Per i ragazzi, la percentuale è del 33,5%. In generale, i ragazzi consumano meno frutta delle ragazze. Una percentuale

relativamente bassa di ragazzi e ragazze mangia frutta meno di una volta alla settimana o mai. Il consumo regolare di frutta diminuisce con l'età sia per i ragazzi che per le ragazze.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3,6	4,5	2,7	3,8
Meno di una volta a settimana	4,7	5,2	3,2	4,5
Una volta a settimana	8,8	8,3	5,6	7,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26,4	29,0	26,9	27,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	25,0	22,9	24,2	23,9
Una volta al giorno tutti i giorni	20,1	19,0	22,5	20,3
Più di una volta al giorno	11,3	11,1	15,0	12,2

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



Il 36,9% delle ragazze e il 27,8% dei ragazzi mangiano verdure almeno una volta al giorno. Si notano quindi differenze specifiche di genere a svantaggio dei ragazzi. I ragazzi e le ragazze consumano più verdure con l'aumentare dell'età.

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}.

I dolci sono più popolari tra i giovani rispetto alle bibite con zucchero. 1 adolescente su 5 mangia dolci ogni giorno e l'8,1% consuma quotidianamente bevande zuccherate. Con l'aumentare dell'età, il consumo giornaliero di dolci e bibite zuccherate diminuisce.

Circa 1 adolescente su 4 mangia legumi per 2-4 giorni alla settimana, 1 su 6 non ne mangia affatto. Il consumo di legumi aumenta con l'età.

Le maggiori differenze in base all'età e al sesso si osservano nel consumo di frutta e verdura e di bevande zuccherate e gassate.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	2,6	1,9	2,6	2,4
Meno di una volta a settimana	9,6	8,7	8,0	8,8
Una volta a settimana	14,0	12,7	12,9	13,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	34,1	33,3	35,3	34,1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	19,0	22,3	23,3	21,4
Una volta al giorno tutti i giorni	11,1	14,1	11,7	12,5
Più di una volta al giorno	9,6	7,0	6,2	7,6

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	12,5	8,9	14,4	11,6
Meno di una volta a settimana	28,7	26,8	29,2	28,1
Una volta a settimana	22,2	22,1	18,6	21,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	19,6	22,9	25,6	22,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8,2	9,9	6,8	8,5
Una volta al giorno tutti i giorni	4,4	4,8	2,4	4,0
Più di una volta al giorno	4,4	4,6	3,0	4,1

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	17,4	14,9	10,9	14,6
Meno di una volta a settimana	27	25,6	22	25,1
Una volta a settimana	20,7	21	25	22
Tra 2 e 4 giorni a settimana	20,8	25,3	27,1	24,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7,8	7,4	9,8	8,2
Una volta al giorno tutti i giorni	2,9	4,2	3,7	3,6
Più di una volta al giorno	3,4	1,6	1,5	2,2

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

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	39,7	47,4	30,7	39,4	29,6	42,3
Verdura (almeno una volta al dì)	27,1	35,9	26,0	34,0	31,8	42,1
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	33,1	36,7	38,4	38,5	43,6	41,0
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	11,0	6,5	13,1	5,8	6,4	4,6
Snack salati (almeno una volta al dì)	8,9	7,1	8,9	7,4	6,9	5,4
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	46,8	47,1	51,8	49,6	51,1	50,6
Dolci (almeno una volta al dì)	21,5	19,8	20,5	21,7	18,8	17,2

Stato nutrizionale

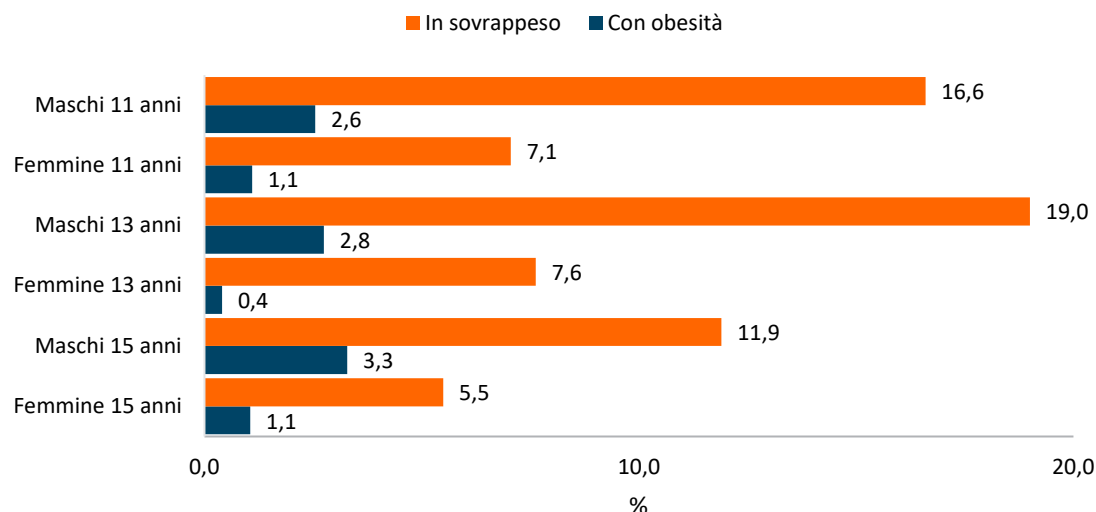
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea ($IMC = kg/m^2$) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3,9	3,6	2,0	3,3
Normopeso	82,4	81,5	87,5	83,4
Sovrappeso	11,9	13,3	8,4	11,5
Obeso	1,8	1,6	2,1	1,8

Il 7,7% delle ragazze e il 19,2% dei ragazzi sono in sovrappeso o obesi. La differenza di genere a svantaggio dei ragazzi si riscontra in tutte le categorie di età.

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



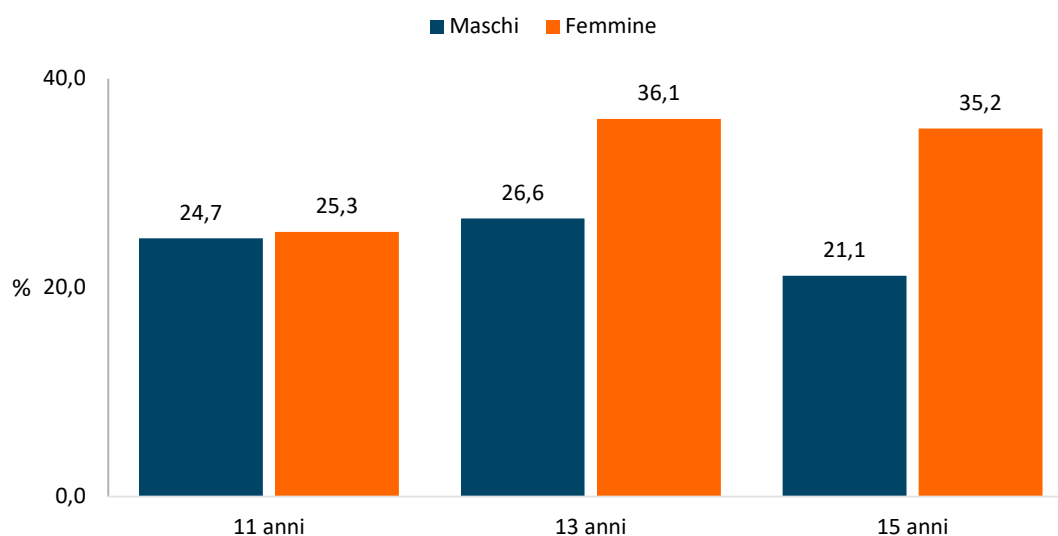
Insoddisfazione corporea

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d'insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo; causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi²³. Tale insoddisfazione riguarda principalmente il proprio peso e il percepirsi "troppo grasse/i", indipendentemente dal fatto di essere oggettivamente sovrappeso o meno. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso²⁴.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	2,2	1,0	2,0	1,7
Un po' troppo magro	12,2	13,0	14,6	13,2
Più o meno della taglia giusta	60,6	54,6	54,5	56,5
Un po' troppo grasso	22,5	27,6	25,8	25,4
Decisamente troppo grasso	2,5	3,8	3,1	3,2

Tra i ragazzi, il 24,6% ritiene di essere troppo grasso rispetto al 32,3% delle ragazze (dati non riportati in tabella). La percezione di essere troppo grassi aumenta con l'età tra le ragazze, mentre diminuisce tra i ragazzi.

Figura 4. Frequenza di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere (%)**Tabella 11. Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al proprio IMC, per età (%)**

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	0,4	0,3	0	0,3
Normopeso	66,9	65,3	73,3	67,8
Sovrappeso	27,4	30,0	19,7	26,6
Obeso	5,3	4,4	7,0	5,3

Il 26,6% degli adolescenti che si percepiscono un po' troppo grassi e molto grassi risultano avere un IMC sovrappeso e il 5,3% obeso.

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	65,8	58,2	56,2	60,2
No, ma dovrei perdere qualche chilo	15,1	19,1	17,0	17,2
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	6,4	7,2	12,7	8,4
Sì	12,7	15,5	14,1	14,2

In generale il 60,2% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 17,2% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 14,2% dei ragazzi è a dieta. Si nota una differenza maggiore non indifferente nella categoria “No, perché dovrei mettere su qualche chilo” nei ragazzi di 15 anni.

Igiene orale

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Più di una volta al giorno	74,4	75,9	80,9	76,7
Una volta al giorno	22,7	20,4	16,5	20,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2,0	2,4	2,0	2,2
Meno di una volta alla settimana	0,4	0,5	0,4	0,5
Mai	0,5	0,7	0,2	0,5

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.

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)	52,5	58,9	56,1
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	31,4	36,2	43,1
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	26,5	30,2	37,4
Consumo quotidiano di bevande gassate	10,2	7,0	8,4
Prevalenza di sovrappeso	15,6	11,3	9,8
Prevalenza di obesità	3,9	2,0	0,7

Per un confronto nel tempo

Di seguito, nella Tabella 15, si riporta un confronto negli anni 2018 e 2022 di alcuni indicatori presenti nel capitolo. Tra le due raccolte dati 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)	61,0	56,6
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	39,2	38,4
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	31,3	32,5
Consumo quotidiano di bevande gassate	5,8	8,1
Prevalenza di sovrappeso	9,8	11,5
Prevalenza di obesità	2,0	1,8

Conclusioni

Lo studio HBSC utilizza l'indice di massa corporea per determinare sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità negli studenti. L'IMC viene calcolato in base al peso e all'altezza autodichiarati dagli studenti. I valori di cut-off per la categorizzazione si basano sulle raccomandazioni dell'International Obesity Task Force (IOTF).

Secondo lo studio HBSC, la provincia di Bolzano ha una delle più basse prevalenze di sovrappeso e obesità tra gli adolescenti. Solo il 13,3% ne è affetto, mentre la media italiana è del 22,6%. 8 adolescenti su 10 hanno un peso normale. Il sovrappeso e l'obesità sono più frequenti nei ragazzi che nelle ragazze. Mentre la presenza di sovrappeso diminuisce con l'età, l'obesità è leggermente più alta tra gli adolescenti di 15 anni rispetto a quelli di 11 e 13 anni. Rispetto alla precedente indagine del 2018, la prevalenza di sovrappeso e obesità in provincia di Bolzano è leggermente aumentata. All'epoca, il 9,8% degli adolescenti era in sovrappeso e l'1,9% soffriva di obesità. Il sottopeso è piuttosto raro tra gli adolescenti, ma è più comune tra le ragazze che tra i ragazzi.

Il 60% degli 11enni fa regolarmente colazione, tra i 15enni solo il 50,6% dei ragazzi e il 35,1% delle ragazze. I dati sono leggermente peggiorati rispetto all'indagine del 2018. Come previsto, la frutta è più popolare tra gli adolescenti rispetto alla verdura. 2 adolescenti su 5 mangiano almeno una porzione di frutta al giorno, mentre solo 1 su 3 consuma verdura quotidianamente. I legumi sono consumati almeno due volte alla settimana dal 38,3% degli adolescenti. Si può notare che il loro consumo aumenta con l'età.

I dati dello studio HBSC mostrano che meno del 10% degli adolescenti consuma quotidianamente bevande zuccherate e i ragazzi lo fanno più spesso delle ragazze. Solo il 20% consuma dolci ogni giorno. Entrambi i comportamenti mostrano una leggera diminuzione con l'aumentare dell'età.

Un'alimentazione equilibrata svolge un ruolo particolarmente importante durante la fase di crescita. La prima colazione è un'abitudine importante per molti adolescenti, sia nei giorni feriali che nel fine settimana. La prima colazione viene consumata più regolarmente ogni giorno nel fine settimana. Inoltre, si osservano differenze per età. I giovani che rinunciano alla

colazione dovrebbero compensare con uno spuntino equilibrato. Tuttavia, è preoccupante che quasi 3 adolescenti su 10 non mangino frutta ogni giorno e che quasi 2 adolescenti su 3 non includano la verdura nella loro alimentazione quotidiana. Il consumo di frutta e verdura non è sufficiente, se si considera che l'OMS raccomanda di mangiare frutta almeno due volte al giorno e verdura tre volte al giorno ("5 al giorno"). Anche i legumi sono regolarmente presenti nel menu di solo 4 adolescenti su 10.

La prevalenza del sovrappeso e dell'obesità è in linea con i risultati di altri studi in provincia di Bolzano ed è inferiore a quella della maggior parte delle altre regioni italiane, sebbene anche qui si possa osservare un leggero aumento rispetto alle indagini degli anni precedenti. Il fatto che i giovani altoatesini siano molto attivi fisicamente nel tempo libero potrebbe fungere da fattore protettivo contro l'insorgenza di sovrappeso e obesità: un'attività fisica regolare aiuta a bilanciare i livelli di energia e favorisce lo sviluppo di un peso sano.

Il sovrappeso e l'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza sono associati a un maggior rischio di obesità in età adulta, che a sua volta è associata a varie malattie croniche come il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari, ecc. L'attuazione di programmi per la prevenzione e il trattamento tempestivo dell'obesità infantile e adolescenziale è quindi una priorità e deve essere effettuata da professionisti per evitare complicazioni come il cosiddetto effetto yo-yo o l'insorgenza di un disturbo alimentare.

La maggiore frequenza del sottopeso nelle ragazze rispetto ai ragazzi potrebbe essere spiegata da una maggiore attenzione all'immagine corporea nelle ragazze durante la pubertà e la prepubertà. È stato inoltre dimostrato che l'elevato utilizzo dei social media porta a un'interiorizzazione di ideali di bellezza irraggiungibili per quasi tutti, con conseguente maggiore insoddisfazione per il peso e la forma del corpo. Questa insoddisfazione può portare a disturbi alimentari, la cui incidenza è aumentata durante la pandemia di COVID.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

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

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

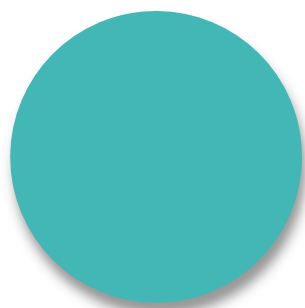
⁸ Loth K.A., MacLehose R.F., Larson N., Berge J.M., Neumark-Sztainer D. Food availability, modeling and restriction: How are these different aspects of the family eating environment related to adolescent dietary intake? *Appetite*. 2016;96:80-86

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

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

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

-
- ¹² Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN. Linee guida per una sana alimentazione italiana (http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html)
- ¹³ Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh
- ¹⁴ Cole JT, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ* 2000;320:1240-5
- ¹⁵ Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335(7612):194
- ¹⁶ World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. (WHO Technical Report Series; 854). Geneva: WHO; 1995
- ¹⁷ Asawa K, Sen N, Bhat N, Tak M, Sultane P, Patil V. Association of sugary foods and drinks consumption with behavioral risk and oral health status of 12- and 15-year-old Indian school children. *J Educ Health Promot.* 2018;7:19
- ¹⁸ Kant A.K., Andon M.B., Angelopoulos T.J., Rippe J.M.(2008). Association of breakfast energy density with diet quality and body mass index in American adults: National Health and Nutrition Examination Surveys. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5:1396-404
- ¹⁹ Hallström L, Labayen I, Ruiz JR, et al. Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr* 2013;16(7):1296-305
- ²⁰ Lazzeri G, Pammolli A, Azzolini E, et al. Association between fruits and vegetables intake and frequency of breakfast and snacks consumption: a cross-sectional study. *Nutr J* 2013;12:123
- ²¹ Malik V.S., Popkin B.M., Bray G.A., Despres J.P., Willett W.C., Hu F.B.(2010). Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 33:2477–83
- ²² Vartanian L.R., Schwartz M.B., Brownell K.D. (2007) Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97:667–75
- ²³ Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna
- ²⁴ Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., & Kelly, C. (2017). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204-211



CAPITOLO 4

Sport e tempo libero

Introduzione

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

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

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

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

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}.

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	3,0	5,2	5,2	4,5
Un giorno	3,3	5,8	9,3	5,9
Due giorni	7,5	9,4	13,6	9,9
Tre giorni	13,1	16	19,4	15,8
Quattro giorni	16,6	15,6	18,2	16,6
Cinque giorni	15,2	14,1	14,5	14,6
Sei giorni	12,6	9,3	7,8	10,0
Sette giorni	28,7	24,6	12,0	22,7

Il 14,4% delle ragazze e un terzo dei ragazzi aderisce alle raccomandazioni di 60 minuti al giorno di attività fisica moderata-intensa per la promozione della salute. I ragazzi sono

fisicamente più attivi delle ragazze. Con l'aumentare dell'età, l'attività fisica diminuisce per entrambi i sessi.

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

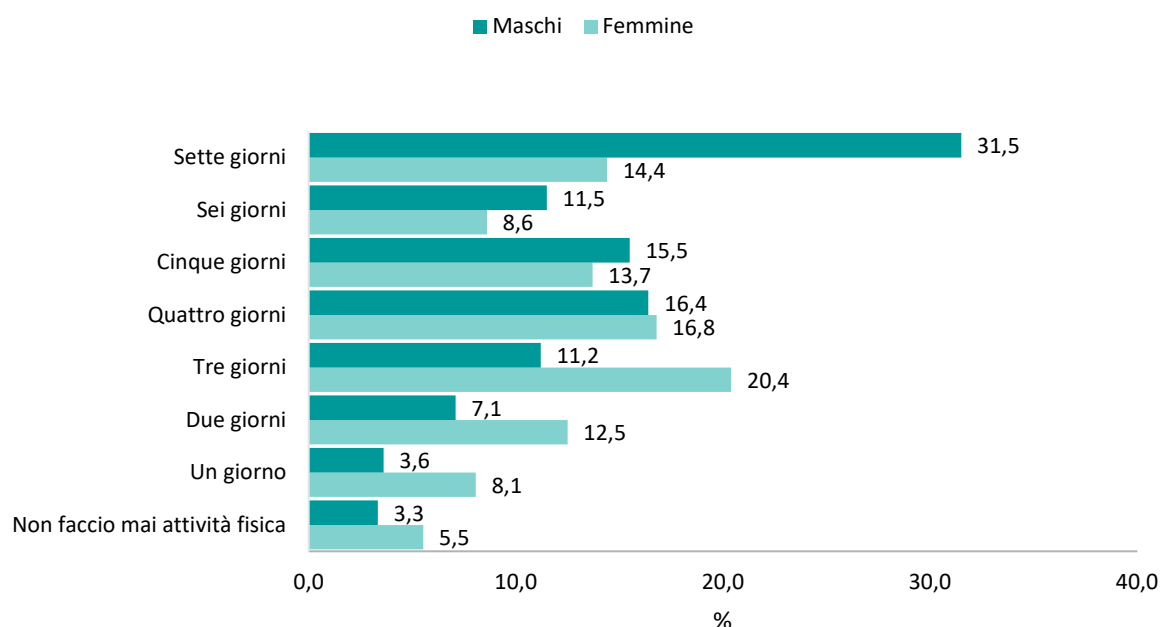


Tabella 2. “Attività fisica intensa esercitata al di fuori dell’orario scolastico”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Ogni giorno	21,8	16,2	10,1
Da 4 a 6 volte a settimana	27,5	27,5	24,8
3 volte a settimana	23,4	22,1	22,0
2 volte a settimana	14,9	14,4	14,6
Una volta a settimana	6,7	10,2	15,0
Una volta al mese	2,5	3,4	5,8
Meno di una volta al mese	0,9	1,7	2,6
Mai	2,2	4,5	5,1

Il 16,4% dei giovani pratica attività fisica intensa ogni giorno al di fuori dell'orario scolastico. Con l'aumentare dell'età, la quantità di attività fisica intensa diminuisce.

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.

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.

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	15,1	25,1
Circa mezz'ora	18,4	15,4	15,1
Circa un'ora	24,3	19,4	16,0
Circa 2 ore	22,0	18,3	13,2
Circa 3 ore	10,9	11,7	11,9
Circa 4 ore	5,3	7,0	7,5
Circa 5 ore o più	8,9	13,1	11,1

Un terzo dei giovani passa più di due ore a giocare a videogiochi su computer, tablet o cellulare nel tempo libero.

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	17,9	5,9	3,7
Circa mezz'ora	27,1	14,1	11,1
Circa un'ora	21,4	22,5	16,4
Circa 2 ore	15,2	20,3	23,1
Circa 3 ore	7,5	13,8	18,5
Circa 4 ore	4,0	8,0	10,8
Circa 5 ore o più	6,9	15,4	16,4

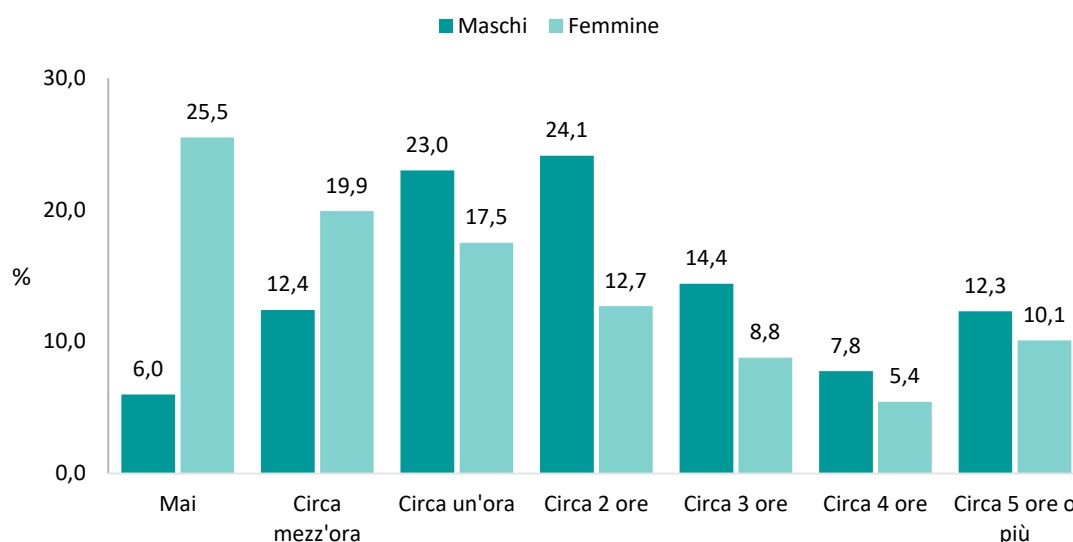
1 giovane su 4 trascorre più di due ore sui social media nel tempo libero. L'uso dei social media aumenta significativamente con l'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	7,2	9,6	8,7
Circa mezz'ora	28,2	23,1	19,1
Circa un'ora	28,6	27,4	25,6
Circa 2 ore	18,0	17,1	23,7
Circa 3 ore	9,1	12,0	11,1
Circa 4 ore	2,7	4,1	5,5
Circa 5 ore o più	6,2	6,7	6,3

Un quarto dei giovani passa più di due ore a guardare la TV, i DVD o i video nel tempo libero.

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



Il 34,5% dei ragazzi e il 24,3% delle ragazze trascorrono più di 2 ore sui social media nel tempo libero.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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)	49,8	61,7	70,9
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	54,4	63,9	71,9
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	32,4	29,0	27,2
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	34,6	32,5	33,4
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	27,3	20,1	19,5

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 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)	64,2	63,8
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	77,4	65,7

Conclusioni

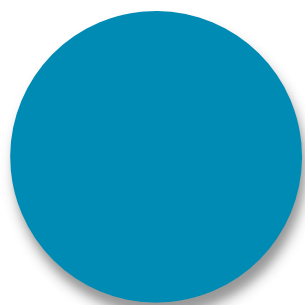
I giovani altoatesini sono i primi in assoluto per quanto riguarda l'attività fisica: quasi due terzi dei giovani svolgono attività fisica per almeno quattro giorni alla settimana per almeno 60 minuti al giorno. Nel resto d'Italia, invece, lo fa meno della metà dei giovani. I dati sono paragonabili ai risultati della precedente indagine. Anche nel 2018, i ragazzi sono stati leggermente più attivi delle ragazze e si è registrata una leggera diminuzione dell'attività con l'età.

Tuttavia, anche le attività sedentarie sono molto diffuse nel tempo libero. Circa il 20% degli 11enni trascorre più di 2 ore al giorno davanti a un PC, un tablet o un cellulare. Tra i ragazzi di 13 e 15 anni, il 38% e il 36% dei ragazzi passa troppo tempo a giocare con i videogiochi, mentre il 46% dei ragazzi e il 55% delle ragazze è attivo sui social network per più di 2 ore al giorno.

I giovani altoatesini sono caratterizzati da un livello di attività fisica significativamente più elevato rispetto al resto del Paese. La maggior parte dei giovani soddisfa le raccomandazioni dell'OMS in materia di attività fisica, il che è certamente dovuto anche all'ampia offerta di sport in ogni periodo dell'anno. Tuttavia, il numero di giovani che trascorrono più di due ore al giorno davanti a un PC, un tablet o un cellulare (giochi per computer o social media) aumenta con l'età, anche se i giovani non dovrebbero superare i 60-100 minuti di schermo al giorno.

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 Rodríguez-Ayllón M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019
- ¹² Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, Saunders TJ, Katzmarzyk PT, Okely AD, Connor Gorber S, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016;41:S240–65
- ¹³ Tremblay, M.S., Leblanc, A.G., Janssen, I., Kho, M.E., Hicks, A., Murumets, K., et al. 2011a. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Appl. Physiol. Nutr. Metab*. 36(1): 59–64
- ¹⁴ Pengpid S, Peltzer K. Leisure-Time Sedentary Behavior Is Associated with Psychological Distress and Substance Use among School-Going Adolescents in Five Southeast Asian Countries: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 13;16(12). pii: E2091.
- ¹⁵ Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;242:5–13.
- ¹⁶ Stanczykiewicz B, Banik A, Knoll N, Keller J, Hohl DH, Rosińczuk J, Luszczynska A. Sedentary behaviors and anxiety among children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Apr 30;19(1):459
- ¹⁷ de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2014 Aug 21;9(8):e105620.
- ¹⁸ <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>
- ¹⁹ Lenhart A. *Teens, Social Media & Technology Overview 2015*. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- ²⁰ COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)
- ²¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



CAPITOLO 5

Ambiente scolastico

Introduzione

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

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	23,8	49,2	12,7	9,5	1,6	3,2
La palestra è in buone condizioni	38,1	38,1	12,7	6,4	0	4,7
I laboratori didattici sono attrezzati	20,6	58,7	19,1	1,6	0	0
La scuola necessita di restauro	17,5	25,3	36,5	19,1	0	1,6

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

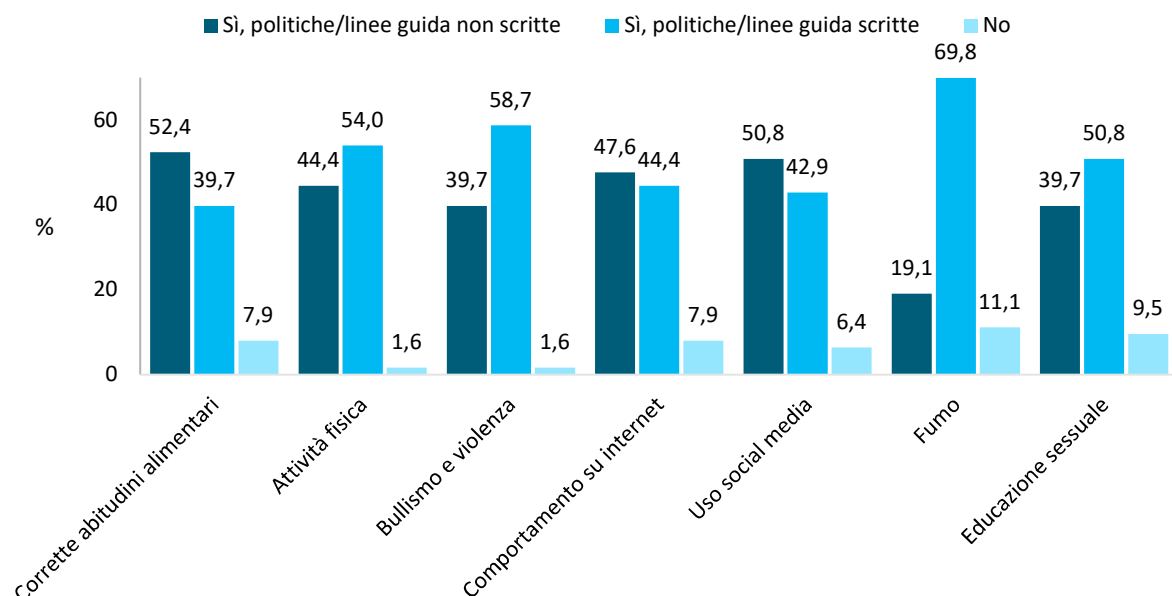


Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)

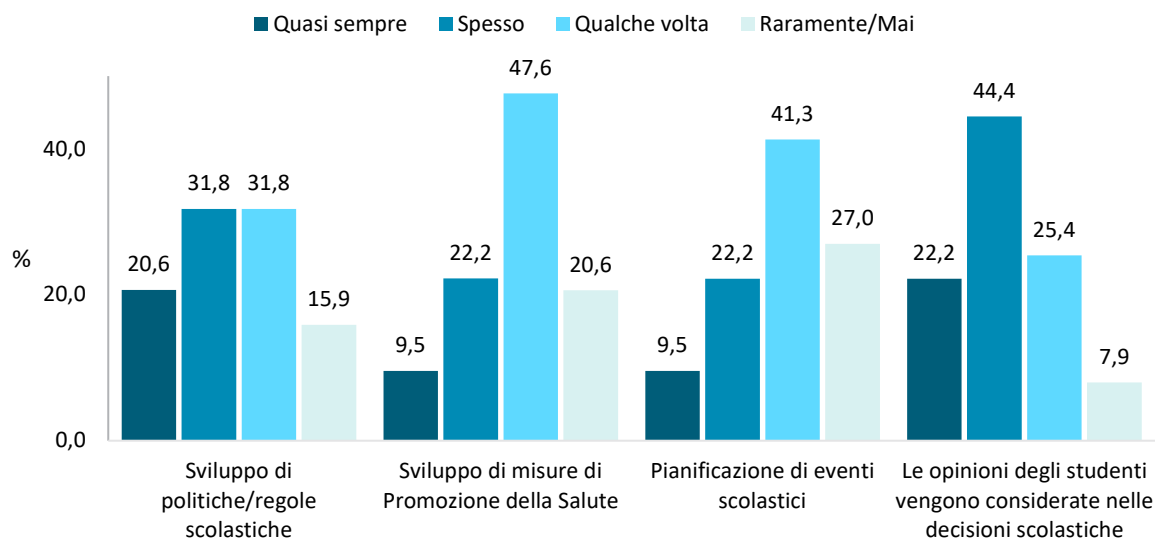


Figura 3. Frequenza in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola (%)

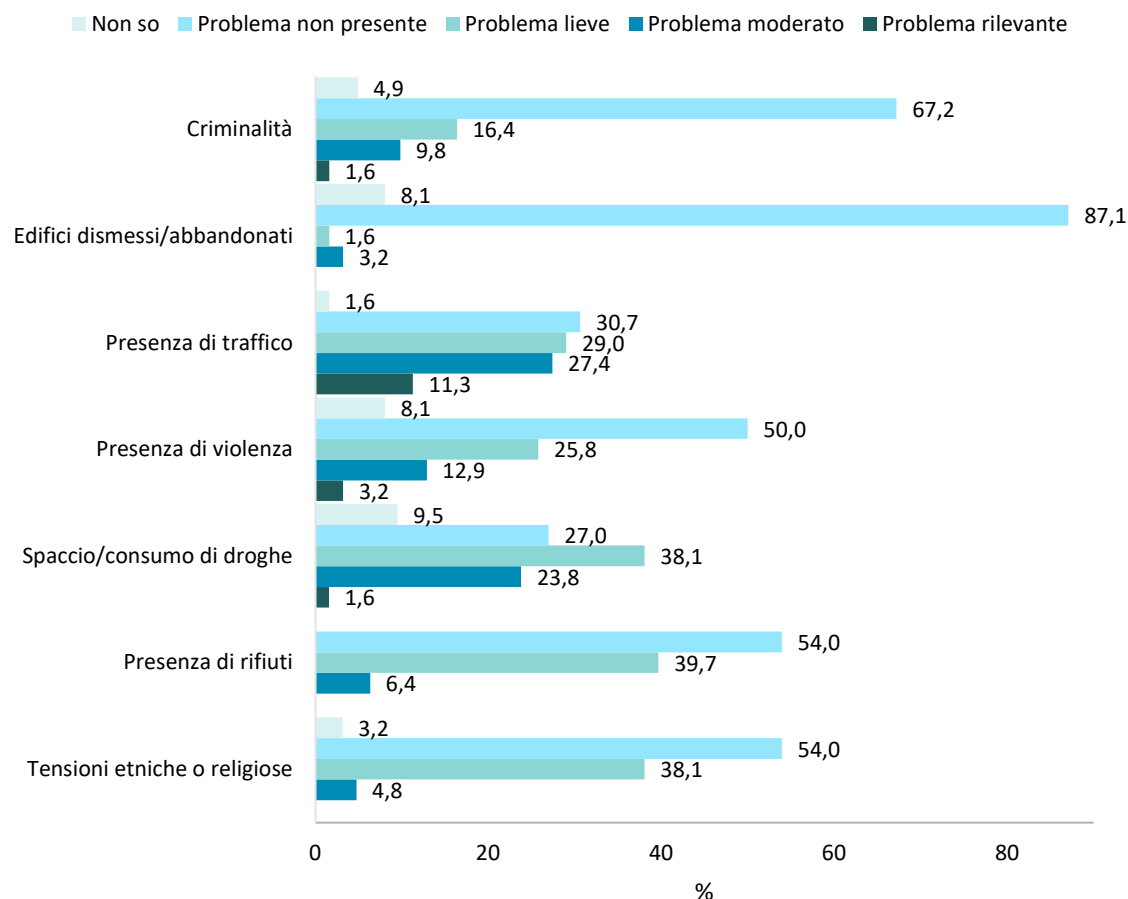


Tabella 2. Valutazione sul benessere degli abitanti del quartiere in cui si trova la scuola (%)

Per niente bene	0
Non molto bene	7,9
Nella media	34,9
Piuttosto bene Molto bene	46,0
Non so	1,7

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

	Poche iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	1,6	15,8	6,4
In disaccordo	17,5	19,1	15,8
Abbastanza in disaccordo	12,7	22,2	4,8
Né in accordo né in disaccordo	12,7	6,4	6,4
Abbastanza d'accordo	20,6	14,2	27,0
D'accordo	15,9	19,1	25,4
Completamente d'accordo	19,1	0	12,6
Non so	0	3,2	1,6

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 scolastico.⁷⁻⁸ 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 rischio.¹⁰⁻¹¹

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	18,5	13,0	6,8	13,2
D'accordo	40,0	32,5	25,6	33,1
Né in accordo né in disaccordo	31,3	36,3	42,1	36,2
Non d'accordo	5,0	10,6	17,6	10,6
Per niente d'accordo	5,2	7,6	7,9	6,9

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

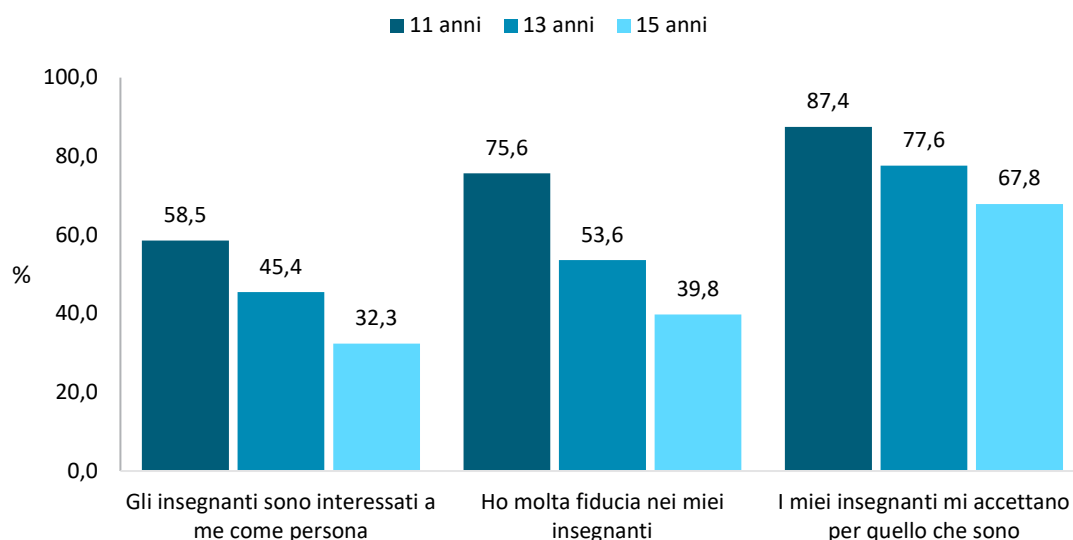
	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	35,6	17,1	8,5	21,0
D'accordo	40,1	36,5	31,2	36,3
Né in accordo né in disaccordo	16,0	28,0	34,1	25,6
Non d'accordo	4,7	9,6	16,4	9,8
Per niente d'accordo	3,6	8,8	9,8	7,3

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	54,1	35,9	19,3	37,6
D'accordo	33,3	41,7	48,6	40,7
Né in accordo né in disaccordo	9,5	16,0	22,8	15,6
Non d'accordo	1,5	3,3	7,0	3,7
Per niente d'accordo	1,6	3,1	2,3	2,4

Il 46,3% degli studenti ritiene che gli insegnanti siano interessati a loro come persone. Il 57,3% ha molta fiducia negli insegnanti e il 78,3% si sente accettato dagli insegnanti. Con l'aumentare dell'età, la percezione positiva diminuisce dall'87,4% degli 11enni al 67,8% dei 15enni. La fiducia negli insegnanti è più alta tra gli 11enni (75,6% rispetto al 39,8% dei 15enni). Il 58,5% degli undicenni ritiene che gli insegnanti siano interessati a loro, rispetto al 32,3% dei quindicenni.

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 (%)



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 contesto¹⁴ e, indirettamente, consolida l'impegno nello studio.¹⁵

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	84,4	77,4	79,1	80,2
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	85,6	76,5	79,6	80,4
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	84,6	78,4	80,3	80,9
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	78,8	75,4	78,2	77,3

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	34,8	22,4	31,6	29,0
D'accordo	40,9	45,4	45,9	44,0
Né in accordo né in disaccordo	17,2	21,1	16,4	18,5
Non d'accordo	5,5	6,8	4,7	5,8
Per niente d'accordo	1,5	4,3	1,4	2,7

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	41,7	28,5	32,9	34,1
D'accordo	36,2	41,0	41,7	39,5
Né in accordo né in disaccordo	16,1	20,5	20,1	18,9
Non d'accordo	3,5	5,5	3,5	4,3
Per niente d'accordo	2,5	4,5	1,8	3,2

Le tabelle mostrano che, l'accordo con le singole affermazioni diminuisce con l'età ed è più basso in particolare tra i tredicenni. Nel complesso, il rapporto con i compagni di classe è buono e 7 su 10 confermano che i compagni sono gentili e disponibili e che sono accettati così come sono.

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

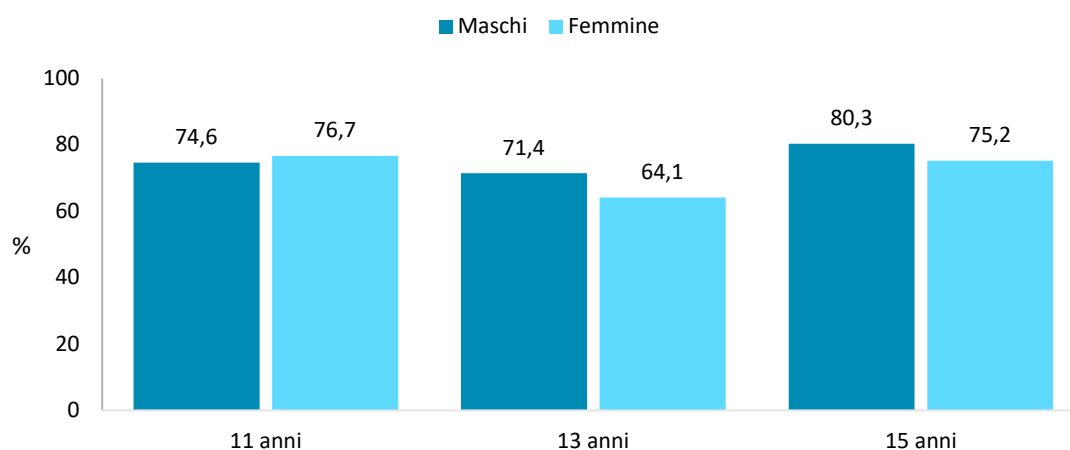
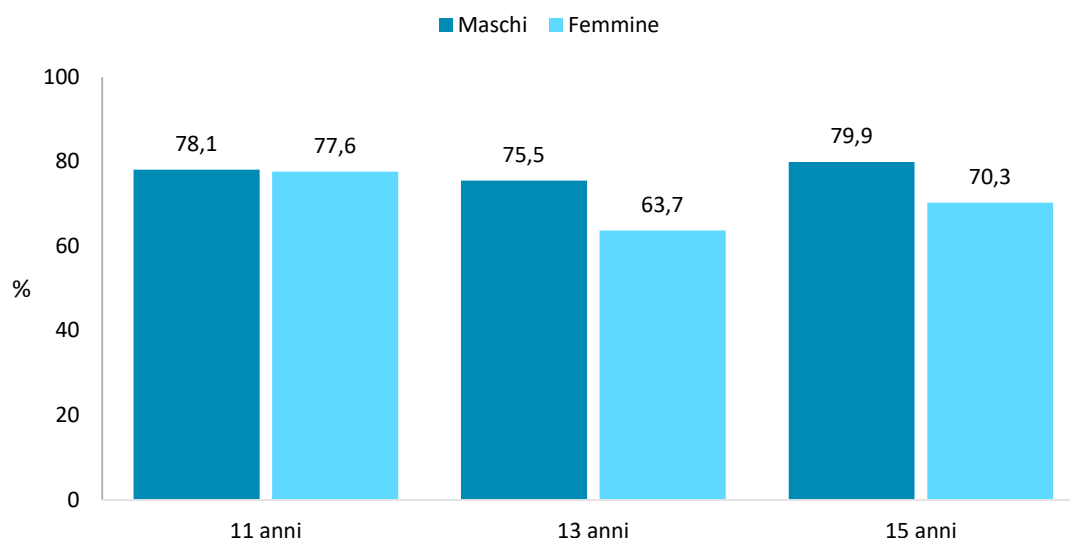


Figura 6. Frequenza di coloro che sono “molto d’accordo” o “d’accordo” con l’affermazione: “i miei compagni mi accettano per quello che sono”: per età e genere (%)



Bullismo e cyberbullismo

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

Il cyberbullismo è un'analogia aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, computer, smartphone altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che si verificano 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, 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, e ne è 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 di salvaguardia su cui investire¹⁹. Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno.

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	75,4	82,5	89,3	81,9
Una o due volte	13,7	9,6	7,3	10,4
Due o tre volte al mese	3,2	3,2	1,5	2,8
Circa una volta alla settimana	3,1	2,1	1,3	2,3
Più volte alla settimana	4,6	2,6	0,6	2,8

8 giovani su 10 non hanno mai subito atti di bullismo a scuola. Il bullismo diminuisce con l'aumentare dell'età. Non si riscontrano differenze specifiche di genere.

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

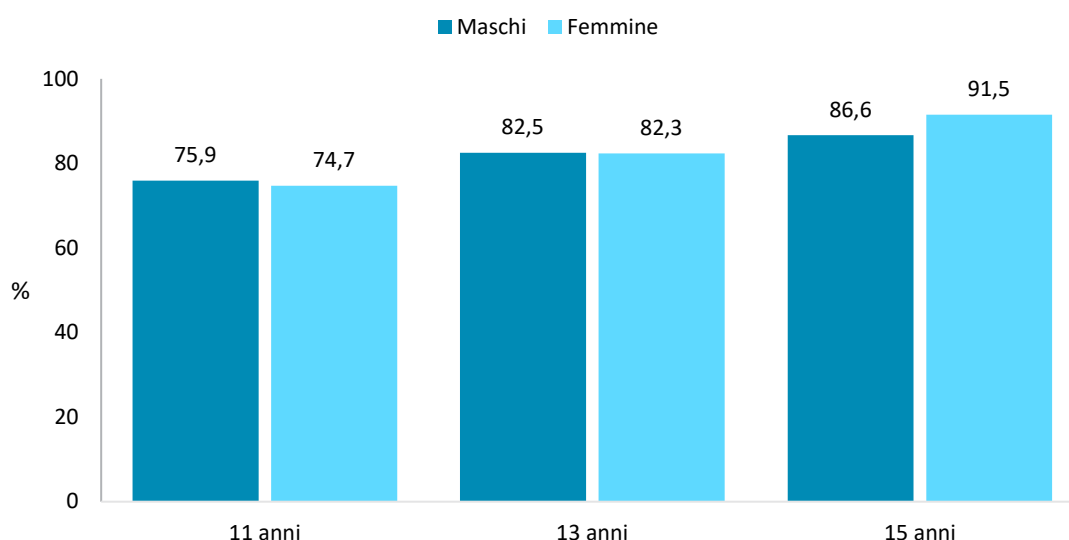


Tabella 11. Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	79,2	78,8	90,1	81,9
Una o due volte	14,4	14,8	6,2	12,4
Due o tre volte al mese	3,0	3,1	1,0	2,5
Circa una volta alla settimana	1,7	1,0	1,2	1,3
Più volte alla settimana	1,6	2,3	1,5	1,9

8 giovani su 10 non sono mai stati coinvolti in atti di bullismo contro i loro coetanei. La partecipazione al bullismo è più comune tra gli 11enni e 13enni. I ragazzi partecipano al bullismo più spesso delle ragazze.

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

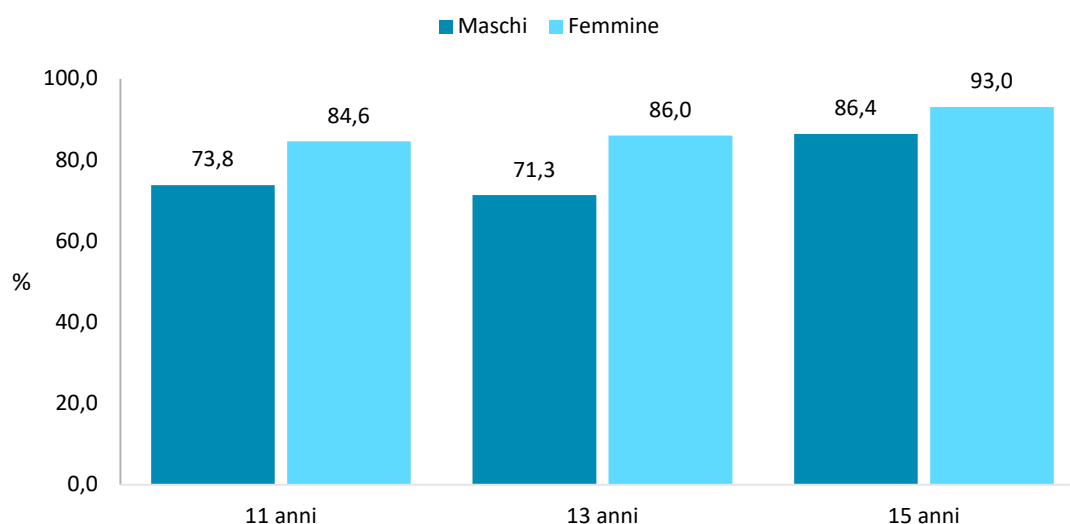


Figura 9. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver “mai subito” azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere

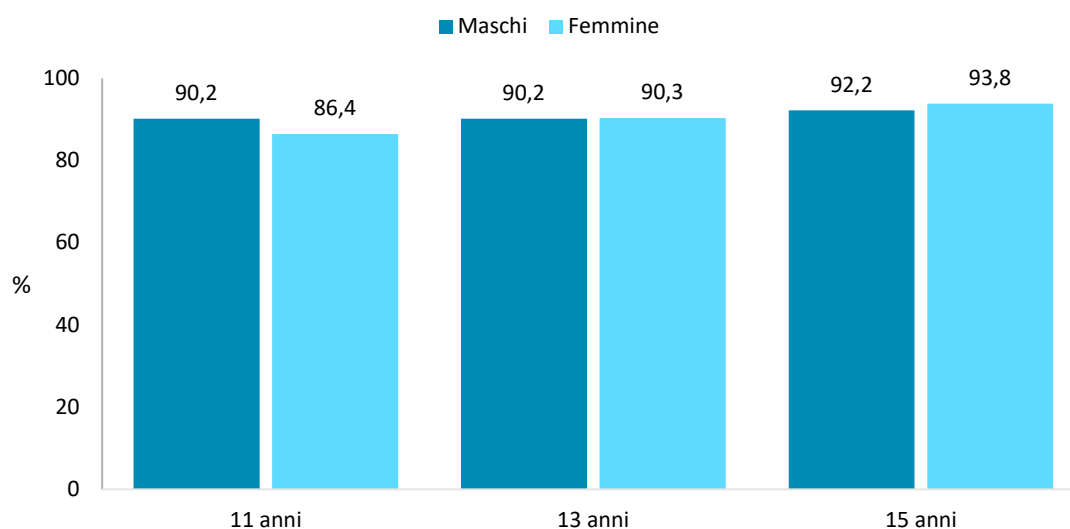


Figura 10. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver “mai praticato” azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere

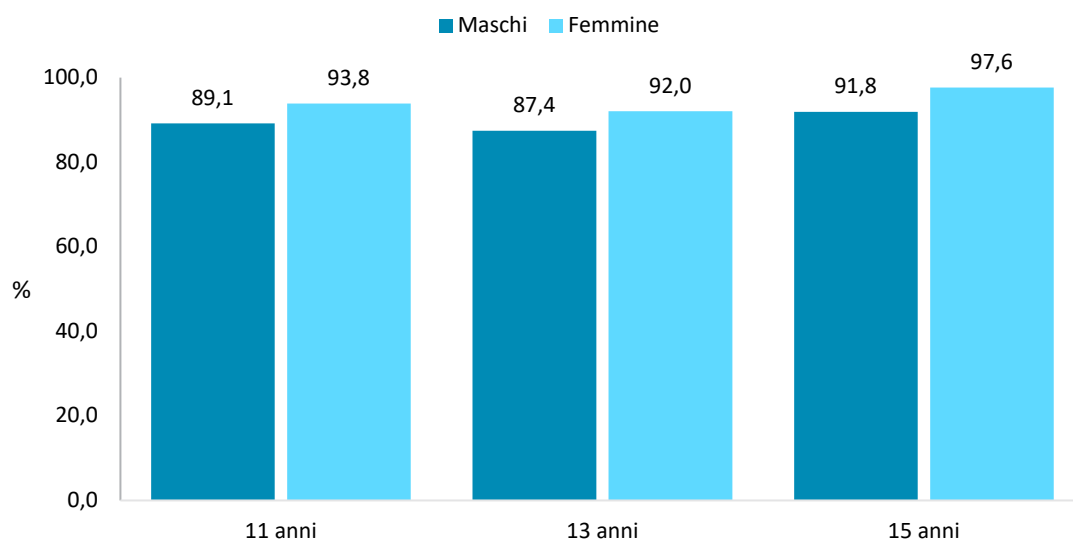


Tabella 12. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno? per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	61,7	62,9	75,9	65,9
Una volta	17,0	16,6	12,6	15,7
Due volte	8,1	8,8	6,0	7,8
Tre volte	3,6	4,3	2,0	3,4
Quattro volte o più	9,6	7,4	3,5	7,2

Circa 6 alunni su 10 non sono stati coinvolti in colluttazioni violente. Con l'aumentare dell'età, le azioni violente diminuiscono.

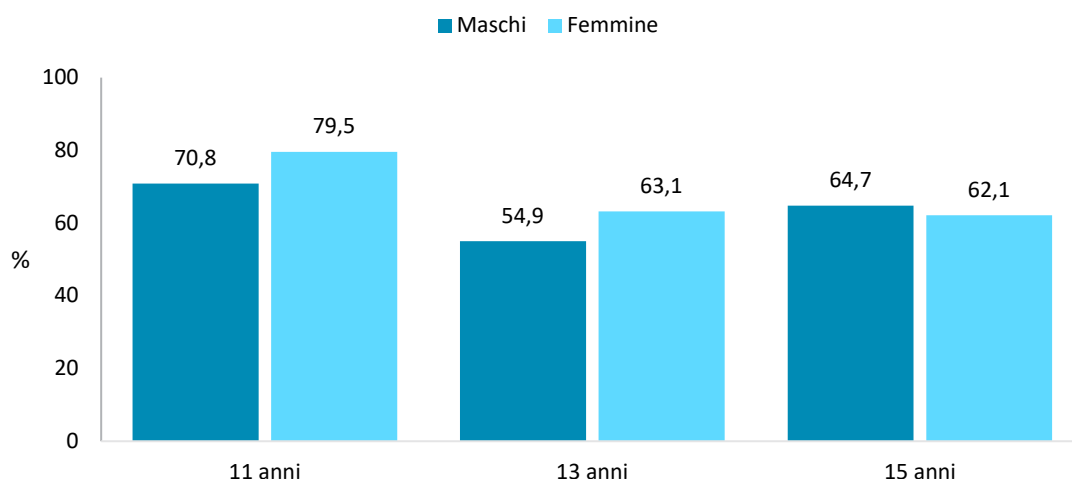
La scuola

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.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	21,4	7,6	10,7	13,1
Abbastanza	53,7	51,5	52,5	52,5
Non tanto	18,5	28,7	27,8	25,0
Non mi piace per nulla	6,4	12,2	9,0	9,4

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

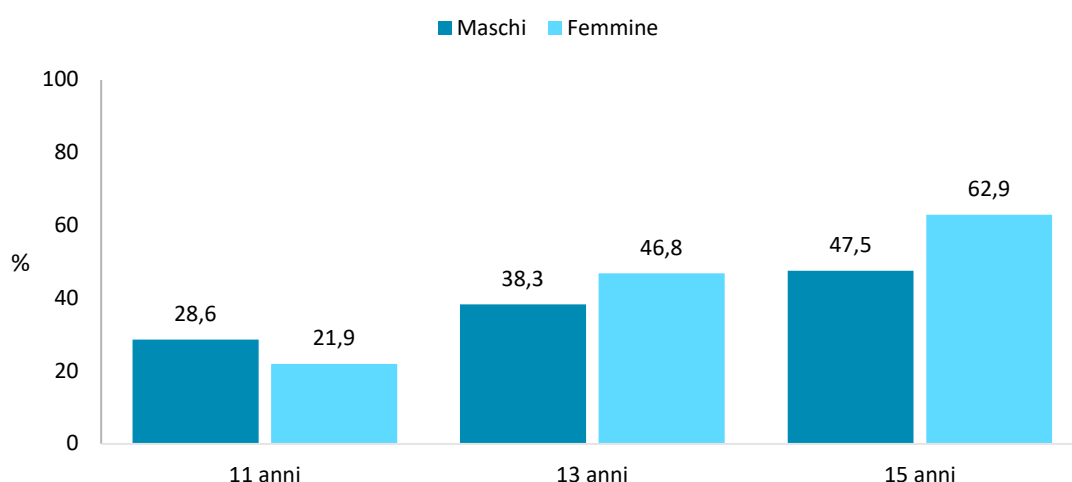


Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale, lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti.

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	18,2	9,8	5,6	11,5
Un po’	56,5	47,6	28,4	48,2
Abbastanza	18,6	27,7	35,4	26,7
Molto	6,7	14,9	20,6	13,6

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



Lo stress scolastico aumenta con l'età. Solo 1 giovane su 9 riesce a soddisfare le richieste della scuola e non si sente affatto stressato dagli impegni scolastici.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Ai ragazzi		
Gli insegnanti sono interessati a me come persona (d'accordo/molto d'accordo)	56,3	46,3
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	53,3	57,3
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	76,5	73,0
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	73,5	81,9
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	93,2	90,4
La scuola mi piace abbastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	67,0	65,6
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	36,2	40,4

Conclusioni

L'attuale indagine relativa alle caratteristiche strutturali delle scuole non evidenzia particolari differenze rispetto a quella del 2018: permangono alcune criticità legate alla necessità di ristrutturazione o adeguamento di spazi specifici quali laboratori o palestre. Per quanto concerne i dati relativi alle attività di promozione alla salute adottate nelle scuole, pur nell'impossibilità di confrontare i risultati dell'indagine precedente, in quanto i quesiti sono posti in maniera differente, si rilevano, nell'analisi attuale, più indicatori da cui emergono un maggior numero di iniziative realizzate nell'ambito salute. Le nuove attività riguardano l'uso dei social media, l'educazione sessuale e il comportamento su internet. La lettura dei dati in riferimento al coinvolgimento degli studenti nei diversi aspetti dell'organizzazione scolastica mostra una generale riduzione della partecipazione in tutti gli indicatori analizzati. Il contesto ambientale, come luogo nel quale la scuola è inserita, è di estrema rilevanza per i ragazzi come per tutto il corpo insegnanti. L'analisi dei dati mostra una riduzione della percezione di presenza di criminalità nell'area scolastica, così come una diminuzione del dato inerente all'abbandono degli edifici. Per quanto riguarda il traffico, emerge di contro un aumento consistente (circa il 20%) del dato, rilevato come problematico. Si nota un lieve aumento anche della presenza di violenza e un dato stabile relativamente alla presenza di spaccio e consumo di droghe. Si registra un incremento anche della presenza di rifiuti in area scolastica. L'ultimo indicatore, quello relativo alle tensioni etniche e religiose, mostra una lieve diminuzione. Il problema più rilevante è risultato essere la presenza di traffico seguito dalla presenza di spaccio e dal consumo di droghe. L'indagine sul benessere scolastico, riferito alle relazioni con i compagni, ovvero sulla gentilezza e accettazione da parte dei pari, mostra dati simili alla rilevazione del 2018 ad eccezione di un leggero calo nella fascia dei 13enni. Nell'ambito

relazionale, quello in cui si manifesta in modo più evidente il benessere degli studenti, sono stati rilevati nell'indagine i fenomeni bullismo e cyberbullismo. Rispetto al 2018 emerge un calo generalizzato degli atti di bullismo e, conseguentemente, della dichiarazione di essere state o stati vittime di tali gesti. A fronte di tale calo si nota, invece, un incremento di circa il 5% del fenomeno – presumibilmente trasferito – verso la "rete", ovvero del cyberbullismo. Nell'ambito delle manifestazioni di violenza si può notare l'aumento dei casi di rissa, in particolar modo negli 11enni ed un lieve calo con la crescita, ovvero tra i 15enni. Nell'analisi del rapporto delle ragazze e dei ragazzi con la scuola, ancora una volta si rileva, a differenza della medesima indagine del 2018, un incremento della percezione negativa della scuola da parte dei 15enni, mentre per le altre fasce di età i dati restano sostanzialmente invariati, mostrando un discreto apprezzamento della scuola. Così come nel 2018, anche i dati attuali mostrano come il rapporto dei ragazzi e delle ragazze con la scuola tenda a peggiorare con il crescere dell'età a causa dello stress legato alle attività e alle richieste performative. Il sovraccarico dovuto agli impegni ed ai compiti, in particolar modo nella fascia dei 15enni, genera una percezione di stress che risulta superare il 50%, con un aumento del 5% rispetto ai dati del 2018. Il rapporto con gli insegnanti è in generale buono: in particolar modo sono migliorati fiducia e percezione di essere accettati, anche nei 15enni, mentre, in controtendenza, il dato relativo alla percezione dell'interesse come persona, risulta in chiaro calo per tutte le fasce di età.

I dati relativi al cyberbullismo e al gradimento del contesto scuola mostrano la crescente importanza dell'investimento in termini di benessere a scuola, soprattutto nell'ambito relazionale, al fine di ridurre e prevenire le diverse criticità emerse.

Bibliografia essenziale

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

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

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

⁴Longobardi C, Prino LE, Marengo D, Settanni M. Student-Teacher Relationships As a Protective Factor for School Adjustment during the Transition from Middle to High School. *Front Psychol*. 2016; 23;7:1988.

⁵Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001;72:625-38.

⁶Wang C, Hatzigianni M, Shahaeian A, Murray E, Harrison LJ. The combined effects of teacher-child and peer relationships on children's social-emotional adjustment. *J Sch Psychol*. 2016;59:1-11.

⁷Graziano PA, Reavis RD, Keane SP, Calkins SD. The Role of Emotion Regulation and Children's Early Academic Success. *J Sch Psychol*. 2007;45:3-19.

⁸Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Development*. 2001;72:625–638.

⁹Hughes JN, Cavell TA, Jackson T. Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: a prospective study. *J Clin Child Psychol*. 1999;28:173-84.

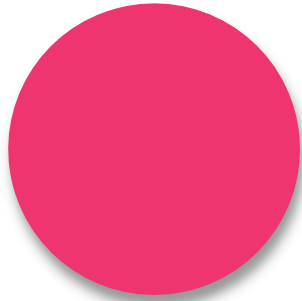
¹⁰de Jong EM, Koomen HMY, Jellesma FC, Roorda DL. Teacher and child perceptions of relationship quality and ethnic minority children's behavioral adjustment in upper elementary school. *J Sch Psychol*. 2018;70:27-43.

¹¹Dudovitz RN, Chung PJ, Wong MD. Teachers and Coaches in Adolescent Social Networks Are Associated With Healthier Self-Concept and Decreased Substance Use. *J Sch Health*. 2017;87:12-20.

¹²Lemma P, Borraccino A, Berchialla P, Dalmaso P, Charrier L, Vieno A, Lazzeri G, Cavallo F. Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *J Public Health*. 2015;37:573-80.

¹³Zettergren P. School adjustment in adolescence for previously rejected, average and popular children. *Br J Educ Psychol*. 2003;73:207-21.

- ¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013;42:6–19.
- ¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement. *PLoS One*. 2018;13:e0208173.
- ¹⁶ UNESCO. (2019). *Behind the numbers: Ending school violence and bullying*. Paris.
- ¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.
- ¹⁸Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, in «*JAMA: Journal of the American Medical Association*», 285, pp. 2094-2100.
- ¹⁹Hinduja S., Patchin J.W. (2009), *Bullying beyond the Schoolyard. Preventing and Responding to Cyberbullying*, Thousand Oaks, Corwin Press.
- ²⁰Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU\(2016\)571367_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)
- ²¹Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). *Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2*. Milano: Educatt.



CAPITOLO 6

Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze

Introduzione

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

Uso di sostanze

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

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

Fumo

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti che quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature.² 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 dipendenza.³

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 indipendenza.⁴⁻⁵

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	98,4	92,0	78,1	90,5
1-2 giorni	0,5	3,0	8,8	3,7
3-5 giorni	0,2	1,8	2,9	1,5
6-9 giorni	0,2	0,5	2,3	0,9
10-19 giorni	0,1	0,8	3,1	1,2
20-29 giorni	0,2	0,3	1,4	0,6
30 giorni o più	0,4	1,6	3,4	1,6

Il 19,3% delle ragazze di 11-15 anni e il 17,3% dei ragazzi hanno fumato sigarette almeno una volta nella vita e il 12,5% (ragazze) e il 9,6% (ragazzi) hanno fumato sigarette almeno una volta negli ultimi 30 giorni (dati non riportati in tabella).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	98,1	92,4	87,0	92,9
1-2 giorni	0,8	4,1	6,5	3,6
3-5 giorni	0,3	1,3	2,1	1,2
6-9 giorni	0,0	1,0	1,8	0,8
10-19 giorni	0,1	0,5	0,5	0,4
20-29 giorni	0,3	0,2	0,5	0,3
30 giorni o più	0,4	0,5	1,6	0,8

Il 15,8% delle ragazze tra gli 11 e i 15 anni e il 18,8% dei ragazzi ha fumato sigarette elettroniche almeno una volta nella vita e l'8,2% (ragazze) e il 7,4% (ragazzi) almeno una volta negli ultimi 30 giorni (dati in riportati in tabella).

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	0,2	2,3	3,2	1,8
Femmine	0,6	1,0	3,6	1,6

Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici⁶ ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni⁷, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato e che può aver ripreso vigore in seguito alla fase pandemica che ci stiamo lasciando alle spalle. Inoltre, è fondamentale monitorare questo fenomeno anche alla luce del fatto che è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età 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.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	85,8	60,8	28,7	60,9
1-2 giorni	8,2	15,5	13,6	12,5
3-5 giorni	2,6	7,5	9,6	6,4
6-9 giorni	1,4	3,9	6,8	3,8
10-19 giorni	0,7	3,4	10,2	4,3
20-29 giorni	0,1	1,5	6,9	2,4
30 giorni o più	1,2	7,4	24,2	9,7

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	94,1	75,1	42,3	72,9
1-2 giorni	3,4	12,3	22,5	12,0
3-5 giorni	0,8	5,1	18,2	7,1
6-9 giorni	0,2	1,5	10,5	4,4
10-19 giorni	0,2	1,5	4,6	1,9
20-29 giorni	0,3	0,4	0,8	0,5
30 giorni o più	1,0	1,6	1,0	1,2

Il 41,2% delle ragazze tra gli 11 e i 15 anni e il 42,2% dei ragazzi ha bevuto alcolici almeno una volta nella vita, e il 30,5% (ragazze) e il 29,3% (ragazzi) ha bevuto alcolici almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	1,1	2,4	1,3	1,7
Femmine	0,9	0,8	0,8	0,8

La birra è la bevanda alcolica più popolare tra i giovani, con il 7,5% che beve almeno una volta alla settimana. Superalcolici sono consumati settimanalmente dal 5,3% delle ragazze e dei ragazzi.

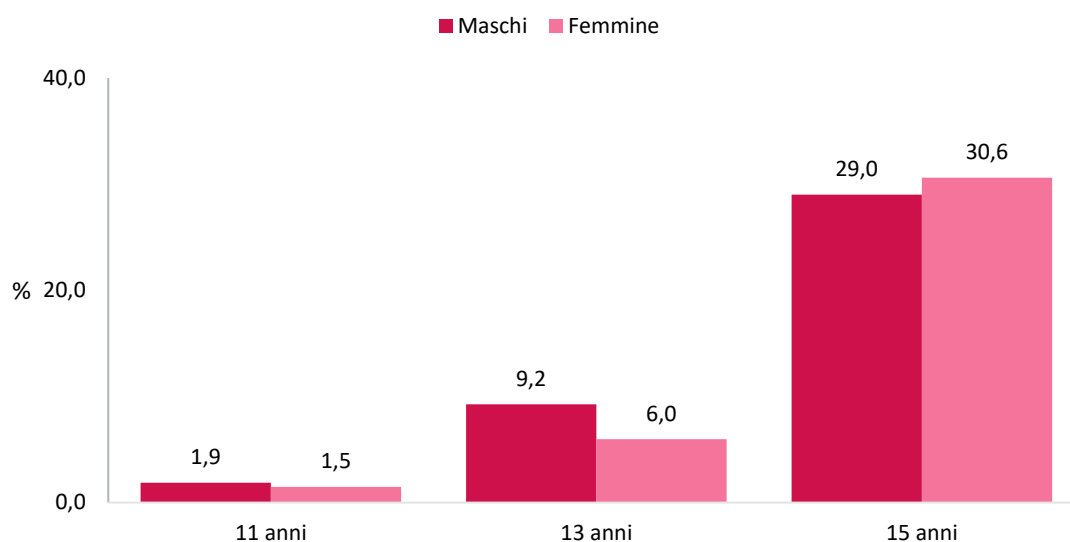
Tabella 6. Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	0,5	7,0	5,1	14,2	73,2
Vino	0,3	2,0	3,4	11,9	82,4
Superalcolici	0,5	4,8	7,6	12,8	74,3
Alcolpops	0,6	3,7	5,0	11,6	79,1
Spritz	0,5	5,0	6,2	11,6	76,7
Altra bevanda alcolica	0,6	6,6	6,2	13,7	72,9

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

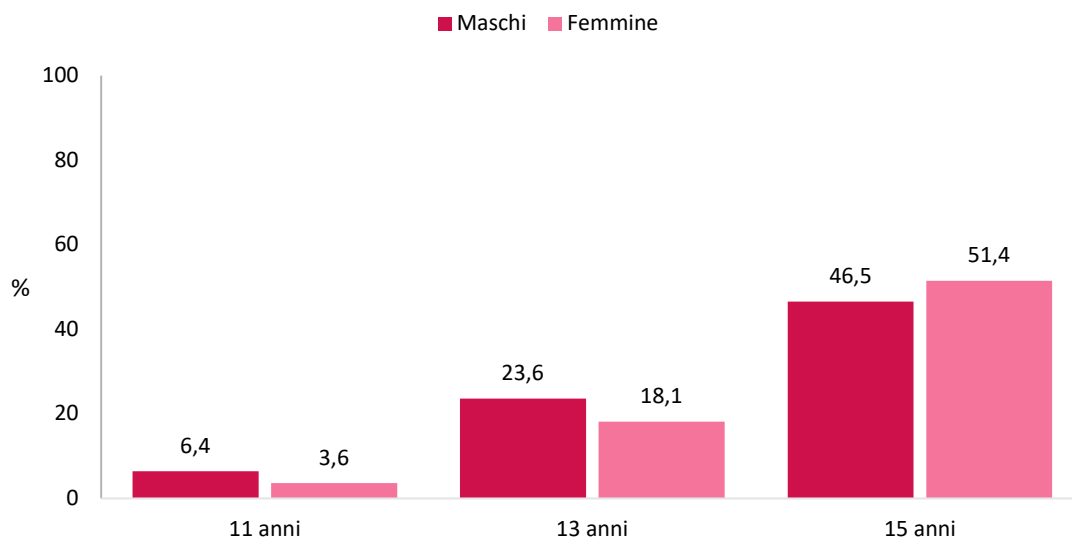
	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	96,9	85,8	58,5
Si, una volta	1,5	6,7	11,5
Si, 2-3 volte	0,5	3,2	13,7
Si, 4-10 volte	0,4	1,9	8,8
Più di 10 volte	0,7	2,4	7,5

4 adolescenti su 10 hanno avuto almeno un'esperienza di ubriacatura nella loro vita. C'è un aumento significativo con l'età.

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

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

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

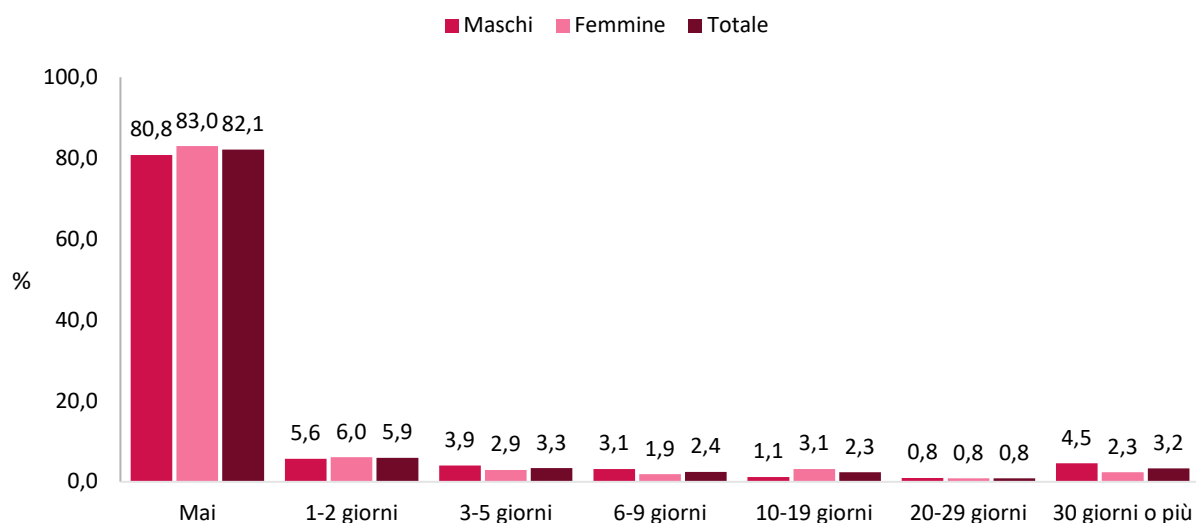


Mentre il 5,0% degli adolescenti di 11 anni ha consumato in un'unica occasione 5 o più bicchieri di alcol almeno una volta nella loro vita, la percentuale aumenta al 20,8% tra i 13enni e al 49,2% tra i 15enni.

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 preoccupante.¹⁴ Tale preoccupazione è legata in particolare al dato relativo all'età di inizio dell'uso di sostanze illecite, poichè i dati internazionali mostrano come il diffuso aumento dell'utilizzo di sostanze si accompagni ad un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione¹⁴. Nonostante si stia riscontrando, come nel caso dell'alcol, una contrazione media nei consumi di cannabis, lo studio di questo fenomeno rimane una priorità per la Sanità Pubblica, in primis perchè il periodo pandemico appena attraversato sembra aver aumentato il disagio tra gli adolescenti, e soprattutto per indirizzare nuove politiche preventive e di controllo. L'uso di cannabis è indagato solo nei 15enni e nei 17enni (vedi capitolo dedicato ai 17enni).

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

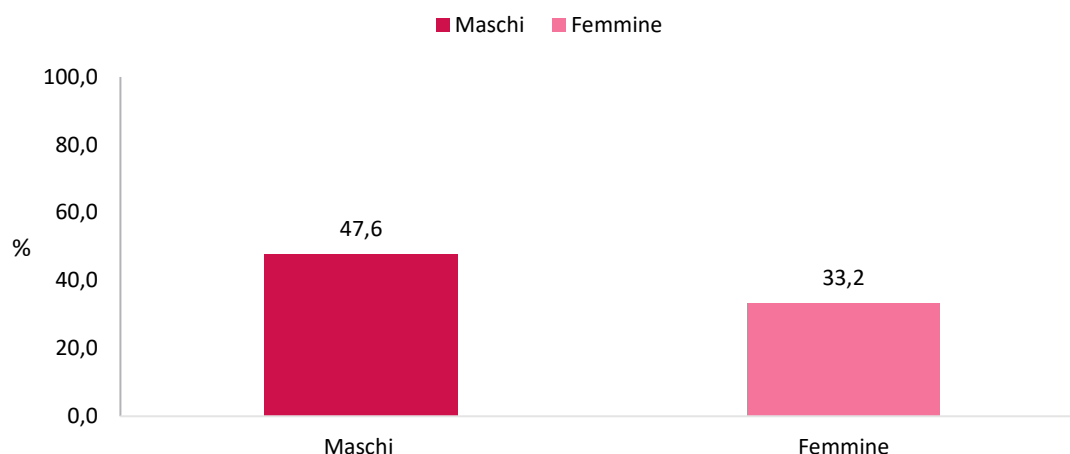


Il 17,0% delle ragazze di 15 anni e il 19,2% dei ragazzi hanno fumato cannabis almeno una volta nella vita.

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 assistenza.¹⁵⁻¹⁷ 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 suicidio.¹⁸ 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.

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



Poco meno della metà dei ragazzi intervistati ha affermato di aver scommesso del denaro nella propria vita. Tale comportamento è maggiormente frequente nei maschi rispetto alle femmine.

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	6,5	3,3	3,0
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	13,2	11,9	14,3
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	42,0	53,1	67,0
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	21,1	26,1	36,1
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	28,7	43,5	60,1
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	18,6	14,9	20,2
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	34,3	38,8	40,3

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	24,7	21,9
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	54,9	57,7
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	25,9	30,0
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	51,8	49,2
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	19,3	10,9
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	43,3	39,2

Conclusioni

Il fumo

Il numero di giovani che affermano di non aver mai fumato negli ultimi 30 giorni è leggermente diminuito rispetto al 2018, e in particolare tra gli 11enni. I giovani di 13 e 15 anni sembrano fumare leggermente meno. Tuttavia, va tenuto presente che il questionario 2018 non prevedeva la domanda sulla sigarette elettroniche e che oltre alle sigarette, ci sono altri prodotti a base di nicotina, come le buste di nicotina o snus, che non vengono interrogati.

L'abitudine al fumo tende essere leggermente più frequente tra le ragazze rispetto ai ragazzi. Le ragioni sono molteplici, dalla regolazione della sensazione di fame, al controllo delle emozioni, al

fatto che a questa età le ragazze si interessano ai ragazzi leggermente più grandi e adottano i loro comportamenti. I valori provinciali sono al di sotto della media nazionale.

Alcol

Qui la situazione è diversa. Rispetto al 2018, il numero di giovani che non hanno mai consumato alcol è diminuito, mentre il consumo è aumentato in tutte le classi d'età. Considerando che, su tutto il territorio nazionale è vietata la somministrazione e vendita di bevande alcoliche a minorenni, il fatto che ben oltre la metà dei 15enni affermi di aver consumato alcolici negli ultimi 30 giorni è molto allarmante. Tra i 13enni un quarto ha bevuto alcolici. All'età di 15 anni la percentuale di ragazze che hanno bevuto alcolici è maggiore di quella dei ragazzi, forse perché l'alcol è un mezzo per essere più popolari e accettati da ragazzi più grandi. Ci vuole una maggiore consapevolezza del rischio che comporta il consumo di alcol in età adolescenti. Altro fatto preoccupante è che, oltre alla birra, gli adolescenti bevono spesso superalcolici. C'è stato anche un aumento del numero di giovani che si sono ubriacati almeno una volta nella vita, mentre sembra diminuire il fenomeno del binge drinking. In provincia, è stata rilevata la percentuale più alta di adolescenti che si sono ubriacati almeno due volte nella loro vita. Occorre intervenire con urgenza.

Cannabis

Non vi è alcuna differenza significativa rispetto ai dati del 2018 in termini di consumo nel corso della vita. Per quanto riguarda il consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni sembra essersi dimezzato. Ciò potrebbe tuttavia essere dovuto anche alla disponibilità. È importante monitorare il fenomeno nel tempo.

Gioco d'azzardo

Le scommesse sportive mostrano tra i giovani un trend in leggera diminuzione. Tuttavia, quando si parla di gioco d'azzardo almeno una volta nella vita, la provincia è al 3° posto in classifica con un valore al di sopra della media nazionale.

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

Un confronto dei comportamenti a rischio con lo stato socio-economico della famiglia (FAS) mostra come, ad eccezione del fumo, tutte le altre forme di consumo aumentino con l'aumentare dello status. Le ragioni di ciò devono essere esaminate più da vicino, ma la maggiore disponibilità finanziaria dei giovani gioca certamente un ruolo importante.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

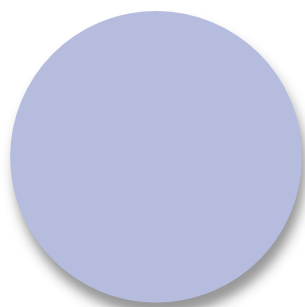
¹⁴Fink DS. Commentary on Burdzovic Andreas & Bretteville-Jensen (2017): Cannabis use opportunities-an under-researched factor in substance use epidemiology. *Addiction*. 2017;112(11):1983-1984.

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

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

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

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



CAPITOLO 7

Salute e Benessere

Introduzione

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

Valutare la salute a livello di popolazione non è certo compito di facile esecuzione⁵ e ancora più complesso può apparire quello di definire e monitorare la salute dei giovani in età adolescenziale: è in questa fascia di età che troviamo i tassi di mortalità e morbosità più bassi che nel resto dell'arco della vita ma è anche questa l'età in cui gli aspetti relazionali e di contesto di vita cominciano a giocare un ruolo fondamentale dimostrandosi in grado di determinare la condizione di salute del futuro adulto²⁻³. Quest'influenza, già nota per i principali fattori di rischio - come una scorretta alimentazione, il sovrappeso-obesità o la presenza di comportamenti e abitudini voluttuarie nei confronti delle patologie cardio-vascolari o tumorali - risulta evidente anche per alcune tra quelle che prima sono state definite come risorse dell'ambiente ecologico del soggetto rispetto a condizioni su cui si accentra una sempre maggiore attenzione: l'ansia, la depressione e la nevrosi⁶. In questo contesto lo studio HBSC offre l'opportunità di monitorare alcune delle variabili più importanti e utili a descrivere questo momento definito come centrale nello sviluppo dell'individuo, basandosi sull'auto-percezione dei ragazzi del proprio stato di salute e del proprio benessere nei diversi ambiti della loro vita, più che sulla frequenza di malattia. Le variabili utilizzate come descrittori dello stato di salute e del benessere psico-fisico sono raccolte in quattro macro categorie:

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

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

Salute percepita

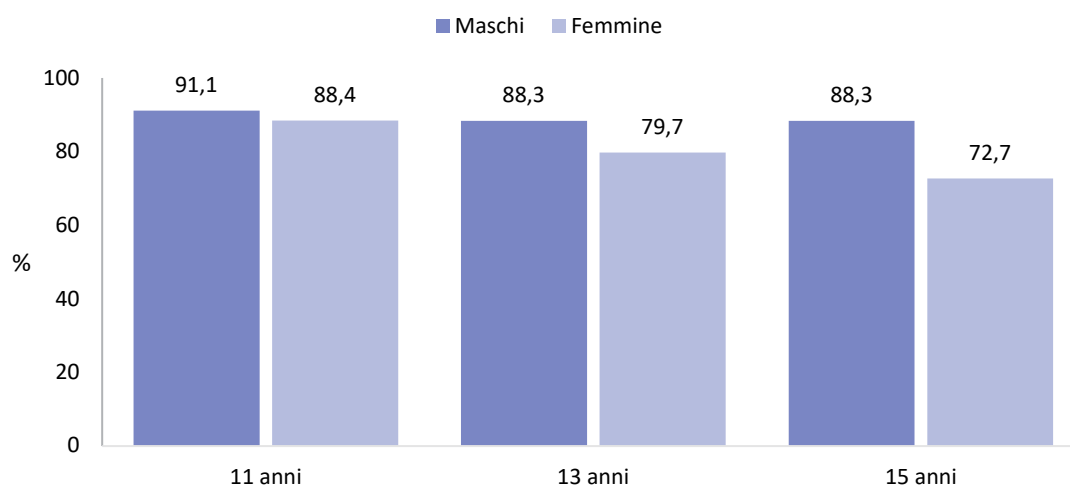
Lo studio HBSC come si è detto precedentemente rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana che, sotto il profilo epidemiologico, presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute di una comunità 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 sanità⁶⁻⁷. Sembra quindi che chiedere direttamente a una persona come si senta sia un modo affidabile per conoscere la sua condizione di salute. Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione⁸ con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori.⁹

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	37,5	29,6	21,9	30,2
Buona	52,3	54,3	57,7	54,5
Discreta	9,08	13,3	17,0	12,9
Scadente	1,15	2,72	3,41	2,38

Dai dati in tabella si evince che circa il 84,7% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore. Infatti la percentuale di coloro che ritengono la propria salute eccellente diminuisce passando dal 37,5% degli undicenni al 21,9% dei quindicenni. Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all'aumentare dell'età e risente di differenze tra genere. Le ragazze considerano il proprio stato di salute peggiore rispetto ai ragazzi. La percentuale più elevata di “soggetti” scontenti con il 72,7% emerge tra le ragazze quindicenni.

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



Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto.^{6,9} Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze¹⁰ e a più alti livelli di attività 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

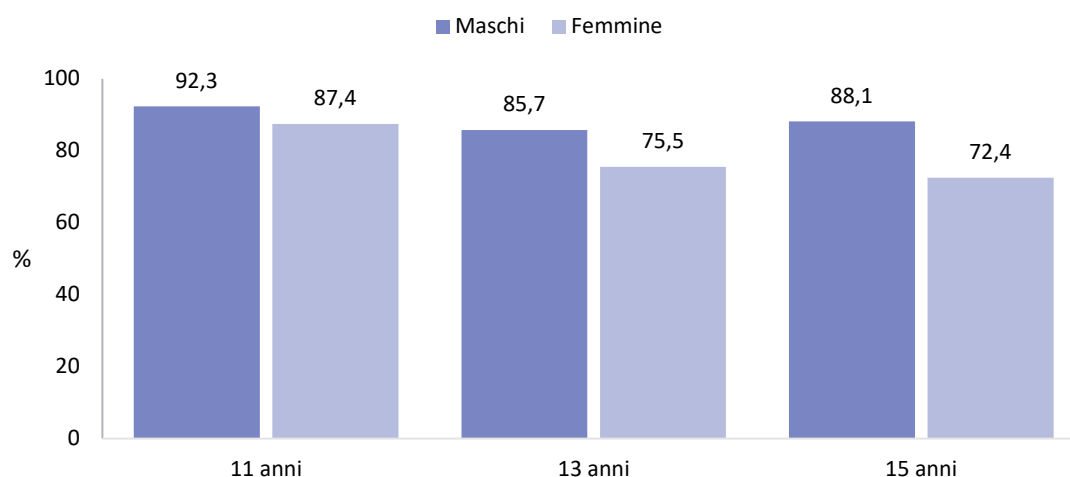
Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione della propria soddisfazione di vita è riportato in Tabella 2 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6.

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	10,1	19,5	20,6	16,6
≥6	89,9	80,5	79,4	83,4

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere che decresce all'aumentare dell'età. Un giudizio più critico è stato espresso dai 15enni (20,6%). Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze del livello di soddisfazione di vita con più basse percentuali nelle femmine.

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



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 subito 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 stress.¹⁰ Lo studio HBSC esplora questa dimensione chiedendo ai ragazzi la frequenza con cui soffrono di uno dei seguenti otto sintomi: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, giramenti di testa, sentirsi giù di morale, sentirsi irritabili o di cattivo umore, sentirsi nervoso. L'uso di tale lista è stato sottoposto ad una validazione quali-quantitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi posseggono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e affidabilità nel valutare e riportare i sintomi¹⁵.

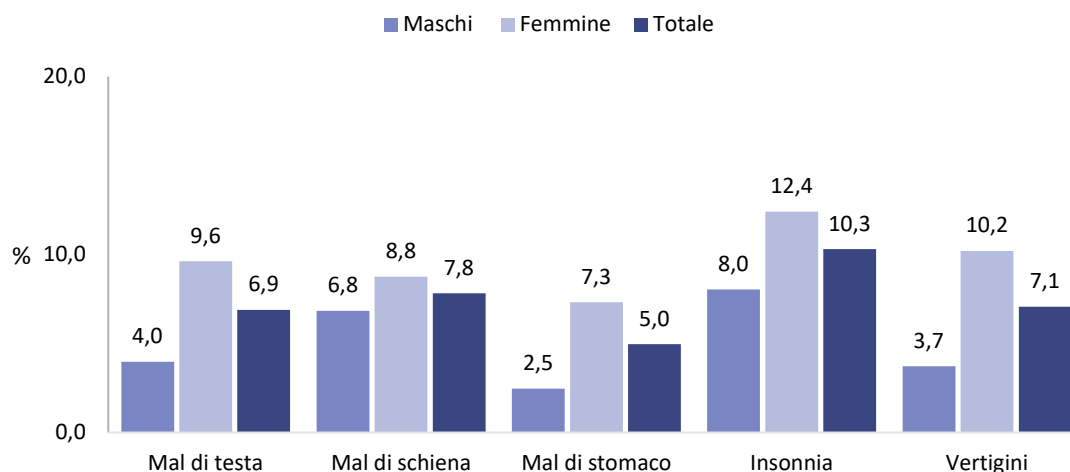
Tabella 3. “Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini”,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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	24,7	32,1	37,4	31,0
Più di una volta a settimana	23,6	24,8	26,8	24,9
Circa una volta a settimana	25,1	21,9	20,2	22,5
Circa una volta al mese	18,7	15,0	12,1	15,5
Raramente o mai	7,9	6,1	3,5	6,0

La percentuale dei disturbi aumenta al crescere dell'età; tra i 15enni le percentuali relative alle categorie di frequenza “circa ogni giorno”, “più di una volta a settimana” e “circa una volta a settimana” raggiungono il valore totale massimo del 84,4% (71,7% nel 2018). Per la variabile “circa ogni giorno” si è passati da un totale del 25,5% del 2018 al 31,0% del 2022.

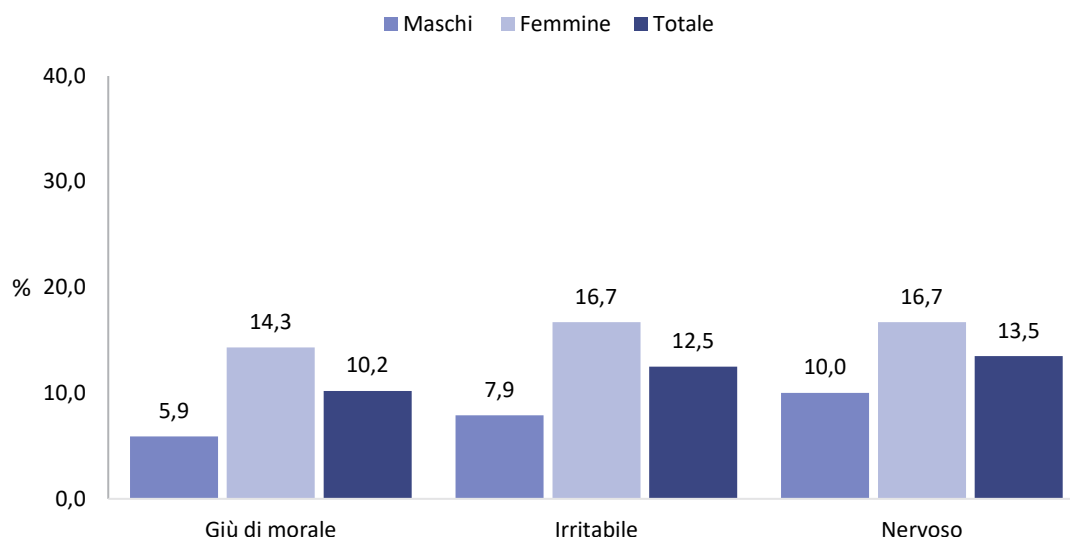
Studi precedenti hanno diviso i sintomi in due categorie:¹⁵⁻¹⁶ disturbi fisici (mal di testa, stomaco, pancia e schiena, difficoltà ad addormentarsi e vertigini) e disturbi psicologici (sentirsi giù, irritabile e nervoso).

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



Il sintomo maggiormente riferito è l'insonnia con una percentuale di 10,3%, poi in successione mal di schiena, vertigini e mal di testa (7,8%, 7,1% e 6,9%)

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



Il sintomo maggiormente riferito è sentirsi nervoso con una percentuale di 13,5%, con una prevalenza del genere femminile in tutti i sintomi. In successione i disturbi riferiti sono: mal di schiena, vertigini e mal di testa (7,82%, 7,06% e 6,88%).

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	41,5	44,2	37,8	41,6
Sì	58,5	55,8	62,2	58,4

La percentuale di coloro che riferiscono di “aver preso nell’ultimo mese medicine o farmaci (per almeno un sintomo)” passa dal 54,1% del 2018 al 58,4% del 2022.

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. Nello studio HBSC

viene chiesto ai quindicenni se hanno già avuto rapporti sessuali, a quale età la prima volta e quali metodi contraccettivi utilizzano.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	13,7	15,5	14,7
No	86,3	84,5	85,3

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	83,0	76,8	79,3
Pillola	22,9	23,5	23,3
Coito interrotto	10,4	20,6	16,4
Contraccezione di emergenza	6,3	11,8	9,5
Giorni fertili	14,6	15,4	15,0
Altri metodi	4,2	4,4	4,3

Il 14,7% dei 15enni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; le femmine in percentuale maggiore dei maschi. Il preservativo risulta essere il metodo contraccettivo maggiormente utilizzato sia nei maschi che nelle femmine, in percentuale calante vengono utilizzati i restanti metodi. Emerge inoltre che il coito interrotto viene utilizzato come metodo contraccettivo dal 20,6% delle femmine e dal 10,4% dei maschi.

Benessere psicologico

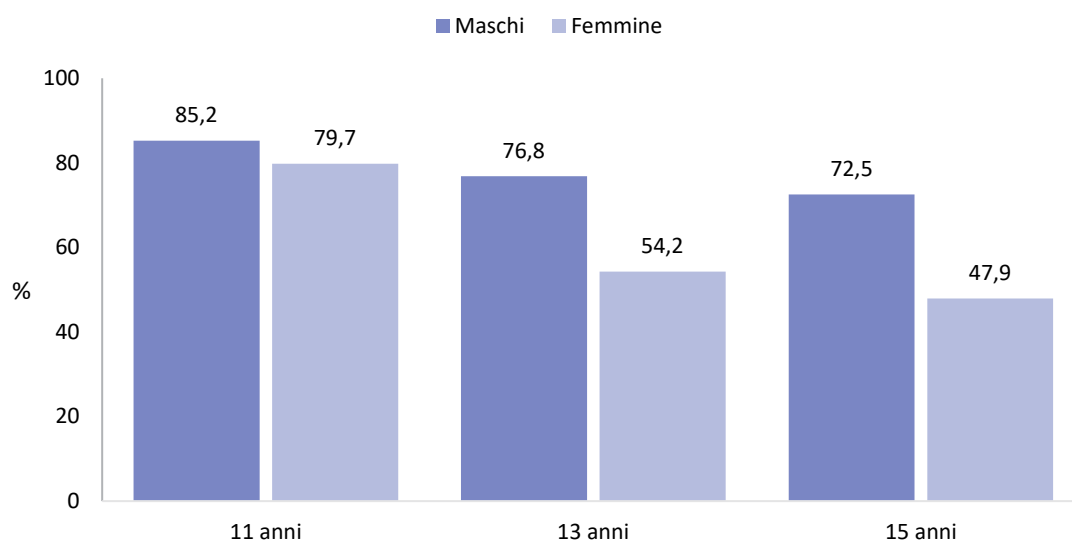
A partire dalla rilevazione 2022, il questionario HBSC ha inserito una domanda relativa al benessere psicologico, misurato attraverso la scala WHO-5¹⁸, composta da 5 item che fanno riferimento all'umore positivo (buon umore, rilassamento), alla vitalità (sentirsi attivi, svegli e riposati) e agli interessi 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.

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
$\geq 12,5$	82,4	65,3	58,8	69,3
$< 12,5$	17,6	34,7	41,2	30,7

Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico. Un giudizio più critico è stato espresso dagli undicenni e quindicenni. Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze con percentuali più basse nelle femmine.

Figura 5. Frequenza di coloro che dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico (punteggio $\geq 12,5$, per genere e per 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 negli ultimi 12 mesi. La tabella 8 mostra che, negli ultimi 12 mesi, un numero maggiore di ragazze rispetto ai ragazzi si è sentito sempre o a volte solo e la sensazione di solitudine aumenta con l'età.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	43,5	24,2	33,6
Raramente	33,5	30,3	31,9
A volte	16,5	31,8	24,4
La maggior parte delle volte	5,2	12,3	8,9
Sempre	1,3	1,3	1,3

In generale le femmine hanno dichiarato di essersi sentite sole con maggior frequenza rispetto ai maschi.

Infortuni

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

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	46,2	48,5	50,9	48,4
Una volta	28,5	28,8	26,5	28,1
Due volte	11,5	10,1	14,0	11,6
Tre volte	6,5	7,1	4,0	6,1
Quattro volte o più	7,3	5,4	4,6	5,8

Tra il 49% e il 54% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche. Gli infortuni diminuiscono con l'età.

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	22,6	15,7	15,7
≥ 6	77,4	84,3	84,3

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	12,0	16,6
≥ 6	88,0	83,4

Conclusioni

Dai dati autoriferiti sulla percezione della propria salute emerge che l'84,7% dei ragazzi considera il proprio stato di salute eccellente e buono. Le femmine percepiscono il proprio stato di salute meno positivamente rispetto ai coetanei maschi e riferiscono di soffrire di più sintomi sia a prevalente componente somatica che psicologica. Il disturbo maggiormente riferito è l'insonnia: 12 ragazze su 100 e 8 ragazzi su 100 dichiarano di soffrirne.

I sintomi a componente psicologica maggiormente riferiti sono il sentirsi irritabile e nervoso riferiti rispettivamente dal 7,9% e dal 10% dei ragazzi e dal 16,7% delle ragazze. Più della metà degli intervistati dichiara di assumere farmaci almeno una volta al mese per almeno un sintomo.

Sembra quindi che soffrire di alcuni sintomi non induca una percezione negativa della propria salute. Studi qualitativi condotti nel nord Europa evidenziano che le principali cause di stress che causano sintomi psicosomatici negli adolescenti e ai quali soprattutto le ragazze risponderebbero con l'assunzione di farmaci sono le relazioni tra pari e con la scuola.¹⁹ Osservare già nell'età dello sviluppo puberale uno svantaggio legato al genere femminile supporta la necessità di includere l'attenzione al genere anche nelle politiche rivolte ai giovani e alla loro salute.²⁰

Sarebbe anche opportuno indagare meglio la relazione tra sintomi e consumo di farmaci. Il consumo di farmaci è infatti considerato un comportamento a rischio spesso associato a fumo e consumo di alcol (20) Il consumo di farmaci negli adolescenti, al pari degli altri comportamenti a rischio, è una pratica sociale, risente cioè sia delle norme familiari che dei pari.¹⁹

Dai risultati relativi alle prime esperienze sessuali emerge un calo rispetto all'ultima rilevazione dei 15enni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi che passa dal 19,2% del 2018 al 14,7% del 2022. Una percentuale del 16,4% dichiara di aver fatto uso, come metodo contraccettivo, del coito interrotto e 9 ragazzi su 100 sono ricorsi all'contraccezione d'emergenza. Il coito interrotto, che in letteratura spesso non è citato come un vero e proprio metodo contraccettivo²², oltre a non proteggere dall'HIV e dalle malattie sessualmente trasmissibili, ha una possibilità di fallimento che va dal 20 al 30%. Da qui emerge la necessità di programmi di educazione socio affettiva e sessuale a partire dalla preadolescenza che potenzino le conoscenze dei ragazzi e che ne promuovano al contempo la percezione del rischio in modo da favorire l'assunzione di comportamenti favorevoli alla salute sessuale.

Rispetto agli infortuni quasi un ragazzo ogni due dichiara di aver avuto almeno un infortunio nell'ultimo mese che abbia richiesto cure mediche. Questo fenomeno in letteratura è spesso trattato come un indicatore dello stile di vita dei ragazzi, di frequente associato e conseguenza di altri comportamenti quali l'uso di tabacco, alcol, sostanze illegali. Da qui risulta evidente come sia importante, al fine della prevenzione di conseguenze negative sulla salute dei ragazzi, un approccio olistico alla tematica dei comportamenti a rischio in adolescenza.

Degno di nota è il confronto del livello di soddisfazione di vita tra pre e post pandemia che evidenzia un calo del 4,6%. Anche la sensazione di benessere psicologico, indagato per la prima volta nel 2022, evidenzia un calo con il crescere dell'età, soprattutto nel sesso femminile a dimostrazione ancora una volta dell'importanza dell'approccio di genere negli interventi di promozione della salute in questa fascia d'età.

L'obiettivo della promozione della salute e del benessere degli adolescenti è ricercare e agire sulle caratteristiche dell'ambiente di riferimento mettendo in essere programmi intersettoriali e multicomponenti a partire dalla prima infanzia. Il lavoro di prevenzione deve rivolgersi a più destinatari (genitori, insegnanti, bambini, gruppo dei pari, ecc.) inserito a sistema in vari contesti (scuola, famiglia, organizzazioni, ecc.), secondo i modelli della promozione della salute (Life skills education, empowerment, scuola promotrice di salute, ecc.). E' necessario un cambio di paradigma: da comportamento a rischio come responsabilità individuale a responsabilità collettiva all'interno di una pratica sociale, da prevenzione dei fattori di rischio a promozione della salute e del benessere. Al pari delle conoscenze, che vanno fornite ai ragazzi attraverso metodi interattivi che ne favoriscano l'empowerment, cioè non solo sapere il cosa, ma anche il come comportarsi in alcune circostanze, è fondamentale che gli adulti di riferimento in primis e i ragazzi di conseguenza

imparino ad accogliere e dare valore anche alle emozioni spiacevoli per gestirle senza farsi sopraffare, reprimerle o ricorrere a una rapida soluzione farmacologica.

Bibliografia essenziale

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

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

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

⁴P. Lemma. Promuovere salute. Principi e strategie. Il pensiero scientifico, 2018.

⁵Rashad, H., Khadr, Z. (2014). Measurement of health equity as a driver for impacting policies. Health Promotion International, 29:i68-i82.

⁶Friedman, HS., Kern, ML. (2014). Personality, Well-Being, and Health. Annual Review of Psychology, 65:719-742.

⁷Bowling, A. (2014). Research methods in health. New York, McGraw-Hill Education.

⁸de Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. European Journal of Psychology of Education, 18:3-14.

⁹Ravens-Sieberer U., Kokonyei G., Thomas C. School and health (2004). In: Currie C, Roberts C, Morgan A. Smith R., Settertobulte W., Samdal O., Barnekov Rasmussen V. (Ed.). Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

¹⁰Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmaso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. Journal of Public Health.

¹¹Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. Eating Behaviors, 5:337-51.

¹²Cantril H. (1965). The pattern of human concern. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

¹³Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1:1-2.

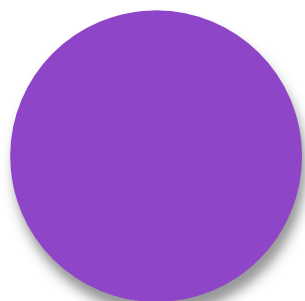
¹⁴Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. Journal of Adolescence Research, 16:293-303.

¹⁵Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. Journal of Adolescence, 24:611-24.

¹⁶Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Wojnarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. European Journal of Public Health, 11:4-10.

¹⁷Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010. Rome: Istituto Superiore di Sanità.

¹⁸Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K: The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. Psychother Psychosom 1996; 65:183–190.



CAPITOLO 8

Social media e gaming

Introduzione

Nell'ultimo decennio, l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso e importante soprattutto tra (pre)adolescenti e giovani in tutto il mondo. Infatti, per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, Internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per moltissimi motivi diversi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social 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

L'uso dei social media

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

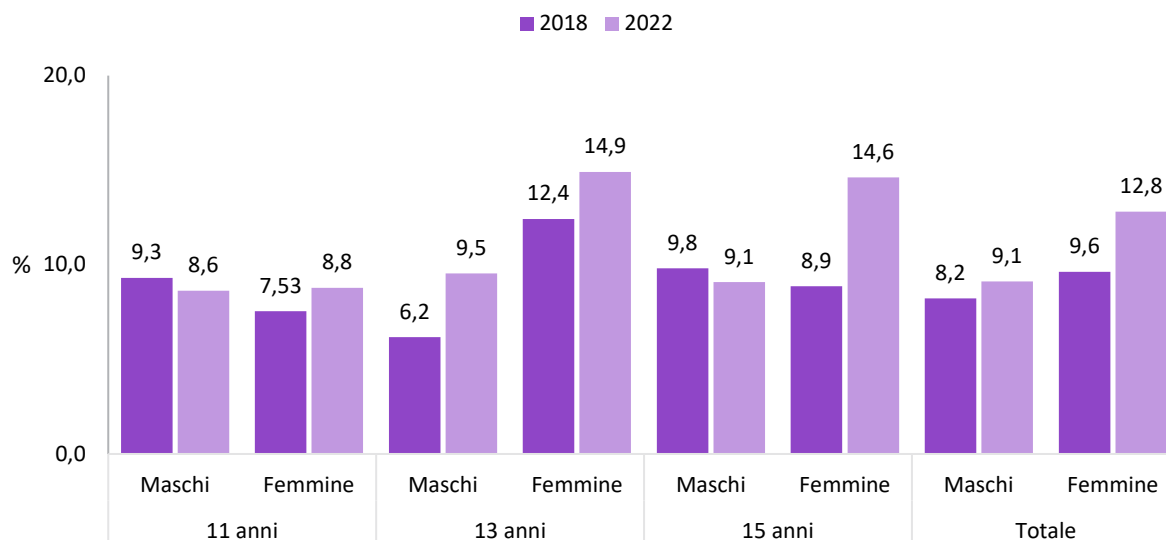
Tabella 1. “Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone”, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	69,7	74,5	82,6	75,1
Amici di un gruppo allargato	43,9	42,3	45,4	43,7
Amici conosciuti tramite internet	13,8	20,3	19,8	18
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50,1	42,7	47,8	46,5

Dalla tabella si evince che le percentuali dei contatti avuti online con “Amici stretti” aumentano all'aumentare dell'età. Si noti come non ci siano sostanziali differenze di età nella categoria “Altre persone, non amici”.

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

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



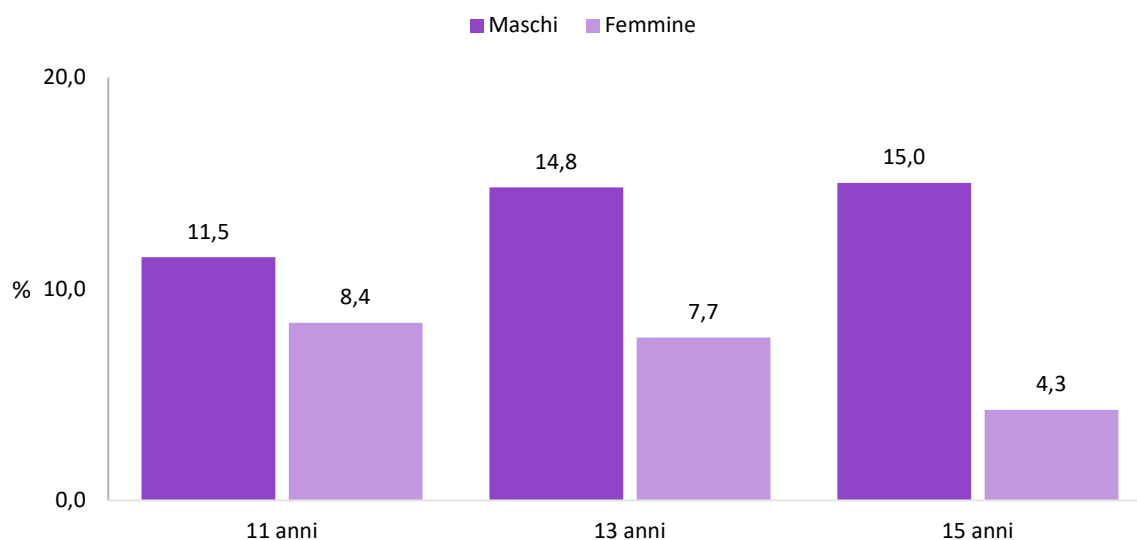
L'uso problematico dei social media è più comune tra le ragazze e all'età di 13 anni. Rispetto al 2018, la percentuale di giovani che mostrano un uso problematico dei social media è aumentata.

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.

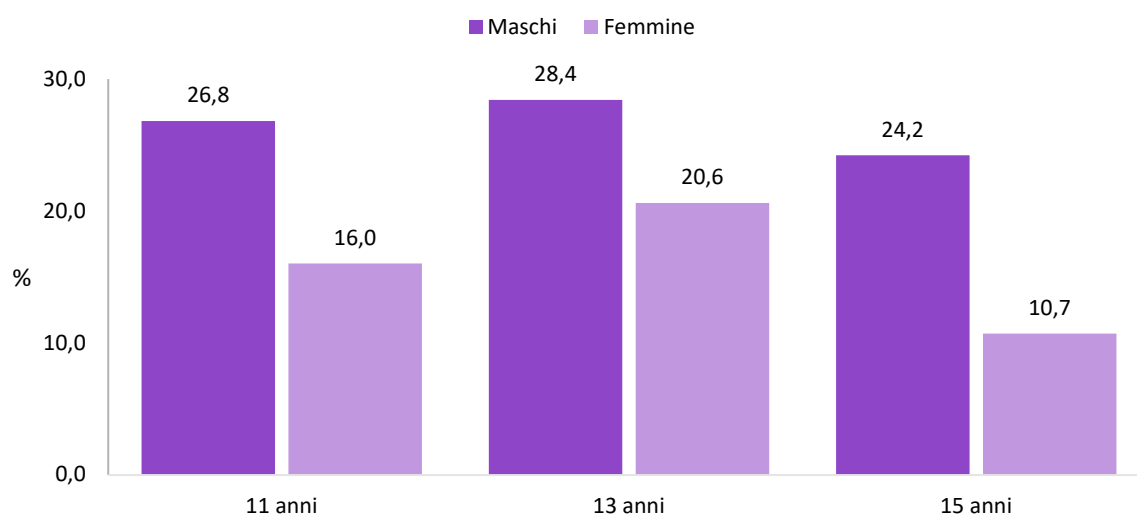
La figura 2 mostra che la percentuale di giovani che trascorrono 4 o più ore ai videogiochi aumenta con l'età. I ragazzi trascorrono generalmente più tempo con i videogiochi rispetto alle ragazze e con l'età, la differenza di genere diventa sempre più ampia.

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



Inoltre, nella rilevazione del 2022, il protocollo dello studio HBSC include l'Internet Gaming Disorder Scale¹², uno strumento di misura validato a livello internazionale e nazionale per valutare la presenza dell'uso problematico dei videogiochi sulla base dei nove criteri per l'Internet Gaming Disorder identificati nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5° Edizione, Testo Revisionato, redatto dall'American Psychiatric Association¹³. Nello specifico, ai ragazzi e alle ragazze è stato chiesto di indicare la frequenza con cui negli ultimi 12 mesi hanno messo in atto alcuni comportamenti relativi all'uso dei videogiochi (es., di mancanza di controllo, di uso per regolare l'umore e conseguenze negative per la vita quotidiana) su una scala da 1 a 5, da "Mai" a "Sempre". In questo modo, è possibile rilevare la percentuale di ragazzi e di ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi (ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento), Figura 3.

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



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

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante del benessere e degli stili di vita degli adolescenti. Nella Tabella 2 riportiamo la stratificazione con la scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	62,7	76,0	80,1
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	37,1	41,9	48,6
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	16,3	16,0	20,5
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	43,1	47,2	48,0
Uso problematico dei social media	10,8	11,2	10,0
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	13,3	10,2	11,1
Uso problematico dei videogiochi	25,0	21,8	21,9

Conclusioni

Social media

Rispetto al 2018, sono diminuiti i contatti online con amici e altre persone di riferimento come i familiari. Potrebbe essere una conseguenza del contatto stretto costretto durante la pandemia. È necessario monitorare l'andamento nei prossimi anni per poter trarre conclusioni certe.

Per quanto riguarda l'uso problematico dei social media, i valori sono aumentati in quasi tutte le fasce d'età e in modo più forte nelle ragazze rispetto ai ragazzi. Vari studi sembrano indicare che l'utilizzo dei social media può determinare effetti benefici oppure nocivi, anche in base alle diverse sfaccettature di ricorso. È molto probabile che lo scopo dell'utilizzo dei social media tra maschi e femmine sia molto differente.

Videogiochi

Secondo la Gaming Disorder Scale, la percentuale di giovani che mostrano un uso problematico dei videogiochi è maggiore tra i 13enni e tra i ragazzi rispetto alle ragazze. Questo dato è in linea con altri studi. Le ragazze dedicano maggior tempo ai social media. Sarà interessante osservare l'evoluzione del fenomeno nel tempo.

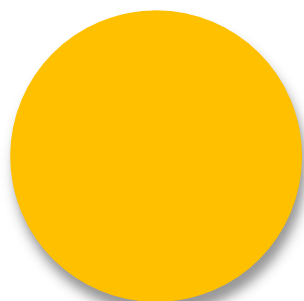
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi

Lo status socio-economico della famiglia sembra influenzare la comunicazione online a causa della disponibilità o meno dei dispositivi.

Invece, per quanto riguarda l'uso problematico dei videogiochi, è più frequente nelle famiglie con uno status socio-economico basso.

Bibliografia essenziale

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



CAPITOLO 9

COVID-19

Introduzione

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

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

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

Positività al COVID-19

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	62,4	61,5
13 anni	52,3	54,7
15 anni	55,7	58,8
17 anni	55,7	60,3
Totale	56,5	58,5

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	81,6	10,1
13 anni	81,7	12,0
15 anni	82,1	15,4
17 anni	80,9	13,0
Totale	81,6	12,4

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

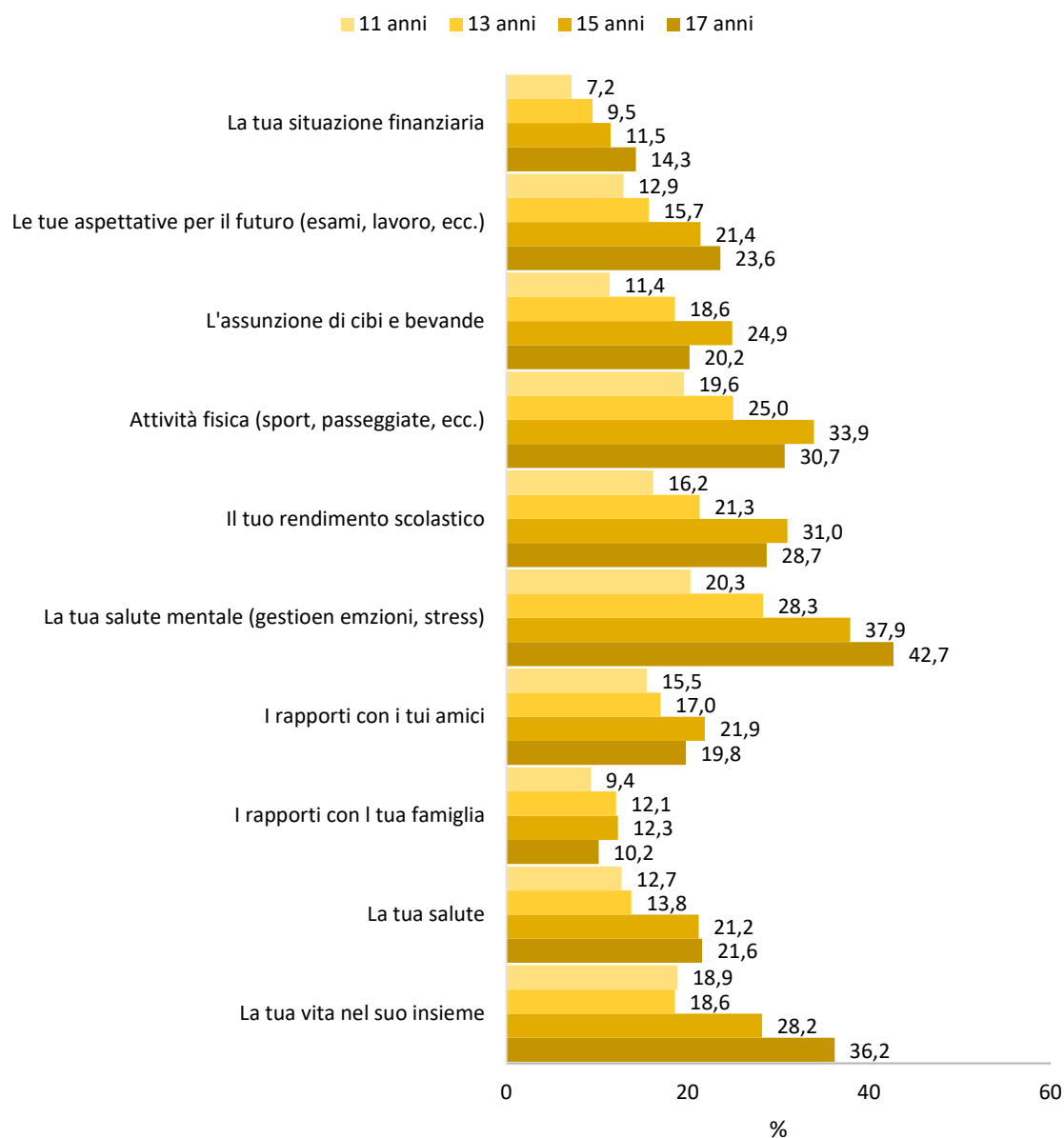
L'esposizione diretta o di un familiare al COVID-19, così come le misure implementate per contenere la pandemia (lockdown, DAD, chiusura centri sportivi, ecc.) hanno potenziali impatti a breve e lungo termine sul benessere e sugli stili di vita degli adolescenti. Attraverso una batteria di dieci domande,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

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

	Maschi			Femmine		
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	21,2	44,4	34,4	26,5	46,4	27,1
La tua salute	15,0	39,7	45,3	17,9	44,5	37,6
I rapporti con la tua famiglia	9,96	32,2	57,8	12,0	35,2	52,8
I rapporti con i tuoi amici	18,0	32,1	49,8	18,2	35,3	46,4
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	22,6	40,1	37,3	38,1	33,7	28,2
Il tuo rendimento scolastico	26,2	37,5	36,2	20,9	41,5	37,6
L'assunzione di cibi e bevande	14,2	44,3	41,5	21,9	44,0	34,1
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	25,7	27,4	46,9	27,3	31,0	41,7
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	16,2	46,1	37,7	18,8	49,2	31,9
La situazione finanziaria familiare	10,2	45,9	43,9	10,2	52,4	37,4

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

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



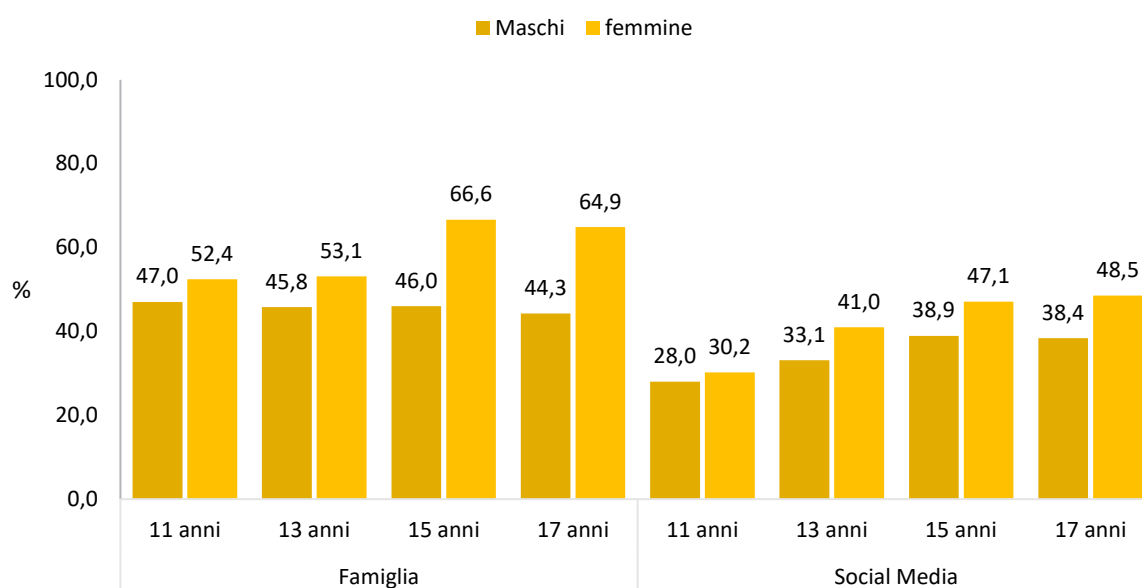
Fonti di informazione sul COVID-19

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.)	54,1	45,9	41,6	58,4
Amici	81,7	18,3	76,4	23,6
Insegnanti e altro personale scolastico	83,5	16,5	81,7	18,3
Giornali, riviste, radio e tv	59,7	40,3	56,2	43,8
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	66,4	33,6	58,9	41,1
Autorità sanitarie nazionali	78,2	21,8	80,2	19,8
Blogger/influencer online	88,4	11,6	88,9	11,1
Altre fonti	92,6	7,4	96,0	4,0

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



Misure di protezione

Durante la pandemia di COVID-19 sono state implementate diverse misure di protezione. Nella Tabella 5 si riportano le percentuali di frequenza circa l'utilizzo di alcune di queste misure adottate.

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

	Maschi		Femmine	
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre
Rispettato il distanziamento sociale	56,4	43,6	44,0	56,0
Lavato regolarmente le mani	45,6	54,4	30,2	69,8
Indossato una mascherina protettiva	26,3	73,7	10,5	89,5
Usato un igienizzante per le mani	59,1	40,9	38,4	61,6
Evitato di toccarti il viso	74,8	25,2	65,1	34,9
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	38,0	62,0	26,9	73,1
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	46,5	53,5	34,8	65,2
Evitato assembramenti di persone	61,2	38,8	50,8	49,2
Sei rimasto a casa in generale	61,2	38,8	48,1	51,9
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	52,3	47,7	41,8	58,2

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

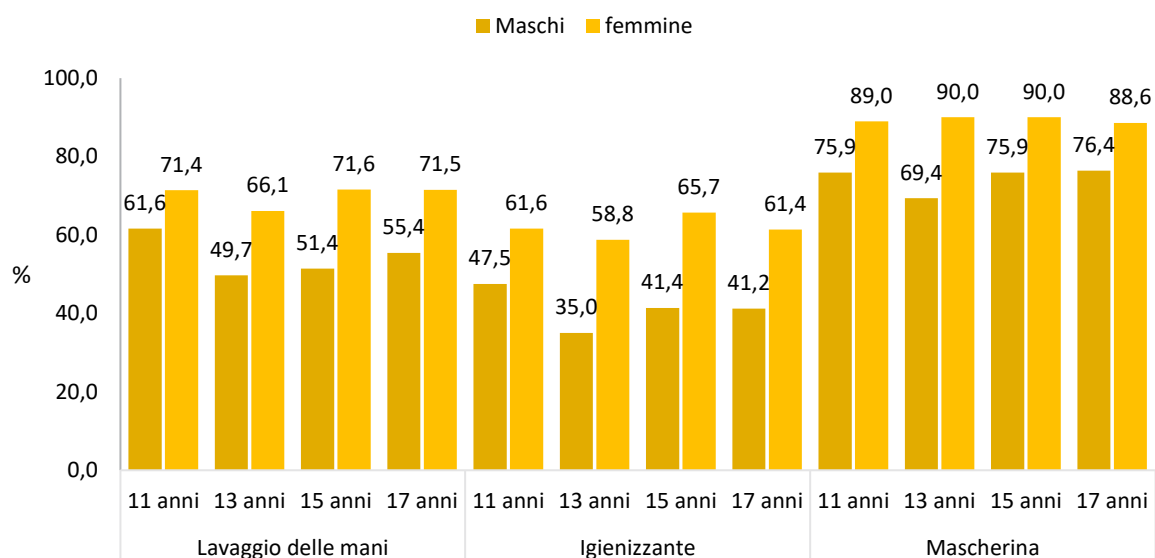
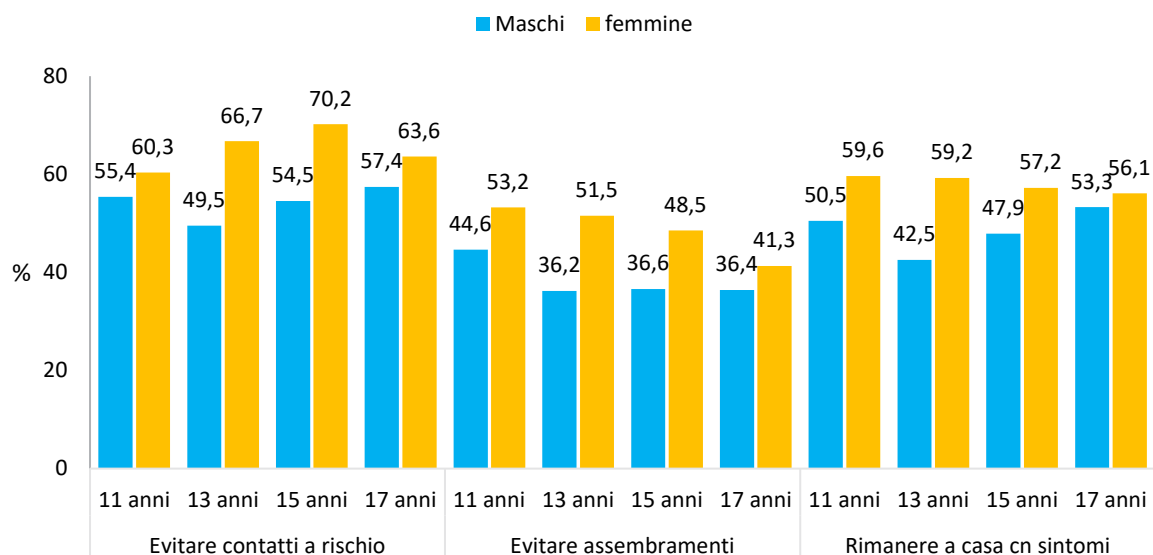


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	43,0	52,0	57,6
Amici	19,3	20,3	23,2
Insegnanti e altro personale scolastico	19,8	17,8	16,2
Giornali, riviste, radio e tv	40,3	43,8	41,9
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	38,5	38,3	36,6
Autorità sanitarie nazionali	18,2	22,6	19,6
Blogger/influencer online	11,5	11,9	10,4
Altre fonti	6,4	5,5	5,2

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

Tabella 7. Adozione “spesso/sempre” delle seguenti misure di protezione stratificate per il FAS

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	49,6	51,3	49,9
Lavato regolarmente le mani	65,5	64,1	61,0
Indossato una mascherina protettiva	81,1	84,8	80,7
Usato un igienizzante per le mani	55,0	51,9	51,1
Evitato di toccarti il viso	33,2	30,9	29,3
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	61,1	70,7	68,2
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	55,8	61,6	60,4
Evitato assembramenti di persone	46,7	46,2	42,2
Sei rimasto a casa in generale	50,9	47,6	42,4
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	55,5	54,8	50,9

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.

La famiglia

La Struttura Familiare

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	81,6
Solo madre	12,1
Solo padre	1,9
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3,0
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1,4
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	15,3
1 fratello o sorella	49,3
2 o più fratelli o sorelle	35,4
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

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

Molto facile	13,5
Facile	38,5
Difficile	25,4
Molto difficile	17,9
Non ho o non vedo mai questa persona	4,7
Totale	100

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

Molto facile	28,8
Facile	43,7
Difficile	19,2
Molto difficile	7,3
Non ho o non vedo mai questa persona	1,0
Totale	100

Lo status socio-economico familiare

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	13,3
Medio	50,7
Alto	36
Totale	100

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

Frequenza e regolarità dei pasti

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

Mai	30,6
Un giorno	5,0
Due giorni	2,8
Tre giorni	4,7
Quattro giorni	4,4
Cinque giorni	52,5

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

Ogni giorno	33,8
La maggior parte dei giorni	48,7
Circa una volta alla settimana	13,4
Meno di una volta alla settimana	2,1
Mai	2,0

Consumo di frutta e verdura

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

Mai	1,8
Meno di una volta a settimana	3,5
Una volta a settimana	9,2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	29,6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	22,4
Una volta al giorno tutti i giorni	18,0
Più di una volta al giorno	15,5

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

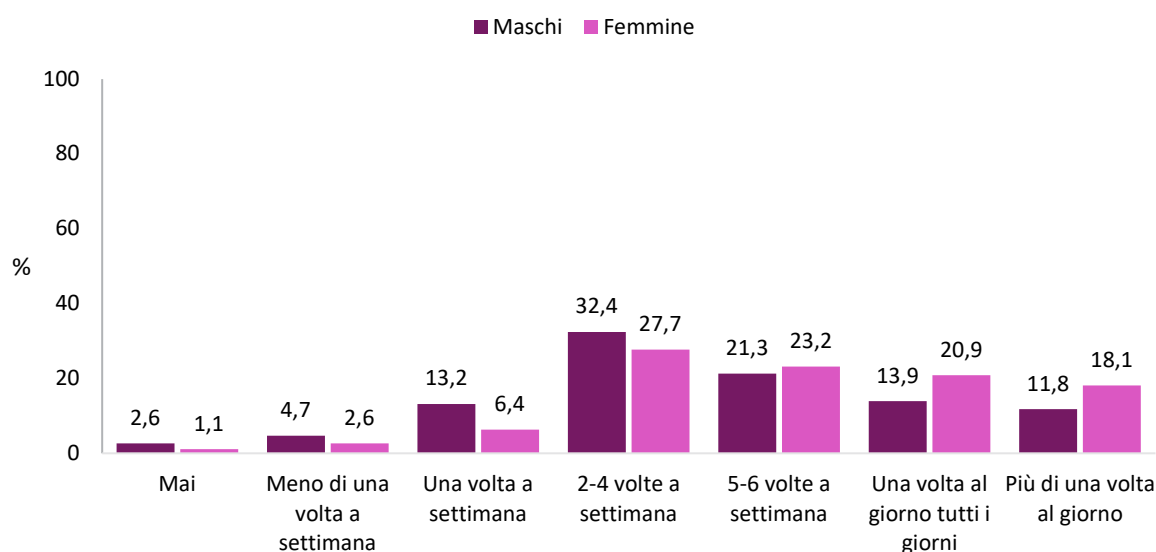
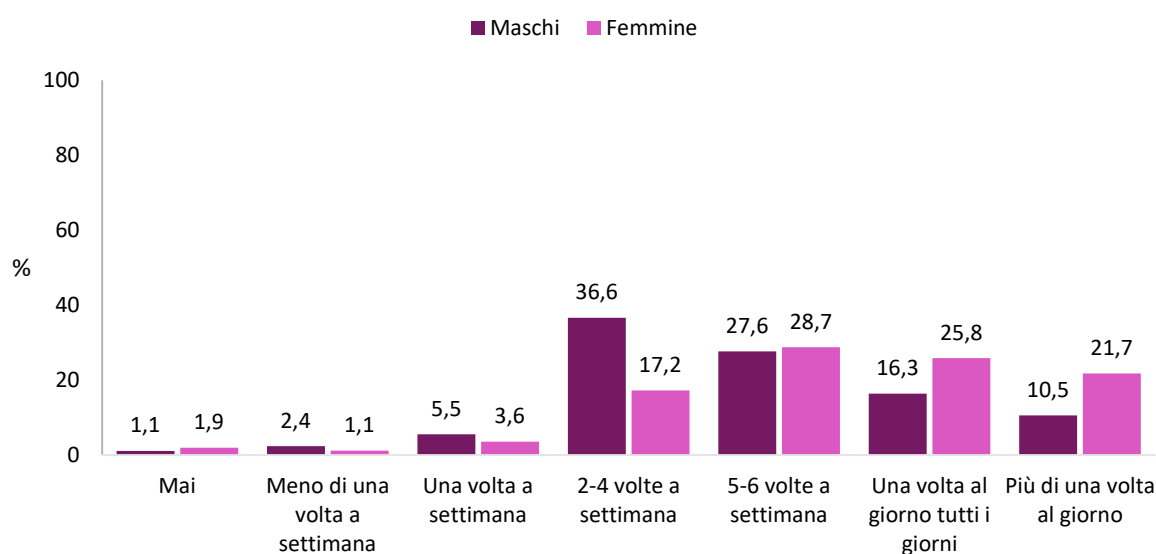


Tabella 9. “Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?” (%)

Mai	1,5
Meno di una volta a settimana	1,6
Una volta a settimana	4,4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	28,2
Una volta al giorno tutti i giorni	21,9
Più di una volta al giorno	17,1

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



Consumo di dolci e bevande gassate

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	4,5	2,8	3,5
Meno di una volta a settimana	9,5	9,7	9,6
Una volta a settimana	15,3	12,5	13,7
Tra 2 e 4 giorni a settimana	36,6	34,4	35,3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	20,3	19,4	19,8
Una volta al giorno tutti i giorni	8,3	15,2	12,3
Più di una volta al giorno	5,5	6,0	5,8

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	14,2	20,9	18,1
Meno di una volta a settimana	19,2	37,4	29,8
Una volta a settimana	25,5	19,4	22,0
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28,2	15,1	20,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8,2	2,6	4,9
Una volta al giorno tutti i giorni	1,8	2,4	2,2
Più di una volta al giorno	2,9	2,2	2,4

Consumo di legumi

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	7,9	8,4	8,2
Meno di una volta a settimana	16,4	22,8	20,2
Una volta a settimana	27,0	21,5	23,8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	35,2	29,6	31,9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7,4	13,3	10,9
Una volta al giorno tutti i giorni	4,2	3,4	3,7
Più di una volta al giorno	1,9	0,9	1,3

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

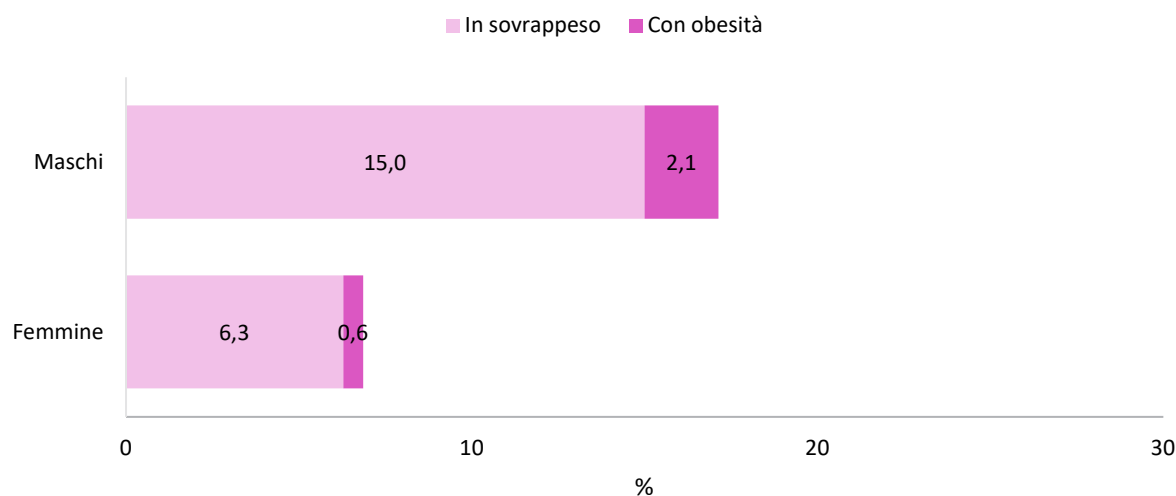
	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	25,8	39,1
Verdura (almeno una volta al dì)	26,8	47,6
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	48,7	47,2
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	4,7	4,5
Snack salati (almeno una volta al dì)	4,2	4,7
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	56,8	55,5
Dolci (almeno una volta al dì)	13,9	21,1

Stato nutrizionale

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

Sottopeso	3,2
Normopeso	85,7
Sovrappeso	9,9
Obeso	1,2

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



Insoddisfazione corporea

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

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	1,6	0,4	0,9
Un po' troppo magro	25,5	9,0	15,9
Più o meno della taglia giusta	56,1	55,8	55,9
Un po' troppo grasso	15,8	32,2	25,4
Decisamente troppo grasso	1,1	2,6	2,0

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

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	0	1,7	1,2
Normopeso	52,4	81,9	74,3
Sovrappeso	38,1	14,8	20,8
Obeso	9,5	1,7	3,7

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	54,7	54,9	54,8
No, ma dovrei perdere qualche chilo	10,9	21,9	17,4
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	22,7	7,3	13,6
Sì	11,7	15,9	14,2

Igiene orale

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	81,5	88,0	85,3
Una volta al giorno	16,4	11,0	13,2
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	1,32	0,8	1,0
Meno di una volta alla settimana	0	0,2	0,1
Mai	0,8	0	0,3

Il FAS e le abitudini alimentari

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	54,6	52,1	51,1
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	31,1	31,3	38,9
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	35,6	38,6	41,7
Consumo quotidiano di bevande gassate	6,7	4,2	4,4
Prevalenza di sovrappeso	9,5	9,0	11,4
Prevalenza di obesità	1,7	1,6	0,6

Sport e tempo libero

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	6,8
Un giorno	12,0
Due giorni	15,1
Tre giorni	14,6
Quattro giorni	17,4
Cinque giorni	14,0
Sei giorni	8,4
Sette giorni	11,7

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

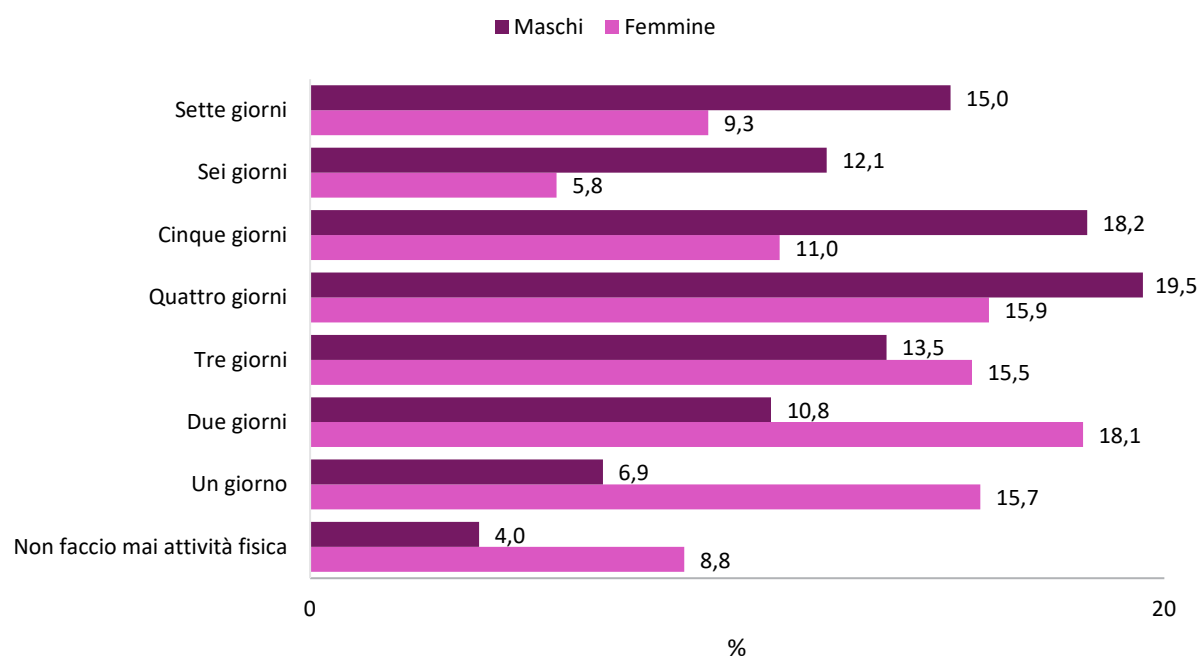


Tabella 21. “Frequenza percentuale della quantità di attività fisica intensa esercitata al di fuori dell’orario scolastico, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	11,3	5,0	7,7
Da 4 a 6 volte a settimana	37,7	15,1	24,5
2-3 volte a settimana	20,1	21,3	20,8
Una volta a settimana	10,6	17,9	14,9
Una volta al mese	3,4	10,3	7,4
Meno di una volta al mese	1,9	5,4	3,9
Mai	2,1	4,9	3,7

Comportamenti sedentari

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	16,6	52,1	37,3
Circa mezz'ora	18,2	17,2	17,6
Circa un'ora	20,5	10,8	14,8
Circa 2 ore	17,1	5,0	10,0
Circa 3 ore	11,1	6,7	8,5
Circa 4 ore	6,8	3,0	4,6
Circa 5 ore o più	9,7	5,2	7,1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	4,8	2,8	3,6
Circa mezz'ora	10,8	4,9	7,3
Circa un'ora	20,3	15,9	17,7
Circa 2 ore	24,3	24,3	24,3
Circa 3 ore	17,7	16,6	17,1
Circa 4 ore	11,9	14,8	13,6
Circa 5 ore o più	10,3	20,7	16,4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	6,1	9,5	8,1
Circa mezz'ora	15,5	20,5	18,4
Circa un'ora	27,4	29,1	28,4
Circa 2 ore	22,1	22,2	22,2
Circa 3 ore	16,1	9,7	12,3
Circa 4 ore	5,5	5,6	5,6
Circa 5 ore o più	7,4	3,4	5,0

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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)	47,9	51,0	54,8
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	52,1	49,9	58,6
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	18,5	19,7	21,5
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	47,9	45,7	47,8
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	26,9	23,2	21,8

Rapporto con gli insegnanti

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	7,65	5,8	6,6
D'accordo	28,8	25,8	27,0
Né in accordo né in disaccordo	42,5	39,8	40,9
Non d'accordo	14,0	20,9	18,1
Per niente d'accordo	7,1	7,7	7,4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	9,0	7,5	8,1
D'accordo	35,4	26,9	30,4
Né in accordo né in disaccordo	34,8	40,6	38,2
Non d'accordo	11,1	16,1	14,0
Per niente d'accordo	9,8	9,0	9,3

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	24,5	16,6	19,9
D'accordo	40,8	46,5	44,1
Né in accordo né in disaccordo	23,7	28,2	26,3
Non d'accordo	5,5	6,2	5,9
Per niente d'accordo	5,5	2,6	3,8

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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	77,9	82,9	80,8
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	80,1	82,1	81,3
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	77,9	85,7	82,5
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	74,6	82,3	79,1

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	32,4	30,1	31,0
D'accordo	48,2	45,4	46,6
Né in accordo né in disaccordo	13,7	16,4	15,3
Non d'accordo	4,0	6,4	5,4
Per niente d'accordo	1,8	1,7	1,8

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	40,4	32,1	35,5
D'accordo	44,6	43,3	43,8
Né in accordo né in disaccordo	11,1	17,5	14,9
Non d'accordo	1,6	5,0	3,6
Per niente d'accordo	2,4	2,1	2,2

Bullismo e Cyberbullismo

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	89,4	95,0	92,7
Una o due volte	6,7	3,5	4,8
Due o tre volte al mese	1,9	0,6	1,1
Circa una volta alla settimana	1,1	0,3	0,7
Più volte alla settimana	1,1	0,6	0,8

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

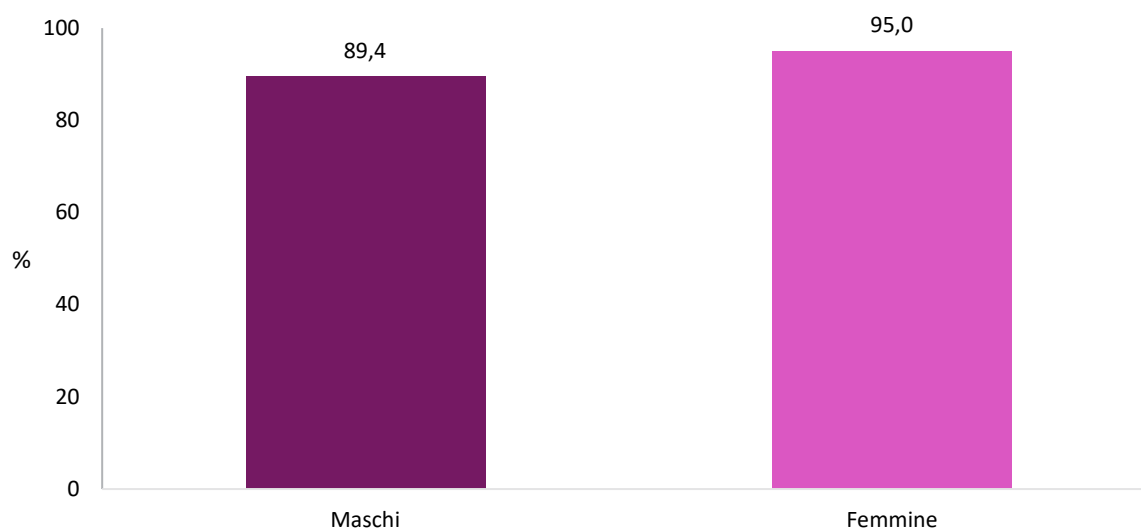


Tabella 33. Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	87,0	94,4	91,3
Una o due volte	8,0	4,3	5,8
Due o tre volte al mese	1,6	0,2	0,8
Circa una volta alla settimana	1,9	0,4	1,0
Più volte alla settimana	1,6	0,8	1,1

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

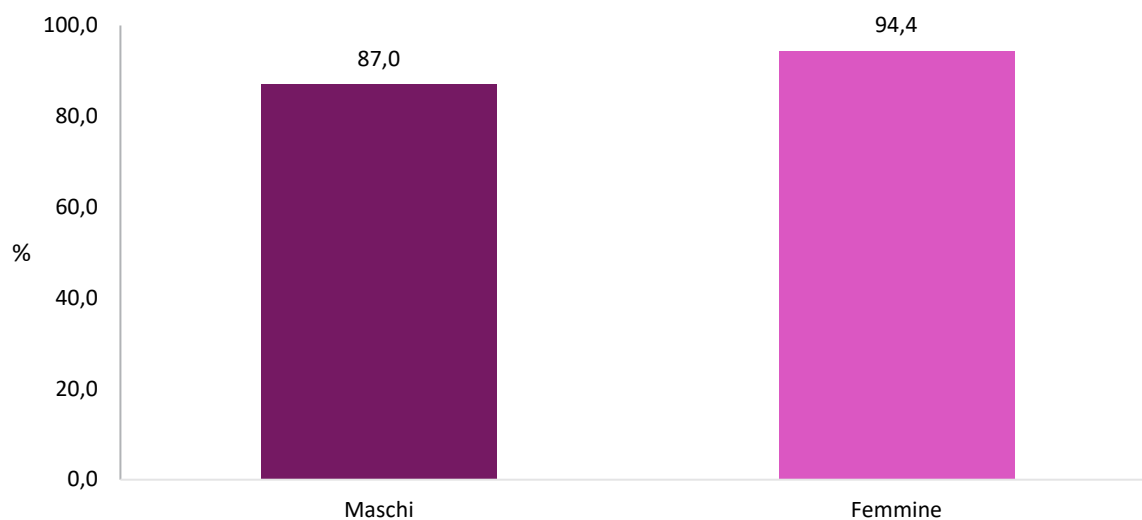


Figura 7. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per genere (%)

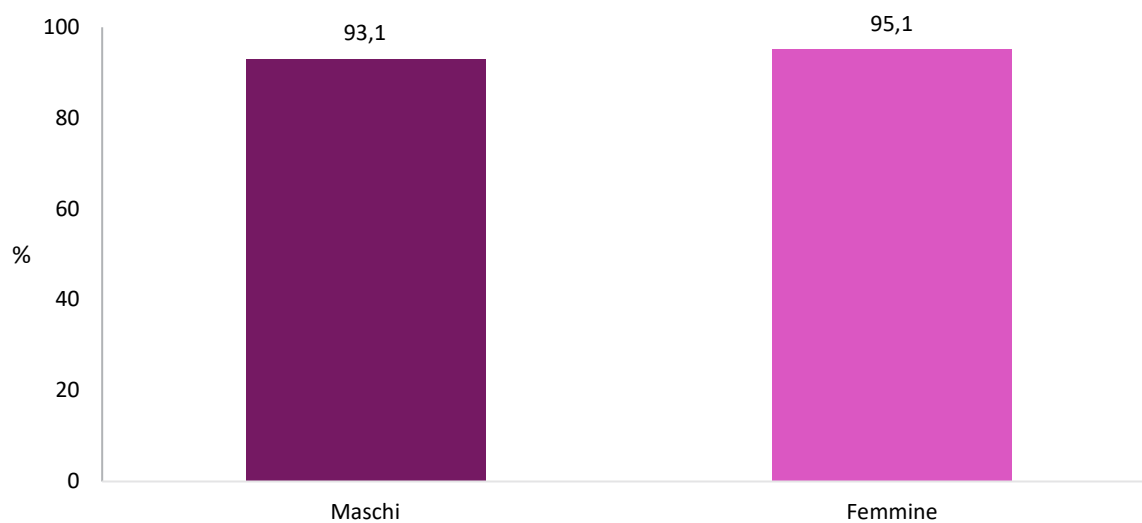


Figura 8. Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per genere (%)

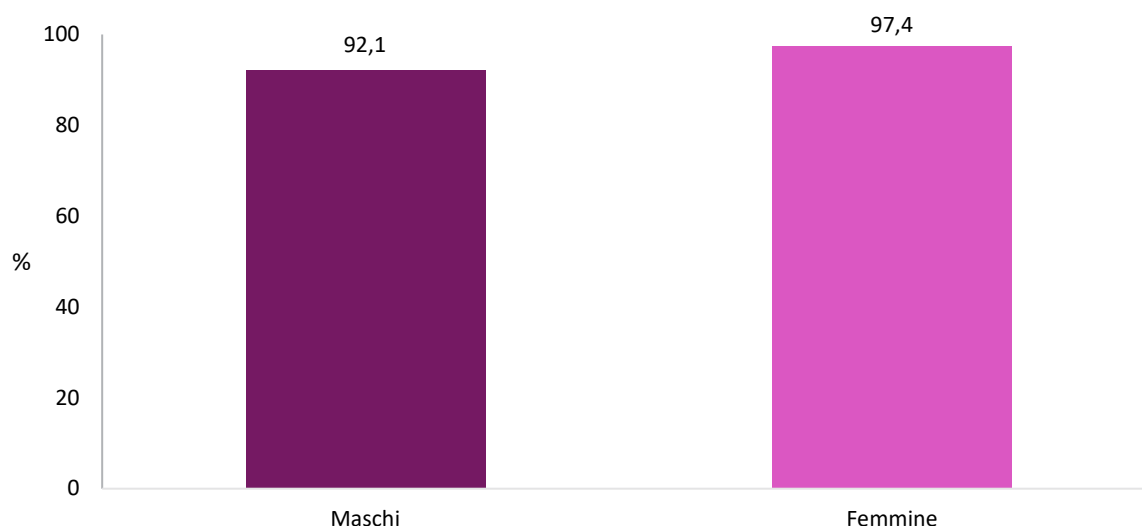


Tabella 34. Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno? per genere (%)

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	66,1	85,8	77,7
Una volta	16,1	9,1	12,0
Due volte	8,5	2,8	5,1
Tre volte	3,7	0,9	2,1
Quattro volte o più	5,6	1,3	3,1

La Scuola

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	9,5	5,6	7,2
Abbastanza	46,3	44,6	45,3
Non tanto	31,3	38,6	35,6
Non mi piace per nulla	12,9	11,2	11,9

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

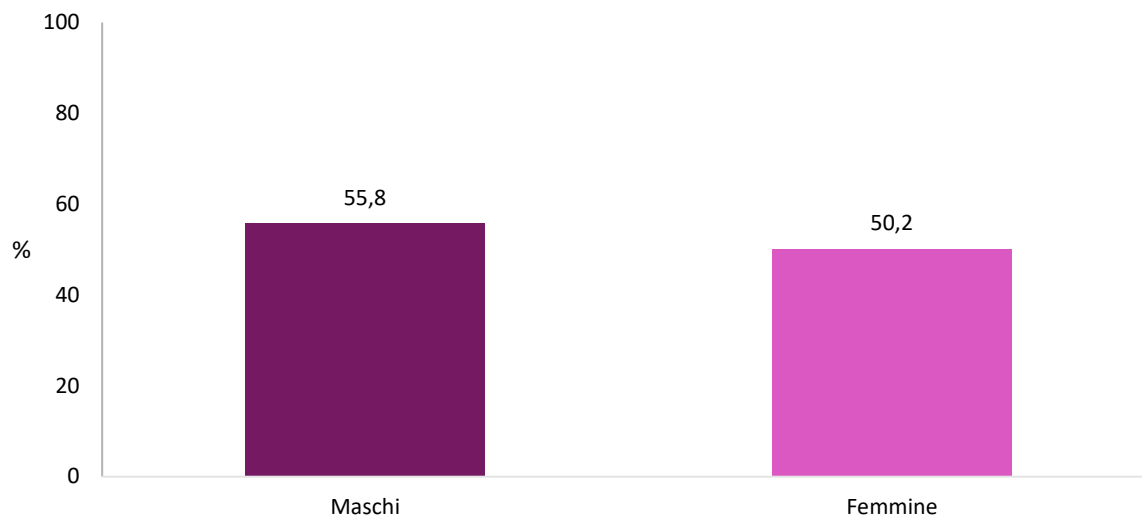
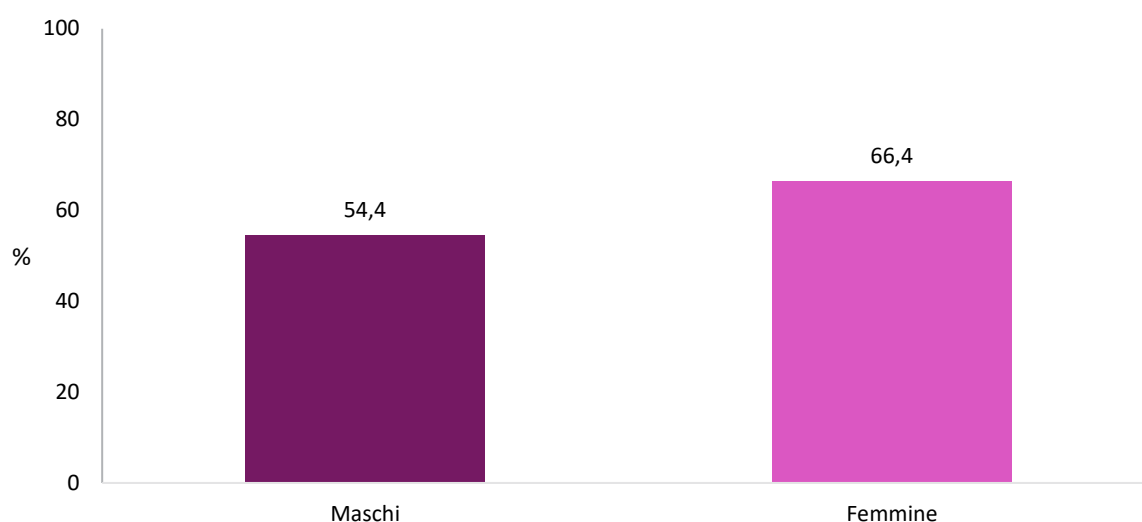


Tabella 36. “Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?”, (%)

Per niente	5,5
Un po'	33,2
Abbastanza	37,2
Molto	24,2

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



Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	78,1	69,1	72,8
1-2 giorni	6,7	9,9	8,5
3-5 giorni	3,5	6,5	5,2
6-9 giorni	2,7	2,5	2,6
10-19 giorni	1,3	4,0	2,9
20-29 giorni	1,3	2,3	1,9
30 giorni o più	6,4	5,9	6,1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	88,8	88,0	88,4
1-2 giorni	6,7	6,1	6,3
3-5 giorni	2,1	1,1	1,6
6-9 giorni	1,1	2,3	1,8
10-19 giorni	0,3	0,8	0,6
20-29 giorni	0	0,2	0,1
30 giorni o più	1,1	1,5	1,3

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

Maschi	6,4
Femmine	5,9

Alcol

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	13,9	11,5	12,5
1-2 giorni	6,3	7,0	6,7
3-5 giorni	5,4	5,1	5,2
6-9 giorni	6,0	6,4	6,2
10-19 giorni	11,1	9,3	10,1
20-29 giorni	7,3	6,8	7,0
30 giorni o più	50,0	53,9	52,3

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	19,7	20,2	20,0
1-2 giorni	23,4	21,7	22,4
3-5 giorni	22,8	26,8	25,2
6-9 giorni	20,6	20,0	20,2
10-19 giorni	9,9	9,4	9,6
20-29 giorni	2,0	0,6	1,2
30 giorni o più	1,7	1,4	1,5

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

Maschi	1,7
Femmine	1,4

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	1,1	27,0	17,4	27,2	27,3
Vino	0,1	11,0	23,9	36,2	28,8
Superalcolici	0,3	25,2	27,9	32,2	14,5
Alcolpops	0,4	12,0	20,2	33,9	33,4
Spritz	0,7	26,3	32,5	28,2	12,3
Altra bevanda alcolica	0,5	27,0	24,0	29,6	18,7

Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	22,5
Sì, una volta	12,8
Sì, 2-3 volte	20,9
Sì, 4-10 volte	20,4
Più di 10 volte	23,4

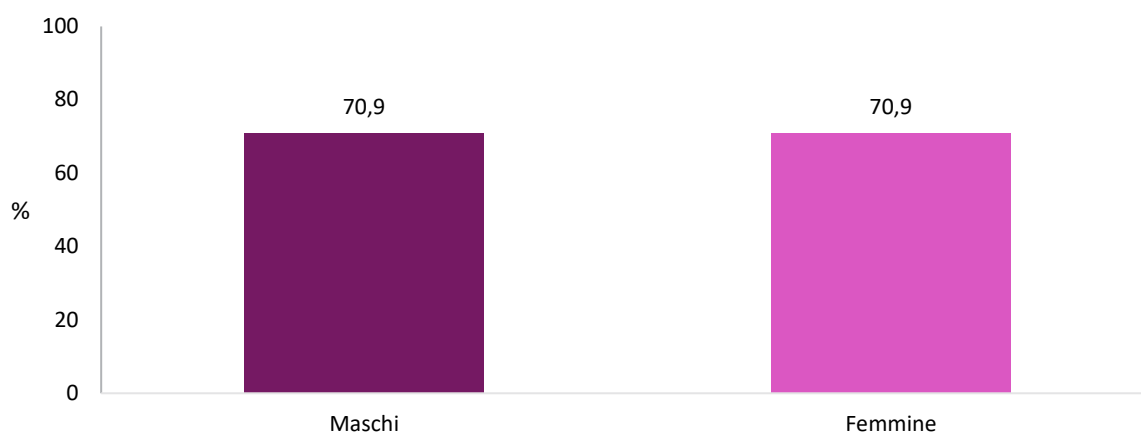
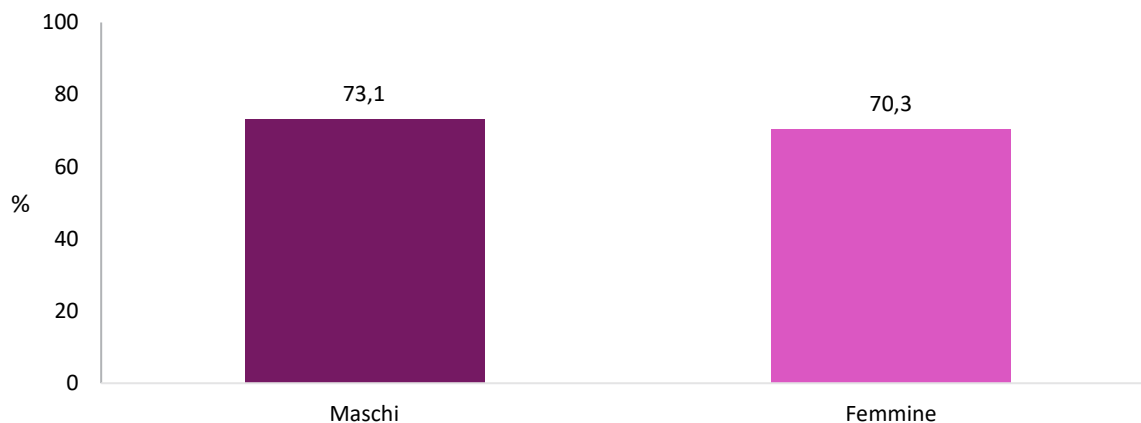
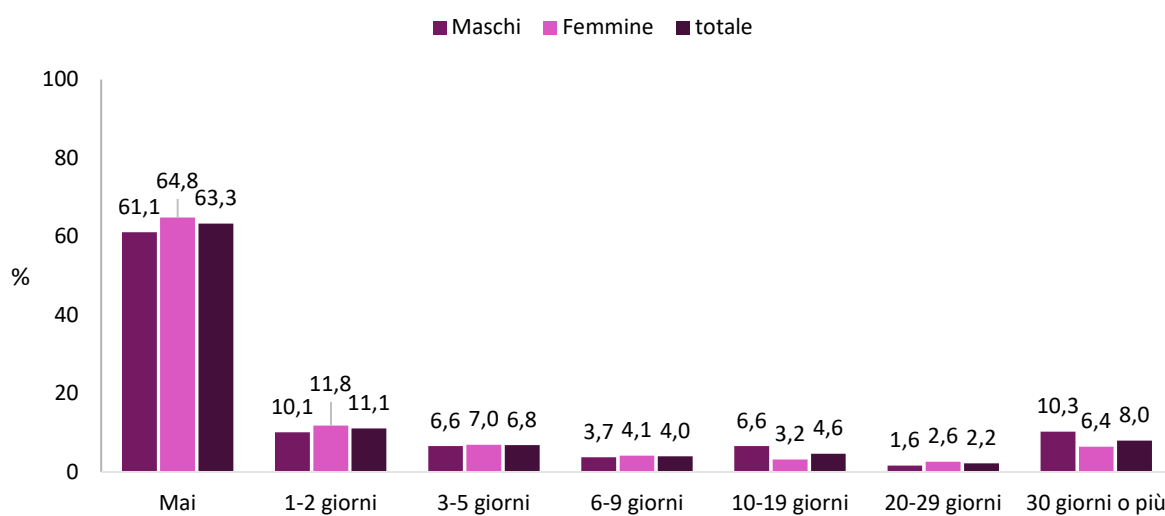
Figura 11. Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più nella vita, per genere

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



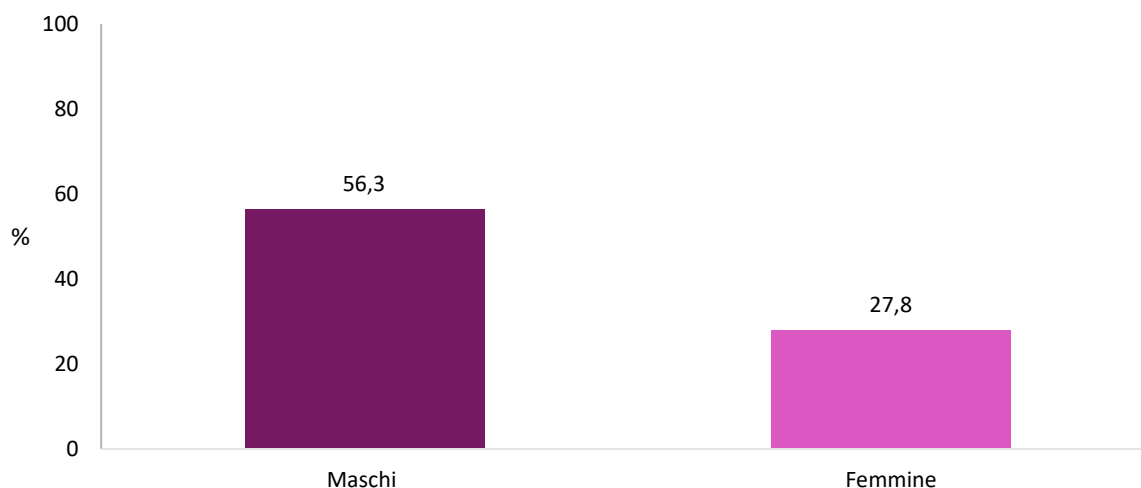
Cannabis

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



Gioco d'azzardo

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



Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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	27,1	28,0	26,0
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	15,3	10,2	12,6
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	66,4	82,0	83,1
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	41,2	57,6	61,0
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	57,1	71,8	76,2
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	35,6	34,7	40,8
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	31,9	37,8	45,2

Salute e benessere

Salute percepita

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

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	28,4	14,4	20,2
Buona	55,3	57,3	56,4
Discreta	13,4	23,9	19,5
Scadente	2,9	4,5	3,8

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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	20,3	25,3	23,2
≥6	79,7	74,7	76,8

Sintomi riportati

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

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	23,4	42,5	34,6
Più di una volta a settimana	29,2	29,5	29,4
Circa una volta a settimana	28,4	29,5	20,7
Circa una volta al mese	15,0	12,1	13,3
Raramente o mai	4,0	0,6	2,0

Utilizzo di farmaci

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	45,1	27,1	34,5
Sì	54,9	72,9	65,5

Abitudini sessuali

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	42,0	47,1	45,0
Sì	58,0	52,9	55,0

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	72,9	57,7	63,6
Pillola	31,3	44,7	39,6
Coito interrotto	28,0	22,6	24,7
Contraccezione di emergenza	6,0	7,8	7,1
Giorni fertili	10,7	11,1	10,9
Altri metodi	4,7	9,8	7,9

Benessere Psicologico

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	36,1	50,6	44,6
≥ 12.5	63,9	49,4	55,4

Solitudine percepita

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	23,2	11,0	16,1
Raramente	36,1	29,6	32,3
A volte	32,1	42,3	38,1
La maggior parte delle volte	7,6	16,1	12,6
Sempre	1,1	0,9	1,0

Infortuni

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	50,5	62,4	57,4
Una volta	23,7	21,5	22,4
Due volte	12,4	8,2	10,0
Tre volte	6,6	3,8	4,9

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	31,4	23,9	19,1
≥ 6	68,6	76,1	80,9

Social Media

L'uso dei social media

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

	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	80,7	85,8	83,7
Amici di un gruppo allargato	45,2	35,4	39,5
Amici conosciuti tramite internet	18,6	12,4	15,0
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	42,2	52,7	48,4

L'uso dei videogiochi

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

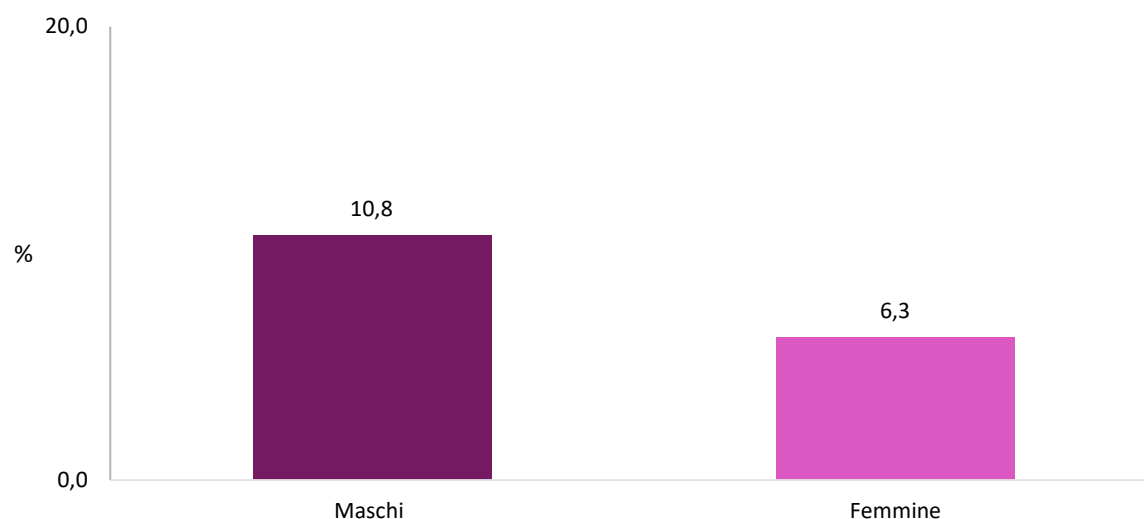
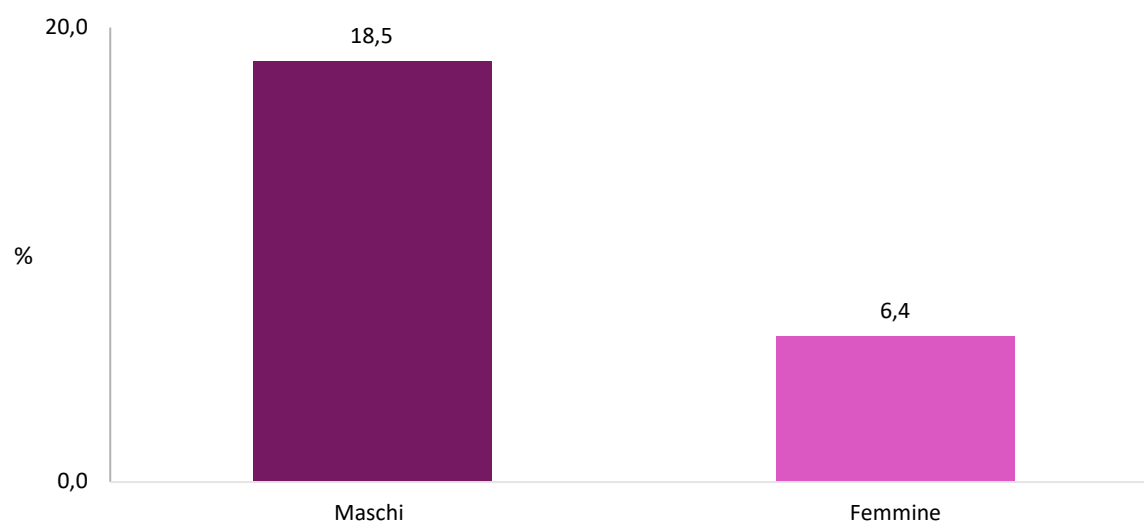


Figura 16. Percentuale di ragazzi che fanno uso problematico dei videogiochi, per genere



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

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	82,2	81,4	88,2
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	30,8	39,5	43,5
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	16,8	12,7	17,5
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	45,4	46,8	53,1
Uso problematico dei social media	82,2	81,4	88,2
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	5,7	9,3	9,4
Uso problematico dei videogiochi	7,1	9,3	10,8

