















HBSC 2022

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





PREFAZIONE	7
PREMESSA	8
RINGRAZIAMENTI	9
CAPITOLO 1 Lo studio HBSC italia 2022 e il campione regionale	11
Introduzione	12
Metodologia	12
Popolazione in studio	12
Modalità di campionamento	12
Questionari per la raccolta delle informazioni e procedure di analisi	13
Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy	13
Descrizione del campione regionale	14
CAPITOLO 2 Il contesto familiare	16
La famiglia	17
Introduzione	17
La struttura familiare	17
La qualità delle relazioni con i genitori	18
Lo status socio-economico familiare	21
Per un confronto nel tempo	21
Conclusioni	22
Bibliografia essenziale	22
CAPITOLO 3 Abitudini alimentari e stato nutrizionale	23
Introduzione	24
Frequenza e regolarità dei pasti	24
Consumo di frutta e verdura	25
Consumo di dolci e bevande gassate	27
Stato nutrizionale	29
Insoddisfazione corporea	30
Igiene orale	32
Il FAS e le abitudini alimentari	32
Per un confronto nel tempo	33
Conclusioni	33
Bibliografia essenziale	34
CAPITOLO 4 Sport e tempo libero	35
Introduzione	36
L'attività fisica	36
Comportamenti sedentari	38
Frequenza dell'uso di televisione, computer e nuove forme di comunicazione	38
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	40
Per un confronto nel tempo	41
Conclusioni	41
Bibliografia essenziale	42
CAPITOLO 5 Ambiente scolastico	43
Introduzione	44
Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere	44
Rapporto con gli insegnanti	47
Rapporto ton gninsegnanti Rapporto tra pari e con i compagni di classe	49
napporto da pari e con i compagni di ciasse	49

Bullismo e cyberbullismo	52
La scuola	55
Per un confronto nel tempo	57
Conclusioni	58
Bibliografia essenziale	59
CAPITOLO 6 Comportamenti di Dipendenza: uso di sostanze	60
Introduzione	61
Uso di sostanze	61
Fumo	61
Alcol	63
Cannabis	66
Gioco d'azzardo	67
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	68
Per un confronto nel tempo	69
Conclusioni	70
Bibliografia essenziale	71
CAPITOLO 7 Salute e Benessere	72
Introduzione	73
Salute percepita	74
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	75
Sintomi riportati	76
Utilizzo di farmaci	78
Abitudini sessuali	78
Benessere psicologico	79
Solitudine percepita	80
Infortuni	81
Il FAS e la soddisfazione di vita	81
Per un confronto nel tempo	81
Conclusioni	82
Bibliografia essenziale	83
CAPITOLO 8 Social media e gaming	84
Introduzione	85
L'uso dei social media	85
L'uso dei videogiochi	86
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	88
Conclusioni	89
Bibliografia essenziale	89
CAPITOLO 9 COVID-19	90
Introduzione	91
Positività al covid-19	91
Impatto della pandemia su alcuni aspetti della vita dei ragazzi e delle loro famiglie	92
Fonti di informazione sul COVID-19	93
Misure di protezione	95
Le fonti di informazione consultate e la stratificazione con l'indicatore del FAS	96
Le misure di protezione adottate e la stratificazione con l'indicatore FAS	97
Conclusioni	98
Bibliografia essenziale	99
CAPITOLO 10 17 enni	100
Lo stato di salute dei 17enni	101
La famiglia	101
La Struttura Familiare	101

La qualità delle relazioni con i genitori	101
Lo status socio-economico familiare	102
Abitudini alimentari e stato nutrizionale	102
Frequenza e regolarità dei pasti	103
Consumo di frutta e verdura	103
Consumo di dolci e bevande gassate	105
Consumo di legumi	106
Stato nutrizionale	107
Insoddisfazione corporea	107
Igiene orale	108
Il FAS e le abitudini alimentari	109
Sport e tempo libero	109
Comportamenti sedentari	111
Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà	112
Rapporto con gli insegnanti	113
Rapporto tra pari e con i compagni di classe	114
Bullismo e Cyberbullismo	115
La Scuola	118
Conclusioni	120
Comportamenti di dipendenza : uso di sostanze	120
Alcol	121
Cannabis	124
Gioco d'azzardo	125
Il FAS e i comportamenti di dipendenza	125
Conclusioni	126
Salute e benessere	127
Salute percepita	127
Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)	127
Sintomi riportati	128
Utilizzo di farmaci	128
Abitudini sessuali	128
Benessere Psicologico	129
Solitudine percepita	129
Infortuni	130
Il FAS e la soddisfazione di vita	130
Conclusioni	130
Social Media	131
L'uso dei social media	131
L'uso dei videogiochi	132
Il FAS, l'uso dei social media e dei videogiochi	133
Conclusioni	134



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

Università degli Studi di Torino

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

Università degli Studi di Padova

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

Università degli Studi di Siena

Giacomo Lazzeri, Rita Simi, Andrea Pammolli

Ministero della Salute

Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

Ministero dell'Istruzione e del Merito

Alessandro Vienna

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



GRUPPO DI RICERCA REGIONALE HBSC 2022

REGIONE MARCHE

Referenti Regionali: Elsa Ravaglia, Stefano Colletta e Alessandro Catalini suo delegato, Paolo Pierucci, Giorgio Filipponi, Fabio Filippetti, Luca Belli, Martina Dichiara, Benedetta Rosetti; **Ufficio Scolastico Regionale:** Marco Ugo Filisetti, Luca Galeazzi, Marco Petrini;

Operatori sanitari impegnati nella rilevazione: ASUR AV 1 Elsa Ravaglia, Marialuisa Lisi, Silvia Monaldi; ASUR AV 2 Luana Tantucci, Luca Belli, Susy Maria Greganti, Isabella Romani, Beatrice Sartini, Emanuela Bovio; ASUR AV 3 Stefano Colletta, Carla Patrizietti, Alessandro Gregori, Mara Masciarelli, Alessandro Catalini; ASUR AV 4 Martina Dichiara, Rosanna Belfiglio; ASUR AV 5 Paola Puliti, Benedetta Rosetti, Susanna Speca.

Elaborazione report a cura di:

Agenzia Regionale Sanitaria (ARS):

Settore Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro

Dirigente: Fabio Filippetti

Settore Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Dirigente: Giorgio Filipponi

Gruppo Regionale Igiene Della Nutrizione (Decreto DS Prevenzione Veterinaria e Sicurezza

Alimentare – ARS n. 75 del 26/04/2022):

Elsa Ravaglia, Luca Belli, Stefano Colletta, Martina Dichiara, Benedetta Rosetti.

AST Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

• AST Pesaro Urbino Direttore: Patrizia Mattei.

Operatori: Elsa Ravaglia, Marialuisa Lisi, Silvia Monaldi.

• AST Ancona Direttore: Luana Tantucci.

Operatori: Luca Belli.

• AST Macerata Direttore: Stefano Colletta.

Operatori: Alessandro Catalini, Irene Giacchetta, Simona De Lutiis.

• AST Fermo Direttore: Rosanna Belfiglio.

Operatori: Martina Dichiara.

AST Ascoli Piceno Direttore: Antonio Santone.

Operatori: Benedetta Rosetti.

AST Dipartimento Dipendenze Patologiche

• AST Pesaro Urbino Direttore: Giovanna Diotallevi.

Operatori: Samantha Sanchini.

• AST Ancona Direttore: Adriano Baldoni.

Operatori: Alessandra Paolini

• AST Macerata Direttore: Gianni Giuli.

Operatori: Silvia Agnani.

• AST Fermo Direttore: Giorgio Pannelli.

Operatori: Rosita Mori.

• AST Ascoli Piceno Direttore: Claudio Cacaci.

Operatori: Simona Olivieri.

Ancona, settembre 2024



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il gruppo di ricerca HBSC Italia 2022



PREMESSA

I sistemi di sorveglianza epidemiologica sono fondamentali per identificare le esigenze di salute della popolazione e le priorità sulle quali intervenire. La conoscenza dei fattori comportamentali di rischio e dei fattori protettivi per la prevenzione delle malattie croniche sono strumenti indispensabili per analizzare i bisogni di salute, programmare gli interventi di prevenzione e misurarne i risultati.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, approvato con DGR 1640/2021, declina a livello regionale i Programmi e gli obiettivi del Piano nazionale della Prevenzione e, come da indicazioni ministeriali, parte dal *Profilo di salute ed equità* della comunità, che rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo. Nell'accezione proposta dal LEA della Prevenzione, il profilo di salute della comunità rappresenta uno strumento strategico per una pianificazione regionale/locale degli interventi e, per quanto riguarda gli stili di vita si basa sui sistemi di sorveglianza, già indicati nel DPCM 3 marzo 2017 ("Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie").

Nella nostra regione sono attivi da diversi anni sistemi epidemiologici di sorveglianza, rivolti a varie fasce d'età in modo da coprire l'intero arco della vita. Tali sistemi, che richiedono un aggiornamento periodico o continuo, sono finalizzati a: raccogliere informazioni sui comportamenti collegati alla salute; favorire nei cittadini scelte consapevoli; influire sulle decisioni politiche per migliorare la salute.

Uno di questi sistemi è HBSC - Health Behaviours in School-aged Children – un sistema di sorveglianza che indaga i comportamenti di salute degli adolescenti (11- 13- 15 anni e dal 2022 anche 17 anni) in vari ambiti di vita (contesto familiare, abitudini alimentari, comportamenti a rischio), con l'obiettivo di indirizzare le politiche di educazione e promozione della salute nella fascia di età adolescenziale. Questa finalità è di grande rilevanza in termini di Sanità Pubblica, perché è proprio in questa età che si acquisiscono abitudini e comportamenti che condizioneranno tutta la vita. Nella rilevazione 2022 è stata inserita anche la sezione COVID-19 da cui possono essere tratte utili informazioni. Questa integrazione evidenzia la flessibilità del sistema e la possibilità di utilizzo anche nella valutazione dell'impatto di situazioni emergenziali nella popolazione target. La conoscenza dei dati della popolazione regionale rappresenta quindi una necessità strategica per orientare gli interventi preventivi e per valutare la loro efficacia.

L'attuazione di questa sorveglianza avviene grazie agli operatori dei SIAN delle Aziende Sanitarie Territoriali regionali, che nel tempo si sono occupati anche di questa attività, costituendo una rete diffusa che ha prodotto e continua a produrre dati che rappresentano un patrimonio comune di tutti gli Operatori e Servizi del Sistema Sanitario Regionale e dei decisori, per far sì che le attività di pianificazione e valutazione siano fondate sulle evidenze epidemiologiche.

Si ringraziano quindi, oltre agli studenti che hanno partecipato all'indagine, tutti gli Operatori dei SIAN che contribuiscono a questa importante attività, che rappresenta un fondamentale elemento conoscitivo dei comportamenti in età adolescenziale.

Si ringraziano anche gli Operatori dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche, per il contributo alla stesura del report.

Il Dirigente del Settore Prevenzione Veterinaria e Sicurezza Alimentare Giorgio Filipponi Il Dirigente del Settore Prevenzione e Promozione della Salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro Fabio Filippetti



Si ringraziano tutti gli studenti che hanno compilato i questionari.

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

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

Scuole secondarie di primo grado:

"D.Alighieri" Pesaro, Scuola Media Paritaria "E. Campanini" Pesaro, "A. Olivieri" di Pesaro, "L. Pirandello" Pesaro, "Pian del Bruscolo" Tavullia, "F. Michelini Tocci" Cagli, "Anna Frank" Montecalvo in Foglia, "Della Rovere" plesso "Pellipario" Urbania, "G. Leopardi" Colli al Metauro, "M. Nuti" Fano, "G. Padalino" Fano, "A. Gandiglio" Fano, "G. Binotti" plesso "Graziani" Pergola, "E. Fermi" plesso "Monti" Mondolfo, "L. Mercantini" plesso "S. Ippolito" S. Ippolito.

Caio Giulio Cesare, IC C.G.Cesare, Osimo; M. Buonarroti, IC Quartieri Nuovi, Ancona; Falcinelli, IC M. Marciano Falcinelli-Marina, Montemarciano; Paolo Soprani, IC Paolo Soprani, Castelfidardo; Renaldini, IC Camerano G.Paolo II ,Sirolo; Alighieri, IC Monte San Vito, Monte San Vito; G.Leopardi, IC F.lli Trillini, Osimo; G.Leopardi, IC Novelli Natalucci, Ancona; Pascoli , IC Novelli Natalucci, Ancona; A.Colocci, IC Gioacchino Rossini, San Marcello; G.C. Beltrami, IC Beltrami, Filottrano; Corrado Cagli di Serra De' Conti, IC di Arcevia; Menchetti, IC Ostra, Ostra; Benedetto Croce di Santa Maria Nuova , IC Carlo Urbani Jesi; Federico II , IC Federico II Jesi; G. Marchetti – IC Senigallia Marchetti di Senigallia; Cupramontana "Bartolini", I.C. Luigi Bartolini di Cupramontana; Carlo Lorenzini , IC San Francesco Jesi; Giovanni Paolo II, IC Aldo Moro Fabriano; Gentile da Fabriano , IC F. Imondi Romagnoli Fabriano; "Alighieri" Monte San Vito , IC Montemarciano- Monte San Vito; Enrico Mestica – IC Coldigioco Apiro.

San Severino Marche "Padre Tacchi Venturi" dell'ISC "Padre Tacchi Venturi", Civitanova Marche "Luigi Pirandello" dell'ISC "Via Regina Elena", Macerata "Enrico Fermi" dell'ISC "Enrico Fermi", Montelupone "P. C. Benedettucci" dell'ISC "Giacomo Leopardi", Potenza Picena "Raffaello Sanzio" dell'ISC "Raffaello Sanzio".

Fermo "Da Vinci/Ungaretti" dell'ISC "Da Vinci-Ungaretti" Fermo; Monte S.Pietrangeli dell'ISC "Cestoni" Montegiorgio; P.S.Elpidio Sc.M. "Galilei" dell'ISC "Rita Levi Montalcini" Porto Sant'elpidio; Monte Urano "G. Leopardi" dell'ISC Monte Urano; Fermo Sc. M. Betti dell'ISC "Betti" Fermo; Sec. I Grado Montefortino dell'IST. Omnicomprensivo Tec. Comm Amandola.

Istituto Comprensivo Acquaviva Picena - Monsampolo del Tronto – Spinetoli; Plesso scolastico "De Carolis" Acquaviva Picena; Istituto Comprensivo Ascoli Centro - "D'Azeglio"; Istituto Comprensivo Castel di Lama 1; Istituto Comprensivo "G. Leopardi"; Istituto Comprensivo San Benedetto del Tronto Centro Indirizzo Musicale; Istituto Comprensivo "Allegretti"; Istituto Comprensivo Monticelli - "Don Luigi Giussani"; Istituto Comprensivo Rotella - Montalto delle Marche; Istituto Comprensivo San Benedetto del Tronto Sud.

Scuole secondarie di secondo grado:

I.T.E.T. "D. Bramante" Pesaro, I.T.A. "A.Cecchi" Pesaro, Liceo Artistico "F. Mengaroni" Pesaro, I.P.S.I.A. "G. Benelli" Pesaro, I.P.S.S.A.R. "Santa Marta" Pesaro, Liceo Scientifico "G. Marconi" Pesaro, Liceo Classico-Scientifico-Scienze Umane "T. Mamiani" Pesaro, Liceo Artistico "Scuola del Libro" Urbino, I.T.E. e Liceo "Raffaello" Urbino, Istituto Tecnico e Professionale "Della Rovere" Urbania, Liceo "Nolfi Apolloni" Fano.

Itis A. Meucci, IIS Laeng-Meucci, Castelfidardo; IIS Volterra-Elia, Ancona; IIS Donatello Serrani, Falconara; Liceo Scientifico G.Galilei, Ancona; IIS Podesti-Calzecchi Onesti, Chiaravalle; IIS Savoia Benincasa, Ancona; Liceo Classico Statale G. Perticarari, Senigallia; Liceo Classico V. Emanuele II, Jesi; Liceo Statale Enrico Medi, Senigallia; IIS A. Panzini, Senigallia; IIS Corinaldesi Padovano, Senigallia –Arcevia, Plesso Padovano Senigallia; IIS Marconi Pieralisi, Jesi; Liceo Artistico Edgardo Mannucci, Fabriano; I.P.S.E.O.A. G. Varnelli, Cingoli; Liceo Linguistico e delle Scienze Umane G. Leopardi, Cingoli.

San Severino Marche Istituto Tecnico Industriale "E. Divini", Macerata Istituto di Istruzione Superiore "Matteo Ricci", Camerino Istituto Tecnico Comm./Geometri "G. Antinori, Civitanova Marche Istituto d'Istruzione Superiore "Bonifazi", Macerata Istituto d'Istruzione Superiore "Giuseppe Garibaldi", Tolentino IPSIA "Renzo Frau", Macerata Istituto d'Istruzione Superiore "Bramante", Macerata Liceo Scientifico "Galileo Galilei", San Severino Marche Liceo Scientifico "Bambin Gesù".

Liceo Scientifico "E. Medi", Liceo Scientifico "Luigi Einaudi", Ist. Prof. Enog. Soc. San. "Tarantelli" dell'I.I.S. "Carlo Urbani" Fermo; Liceo Artistico "O. Licini" del Liceo Artistico "Preziotti-Licini" Fermo; Liceo Classico "A.Caro" Fermo; Liceo Scientifico Statale "T. C. Onesti" Fermo; I.PS.I.A. "O. Ricci" Fermo; I.T.T. "G. E.M. Montani" Fermo.

Istituto d'Istruzione Superiore "Pericle Fazzini"; Istituto di Istruzione Superiore "C. Ulpiani"; Plesso Ist. Prof. Agricoltura e Ambiente; Istituto Professionale Servizi Alberghieri, Ristorazione e Turistici "F.Buscemi"; Istituto d'Istruzione Superiore "E. Fermi-G. "; Plesso I.T.E.T. Fermi; Liceo "A. Orsini-O. Licini"; Plesso Liceo Artistico; Liceo Classico "F. Stabili"; Liceo Scientifico "B. Rosetti"; Istituto di Istruzione Superiore "G. Mazzocchi-ITAS "Mazzocchi".



Introduzione

"For a safer and more secure future, we must pay much more urgent attention to the hopes and needs of young people and adolescents" [Kleinert S. et al.; Lancet. 2016]

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

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

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

Metodologia

Popolazione in studio

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

Modalità di campionamento

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

La numerosità campionaria è di 1.200 soggetti per fascia di età; tale numerosità è stata maggiorata del 5% per la fascia di età dei 13enni e del 15% per la fascia di età dei 15enni e dei 17enni al fine di considerare la presenza in queste fasce di età di eventuali alunni ripetenti. Le numerostià 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:

- o dati anagrafici (età, sesso, Paese di nascita, ecc.);
- o classe sociale (occupazione e livello di istruzione dei genitori);
- o indicatori di benessere percepito (stato di salute e di benessere);
- o autostima (valutazione del proprio aspetto fisico e del grado di accettazione di sé);
- o rete di sostegno socio-affettivo (rapporto con i genitori, i coetanei, l'ambiente scolastico);
- o 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);
- o uso di Internet e social network;
- o 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 diaciassettenni.

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

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

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

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

Valutazione del comitato etico dell'iss e privacy

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

Descrizione del campione regionale

Nella Regione Marche sono state campionate 118 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 141 classi di per la scuola secondario di II grado (Classe II e IV), per un totale di 259 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno compilato il questionario 254 classi con una rispondenza complessiva del 98,1% (Tabella 1). La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute.

Tabella 1. Rispondenza per classe

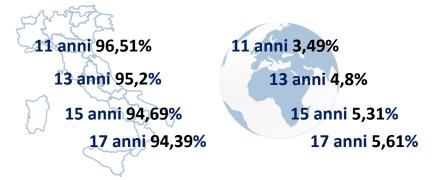
	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	58	57	98,3
Classe III Media	60	60	100
Classe II superiore	65	65	100
Classe IV superiore	76	72	94,7
Totale	259	254	98,1

Il campione era costituito da un totale di 4.221 studenti di cui: il 23,8% di 11 anni, il 26,2% di 13 anni, il 23,7% di 15 anni e il 26,3% di 17 anni (Tabella 2).

Tabella 2. composizione del campione, per età e genere (%)			
	Maschi	Femmine	Totale
11 anni	512	492	1004
13 anni	559	547	1106
15 anni	523	478	1001
17 anni	548	562	1110
Totale	2142	2079	4221

Circa il 4,82% dei ragazzi risultava nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 17 anni (Figura 1).

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



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

Tabella 3. composizione del campione dei genitori dei ragazzi per nascita in Italia e all'estero (%)		
Entrambi i genitori nati in Italia	76,69	
Almeno un genitore nato all'estero	10,8	
Entrambi i genitori nati all'estero	12,51	

Nella maggioranza degli adolescenti entrambi i genitori hanno nazionalità italiana, infatti solo nel 23,31% dei casi gli adolescenti dichiarano di avere un genitore o entrambi di altra nazionalità.

CAPITOLO 2 Il contesto familiare

La famiglia

Introduzione

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

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

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

La struttura familiare

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

In termini di cambiamenti della struttura familiare si possono annoverare la diminuzione della numerosità dei componenti della famiglia, l'aumento delle famiglie monogenitoriali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti): queste ultime spesso sono oggi legate a necessità economiche e/o di salute dei componenti più anziani¹

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

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2022²), circa il 10% delle famiglie italiane sono monogenitoriali.

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

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

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (Tabella 1); l'80,9% dei ragazzi ha dichiarato di vivere con entrambi i genitori, mentre il 12,6% vive o solo con la madre o solo con il padre.

In Tabella 2 è possibile osservare l'eventuale numero di fratelli e sorelle in famiglia. Più della metà del campione (58%) ha un solo fratello o sorella, mentre quasi 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 18,2%.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	80,9
Solo madre	10,9
Solo padre	1,7
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	1,9
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	4,6
Totale	100

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	18,2
1 fratello o sorella	58
2 o più fratelli o sorelle	23,8
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

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

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

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi, comportamenti antisociali e comportamenti di rischio per la salute, una migliore autostima e meno problemi scolastici⁷. Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con le persone con cui vivono (madre, padre, patrigno o matrigna). Le modalità di risposta alla domanda "Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente" sono distribuite su una scala di tipo ordinale da "molto facile" a "non ho o non vedo questa persona". Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Molto facile	40	24,1	17
Facile	30,3	29,9	30,5
Difficile	15,5	24,2	25,4
Molto difficile	10,5	17,6	22
Non ho o non vedo mai questa persona	3,7	4,2	5,1
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	55,3	35,3	28,7
Facile	27,6	35,3	37,2
Difficile	10,2	18,2	21,3
Molto difficile	5,42	9,26	11,6
Non ho o non vedo mai questa persona	1,5	1,92	1,2
Totale	100	100	100

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

Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli, si osserva che, per entrambi i sessi, la comunicazione con il padre diminuisce all'aumentare dell'età più di quanto diminuisca la comunicazione con la madre, come mostrato nelle figure 1 e 2. Inoltre, la comunicazione sia con il padre che con la madre è facile/molto facile più frequentemente per i ragazzi rispetto alle ragazze.

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

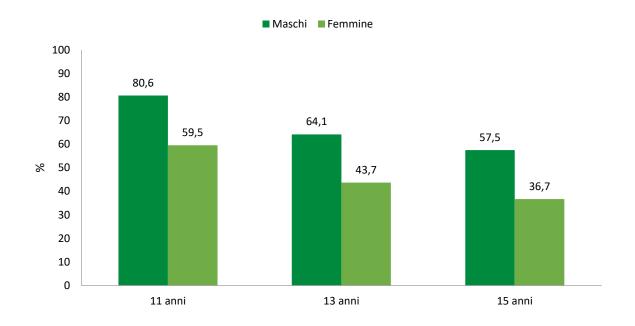
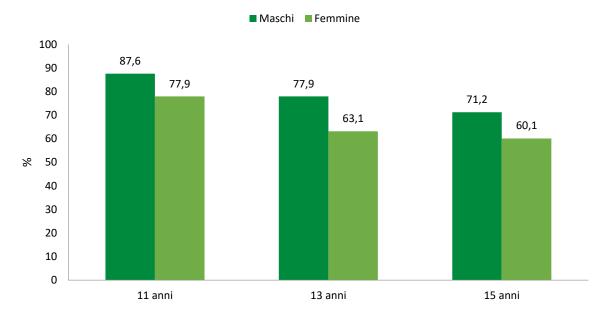


Figura 2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)



Lo status socio-economico familiare

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

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

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

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

Family Affluence Scale	
Basso	23,5
Medio	57,1
Alto	19,4
Totale	100

Quasi 1 famiglia su 5 si colloca nella fascia di "alta possibilità di consumo" (19,4%), mentre il 57,1% è nella fascia di "media possibilità di consumo".

Per un confronto nel tempo

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

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

Family Affluence Scale	2018	2022
Ragazzi e ragazze che vivono con entrambi i genitori	83,2	80,9
Parlare facilmente/molto facilmente con la madre	77,1	73
Parlare facilmente/molto facilmente con il padre	59,9	57,1
Famiglie con FAS alto	23,5	19,4

Conclusioni

La struttura familiare degli adolescenti della Regione Marche vede ancora prevalere le famiglie a struttura tradizionale, nonostante si registri un calo di circa il 2% rispetto alla precedente rilevazione per questa tipologia di struttura familiare. La percentuale di famiglie monogenitoriali risulta in linea con i dati ISTAT nazionali. Gli adolescenti con 1 solo fratello o sorella sono la componente più prevalente rappresentando più del 50% del campione. I figli unici, nonostante siano la componente meno rappresentata, rappresentano comunque una porzione rilevante del campione (18%).

Riguardo la comunicazione in famiglia, complessivamente, la percentuale di adolescenti che riferiscono una comunicazione facile o molto facile con entrambi i genitori decresce all'aumentare dell'età e risulta sempre maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze. Dal confronto con i dati 2018, emerge un aumento fino al 4% delle difficoltà comunicative.

Infine, considerando lo status socio-economico, la percentuale di famiglie con FAS alto si è ridotta di circa il 4% rispetto alla rilevazione 2018. Le famiglie con FAS medio permangono comunque quelle più rappresentate (57%).

Bibliografia essenziale

_

¹ Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione. Rapporto sulla popolazione. Le famiglie in Italia. Forme, ostacoli, sfide. Il Mulino. 2023

² ISTAT (2022). Popolazione e Famiglie Anno 2022. Roma, ISTAT.

³ Mazzucco, S., Mencarini, L. & Rettaroli, R. (2006). Similarities and differences between two cohorts of young adults in Italy: Results of a CATI survey on transition to adulthood. Demographic Research, 15, 105–146

⁴ Zambon A., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Cavallo F. (2006), Socio-economic position and adolescents' health in Italy: the role of the quality of social relations, European Journal of Public Health, 16: 627-632.

⁵ Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communcaion and life satisfaction in adolescence. Span J Psychol 2014; 17:E98

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

⁷ Ackerman, R.A., Kashy, D.A., Donnellan, M.B., Neppl, T., Lorenz, F.O., & Conger, R.D. (2013). The Interpersonal Legacy of a Positive Family Climate in Adolescence. Psychological Science, 24(3): 243-250

⁸ Elgar FJ ,Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrer Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, Social Indicators Research 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169–1180

⁹ Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health, The Lancet 2012; 379(9826): 1641-1652

¹⁰ Hartley JE, Levin K, Currie C. A new version of the HBSC Family Affluence Scale - FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. Child Indic Res. 2016;9:233-245



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'OMS ¹⁶.

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

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	19	22	28.7	23.4
Un giorno	4.3	2.7	4.7	3.9
Due giorni	3.5	3.9	3.3	3.6
Tre giorni	3.9	5.4	6.02	5.1
Quattro giorni	4.2	4.9	5.4	4.9
Cinque giorni	65.1	60.9	51.9	59.1

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Ogni giorno	54.9	53.1	49.4	52.4
La maggior parte dei giorni	34	38.2	38.4	36.9
Circa una volta alla settimana	6.8	6.9	7.8	7.2
Meno di una volta alla settimana	2.2	0.9	2.4	1.9
Mai	2.1	0.8	2.1	1.7

Il 54.9% degli undicenni, il 53.1% dei tredicenni e il49.4% dei quindicenni consuma pasti con la propria famiglia "Ogni giorno"; le frequenze sono simili nelle diverse classi di età. Anche per le altre categorie di consumo non si evidenziano particolari differenze.

Consumo di frutta e verdura

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	3.6	4.3	5.7	4.6
Meno di una volta a settimana	6	7.2	9.4	7.6
Una volta a settimana	11.1	10.7	11.9	11.2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26.6	29.6	30.5	28.9
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15.1	13.9	11.9	13.6
Una volta al giorno tutti i giorni	19.4	18.4	14.9	17.5
Più di una volta al giorno	18.3	15.8	15.6	16.5

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

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

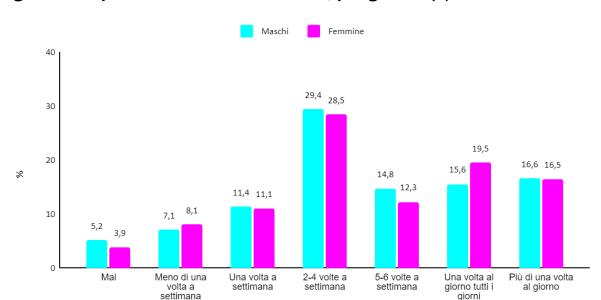


Figura 1. Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili. Considerando le varie categorie di consumo una percentuale lievemente maggiore si evidenzia nei maschi che non mangiano mai la frutta e nelle femmine che invece mangiano frutta "Una volta al giorno tutti i giorni".

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	7.3	5.3	4.7	5.7
Meno di una volta a settimana	7.4	6.2	7	6.8
Una volta a settimana	10.3	8.5	8.8	9.2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.4	25.8	28.5	27.6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17.6	20.4	17.3	18.4
Una volta al giorno tutti i giorni	14.8	18.7	16.8	16.7
Più di una volta al giorno	14.3	15.1	17	15.5

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "Tra 2 e 4 giorni a settimana" con una percentuale maggiore negli 11 e nei 15 anni.

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

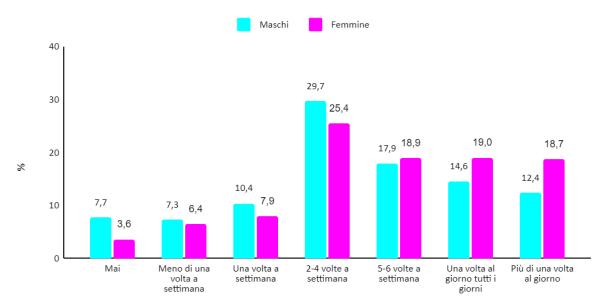


Figura 2. Frequenza del consumo di verdura, per genere (%)

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente sovrapponibili ma è più alta la percentuale dei maschi che non consuma mai la verdura, mentre è più alta la percentuale delle femmine che consuma verdura "Una volta al giorno tutti i giorni" e "più di una volta al giorno".

Consumo di dolci e bevande gassate

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	4.2	4.3	5	4.5
Meno di una volta a settimana	9.4	9	9.1	9.2
Una volta a settimana	15.3	15.1	14.3	14.9
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.3	30.4	31.3	30
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15.7	15	16	15.6
Una volta al giorno tutti i giorni	15.1	15.9	13.4	14.8
Più di una volta al giorno	12.1	10.1	10.9	11.1

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	19.5	17.6	20.7	19.3
Meno di una volta a settimana	19.8	24.2	23.1	22.3
Una volta a settimana	24.9	22.6	22.6	23.3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	19.4	21.9	19.9	20.4
Tra 5 e 6 giorni a settimana	5.9	6.4	5.1	5.8
Una volta al giorno tutti i giorni	4.2	3.2	4.3	3.9
Più di una volta al giorno	6.5	4.1	4.4	5

In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero. Per quanto riguarda le classi di età generalmente i consumi risultano sovrapponibili eccetto per dolci e bevande con zucchero "Più di una volta al giorno" dove la frequenza è più alta nella fascia di età degli 11 anni.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	18.5	14.6	14	15.7
Meno di una volta a settimana	14.9	19.5	17	17.1
Una volta a settimana	23	22.8	24.5	23.4
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24	25.4	29	26.2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	10.8	11.6	8.7	10.4
Una volta al giorno tutti i giorni	4.6	3.4	4.2	4.1
Più di una volta al giorno	4.3	2.6	2.5	3.1

Il 26.2% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 15.7% dichiara di non assumerli mai; la percentuale di chi non consuma mai i legumi è più alta negli undicenni.

In Tabella 8 si riporta la frequenza di consumo di alcuni alimenti.

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

	11 anni		13 anni		15 anni	
	Maschi	Femmin	Maschi	Femmin	Maschi	Femmin
		e		e		e
Frutta (almeno una volta al dì)	36.5	39	33	35.3	27.5	33.8
Verdura (almeno una volta al dì)	23.7	34.6	29.6	38.1	27.6	40.4
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	42.9	44.5	43.9	42.1	43.6	45.4
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	11.7	9.6	9.2	5.3	10.7	6.5
Snack salati (almeno una volta al dì)	15.7	17.5	13.3	13.3	12	14.2
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	59.8	63.7	63.3	64.8	64	61.4
Dolci (almeno una volta al dì)	25	29.5	25	27.2	23.2	25.5

Il consumo di verdura "Almeno una volta al giorno" è maggiore nelle femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce d'età, mentre il consumo di bibite zuccherate/gassate "Almeno una volta al di" è maggiore nei maschi rispetto alle femmine in tutte le fasce d'età. In generale si evidenzia un maggior consumo di verdura all'aumentare dell'età.

Stato nutrizionale

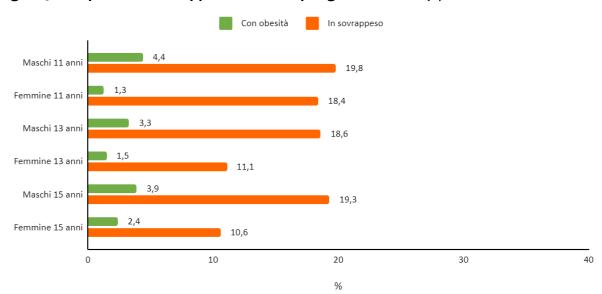
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC=kg/m2) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole ¹⁹⁻²⁰ in modo separato per età e sesso. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La Figura 3 evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Sottopeso	3.4	2.6	1.9	2.6
Normopeso	74.6	80	79.7	78.1
Sovrappeso	19.1	14.9	15.2	16.4
Obeso	2.8	2.5	3.2	2.8

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 78.1%. I ragazzi sottopeso sono il 2.6%, i sovrappeso sono il 16.4% e gli obesi sono il 2.8%. La percentuale di obesità è sovrapponibile nelle fasce di età di 11 e 13 anni, mentre aumenta nella fascia di età dei 15 anni. La percentuale di sovrappeso invece diminuisce all'aumentare dell'età dal 19.1% nei ragazzi di 11 anni al 14.9% e 15.2% rispettivamente nei ragazzi di 13 e 15 anni.

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. Ai ragazzi è stato chiesto di pensare al proprio corpo e di riportare come si vedono tra le seguenti opzioni: (i) decisamente troppo magro, (ii) un po' troppo magro, (iii) più o meno della taglia giusta, (iv) un po' troppo grasso, (v) decisamente troppo grasso. Le risposte decisamente troppo grasso e un po' troppo grasso possono essere aggregate per descrivere il percepire di essere in sovrappeso ²⁴.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Decisamente troppo magro	3.3	1.1	2.1	2.2
Un po' troppo magro	12.2	12.8	11.4	12.1
Più o meno della taglia giusta	61	57.8	51.6	56.7
Un po' troppo grasso	20.4	24.5	30.3	25.2
Decisamente troppo grasso	3.1	3.8	4.6	3.8

In generale il 56.7% dei ragazzi si percepisce "Più o meno della taglia giusta", "Un po' troppo grasso" e "Un po' troppo magro" circa il 3.8% e il 2.2% rispettivamente. La percezione di sentirsi "Un pò troppo grasso" aumenta all'aumentare dell'età: dal 20.4% degli 11 anni, al 24.5% dei 13 e il 30.3% dei 15 anni.

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

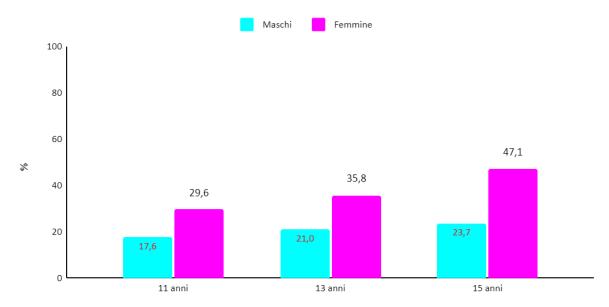


Figura 4. Frequenza di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere (%)

All'aumentare dell'età aumena la quota di coloro che si percepiscono "grassi o molto grassi", tale convinzione è maggiore nelle femmine e aumenta all'aumentare dell'età sia nei maschi sia nelle femmine.

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

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

IMC calcolato	11 anni	13 anni	15 anni
Sottopeso	48.3	0	51.7
Normopeso	20.9	34.9	44.1
Sovrappeso	33.4	27.7	38.9
Obeso	29.7	30.4	39.8

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce "Un po' troppo grasso" e "Decisamente troppo grasso" risulta avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una percentuale non trascurabile (55%) di ragazzi normopeso si considera troppo grasso; tale fenomeno aumenta con l'età. Ai ragazzi è stato anche chiesto se nel periodo in cui hanno compilato il questionario fossero a dieta; in Tabella 12- "In questo periodo sei a dieta o stai facendo qualcosa per dimagrire?", per et] è possibile consultare quanto dichiarato dai ragazzi.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
No, il mio peso è quello giusto	50.8	45.7	38.1	44.7
No, ma dovrei perdere qualche chilo	21.6	25.5	25.4	24.2
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	9.9	10.5	13	11.2
Sì	17.8	18.3	23.5	20

In generale il 44.7% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 24.2% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 20% dei ragazzi è a dieta.

Igiene orale

L'abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. In Tabella 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	66.6	71.4	68.6	68.9
Una volta al giorno	27.5	23.1	26.6	25.8
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	4.6	4.1	3.2	3.9
Meno di una volta alla settimana	0.8	0.9	0.7	0.8
Mai	0.5	0.5	0.9	0.6

Il FAS e le abitudini alimentari

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

Nella Tabella 14 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	52.4	60.9	62.6
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	31.9	33.9	38.2
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	28.1	33.2	34
Consumo quotidiano di bevande gassate	12.6	6.7	10.5
Prevalenza di sovrappeso	18.8	16.4	13.4
Prevalenza di obesità	4.1	3	1.1

I dati mostrano come ci sia una correlazione tra le abitudini alimentari "positive" e l'indicatore di FAS: ad un aumento del benessere socio-economico corrisponde una maggiore diffusione di buone pratiche (es. consumo di frutta in popolazione con FAS basso 31.9%, con FAS alto 38,2%. Si riscontra anche una minore diffusione di eccesso ponderale: obesità (1,1%) e sovrappeso (13.4%) nella popolazione con FAS alto rispetto a obesità (4.1%) e sovrappeso (18.8%) con FAS basso.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Consumo quotidiano della prima colazione (durante la settimana)	61.9	59.1
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	35.9	34
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	32	32.2
Consumo quotidiano di bevande gassate	10.1	8.9
Prevalenza di sovrappeso	16	16.4
Prevalenza di obesità	2.9	2.8

Dopo la pandemia da COVID-19, riscontriamo un peggioramento nelle sane abitudini alimentari, in particolare la diminuzione del consumo di frutta e dell'assenza del consumo quotidiano della prima colazione. Diminuisce il consumo quotidiano delle bevande gassate (-1.2%). Non si notano inoltre incrementi significativi dell'eccesso ponderale (+0,4% prevalenza di sovrappeso), e di obesità -0,1%.

Conclusioni

Dai dati analizzati emerge che il 59.1% dei giovani consumano la colazione durante i giorni di scuola, dato in calo con l'aumentare dell'età. Mangiano frutta più di una volta al giorno solo il 16,5% dei giovani e le verdure il 15,5% con un aumento al crescere dell'età, il 14,8% consuma dolci almeno una volta al giorno e l' 11.1% più di una volta. In generale il consumo settimanale di dolci risulta maggiore rispetto al consumo di bevande con zucchero.

Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono generalmente sovrapponibili ma è più alta la percentuale dei maschi che non consuma mai la verdura (7,7% vs 3,6%), mentre è più alta la percentuale delle femmine che consuma verdura "Una volta al giorno tutti i giorni" e "più di una volta al giorno" (18,7% delle ragazze rispetto a 12.4% dei ragazzi).

Per quanto riguarda lo stato ponderale nelle Marche il 78.1% delle ragazze e dei ragazzi risulta normopeso, il 2,6% sottopeso, il 16.4% sovrappeso e il 2,8% obesi.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale la prevalenza di sovrappeso e obesità considerate complessivamente risulta aumentata dal 18,9% del 2018 al 19,2% del 2022, anche se l'obesità da sola è diminuita post pandemia.

Per quanto riguarda la percezione del proprio stato ponderale riscontriamo un aumento di coloro che si percepiscono "grassi o molto grassi" all'aumentare delle età, con un dato più alto nelle femmine a partire dai 13 anni (dai dati il 47.1 % delle ragazze a 15 anni si percepisce grassa o molto grassa contro il 23,7% dei ragazzi).

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)

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

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

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

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

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

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

⁹ Hebestreit A., Internann 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 crossnational 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.

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



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" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

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

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

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

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

L'attività fisica

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

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

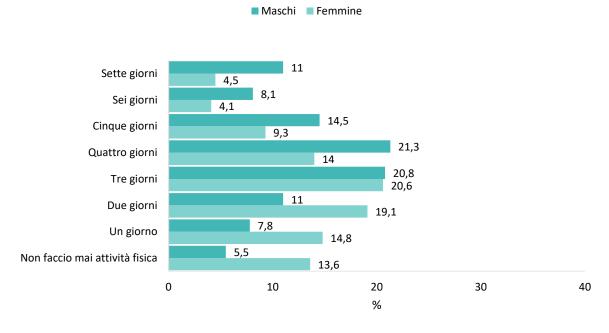
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica moderata-intensa svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno"; in Tabella 1 e in Figura 1 si riportano in percentuale le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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non faccio mai attività fisica	5,4	7,6	14,9	9,4
Un giorno	9.3	10,4	13,8	11,2
Due giorni	14,3	16	14,7	15
Tre giorni	22,6	20,6	19	20,7
Quattro giorni	18,6	18,8	16	17,7
Cinque giorni	13,7	12,5	9,8	12
Sei giorni	6,5	6,4	5,5	6,1
Sette giorni	9,6	7,7	6,3	7,9

Osservando la Tabella 1, si nota che il 5,4% dei ragazzi di 11 anni, il 7,6 % dei ragazzi di 13 anni ed il 14,9% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 53,4%, in tutte e tre le fasce di età, riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e complessivamente solo il 14% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana.

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



Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell'oraro scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un'attività fisica moderata-intensa. In Tabella 2 si riporta in percentuale le risposte dei ragazzi per età.

Tabella 2. "Attività fisica intensa esercitata al di fuori dell'orario scolastico", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
Ogni giorno	11,4	8,9	6,9
Da 4 a 6 volte a settimana	23,2	21,4	21,8
3 volte a settimana	24,4	26,3	21,4
2 volte a settimana	18,2	17,3	17,6
Una volta a settimana	10	10,1	10,3
Una volta al mese	3,2	3,5	4,6
Meno di una volta al mese	2,3	5,1	6,1
Mai	7,3	7,2	11,3

Osservando la Tabella 2, si nota che il 7,3% dei ragazzi di 11 anni, il 7,2% dei ragazzi di 13 anni ed il 11,3% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 41,6%, in tutte e tre le fasce di età, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	7.8	13,3	17,5
Circa mezz'ora	17,1	12,3	14,9
Circa un'ora	22,4	19,7	16,2
Circa 2 ore	20,3	18,7	14,4
Circa 3 ore	13	14,8	13,7
Circa 4 ore	7,4	8,8	7,5
Circa 5 ore o più	11,9	12,3	15.8

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 67,6% degli undicenni il 64% dei tredicenni ed il 63% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	22,8	8,6	4,7
Circa mezz'ora	19,2	12,5	8,5
Circa un'ora	20,4	18,6	14,8
Circa 2 ore	12,7	19,8	16,7
Circa 3 ore	9,3	15,1	18,7
Circa 4 ore	6,1	8,8	11,9
Circa 5 ore o più	9,3	16,5	24,7

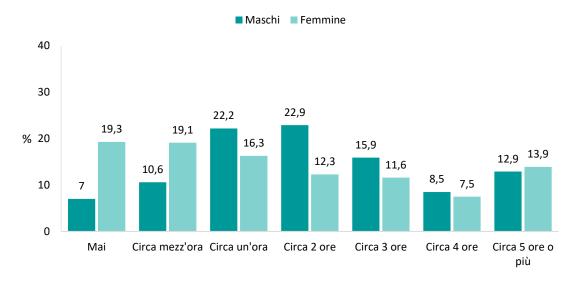
In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social network (es.: Facebook, Twitter, Snapchat, ecc.) aumenti notevolmente con l'età.

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

	11 anni	13 anni	15 anni
Nessuna	9,3	11,3	11,7
Circa mezz'ora	24,7	20,1	20,9
Circa un'ora	28,4	26,3	21,5
Circa 2 ore	16,4	20,9	20,4
Circa 3 ore	8,4	10,1	11,5
Circa 4 ore	4,3	4,6	4,9
Circa 5 ore o più	8,3	6,6	9,1

Solo il 21 % dei giovani a 11 anni, il 21,3% a 13 anni ed il 25,5% dei più grandi dichiara di guardare TV/DVD o video più di due al giorno

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



In Fig. 2 si osserva una spiccata preferenza delle ragazze, rispetto ai coetanei, a usare il PC/Tablet/ cellulare per stare sui social network. Sono infatti solo il 7% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro più del 19% delle ragazze.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

Nella Tabella 6 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	33	43,6	55,7
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	47,4	55,2	62,4
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	37,6	34,4	34,2
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	44,2	39,2	39,3
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	24,9	21,3	21,8

In generale i dati suggeriscono che il livello socio-economico della famiglia di appartenenza funge da elemento di protezione o fragilità rispetto ai comportamenti attivi o sedentari. Dai dati si evince una correlazione diretta tra l'attività fisica e la scala FAS: all'aumentare del livello FAS aumenta la percentuale di ragazze e ragazzi che svolge attività fisica (per l'attività intensa si passa dal 47,4% al 62,4% per la moderata dal 33% al 55,7%). Di contro, i comportamenti sedentari sono più frequenti tra chi dichiara un livello di FAS basso. Il tempo dedicato a PC o affini, televisione, social networks e video games infatti diminuisce all'aumentare del livello FAS da basso a medio o alto.

Per un confronto nel tempo

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

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

	2018	2022
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	45,9	43,7
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	71	55,1

La percentuale di coloro che svolgono attività fisica moderata-intensa per almeno 4 giorni a settimana è leggermente in diminuzione rispetto a quella registrata nel 2018. Diversamente, la percentuale di coloro che svolgono attività fisica intensa almeno 3 giorni a settimana risulta notevolmente ridotta rispetto alla precedente rilevazione ed è probabile che questo sia ancora l'effetto del forte impatto della pandemia da covid-19 sulle abitudini dei ragazzi relativo all'attività fisica.

Conclusioni

I risultati dell'indagine HBSC nelle Marche mostrano che meno del 10% dei ragazzi raggiunge almeno 60 minuti al giorno di attività fisica, che le femmine complessivamente sono meno sportive rispetto ai coetanei maschi e che la pratica di attività fisica tende inoltre a ridursi con l'aumentare dell'età infatti una quota non trascurabile di giovani, in crescendo con l'aumentare dell'età (5,4% a 11 anni, 7,6% a 13 anni e 14,9% a 15 anni) riferisce di non svolgere mai alcun tipo di attività fisica con un peggioramento rispetto alle rilevazioni precedenti. Anche relativamente all'attività fisica intensa una percentuale elevata di giovani, in aumento con l'0aumentare dell'età, non arriva alle 3 volte settimanali consigliate (22,8% a 11 anni, 25,9 % a 13 anni e 32,3% a 15 anni) e il dato è anche in peggioramento rispetto alla rilevazione pre pandemia.

Per quanto riguarda i comportamenti sedentari, quasi 1 adolescente su 4 guarda la televisione più di due ore al giorno e l'abitudine ad un uso sempre più frequente della televisione tende ad aumentare con l'età. Circa 1 adolescente su 3 da 11 a 15 anni trascorre più di due ore al giorno impegnato con giochi elettronici e l' utilizzo di PC, tablet e cellulare per stare sui social network

due o più ore al giorno aumenta notevol,mente con l'aumentare dell'età (37,6% a 11 anni, 60,3% a 13 anni, 72% a 15 anni). Si confermano, quindi, diffusi comportamenti sedentari negli adolescenti già descritti nelle indagini precedenti con dati preccuopanti relativamente al tempo dedicato ai social network. I dati indicano la necessità di pianificare interventi volti a ridurre la transizione da uno stile di vita attivo a uno più sedentario durante l'adolescenza. È importante comprendere gli ostacoli principali all'attività fisica, soprattutto nelle femmine, e considerare come i comportamenti sedentari possano influenzare negativamente lo stile di vita degli adolescenti.

Bibliografia essenziale

 $^1 \ \ Global \ \ recommendations \ \ on \ \ physical \ \ activity \ \ for \ \ health: \ \ ttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1$

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 Acitivty and Health. Huma Kinetics. 2007.

⁸ Janssen I., Leblanc A. (2009). Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 11:7-40

⁹ World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2020; ISBN 978-92-4-001512-8.

¹⁰ Liu M, Wu L, Ming Q. How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(8):e0134804.

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

¹² Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, Saunders TJ, Katzmarzyk PT, Okely AD, Connor Gorber S, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. Appl Physiol Nutr Metab. 2016;41:S240–65

¹³ Tremblay, M.S., Leblanc, A.G., Janssen, I., Kho, M.E., Hicks, A., Murumets, K., et al. 2011a. Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. Appl. Physiol. Nutr. Metab. 36(1): 59–64

¹⁴ Pengpid S, Peltzer K. Leisure-Time Sedentary Behavior Is Associated with Psychological Distress and Substance Use among School-Going Adolescents in Five Southeast Asian Countries: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jun 13;16(12). pii: E2091.

¹⁵ Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;242:5–13.

¹⁶ Stanczykiewicz B, Banik A, Knoll N, Keller J, Hohl DH, Rosińczuk J, Luszczynska A. Sedentary behaviors and anxiety among children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2019 Apr 30;19(1):459

¹⁷ de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. PloS One. 2014 Aug 21;9(8):e105620.

¹⁸https://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&is Allowed=y



Introduzione

Durante le diverse fasi dello sviluppo e ancora di più durante 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 col mondo. Un ambiente scolastico accogliente favorisce lo sviluppo dell'indipendenza e aumenta la partecipazione degli studenti nei processi decisionali che li riguardano. La scuola promuove il benessere psicologico e sociale, e consolida la maggior parte dei comportamenti legati alla salute¹.

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

Struttura scolastica, organizzazione interna e promozione del benessere

Le caratteristiche della scuola, che siano strutturali oppure organizzative possono influenzare il benessere individuale e collettivo così come l'adattamento dei nostri ragazzi al contesto². In HBSC anche i Dirigenti Scolastici hanno risposto alle domande sulle caratteristiche strutturali e organizzative della loro scuola e sulle eventuali iniziative scelte per promuovere la salute degli studenti. Queste informazioni saranno utili nel confronto con le risposte fornite dagli studenti per una migliore comprensione delle eventuali differenze che emergono nei comportamenti e nelle condizioni di salute dei ragazzi.

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

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

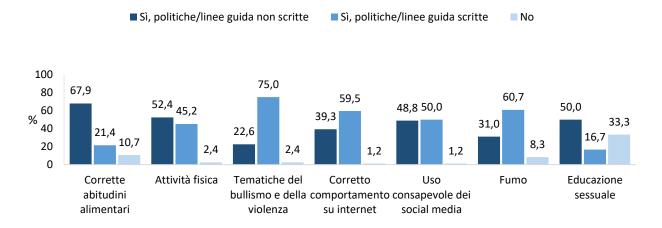
	Completament e d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completament e in disaccordo	Non saprei	Risorsa non present e
Il cortile è in buone condizioni	8.3	58.3	23.8	6	0	3.6
La palestra è in buone condizioni	14.3	41.7	22.6	4.7	1.2	15.5
I laboratori didattici sono attrezzati	11.9	36.9	34.5	3.6	1.2	11.9
La scuola necessita di restauro	29.8	31	20.2	7.1	11.9	0

La lettura dei dati presenti in Tabella 1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine: la maggior parte dei

Dirigenti Scolastici ritiene che il cortile (58.3% d'accordo e 8.3% completamente d'accordo) e la palestra (41.7% d'accordo e 14.3% completamente d'accordo) siano in buone condizioni tuttavia il 60.8% dei Dirigenti Scolastici dichiara di essere "d'accordo (31%)" e "completamente d'accordo (29.8%)" sulla necessità di sottoporre la propria scuola a restauri.

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

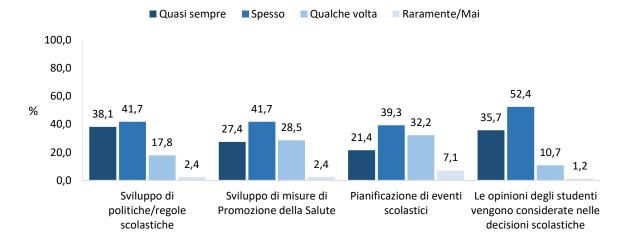
Figura 1. Misure di promozione della salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (%)



Dal grafico emerge che le tematiche maggiormente trattate attraverso politiche/linee guida scritte sono relative al bullismo e alla violenza (75%), al fumo (60.7%) e al corretto comportamento su internet (59.5%). Mentre le corrette abidutini alimentari vengono maggiormente trattate attraverso politiche/linee guida non scritte (67.9%). Il tema minormente trattato risulta essere quello dell'educazione sessuale (33.3%).

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

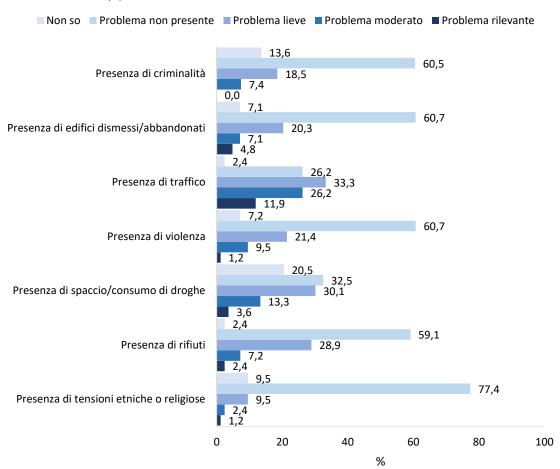
Figura 2. Coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica (%)



La lettura dei dati presenti in Figura 2 suggerisce un forte coinvolgimento degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche (38.1% quasi sempre; 41.7% spesso) e una elevata considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni che competono la scuola (35.7% quasi sempre; 52.4% spesso).

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

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



Il problema più importante è risultato essere la presenza di traffico, ritenuto rilevante dal 11.9% dei Dirigenti scolastici e moderato dal 26.2% degli stessi. Per importanza e gravità seguono la presenza di spaccio e consumo di droge, edifici dismessi/abbandonati, violenza e rifiuti.

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

Per niente bene	0
Non molto bene	5.9
Nella media	79.8
Piuttosto bene Molto bene	11.9
Non so	2.4

Secondo il Dirigente Scolastico, il quartiere in cui opera la scuola appare nella media.

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

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

	Poche iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	3.6	3.6	1.2
In disaccordo	7.1	9.5	5.9
Abbastanza in disaccordo	19	27.4	17.9
Né in accordo né in disaccordo	16.7	20.2	20.2
Abbastanza d'accordo	23.8	16.7	22.6
D'accordo	15.5	11.9	19.1
Completamente d'accordo	9.5	7.1	4.8
Non so	4.8	3.6	8.3

Alla richiesta di valutare le attività e le manifestazioni nel quartiere in cui opera la scuola, il 48.8% dei Dirigenti è d'accordo (23.8% abbastanza d'accordo, 15.5% d'accordo e 9.5% completamente d'accordo) nel dichiarare che mancano nel quartiere iniziative culturali.

Secondo il 40.5% dei Dirigenti non mancano punti di ritrovo (3.6% completamente disaccordo, 9.5% in disaccordo, 27.4% abbastanza in disaccordo) e per il 46.5% dei Dirigenti ci sono molte associazioni che operano nel sociale (22.6% abbastanza d'accordo, 19.1% d'accordo e 4.8% completamente d'accordo).

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	20.6	11.1	9.1	13.5
D'accordo	37.3	36.5	25.9	33.3
Né in accordo né in disaccordo	29.6	34.4	37	33.7
Non d'accordo	7.5	11.6	16.7	11.9
Per niente d'accordo	5	6.4	11.3	7.6

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	34.6	15.9	7.9	19.2
D'accordo	36.4	32.2	26.6	31.6
Né in accordo né in disaccordo	18.8	27.4	33.3	26.6
Non d'accordo	5.5	14.5	16	12.1
Per niente d'accordo	4.7	10	16.2	10.5

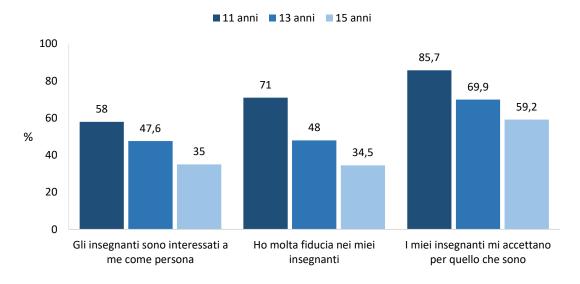
Tabella 6. Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	50.9	29.7	18.8	32.8
D'accordo	34.8	40.2	40.4	38.5
Né in accordo né in disaccordo	11.8	21.2	28.2	20.6
Non d'accordo	1.6	5	7.8	4.9
Per niente d'accordo	0.9	3.9	4.8	3.2

Rispetto alle affermazione su interesse, fiducia e accettazione da parte degli insegnanti, la fascia di ragazzi più giovane è per la maggioranza "d'accordo"e "molto d'accordo" con le tre affermazioni. Tale percezione diminuisce con l'avanzare dell'età e di conseguenza aumenta la percentuale di ragazzi "non d'accordo" o "per niente d'accordo".

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

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



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

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

Il modo in cui i ragazzi si relazionano con i loro pari e con i compagni di scuola rappresenta un ulteriore fattore chiave per lo sviluppo della personalità dei ragazzi, durante l'adolescenza^{6,12}. La relazione tra pari, soprattutto quando di buona qualità sembra influire non solo sulla partecipazione dei giovani alle attività scolastiche ma in modo particolare sulla loro motivazione e sul desiderio di riuscire a ottenere buoni risultati nelle diverse attività. Di contro, gli studenti che riportano maggiori difficoltà a relazionarsi con i compagni presentano in media un peggiore rendimento con voti complessivamente più bassi¹³. Riportare relazioni positive tra pari, così come avere amici a scuola facilita la condivisione di comportamenti adeguati al contesto¹⁴ e, indirettamente, consolida l'impegno nello studio¹⁵.

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

In Tabella 7 è riportata la percentuale dei ragazzi che si dichiara abbastanza d'accordo o del tutto d'accordo con le affermazioni che seguono.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	74.9	67.6	69.4	70.6
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	77	72.2	71	73.3
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	83.2	80.4	79.5	81
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	72.1	70	71.4	71.2

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Molto d'accordo	27.3	9.3	13.3	16.6
D'accordo	39.6	36.9	42	39.6
Né in accordo né in disaccordo	24.6	31.8	26.4	27.5
Non d'accordo	6.3	14.9	13.1	11.5
Per niente d'accordo	2.2	7.1	5.2	4.8

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	41.9	20.9	22	28.2
D'accordo	35.7	36.8	41.5	38.1
Né in accordo né in disaccordo	14.9	26.9	24.4	22
Non d'accordo	5.2	8.5	8.2	7.4
Per niente d'accordo	2.3	6.9	3.9	4.4

Come si evince dalla lettura della Tabella 8, il 56.2% dei ragazzi di tutte le fasce d'età è d'accordo o molto d'accordo con tale affermazione. La fascia d'età più critica risulta essere quella dei 13 anni in cui il 22% è "non d'accordo" e "per niente d'accordo", seguita da quella di 15 anni (18%) contro l'8% nella fascia 11 anni.

In Tabella 9 emerge che la maggior parte (78%) dei ragazzi di 11 anni dichiara di sentirsi accettato dai propri compagni (molto d'accordo, d'accordo). Tale percentuale subisce un decremento nella fascia 15 anni e poi 13 anni.

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

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

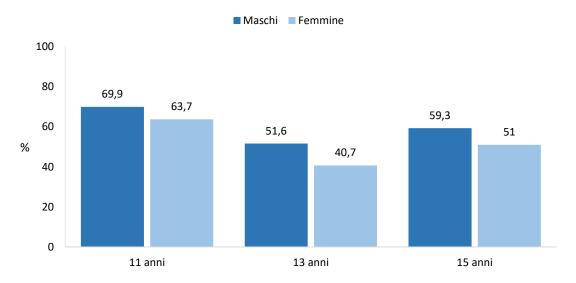
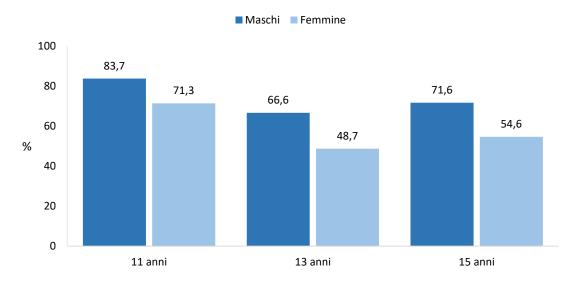


Figura 6. Frequenza di coloro che sono "molto d'accordo" o "d'accordo" con l'affermazione: "i miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere (%)



In entrambi i grafici sopra riportarti è possibile notare come siano i maschi a sentirsi maggiormente accettati rispetto alle femmine e a pensare che i propri compagni siano gentili e disponibili.

Bullismo e cyberbullismo

Il rapporto su bullismo a scuola dell'Unesco¹⁶, è stato pubblicato nel 2019 con l'intento di voler sensibilizzare l'opinione pubblica sul fenomeno bullismo e incoraggiare i diversi Paesi Europei a intraprendere azioni di contrasto efficaci che siano basate su dati concreti e sulle buone pratiche. Il rapporto analizza il fenomeno in 71 paesi del mondo integrando fonti informative differenti tra le quali anche HBSC. Coerentemente con quanto già osservato nello studio, si conferma che l'Italia è uno tra i paesi con la minore prevalenza di bullismo e tra quelli con tendenza in riduzione¹⁶. Il bullismo non è una manifestazione violenta come altre, ma un fenomeno sociale che coinvolge giovani di ogni fascia di età. Vittime, spettatori o perpetratori non sempre riescono ad avere consapevolezza di far parte di un percorso di violenza, e non sempre riescono districarsi dalla situazione e dai ruoli nei quali si trovano. Spesso questi atti vengono sottovalutati o erroneamente considerati scherzi innocui, rituali di passaggio o peggio dinamiche accettabili¹⁷. Il bullismo è un tipo di aggressività specifica, caratterizzata da violenza verbale o física 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.

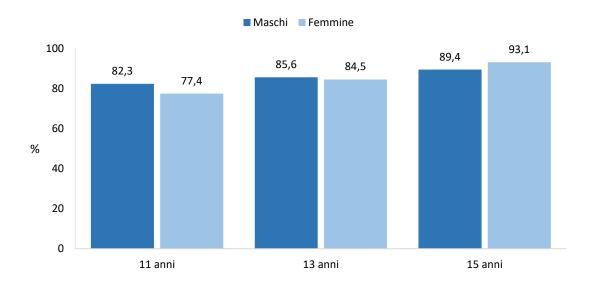
Il cyberbullismo è un'analoga aggressività che viene esercitata attraverso l'uso di dispositivi elettronici, un computer, uno smartphone altri dispositivi connessi. A differenza del bullismo, che si caratterizza in atti fisici, che occorrono in momenti precisi e si realizzano in un tempo definito, gli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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	79.9	85.1	90.1	85.1
Una o due volte	12.6	8.6	5.5	8.8
Due o tre volte al mese	2.9	2.5	1.9	2.5
Circa una volta alla settimana	1.9	1.4	0.5	1.2
Più volte alla settimana	2.7	2.4	2	2.4

La maggior parte dei ragazzi non ha subito episodi di bullismo e tale dato aumenta all'aumentare dell'età. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente la fascia d'età 11 anni con la frequenza di una o due volte al mese (12.6%).

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



Dal grafico è possibile notare che nella fascia 11 anni sono maggiormente i maschi a non aver subito atti di bullismo contrariamente a quanto avviene nella fascia 15 anni.

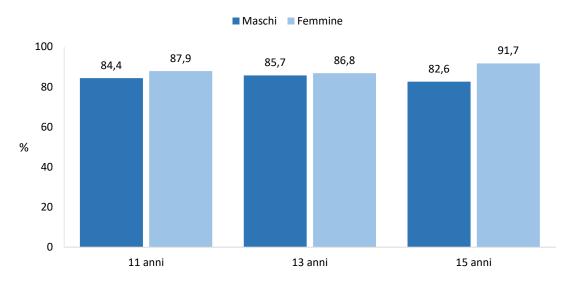
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 11 e Figura 8 in modo analogo).

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	86.1	86.2	86.2	86.2
Una o due volte	8.8	8.5	9.1	8.8
Due o tre volte al mese	2.8	2.5	2.4	2.6
Circa una volta alla settimana	0.9	1.4	0.8	1
Più volte alla settimana	1.4	1.4	1.5	1.4

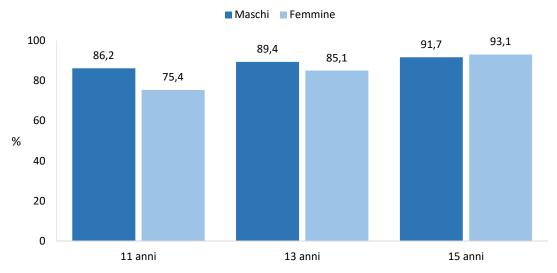
Nella Tabella 11 e nella Figura 8 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno nonostante circa il 9% dei ragazzi ha partecipato ad atti di bullismo una o due volte. Rispetto al sesso sono maggiormente le femmine dichiarare di non aver mai partecipato, specialmente nella fascia 15 anni è maggiormente visibile tale differenza.

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



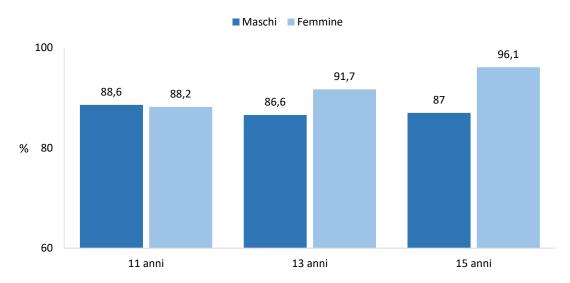
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (Figura 9) e/o partecipato (Figura 10) ad azioni di cyberbullismo.

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



Nella Figura 9 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha subito azioni di cyberbullismo. La categoria maggioramente colpita è rappresentata dalle femmine di 11 anni.

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



Nella Figura 10 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha praticato azioni di cyberbullismo. Dal grafico è possibile notare che la percentuale di femmine che ha dichiarato di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi due mesi aumenta con l'aumentare dell'età mentre resta simile nei maschi.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	66.2	64.9	73.1	68.2
Una volta	17	15.5	13.5	15.3
Due volte	5.9	6.3	6.2	6.1
Tre volte	3.4	4.6	2.8	3.6
Quattro volte o più	7.5	8.7	4.4	6.8

La Tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiari di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente e circa il 15% ha dichiarato di averlo fatto una volta.

La scuola

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

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

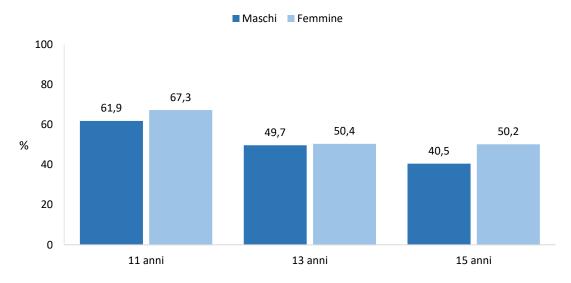
In Tabella 13 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mi piace molto	14.7	5.8	4.8	8.4
Abbastanza	49.8	44.2	40.4	44.7
Non tanto	24.4	32.3	37.8	32.3
Non mi piace per nulla	11.1	15.7	17	14.6

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

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



Complessivamente, i dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola tenda a peggiorare al crescere dell'età. Il giudizio positivo sulla scuola risulta più diffuso tra le ragazze rispetto ai ragazzi nelle fasce di età 11 e 15 anni mentre risulta essere simile per sesso nella fascia d'età 13 anni.

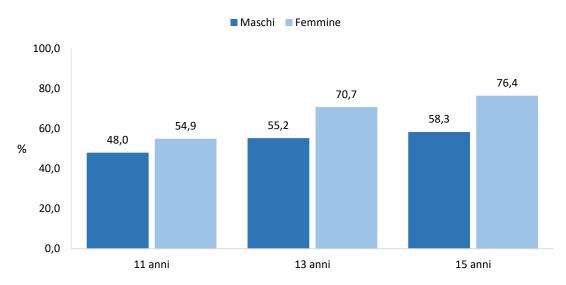
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Per niente	8.5	5.3	4.6	6.1
Un po'	40.1	31.8	28.5	33.4
Abbastanza	31.1	36.7	35.4	34.4
Molto	20.3	26.2	31.5	26.1

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



Dai dati sopra riportati è possibile evidenziare che all'aumentare dell'età i ragazzi si sentono più stressati rispetto al lavoro da fare per la scuola. Tra i due sessi sono le femmine a sentire maggiormente la pressione.

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)	49.1	46.6
Ho molta fiducia nei miei insegnanti (d'accordo/molto d'accordo)	56.7	50.8
I miei compagni sono gentili e disponibili (d'accordo/molto d'accordo)	63.4	56.2
Non ho mai subito atti di Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	87.9	85.1
Non ho mai subito atti di Cyber-Bullismo negli ultimi due mesi (d'accordo/molto d'accordo)	91.8	86.5
La scuola mi piace abastanza o molto (d'accordo/molto d'accordo)	61.2	53.1
Mi sento stressato dal lavoro scolastico (molto/abbastanza)	55.9	60.5

Conclusioni

Da questa indagine emerge la percezione da parte di più della metà (61%) dei Dirigenti Scolastici di una necessità di restauro dalla scuola nonostante la maggior parte di loro dichiari che il cortile e la palestra siano in buone condizioni. Tale dato è in calo rispetto a quanto emerso nell'anno 2018 (69%).

La promozione alla salute rappresenta un punto di forza secondo quanto dichiarato dai Dirigenti Scolastici, infatti la maggior parte dei temi vengono trattati attraverso politiche e linee guida scritte, ad esempio tematiche relative al bullismo e alla violenza, al fumo e al corretto comportamento su internet. Mentre temi relativi alle corrette abitudini alimentari vengono trattati attraverso politiche e linee guida non scritte. Il tema minormente trattato risulta essere quello dell'educazione sessuale.

Rispetto a quanto dichiarato dai Dirigenti Scolastici riulta essere forte il coinvolgimento da parte degli studenti nello sviluppo di politiche o regole scolastiche ed è presente un'elevata considerazione delle opinioni degli studenti nelle decisioni scolastiche.

Dal confronto degli indicatori storici di HBSC pre e post pandemia è possibile evidenziare un lieve peggioramento nei diversi ambiti.

La percezione degli alunni circa l'interesse, la fiducia e l'accettazione da parte degli insegnanti diminiusce all'avanzare dell'età ed appare dimuita in questa indagine rispetto alla precedente così come il rapporto tra compagni di classe. I ragazzi di 13 anni sono maggiormente in disaccordo sulle affermazioni relative al rapporto tra compagni, in particolare sono le femmine ad essere meno d'accordo.

La percentuale di ragazzi che non ha mai subito atti di bullismo e cyberbullismo è diminuita rispetto alla precedente indagine, in particolare la fascia d'età più colpita risulta essere quella degli 11 anni.

Complessivamente, i dati evidenziano che solo a circa la metà degli studenti piace la scuola, dato in calo rispetto alla precedente indagine. Inoltre in questa indagine è emerso che il rapporto dei ragazzi con la scuola tende a peggiorare al crescere dell'età e che tra i due sessi sono le femmine a sentire maggiormente la pressione.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴Lynch AD, Lerner RM, Leventhal T. Adolescent academic achievement and school engagement: An examination of the role of school-wide peer culture. Journal of Youth and Adolescence. 2013;42:6–19.

¹⁵van Rijsewijk LGM, Oldenburg B, Snijders TAB, Dijkstra JK, Veenstra R. A description of classroom help networks, individual network position, and their associations with academic achievement.PLoS One. 2018;13:e0208173.

¹⁶ UNESCO. (2019). Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Paris.

¹⁷Gallina, MARIA ADELAIDE. "Dal bullismo al cyberbullismo. Strategie socio-educative." (2020): 5-163.

¹⁸Nansel T.R., Overpeck M., Pilla R.S., Ruan W.J., Simons-Morton B., Scheidt P. (2001), Bullying behaviors among US youth: Prevalence and asso- ciation 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

²¹Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt.



Introduzione

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

Uso di sostanze

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

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

Fumo

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

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

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,2	92,6	74,8	88,6
1-2 giorni	0,4	3,6	6,2	3,4
3-5 giorni	0,0	1,6	4,2	2,0
6-9 giorni	0,1	0,3	3,4	1,3
10-19 giorni	0,1	0,9	3,0	1,4
20-29 giorni	0,1	0,4	1,4	0,6
30 giorni o più	0,1	0,6	7,0	2,7

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	99,3	92,3	78,1	89,7
1-2 giorni	0,2	3,9	9,1	4,5
3-5 giorni	0,1	1,7	3,5	1,8
6-9 giorni	0,1	0,3	2,3	0,9
10-19 giorni	0,1	0,5	1,8	0,8
20-29 giorni	0,1	0,5	0,7	0,4
30 giorni o più	0,1	0,8	4,5	1,9

La Tabella 1 riporta i dati relativi al comportamento degli studenti rispetto al fumo di sigaretta negli ultimi 30 giorni e appare evidente che il consumo riguarda soltano l'11,4% di essi, dato in linea con quello medio nazionale (11,1%) e leggermente inferiore a quello marchigiano rilevato nella sorveglianza HBSC 2018 (12,3%).

Se ci focalizziamo sull'uso quotidiano ("30 giorni o più") osserviamo anche qui rispetto al 2018 una tendenza alla diminuzione (dato totale: 2,7% rispetto a 3,1%) in particolare per i quindicenni (7% rispetto a 8,8% del 2018).

La Tabella 2 introduce per la prima volta rispetto alle sorveglianze precedenti il tema della sigaretta elettronica che non registra, però, percentuali di utilizzo degne di nota rispetto alla sigaretta tradizionale: dichiara di averla utilizzata negli ultimi 30 giorni il 10,3% degli intervistati, dato solo leggermente superiore alla media nazionale (9,9%).

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Maschi	0,2	0,7	6,5	2,6
Femmine	0,0	0,6	7,4	2,7

La Tabella 3 ripropone la specifica per genere degli studenti che dichiarano di aver fumato quotidianamente negli ultimi 30 giorni che registra anche per 2022, nonostante la generale flessione, una percentuale lievemente superiore di consumatrici rispetto ai consumatori soprattutto tra i quindicenni. La prevalenza femminile ci viene confermata dai dati nazionali relativi ai consumi in generale di sigarette negli ultimi 30 giorni.

Alcol

Nonostante esista un trend secolare di riduzione del consumo di alcolici⁶ ed un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni⁷, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato e che può aver ripreso vigore in seguito alla fase pandemica che ci stiamo lasciando alle spalle. Inoltre, è fondamentale monitorare questo fenomeno anche alla luce del fatto che è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta⁸. Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta⁹.

L'alcol rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli¹⁰. Naturalmente tali politiche devono tener conto anche dei cambiamenti che negli ultimi anni si stanno osservando sul consumo di bevande alcoliche. Nel nostro Paese infatti a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti.

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

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	85,7	62,1	36,4	61,1
1-2 giorni	8,2	16,9	15,8	13,6
3-5 giorni	1,9	6,1	11,7	6,7
6-9 giorni	1,8	5,0	7,2	4,7
10-19 giorni	0,9	4,1	8,7	4,6
20-29 giorni	0,1	1,7	4,5	2,1
30 giorni o più	1,4	4,1	15,7	7,2

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Mai	92,9	76,7	50,7	73,2
1-2 giorni	4,3	14,4	25,2	14,7
3-5 giorni	1,6	4	11,8	5,8
6-9 giorni	0,3	2,3	6,4	3,1
10-19 giorni	0,3	1,1	2,6	1,4
20-29 giorni	0,2	0,7	0,7	0,5
30 giorni o più	0,4	0,8	2,6	1,3

L'approccio con l'alcol, anche solo come sperimentazione, non c'è ancora stato per l'85,7% degli undicenni, il 62,1% dei tredicenni e il 36,4% dei quindicenni, percentuali tutte in leggero aumento rispetto alla sorveglianza regionale 2018. La Tabella 5 ci mostra che anche negli ultimi 30 giorni il consumo di alcol tra gli studenti marchigiani riguarda solo nel 26,8% del campione, dato decisamente inferiore alla media nazionale che registra il 37,9%. In riferimento, invece, al consumo quotidiano (30 giorni o più) rileviamo un lieve aumento rispetto ai dati marchigiani della sorveglianza 2018 per gli undicenni (da 0,1% a 0,4%) e, maggiore, per i quindicenni (da 1,8% all'attuale 2,6%).

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

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

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

Anche il dettaglio per genere dei comportamenti di consumo quotidiano di alcol, così come per il fumo, evidenzia un dato preoccupante per le quindicenni femmine che lo dichiarano in maniera quasi doppia rispetto ai loro coetanei (3,3% rispetto a 1,8%).

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	0,7	5,1	4,7	14,5	75,0
Vino	0,8	3,0	4,5	15,8	75,9
Superalcolici	0,5	3,9	6,5	13,0	76,1
Alcolpops	0,9	2,9	3,5	10,4	82,3
Spritz	0,4	3,6	4,6	12,3	79,1
Altra bevanda alcolica	0,8	5,0	6,8	14,5	72,9

Si conferma, per quanto riguarda la tipologia di bevanda alcolica, lo stile di consumo nordeuropeo e, come nella sorveglianza HBSC 2018, è la birra la bevanda d'elezione. Degno di nota il dato sui superalcolici che sono stati consumati da quasi un quarto dei ragazzi coinvolti (23,9%): considerando la vulnerabilità degli adolescenti all'alcol, è un comportamento da non sottovalutare, sebbene le modalità di frequenza con cui vengono assunti siano più mensili e settimanali che quotidiane.

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriachezza. In Tabella 7 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

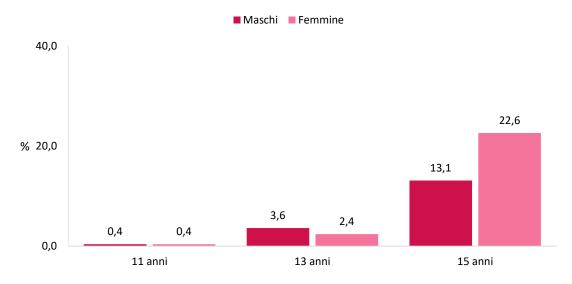
Tabella 7. Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni
No, mai	97,5	92,4	70,3
Si, una volta	2,1	4,7	12,1
Si, 2-3 volte	0,4	1,7	8,7
Si, 4-10 volte	0	0,6	5,4
Più di 10 volte	0	0,6	3,5

Bisogna considerare che la percezione dell'ubriacatura, al contrario del "binge drinking", rimane molto soggettiva, soprattutto in un'età come quella adolescenziale in cui basta un'unità alcolica per avere effetti psicoattivi evidenti. Detto ciò, va comunque considerato che circa il 30% dei quindicenni dice di averla sperimentata, come già i coetanei compresi nella sorveglianza 2018. Per la maggior parte di loro appare un'esperienza sporadica e, anche in riferimento al dato nazionale, gli adolescenti marchigiani registrano valori più bassi della media.

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

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

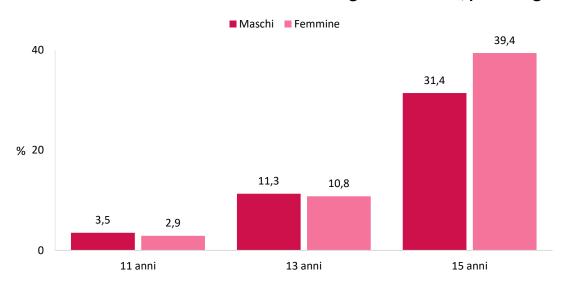


Come nelle sorveglianze precedenti, si conferma il fatto che i tredicenni maschi sa ubriachino con più frequenza delle coetanee femmine e che invece, per quanto riguarda i quindicenni, il dato si inverte. Va comunque rilevato che, nel 2022, per le quindicenni femmine troviamo una percentuale abbondantemente superiore a quella dei maschi: abbiamo, infatti, 22,6% rispetto a 13,1% (mentre nel 2018 le femmine erano al 19,4% ed i maschi al 18,1%). Non possiamo comunque non considerare la maggiore vulnerabilità femminile agli effetti dell'alcol, soprattutto nell'età in cui l'organismo non è ancora in grado di smaltirli.

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

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

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



Anche per il binge drinking, che è sicuramente una misura più oggettiva della generica ubriacatura per rilevare comportamenti a rischio, rileviamo il "sorpasso" delle quindicenni sui coetanei maschi con un distacco di ben 8 punti percentuali (nel 2018 la differenza era di 3,3%).

Cannabis

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

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

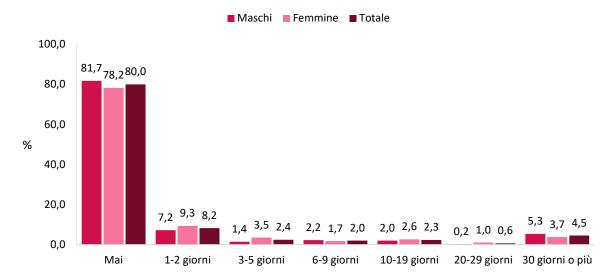


Figura 3. Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis nella vita, per genere

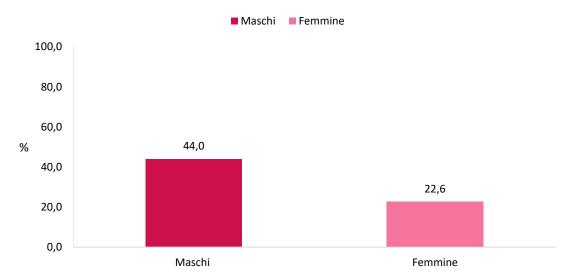
Il grafico dimostra come 8 quindicenni su 10 non abbiano mai consumano cannabis e l'uso abituale venga dichiarato dal 4,5% di essi (nel 2018 erano 6,7%): la sorveglianza 2022 ci indica una diminuzione dell'utilizzo di cannabis tra gli adolescenti marchigiani. Sebbene siano più i maschi che le femmine a non aver mai fumato (81,7% rispetto a 78,2%), tra i consumatori quotidiani troviamo più maschi che femmine (5,3% rispetto 3,7%).

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 relazione 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.

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

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



Se è vero che i maschi coinvolti nel 2022 hanno scommesso denaro in percentuale doppia rispetto alle femmine, il divario appare meno evidente rispetto al 2018 quando i maschi erano 58,5% e le femmine 18,9%. In proporzione, quindi, diminuiscono i quindicenni maschi che hanno giocato ma aumentano le loro coetanee.

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

Nella Tabella 8 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	9,6	5,8	7,8
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	24,1	19,0	30,0
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	39,1	50,5	60,7
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	15,0	18,2	18,7
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	31,3	33,7	48,4
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	22,5	19,5	17,2
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	31,7	33,2	37,6

Non risulta facile individuare tendenze sulla base della scala FAS in cui vengono inquadrati gli adolescenti marchigiani: se da un lato appartenere a famiglie con un alto tenore di vita sembra esporli a comportamenti a rischio maggiori (consumo di alcol e binge drinking, innanzitutto, ma anche fumo di sigaretta elettronica e gioco d'azzardo), le sigarette tradizionali ed i cannabinoidi sono consumati maggiormente da coloro che hanno un FAS basso. Si può con cautela ipotizzare che la maggiore disponibilità economica possa esporre maggiormente a comportamenti rischiosi i quindicenni.

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	31,1	25,2
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	46,5	49,3
2 o più esperienze di ubriachezza nella vita	18,9	17,6
Binge drinking: almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	37,0	35,2
Uso di cannabis, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	19,1	11,5
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	37,0	33,7

Rispetto al 2018, fatta eccezione per il consumo di alcol almeno una volta nel mese, tutti gli indicatori HBSC diminuiscono nel 2022. Si può ipotizzare che la pandemia abbia in qualche modo protetto i quindicenni e, parallelamente, abbia precluso loro tante possibilità di incontrare coetanei e, con essi, di sperimentare sia relazioni sociali che comportamenti a rischio.

Conclusioni

In Italia la percentuale di ragazzi di 15 anni che dichiara di aver fumato tabacco almeno un giorno nell'ultimo mese si attesta al 20.1% tra i maschi e al 29.2% tra le femmine. La Regione Marche risulta in linea con il dato nazionale, con una frequenza superiore fra le ragazze (31.5%) rispetto ai coetanei maschi (19.3%). Nell'indagine HBSC del 2022 viene inserita per la prima volta la sigaretta elettronica. Negli ultimi 30 giorni dichiara di averla utilizzata il 10.3 % degli intervistati, dato di poco superiore alla media nazionale (9.9%).

E' l'alcol la sostanza più utilizzata dagli adolescenti italiani, soprattutto tra i quindicenni (50% fra i maschi e 54% fra le femmine); il dato regionale è in linea con il dato nazionale e la percentuale dei quindicenni che dichiara di aver bevuto alcolici almeno un giorno negli ultimi 30 si attesta al 49.3%. Si evidenzia un' inversione di genere, con le ragazze che dichiarano già a 13 anni un consumo di alcolici superiore rispetto ai loro coetanei maschi. A livello nazionale il fenomeno dell'ubriachezza aumenta significativamente con l'età e aumenta notevolmente tra i quindicenni (16% fra i ragazzi e il 21% tra le ragazze). Il dato regionale (17.6%) è leggermente inferiore a quello nazionale (18.4%). Anche per l'ubriachezza e il "binge drinking" si evidenzia un'inversione di genere a 15 anni. Le ragazze dichiarano di prediligere aperitivi ed altre bevande alcoliche a vino, birra e superalcolici.

L'uso dei cannabinoidi è indagato solo nei 15enni e 17enni. L'83% delle ragazze e il 78% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato cannabis negli ultimi 30 giorni. Nelle Marche si evince che 78.2% delle ragazze e l'81% dei ragazzi dichiara di non aver mai fumato cannabis nella vita. Tra i consumatori quotidiani risultano più maschi che femmine (5.3% rispetto 3.7%).L'uso abituale di cannabis viene dichiarato dal 4.5% dei ragazzi (nel 2018 erano 6.7%): risulta quindi una diminuzione dell'utilizzo di cannabis tra gli adolescenti marchigiani.

Per quanto riguarda il gioco d'azzardo, livello nazionale la quota di studenti che dichiara di aver scommesso/giocato denaro nel corso della vita è pari al 34.7%, frequenza di poco superiore a quella regionale (33.7%). Risulta che nelle Marche i maschi hanno scommesso denaro in percentuale doppia rispetto alle femmine (44% vs 22.6%). Interessante notare però che se in passato il gioco d'azzardo era caratterizzato come un fenomeno prettamente maschile, la rilevazione del 2022 indica che rispetto ai dati del 2018 sono diminuiti i maschi, ma sono aumentate le loro coetanee.

Appartenere a famiglie con un alto tenore di vita e con una maggiore disponibilità economica sembra esporre maggiormente al consumo di alcol, fumo di sigaretta elettronica e gioco d'azzardo; le sigarette tradizionali ed i cannabinoidi sembrano invece essere consumati maggiormente da coloro che hanno un FAS basso.

Rispetto al 2018, fatta eccezione per il consumo di alcol almeno una volta nel mese, tutti gli altri indicatori HBSC diminuiscono nel 2022 (fumo di sigaretta, ubriachezza, binge drinking, uso di cannabis, gioco d'azzardo). Si può ipotizzare che la pandemia abbia in qualche modo protetto i quindicenni e, parallelamente, abbia precluso loro tante possibilità di incontrare coetanei e, con essi, di sperimentare sia relazioni sociali che comportamenti a rischio.

Bibliografia essenziale

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

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

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

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

⁸Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setäläet 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, no 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

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.



Introduzione

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

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

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

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

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

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

Salute percepita

Lo studio HBSC come si è detto precedentemente rivolge la propria attenzione ad una popolazione prevalentemente sana che, sotto il profilo epidemiologico, presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute di una comunità nel suo complesso, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età per la quale è invece più appropriato affidarsi alla percezione soggettiva del proprio stato di salute⁷. Studi recenti condotti nella popolazione adulta hanno dimostrato che percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato ad una ridotta aspettativa di vita e hanno descritto una chiara relazione tra la salute percepita e quella misurata dai professionisti della sanità⁶⁻⁷. Sembra quindi che chiedere direttamente a una persona come si senta sia un modo affidabile per conoscere la sua condizione di salute. Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione⁸ con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori⁹.

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

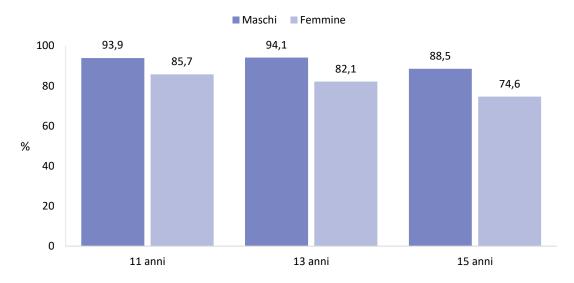
Tabella 1. "Diresti che la tua salute è..., per età" (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Eccellente	36.2	32.1	22.8	30.2
Buona	53.7	56	59.1	56.3
Discreta	9	10	16	11.8
Scadente	1.1	1.9	2.1	1.7

Dai dati in tabella si evince che l'86.5% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente/buono. Considerando le diverse classi di età, emerge una percezione positiva del proprio stato di salute nei ragazzi di età inferiore, dal 36.2% degli undicenni al 22.8% dei quindicenni.

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

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



Il giudizio positivo circa la propria salute diminuisce all'aumentare dell'età, in particolare nelle femmine, da 85.7% nelle undicenni a 74.6% nelle quindicenni.

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto^{6,9}. Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze¹⁰ e a più alti livelli di attività fisica¹¹. Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi¹².

Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione della propria soddisfazione di vita è riportato in Tabella 2 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6. Le percentuali riguardano i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

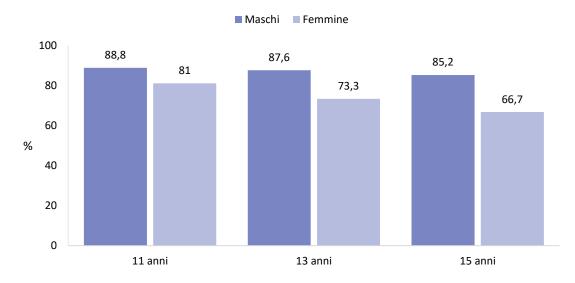
Tabella 2. "In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da o (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
0-5	15	19.4	23.6	19.4
≥6	85	80.6	76.4	80.6

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

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

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



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze di genere riguardanti il livello di soddisfazione di vita che risulta maggiore nei maschi undicenni (88.8%) e minore nelle femmine quindicenni (66.7%).

Sintomi riportati

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

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

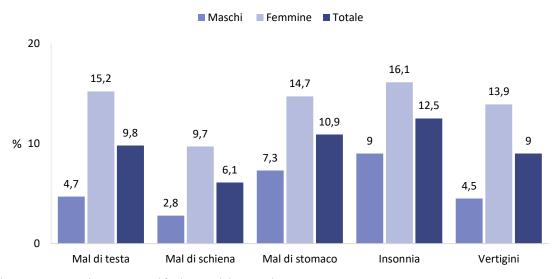
Tabella 3. "Negli ultimi sei mesi: quante volte hai avuto (o ti sei sentito) uno dei seguenti sintomi: avere mal di testa, avere mal di stomaco, avere mal di schiena, sentirsi giù, sentirsi irritabile o di cattivo umore, sentirsi nervoso, avere difficoltà ad addormentarsi, avere senso di vertigini",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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Circa ogni giorno	35.6	44.9	45.4	42.1
Più di una volta a settimana	28.3	29.2	31.3	29.6
Circa una volta a settimana	20.1	17.1	13.9	16.9
Circa una volta al mese	12.7	7.4	7.8	9.3
Raramente o mai	3.3	1.4	1.6	2.1

Le percentuali riscontrate evidenziano particolari differenze tra le varie classi di età, con sintomi più frequenti nelle fasce d'età 13 e 15 anni.

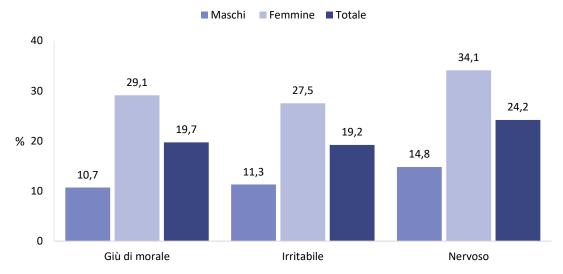
Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte¹⁵⁻¹⁶: una che comprende sintomi a prevalente componente somatica (l'aver mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi e senso di vertigini), e l'altra che comprende sintomi a prevalente componente psicologica (sentirsi giù, irritabile e nervoso). Le Figure 3 e 4 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

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



Il sintomo maggiormente riferito è l'insonnia con una percentuale totale di 12.5% e con differenze di genere: nei maschi il 9%, nelle femmine il 16.1%. In generale tutti i sintomi a componente somatica sono più frequenti nelle femmine.

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 totale di 24.2% e con differenze di genere: nei maschi il 14.8%, nelle femmine il 34.1%. In generale anche tutti i sintomi a componente psicologica sono più frequenti nelle femmine.

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 sanitari ¹³. 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	44.8	44.2	43.5	44.1
Sì	55.2	55.8	56.5	55.9

Dalla tabella si evidenzia in cospicuo utilizzo di farmaci, infatti sul totale dei rispondenti il 55.9% ha fatto ricorso a medicine o farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese.

Abitudini sessuali

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Sì	21.2	19.3	20.3
No	78.8	80.7	79.7

Come si rileva dalla Tabella 5 il 20.3% dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in lieve percentuale maggiore delle femmine.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	73.8	56.2	65.6
Pillola	5.9	11.4	8.5
Coito interrotto	46.6	67.4	56.3
Contraccezione di emergenza	5.9	14.6	10
Giorni fertili	26.5	28.4	27.4
Altri metodi	6	2.3	4.2

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare i maschi utilizzano maggiormente il preservativo (73.8%) rispetto alle femmine (56.2%) che invece fanno più frequentemente ricorso al coito interrotto (67.4%) contro il 46.6% nei 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. La Tabella 7 mostra la frequenza di ragazzi che riportano livelli di benessere psicologico alto o basso.

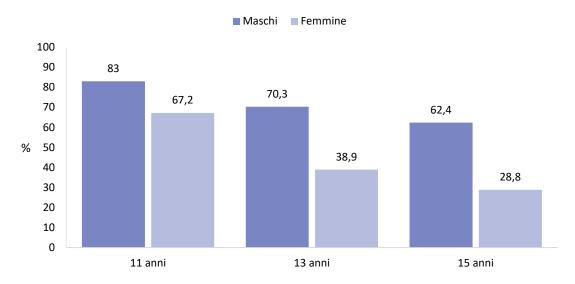
Tabella 7. Frequenze di ragazzi con diversi livelli di benessere psicologico (buon livello se punteggio ≥ 12,5, basso livello se punteggio < 12,5), per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
≥ 12,5	75.2	54.6	46.4	58.4
< 12,5	24.8	45.4	53.6	41.6

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

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

Figura 5. Frequenza di coloro che dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico (punteggio ≥ 12.5), per genere e per età



Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze con percentuali di benessere psicologico notevolmente più basse nelle femmine.

Solitudine percepita

Come per il benessere psicologico, a partire dalla rilevazione 2022 è stata inserita una domanda sulla solitudine percepita. Ai ragazzi è stato chiesto con quale frequenza si sono sentiti soli negli ultimi 12 mesi. La Tabella 8 [in output Tabella 8 "Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei sentito/a solo/a", per genere (%)] mostra la frequenza e il livello di solitudine percepita dai ragazzi negli ultimi 12.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	34.6	14.5	24.8
Raramente	33.1	26.3	29.8
A volte	24	36.8	30.2
La maggior parte delle volte	6.7	17.6	12
Sempre	1.6	4.8	3.2

In generale quasi la metà (45.4) dei rispondenti dichiara di essersi sentito solo a volte, la maggior parte delle volte e sempre.

Infortuni

Ai ragazzi è stato chiesto il numero delle volte che, negli ultimi dodici mesi, hanno avuto infortuni per i quali è stato necessario un intervento da parte di personale medico o infermieristico. Nella Tabella 9 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

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

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	49.7	49.6	54.5	51.2
Una volta	28.1	29	25.7	27.6
Due volte	12.4	12.5	11	12
Tre volte	4	4.4	4.9	4.5
Quattro volte o più	5.8	4.5	3.9	4.7

In generale il 51.2% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche, mentre non è trascurabile il fatto che il 4.7% vi abbia dovuto ricorrere quattro volte o più.

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	27.5	17.4	15.3
≥ 6	72.5	82.6	84.7

Il livello di soddisfazione di vita è generalmente buono e sebbene la percentuale aumenti all'aumentare del livello socio-economico (84.7%) tuttavia permane una buona soddisfazione anche in presenza di un FAS basso (72.5%).

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	12.8	19.4
≥ 6	87.2	80.6

In generale il livello di soddisfazione di vita è buono ed appare soltanto lievemente diminuito nel 2022 (post-pandemia) rispetto al 2018 (pre-pandemia).

Conclusioni

Dai dati rilevati si evince che l'86.5% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente/buono, dato in calo rispetto al 2018 (90%). Il giudizio positivo circa la propria salute è maggiore tra i maschi rispetto alle femmine e diminuisce all'aumentare dell'età, in particolare nelle femmine si passa da 85.7% nelle undicenni a 74.6% nelle quindicenni.

Per quanto riguarda il livello di soddisfazione di vita, il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze di genere e risulta maggiore nei maschi undicenni (88.8%) mentre è minore nelle femmine quindicenni (66.7%).

Sono stati rilevati anche i sintomi somatici e psicologici riferiti ai sei mesi precedenti. Le percentuali riscontrate evidenziano particolari differenze tra le varie classi di età, con sintomi più frequenti nelle fasce d'età 13 e 15 anni. Confrontando i dati con il report regionale HBSC 2018 si conferma che il sintomo somatico maggiormente riferito è l'insonnia con una percentuale totale in lieve aumento (da 11% nel 2018 a 12.5% nel 2022), con differenze di genere nel 2022: nei maschi il 9%, nelle femmine il 16.1%. Il sintomo psicologico maggiormente riferito è sentirsi nervoso con una percentuale totale di 24.2%, in aumento rispetto al 2018 (16%), con notevoli differenze di genere nel 2022: nei maschi il 14.8%, nelle femmine il 34.1%. In generale tutti i sintomi sia a componente somatica che a componente psicologica sono più frequenti nelle femmine.

Per quanto riguarda l'utilizzo di farmaci esso risulta cospicuo, infatti sul totale dei rispondenti il 55.9% ha fatto ricorso a medicine o farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese.

In merito alle abitudini sessuali il 20.3%, in lieve aumento rispetto al 2018 (18%), dei quindicenni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; i maschi in lieve percentuale maggiore delle femmine. Si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare i maschi utilizzano maggiormente il preservativo (73.8%) rispetto alle femmine (56.2%) che invece fanno più frequentemente ricorso al coito interrotto (67.4%) contro il 46.6% nei maschi.

A partire dalla rilevazione 2022, il questionario HBSC ha inserito una domanda relativa al benessere psicologico. Il confronto tra le diverse classi di età mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico e un giudizio più critico è stato espresso dai quindicenni. Le femmine dichiarano di avere un buon livello di benessere psicologico in percentuali notevolmente più basse rispetto ai maschi. Inoltre, in generale quasi la metà (45.4%) dei rispondenti dichiara di essersi sentito solo: a volte, la maggior parte delle volte e sempre.

Il 51.2% dei ragazzi e ragazze dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche, mentre non è trascurabile il fatto che il 4.7% vi abbia dovuto ricorrere quattro volte o più.

Il livello di soddisfazione di vita è generalmente buono e sebbene la percentuale aumenti all'aumentare del livello socio-economico (84.7%) tuttavia permane una buona soddisfazione anche in presenza di un FAS basso (72.5%).

Facendo un confronto nel tempo, il livello di soddisfazione di vita nei ragazzi/ragazze intervistati permane buono e soltanto lievemente diminuito nel periodo post-pandemia (2022) rispetto al periodo pre-pandemia (2018).

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Introduzione

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

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

L'uso dei social media

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

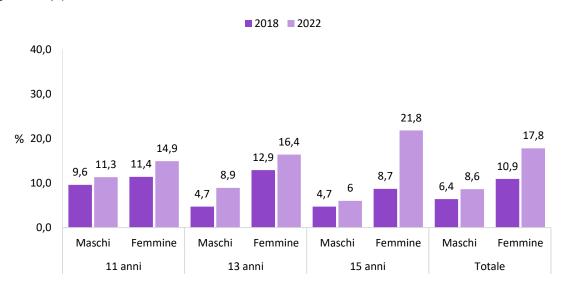
Tabella 1. "Quante volte hai contatti online, quasi tutti i giorni o più spesso, con le seguenti persone", per età (%)

	11 anni	13 anni	15 anni	Totale
Amici stretti	71,6	81,0	81,0	77,9
Amici di un gruppo allargato	48,1	46,8	47,9	47,6
Amici conosciuti tramite internet	12,6	15,5	18,0	15,4
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50,3	50,6	49,7	50,2

Rispetto ad HBSC 2018, in cui registravamo frequenze più alte all'aumentare dell'età, rileviamo per il 2022 dati piuttosto simili per gli undicenni, i tredicenni ed i quindicenni. Sempre a paragone con la sorveglianza precedente, contrariamente a quanto si può ipotizzare in conseguenza alla pandemia, registriamo meno contatti online con quasi tutte le categorie di interlocutori considerate.

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 1sono 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

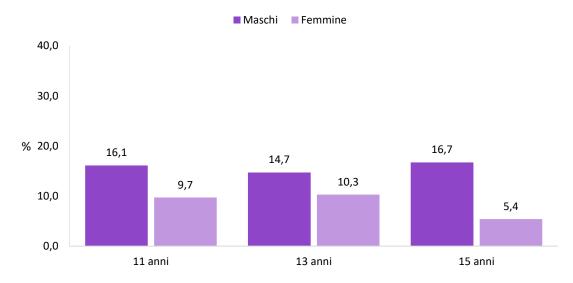


Al contrario di quanto appena affermato sui contatti online in generale, sembra invece che la pandemia abbia inciso su quello che può essere considerato "uso problematico dei social": l'aumento si ravvisa per tutte le età ed entrambi i generi anche se si conferma con evidenza la maggiore vulnerabilità femminile in un'età in cui le ragazze sono impegnate nella costruzione della propria immagine e reputazione sociale.

L'uso dei videogiochi

Nell'indagine HBSC del 2022, per la prima volta, sono state inserite alcune domande relative all'uso dei videogiochi con lo scopo di indagare la diffusione attuale di un fenomeno che sembra in continua crescita tra i giovani. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di indicare la quantità di ore che dedicano ai videogiochi in un giorno in cui giocano. In Figura 2, sono riportate le percentuali dei ragazzi che dichiarano di giocare almeno 4 ore in un giorno, rispettivamente per età e genere. Questa soglia è rilevante perchè, in base alla letteratura scientifica, può essere associata a maggiore problematicità, in termini di difficoltà di controllo del tempo speso a giocare ai videogiochi a discapito di altre attività extrascolastiche¹¹.

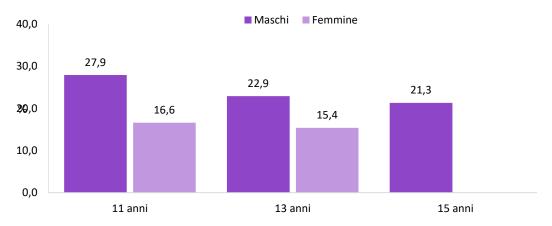
Figura 2. Percentuale di ragazzi che dedicano almeno 4 ore ai videogiochi in un giorno in cui giocano, per età e genere



Anche solo considerando il fattore tempo (almeno 4 ore nel giorno in cui si gioca) appare evidente che c'è un utilizzo importante dei videogichi, indipendentemente dall'età considerata. In questo caso, e anche qui come da letteratura, l'abitudine riguarda decisamente più gli adolescenti maschi che le femmine.

Inoltre, nella rilevazione del 2022, il protocollo dello studio HBSC include l'Internet Gaming Disorder Scale¹², uno strumento di misura validato a livello internazionale e nazionale per valutare la presenza dell'uso problematico dei videogiochi sulla base dei nove criteri per l'Internet Gaming Disorder identificati nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 5° Edizione, Testo Revisionato, redatto *dall'American Psychiatric Association*¹³. Nello specifico, ai ragazzi e alle ragazze è stato chiesto di indicare la frequenza con cui negli ultimi 12 mesi hanno messo in atto alcuni comportamenti relativi all'uso dei videogiochi (es., di mancanza di controllo, di uso per regolare l'umore e conseguenze negative per la vita quotidiana) su una scala da 1 a 5, da "Mai" a "Sempre". In questo modo, è possibile rilevare la percentuale di ragazzi e di ragazze che possono avere un uso problematico dei videogiochi (ovvero coloro che hanno ottenuto un punteggio pari o superiore a 21 nella somma delle risposte ai nove item dello strumento), Figura 3.

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



L'uso problematico, che pure sembra diminuire con l'età, riguarda però quasi 3 undicenni maschi su 10 ed appare un dato particolarmente preoccupante, considerata la vulnerabilità dell'età in questione. Anche per questo indicatore, i maschi si confermano come più a rischio.

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	71,7	79,7	80,5
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	43,4	47,0	52,4
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	19,1	13,7	13,1
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	44,0	50,9	55,6
Uso problematico dei social media	16,4	11,2	14,1
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	17,7	11,4	12,5
Uso problematico dei videogiochi	25,9	17,5	23,2

Anche per i social media ed il gaming, così come prima con alcol, fumo, gioco d'azzardo e cannabinoidi, non risulta facile rilevare possibili correlazioni con la scala FAS ma solo indicazioni di massima: i quindicenni con FAS alto sembrano avere più frequenza di contatti online, mentre quelli con FAS basso più comportamenti a rischio (uso problematico dei social e dei videogiochi, almeno 4 ore sui videogiochi in un giorno).

Conclusioni

I dati nazionali presentati nel Report HBSC Italia 2022 il 16/02/2024 ci indicano per la regione Marche, una percentuale di ragazzi che fanno uso problematico del social media leggermente al di sotto della media nazionale (12,4% rispetto a 13,5%); la situazione risulta simile rispetto all'uso problematico dei videogiochi sia per genere che per età.

Per quanto riguarda la frequenza dei contatti on line con amici stretti, c'è una percentuale minore rispetto al dato nazionale fra i quindicenni (81,0% vs 82,8%), medesima situazione per tutte le età per coloro che hanno contatti giornalieri con amici conosciuti su internet.

Va comunque considerato che in Italia l'uso dei social, per legge, dovrebbe riguardare solo la fascia d'età maggiore dei ragazzi coinvolti nella sorveglianza. D'altra parte, ogni generalizzazione risulta riduttiva dal momento che la distinzione "online" e "offline" è venuta meno da tempo per lasciare spazio al concetto di "onlife", una rivoluzione epocale in cui siamo costantemente coinvolti e che non ci permette di analizzare con la giusta prospettiva risvolti e conseguenze.

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., Zukauskiene, R., & Santinello, M. (2015). Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement? American Journal of Community Psychology, 55, 444–454.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITOLO 9 COVID-19

Introduzione

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

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

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

Positività al COVID-19

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

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

	Maschi	Femmine
11 anni	55.8	59.4
13 anni	44.4	45.2
15 anni	46.5	53.2
17 anni	50.9	51.5
Totale	49.4	52.3

Osservando la Tabella 1, si nota che poco più della metà dei ragazzi e ragazze tra gli 11 e i 17 anni è risultato positivo al COVID-19. Il dato più elevato risulta il 59.4% delle femmine undicenni.

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

	Positività	Ospedalizzazione
11 anni	77.8	13
13 anni	75.2	15.2
15 anni	78.1	14.3
17 anni	75.4	16.4
Totale	76.6	14.8

Osservando la Tabella 2, si nota che in totale il 76.6% dei rispondenti ha avuto almeno un familiare positivo al COVID-19 e di questi il 14.8% è stato ospedalizzato a causa dell'infezione.

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

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

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

	Maschi		Femmine			
	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*	Negativo*	Nè negativo nè positivo	Positivo*
La tua vita nel suo insieme	32.4	45.9	21.7	40.2	44.7	15.1
La tua salute	17.8	45.3	37	21.5	46.4	32.1
I rapporti con la tua famiglia	11.6	33.8	54.5	17.1	34	48.9
I rapporti con i tuoi amici	22.6	33.5	43.9	24.7	35	40.4
La tua salute mentale (gestione emozioni, stress.)	29	37.9	33.1	54	26.8	19.2
Il tuo rendimento scolastico	23.5	34.	42.4	23.6	35.8	40.5
L'assunzione di cibi e bevande	19.3	47.3	33.4	28.5	46.2	25.3
Attività fisica (sport, passeggiate, ecc.)	41.8	24.6	33.6	43.5	26.3	30.2
Le tue aspettative per il futuro (esami, lavoro, ecc.)	22.1	47.5	30.4	29.3	44.5	26.3
La situazione finanziaria familiare	16.4	49.5	34.1	17.4	52.8	29.8

^{*}negativo=molto/abbastanza negativo; positivo=molto/abbastanza positivo

Osservando la Tabella 3, si nota che la pandemia ha avuto impatti sia positivi che negativi, mentre restano invariati alcuni aspetti. In entrambi i sessi risulta un impatto positivo sul rapporto con la famiglia, gli amici e il rendimento scolastico, maggiormente nei maschi. In entrambi i sessi risulta un impatto negativo sull'attivita fisica, maggiormente nelle femmine che hanno avuto anche un impatto particolarmente negativo sulla salute mentale. In generale l'impatto della pandemia, sia in senso positivo che in senso negativo, risulta più rilevante nelle femmine rispetto ai maschi. In grassetto vengono evidenziate le percentuali maggiori riferite ai diversi aspetti analizzati.

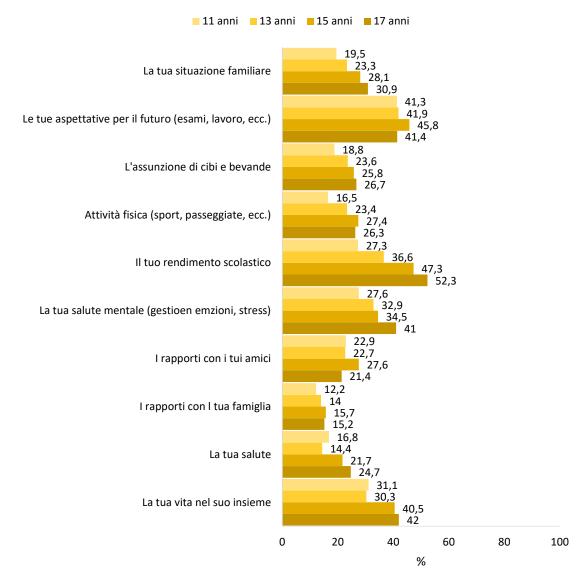


Figura 1. - Impatto del COVID-19 per età; risposta molto/abbastanza negativo

Osservando la Figura 1, si nota che l'impatto negativo del COVID-19, evidenziato dalla risposta "la tua vita nel suo insieme", è stato dichiarato rilevante maggiormente dai ragazzi più grandi (circa il 41%) rispetto ai più piccoli (circa il 31%).

Gli undicenni e i tredicenni hanno riportato un impatto peggiore sulle aspettative per il futuro (rispettivamente 41.3% e 41.9%). I quindicenni hanno riportato un impatto peggiore sul rendimento scolastico (47.3%) e sulle aspettative per il futuro (45.8%). I diciassettenni hanno riportato un impatto peggiore sul rendimento scolastico (52.3%), sulle aspettative per il futuro (41.4%) e sulla salute mentale (41%).

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.

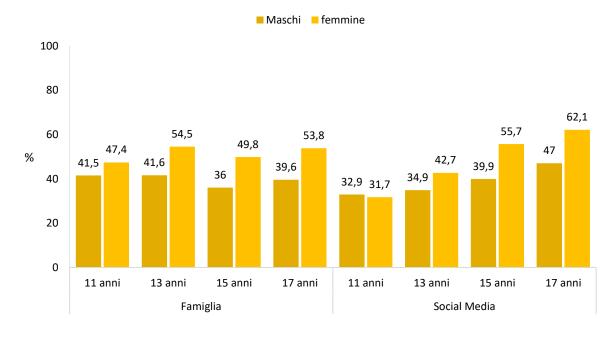
Tabella 4. "Con quale frequenza hai usato ciascuna delle seguenti fonti per ottenere informazioni sulla pandemia da COVID-19?" per genere (%)

	Maschi		Fem	mine
	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre	Mai/raramente/ a volte	Spesso/sempre
Familiari (genitori, fratelli, ecc.)	60.4	39.6	48.5	51.5
Amici	85	15	80.4	19.6
Insegnanti e altro personale scolastico	80.4	19.6	74.9	25.1
Giornali, riviste, radio e tv	49.2	50.8	43.8	56.2
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	61.1	38.9	51.3	48.7
Autorità sanitarie nazionali	63.6	36.4	64.9	35.1
Blogger/influencer online	87.9	12.1	84.4	15.6
Altre fonti	94.4	5.6	96.3	3.7

Osservando la Tabella 4, si nota che le fonti maggiormente consultate risultano essere giornali, riviste, radio e tv per entrambi i sessi con prevalenza per le femmine. Poco più di un terzo di entrambi i sessi hanno attinto informazioni dalle fonti delle autorità sanitarie nazionali. Le femmine si sono rivolte ai familiari più spesso dei maschi.

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

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



Osservando la Figura 2, si nota che in tutte le fasce d'età le femmine interrogano le famiglie maggiormente rispetto ai maschi. Riguardo ai social media nella fascia 11 anni non ci sono differenze di genere, mentre dai 13 ai 17 anni sono le femmine ad interrogare i social media in particolare le diciassettenni.

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'ultilizzo 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	49.7	50.3	40	60	
Lavato regolarmente le mani	36.8	63.2	25.4	74.6	
Indossato una mascherina protettiva	19.4	80.6	8.1	91.9	
Usato un igienizzante per le mani	44.5	55.5	23.7	76.3	
Evitato di toccarti il viso	71.8	28.2	63.9	36.1	
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	41.3	58.7	31.6	68.4	
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	40.4	59.6	31.1	68.9	
Evitato assembramenti di persone	57.3	42.7	46.5	53.5	
Sei rimasto a casa in generale	57.6	42.4	48	52	
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	30.5	69.5	20.4	79.6	

Osservando la Tabella 5, si nota che per entrambi i sessi i dispositivi di protezione utilizzati con maggiore frequenza sono stati: la mascherina protettiva e l'essere rimasto a casa in caso di sintomi. Tali dispositivi sono stati utilizzati soprattutto dalle femmine, rispettivamente per il 91.9% (vs. 80.6%) e il 79.6% (vs. 69.5%).

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

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

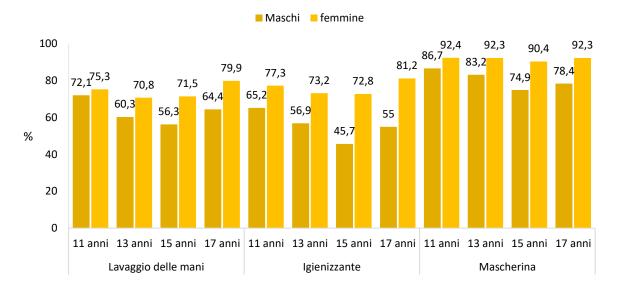
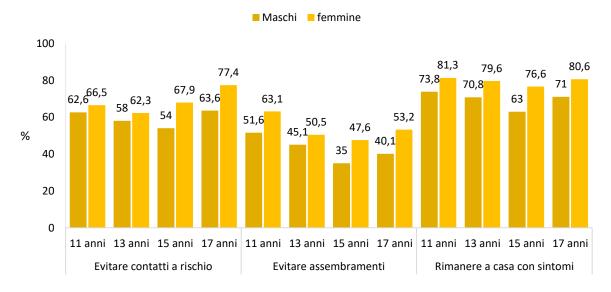


Figura 3b. Percentuale di coloro che hanno usato spesso o sempre le seguenti misure di protezione, per età e genere



Osservando le Figure 3a e 3b, si nota che in tutte le fasce d'età le ragazze hanno utilizzato con maggiore frequenza i dispositivi di protezione rispetto ai ragazzi.

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

Nella Tabella 6 si riporta la stratificazione delle fonti utilizzate "spesso/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.)	40	46.5	49.6
Amici	20.3	16.2	16.8
Insegnanti e altro personale scolastico	24.1	21.6	22.4
Giornali, riviste, radio e tv	50.8	54.3	54.6
Social media (es. Facebook, snapchat, twitter, youtube, ecc.)	47.9	41.8	45.6
Autorità sanitarie nazionali	32.6	36.3	38.6
Blogger/influencer online	15.3	12.9	13.9
Altre fonti	5.7	3.9	6.1

In generale emergono lievi differenze rispetto al FAS circa le fonti utilizzate, eccetto per la consultazione dei familiari che risulta più elevata nei rispondenti appartenenti alla categoria FAS alto (49.6%) rispetto alle categorie FAS medio (46.5%) e FAS basso (40%).

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

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Rispettato il distanziamento sociale	55.3	55.8	53.5
Lavato regolarmente le mani	67.7	70	67.7
Indossato una mascherina protettiva	85.2	57.5	85.2
Usato un igenizzante per le mani	66.5	65.4	65.9
Evitato di toccarti il viso	32.6	31.3	35
Tossito o starnutito nel gomito o in un panno/fazzoletto	60.1	65.1	63.4
Hai evitato il contatto con persone a rischio (parenti, amici, persone con malattie croniche, ecc.)	63.1	65.9	62.9
Evitato assembramenti di persone	50.4	48.5	45.6
Sei rimasto a casa in generale	51.1	46.8	43.6
Sei rimasto a casa se avevi sintomi	73.3	76.1	73.1

Dalla tabella 7 emergono differenze della categoria FAS medio sull'utilizzo della mascherina protettiva che risulta inferiore (57.5%) rispetto alle categorie FAS basso e FAS alto, entrambe 85.2%. In generale più del 70% nelle tre categorie FAS ha osservato la misura di protezione di rimanere a casa in caso di sintomi, con maggior frequenza nella categoria FAS medio (76.1%), rispetto alle categorie FAS basso (73.3%) e FAS alto (73.1%).

Conclusioni

Dall'indagine emerge che poco più della metà dei ragazzi e ragazze tra gli 11 e i 17 anni è risultato positivo al COVID-19. Il dato più elevato risulta il 59.4% delle femmine undicenni. In totale il 76.6% dei rispondenti ha avuto almeno un familiare positivo al COVID-19 e di questi il 14.8% è stato ospedalizzato a causa dell'infezione.

I dati raccolti mostrano come le misure per contenere la pandemia abbiano avuto impatti sia positivi che negativi, anche se alcuni aspetti restano invariati.

Tali dati appaiono differenti a seconda se siano analizzati per genere o per fasce d'età, infatti considerando il sesso per quanto riguarda l'impatto positivo, questo si è evidenziato in entrambi i sessi sul rapporto con la famiglia, con gli amici e sul rendimento scolastico (in questo caso maggiormente nei maschi).

Per quanto riguarda l'impatto negativo si è verificato per entrambi i sessi in particolare sull'attività fisica (maggiormente nelle femmine). Il periodo pandemico ha influito negativamente anche sulla salute mentale, soprattutto nelle femmine.

In generale l'impatto della pandemia, sia in senso positivo che in senso negativo, risulta più rilevante nelle femmine rispetto ai maschi.

Riguardo alla domanda "Impatto del COVID-19 nella tua vita nel suo insieme" è stato risposto con "molto/abbastanza negativo" in modo diverso dalle varie fasce d'età. In particolare, è stato dichiarato rilevante maggiormente dai ragazzi più grandi (circa il 41%) rispetto ai più piccoli (circa il 31%).

Anche altri aspetti sono stati influenzati negativamente dalla pandemia a seconda delle diverse fasce d'età. Gli undicenni e i tredicenni hanno riportato un impatto peggiore sulle aspettative per il futuro (rispettivamente 41.3% e 41.9%). I quindicenni hanno riportato un impatto peggiore sul rendimento scolastico (47.3%) e sulle aspettative per il futuro (45.8%). I diciassettenni hanno riportato un impatto peggiore sul rendimento scolastico (52.3%), sulle aspettative per il futuro (41.4%) e sulla salute mentale (41%).

Emerge come il periodo pandemico abbia avuto un forte impatto sulle aspettative per il futuro degli adolescenti accomunando le diverse fasce d'età.

Le fonti maggiormente consultate per informarsi sulla pandemia risultano essere giornali, riviste, radio e tv per entrambi i sessi con prevalenza per le femmine. Poco più di un terzo di entrambi i sessi hanno attinto informazioni dalle fonti delle autorità sanitarie nazionali. Le femmine di tutte le fasce d'età si sono rivolte ai familiari più spesso dei maschi. Riguardo ai social media nella fascia 11 anni non ci sono differenze di genere, mentre dai 13 ai 17 anni sono le femmine ad interrogare i social media in particolare le diciassettenni.

Per entrambi i sessi i dispositivi di protezione utilizzati con maggiore frequenza sono stati: la mascherina protettiva e l'essere rimasto a casa in caso di sintomi. Tali dispositivi sono stati utilizzati soprattutto dalle femmine, rispettivamente per il 91.9% (vs. 80.6%) e il 79.6% (vs. 69.5%). Inoltre, si nota che in tutte le fasce d'età le ragazze hanno utilizzato con maggiore frequenza i dispositivi di protezione rispetto ai ragazzi.

In generale emergono lievi differenze rispetto al FAS (Family Affluence Scale) circa le fonti utilizzate, eccetto per la consultazione dei familiari che risulta più elevata nei rispondenti

appartenenti alla categoria FAS alto (49.6%) rispetto alle categorie FAS medio (46.5%) e FAS basso (40%). Emergono differenze della categoria FAS medio sull'utilizzo della mascherina protettiva che risulta inferiore (57.5%) rispetto alle categorie FAS basso e FAS alto, entrambe 85.2%. In generale più del 70% nelle tre categorie FAS ha osservato la misura di protezione di rimanere a casa in caso di sintomi, con maggior frequenza nella categoria FAS medio (76.1%), rispetto alle categorie FAS basso (73.3%) e FAS alto (73.1%).

Bibliografia essenziale

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

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

La famiglia

La Struttura Familiare

Il presente studio indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (Tabella 1). Nel 78.4% dei casi i ragazzi vivono con entrambi i genitori, mentre nel 14.3% dei casi solo con la madre.

Tabella 1. Tipologia di famiglia (%)

Madre e padre (no altri adulti)	78.4
Solo madre	14.3
Solo padre	3.0
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	2.6
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1.7
Totale	100

Come si evince dalla Tabella 2, più della metà del campione (56.9%) ha un solo fratello o sorella, mentre solo 1 ragazzo su 5 ha 2 o più fratelli. I figli unici sono rappresentati dal 22.4%.

Tabella 2. Fratelli e sorelle (%)

Figli unici	22.4
1 fratello o sorella	56.9
2 o più fratelli o sorelle	20.7
Totale	100

La qualità delle relazioni con i genitori

Nello studio HBSC, la comunicazione familiare è stata indagata chiedendo ai ragazzi di valutare la comunicazione relativa ad aspetti che li preoccupavano con madre, padre, patrigno o matrigna. Le modalità di risposta alla domanda "Quanto è facile per te parlare di cose che ti preoccupano veramente" sono distribuite su una scala di tipo ordinale da "molto facile" a "non ho o non vedo questa persona". Nelle Tabelle 3 e 4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre che con la madre.

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

Molto facile	15.2
Facile	32.1
Difficile	24.6
Molto difficile	20.7
Non ho o non vedo mai questa persona	7.41
Totale	100

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

Molto facile	27.3
Facile	38.8
Difficile	21.5
Molto difficile	11.2
Non ho o non vedo mai questa persona	1.2
Totale	100

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

Lo status socio-economico familiare

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

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	25.5
Medio	60.2
Alto	14.3
Totale	100

1 famiglia su 4 si colloca nella fascia di "bassa possibilità di consumo" (25.5%%), mentre il 60.2%% è nella fascia di "media possibilità di consumo" e il 14.3% è nella fascia di "alta possibilità di consumo".

Abitudini alimentari e stato nutrizionale

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

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

Frequenza e regolarità dei pasti

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

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

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

Mai	24.9
Un giorno	2.9
Due giorni	4.2
Tre giorni	5.2
Quattro giorni	4.9
Cinque giorni	58

Più della metà dei ragazzi dichiara di fare colazione ogni giorno prima di andare a scuola. Le percentuali riferite a un giorno/due giorni/tre giorni/quattro giorni sono 2.9%, 4.2%, 5.2% e 4.9%. Alta rispetto a quanto si potrebbe desiderare è la quota di coloro che dichiarano di non fare mai colazione con il 24.9%

La frequenza del consumo dei pasti insieme in famiglia è stata indagata con un'apposita domanda. Nella Tabella 7 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana.

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

Ogni giorno	48.4
La maggior parte dei giorni	40.9
Circa una volta alla settimana	6
Meno di una volta alla settimana	2.4
Mai	2.3

Il 48.4% dei diciasettenni e il 40.9% dei diciasettenni consuma pasti con la propria famiglia "ogni giorno"o "la maggior parte dei giorni".

Consumo di frutta e verdura

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

Ai ragazzi coinvolti nell'indagine è stato chiesto di indicare la frequenza settimanale del consumo di frutta e verdura al fine di delinearne il consumo abituale. Nella Tabella 8 - "Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?" (%); e nella Tabella 9 - "Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?" (%)

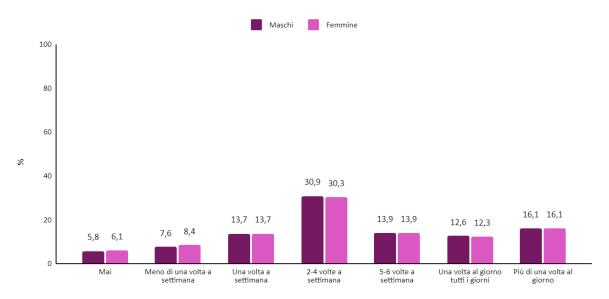
Tabella 8. "Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?" (%)

Mai	6.1
Meno di una volta a settimana	8
Una volta a settimana	13.3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13.1
Una volta al giorno tutti i giorni	15.7
Più di una volta al giorno	16

Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "Tra 2 e 4 giorni a settimana" e "Una volta al giorno tutti i giorni".

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

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di frutta sono generalmente sovrapponibili.

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

Mai	4.1
Meno di una volta a settimana	6.5
Una volta a settimana	8
Tra 2 e 4 giorni a settimana	25
Tra 5 e 6 giorni a settimana	17
Una volta al giorno tutti i giorni	18
Più di una volta al giorno	21.6

Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "Tra 2 e 4 giorni a settimana" e "Più di una volta al giorno".

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

Femmine Maschi 100 80 60 40 28,3 27,5 21,6 16 15,7 15.5 14,8 20 12,6 10,8 5,3 3,9 Una volta a settimana 2-4 volte a settimana 5-6 volte a settimana Mai Una volta al giorno tutti i giorni Più di una volta al Meno di una volta a

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

per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di consumo di verdura sono più alte nelle femmine soprattutto per le categorie "Una volta al giorno tutti i giorni" e "Più di una volta al giorno" con il 20.3% e 27.5% rispettivamente verso 15.7% e 15.5% dei maschi.

Consumo di dolci e bevande gassate

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	5.5	5.3	5.4
Meno di una volta a settimana	10.6	9.1	9.8
Una volta a settimana	13.3	19.8	16.6
Tra 2 e 4 giorni a settimana	32.2	28.3	30.2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	16.5	16	16.2
Una volta al giorno tutti i giorni	13.2	12.1	12.6
Più di una volta al giorno	8.8	9.4	9.1

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	17.7	29.4	23.6
Meno di una volta a settimana	16.4	31	23.8
Una volta a settimana	23.5	15.2	19.3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	24.5	16.2	20.3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7.5	2.8	5.1
Una volta al giorno tutti i giorni	6	2.3	4.1
Più di una volta al giorno	4.4	3	3.7

Consumo di legumi

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	8.8	11.6	10.2
Meno di una volta a settimana	13.6	14.2	14
Una volta a settimana	21.2	24.9	23.1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	39.6	32	35.7
Tra 5 e 6 giorni a settimana	10.8	11	10.9
Una volta al giorno tutti i giorni	3.7	4.4	4.1
Più di una volta al giorno	2.4	1.8	2.1

Il 35.7% dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre il 10.2% dichiara di non assumerli mai.

In Tabella 13 "Indicatori sintetici di consumo di alimenti, per genere" si riporta la frequenza di consumo quotidiana di alcuni alimenti.

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

	Maschi	Femmine
Frutta (almeno una volta al dì)	28.6	34.4
Verdura (almeno una volta al dì)	31.2	47.8
Legumi (almeno 2 volte a settimana)	56.4	49.3
Cola o altre bibite zuccherate/gassate (almeno una volta al dì)	10.4	5.3
Snack salati (almeno una volta al dì)	12	13.4
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.) (almeno una volta al dì)	63.2	62.3
Dolci (almeno una volta al dì)	21.9	21.5

In generale le femmine consumano di più Frutta e Verdura "Almeno una volta al di", mentre il 56.4% dei maschi consuma legumi "almeno 2 volte a settimana" rispetto al 49.3% delle femmine che però hanno un consumo di bibite zuccherate e gassate giornaliero circa la metà di quello dei coetanei maschi.

Stato nutrizionale

Nella Tabella 14 sono riportate le frequenze riferite allo stato ponderale dei ragazzi e delle ragazze.

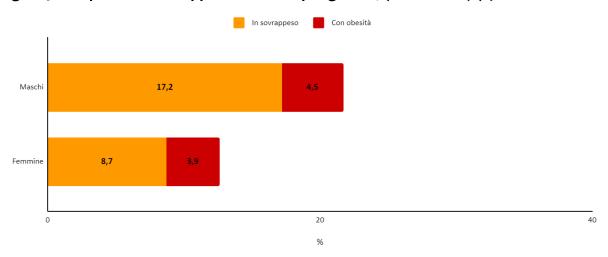
La Figura 3 evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per genere.

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

=	-	•	•	, , ,
Sottopeso				3.9
Normopeso				80.1
Sovrappeso				12.9
Obeso				3.1

La maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale dell' 80.1%. I ragazzi sottopeso sono il 3.9%, in sovrappeso sono il 12.9% e con obesità sono il 3.1%.

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



Per quanto riguarda le differenze di genere le frequenze di sovrappeso e obesità sono superiori nei maschi rispetto alle femmine.

Insoddisfazione corporea

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Decisamente troppo magro	1.8	0.9	1.4
Un po' troppo magro	18.3	5.1	11.7
Più o meno della taglia giusta	54.5	54.1	54.3
Un po' troppo grasso	22.9	34.8	29
Decisamente troppo grasso	2.4	5	3.7

In generale il 54.3% dei ragazzi si percepisce "Più o meno della taglia giusta", "Un po' troppo grasso" e "Un po' troppo magro" circa il 19% e l'11.7% rispettivamente.le femmine pensano che il proprio corpo sia "un pò troppo grasso" nel 34.8% dei casi contro il 22.9% dei maschi.

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

Tabella 16. Frequenza di ragazzi che si percepiscono grassi o molto grassi rispetto al

proprio IMC, per genere (%)

IMC calcolato	Maschi	Femmine	Totale
Sottopeso	0	1.8	1.1
Normopeso	41	73.9	61.4
Sovrappeso	44	19.7	29
Obeso	14.9	4.6	8.5

La maggior parte dei ragazzi che si percepisce "Un po' troppo grasso" e "Decisamente troppo grasso" risulta avere un IMC normopeso.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No, il mio peso è quello giusto	34.9	29.9	32.4
No, ma dovrei perdere qualche chilo	19.1	33.2	26.2
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	21.9	6.9	14.3
Sì	24.1	29.9	27.1

In generale il 32.4% dei ragazzi dichiara di non essere a dieta in quanto considerano il proprio peso giusto. Il 26.2% non è a dieta ma dovrebbe intervenire in quanto ritiene il proprio peso eccessivo. Il 27% dei ragazzi è a dieta.

Igiene orale

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Più di una volta al giorno	69.3	81.8	75.6
Una volta al giorno	24.9	16.1	20.4
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	5.3	1.8	3.5
Meno di una volta alla settimana	0.5	0.2	0.4
Mai	0	0.2	0.1

Il FAS e le abitudini alimentari

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Consumo quotidiano della prima colazione	52.7	57.6	70.3
Consumo di frutta almeno una volta al giorno	27.2	31.6	40.9
Consumo di verdura almeno una volta al giorno	34.1	41.5	42.9
Consumo quotidiano di bevande gassate	10.1	7.4	5.2
Prevalenza di sovrappeso	12.6	13.4	11.8
Prevalenza di obesità	5.2	2.2	3.3

Per gli indicatori considerati si evidenzia un peggioramento delle sane abitudini alimentari nei giovani con un Fas basso rispetto ai diciasettenni con Fas alto.

Anche le prevalenze di sovrappeso e obesità sono più alte con Fas basso (12.6%;5.2%) rispetto a quelle associate ad un Fas alto (11.8%;3.3%).

Sport e tempo libero

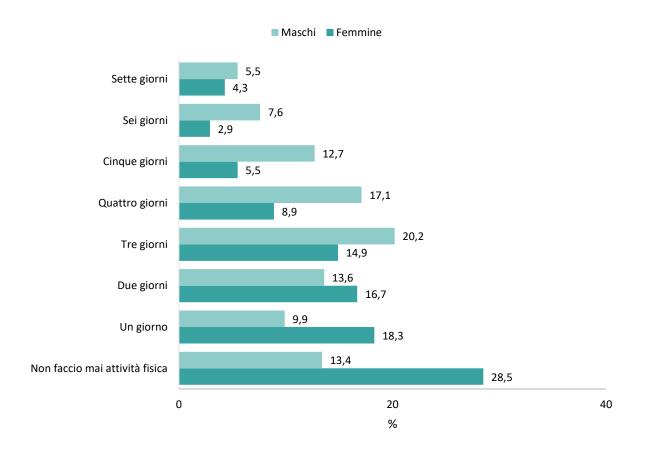
Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno"; in Tabella 20 e in Figura 4 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi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

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

Non faccio mai attività fisica	21,1
Un giorno	14,2
Due giorni	15,2
Tre giorni	17,5
Quattro giorni	12,9
Cinque giorni	9
Sei giorni	5,2
Sette giorni	4,9

Osservando la Tabella 20, si nota che il 21,1% dei ragazzi di 17 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 46%, , riferisce di svolgere almeno un'ora di attività fisica dai due ai quattro giorni a settimana e solo il 10,1% svolge attività fisica quasi tutti i giorni (6 o più giorni la settimana.

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



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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Ogni giorno	6,6	3,1	4,8
Da 4 a 6 volte a settimana	27,7	11,4	19,4
2-3 volte a settimana	39,9	34,8	37,4
Una volta a settimana	7,9	13,7	10,8
Una volta al mese	4,2	8,9	6,6
Meno di una volta al mese	5,1	8,2	6,6
Mai	8,6	19,9	14,4

Osservando la Tabella 21, si nota che il 14,4% dei ragazzi di 17 anni, il non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte del campione, circa il 37,4%, dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

Comportamenti sedentari

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	16,7	39,4	28,2
Circa mezz'ora	15	12,8	13,9
Circa un'ora	19,7	11,1	15,3
Circa 2 ore	20,5	9,8	15,1
Circa 3 ore	11,3	7,5	9,4
Circa 4 ore	6,6	5,3	5,9
Circa 5 ore o più	10,2	14,1	12,2

In generale, si osserva come il tempo passato a giocare a videogiochi per la maggior parte dei ragazzi (il 72,5%) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuna	3,2	0,5	1,9
Circa mezz'ora	8,4	5	6,7
Circa un'ora	20,3	9,4	14,8
Circa 2 ore	23,6	19,1	21,3
Circa 3 ore	18,1	18,2	18,1
Circa 4 ore	10,1	16,2	13,2
Circa 5 ore o più	16,3	31,6	24

In generale, si osserva come il tempo passato a usare il PC/Tablet/cellulare per stare sui social network per il 76% dei ragazzi sia pari o superiore alle due ore giornaliere.

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	7,3	14,6	11
Circa mezz'ora	17,7	17,8	17,8
Circa un'ora	22,9	23,7	23,3
Circa 2 ore	22,9	17,5	20,1
Circa 3 ore	12,6	9,5	11
Circa 4 ore	8,8	6,2	7,5
Circa 5 ore o più	7,8	10,7	9,3

In generale, si osserva come il tempo passato a guardare TV/DVD o video per oltre il 70% dei ragazzi sia pari o inferiore alle due ore giornaliere.

Il FAS, l'attività fisica e la sedentarietà

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

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Attività fisica moderata-intensa (almeno 4 giorni a settimana)	25	31,6	45,5
Attività fisica intensa (almeno 3 volte a settimana)	43,1	47,7	60
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi, con il PC/Tablet/ cellulare (più di 2 ore al dì)	34,1	25,8	25,8
Tempo dedicato a usare il PC/ Tablet/ cellulare per stare sui social networks (più di 2 ore al dì)	59,1	54,5	52,6
Tempo dedicato a guardare TV/DVD o i video, inclusi quelli presenti su siti web (più di 2 ore al dì)	35,1	25,3	24,7

Considerando il livello socio-economico, si evidenzia che i ragazzi che prevalentemente praticano l'attività fisica raccomandata appartengono ai FAS medio e alto. I ragazzi appartenenti al FAS più basso tendono in prevalenza maggiore ad essere sedentari con maggiori percentuali di tempo dedicato a giocare per più di 2 ore al giorno con i videogiochi, a guardare TV/DVD o i video o a stare sui social networks.

Rapporto con gli insegnanti

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	9.9	4.3	7
D'accordo	30.1	24	27
Né in accordo né in disaccordo	37.2	41.8	39.6
Non d'accordo	14.5	20.8	17.7
Per niente d'accordo	8.3	9.1	8.7

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	9.3	3	6.1
D'accordo	26.2	23.7	24.9
Né in accordo né in disaccordo	36.5	43.4	40
Non d'accordo	16.1	17.1	16.6
Per niente d'accordo	11.9	12.8	12.4

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	20.5	11.9	16.1
D'accordo	42.2	41.3	41.8
Né in accordo né in disaccordo	23.8	33.3	28.6
Non d'accordo	8.6	9.6	9.1
Per niente d'accordo	4.9	3.9	4.4

Come si evince dalla lettura delle tabelle circa il 40% dei ragazzi non è nè in accordo nè in disaccordo con le prime due affermazioni circa il loro rapporto con gli insegnanti, le percentuali di maschi "d'accordo" o "molto d'accordo" con tali affermazioni sono maggiori rispetto a quelle delle femmine. Circa il 60% dei ragazzi si sente accettato dai propri insegnanti, il grado di accettazione percepita è maggiore nei maschi rispetto alle femmine.

Rapporto tra pari e con i compagni di classe

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	71.6	73.4	72.5
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	74.5	72.7	73.6
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	82	80	81
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	77.1	72.7	74.8

Quindi è stato chiesto di riportare il grado di accordo con diverse affermazioni sulla disponibilità e gentilezza dei compagni e su quanti si sentano accettati per quello che sono. (modalità di risposta da "sono molto d'accordo" a "non sono per niente d'accordo"). Nelle Tabelle 30 e 31 sono riportate le risposte relative alle diverse affermazioni per tutti i gradi di accordo.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	17.9	11	14.4
D'accordo	41.5	35.4	38.4
Né in accordo né in disaccordo	28.7	29.6	29.2
Non d'accordo	8.6	18.7	13.7
Per niente d'accordo	3.3	5.3	4.3

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

per querie arre serie , per genere (15)			
	Maschi	Femmine	Totale
Molto d'accordo	28.9	18.4	23.6
D'accordo	48.4	39.7	44
Né in accordo né in disaccordo	16.5	25	20.8
Non d'accordo	3.5	9.6	6.6
Per niente d'accordo	2.7	7.3	5

Come si evince dalla lettura delle tabelle la maggior parte dei ragazzi è "d'accordo" o "molto d'accordo" circa le affermazioni relative al rapporto tra compagni. Rispetto alla possibilità di parlare dei loro problemi con gli amici c'è una lieve differenza tra i due sessi: i maschi sono maggiormente d'accordo (77.1%) rispetto alla femmine (72.7%).

In generale i maschi sono maggiormente d'accordo circa gentilizza, disponibilità e grado di accettazione dei propri compagni.

Bullismo e Cyberbullismo

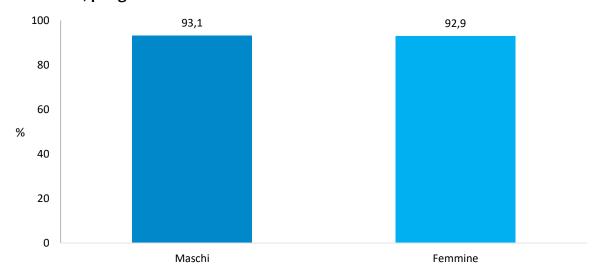
Lo studio HBSC rappresenta oggi una risorsa importante per misurare e studiare il fenomeno. Una intera sezione approfondisce il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza hanno subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. Le risposte si distribuiscono su una scala di frequenza a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana", riportate per esteso in Tabella 32 e per i soli ragazzi che hanno risposto di non essere mai stati esposti ad atti di bullismo negli ultimi mesi in Figura 5.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non sono stato oggetto di bullismo	93.1	92.9	93
Una o due volte	4.1	5	4.6
Due o tre volte al mese	0.8	0.7	0.7
Circa una volta alla settimana	0.9	0.7	0.8
Più volte alla settimana	1.1	0.7	0.9

La maggior parte dei ragazzi, a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo. Il fenomeno, quando presente, interessa maggiormente le ragazze rispetto ai ragazzi (Figura 8).

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



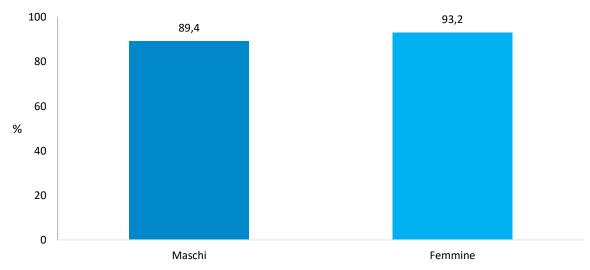
Il fenomeno è stato anche indagato dal punto di vista del perpetratore, chiedendo ai ragazzi se avessero mai partecipato, attivamente e sempre negli ultimi due mesi, ad atti di bullismo contro un pari (Tabella 33 e Figura 6 in modo analogo).

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non ho fatto il bullo con un compagno	89.4	93.2	91.4
Una o due volte	6.9	5.2	6
Due o tre volte al mese	1.7	1.1	1.4
Circa una volta alla settimana	0.7	0	0.3
Più volte alla settimana	1.3	0.5	0.9

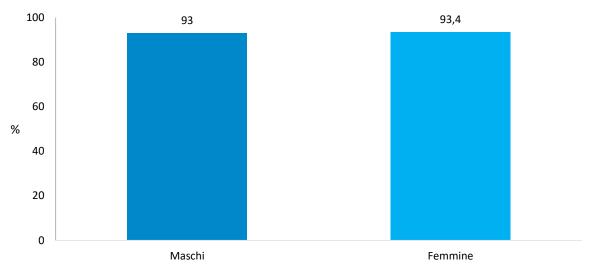
Nella Tabella 33 e nella Figura 6 si evidenzia che la maggior parte dei ragazzi non ha praticato episodi di bullismo verso un compagno. In generale sono le femmine ad aver partecipato a meno episodi di bullismo.

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



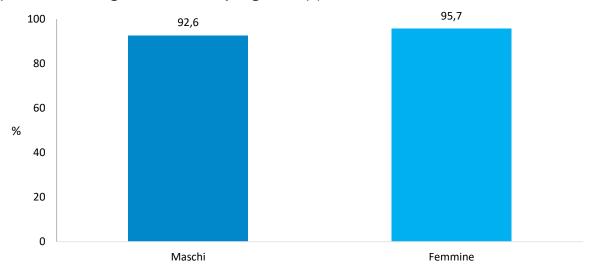
Come per il bullismo, mantenendo i due fenomeni separati, anche per il cyberbullismo sono state validate due domande specifiche: è stato chiesto ai ragazzi se negli ultimi due mesi avessero subito (in Figura 7) e/o partecipato (in Figura 8) ad azioni di cyberbullismo.

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



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

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



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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	73	87	80.1
Una volta	12.3	7.7	10
Due volte	6.6	2.3	4.4
Tre volte	3.3	1.8	2.5
Quattro volte o più	4.8	1.2	3

La tabella mostra come un'elevata percentuale degli studenti intervistati dichiari di non essere mai stato coinvolto in colluttazioni violente, tuttavia il 20% vi è stato coinvolto. In generale sono le femmine ad aver partecipato a meno episodi di violenza.

La Scuola

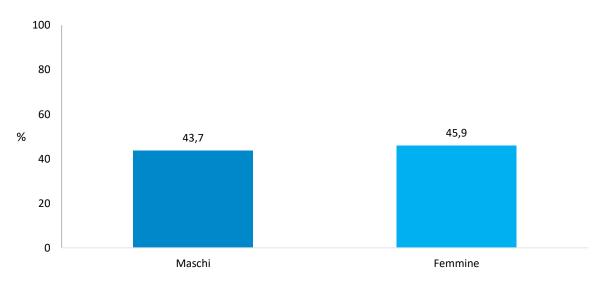
In Tabella 35 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età indipendentemente dal genere.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mi piace molto	4	2.7	3.3
Abbastanza	39.7	43.2	41.5
Non tanto	39.3	38.6	38.9
Non mi piace per nulla	17	15.5	16.3

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

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



I dati evidenziano come il rapporto dei ragazzi con la scuola sia abbastanza critico e in diminuizione con l'aumentare dell'età. Il giudizio positivo sulla scuola risulta lievemente più diffuso tra le ragazze.

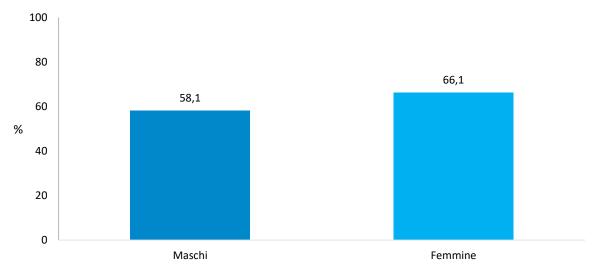
Il sovraccarico dovuto agli impegni e ai compiti o più in generale lo stress causato dalla scuola può avere ripercussioni sullo stato di salute dei ragazzi e sulle relazioni tra pari e adulti. Allo scopo di rilevare la quantità di stress percepito è stato chiesto ai ragazzi di esprimere il loro giudizio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

In Tabella 36 e Figura 13 sono rispettivamente riportate le risposte per età e per genere.

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

Per niente	3.8
Un po'	23.6
Abbastanza	32.6
Molto	40

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



Conclusioni

Dall'indagine emerge un ulteriore peggioramento del rapporto tra ragazzi di 17 anni e insegnanti rispetto alle fasce d'età 11, 13 e 15 anni. In generale i maschi si sentono maggiormente accettati dagli insegnanti rispetto alle femmine.

Circa il sostegno tra compagni la maggior parte dei ragazzi è "d'accordo" o "molto d'accordo". In generale c'è una lieve differenza tra maschi e femmine, specialmente rispetto alla possibilità di parlare dei loro problemi, affermazione in cui i maschi sono maggiormente d'accordo rispetto alle femmine. In generale i maschi sono maggiormente d'accordo circa gentilezza, disponibilità e grado di accettazione dei propri compagni.

La maggior parte dei ragazzi di 17 anni non ha subito episodi di bullismo o cyberbullismo, il fenomeno quando presente prende di mira maggiormente le ragazze rispetto ai ragazzi. In generale sono le femmine ad aver partecipato a meno episodi di violenza.

I dati confermano che all'aumentare dell'età diminuisce la percentuale di coloro a cui piace "molto" o "abbastanza" la scuola, specialmente nei maschi. Il lavoro scolastico rappresenta una fonte di stress per i ragazzi di 17 anni, in maggior misura nelle femmine rispetto che nei maschi.

Comportamenti di dipendenza: uso di sostanze

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	61	57,7	59,3
1-2 giorni	9,2	9,7	9,4
3-5 giorni	3,2	6	4,6
6-9 giorni	4,1	4,6	4,3
10-19 giorni	3	5,8	4,4
20-29 giorni	3,4	4,4	3,9
30 giorni o più	16,1	11,8	14

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	74,2	72,8	73,5
1-2 giorni	8,5	8,9	8,7
3-5 giorni	5,1	5,4	5,3
6-9 giorni	4,2	2,9	3,5
10-19 giorni	2,8	3,1	3
20-29 giorni	1,1	2,9	2
30 giorni o più	4,2	4	4,1

Nelle tabelle n°37 e 38 si rileva che, per quanto riguarda il fumo di sigaretta tradizionale, le femmine hanno delle percentuali di consumo maggiori dei maschi; "usano occasionalmente" in percentuale maggiore ed hanno frequenze superiori ai maschi in tutte le categorie. Unica eccezione riguarda i "forti fumatori" (30 giorni o più) che invece hanno una preponderanza maschile. In confronto con i dati nazionali, le frequenze regionali sono leggermente più alte. Rispetto alla sigaretta elettronica il trend sembra essere simile a quello relativo alla sigaretta tradizionale, ma ovviamente con valori più bassi in quanto si tratta di una pratica più recente che però si sta affermando velocemente soprattutto tra i giovani.

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

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

Maschi	16.1
Femmine	11.8

Alcol

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

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	18,4	13,1	15,7
1-2 giorni	14	13,9	14
3-5 giorni	9	8,4	8,7
6-9 giorni	7,7	8,3	8
10-19 giorni	10,3	10,1	10,2
20-29 giorni	8,8	6,8	7,8
30 giorni o più	31,8	39,4	35,6

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	31,4	22,4	26,8
1-2 giorni	22,9	30,1	26,6
3-5 giorni	18,7	20,6	19,7
6-9 giorni	15,3	13,4	14,3
10-19 giorni	5,7	9,7	7,7
20-29 giorni	2,3	1,9	2,1
30 giorni o più	3,6	2	2,8

I dati indicano quanto il consumo di l'alcol sia molto diffuso nei giovani italiani; solo il 18,4% dei maschi ed il 13,1% delle femmine dichiarano di non aver MAI bevuto. Per quanto riguarda la frequenza "nella vita" i maschi dichiarano consumi leggermente maggiori rispetto alle ragazze anche se quest'ultime si dimostrano più propense a "provare" rispetto ai maschi (ha utilizzato almeno una volta nella vita l' 86,9% delle ragazze rispetto all' 81,6% dei maschi). Significativo anche il 39,4% delle ragazze che dichiarano di aver bevuto "negli ultimi 30 giorni o più" rispetto a quanto dichiarano i maschi che nella stessa categoria sono il 31,8%.

Per quanto riguarda le condotte riferite agli ultimi 30 giorni, si nota come le ragazze dichiarino una abitudine maggiore al consumo episodico di alcol, probabilmente legato al consumo nel fine-settimana. La situazione si inverte se si considerano stili di consumo più consistenti, in cui sono i maschi a fornire le frequenze maggiori. A conferma di ciò vediamo come, in tabella 41bis, utilizzano quotidianamente alcol il 3,6% dei ragazzi contro il 2% delle ragazze.

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

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

Maschi	3.6
Femmine	2

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

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

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai
Birra	1,8	22,9	13,9	32,4	28,9
Vino	2,3	18,2	17,8	35,5	26,3
Superalcolici	0,9	21,3	21,7	30,5	25,6
Alcolpops	1	6,6	7,6	28,7	56,2
Spritz	1	22	23,1	33,2	20,7
Altra bevanda alcolica	1,4	24,8	22,2	33,7	17,9

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriachezza. In Tabella 43 si può dunque osservare la frequenza con cui i ragazzi di 17 anni dichiarano di adottare questo comportamento scorretto.

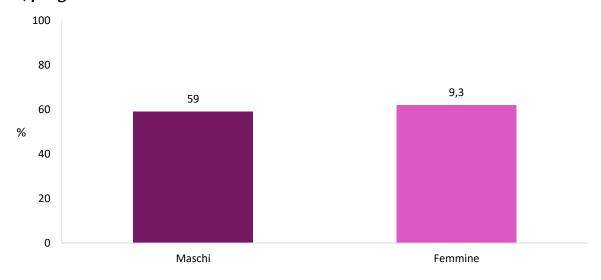
Tabella 43 Frequenza di ubriacatura nella vita, (%)

No, mai	34,7
Sì, una volta	15
Sì, 2-3 volte	20,8
Sì, 4-10 volte	15,3
Più di 10 volte	14,2

Per quanto riguarda l'ubriacatura, nella tabella 43, si nota come sia una eventualità capitata a 3 ragazzi su 4. Desta particolare preoccupazione constatare che un significativo 29,5% dei ragazzi si sia ubriacato 4 o più volte nella vita.

Nella Figura 11 è possibile capire le differenze di genere nella frequenza di ubriachezza; in particolare in coloro che dichiarano di essersi ubriacati 2 volte o più.

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

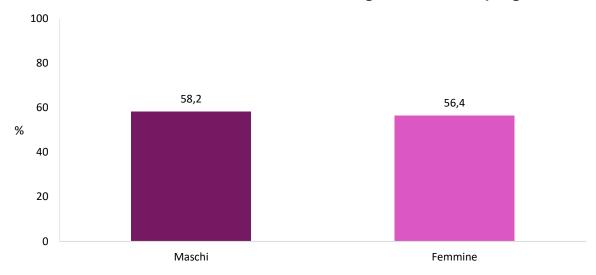


Le percentuali di chi dichiara di essere stato ubriaco 2 volte o più nella vita sono abbastanza alte, inoltre le ragazze che indicano questo tipo di comportamento hanno una frequenza leggermente maggiore rispetto ai coetanei maschi.

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

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

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

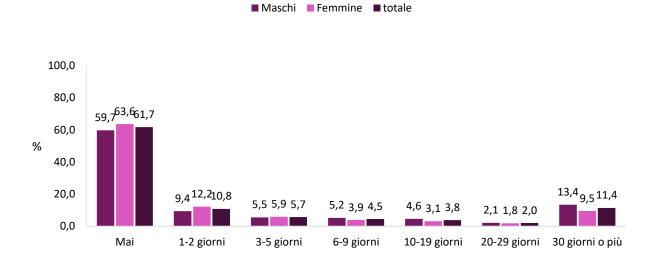


Nella Figura 12 a più della metà dei ragazzi del campione è capitato di praticare il bingedrinking: i maschi con una frequenza maggiore ma le ragazze hanno una percentuale di poco inferiore.

Cannabis

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

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

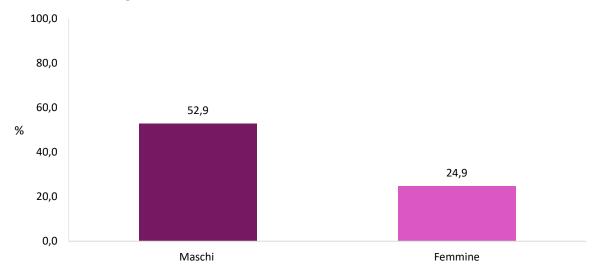


A differenza di alcol e tabacco si nota come le ragazze abbiano una minore tendenza a consumare cannabis infatti, ben il 63,6% delle femmine dichiara di non aver mai fumato contro il 59,7% dei maschi. Le ragazze sembrano avere uno stile di consumo occasionale e infatti hanno frequenze maggiori rispetto ai ragazzi quando si considerano sporadici utilizzi nella vita (1-5 giorni). Come aumenta la frequenza dell'utlizzo, la percentuale dei maschi diventa maggiore rispetto a quella delle ragazze.

Gioco d'azzardo

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

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



Il gioco d'azzardo sembra essere prerogativa dei maschi, infatti più della metà degli intervistati (52,9%) ha dichiarato di aver scommesso denaro almeno una volta nella vita. La percentuale delle ragazze è significativamente più bassa e riguarda solo il 18,7% delle ragazze coinvolte nell'indagine. Rispetto ai dati nazionali le Marche si posizionano sotto la media che indicano percentuali di 57,6% per i maschi e 20,2 per le femmine.

Il FAS e i comportamenti di dipendenza

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

Nella Tabella 44 proponiamo la stratificazione con la scala FAS di alcuni indicatori presenti in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Fumo di sigaretta, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	39,6	40,7	39,9
Fumo di sigaretta elettronica, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	21,2	27,2	29,4
Consumo di alcol, almeno un giorno negli ultimi 30 giorni	63,1	75	82,1
Ubriachezza, 2 o più esperienze nella vita	37,3	43,8	45,8
Binge drinking, almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi	52,2	57,2	64,9
Fumo di cannabis, almeno un giorno nella vita	35,4	38,2	42,2
Gioco d'azzardo almeno una volta nella vita	32,2	34,3	40,6

Confrontare il FAS con le abitudini che sono state prese in considerazione ci mostra chiaramente che maggiore è lo status socio-economico della famiglia di appartenenza e maggiore è la frequenza dei comportamenti. Questo dato sembra suggerire che i comportamenti di dipendenza siano maggiormente correlati alla disponibilità economica che non ad una disposizione etica o valoriale. L'unico comportamento che non segue il trend è il fumo di sigaretta che ha percentuali simili nei tre livelli del FAS e che addirittura scende per le famiglie a status elevato. Usare la sigaretta elettronica invece è il comportamento che viene maggiormente influenzato dal crescere dello status (fas medio +28,3% rispetto a fas basso).

Conclusioni

La rilevazione HBSC 2022 ha esteso la sorveglianza agli adolescenti di 17 anni studiandone i comportamenti di dipendenza derivanti dall'uso di sostanze lecite e illecite e come per i quindicenni, indagando le esperienze col gioco d'azzardo.

Relativamente al fumo di sigaretta tradizionale, le femmine hanno delle percentuali e frequenze di consumo superiori ai maschi in tutte le categorie ad eccezione dei "forti fumatori" (30 giorni o più) in cui si registra una preponderanza maschile. In confronto ai dati nazionali, le frequenze regionali sono leggermente più alte. Rispetto alla sigaretta elettronica il trend sembra essere simile a quello della sigaretta tradizionale, ma ovviamente con valori più bassi in quanto si tratta di una pratica più recente ma in veloce trasformazione soprattutto tra i giovani.

Lo status socio-economico familiare, valutato attraverso l'indicatore FAS, non sembra influire sull'abitudine al fumo di sigarette, mentre l'uso della sigaretta elettronica, in linea con i dati nazionali, è influenzato dal crescere dello status socio-economico.

L'alcol rimane la sostanza maggiormente utilizzata fra i giovani italiani e tra quelli che frequentano gli Istituti secondari di secondo grado nella Regione Marche dove solo il 18.4% dei maschi ed il 13,1% delle femmine dichiara di non aver mai bevuto.

Si registra un aumento di assunzione di bevande alcoliche occasionale al di fuori dei pasti tra le ragazze 17enni che dichiarano una abitudine al consumo episodico (1 - 2 giorni a settimana) di alcol maggiore rispetto ai ragazzi (30.1% rispetto al 22,9% nei maschi).

Relativamente alla cannabis, tra i consumatori abituali di cannabinoidi troviamo più maschi (13,4%) che femmine (9.5%). Le ragazze in controtendenza rispetto a fumo ed alcool, riferiscono una minor propensione all'uso occasionale (12,2% contro il 9,4% dei ragazzi che usano 1-2 giorni a settimana). Nella Regione Marche ben il 63,6% delle ragazze dichiara di non aver mai fumato cannabis nella vita contro il 59,7% dei maschi.

L'HBSC 2022 ha indagato le esperienze col gioco d'azzardo nei ragazzi di 17 anni. Il gioco d'azzardo nella Regione Marche, in linea con i dati nazionali, risulta essere un comportamento di dipendenza diffuso soprattutto nei maschi (il 52,9% dei ragazzi dichiara di aver scommesso denaro almeno una volta nella vita, mentre la percentuale delle ragazze è significativamente più bassa cioè il 18,7%).

Tutti i comportamenti di dipendenza rilevati a livello regionale, ad eccezione del fumo da sigaretta tradizionale, sembrano essere correlati al crescere dello status socio-economico per cui maggiore risulta essere la disponibilità economica della famiglia di appartenenza, maggiore è la frequenza dei comportamenti.

Salute e benessere

Salute percepita

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Eccellente	27.2	11.4	19.2
Buona	56.8	59.6	58.2
Discreta	13.8	25.3	19.6
Scadente	2.2	3.7	3

Dai dati in tabella si evince che il 77.4% dei ragazzi considera il suo stato di salute eccellente e buono. Appaiono differenze di genere: nei maschi prevale una valutazione del proprio stato di salute buona (56.8%) / eccellente (27.2%) mentre nelle femmine prevale una valutazione del proprio stato di salute buona (59.6%) / discreta (25.3%); la valutazione della salute eccellente nelle femmine è soltanto dell'11.4%.

Soddisfazione di vita (ex benessere percepito)

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
0-5	23.1	31.3	27.2
≥6	76.9	68.7	72.8

Il confronto tra maschi e femmine evidenzia differenze sulla percezione della qualità della vita che risulta migliore per i maschi (76.9%) che per le femmine (68.7%).

Sintomi riportati

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Circa ogni giorno	32.7	59.3	46.2
Più di una volta a settimana	33.8	32	32.9
Circa una volta a settimana	21.2	5.9	13.4
Circa una volta al mese	9.7	2.1	5.9
Raramente o mai	2.6	0.7	1.6

Le percentuali riscontrate evidenziano particolari differenze in relazione all'aver avuto o aver avvertito uno dei sintomi circa ogni giorno (59.3% femmine vs. 32.7% maschi).

Utilizzo di farmaci

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	51.5	27.3	39.3
Sì	48.5	72.7	60.7

Emergono differenze di genere sull'utilizzo di farmaci, in particolare le femmine hanno assunto medicine o farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese nel 72.7% dei casi. Tuttavia anche quasi la metà dei maschi (48.5%) ha assunto medicine o farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese.

Abitudini sessuali

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni e diciassettenni contiene una breve sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale. La Tabella 49 mostra la frequenza di diciassettenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

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

	Maschi	Femmine	Totale
No	59.5	56.1	57.8
Sì	40.5	43.9	42.2

Come si rileva dalla Tabella 51 il 42.2% dei diciassetteni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi; le femmine in percentuale maggiore dei maschi.

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Preservativo	66.2	55.9	60.8
Pillola	12.9	14.4	13.7
Coito interrotto	54.6	60.9	58
Contraccezione di emergenza	6.9	5.3	6.1
Giorni fertili	18.3	20.6	19.5
Altri metodi	4.1	3.3	3.7

In tabella si evincono alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare il metodo utilizzato con più frequenza dai maschi è il preservativo (66.2%) mentre nelle femmine è il coito interrotto (60.9%).

Benessere Psicologico

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
< 12.5	38	73.2	55.9
≥ 12.5	62	26.8	44.1

Il confronto tra genere mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico che risulta essere basso in misura molto più frequente nelle femmine (73.2%) in confronto ai maschi (38%). Specularmente il proprio benessere psicologico risulta essere alto in misura molto più frequente nei maschi (62%) in confronto alle femmine (26.8%).

Solitudine percepita

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

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

	Maschi	Femmine	Totale
Mai	22.5	7.8	15.1
Raramente	34.1	24.6	29.2
A volte	30.6	45.7	38.3
La maggior parte delle volte	10.8	17.4	14.2
Sempre	2	4.5	3.2

Le femmine si sono sentite sole negli ultimi 12 mesi la maggior parte delle volte/sempre nel 21.9% delle rispondenti rispetto al 12.8% dei rispondenti 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. Nella Tabella 53 sono riportate le frequenze percentuali relative a tali infortuni per i ragazzi di 17 anni.

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

	Maschi	Femmine	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	49.8	64.3	57.2
Una volta	29.5	20.9	25.1
Due volte	13	8	10.5
Tre volte	3.7	4.5	4.1
Quattro volte o più	4	2.3	3.1

In generale il 57.2% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche (64.3% delle femmine vs. 49.8% dei maschi).

Il FAS e la soddisfazione di vita

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

Nella Tabella 54 proponiamo la stratificazione con la scala FAS dei due livelli di percezione della soddisfazione di vita.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
< 5	36.4	26.2	16.1
≥ 6	63.6	73.8	83.9

Il livello di soddisfazione di vita è generalmente sufficiente. Tuttavia la percentuale aumenta all'aumentare del livello socio-economico e la maggiore soddisfazione di vita è presente nella categoria FAS alto (83.9%) e nella categoria FAS medio (73.8%). Nella categoria FAS basso risulta essere 63.6%.

Conclusioni

Dai dati si evince che il 77.4% dei diciassettenni considera il suo stato di salute eccellente e buono con differenze di genere: nei maschi prevale una valutazione del proprio stato di salute buona (56.8%) / eccellente (27.2%) mentre nelle femmine prevale una valutazione del proprio

stato di salute buona (59.6%) / discreta (25.3%); la valutazione della salute eccellente nelle femmine è soltanto dell'11.4%.

La qualità della vita percepita risulta migliore per i maschi (76.9%) rispetto alle femmine (68.7%).

Fa riflettere il fatto che negli ultimi sei mesi il 59.3% femmine e il 32.7% maschi dichiara di aver avuto o aver avvertito uno dei sintomi circa ogni giorno.

Emergono differenze di genere sull'utilizzo di farmaci, in particolare le femmine hanno assunto medicine o farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese nel 72.7% dei casi. Tuttavia anche quasi la metà dei maschi (48.5%) ha assunto medicine o farmaci per almeno un sintomo nell'ultimo mese.

Riguardo alle abitudini sessuali, il 42.2% dei diciassetteni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi, le femmine in percentuale maggiore dei maschi. Si evidenziano alcune differenze nell'utilizzo dei diversi metodi contraccettivi tra maschi e femmine; in particolare il metodo utilizzato con più frequenza dai maschi è il preservativo (66.2%) mentre nelle femmine è il coito interrotto (60.9%).

Il confronto tra genere mostra differenze nella percezione del proprio benessere psicologico che risulta essere basso in misura molto più frequente nelle femmine (73.2%) in confronto ai maschi (38%). Specularmente il proprio benessere psicologico risulta essere alto in misura molto più frequente nei maschi (62%) in confronto alle femmine (26.8%). Le femmine si sono sentite sole negli ultimi 12 mesi la maggior parte delle volte/sempre nel 21.9% delle rispondenti rispetto al 12.8% dei rispondenti maschi.

Rispetto agli infortuni, il 57.2% dei ragazzi dichiara di non aver avuto infortuni negli ultimi 12 mesi che abbiano richiesto cure mediche (64.3% delle femmine vs. 49.8% dei maschi).

Il livello di soddisfazione di vita dei diciassettenni è generalmente sufficiente. Tuttavia ci sono differenze rispetto al FAS: la percentuale aumenta all'aumentare del livello socio-economico e la maggiore soddisfazione di vita è presente nella categoria FAS alto (83.9%) e nella categoria FAS medio (73.8%). Nella categoria FAS basso soltanto il 63.6% dichiara una vita soddisfacente.

Social Media

L'uso dei social media

Per quanto riguarda i possibili benefici e rischi in termini di connessione sociale, lo studio HBSC rileva la frequenza con cui i ragazzi hanno contatti online con i loro amici, con amici di un gruppo allargato, con altre persone (es. familiari, compagni di classe, insegnanti) e con persone conosciute online. In Tabella 55 sono riportate le risposte dei ragazzi.

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

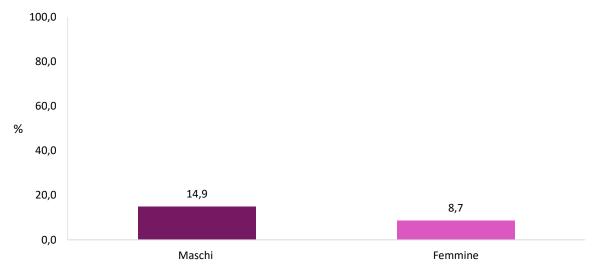
	Maschi	Femmine	Totale
Amici stretti	82,7	88,8	85,8
Amici di un gruppo allargato	48,9	40,9	44,9
Amici conosciuti tramite internet	18,3	15,8	17
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	42,8	56,5	49,8

Rispetto ai totali del campione degli undicenni, tredicenni e quindicenni, si registra un aumento considerevole dei contatti online con gli amici stretti (da 77,9 si passa a 85,8) e con amici conosciuti tramite internet (da 15,4 si passa a 17), mentre risultano inferiori i contatti con il gruppo allargato e con persone non amici (genitori, fratelli/sorelle, etc).

L'uso dei videogiochi

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

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



Osservando la Figura 15, si nota che il 14,9% dei ragazzi maschi di 17 anni, dedica ai videogiochi almeno 4 ore in un giorno in cui gioca, mentre una percentuale inferiore di ragazze, circa l'8,7 %, di 17 anni, dichiara di giocare ai videogiochi per almeno di 4 ore in un giorno. Anche solo considerando il fattore tempo (almeno 4 ore nel giorno in cui si gioca) appare evidente che c'è un utilizzo importante dei videogichi anche a 17 anni. Anche in questo caso, l'abitudine riguarda decisamente più gli adolescenti maschi (che rispetto ai ragazzi più piccoli, giocano in percentuali inferiori) che le femmine la cui percentuale cresce con il crescere dell'età.

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

100,0
80,0
60,0
%
40,0
20,0
17,2
8,3
0,0
Maschi Femmine

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

Le percentuali dei ragazzi che fanno un uso problematico dei viseogiochi sembra diminuire con l'età, passando da 21,3 dei maschi 15enni a 17,2 dei 17enni e da 15,2 delle femmine 15enni a 8,3 delle 17enni.

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

Lo status socio-economico della famiglia è un determinante importante del benessere e degli stili di vita degli adolescenti. Nella Tabella 56 riportiamo la stratificazione con la scala FAS degli indicatori relativi all'uso dei social media e dei videogiochi presentati in questo capitolo.

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

	FAS basso	FAS medio	FAS alto
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici stretti	81,8	86,8	88,4
Contatti online (quasi tutti i giorni o più spesso) con un gruppo allargato	42,1	44,1	51
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con amici conosciuti tramite internet	21	14,8	19,5
Contatti (quasi tutti i giorni o più spesso) con altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50,2	48,9	52,9
Uso problematico dei social media	11,2	10,3	9,3
Tempo dedicato a giocare con i videogiochi (almeno 4 ore in un giorno)	17,9	12	7,5
Uso problematico dei videogiochi	19,8	11,8	17,7

I diciassettenni con FAS alto sembrano avere più frequenza di contatti online, mentre quelli con FAS basso più comportamenti a rischio (uso problematico dei social e dei videogiochi, almeno 4 ore sui videogiochi in un giorno).

Conclusioni

L'indagine conferma che c'è un utilizzo importante dei videogichi anche a 17 anni. L'abitudine riguarda decisamente più gli adolescenti maschi (che rispetto ai ragazzi più piccoli, giocano in percentuali inferiori) che le femmine la cui percentuale però cresce con il crescere dell'età. L'uso problematico invece, sembra diminiore con il passare degli anni. Infine, lo status socioeconomico della famiglia condiziona il tipo di contatti online che l'adozione dei comportamenti a rischio.

