

# HBSC

Health Behaviour in School-aged Children

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

Anno 2018



<b>PREFAZIONE .....</b>	<b>6</b>
<b>PREMESSA .....</b>	<b>8</b>
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>10</b>
<b>1. STUDIO HBSC ITALIA 2018 E CAMPIONE REGIONALE.....</b>	<b>13</b>
INTRODUZIONE .....	14
METODOLOGIA .....	14
POPOLAZIONE IN STUDIO .....	14
MODALITA' DI CAMPIONAMENTO.....	14
QUESTIONARI PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E PROCEDURE DI ANALISI.....	15
VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY .....	16
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE.....	16
<b>2. CONTESTO FAMILIARE.....</b>	<b>19</b>
INTRODUZIONE .....	20
LA STRUTTURA FAMILIARE.....	20
LA QUALITA' DELLE RELAZIONI CON I GENITORI.....	22
MONITORING .....	24
LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE .....	26
IN SINTESI .....	30
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE .....	31
<b>3. AMBIENTE SCOLASTICO.....</b>	<b>33</b>
INTRODUZIONE .....	34
STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE .....	34
RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI .....	40
RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE .....	42
BULLISMO E CYBERBULLISMO.....	44
L'ESPERIENZA SCOLASTICA.....	49
IN SINTESI .....	50
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE .....	52
<b>4. SPORT E TEMPO LIBERO .....</b>	<b>54</b>
INTRODUZIONE .....	55
L'ATTIVITA' FISICA .....	55
COMPORAMENTI SEDENTARI .....	59
FREQUENZA DELL'USO DI TELEVISIONE, COMPUTER E NUOVE FORME DI COMUNICAZIONE.....	59
IN SINTESI .....	63
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE .....	64
<b>5. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE.....</b>	<b>66</b>
INTRODUZIONE .....	67
FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI.....	68
CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA .....	70
CONSUMO DI DOLCI E BEVANDE GASSATE.....	72
STATO NUTRIZIONALE.....	75
INSODDISFAZIONE CORPOREA.....	76
IGIENE ORALE .....	78
IN SINTESI .....	79

<b>6. SOSTANZE E COMPORAMENTI D'ABUSO.....</b>	<b>83</b>
INTRODUZIONE .....	84
USO DI SOSTANZE .....	84
FUMO .....	85
ALCOL .....	87
CANNABIS E ALTRE DROGHE .....	92
GIOCO D'AZZARDO .....	96
IN SINTESI .....	98
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE .....	100
<b>7. SALUTE E BENESSERE .....</b>	<b>102</b>
INTRODUZIONE .....	103
SALUTE PERCEPITA .....	104
BENESSERE PERCEPITO.....	106
UTILIZZO DI FARMACI.....	112
ABITUDINI SESSUALI.....	113
INFORTUNI .....	117
RAPPORTO TRA PARI .....	118
IN SINTESI .....	119
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE .....	120
<b>8. SOCIAL MEDIA .....</b>	<b>122</b>
INTRODUZIONE .....	123
L'USO DEI SOCIAL MEDIA .....	123
IN SINTESI .....	125
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE .....	126

## Gruppo di Ricerca HBSC Italia 2018

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

**Università degli studi di Torino:** Franco Cavallo, Nazario Cappello, Giulia Piraccini, Paola Berchiolla, Alberto Borraccino, Lorena Charrier, Paola Dalmasso, Patrizia Lemma, Veronica Sciannameo

**Università degli studi di Padova:** Alessio Vieno, Natale Canale, Marta Gaboardi, Michela Lenzi, Claudia Marino, Massimo Santinello

**Università degli studi di Siena:** Giacomo Lazzeri, Mariano Vincenzo Giacchi, Andrea Pammolli, Rita Simi

**Ministero della Salute:** Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano

**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca:** Alessandro Vienna

**Referenti regionali:** Claudia Colleluori, Manuela Di Giacomo, Ercole Ranalli (Regione Abruzzo), Gabriella Cauzillo, Mariangela Mininni, Gerardina Sorrentino (Regione Basilicata), Caterina Azzarito, Antonella Cernuzio, Marina La Rocca, Adalgisa Pugliese (Regione Calabria), Gianfranco Mazzarella (Regione Campania), Paola Angelini e Marina Fridel (Regione Emilia Romagna), Claudia Carletti, Federica Concina, Luca Ronfani, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Giulia Cairella, Laura Bosca, Maria Teresa Pancallo (Regione Lazio), Giannaelisa Ferrando (Regione Liguria), Corrado Celata, Liliana Coppola, Claudia Lobascio, Giuseppina Gelmi, Lucia Crottogini, Veronica Velasco (Regione Lombardia), Simona De Introna, Giordano Giostra (Regione Marche), Maria Letizia Ciallella, Michele Colitti, Ermanno Paolitto (Regione Molise), Marcello Caputo (Regione Piemonte), Domenico Stingi, Pina Pacella, Pietro Pasquale (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, Alessandra Murgia (Regione Sardegna), Achille Cernigliaro, Maria Paola Ferro, Salvatore Scondotto (Regione Sicilia), Laura Aramini, Valentina Corridori, Giacomo Lazzeri (Regione Toscana), Marco Cristofori, Daniela Sorbelli, Giovanni Giovannini (Regione Umbria), Anna Maria Covarino (Regione Valle D'Aosta), Federica Michieletto, Erica Bino (Regione Veneto), Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento), Antonio Fanolla, Sabine Weiss (Provincia Autonoma di Bolzano).

## Gruppo di Ricerca regionale HBSC 2018

**Regione Lombardia - DG Welfare:** Corrado Celata, Liliana Coppola, Lucia Crottogini, Claudia Lobascio

**ATS Milano:** Giusi Gelmi, Chiara Scuffi, Veronica Velasco,

**MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia:** Mariacira Veneruso

### Agenzie di Tutela della Salute (ATS):

ATS	Referenti	Somministratori
Bergamo	Giuliana Rocca	Barbara Biazzo, Luca Biffi, Lucia Emma Fontana, Alessandra Maffioletti
Brescia	Paola Ghidini	Maria Luigia Basile, Maria Clementina Ferremi, Marco Gandolfi, Antonella Mazzoli, Anna Maria Rocco,
Brianza	Ornella Perego	Patrizia Benenati, Narciso Cazzato, Emanuela Alessandra Donghi, Maria Saveria Fontana, Lidia Frattallone, Rosalia Liuzza, Giuseppe Monaco, Michela Perolini, Giancarlo Perrone, Dolores Maria Rizzi, Andrea Natale Rossi
Insubria	Raffaele Pacchetti	Andrea Ciserchia, Walter De Agostini, Antonietta Orlando, Monica Ponti
Milano Città Metropolitana	Corrado Celata	Maria Grazia Alloisio, Elena Armondi, Elena Bertolini, Maria Rosa Dettori, Fortunato D'Orio, Silvia Ferrari, Laura Galessi, Anna Rita Loi, Claudia Meroni, Simona Olivadoti, Elisa Peruzzo, Roberta Tassi
Montagna	Maria Stefania Bellesi	Stefania Cerletti, Sonia Pelamatti
Pavia	Silvia Maggi	Rossella Burroni, Daniela Capella, Evelina Cavalli Raffaini, Consilia Nadia Incardona, Lorella Vicari
Val Padana	Elena Nichetti	Valter Drusetta, Maria Letizia Marchetti, Gloria Molinari, Elena Nichetti, Lorenza Parmesani

## PREFAZIONE

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

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) si inserisce in questo contesto con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni e costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute in questa fascia di età.

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.

Lo studio è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia nel 1982 e oggi il Network HBSC comprende 49 paesi in Europa, Nord America, Israele e un vasto team multidisciplinare di studiosi e ricercatori.

L'Italia è entrata a far parte di questo Network nel 2000 e dal 2002 ad oggi sono state realizzate cinque raccolte dati (2002, 2006, 2010, 2014 e 2018) promosse e finanziate dal Ministero della Salute/CCM, coordinate dalle Università di Torino, Padova e Siena e svolte in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) e le Regioni.

Fino al 2006 lo studio HBSC è stato condotto solo a livello nazionale da un team di tre Università (Torino, Siena e Padova) con il coordinamento dell'Università di Torino. L'indagine si è estesa progressivamente anche a livello regionale coinvolgendo Piemonte, Veneto, Toscana, Lombardia e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Nel 2010 HBSC è entrato a far parte del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e promosso dal Ministero della Salute/CCM, in collaborazione con il MIUR e collegato alla strategia europea "Gaining health". In questa edizione, l'indagine HBSC ha previsto per la prima volta una rappresentatività sia nazionale che regionale, permettendo di avere dati rappresentativi della realtà territoriale a livello di tutte le regioni.

Nel 2017, Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (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" - GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017 ha inserito il "Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni" tra quelli di rilevanza nazionale e regionale e ha individuato nell'ISS l'Ente presso il quale è istituito. L'ISS ha coordinato la rilevazione del 2018 con la collaborazione dell'Università di Torino, di Siena e di Padova, storicamente coinvolte nello studio nazionale e internazionale.

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 2018

## PREMESSA

Promuovere la salute sin nelle fasi precoci della vita attraverso una alleanza tra sistema sanitario, sistema educativo e scolastico, famiglie, responsabili delle policy nelle comunità locali, mondo della ricerca è una delle strategie raccomandate per costruire interventi coerenti ai diversi contesti e risposte adeguate alle possibili criticità.

Policy e programmi di promozione della salute rivolti alla popolazione giovanile nel Piano regionale di Prevenzione di Regione Lombardia si fondano su questa strategia all'interno di un più ampio processo programmatico che a partire dall'analisi di contesto e del profilo di salute, individua e mette in atto le migliori pratiche validate, in un continuo dialogo con il mondo della ricerca scientifica e sul campo (efficacy e effectiveness).

I sistemi di sorveglianza insieme alle altre raccolte di informazioni statistiche nazionali, rendono disponibili uno straordinario set di dati sullo stato di salute e sui bisogni della popolazione che rappresenta uno strumento chiave per individuare le priorità di intervento, definire le risorse, orientare le pratiche, valutare gli esiti.

Nella programmazione di interventi di prevenzione e di promozione della salute "per" e "con" la popolazione giovanile, lo studio HBSC rappresenta una straordinaria e unica fotografia delle loro abitudini, del loro mondo, della loro percezione di benessere fisico, psichico e sociale.

Lo studio HBSC è ormai un appuntamento consolidato e irrinunciabile, a cui Regione Lombardia partecipa con impegno da oltre 10 anni.

Le informazioni fornite dallo studio sono uno strumento di sistema, atteso da tutti gli attori che collaborano, a vario titolo, ai programmi di prevenzione e promozione della salute. Grazie alle indicazioni dello studio il dialogo intersettoriale con i diversi stakeholder (famiglie, insegnanti, amministratori locali, terzo settore e associazionismo) per la condivisione di strategie di azione si può fondare su informazioni fondate ed elementi concreti e dinamici cioè al passo con i cambiamenti che, per loro natura, appartengono a queste fasce d'età.

I trend che si delineano nel corso degli anni, indicano l'evoluzione di comportamenti e percezioni di salute dei giovani lombardi, segnalando dove è più urgente intervenire, ma contestualmente rappresentano anche un efficace indicatore di esito delle politiche intraprese finora.

Potersi confrontare poi a livello nazionale ed europeo offre l'occasione di comprendere più a fondo la condizione di "salute" degli adolescenti lombardi, quali sono i punti di forza e quali le criticità, oltre a consentire lo scambio di esperienze e riflessioni con colleghi ed esperti di tutta Europa, arricchendo così il ventaglio delle possibili offerte da proporre localmente.

I dati raccolti dallo studio spaziano a 360° nel panorama della salute e del benessere giovanile. Questo report rappresenta una prima importante restituzione ed è integrato con un primo set di approfondimenti tematici (su dati 2014) esitati dalla collaborazione instaurata con Università e Istituti di ricerca finalizzata a far dialogare mondi disciplinari diversi che, analizzando i dati dalle rispettive prospettive possono contribuire al percorso regionale di programmazione orientata verso sempre più efficaci linee di intervento, anche a carattere innovativo.



Il tasso di partecipazione delle scuole a quest'ultima edizione è stato molto elevato, questo, oltre a permettere standard di altissima qualità, ha confermato la ricchezza del dialogo collaborativo tra sistema sanitario e scolastico ormai consolidato in Lombardia: il contributo dato da Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Territoriali, Dirigenti Scolastici, Rete delle Scuole che Promuovono Salute, è stato essenziale per il successo di questa edizione.

Un particolare ringraziamento a quanti, ogni volta, rendono possibile il realizzarsi dello studio: agli studenti che condividono il proprio mondo, ai genitori che li autorizzano, agli insegnanti che mettono a disposizione il tempo, ai professionisti delle ATS che somministrano e raccolgono i questionari, a chi elabora e analizza i dati.

Pensiamo che il modo migliore per ringraziarli sia dare massima diffusione a questi dati affinché diventino un reale strumento di conoscenza e cambiamento.

Il gruppo di ricerca HBSC Lombardia 2018

# RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti gli studenti delle classi I e III delle scuole secondarie di I grado e gli studenti delle classi II delle scuole secondarie di II grado che hanno compilato i questionari e le loro famiglie.

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

Si ringraziano tutte le scuole secondarie di I grado e gli istituti superiori della Lombardia che hanno partecipato allo studio HBSIC Italia 2017-18:

## Scuole secondarie di I grado

<b>Bergamo</b>	S.M.S. Casazza	Casazza
	Secondaria I grado Cisano	Cisano
	S.M.S. Mons. Carozzi seriate	Seriate
	S.M.S. Aldo Moro Seriate	Seriate
<b>Brescia</b>	Sec.I Grado E. Mattei Cellatica	Cellatica
	Agosti - Dello	Dello
	V.Bachelet - Isorella	Isorella
	Scuola Sec. Don Tadini Lodrino	Lodrino
	Beato Tovini	Manerbio
	S. Quasimodo Nuvolento	Nuvolento
	Ancelle della Carita'	Palazzolo sull'Oglio
	M.L. King Palazzolo S/O	Palazzolo sull'Oglio
	G. Dale' - Roccafranca	Roccafranca
	Scuola Secondaria A. Gramsci	Roncadelle
Secondaria Manzoni - Piancogno	Piancogno	
<b>Como</b>	S.M.S. Anzani - Cantù	Cantù
	G. Marconi - Como Albate	Como
	S.M.S. Don Milani- Tavernerio	Tavernerio
<b>Cremona</b>	Ripalta Cremasca	Ripalta Cremasca
	Sec. I Grado D. Alighieri	Offanengo
<b>Lecco</b>	G. Verga	Cernusco Lombardone
<b>Lodi</b>	Secondaria I Grado - Ognissanti	Codogno
	Secondaria I Grado S. Francesca Cabrini	Sant'Angelo Lodigiano
<b>Mantova</b>	Mantova Alberti	Mantova
	Mantova "G. Bertazzolo"	Mantova
<b>Milano</b>	Da Vinci - Arese	Arese
	Nova Terra	Buccinasco
	S.M.S. Buscate	Buscate
	Monte Grappa - Bussero	Bussero
	Paisiello - Cinisello B.mo	Cinisello Balsamo
	Buonarroti - Corsico-	Corsico
	A. Locatelli Locate Di Triulzi	Locate Di Triulzi
	A. Manzoni - Mediglia	Mediglia
	Italo Calvino - Melegnano	Melegnano
	L. Da Vinci	Milano
	Quintino Di Vona	Milano
	Colombo	Milano
	Via Zuara 7/Milano	Milano
	Ascoli - Francesco D'Assisi	Milano
	Colorni	Milano
	E. De Marchi Junior - T. Gulli	Milano
	Carlo Porta	Milano

	Noviglio Zelofoamagno Luini - Falcone Rozzano A. B. Sabin Segrate S.M.S. di Vermezzo	Noviglio Peschiera Borromeo Rozzano Segrate Vermezzo
<b>Monza Brianza</b>	Scuola Secondaria di I grado Gilera Ferruccio Aldo Moro - Besana in Brianza Leonardo Da Vinci Brugherio (De Pisis) Scuola Secondaria di I grado Fratelli Maristi Salvo D'acquisto Cesano Maderno S. D'acquisto - Muggio' Leonardo Da Vinci - Seveso Via Grandi - Verano Brianza	Arcore Besana In Brianza Brugherio Cesano Maderno Cesano Maderno Muggio' Seveso Verano Brianza
<b>Pavia</b>	Enrico Fermi Felice Ressico D. Bramante G. Pascoli	Magherno Palestro Vigevano Voghera
<b>Varese</b>	Majno - Gallarate D. Alighieri- Olgiate Olona - L. Da Vinci - Saronno - Galileo Galilei - Tradate -	Gallarate Olgiate Olona Saronno Tradate

## Scuole secondarie di II grado

<b>Bergamo</b>	Oscar Arnulfo Romero Edoardo Amaldi Luigi Einaudi Guglielmo Marconi G.B. Rubini Lorenzo Federici Simone Weil David Maria Turoldo	Albino Alzano Lombardo Dalmine Dalmine Romano di Lombardia Trescore Balneario Treviglio Zogno
<b>Brescia</b>	Calini Primo Levi Sez. Ass. Liceo Scient. Primo Levi Sez. Ass. Liceo Linguistico Liceo Scientifico Ven. A. Luzzago Copernico - Brescia Liceo Scientifico Statale Leonardo Lunardi - Brescia	Brescia Brescia Lumezzane Sarezzo Brescia Brescia Brescia
<b>Como</b>	Magistri Cumacini	Como
<b>Cremona</b>	G. Galilei L. Da Vinci	Crema Crema
<b>Lecco</b>	Alessandro Manzoni Liceo Scienze Umane G. Bertacchi Liceo Scientifico Paritario Aalessandro Volta Francesco Vigano' Vittorio Bachelet	Lecco Lecco Lecco Merate Oggiono
<b>Lodi</b>	I.T.A.A. Tosi	Codogno
<b>Mantova</b>	Ita Strozzi Palidano Lc Lic.Class. Virgilio Mn Lic. Scient. Belfiore Mn Ls E. Sanfelice	Gonzaga Mantova Mantova Viadana
<b>Milano</b>	Lucio Fontana Cernusco Sul Naviglio Leonardo Da Vinci Mainardi Liceo Classico Istituto Gonzaga	Arese Cernusco Sul Naviglio Cologno Monzese Corbetta Milano

	E. Setti Carraro Dalla Chiesa C/O Educ.	Milano
	Liceo Classico San Raffaele	Milano
	Leonardo Da Vinci	Milano
	Frisi	Milano
	I.I.S. Bertarelli - Ferraris	Milano
	U. Boccioni	Milano
	Liceo Artistico Orsoline S. Carlo	Milano
	Manzoni	Milano
	Ettore Majorana	Rho
	Liceo Primo Levi Scient. - Classico	San Donato Milanese
	Gregorio Mendel	Villa Cortese
<b>Monza Brianza</b>	Albert Einstein	Carate Brianza
	Istituto Tecnico A.F.M. Iris Versari	Cesano Maderno
	Leonardo Da Vinci	Cesano Maderno
	Liceo Scientifico E Classico E. Majorana	Desio
	Marie Curie	Meda
	Istituto P.S.S.C.T.S. L. Milani	Meda
	Liceo Artistico Nanni Valentini	Monza
<b>Pavia</b>	Ciro Pollini - Mortara	Mortara
<b>Sondrio</b>	Iti Enea Mattei	Sondrio
<b>Varese</b>	Liceo Classico - Liceo Linguistico	Busto Arsizio
	I.P.S.S.C.T. P.V erri -Busto Arsizio	Busto Arsizio
	I.T.G. Isis Facchinetti Castellanza	Castellanza
	Giovanni Falcone	Gallarate
	Itis Pontigallarate (Diurno)	Gallarate
	I.P.S.I.A. Antonio Parma - Saronno	Saronno
	Liceo Scientifico Curie - Tradate	Tradate
	L. Scient. Tec. Geymonat - Tradate	Tradate
	L. Scient. G. Ferraris - Varese	Varese

# 1. STUDIO HBSC ITALIA 2018 E CAMPIONE REGIONALE

## INTRODUZIONE

“For a safer and more secure future,  
we must pay much more urgent attention to the hopes  
and needs of young people  
and adolescents”  
[Kleinert S. et al.; Lancet. 2016<sup>1</sup>]

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

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

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

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

## METODOLOGIA

### POPOLAZIONE IN STUDIO

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

### MODALITA' DI CAMPIONAMENTO

La procedura di campionamento ha seguito le linee guida tracciate a livello internazionale. La stratificazione è stata fatta 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, dell'Università e della Ricerca (MIUR).

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 al fine di considerare la presenza in queste fasce di età di eventuali alunni ripetenti. Le numerosità ottenute sono state poi maggiorate del 10% in tutte le fasce di età per considerare i tassi di non-rispondenza attesa degli alunni in base alle rilevazioni precedenti al fine di raggiungere una precisione della stima, valutata sulla frequenza

attesa dello 0,5 per una variabile binomiale, del 3,5% con I.C. del 95%. È stato inoltre introdotto, per le regioni che ne hanno fatto richiesta, un sovracampionamento.

## QUESTIONARI PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E PROCEDURE DI ANALISI

Le informazioni sono state raccolte attraverso due questionari: uno per i ragazzi e uno per il dirigente scolastico (quest'ultimo opzionale). Entrambi i questionari sono stati elaborati da un gruppo di ricerca multidisciplinare e internazionale; contengono una parte "core" comune a tutti i Paesi partecipanti e una parte "opzionale" con domande inserite su iniziativa del gruppo nazionale di coordinamento.

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

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

Le sezioni riguardanti il consumo di cannabis<sup>1</sup> e le abitudini sessuali sono presenti solo nei questionari per i quindicenni.

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

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

Entrambi i questionari sono anonimi e vengono autocompilati dai ragazzi e dai dirigenti scolastici a scuola e con il sostegno degli insegnanti che hanno ricevuto informazioni opportune sulle procedure da seguire da parte del personale delle Asl.

Le risposte ai questionari vengono acquisite mediante la lettura ottica da parte di una ditta incaricata del lavoro a livello nazionale.

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.

Il Gruppo di ricerca lombardo, in accordo con il Gruppo nazionale, al fine di sostenere ed orientare la programmazione in coerenza con gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione, ha ampliato il protocollo di ricerca, proponendo anche ai tredicenni alcuni item riservati, a livello nazionale, ai quindicenni. Accanto a questo, il questionario utilizzato è stato arricchito, approfondendo alcune aree già previste a livello nazionale e

<sup>1</sup> Il questionario lombardo propone la sezione relativa alla cannabis anche ai tredicenni.

inserendo ulteriori ambiti di indagine, utili a raccogliere informazioni su tematiche di particolare attualità a livello socioculturale e ambientale:

- sezione socio anagrafica: la lingua prevalentemente utilizzata in famiglia
- sezione dedicata alla famiglia: lo stato socioeconomico percepito, la soddisfazione rispetto ai rapporti all'interno della propria famiglia, il *monitoring* materno e paterno
- sezione scuola: clima scolastico, il rapporto con gli insegnanti e il loro sostegno per favorire l'autonomia dei ragazzi, il grado di partecipazione dei ragazzi nell'organizzazione della vita scolastica
- sezione pari: la frequenza dei contatti con gli amici dopo la scuola
- sezione zona abitativa: piacevolezza del proprio quartiere, sicurezza percepita e capitale sociale
- sezione risorse personali: i livelli di autoefficacia percepita, le abilità sociali possedute e il livello di health literacy
- sezione benessere e salute: il benessere psicologico
- sezione media: attività principali svolte in Internet
- sezione sostanze: il doping e altre droghe eventualmente utilizzate oltre alla cannabis (15enni)
- disponibilità economica: denaro personale che possono spendere autonomamente (15enni).

#### VALUTAZIONE DEL COMITATO ETICO DELL'ISS E PRIVACY

I genitori dei ragazzi delle classi campionate ricevono prima della rilevazione una nota informativa della regione con la descrizione delle finalità della Sorveglianza. Le famiglie possono rifiutare la partecipazione del proprio figlio attraverso l'informativa che deve essere comunque restituita, firmata dai genitori, agli insegnanti della classe coinvolta.

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

La versione definitiva del protocollo e dei questionari adottati nel 2018 è stata presa in esame e valutata positivamente dal Comitato Etico dell'ISS nella seduta del 20 novembre 2017.

#### DESCRIZIONE DEL CAMPIONE REGIONALE

Nella Regione Lombardia sono state campionate 125 classi per la scuola secondaria di I grado (Classe I e III) e 68 classi di per la scuola secondaria di II grado (Classe II), per un totale di 193 classi. Considerando anche le eventuali classi di riserva utilizzate, hanno restituito i questionari compilati 188 classi con una rispondenza complessiva del 97.4 % (tabella 1.1). La buona partecipazione delle classi campionate, oltre a garantire la rappresentatività del campione, conferma l'efficacia delle fasi preparatorie dell'indagine e la positiva sinergia tra il settore scolastico e quello della salute".



Tabella 1.1 Rispondenza per classe (%)

	Classi campionate	N° di classi che hanno compilato il questionario	Percentuale di rispondenza (%)
Classe I media	60	58	96.7
Classe III Media	65	63	96.9
Classe II superior	68	67	98.5
Totale	193	188	97.4

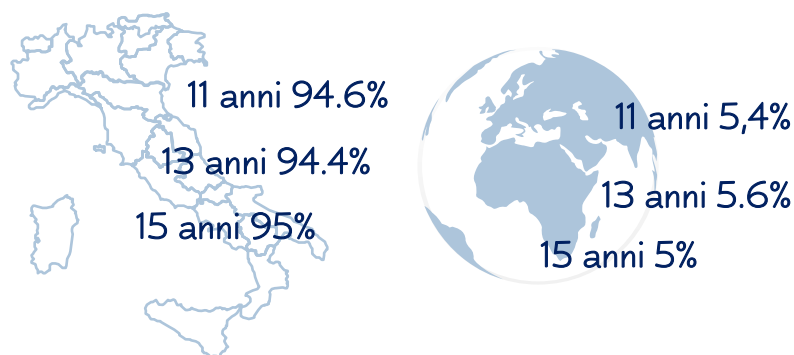
Il campione è costituito da un totale di 3418 studenti di cui: il 32 % di 11 anni, il 35 % di 13 anni ed il 33 % di 15 anni (tabella 1.2)

Tabella 1.2 Composizione del campione, per età e genere (%)

	Maschi	Femmine
11 anni	50.9	49.1
13 anni	51.5	48.5
15 anni	45.0	55.0
Totale	49.8	50.2

Circa il 5 % dei ragazzi circa risulta nato all'estero con una maggiore prevalenza nella fascia d'età 13 anni (figura 1.1)

Figura 1.1 Composizione del campione per Paese di nascita - Italia vs Estero, per età (%)



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

Tabella 1.3 Composizione del campione dei genitori dei ragazzi ed età per nascita in Italia e all'estero (%)

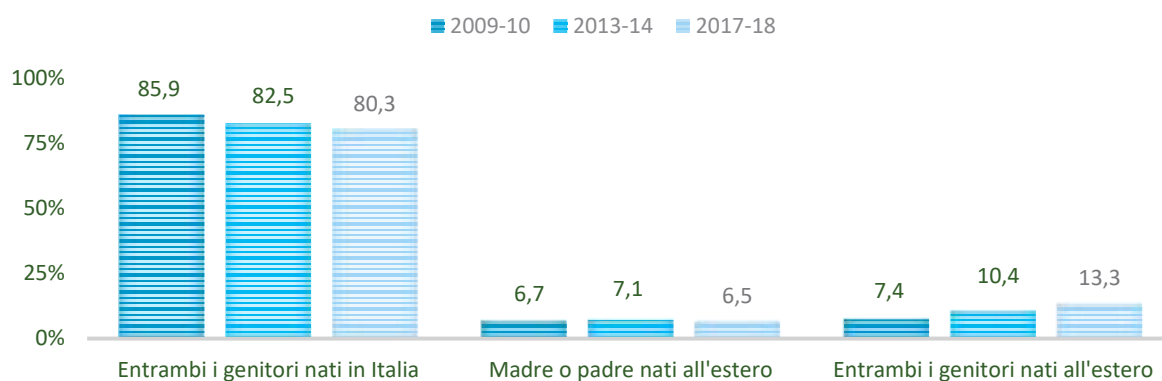
Entrambi i genitori nati in Italia	80.3
Almeno un genitore nato all'estero	6.5
Entrambi i genitori nati all'estero	13.2

Oltre l'80% del campione proviene da una famiglia in cui entrambi i genitori hanno nazionalità italiana. Il 20% circa dei genitori è nato all'estero (nel 6,5% dei casi solo la madre o solo il padre, nel 13,2% entrambi).

### CONFRONTO NEL TEMPO: NAZIONALITÀ

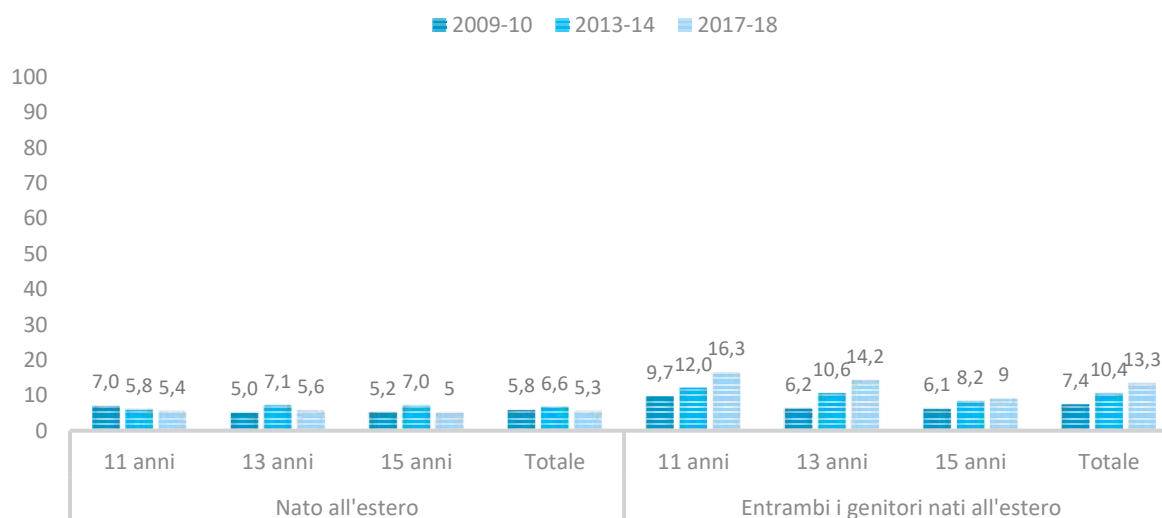
Confrontando le tre edizioni, si rileva un cambiamento in atto rispetto alla nazionalità dei genitori per cui si nota che la percentuale di famiglie in cui entrambi i genitori sono nati all'estero è in costante crescita.

*Fig. A.1.1 Percentuale genitori per Paese di origine  
HBSC Lombardia 2009-10, 2013-14, 2017-18*



Cresce anche la percentuale degli studenti nati in Italia. Questo può essere dovuto all'aumento degli stranieri di seconda generazione. In particolare nella fascia 11 anni la percentuale di studenti nati all'estero è in diminuzione costante mentre, nella stessa fascia d'età, è in crescita quella di entrambi i genitori nati all'estero.

*Fig.A.1.2 Composizione del campione per nascita all'estero, per età  
HBSC Lombardia 2009-10, 2013-14, 2017-18*



# 2. CONTESTO FAMILIARE

## INTRODUZIONE

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

Le trasformazioni che interessano i ragazzi sul piano psico-fisico si accompagnano anche a un cambiamento delle relazioni familiari e amicali<sup>1,2</sup>.

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 precue componenti affettive, ideative e sociali<sup>3</sup>.

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

## LA STRUTTURA FAMILIARE

La struttura familiare negli ultimi anni, seguendo le trasformazioni della società, è diventata sempre più complessa e ha subito un processo di diversificazione. Anche se in Italia questo processo che ha visto crescere nuove strutture familiari è cominciato più tardi rispetto ad altri paesi europei, la cosiddetta famiglia tradizionale non è più la sola opzione. Infatti è ormai comune imbattersi in famiglie mono-genitoriali o in famiglie in cui i genitori abbiano divorziato e convivano con un altro partner o si siano in seguito risposati.

In termini di cambiamenti della struttura familiare si possono annoverare la diminuzione della numerosità dei componenti della famiglia, l'aumento delle famiglie mono-genitoriali (single), la diminuzione delle famiglie allargate o estese (con nonni o altri parenti) che un tempo erano una risorsa mentre oggi nascono dalle necessità, spesso di salute, dei componenti più anziani e, infine, la crescita di nuove tipologie familiari: in particolare le famiglie mono-genitoriali e le famiglie ricostituite<sup>4</sup>.

Secondo i dati ISTAT (ISTAT, Popolazione e famiglie 2018<sup>5</sup>), circa il 16% delle famiglie italiane sono monogenitoriali. Anche in Italia, si è ormai compiuto il passaggio dalla vecchia monogenitorialità, originata dalla vedovanza, alla nuova monogenitorialità derivante dalla rottura volontaria dell'unione coniugale e dalle nascite al di fuori del matrimonio o da madri single.

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

Questi cambiamenti, che si intrecciano con le relazioni interpersonali, hanno un forte impatto sullo sviluppo psico-fisico dei ragazzi sia nella fase dell'infanzia che in quella dell'adolescenza<sup>6</sup>. Studiare la famiglia nei suoi diversi aspetti, strutturali e relazionali, diventa quindi quanto mai attuale.

Numerosi studi sono stati condotti per valutare se i bambini che vivono con un solo genitore, o i cui genitori abbiano divorziato 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<sup>7,8</sup> o come il cambiamento della struttura familiare abbia delle conseguenze anche di tipo economico<sup>9</sup>.

Riguardo a questo ultimo punto, è stata osservata una forte associazione tra basso livello socio-economico e salute psichica dei bambini<sup>10</sup>, e come l'instabilità familiare in generale sia strettamente legata con lo sviluppo dei rapporti sociali dei ragazzi<sup>11</sup>.

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

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

HBSC indaga la struttura familiare chiedendo ai giovani di indicare con quali persone vivono per la maggior parte del tempo (genitori, genitori acquisiti, nonni, altri adulti, altro). Dalle risposte sono state ricavate le principali tipologie di struttura familiare (tabella 2.1). Le coppie con figli rappresentano la tipologia quantitativamente più rilevante (oltre l'80%); le famiglie monogenitori rappresentano il 13,6% dei nuclei familiari di cui il 12 % composti da donne. Tuttavia, i dati rilevati non permettono di capire se gli studenti vivano in più case e se, l'altro genitore mantenga il proprio ruolo di riferimento. Nel 3,76% dei casi i ragazzi vivono all'interno di famiglie "ricostituite". L'1,44% dei ragazzi ha indicato di vivere in altra sistemazione, senza genitori o nonni.

Tabella 2.1 Tipologia di famiglia (%)

	%
Madre e padre (no altri adulti)	81.1
Solo madre	12.0
Solo padre	1.6
Famiglia ricostituita (padre o madre biologici più nuovo coniuge)	3.7
Altra sistemazione senza genitori o parenti/nonni	1.4
Totale	100.0

Come si evince dalla tabella 2.2, più della metà del campione (56.9 %) ha un solo fratello o sorella, mentre circa 1 ragazzo su 4 ha 2 o più fratelli. I figli unici rappresentano il 16.5%.

Tabella 2.2 Fratelli e sorelle (%)

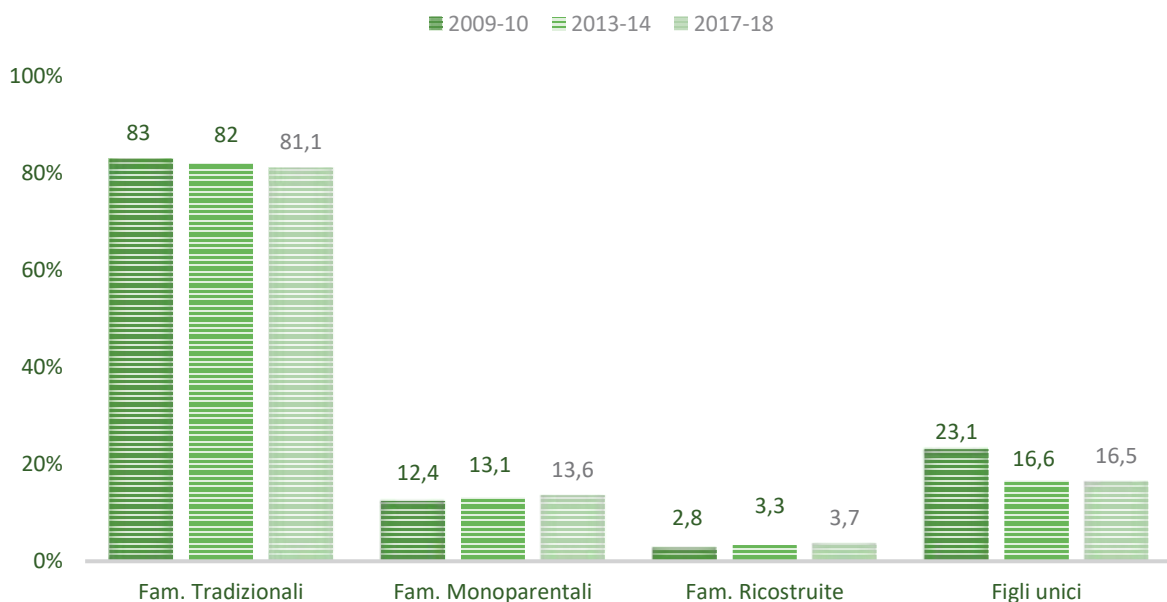
	%
Figli unici	16.5
1 fratello o sorella	56.9
2 o più fratelli o sorelle	26.6
Totale	100.0

### CONFRONTO NEL TEMPO: LA COMPOSIZIONE FAMILIARE

Nonostante si registri progressivamente una lieve flessione del numero delle famiglie tradizionali, passate in 8 anni dall'83% all'81%, restano comunque la forma preponderante, a prescindere dal fatto che la struttura familiare stia vivendo una forte evoluzione.

Dopo la forte riduzione del numero di figli, rilevata tra le edizioni 2009-10 e 2013-14 (e che è stata spiegata con l'aumento di studenti provenienti dall'estero), il numero di figli unici mostra ora una situazione stabile.

*Fig. A.2.1 Percentuale delle tipologie di famiglia  
HBSC Lombardia 2009-10, 2013-14, 2017-18*



### LA QUALITA' 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<sup>14,15</sup>, 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 a rischio. Ad esempio avere una relazione difficile con la madre risulta associato ad una maggiore propensione all'abitudine al fumo e al consumo frequente di alcol e di altre sostanze<sup>14,16</sup>.

Una buona comunicazione con la figura paterna può avere un effetto positivo sul benessere percepito<sup>13,17</sup>. In particolare, negli adolescenti con una comunicazione positiva con il padre si osserva una minore incidenza di sintomi depressivi,<sup>18</sup> comportamenti antisociali<sup>19,20</sup> e comportamenti di rischio per la salute<sup>21,22</sup>, una migliore autostima<sup>23</sup> e meno problemi scolastici<sup>22</sup>. 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 2.3 e 2.4 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi riferiscono rispetto alla facilità di comunicare sia con il padre sia con la madre.

Tabella 2.3: Quanto è facile per te parlare con tuo **padre** di cose che ti preoccupano veramente? per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto facile	31.4	17.5	11.5
Facile	36.9	35.8	34.2
Difficile	21.0	27.1	31.7
Molto difficile	8.1	14.8	17.8
Non ho o non vedo mai questa persona	2.6	4.8	4.8
Totale	100.0	100.0	100.0

Tabella 2.4: 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	50.0	35.2	25.9
Facile	32.4	39.0	42.7
Difficile	11.3	16.8	22.3
Molto difficile	5.0	7.5	8.3
Non ho o non vedo mai questa persona	1.3	1.5	0.8
Totale	100.0	100.0	100.0

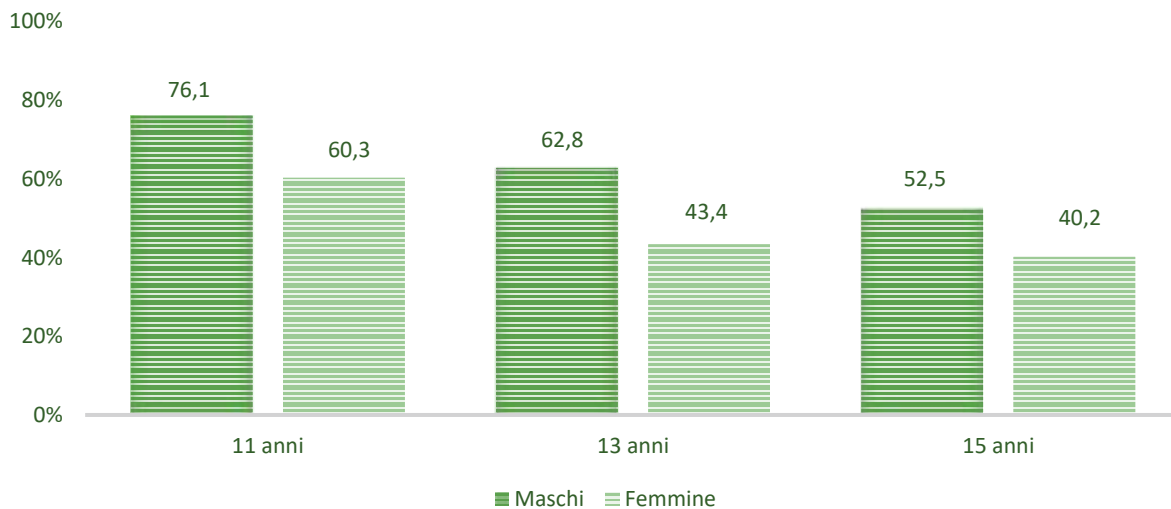
In generale l'81,1% dichiara di avere una buona comunicazione con entrambi i genitori o, almeno, con uno di loro. Nello specifico: il 49,3% con entrambi, il 25,5% solo con la madre e il 6,3% solo con il padre. Il 18,9% dichiara di essere in difficoltà con entrambi. Emerge una differenza consistente nella qualità del rapporto con la madre e con il padre: il 55,6% dichiara di parlare facilmente o molto facilmente con il proprio padre di cose che lo preoccupano. Questa percentuale sale a 74,9% nel caso della comunicazione con la madre. Questa differenza è evidente in tutte e tre le fasce di età: a 11 anni la comunicazione con il padre è facile o molto facile per il 68,3% del campione mentre con la madre la percentuale sale all'82,4%, a 13 il 53,3% ha una buona comunicazione con il padre e il 74,2% con la madre. Infine, a 15 anni la comunicazione con il padre è buona per il 45,7% del campione mentre quella con la madre per il 68,6%.

La difficoltà di parlare con i genitori aumenta significativamente con l'età.

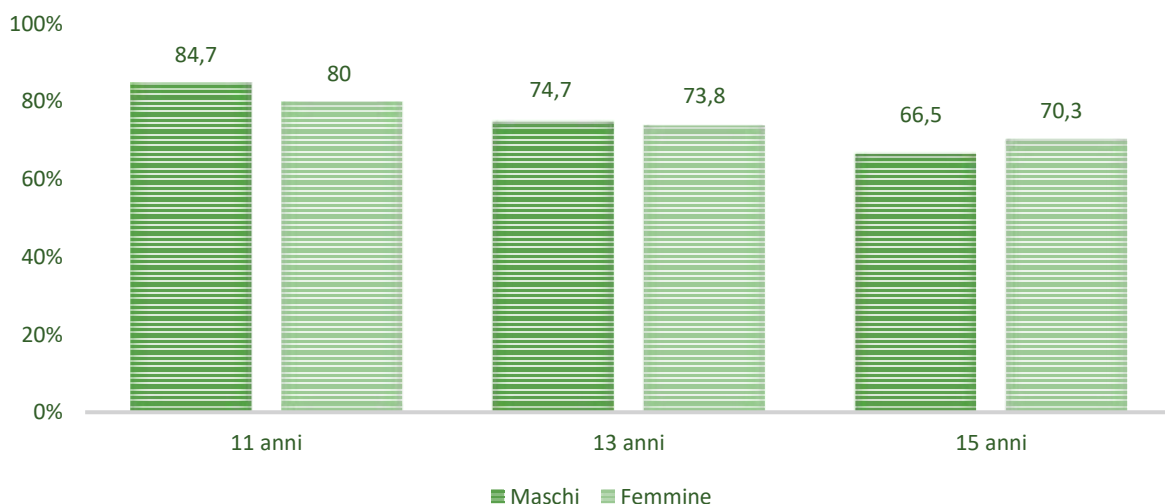
Se si prende in considerazione il rapporto genitori/figli rispetto al genere, si osservano differenze in tutte le età nella comunicazione con il padre e la madre (figura 2.1 e 2.2). Nella relazione con il padre sono significativamente le ragazze ad essere maggiormente in difficoltà. La situazione è simile anche nella relazione con la madre ma a 15 anni le differenze tendono ad annullarsi.

Si segnala, inoltre, che il 4.1% degli intervistati dichiara di non avere o di non vedere mai il padre. Questa percentuale scende all'1,2% nel caso delle madri.

*Figura 2.1 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con il padre, per genere ed età (%)*



*Figura 2.2 Frequenza di coloro che dichiarano essere facile o molto facile parlare con la madre, per genere ed età (%)*



## MONITORING

Un altro aspetto cruciale quanto la comunicazione, è quello normativo. La chiarezza dei ruoli educativi e delle regole (implicite ed esplicite) costituiscono una delle fondamenta dei comportamenti emancipativi<sup>24</sup>. Uno dei costrutti maggiormente riconosciuti



per indagare questi aspetti è il monitoring: l'insieme di attenzioni, controllo e supervisione che i genitori mettono in atto nei confronti dei propri figli. Questo aspetto risulta fortemente legato al benessere e all'adattamento psicosociale dei giovani<sup>25 26</sup>. Per questo motivo nel questionario HBSC Lombardia è stato indagato il monitoring genitoriale percepito dagli studenti di 13 e 15 anni ed è stato chiesto loro di indicare quanto, dal proprio punto di vista, i genitori sappiano della loro vita e di come passano il loro tempo libero.

Nelle tabelle 2.5 e 2.6 sono riportate le risposte, divise per età.

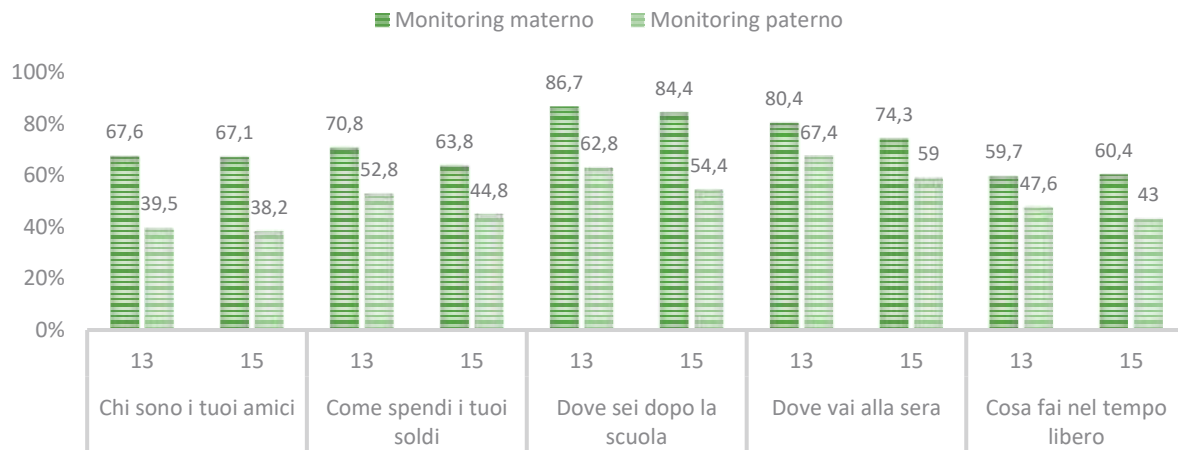
Tabella 2.5 Monitoring materno, per età (%)

	Chi sono i tuoi amici		Come spendi i tuoi soldi		Dove sei dopo la scuola		Dove vai alla sera		Cosa fai nel tempo libero	
	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni
Lo sa molto	67.6	67.1	70.8	63.8	86.7	84.4	80.4	74.3	59.7	60.4
Lo sa poco	29,5	30.4	22.5	28.8	9.6	12.2	13	19.3	32.3	32.8
Non sa niente	2	1.9	5.9	6.5	2.6	2.6	4	5.3	7.2	5.9
Non ho o non vedo questa persona	0.8	0.6	0.9	0.9	1.2	0.8	2.5	1.2	0.8	0.8

Tabella 2.6 Monitoring paterno, per età (%)

	Chi sono i tuoi amici		Come spendi i tuoi soldi		Dove sei dopo la scuola		Dove vai alla sera		Cosa fai nel tempo libero	
	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni	13 anni	15 anni
Lo sa molto	39.5	38.2	52.8	44.8	62.8	54.4	67.4	59	47.6	43
Lo sa poco	45.7	47.1	30.9	37.2	22.7	28.7	17.2	26	35.2	38.7
Non sa niente	10.5	12.1	11.8	15.2	9.8	14.1	9.2	12	13.1	15.6
Non ho o non vedo questa persona	4.2	2.7	4.5	2.8	4.6	2.8	6.2	3	4.2	2.7

Figura 2.3 frequenza di coloro che dichiarano "lo sa molto", per età



Dai dati emerge un'evidente differenza tra i livelli di monitoring paterno e materno. In base alle risposte date dagli studenti, sembra che sia prevalentemente la madre a essere al corrente di come passano il tempo e di chi frequentano. Le aree maggiormente "monitorate" sono le attività dopo la scuola (85,6% per la madre e 58,6% per il padre) e le uscite serali (77,4% per la madre e 63,2% per il padre). Quella meno monitorata dalla madre è l'area del tempo libero (ne è al corrente il 60,1%), quella meno monitorata dal padre è quella relativa alle amicizie (38,9%).

Età e genere influiscono sulla percezione di monitoring: le ragazze percepiscono di essere più controllate dalle madri in tutte le aree. Quando consideriamo il monitoring paterno la differenza si rileva in merito alla conoscenza degli amici e alle attività dopo la scuola ma sono i maschi a ritenersi più controllati.

Quando a fare la differenza è l'età, sono sempre i tredicenni a dichiarare un maggior controllo. Le madri li monitorano maggiormente rispetto alle uscite serali e a come spendono i soldi, i padri aggiungono a queste aree anche le attività dopo la scuola e il tempo libero.

## LO STATUS SOCIO-ECONOMICO FAMILIARE

La condizione socioeconomica familiare è un'altra dimensione che influenza fortemente la salute dei ragazzi<sup>27</sup>. Numerosi studi hanno dimostrato che il livello socioeconomico influenza positivamente la qualità delle relazioni con i genitori<sup>28,29</sup> anche in maniera indiretta. È stato infatti osservato che il livello socioeconomico è un mediatore della relazione tra la struttura familiare e il benessere psicologico dei ragazzi<sup>12,30</sup>.

Secondo la definizione adottata dal protocollo dello studio HBSC, lo status socioeconomico è rappresentato da una misura composita che incorpora lo status economico (reddito), lo status sociale (educazione) e lo status professionale (occupazione) così come definito dai seguenti indicatori:

- status economico (reddito): il primo indicatore è relativo al livello dei consumi, che viene assunto come proxy per valutare il reddito (in quanto quest'ultimo è difficilmente conosciuto e definito dai ragazzi). Si cerca dunque di valutare il benessere

economico oggettivo, o livello di agiatezza, attraverso la rilevazione della presenza di beni comuni con lo strumento della scala FAS (*Family Affluence Scale*, scala di agiatezza/ricchezza familiare)<sup>31</sup>. Le risposte sono state sommate e i punteggi totali del FAS sono stati divisi in tre gruppi (basso, medio, alto);

- status sociale (istruzione): il secondo indicatore si riferisce al livello di istruzione dei genitori;
- status professionale (occupazionale): il terzo indicatore si riferisce all'occupazione dei genitori.

A questi indicatori, in Lombardia è stato aggiunto un quarto elemento di valutazione relativo alla percezione che i ragazzi hanno dello stato di benessere della propria famiglia. È stato chiesto loro: "Quanto pensi stia bene la tua famiglia, dal punto di vista economico". Le modalità di risposta a questa domanda sono distribuite su una scala ordinale da "Molto bene" a "Per niente bene".

Nella tabella 2.7 è riportata la distribuzione delle famiglie secondo il livello socio-economico.

Tabella 2.7 Status socioeconomico misurato secondo la Family Affluence Scale (da 'Basse possibilità di consumo' ad 'Alte possibilità di consumo') (%)

Family Affluence Scale	%
Basso	22.7
Medio	49.5
Alto	27.8
Totale	100.0

Poco meno metà del campione (49,5%) si posiziona nella fascia di "media possibilità di consumo", il 22,7% nella fascia di "bassa possibilità di consumo" e il 27,8% nella fascia di "alta possibilità di consumo".

Come accennato precedentemente, il questionario oltre a indagare la disponibilità economica degli studenti attraverso dati oggettivi, chiede anche la loro percezione sul proprio livello di reddito. Per quanto riguarda la fascia media, la percezione degli studenti è simile al dato rilevato con la *Family Affluence Scale*. Nel caso delle fasce estreme, invece, la percezione appare più ottimistica: una percentuale più elevata di quella reale (41,6% vs 27%) ritiene di collocarsi nella fascia medio alta ("molto bene", "piuttosto bene"). Specularmente, molti meno soggetti, valutano di appartenere alla fascia bassa ("non molto bene" o "per niente bene") rispetto al dato oggettivo (8,7% vs 27%). Ciò evidenzia chiaramente l'utilizzo da parte dei ragazzi di parametri differenti per valutare il proprio benessere economico, con un vissuto, anche in caso di difficoltà, comunque positivo.

In tabella 2.8 è invece riportata la distribuzione del livello di istruzione dei genitori dichiarato dai ragazzi intervistati.

Tabella 2.8 Livello di istruzione del padre e della madre dichiarato dai ragazzi, per età (%)

<b>PADRE</b>	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Licenza elementare	1.3	2.5	2.5
Licenza media	6.7	21.0	22.7
Scuola professionale	7.4	15.4	13.8
Maturità	18.3	25.3	33.2
Laurea	22.4	20.4	21.1
Non so	43.9	15.3	6.7
<b>MADRE</b>			
Licenza elementare	1.3	1.3	1.6
Licenza media	5.5	12.6	13.7
Scuola professionale	6.1	13.1	11.7
Maturità	19.0	36.1	40.2
Laurea	28.3	24.0	26.9
Non so	39.9	12.8	5.8

Per quanto riguarda il livello d'istruzione dei genitori, si osserva una prevalenza di titoli di studio medio/alto (maturità-laurea). Circa un quarto dei genitori è in possesso di una laurea (il 21,3% dei padri e il 26,3% delle madri). Inoltre, circa un quarto dei padri (25,7%) e circa un terzo delle madri (32,1%) hanno conseguito il diploma di scuola superiore. In entrambi i casi sono più alte le percentuali delle madri.

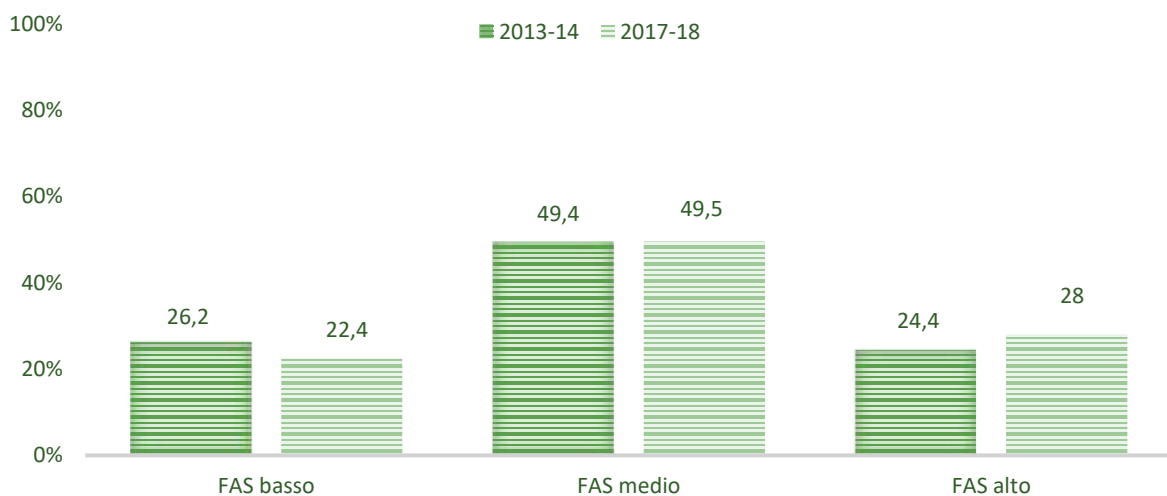
Il 12,3% dei padri e il 10,4% delle madri ha concluso un percorso di studi triennale, il 17% dei padri e il 10,8% delle madri ha invece il diploma di terza media. Il possesso della sola licenza elementare è limitato al 2,1% dei padri e all'1,4% delle madri.

Da segnalare l'alta percentuale di undicenni che non sa quale sia il titolo di studio dei propri genitori (il 43,9% rispetto al padre e il 39,9% rispetto alla madre).

### CONFRONTO NEL TEMPO: STATO SOCIO ECONOMICO – FAS

Confrontando le ultime due edizioni (quella del 2009/10 è stata esclusa perché il dato allora era stato valutato solo su 4 item) si rileva un miglioramento delle condizioni economiche degli studenti lombardi. Nonostante la fascia intermedia sia rimasta stabile, si assiste a una riduzione del campione all'interno della fascia bassa e a un aumento di chi ha accesso a un livello alto. Il dato potrebbe indicare l'uscita dalla crisi economica che ha caratterizzato gli ultimi anni.

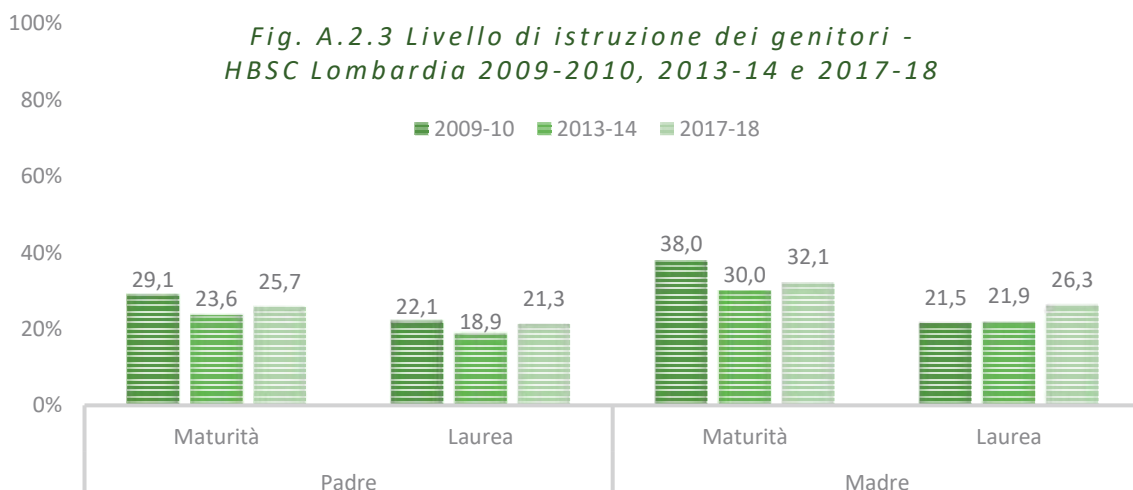
*Fig. A.2.2 Status socio economico misurato secondo la Family Affluence Scale - HBSC Lombardia 2013-14, 2017-18*



### CONFRONTO NEL TEMPO: TITOLO DI STUDIO

La figura A.2.3 illustra come è cambiata, nel corso degli ultimi 8 anni, la distribuzione dei titoli di studio più alti (laurea e diploma scuola secondaria di II grado) dichiarati dai genitori dei ragazzi intervistati. Le variazioni sono contenute e discontinue. Si segnala un aumento costante del diploma di laurea conseguito dalle madri

*Fig. A.2.3 Livello di istruzione dei genitori - HBSC Lombardia 2009-2010, 2013-14 e 2017-18*



## IN SINTESI

Il contesto familiare è analizzato dallo studio HBSC sia attraverso le caratteristiche generali delle famiglie degli studenti (come la struttura familiare, il numero dei fratelli o lo status socioeconomico) sia attraverso le relazioni che i ragazzi instaurano, all'interno del proprio contesto familiare, con le figure parentali.

**Struttura familiare:** si conferma la persistenza della struttura tradizionale della famiglia, in cui entrambi i genitori vivono con i figli sotto lo stesso tetto.

**Confronto nel tempo per la struttura familiare:** la proporzione tra il peso delle famiglie tradizionali rispetto a quelle monoparentali rimane pressoché stabile nel corso del tempo intercorso tra le tre edizioni (da quella del 2009-10 all'attuale). Si rileva comunque una lieve flessione delle prime compensata da un lieve aumento delle seconde. Dopo la drastica riduzione del numero dei figli unici registrata nel 2013-14, la situazione sembra essersi stabilizzata.

**Relazione con i genitori:** la maggior parte degli studenti dichiara di avere una buona comunicazione con entrambi o almeno uno dei genitori. In particolare, si rileva una maggiore facilità a parlare con la madre. La comunicazione intergenerazionale diventa più difficile con la crescita.

Il controllo genitoriale evidenzia una netta differenza tra il ruolo materno e quello paterno: in tutte le aree considerate la madre pare maggiormente al corrente di cosa fanno i figli (i punteggi sono tutti superiori al 60%) rispetto al padre. Le ragazze percepiscono un maggior controllo da parte delle madri e i figli maschi da parte del padre.

**Status socioeconomico:** per quanto riguarda lo status economico, circa la metà degli studenti si posiziona su un livello intermedio nella scala Family Affluence Scale utilizzata. Il resto degli studenti si suddivide equamente tra le fasce bassa e alta, con una leggera prevalenza in quest'ultima. Le percezioni soggettive degli studenti rispetto alla condizione economica della famiglia sono più ottimistiche rispetto al dato oggettivo. Ben oltre la metà delle madri e quasi la metà dei padri sono in possesso di un diploma di laurea o di scuola secondaria di II grado.

**Confronto nel tempo per lo status socioeconomico e il titolo di studio:** il confronto qui è limitato alle ultime due edizioni (per una questione di variazione nel numero di item utilizzati per calcolare la FAS). Si rileva una sostanziale stabilità rispetto alla fascia media che interessa circa la metà del campione. Si assiste invece a una riduzione del numero di famiglie afferenti alla fascia bassa e, contemporaneamente, un aumento di quelle nella fascia alta (le due fasce estreme coinvolgono circa un quarto della popolazione ciascuna).

L'andamento del possesso di un titolo di studio elevato appare discontinuo nel corso del tempo. Dopo la riduzione registrata nella precedente edizione dello studio, si assiste ora a un lieve recupero. Costantemente in crescita il dato del numero di madri che hanno conseguito la laurea.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- <sup>1</sup> Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S J, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*. 2012, 378(9826): 1630-1640
- <sup>2</sup> Santrock, J.W. (2014). *Adolescence* (15th Edition). New York, NY: McGraw-Hill Education
- <sup>3</sup> Collins WA, Steinberg L. Adolescent development in interpersonal context. In: Eisenberg N, Damon W, Lerner RM, editors. *Handbook of child psychology*. Vol. 3. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons Inc.; 2006:1003-67
- <sup>4</sup> Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, Giacco D, Mulè A, de Rosa C, Fiorillo A, Maj M. The family in Italy: cultural changes and implications for treatment, *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(2):149-56
- <sup>5</sup> ISTAT (2018). *Popolazione e Famiglie Anno 2018*. Roma, ISTAT.
- <sup>6</sup> Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res*. 2012;106(2):287-305
- <sup>7</sup> Cooper, C., P. E. Bebbington, H. Meltzer, D. Bhugra, T. Brugha, R. Jenkins, M. Farrell, and M. King. 2008. "Depression and Common Mental Disorders in Lone Parents: Results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey." *Psychological Medicine*, 38 (3): 335-342
- <sup>8</sup> Targosz, S., Bebbington, P., Lewis, G., Brugha, T., Jenkins, R., Farrel, M., Meltzer, H. (2003). Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med*, 33: 715-722
- <sup>9</sup> 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
- <sup>10</sup> Dashiff, C., W., Di Micco, B., Myers and K., Sheppard. 2009. "Poverty and Adolescent Mental Health." *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22: 23-32
- <sup>11</sup> Cavanagh, S. E., and A. C. Huston. 2008. "The Timing of Family Instability and Children's Social Development." *Journal of Marriage and Family*, 70 (5): 1258-1270
- <sup>12</sup> Levin KA, Currie C. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Educ*. 2010;110(3):152-68
- <sup>13</sup> Dallago L., Santinello M. (2006). Comunicazione familiare: quando funziona con un solo genitore. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2: 241-261.
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> Cava MJ, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol* 2014; 17:E98
- <sup>16</sup> 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
- <sup>17</sup> Gallarin M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: a predictive model. *J Adolesc*. 2012;35(6):1601-10
- <sup>18</sup> Demidenko N, Manion I, Lee CM. Father-daughter attachment and communication in depressed and nondepressed adolescent girls. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1727-34.
- <sup>19</sup> Vieno A., Nation M., Pastore M., Santinello M. (2009). Parenting and Antisocial Behavior: A Model of the Relations between Adolescent Self-Disclosure, Parental Closeness, Parental Control, and Adolescent Antisocial Behavior. *Developmental Psychology*, 45:1509-1519.
- <sup>20</sup> 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
- <sup>21</sup> Small ML, Morgan N, Bailey-Davis L, Maggs JL. The protective effects of parent-college student communication on dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health* 2013;53(2):300-2.
- <sup>22</sup> Rostad WL, Silverman P, McDonald MK. Daddy's little girl goes to college: an investigation of females' perceived closeness with fathers and later risky behaviors. *J Am Coll Health*. 2014;62(4):213-20
- <sup>23</sup> Bulanda RE, Majumdar D. Perceived parent-child relations and adolescent self-esteem. *J Child Fam Stud*. 2009;18(2):203-12. 10. Cava M-J, Buelga S, Musitu G. Parental communication and life satisfaction in adolescence. *Span J Psychol*. 2014;17
- <sup>24</sup> Confalonieri E., Grazzani Gavazzi I., 2002, *Adolescenza e compiti di sviluppo*. Milano: Unicopli
- <sup>25</sup> Kerr M, Stattin N, Burk WJ, 2010, A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of research on adolescence*, 20, 1, 39-64
- <sup>26</sup> Stattin H, Kerr M, 2000, Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development*, 71, 10, 1072-1085
- <sup>27</sup> Elgar FJ, Britt McKinnon, Torbjørn Torsheim, Christina Warrner Schnohr, Joanna Mazur, Franco Cavallo, Candace Currie (2016) Patterns of Socioeconomic Inequality in Adolescent Health Differ According to the Measure of Socioeconomic Position, *Social Indicators Research* 2016, Volume 127, Issue 3, pp 1169-1180

---

<sup>28</sup> Kerr M, Stattin H, Biesecker G, et al. Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. Relationships With Parents and Peers in Adolescence, Handbook of psychology, Vol. 6, Developmental psychology, 2003 NJ John Wiley & Sons

<sup>29</sup> Hoskins D, (2014), Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes, *Societies* 2014, 4, 506–531

<sup>30</sup> 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

<sup>31</sup> Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S. Indicators of socio-economic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey. *Health Education Research*. 1997;12(3):385–397



# 3. AMBIENTE SCOLASTICO

## INTRODUZIONE

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

Il contesto scolastico può agire infatti supportando l'adolescente nel suo percorso di crescita, rappresentando una fonte significativa di sostegno sociale (soprattutto rispetto alle relazioni che si instaurano con coetanei e insegnanti) e favorendo l'acquisizione di competenza, autonomia e capacità di coinvolgimento. Inoltre, un contesto accogliente e supportivo è in grado di stimolare l'indipendenza dell'individuo e la sua partecipazione ai processi decisionali<sup>1</sup>.

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

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

## STRUTTURA SCOLASTICA, ORGANIZZAZIONE INTERNA E PROMOZIONE DEL BENESSERE

Le caratteristiche strutturali e organizzative della scuola sono in grado di influenzare il benessere e l'adattamento dell'adolescente<sup>2</sup>. È stato chiesto ai dirigenti scolastici di rispondere ad alcune domande che potessero evidenziare le caratteristiche della scuola, in termini di aspetti strutturali e organizzativi e in termini di misure di promozione alla salute adottate, per poter accostare queste informazioni a quelle rilevate dagli studenti, favorendo una miglior comprensione delle differenze negli esiti di salute e comportamenti dei ragazzi ad essa associati.

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

Tabella 3.1 Risorse strutturali della scuola e loro adeguatezza (%)

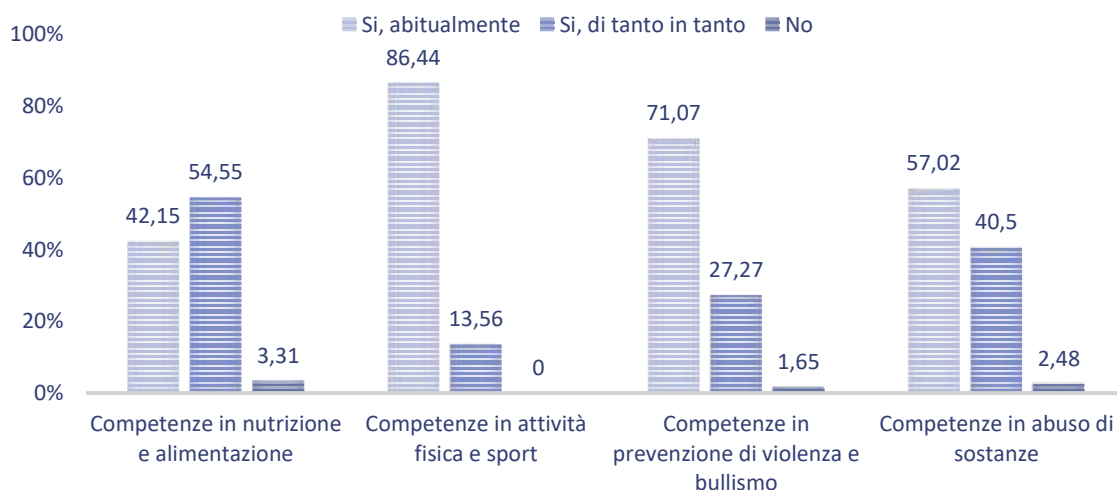
	Completamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Completamente in disaccordo
Il cortile è in buone condizioni	9.9	58.7	28.1	2.4
La palestra è in buone condizioni	9.1	56.2	24.8	5.8
I laboratori didattici sono attrezzati	11	53.4	27.9	3.3
Le classi soddisfano i bisogni di insegnanti e alunni	7.5	60	27.5	5
La scuola necessita di restauro	16.2	50.4	23.9	6.8

La lettura dei dati presenti in tabella 3.1 suggerisce interessanti spunti di riflessione rispetto alla situazione strutturale degli istituti d'istruzione coinvolti nell'indagine. Nonostante tre quarti dei Dirigenti Scolastici ritenga che sia opportuno sottoporre la propria scuola a restauri, i giudizi sugli aspetti specifici sono generalmente positivi: il 68,5% ritiene che i cortili siano in buone condizioni, il 65,2% è soddisfatto delle palestre, il 64,4% pensa che laboratori siano ben attrezzati e il 67,5% valuta le classi adeguate a soddisfare i bisogni di insegnanti e alunni.

Non ci sono differenze significative tra le valutazioni fatte dai Dirigenti delle scuole secondarie di I grado e quelli delle scuole di II grado, tranne che per l'attrezzatura dei laboratori che pare migliore in quelle secondarie di II grado.

Il questionario rivolto ai Dirigenti scolastici ha permesso di esplorare anche le eventuali attività di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo e l'acquisizione di competenze in aree significative per il benessere (figura 3.1)

*Figura 3.1 Misure di promozione alla salute adottate dalla scuola per favorire negli studenti lo sviluppo di competenze in aree significative per il benessere (%)*



Solo una minima parte dei Dirigenti ha dichiarato di non adottare iniziative per la promozione della salute. Considerando chi le realizza abitualmente e chi di tanto in tanto, si rileva che tutte le scuole si occupano di promuovere competenze rispetto all'attività sportiva, il 98,3% prevede iniziative per la lotta alla violenza e al bullismo e il 97,5% organizza attività per la prevenzione del consumo di sostanze.

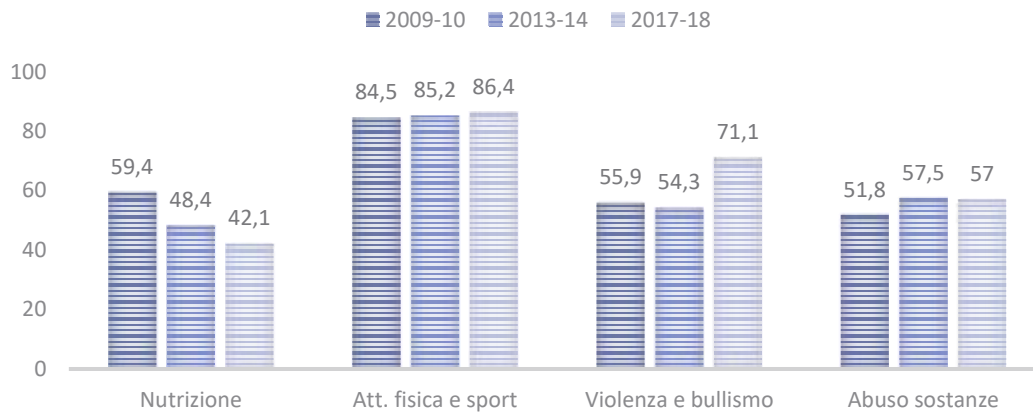
Nel confronto tra le scuole di I e II grado non emergono particolari differenze nell'adozione complessiva di misure di promozione della salute. Analizzando nello specifico le misure adottate abitualmente, risultano tutte più frequenti nelle scuole secondarie di II grado tranne quelle relative al tema della violenza e del bullismo (Alimentazione 39,7% vs 44,4%, attività fisica 81,8% vs 90,5%, violenza e bullismo 74,1% vs 68,3%, sostanze 50% vs 63,5%).

### CONFRONTO NEL TEMPO: MISURE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE ADOTTATE

Confrontando tra loro i dati dell'adozione abituale di programmi volti alla promozione della salute nelle ultime tre edizioni, si nota una sostanziale stabilità rispetto all'area dell'attività fisica mentre si conferma il calo, già registrato nel 2013-14, per gli interventi legati all'ambito dell'alimentazione.

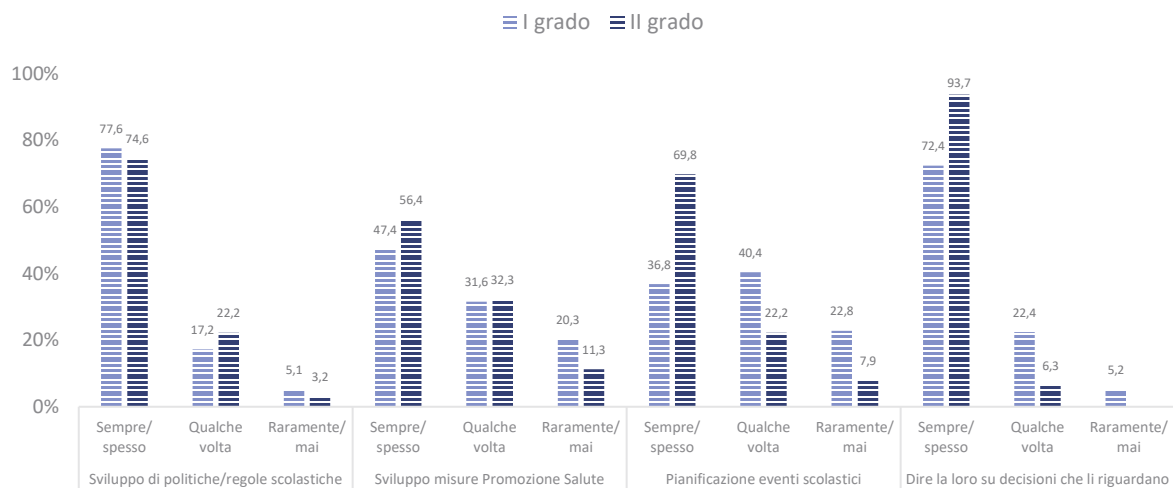
In netta crescita l'attività relativa all'area della violenza, probabilmente dovuta a una sempre maggiore sensibilità legata al tema del bullismo e del cyberbullismo.

**Fig. A.3.1 Misure di promozione della salute adottate abitualmente dalla scuola  
HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18**



Una specifica sezione del questionario intendeva indagare il grado di partecipazione degli studenti ad alcuni degli aspetti organizzativi dell'istituzione scolastica (figura 3.2)

**Figura 3.2** *Frequenza del coinvolgimento degli studenti in alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica, per grado scolastico (%)*



Secondo i Dirigenti scolastici, il 95,8% delle scuole coinvolge gli studenti nello sviluppo di politiche/regole scolastiche (nel dettaglio il 76% quasi sempre o spesso, il 19,8% qualche volta). Meno rosea la situazione rispetto allo sviluppo di iniziative per la promozione della salute: le scuole che coinvolgono gli studenti sono l'84% del totale (nello specifico poco più della metà lo fa quasi sempre o spesso, il 31,9% qualche volta). La situazione è simile per la pianificazione degli eventi scolastici: li coinvolge l'85% delle scuole (il 54,2% lo fa quasi sempre o spesso e il 30,8% solo qualche volta)

Infine, la quasi totalità dei Dirigenti (97,6%) dichiara che gli studenti della propria scuola possono dire la loro nelle decisioni che li riguardano. Nel dettaglio: l'83,5% quasi sempre o spesso, il 14,1% qualche volta.

Una differenza significativa tra gli ordini di scuola si rileva solo per la pianificazione degli eventi scolastici e per la possibilità di esprimere la propria idea rispetto alle decisioni che riguardano gli studenti. In entrambi i casi, come prevedibile, hanno più possibilità di partecipare attivamente gli studenti delle scuole secondarie di II grado.

Una sezione del questionario poneva la seguente domanda ai Dirigenti Scolastici: «Nella vostra scuola disponete di strutture o spazi formali che gli studenti possono utilizzare per rivolgere al preside preoccupazioni e lamentele?». Dalle risposte al questionario emerge che, nella maggior parte dei casi, non esistono né cassette per i suggerimenti (75.6 %) né modalità informatiche che possano convogliare le eventuali lamentele (79.1 %). Una prassi più praticata (59.8 %), invece, è quella di svolgere indagini sugli studenti. Le scuole paiono essere disponibili all'accoglienza degli studenti nelle ore d'ufficio (91,5%).

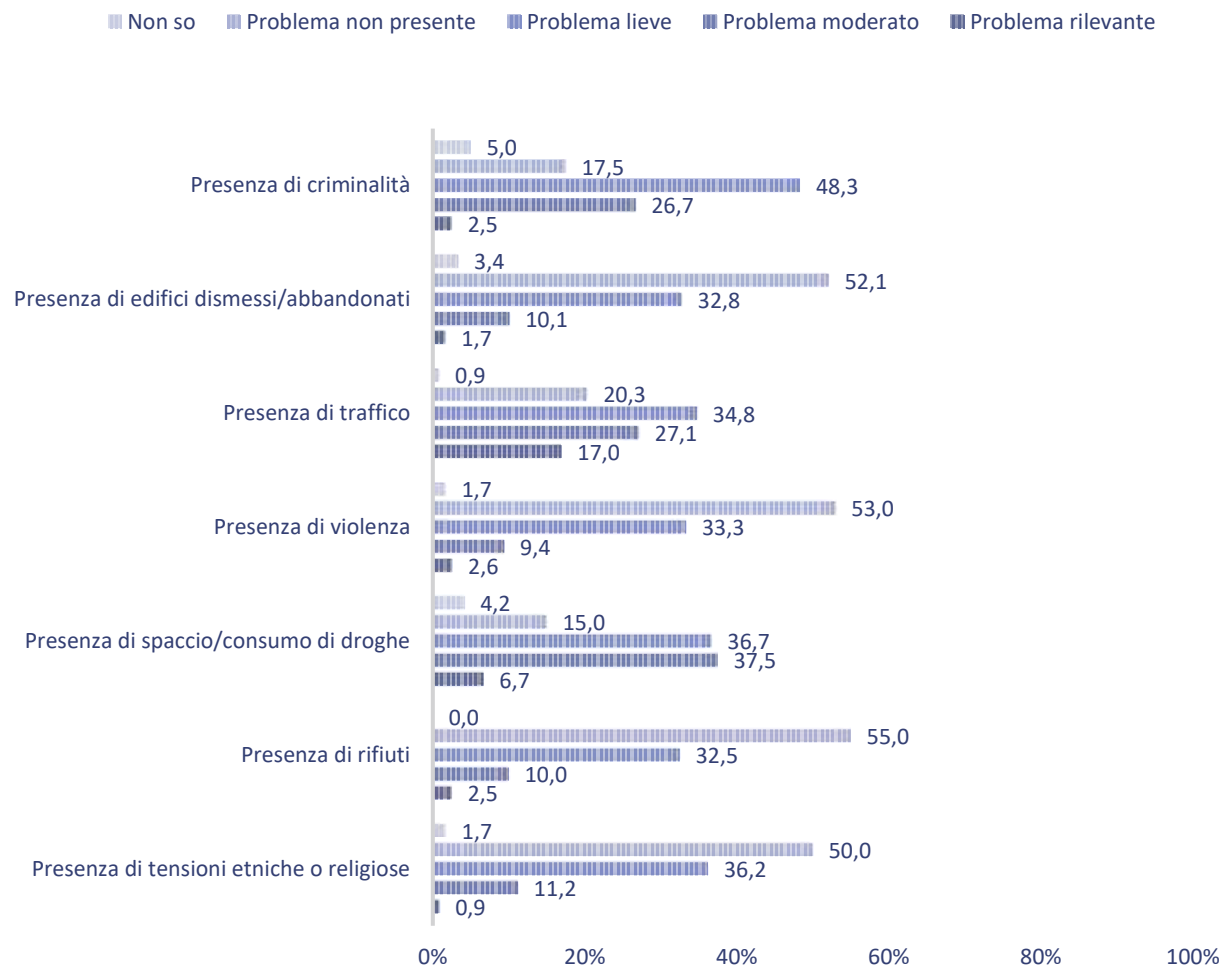
Anche in questo caso, le modalità per raccogliere le opinioni degli studenti sono più diffuse nelle scuole secondarie di II grado.

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

	Cassetta suggerimenti	Home page, forum, blog	Ore ufficio	Indagini studenti
Si	24.4	20.9	91.5	59.8
No	75.6	79.1	8.5	40.2
Totale	100.00	100.00	100.00	100.00

I Dirigenti scolastici hanno, inoltre, potuto esprimere un giudizio in merito alla percezione, in termini di rilevanza, di alcune problematiche dell'area in cui è ubicata la scuola (figura 3.3) e dell'adeguatezza del quartiere (figura 3.4)

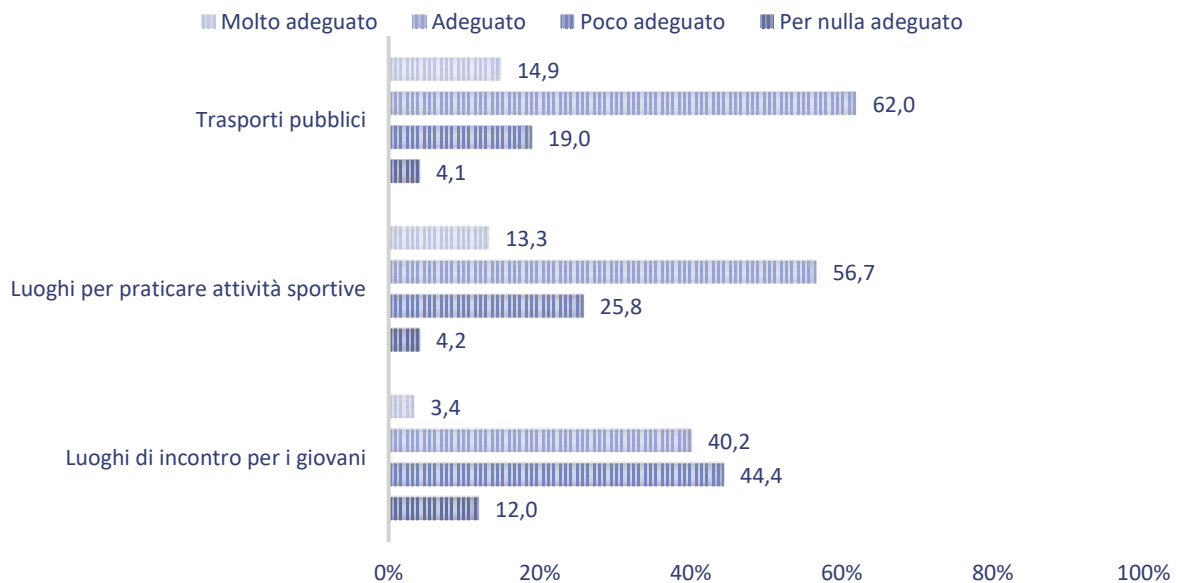
Figura 3.3 Frequenza in termini di rilevanza di alcune problematiche a livello dell'area in cui è situata la scuola (%)



Il problema più sentito è quello del traffico eccessivo, valutato rilevante dal 17% dei Dirigenti e moderato dal 27%. Per importanza e gravità seguono le trasgressioni legate allo spaccio, al consumo di droghe o abuso di alcol ritenuto un problema rilevante dal

6,7% dei Dirigenti e moderato dal 37%. La criminalità è valutata un problema rilevante dal 2,5% e moderato dal 26,7%. Tutti gli altri problemi sono valutati meno presenti.

Figura 3.4 Valutazione dell'adeguatezza del quartiere in cui opera la scuola (%)



Per quanto riguarda le risorse del quartiere in cui è ubicata la scuola, il 76,9% giudica positivamente la diponibilità dei mezzi pubblici e il 70% quella di luoghi dove svolgere attività sportiva. Più critica la situazione relativa ai luoghi di incontro per i giovani valutata negativamente da oltre la metà dei Dirigenti (56,4%).

Ai Dirigenti scolastici è stato, inoltre, chiesto di esprimere una valutazione delle attività e delle manifestazioni disponibili nel quartiere in cui opera la scuola (tabella 3.3)

	Poche iniziative culturali	Mancanza punti di ritrovo	Molte associazioni che operano nel sociale
Completamente in disaccordo	5.1	2.5	1.7
In disaccordo	16.8	19.3	11.1
Abbastanza in disaccordo	16.8	12.6	5.9
Né in accordo né in disaccordo	14.3	15.9	18.8
Abbastanza d'accordo	21	25.2	31.6
D'accordo	21	21.8	27.3
Completamente d'accordo	5	2.5	3.4

Le valutazioni sono critiche: il 47% è d'accordo con l'affermazione che ci siano poche attività culturali (solo il 38,6% la pensa diversamente mentre il 14% ha una posizione neutra) e la metà ritiene che i punti di ritrovo, dove i giovani possano incontrarsi per

passare il tempo libero nel quartiere, siano scarsi (la pensa diversamente il 34,5% mentre il 15,9% assume una posizione intermedia).

Il 62,3% ritiene, invece, che il quartiere sia ricco di associazioni che svolgono attività nel sociale.

## RAPPORTO CON GLI INSEGNANTI

La qualità del rapporto con gli insegnanti è considerata una delle componenti che maggiormente contribuisce all'adattamento scolastico dell'adolescente<sup>3-4</sup>.

Una relazione positiva con i propri insegnanti è associata ad un maggior utilizzo di strategie di coping attivo a scuola<sup>1</sup>, è predittiva di un migliore adattamento comportamentale e scolastico<sup>5-6</sup> e influenza il successo scolastico<sup>7-8</sup>.

Alcuni studi hanno inoltre evidenziato come una relazione positiva con gli insegnanti contribuisca a contenere i comportamenti aggressivi<sup>9</sup> e rappresenti un fattore protettivo per l'assunzione di comportamenti a rischio<sup>10-11</sup>.

Al fine di comprendere quale sia la percezione che i ragazzi hanno del rapporto con gli insegnanti, è stato chiesto loro di esprimere il proprio grado di accordo (da "molto d'accordo" a "per niente d'accordo") rispetto alle seguenti affermazioni: "I miei insegnanti si interessano a me come persona", "Credo/mi fido molto dei miei insegnanti" e "I miei insegnanti mi accettano per quello che sono".

Nelle tabelle 3.4, 3.5 e 3.6 sono riportate le risposte dei ragazzi a ciascuna domanda

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	19.3	13.4	7.6
D'accordo	36.2	39.8	28.1
Né in accordo né in disaccordo	31.9	32.9	42.8
Non d'accordo	9.6	10.5	16.8
Per niente d'accordo	3.4	3.4	4.7

Il 48% del campione ritiene che i propri insegnanti si interessino a loro come persone. Il 35,9% sceglie una posizione intermedia che probabilmente riflette una differenza nella relazione con i singoli insegnanti. Il 16% esprime un giudizio negativo.

L'accordo con questa affermazione decresce significativamente con l'età e sono i maschi ad avere una percezione più negativa. Ritengono infatti che gli insegnanti non si interessino a loro come persone il 17,7% dei maschi contro il 9,7% delle compagne.

Tabella 3.5 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione "Credo/mi fido molto dei miei insegnanti", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	36.6	20.4	8.1
D'accordo	36.3	37.1	31.6
Né in accordo né in disaccordo	18.8	28.5	37.6
Non d'accordo	4.4	9.5	15.8
Per niente d'accordo	4.0	4.4	6.9



Il 56,5% del campione dichiara di aver fiducia nei propri insegnanti. Il 28,2% ha una posizione intermedia e il 15,1% esprime un giudizio negativo.

La fiducia peggiora significativamente con l'età e questa percezione varia anche rispetto al genere: i maschi sono più spesso molto in disaccordo con questa affermazione rispetto alle loro compagne (6,7% vs 3,6%).

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	49.9	34.4	22.5
D'accordo	34.5	40.8	46.7
Né in accordo né in disaccordo	10.9	18.8	23.1
Non d'accordo	2.9	4.1	6.1
Per niente d'accordo	1.8	2.0	1.7

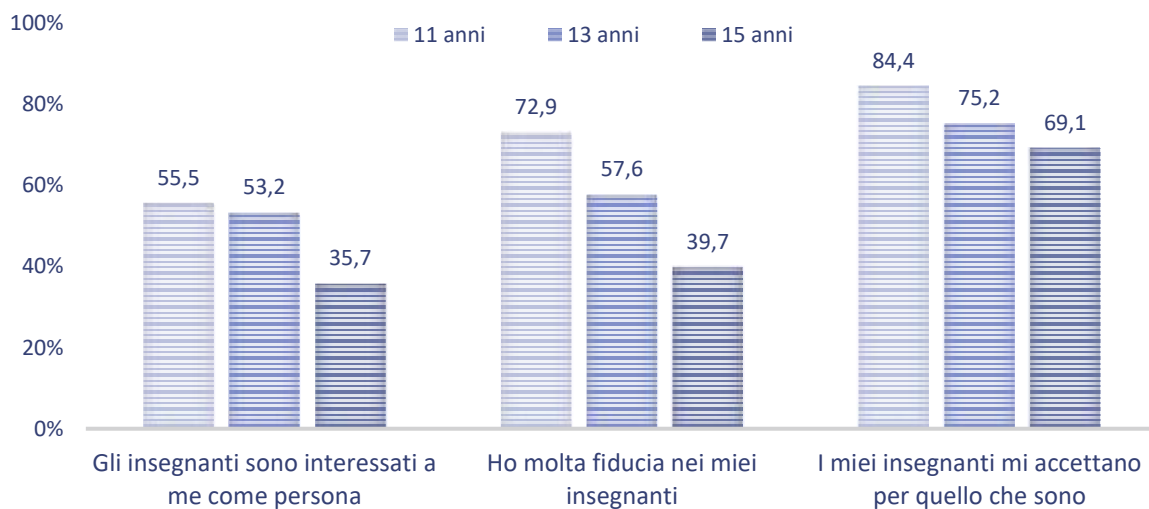
Infine, il 76,1% del campione ritiene che i propri insegnanti lo accettino per quello che è, il 17,7% esprime una posizione intermedia e il 6,2% dà un giudizio negativo.

La percezione di essere accettati per quello che si è peggiora significativamente con l'età. Si parte dall'84,4% di accordo con questa affermazione a 11 anni, si passa al 75,2% a 13 anni, fino ad arrivare al 69,2% a 15 anni.

Sentirsi accettati è anche una questione di genere ed è più frequente per le ragazze che per i maschi.

Nella figura 3.5 si può cogliere a colpo d'occhio la differenza del grado di "accordo" o "molto d'accordo" nelle diverse età considerate, già riportata dei commenti precedenti.

Figura 3.5 Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "d'accordo" o "molto d'accordo" con le tre affermazioni sul modo con cui interagiscono con gli insegnanti, per età (%)



## RAPPORTO CON I COMPAGNI DI CLASSE

Il rapporto con i pari all'interno della scuola gioca un ruolo chiave nello sviluppo dell'adolescente<sup>6,12</sup>. Questo sistema relazionale sembra influenzare il coinvolgimento degli studenti nelle attività scolastiche e la motivazione al raggiungimento di buoni risultati. Esiste, infatti, un legame tra le relazioni con i coetanei e il rendimento scolastico: gli studenti con relazioni carenti con i propri compagni di classe tendono ad avere voti peggiori<sup>13</sup> mentre avere amici a scuola sembra aumentare il coinvolgimento e la partecipazione ad attività scolastiche<sup>14</sup>, favorire lo sviluppo di comportamenti socialmente adeguati e l'impegno scolastico<sup>15</sup>.

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

Tabella 3.7 Grado di accordo dichiarato con l'affermazione “la maggior parte dei miei compagni è gentile e disponibile”, per età (%)

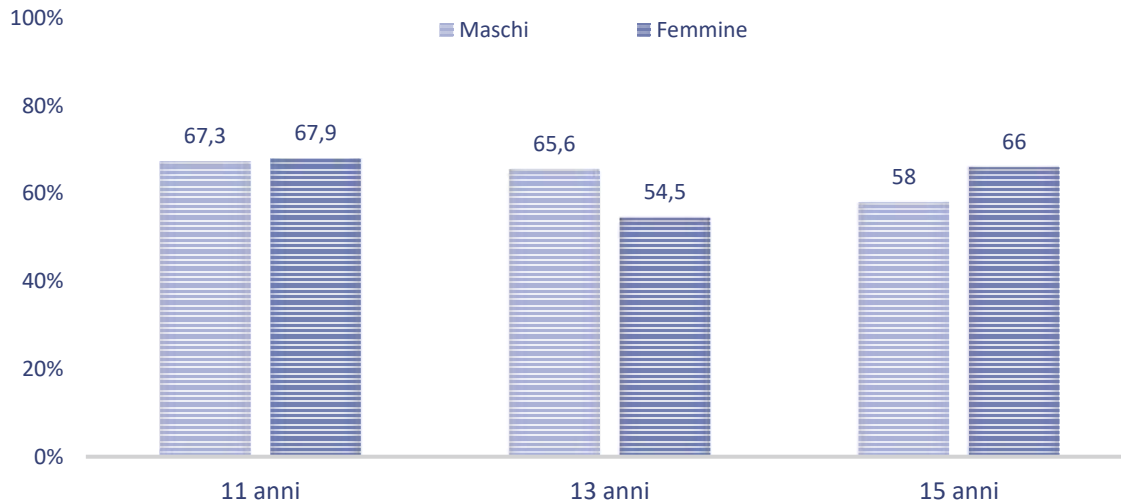
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	27.9	16.7	15.0
D'accordo	39.7	43.5	47.4
Né in accordo né in disaccordo	23.6	27.0	25.2
Non d'accordo	6.8	10.0	9.3
Per niente d'accordo	1.9	2.7	3.1

Il 63% degli intervistati è d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione “i miei compagni sono gentili e disponibili”. La posizione intermedia è occupata da circa un quarto del campione. La scelta dell'opzione “né in accordo né in disaccordo” di solito riflette relazioni diverse con differenti compagni all'interno del gruppo classe.

Confrontando questo stesso dato per età, si rileva che sono i più giovani ad essere più soddisfatti dei propri compagni.

Non si rilevano differenze di genere significative ma un'interazione tra età e genere. A 11 anni maschi e femmine sembrano egualmente soddisfatti. Per i maschi questo giudizio peggiora gradualmente con l'età. Le ragazze invece a 13 anni sono particolarmente negative, per ritrovare poi una maggiore soddisfazione a 15 anni.

Figura 3.6 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 (%)



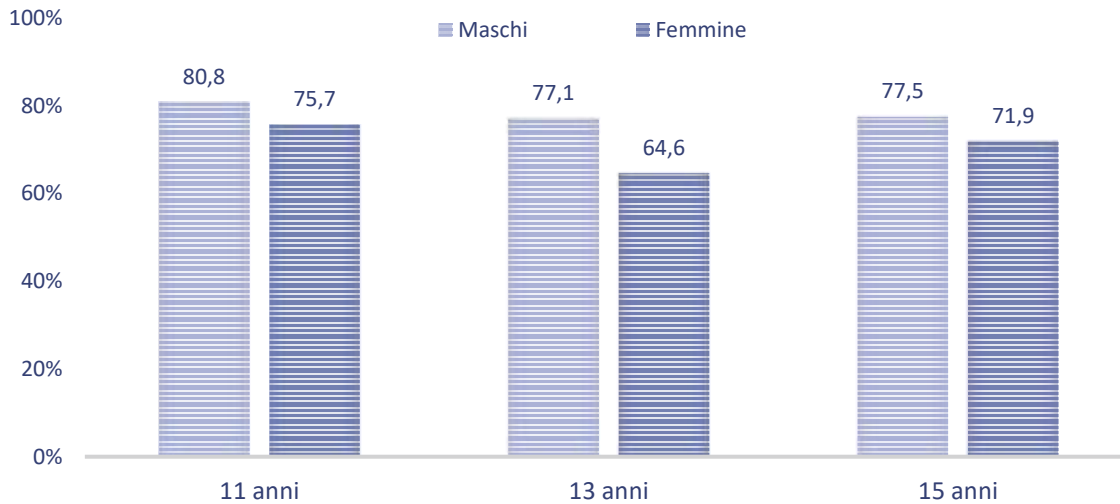
Il 74,5% del campione si sente accettato dai propri compagni per quello che è. Di opinione contraria l'8%. Il 17,5% si colloca in una posizione intermedia che, come già indicato, potrebbe riflettere relazioni diverse con differenti compagni all'interno del gruppo classe.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Molto d'accordo	41.6	30.0	25.0
D'accordo	36.7	41.0	49.4
Né in accordo né in disaccordo	14.1	19.6	18.7
Non d'accordo	4.3	6.0	4.8
Per niente d'accordo	3.3	3.4	2.0

Si nota, anche in questo caso, un peggioramento con l'età ed una differenza significativa tra maschi e femmine, in cui sono queste ultime ad avere un giudizio più negativo. Come per l'item precedente, per i maschi la percezione di essere accettati peggiora gradualmente con l'età mentre per le femmine si rileva un deciso peggioramento a 13 anni per poi migliorare leggermente a 15.

Figura 3.7 Frequenza di coloro che sono molto d'accordo o d'accordo con l'affermazione: "i miei compagni mi accettano per quello che sono": per età e genere (%)



## BULLISMO E CYBERBULLISMO

Il recente report dell'Unesco<sup>16</sup>, che descrive il fenomeno del bullismo in 71 Paesi del mondo, inserisce l'Italia tra i Paesi a minore prevalenza, con trend in riduzione. Il fenomeno è maggiormente rappresentato nelle fasce d'età più giovani e si manifesta in modo differente tra i due generi: manifestazioni più frequentemente di tipo fisico nei maschi e di tipo verbale e psicologico nelle ragazze<sup>16</sup>. Per quel che riguarda il fenomeno del cyberbullismo, ancora poco esplorato, in un recente lavoro che ha coinvolto 7 paesi tra cui l'Italia, il fenomeno sembra essere in aumento<sup>17</sup>. Non vengono descritte differenze di genere per gli atti legati alla diffusione di foto o di immagini mentre il genere femminile risulta essere più esposto di quello maschile per gli episodi legati all'utilizzo e la diffusione di messaggi di testo. Il cyberbullismo, a differenza del bullismo, sembra aumentare al crescere dell'età probabilmente in parte a causa della maggiore disponibilità di mezzi tecnologici nei ragazzi più grandi. La letteratura sottolinea come non sia ancora possibile discutere se esista una correlazione tra bullismo in riduzione e cyberbullismo in aumento e se quest'ultimo sia un fenomeno nuovo e indipendente oppure la transizione del bullismo<sup>18</sup>.

Un clima positivo tra pari e buone relazioni con le figure adulte di riferimento, soprattutto insegnanti, riducono la probabilità di accadimento di atti lesivi e risultano quindi un forte fattore protettivo<sup>18</sup>. Le dinamiche relazionali che i ragazzi costruiscono a scuola e nelle attività strutturate al di fuori della scuola sono un ulteriore elemento protettivo<sup>16</sup>.

L'HBSC ha approfondito il tema del bullismo e delle relazioni violente chiedendo ai ragazzi con quale frequenza avessero subito atti di bullismo a scuola nel corso degli ultimi due mesi. La modalità di risposta si distribuisce su una scala a 5 punti da "Mai" a "Più volte alla settimana" (tabella 3.9).

Tabella 3.9 Quante volte hai subito atti di bullismo negli ultimi due mesi, per età (%)

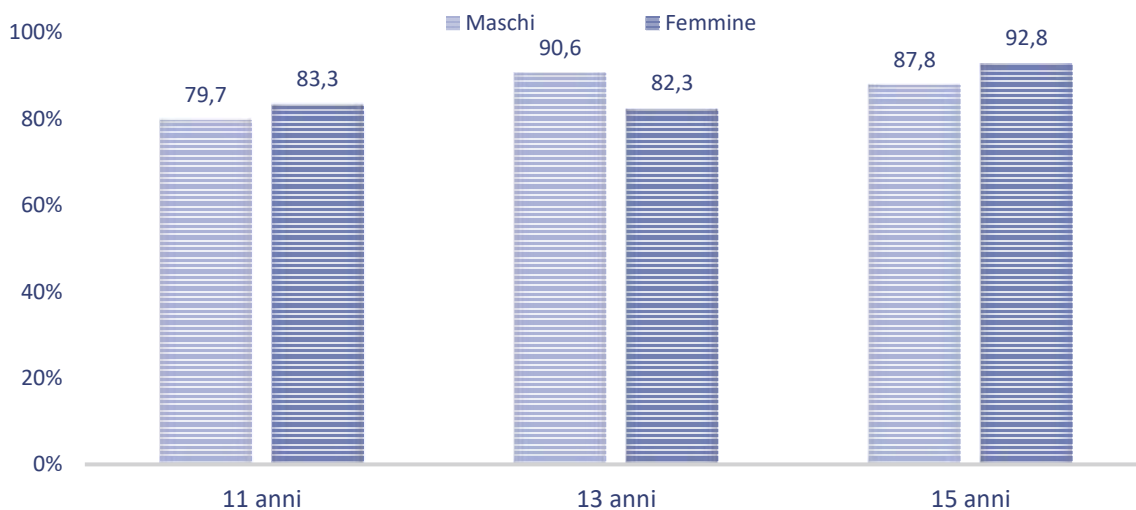
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non sono stato oggetto di bullismo	81.5	86.5	90.6
Una o due volte	11.4	8.8	7.0
Due o tre volte al mese	3.0	1.5	1.2
Circa una volta alla settimana	1.4	1.4	0.8
Più volte alla settimana	2.8	1.8	0.4

La maggior parte dei ragazzi (86,3%), a prescindere dall'età, non ha subito episodi di bullismo negli ultimi 2 mesi. Il 13,7% denuncia invece di averli subito e, in particolare, il 2,9% li ha subito almeno una volta a settimana.

Si rileva che questi episodi sono significativamente più frequenti tra gli undicenni e si riducono al crescere dell'età.

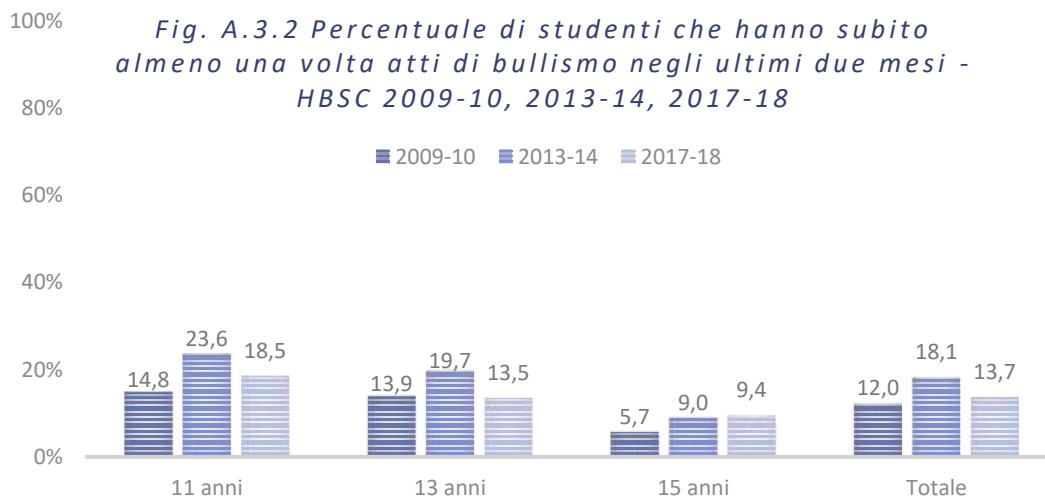
Maschi e femmine si comportano diversamente a seconda dell'età: a 11 anni sono i maschi a denunciare più frequentemente di aver subito atti di bullismo (20,3% vs 16,7%), a 13 anni appare più frequente per le ragazze (9,4% vs 17,7%), a 15 torna ad essere più frequente per i maschi (12,2% vs 7,2%).

Figura 3.8 Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito atti di bullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)



### CONFRONTO NEL TEMPO: BULLISMO SUBITO

Dopo l'impennata del 2013-2014, nell'ultima edizione il fenomeno del bullismo torna in linea con i valori registrati nel 2009-10. La crescita registrata nel 2013-14 per i quindicenni, viene confermata anche in questa edizione



Oltre al bullismo subito, è stato anche chiesto ai ragazzi se, e con che frequenza, avessero partecipato ad atti di bullismo contro un pari negli ultimi due mesi, (tabella 3.10 e figura 3.9).

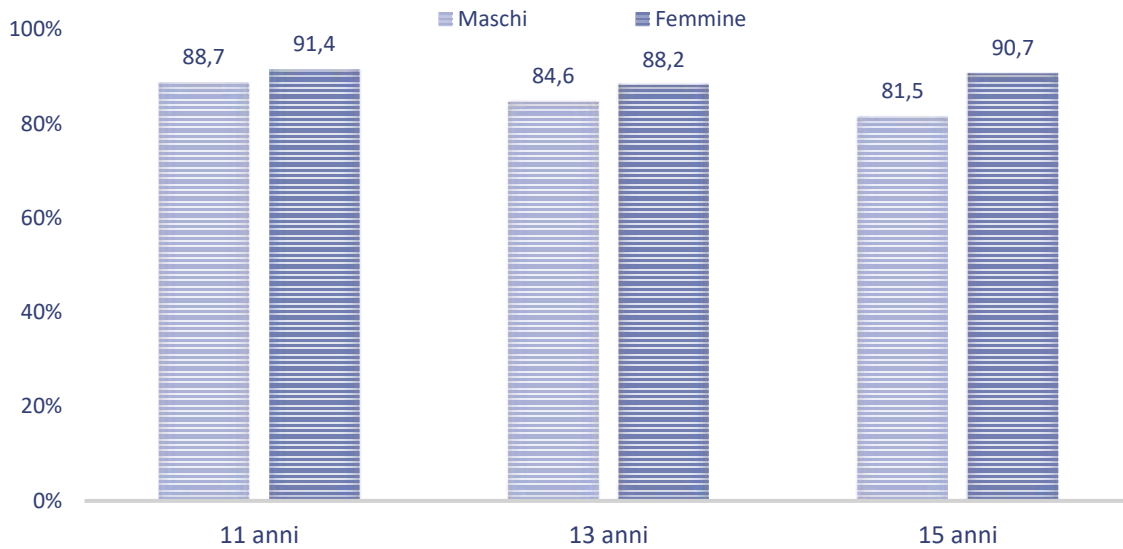
Tabella 3.10 Quante volte hai partecipato ad atti di bullismo contro un tuo pari negli ultimi due mesi, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non ho fatto il bullo con un compagno	90	86.3	86.6
Una volta o due	7.7	9.5	9.2
Due o tre volte al mese	0.6	1.7	1.8
Circa una volta alla settimana	1	1.4	1.1
Più volte alla settimana	0.6	1	1.4

La maggior parte del campione (87,6%) dichiara di non averlo mai fatto. Il 12,4% invece si autodenuncia e in particolare il 2% dice di aver partecipato ad atti di bullismo almeno una volta alla settimana. Gli undicenni dichiarano più raramente di aver agito comportamenti da bulli e si differenziano significativamente da quanto dichiarato dai tredicenni e quindicenni.

Partecipare ad atti di bullismo è più frequente nei maschi che nelle femmine e i due generi si comportano diversamente a seconda dell'età, in particolare a 15 anni. Il 18,5% dei quindicenni maschi dichiara di aver partecipato ad atti di bullismo contro il 9,3% delle coetanee.

*Figura 3.9 Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai partecipato ad atti di bullismo contro un compagno negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)*



Il cyberbullismo, una forma di bullismo condotto attraverso strumenti telematici (come ad esempio tramite internet), è stato oggetto dell'indagine 2018. Anche in questo caso, attraverso due domande specifiche, è stato chiesto ai ragazzi se avessero subito e/o partecipato ad azioni di cyberbullismo (figura 3.10 e figura 3.11).

Oltre il 90% del campione dichiara di non aver mai subito azioni di cyberbullismo. L'8,3% invece ha avuto a che fare con questo problema e, nello specifico, l'1,1 l'ha subito almeno una volta a settimana. Il problema è più frequente tra le ragazze che tra i maschi.

*Figura 3.10 Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai subito azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)*

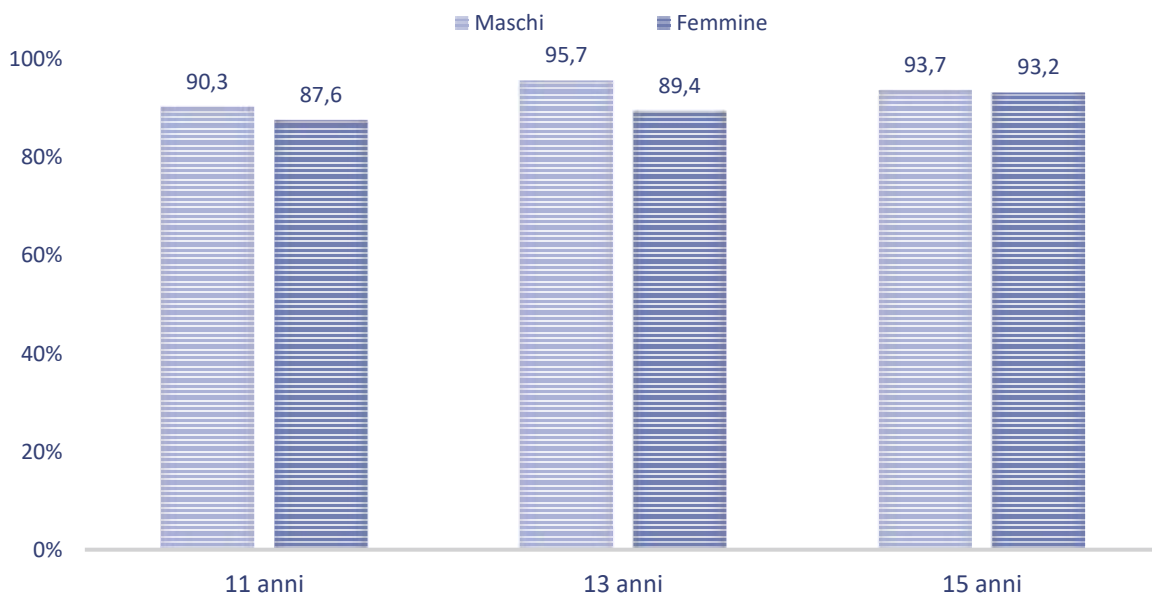
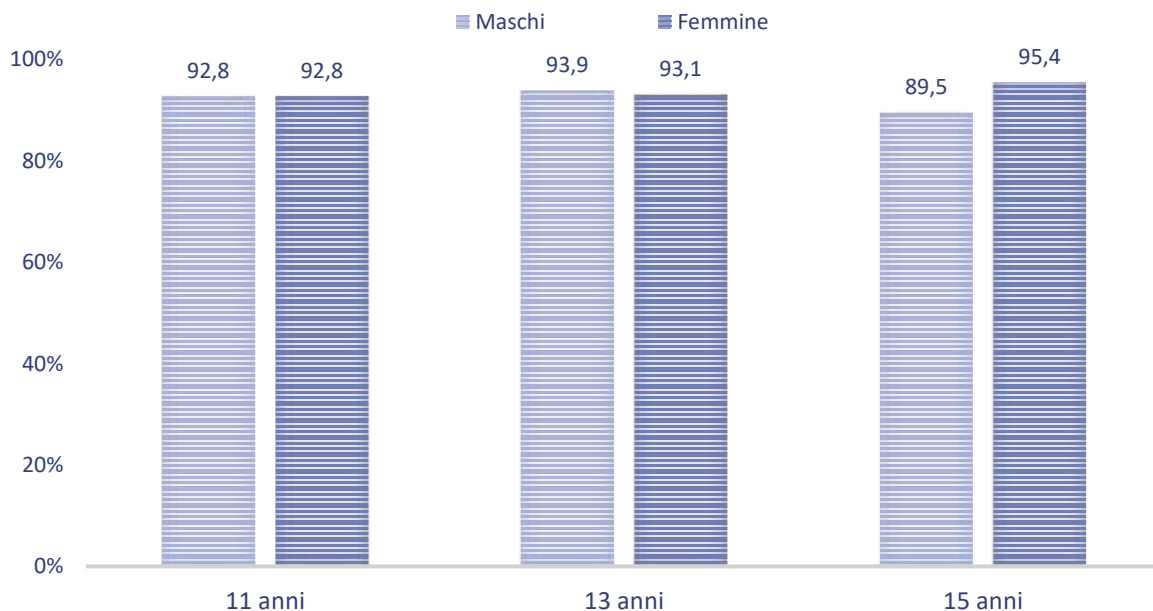


Figura 3.11 Frequenza di coloro che dichiarano di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo negli ultimi 2 mesi, per età e genere (%)



La maggior parte dei ragazzi (93%), a prescindere dall'età, dichiara di non aver mai praticato azioni di cyberbullismo. Lo ha fatto il 7% e, nello specifico, lo 0,7% almeno una volta a settimana. Non ci sono differenze significative tra i generi.

Ai ragazzi è stato inoltre chiesto se fossero incorsi in colluttazioni violente ("Ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?") negli ultimi 12 mesi. Nella Tabella 3.11 sono riportate le risposte fornite dai ragazzi, suddivise per fascia d'età.

Tabella 3.11 Negli ultimi 12 mesi, quante volte ti sei azzuffato o picchiato con qualcuno?" per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	62.0	62.1	74.7
Una volta	18.2	18.2	15.7
Due volte	7.2	8.1	4.4
Tre volte	3.0	3.8	2.5
Quattro volte o più	9.6	7.8	2.7

Il 66,3% del campione dichiara di non essersi mai azzuffato o picchiato con qualcuno. Questi atti di aggressività e violenza sono invece riportati da un terzo del campione. Azzuffarsi e picchiarsi è significativamente più frequente tra i maschi che tra le femmine: dichiara di averlo fatto circa il 48% dei maschi contro il 19,5% delle compagne. Questo comportamento diminuisce significativamente con l'età.



## L'ESPERIENZA SCOLASTICA

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

In questo studio, il rapporto dei ragazzi con la scuola è stato indagato chiedendo loro cosa pensassero della scuola. La modalità di risposta a questa domanda è distribuita su una scala a 4 punti da "mi piace molto" a "non mi piace per niente". In tabella 3.12 si possono osservare le risposte relative a ciò che i ragazzi pensano della scuola nella nostra regione, suddivise per età.

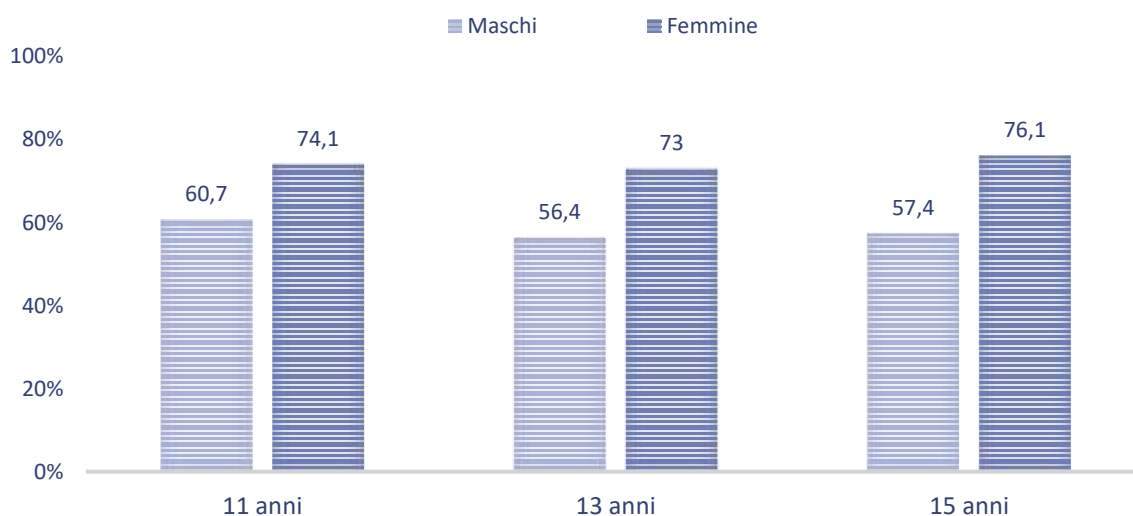
Tabella 3.12 "Attualmente cosa pensi della scuola?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mi piace molto	16.3	7.9	11.0
Abbastanza	51.0	56.5	56.7
Non tanto	20.9	27.0	25.5
Non mi piace per nulla	11.8	8.6	6.8

In generale il 66,5% del campione ha un'opinione positiva della scuola. Un giudizio estremamente negativo (non mi piace per niente) è espresso dal 9% del campione. Nel complesso sono i tredicenni ad avere un'opinione più negativa.

In figura 3.12 è invece possibile notare le differenze di genere circa le risposte "mi piace molto/abbastanza" la scuola. I dati indicano che sono le ragazze ad avere un'opinione più positiva, in ogni fascia d'età.

Figura 3.12 Frequenza di coloro a cui piace "molto" o "abbastanza" la scuola, per età e genere (%)



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

In tabella 3.13 e 3.14 si possono osservare le risposte dei ragazzi della nostra Regione, suddivise rispettivamente per età e per genere.

Tabella 3.13 "Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Per niente	7.1	5.4	4.3
Un po'	42.9	38.8	26.6
Abbastanza	29.8	36.1	35.3
Molto	20.2	19.8	33.8

Tabella 3.14 "Quanto ti senti stressato da tutto il lavoro che devi fare per la scuola?", per età e genere (%)

	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Per niente	7.7	6.5	7.78	2.8	8.5	0.8
Un po'	38.2	47.8	40.9	36.6	32.0	22.1
Abbastanza	33.6	25.8	34.6	37.6	36.9	34.1
Molto	20.5	19.9	16.7	23.0	22.5	43.0

Oltre la metà del campione (58,4%) si sente stressato per tutto il lavoro che deve fare per la scuola. Il 36,6% si sente un po' stressato e il 5,6% per nulla. La fatica percepita aumenta al crescere dell'età ed è percepita prevalentemente dalle ragazze. Si segnala che le ragazze sono le stesse che dichiarano di apprezzare maggiormente la scuola.

## IN SINTESI

Lo studio HBSC approfondisce il tema dell'ambiente scolastico sia attraverso domande rivolte ai Dirigenti scolastici sia agli studenti. Ai primi sono rivolte domande in merito all'organizzazione scolastica, alle condizioni strutturali dell'edificio e alla qualità del quartiere in cui sono situati. Ai ragazzi si chiede quale è il loro rapporto con insegnanti e compagni, quanto piace la scuola e se è faticoso frequentarla.

### *Il punto di vista dei Dirigenti*

**Aspetti ambientali e organizzativi:** il quadro che emerge è sostanzialmente positivo: benché il tema della ristrutturazione della scuola preoccupi tre quarti dei Dirigenti, le strutture a disposizione sono ritenute adeguate dalla maggior parte di loro: sono soddisfatti degli spazi all'aperto (68,5%), delle aule (67,5%), delle palestre (65,2%) e dei laboratori (64,4%).

Più critica la valutazione del contesto in cui è ubicata la scuola: il 44% è preoccupato per il traffico, il 43% per lo spaccio e il consumo di sostanze, il 29% per la criminalità. Ritengono inoltre che questi quartieri siano poveri di attività culturali e di luoghi di aggregazione per ragazzi anche se sono numerose le associazioni che svolgono attività nel sociale. Valutano positivamente la disponibilità dei mezzi pubblici e le risorse per svolgere attività sportiva.

**Promozione della salute:** la maggior parte dei Dirigenti adotta pratiche per la promozione della salute. Il 100% promuove competenze rispetto all'attività sportiva, il 98,3% iniziative per la lotta a violenza e bullismo, il 97,5% programmi di prevenzione del consumo di sostanze. Sono le scuole secondarie di II grado ad adottare queste pratiche abitualmente tranne quelle relative a violenza e bullismo, praticate più frequentemente dalle scuole secondarie di I grado.

**Confronti nel tempo per le misure di promozione della salute adottate:** l'edizione 2017-18 sostanzialmente conferma le tendenze precedenti: stabilità rispetto all'area dell'attività fisica e delle sostanze, ulteriore riduzione degli interventi sull'alimentazione. Si assiste però a una netta crescita delle iniziative sui temi della violenza e del bullismo.

**Partecipazione:** i Dirigenti dichiarano di coinvolgere attivamente gli studenti nei vari ambiti della gestione della vita scolastica: dallo sviluppo di politiche/regole scolastiche (95,8%), allo sviluppo di iniziative per la promozione della salute (84%), alla pianificazione degli eventi scolastici (85%). Il 97,6% dichiara che gli studenti della propria scuola possono dire la loro nelle decisioni che li riguardano. Gli studenti delle scuole secondarie di II grado sono maggiormente coinvolti nella pianificazione degli eventi scolastici e possono esprimere in maggior misura la propria idea rispetto alle decisioni che li riguardano.

Gli studenti possono rivolgere al preside eventuali preoccupazioni e lamentele durante le ore d'ufficio ma gli altri metodi (cassette per suggerimenti o modalità informatiche) sono rari. Poco più della metà delle scuole svolge indagini sugli studenti. Le modalità per raccogliere le loro opinioni sono più diffuse nelle scuole secondarie di II grado.

### ***Il punto di vista degli studenti***

**Rapporto con la scuola:** la maggior parte del campione (66,5%) ha un'opinione positiva della scuola. Piace soprattutto alle ragazze e i tredicenni sono quelli che esprimono un parere più negativo.

Nonostante questo generale giudizio favorevole, oltre la metà del campione (58,4%) si sente stressato per tutto il lavoro che deve fare. La fatica percepita aumenta con l'età ed è avvertita prevalentemente dalle ragazze (anche se sono proprio loro a dichiarare di apprezzare maggiormente la scuola).

**Rapporto con gli insegnanti:** la maggior parte degli studenti ritiene di essere accettato dai propri insegnanti per quello che è, oltre la metà ha fiducia in loro. Una percentuale un po' più ridotta ritiene che si interessino a loro come persone. In generale queste valutazioni peggiorano con l'età e sono le ragazze ad esprimere giudizi più positivi.

**Rapporto con i compagni di classe:** il rapporto con i compagni è sostanzialmente buono: la maggioranza si sente accettato per quello che è (74,5%) e ritiene che i propri compagni siano gentili e disponibili (63%).

Tale percezione peggiora con l'età e le ragazze esprimono giudizi più negativi, soprattutto a 13 anni.

**Bullismo e cyberbullismo:** la maggior parte (86,3%) dichiara di non aver subito atti di bullismo, che sono significativamente più frequenti tra gli undicenni e si riducono con l'età. Maschi e femmine si comportano diversamente: a 11 anni sono i maschi a denunciare più atti di bullismo, a 13 la proporzione si inverte, a 15 torna più frequente per i maschi. Episodi di cyberbullismo sono denunciati dall'8,3% degli studenti, prevalentemente ragazze.

**Confronti nel tempo per il bullismo:** dopo l'impennata del 2013-2014, nell'ultima edizione il fenomeno del bullismo torna in linea con i valori registrati nel 2009-10. La crescita registrata nel 2013-14 per i quindicenni è confermata anche in questa edizione.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

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

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

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

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

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

<sup>6</sup>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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>17</sup>Dalla Pozza, V., Di Pietro, A., Morel, S., & Psaila, E. (2016). Cyberbullying among young people. In European Parliament Think Tank. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL\\_STU\(2016\)571367\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571367/IPOL_STU(2016)571367_EN.pdf)

<sup>18</sup>Mascheroni, G. & Cuman, A. (2014). Net Children Go Mobile: Final report. Deliverables D6.4 & D5.2. Milano: Educatt.

# 4. SPORT E TEMPO LIBERO

## INTRODUZIONE

L'attività fisica regolare aiuta a prevenire e curare le malattie non trasmissibili come le patologie cardiache, ictus, diabete, cancro, ipertensione. Aiuta a prevenire anche l'eccesso ponderale e può contribuire a migliorare la salute mentale, la qualità della vita e il benessere degli individui<sup>1</sup>.

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*"<sup>2</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); per raggiungere questo ambizioso obiettivo è necessario prendere atto del fatto che i principali determinanti dell'inattività fisica sono associati a cambiamenti sociali e ambientali, come la tecnologia, la globalizzazione e l'urbanizzazione, che stanno trasformando il modo in cui le persone vivono, lavorano, viaggiano e si divertono, incrementando i livelli di sedentarietà<sup>3</sup>.

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<sup>4,5</sup>. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che la sedentarietà sottrae tempo all'attività fisica; alcuni studi hanno, infatti, dimostrato una riduzione del rischio di mortalità quando si sostituisce il tempo impiegato in attività sedentarie con una sessione di attività fisica di pari durata<sup>6</sup>.

Lo stare seduti "*sitting time*" viene considerato un marker del profilo "sedentario" e comprende tutta una serie di attività quali: guardare la TV, stare al computer, stare seduti a leggere o a lavorare, ecc<sup>7</sup>.

Occorre, tuttavia, precisare che un comportamento sedentario è un'attività che comporta una bassa spesa energetica<sup>8</sup> 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 vigorosa<sup>9</sup>.

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<sup>10,11</sup>.

Attualmente, il primo Piano d'azione globale per promuovere l'attività fisica - *More active people for a healthier world* – dell'OMS risponde alla richiesta dei governi di avere linee guida aggiornate sulle politiche efficaci per aumentare l'attività fisica in tutta la popolazione e, specialmente, nei gruppi più a rischio come le donne adulte e gli adolescenti<sup>12</sup>.

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

## L'ATTIVITA' FISICA

Secondo l'OMS, per i giovani (5-17 anni) i livelli raccomandati di attività fisica includono il gioco, lo sport, i trasporti, la ricreazione, l'educazione fisica, nel contesto delle attività di famiglia, scuola e comunità, in modo da accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa<sup>13</sup>.

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<sup>14,15</sup>. La pratica sportiva consente, infatti, di attuare processi di socializzazione, identificazione e strutturazione del carattere, migliora l'autostima ed accresce le competenze relazionali interpersonali, serve ad acquisire una ampia serie di competenze e abilità che non riguardano solo la motricità ma che sono utilissime per la vita futura<sup>16</sup>. È infatti ampiamente dimostrato che i benefici più evidenti che derivano ad un giovane dal praticare un'attività motoria regolare si manifestano non solo nello sviluppo fisico ma anche nel comportamento sociale e nell'autonomia<sup>17,18</sup>.

Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio utilizza la domanda "negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno"; in tabella 4.1 e in figura 4.1 si riportano in percentuale le risposte dei ragazzi rispettivamente per età e genere.

Tabella 4.1 "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 (%)
Non faccio mai attività fisica	4.1	7.3	8.6
Un giorno	6.0	7.3	12.5
Due giorni	17.5	19.4	20.0
Tre giorni	20.0	20.0	19.5
Quattro giorni	18.8	18.4	16.0
Cinque giorni	14.1	12.3	11.1
Sei giorni	7.4	6.8	5.6
Sette giorni	12.0	8.5	6.8

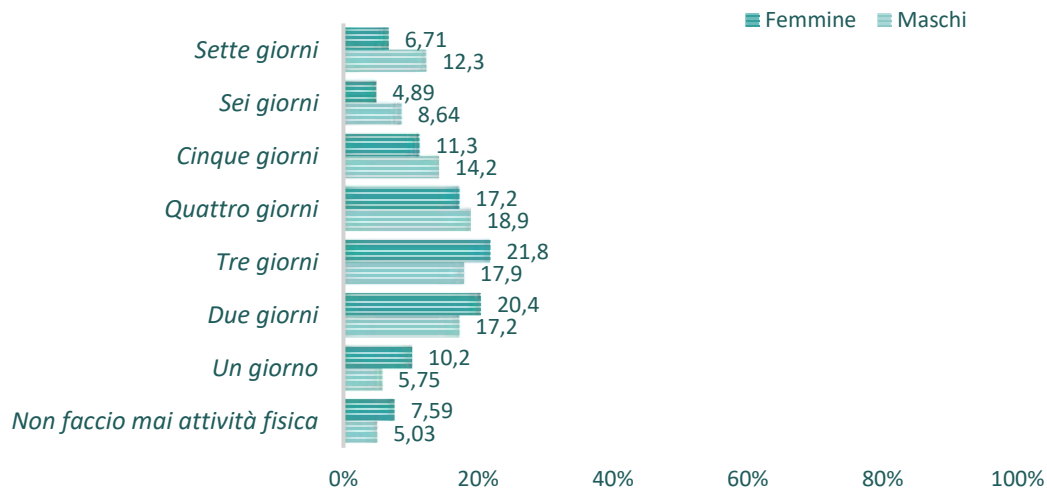
Dai dati si rileva che la maggior parte degli studenti (56,5%) pratica almeno 60 minuti di attività fisica tra le 2 e le 4 volte a settimana. Tuttavia i dati indicano che il 6,7% dei ragazzi non svolge mai attività fisica e che questa cattiva abitudine cresce con l'età, passando dall'4,1% a 11 anni e arrivando all'8,6% a 15.

Anche la percentuale di chi svolge attività fisica sette giorni su sette diminuisce con l'età: sono il 12% degli undicenni, l'8,5% dei tredicenni e il 6,8% dei quindicenni.

Emergono differenze significative per età e per genere: sono i più giovani a praticare attività fisica più frequentemente e sono prevalentemente i maschi.



Figura 4.1 Frequenza di attività fisica 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 4.2 si riporta, in percentuale, le risposte dei ragazzi per età.

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

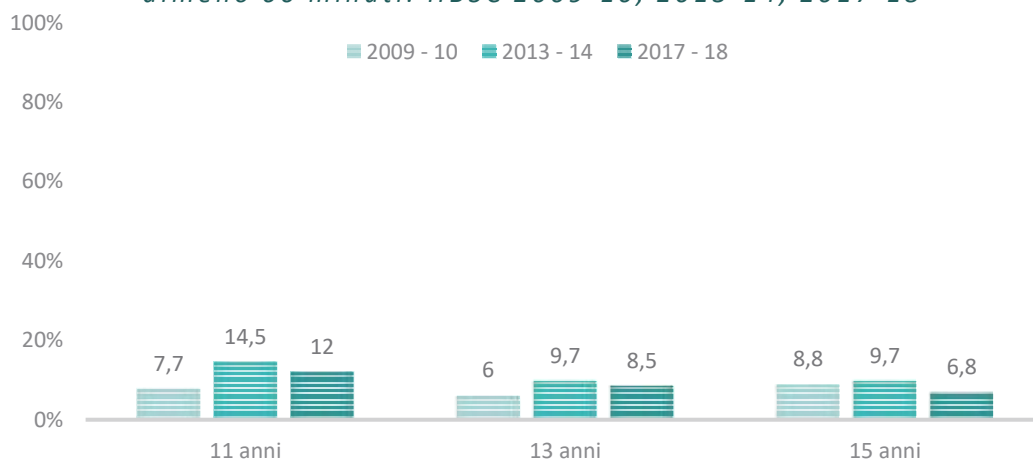
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Ogni giorno	11.5	6.1	6.06
Da 4 a 6 volte a settimana	21.5	19.8	19.9
2-3 volte a settimana	40.7	41.6	39.8
Una volta a settimana	13.6	15.3	16.3
Una volta al mese	3.1	4.7	4.9
Meno di una volta al mese	3.8	4.1	4.7
Mai	5.7	8.2	8.2

La maggior parte del campione (40,7%) svolge attività fisica vigorosa 2-3 volte alla settimana. In generale si assiste a una riduzione significativa dell'esercizio al crescere dell'età: pratica attività fisica, al di fuori dell'orario scolastico, il 94,2% degli undicenni e il 91,9% di tredicenni e quindicenni. Lo stesso dato, analizzato per genere, mostra che dedica significativamente più tempo all'attività fisica, al di fuori di quella prevista dalla scuola, il 93,3% dei maschi contro il 91,8 delle ragazze.

### CONFRONTO NEL TEMPO: ATTIVITÀ FISICA MODERATA E VIGOROSA

A differenza del dato in crescita riscontrato nel confronto tra le edizioni 2009/10 e 2013/14, nell'ultima edizione si registra una flessione in tutte le fasce di età della percentuale di chi svolge attività fisica tutti i giorni, per almeno 60 minuti, assestandosi su valori intermedi a quelli registrati nelle precedenti edizioni.

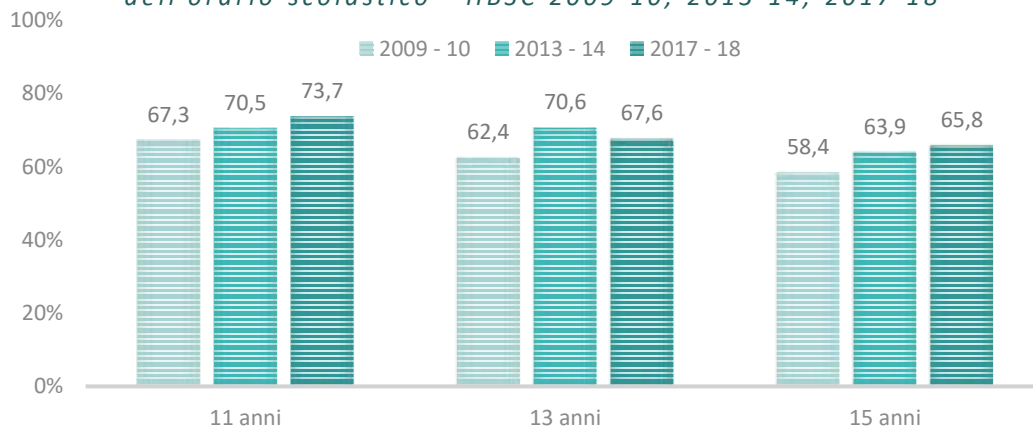
*Fig. A.4.1 Percentuale di studenti che svolgono attività fisica di intensità variabile tutti i giorni per almeno 60 minuti. HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18*



Nella figura A.4.2 sono riportati i valori di chi dichiara di praticare un'attività fisica vigorosa almeno 2/3 volte a settimana o più. Si conferma il trend in crescita per gli undicenni e per i quindicenni che passano, nel giro di 8 anni, dal 67,3% al 73,7% i primi e dal 63,1% al 68,9% i secondi.

Si rileva invece un calo per i tredicenni rispetto all'edizione 2013-14 ma il dato del 67,6% è comunque superiore a quello rilevato nell'edizione 2009-10.

*Fig. A.4.2 Percentuale di studenti che svolgono attività fisica intensa 2-3 volte alla settimana al di fuori dell'orario scolastico - HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18*



## COMPORAMENTI SEDENTARI

I comportamenti sedentari, come ad esempio la visione della TV e l'uso dei device elettronici/videogiochi, sono negativamente associati con la salute e il benessere durante l'adolescenza<sup>19,20</sup>. Alcuni studi evidenziano un legame tra questi comportamenti nei ragazzi e l'aumento dello stress, dell'ansia e del consumo di sostanze<sup>21,22,23</sup>.

Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente "screen time") e l'obesità<sup>24</sup>. Alcuni studi hanno, inoltre, trovato un'associazione tra il comportamento sedentario e i livelli di pressione arteriosa e il colesterolo totale, ma anche con l'autostima, i problemi di comportamento sociale, l'idoneità fisica e il rendimento scolastico<sup>24</sup>.

Gli stili di vita sedentari permeano tutti i settori della vita, inclusi il lavoro, la scuola, i trasporti, il tempo libero/svago e le attività spirituali/contemplative. L'elevata prevalenza della sedentarietà e dei suoi esiti avversi ha di fatto aggiunto un paradigma completamente nuovo al campo "dell'attività fisica", incentrato sulla sua comprensione e riduzione<sup>25,26</sup>.

La sezione del questionario HBSC dedicato alla pratica di attività fisica viene arricchita da alcune domande sulla sedentarietà, ovvero quante ore al giorno vengono trascorse davanti alla televisione e davanti a computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e week-end.

## FREQUENZA DELL'USO DI TELEVISIONE, COMPUTER E NUOVE FORME DI COMUNICAZIONE

L'*American Academy of Pediatrics* affida ai genitori l'importante compito di educare i propri figli ad un uso consapevole e limitato dei diversi media<sup>27</sup>. 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 Internet<sup>28</sup>.

Le evidenze suggeriscono che i bambini e gli adolescenti hanno bisogno di sonno, attività fisica e tempo libero lontano dai media<sup>29,30</sup>; la famiglia, ma anche i diversi contesti educativi (ad esempio la scuola), sono pertanto chiamati a svolgere un ruolo importante per educare le giovani generazioni ad un uso consapevole delle diverse tipologie di intrattenimento su schermo.

Nelle tabelle 4.3 e 4.4 si descrive la frequenza d'uso della televisione/DVD/altre forme di intrattenimento su schermo da parte dei ragazzi durante i giorni di scuola e nel fine settimana.

Tabella 4.3 "Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la TV, dei video, dei DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?" nei giorni di scuola, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	8.4	3.6	4.7
Circa mezz'ora	19.1	11.6	11.4
Circa un'ora	27.2	28.8	25.2
Circa 2 ore	22.0	23.9	29.9
Circa 3 ore	10.8	15.1	14.6
Circa 4 ore	5.7	8.4	8.7
Circa 5 ore o più	6.8	8.6	5.5

Tabella 4.4 "Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la TV, dei video, dei DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?" nel fine settimana, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	3.5	3.5	4.2
Circa mezz'ora	9.4	6.5	7.9
Circa un'ora	20.8	15.3	17.8
Circa 2 ore	22.6	21.3	21.6
Circa 3 ore	17.0	18.3	20.4
Circa 4 ore	10.6	15.1	11.9
Circa 5 ore o più	16.1	20.0	16.3

Durante i giorni di scuola il 71,8% degli studenti guarda la TV al massimo 2 ore (76,8% degli undicenni, 67,9% dei tredicenni, 71,2 dei quindicenni). La guarda 5 ore o più il 7% del campione, in particolare i tredicenni (8,6%).

L'uso della TV durante i giorni di scuola varia al variare dell'età: gli undicenni sono quelli che la guardano meno e i tredicenni quelli che passano più tempo davanti allo schermo. Si rileva anche una differenza di genere secondo cui sono le ragazze a guardare meno TV.

Nel fine settimana il quadro cambia: la percentuale di chi la guarda al massimo 2 ore cala al 51% mentre sale al 17,5% quella di chi la guarda 5 ore o più (la percentuale dei tredicenni sale al 20%).

In generale i tredicenni la guardano significativamente di più rispetto alle altre due fasce di età. Anche nel weekend si conferma un uso prevalentemente maschile.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	18.8	21.4	28.3
Circa mezz'ora	24.2	16.7	18.6
Circa un'ora	24.6	21.4	18.6
Circa 2 ore	16.1	18.5	16.1
Circa 3 ore	6.7	10.1	7.9
Circa 4 ore	3.5	5.5	4.6
Circa 5 ore o più	6.1	6.4	5.8

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	12.8	16.9	27.3
Circa mezz'ora	15.8	11	15.9
Circa un'ora	21.9	15.9	14.3
Circa 2 ore	17.6	18.6	14.1
Circa 3 ore	11.4	12.3	10.5
Circa 4 ore	8.8	8.6	7.3
Circa 5 ore o più	11.7	16.6	10.5

Durante i giorni di scuola non usa mai computer, console, tablet, smartphone o altri device il 22% del campione. Tale percentuale scende al 19,1% nei week end.

In settimana li usa più di 5 ore al giorno il 6,1% degli studenti. La percentuale raggiunge il 13% durante il sabato e la domenica.

Confrontando le fasce d'età, quella dei tredicenni sembra essere quella che maggiormente si dedica a questa attività. In generale, la frequenza più elevata del tempo dedicato dagli adolescenti a questi *device* si osserva durante il fine settimana.

In figura 4.2 e 4.3 si riportano le differenze di genere, limitatamente all'uso durante i giorni di scuola e nel fine settimana, di computer/console/tablet/smartphone e altri *device*.

Figura 4.2 Frequenza del tempo dedicato durante la settimana all'utilizzo di computer/console/tablet, per genere (%)

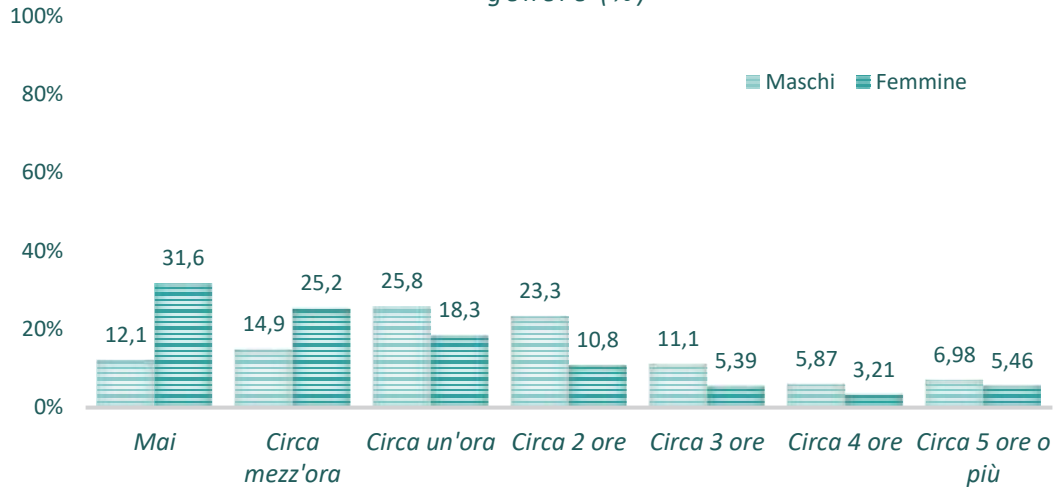
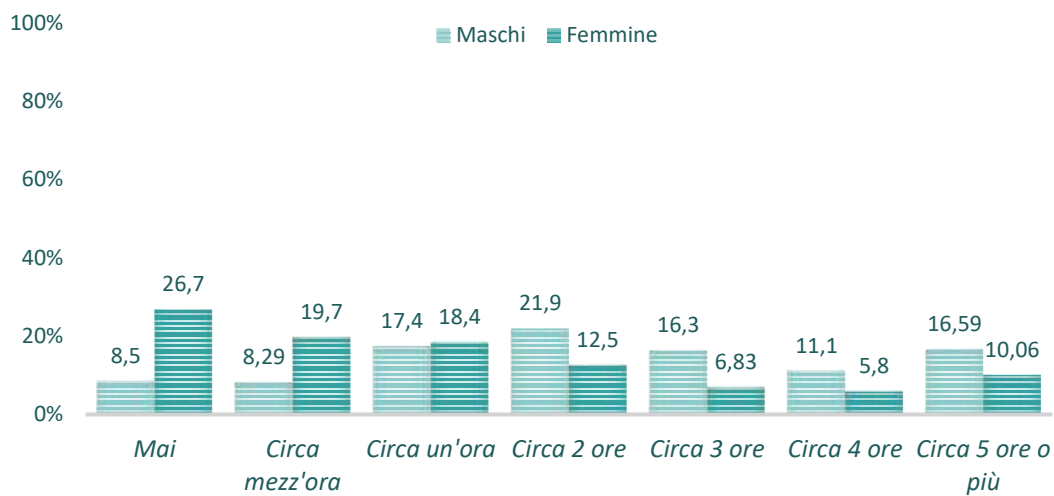


Figura 4.2 Frequenza del tempo dedicato durante il **fine settimana** all'utilizzo di computer/console/tablet, per genere (%)



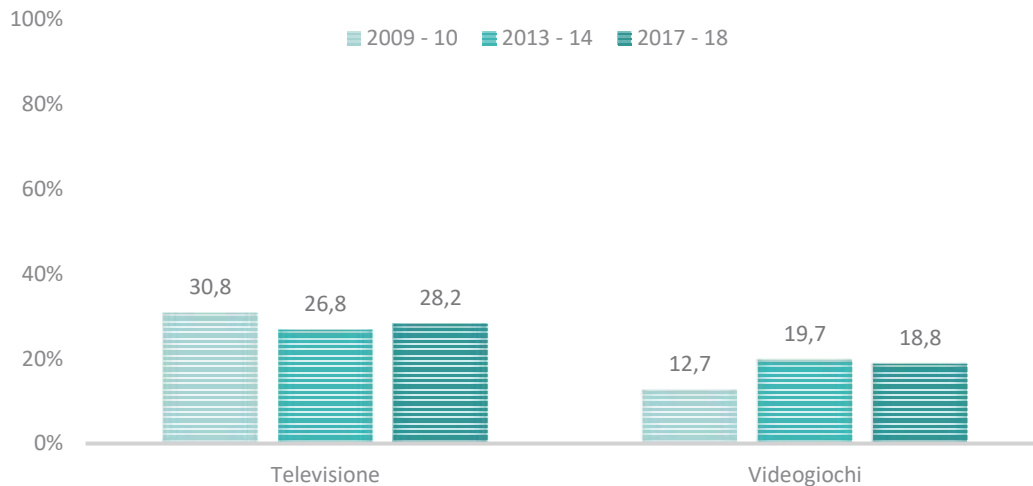
Giocare al computer, alla console, con il tablet ecc. è un passatempo prevalentemente maschile, sia in settimana sia nei week end. Sono infatti solo il 12,1% dei maschi a dichiarare di non utilizzarli mai, contro il 33,2% delle ragazze (nel fine settimana non gioca mai l'8,9% dei maschi contro il 28,8% delle femmine).

### CONFRONTI NEL TEMPO: USO TV E VIDEOGIOCHI

Il confronto tra le tre edizioni considerate, rappresentato nella figura A.4.3, mostra un profilo discontinuo. Per quanto riguarda la TV, benchè l'uso rimanga al di sotto dei valori registrati nel 2009-10, si rileva una leggera ripresa rispetto a quanto dichiarato dagli studenti nel 2013-14. Per i videogiochi, al contrario, i valori rimangono superiori a quelli del 2009-10 pur evidenziando nell'ultima edizione un leggero calo.

Va segnalato che nel 2009-10 la formulazione degli item era lievemente differente rispetto a quella delle due edizioni successive: la nuova formulazione è stata infatti adattata con i riferimenti ai nuovi dispositivi in uso da parte dei ragazzi e al loro modo di utilizzarli.

*Fig.A.4.3 Percentuale di studenti che trascorrono più di due ore davanti ai media nei giorni di scuola  
HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18*



### IN SINTESI

La pratica dell'attività fisica e l'utilizzo dei dispositivi elettronici (come TV, computer e videogiochi ecc) sono i due indicatori scelti per descrivere come gli adolescenti lombardi trascorrono il proprio tempo libero. Lo sport e il movimento sono considerati dei fattori di protezione. L'uso eccessivo di TV e videogiochi è interpretato come indice di sedentarietà.

**Attività fisica:** Le raccomandazioni internazionali suggeriscono che, per la fascia di età considerata, sarebbe salutare praticare almeno 60 minuti di attività fisica al giorno (di intensità variabile tra moderata e vigorosa). Solo il 9% del campione segue questa indicazione. La maggior parte (56,5%) si distribuisce tra le 2 e le 4 volte a settimana. La pratica dell'attività fisica diminuisce con l'età e sono i maschi a muoversi di più. L'attività intensa, invece, dovrebbe essere praticata 3 volte a settimana. Il 68,9% del campione dichiara di farlo (fuori dall'orario scolastico) almeno 2-3 volte a settimana o più. Anche l'attività fisica vigorosa diminuisce con l'età ed è più frequente tra i maschi.

**Confronti nel tempo per l'attività fisica:** nell'ultima edizione si registra una flessione in tutte le fasce di età di chi svolge attività fisica moderata tutti i giorni, per almeno 60 minuti. I valori si assestano in una posizione intermedia rispetto quelli registrati nelle due precedenti edizioni. Si conferma invece il trend in crescita di undicenni e quindicenni che praticano attività vigorosa 2/3 volte a settimana. Leggermente in calo, nell'ultima edizione, i tredicenni (che sono gli stessi ad aver dichiarato un uso più consistente di TV e giochi su dispositivi elettronici)

### Tempo di utilizzo dei media

**TV:** nei giorni di scuola il 28,7% degli studenti guarda la TV oltre le 2 ore. Nel fine settimana questa percentuale sale al 49%. Sono i tredicenni a passare più tempo davanti allo schermo, i maschi più delle femmine.

**Computer/console/tablet/smartphone:** il 19% degli studenti dichiara di giocare con compute/tablet ecc. più di 2 ore al giorno, nei giorni di scuola. Questa percentuale sale al 32,8% nel fine settimana. Ancora una volta sono i tredicenni a passare più tempo giocando davanti allo schermo e si conferma, anche in questo caso, un passatempo prevalentemente maschile.

**Confronti nel tempo per TV e videogiochi:** nel 2017-18 il tempo speso guardando la TV è inferiore al tempo dichiarato nel 2009-10 ma cresce leggermente rispetto al 2013-14. Al contrario, quello passato usando videogiochi resta superiore rispetto a quanto dichiarato nel 2009-10 anche se in leggero calo rispetto all'edizione 2013-14 (quando la formulazione di queste domande è stata aggiornata).

### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

<sup>1</sup> Global recommendations on physical activity for health: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1)

<sup>2</sup> 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](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)

<sup>3</sup> Dichiarazione di Bangkok sull'attività fisica per la salute globale e lo sviluppo sostenibile: [https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk\\_italian\\_DEF.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201704/Bkk_italian_DEF.pdf)

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> 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

<sup>6</sup> Rees-Punia E, Evans EM, Schmidt MD, Gay JL, Matthews CE, Gapstur SM, Patel AV. Mortality Risk Reductions for Replacing Sedentary Time With Physical Activities. *Am J Prev Med*. 2019;56(5):736-741.

<sup>7</sup> Owen N. Sedentary behavior: Understanding and influencing adults' prolonged sitting time. *Preventive Medicine* 55 (2012) 535–539)

<sup>8</sup> 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

<sup>9</sup> Pate RR, Mitchell JA, Byun W, Dowda M. Sedentary behaviour in youth. *Br J Sport Med* 2011; 45: 906–913

<sup>10</sup> Rowland TW. Physical Activity, Fitness and Children. In Bouchard C, Blair SN, Haskell W. *Physical Activity and Health*. Human Kinetics. 2007.

<sup>11</sup> 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



- <sup>12</sup> More active people for a healthier world: <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>
- <sup>13</sup> WHO (2010). Global strategy on diet, physical activity and health: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> 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
- <sup>16</sup> Eime RM, Young JA, Harvey JT, et al. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;15:10-98.
- <sup>17</sup> EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical Activity Guidelines: <http://www.eufic.org/article/en/artid/Guidelines-physical-activity/>
- <sup>18</sup> Granger E, Di Nardo F, Harrison A, Patterson L, Holmes R, Verma A. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *Eur J Pub Health*. 2017;27 :100–6
- <sup>19</sup> 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
- <sup>20</sup> 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
- <sup>21</sup> 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.
- <sup>22</sup> 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.
- <sup>23</sup> 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
- <sup>24</sup> 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.
- <sup>25</sup> Rollo S, Gaston A, Prapavessis H. Cognitive and motivational factors associated with sedentary behavior: a systematic review. *AIMS Public Health*. 2016. 10.3934/publichealth.2016.4.956.
- <sup>26</sup> Katzmarzyk PT. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes*. 2010;59(11):2717-25.
- <sup>27</sup><https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx>
- <sup>28</sup> Lenhart A. Teens, Social Media & Technology Overview 2015. Washington, DC: Pew Internet and American Life Project; 2015.
- <sup>29</sup> COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA. Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)
- <sup>30</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO-NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

# 5. ABITUDINI ALIMENTARI E STATO NUTRIZIONALE

## INTRODUZIONE

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

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

Mangiare sano può di fatto salvare la vita e, per tale motivo, occorre sin da piccoli instaurare e far conoscere corretti stili alimentari<sup>8</sup>. Un giovane con un sano stile di vita avrà maggiori possibilità di divenire un adulto sano il quale, a sua volta, avrà più probabilità di vivere l'età senile in buona efficienza fisica, con ovvi vantaggi per i cittadini stessi e per il Sistema Sanitario.

Nei giovani, in particolare durante l'adolescenza, il processo di cambiamento o di consolidamento di comportamenti favorevoli alla salute risulta fondamentale essendo questa un'età in cui, all'esigenza di mantenere uno stato di buona salute, si aggiunge quella di favorire una crescita sana in un momento di trasformazioni fisiche ed emotive. I comportamenti alimentari degli adolescenti sono influenzati da diversi fattori correlati e la famiglia è stata segnalata come uno dei principali fattori determinanti<sup>9,10,11</sup>; i genitori, infatti, possono modellare il comportamento alimentare dei loro figli fornendo alimenti sani a casa<sup>12,13</sup> e incoraggiando scelte alimentari salutari<sup>14</sup>. Anche l'ambiente scolastico così come l'influenza tra pari possono condizionare le scelte alimentari di un adolescente<sup>15</sup>.

L'OMS nel 2018 ha prodotto una *factsheet* ad hoc che fornisce una serie di raccomandazioni per una dieta sana in tutte le fasce della popolazione e individua una serie di azioni che sinergicamente possono portare ad un miglioramento dell'offerta alimentare<sup>16</sup>. La dieta, infatti, si evolve nel tempo ed essendo influenzata da molti determinanti sociali ed economici, necessita di interventi multisettoriali ad esempio nell'ambito della governance, dell'agricoltura e dell'industria.

Nella prima parte del capitolo vengono presentati i risultati relativi ad alcune abitudini alimentari dei ragazzi, con particolare riferimento alla colazione e alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati, quali frutta e verdura, e alimenti sconsigliati, quali dolci e bevande zuccherate<sup>17</sup>.

La seconda è invece dedicata allo stato ponderale dei ragazzi; HBSC raccoglie i dati auto-riferiti su peso e statura<sup>18</sup>, 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.<sup>19,20</sup>; per i confronti internazionali le curve dell'OMS<sup>21</sup>.

L'Indice di Massa Corporea (IMC) di bambini, adolescenti e adulti, pur rimanendo elevato, sembra aver subito in alcuni Paesi ad alto reddito un arresto della crescita (plateau); al contrario, in alcune regioni asiatiche, è in continuo aumento<sup>22</sup>. Questa fase di plateau non deve, tuttavia, distogliere l'attenzione dal problema dell'obesità, soprattutto quella dei giovani, che rappresenta un fattore di rischio per una serie di morbosità in età adulta con ripercussioni notevoli anche sulla sfera psicologica dell'individuo.

Il capitolo si chiude con un focus sull'igiene del cavo orale proprio perché sono molte le patologie legate ad una igiene non corretta stabilitesi nell'infanzia e nell'adolescenza<sup>23</sup>; anche in questo caso, un monitoraggio della diffusione di abitudini di igiene orale nella popolazione giovanile può indicare quali sono le esigenze educative più

urgenti in termini di prevenzione. Recenti studi suggeriscono, infatti, che il consumo di alimenti e bevande zuccherate è un chiaro fattore di rischio per la salute orale, in particolare: la carie dentale e l'infiammazione gengivale sono risultate correlate ad una dieta ad alto contenuto di zuccheri mentre, l'erosione dentale e il trauma dentale sono stati più comunemente associati al consumo di bevande zuccherate <sup>24</sup>.

### FREQUENZA E REGOLARITA' DEI PASTI

La colazione rappresenta un pasto estremamente importante per l'equilibrio fisiologico e psicologico, soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza. Saltare questo pasto influenza le capacità di concentrazione e di apprendimento, favorisce il consumo disordinato di snack/"cibi spazzatura" (junk food) e può persistere come abitudine scorretta in età adulta <sup>25,26,27</sup>.

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

Tabella 5.1 "Di solito quante volte fai colazione (in settimana)?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	18.3	23.2	26.2	22.0
Un giorno	3.1	3.4	2.7	3.1
Due giorni	3.5	4.1	3.5	3.7
Tre giorni	4.2	6.1	4.7	5.0
Quattro giorni	3.8	3.8	3.6	3.6
Cinque giorni	67.1	60.0	59.4	62.7

Oltre il 60% dei ragazzi intervistati dichiara di fare colazione ogni giorno, prima di andare a scuola ma il consumo quotidiano diminuisce al crescere dell'età. Purtroppo quasi un quarto di loro dichiara di non fare mai colazione. La percentuale di chi perde questa buona abitudine aumenta nel corso del tempo passando dal 18,3% a 11 anni, al 23,2% a 13 anni e raggiungendo il 26,2% a 15 anni. La fascia degli undicenni si differenzia in modo significativo dalle altre due.

Si rileva anche una differenza di genere secondo cui sono le ragazze a fare più raramente colazione. Questa differenza è più evidente a 13 e a 15 anni mentre a 11 è più contenuta.

Tabella 5.2 "Di solito quante volte fai colazione (nel fine settimana)?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Non faccio mai colazione il fine settimana	5.8	8.2	8.0	7.2
Di solito faccio colazione uno solo tra i giorni del fine settimana (sabato o domenica)	12.4	16.0	23.5	16.4
Di solito faccio colazione sia il sabato sia la domenica	81.9	75.8	68.5	76.4

Il 75,2% degli intervistati dichiara di fare colazione entrambi i giorni del fine settimana. Purtroppo anche questa buona abitudine diminuisce con l'età passando dall'81,9% a 11 anni, al 75,8% a 13 anni e scendendo al 68,5% a 15 anni. Non ci sono differenze di genere.

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

Tabella 5.3 "Di solito fai uno spuntino tra i pasti?", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
No	11.2	10.0	9.7	10.4
Solo metà mattina	13.9	14.0	11.0	13.3
Solo nel pomeriggio	34.2	33.6	31.5	33.3
Sia a metà mattina che nel pomeriggio	40.7	42.4	47.8	43.0

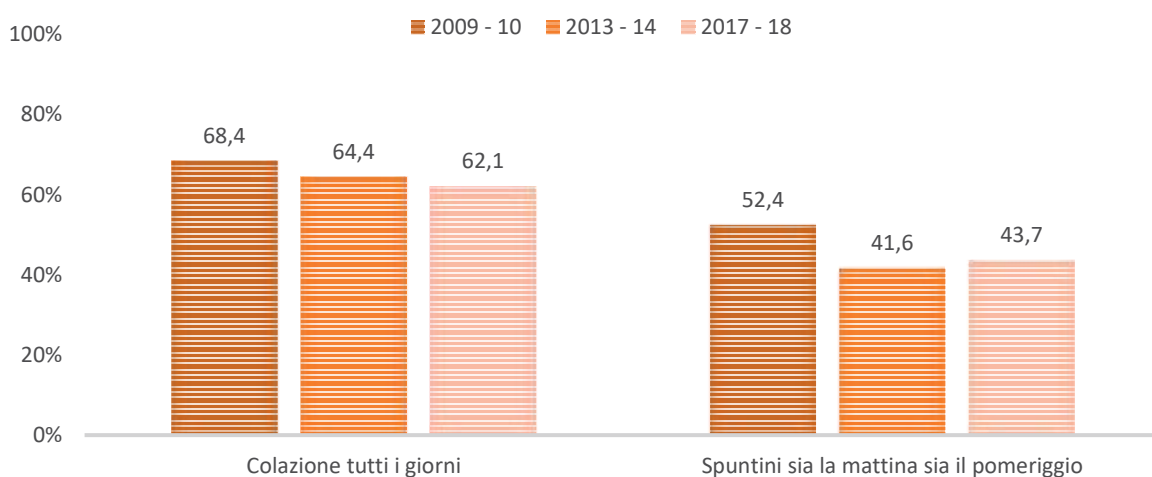
Il 43% dei ragazzi ha l'abitudine di consumare uno spuntino sia la mattina sia il pomeriggio e la sua frequenza aumenta al crescere dell'età. Lo spuntino una volta al giorno (considerando quello a metà mattina o quello a metà pomeriggio), è consumato da circa il 46% dei ragazzi ma con un andamento inverso: è più frequente tra i più giovani. Il 10% degli intervistati non fa alcuna merenda fuori dai pasti principali.

#### CONFRONTO NEL TEMPO: PASTI REGOLARI – COLAZIONE E SPUNTINI

Il confronto tra le ultime tre edizioni mostra un peggioramento nella regolarità della prima colazione in quanto si registra un lieve ma costante calo di chi mangia tutte le mattine, prima di andare a scuola.

Il doppio spuntino, dopo un netto calo tra le edizioni 2010 e 2014 mostra una lieve crescita ma la percentuale resta ben al di sotto del 50%

*Fig. A.5.1 Percentuale Studenti Che Dichiarano Pasti Regolari - HBSC Lombardia 2009-10, 2013-14, 2017-18*



Nel 2018 è stata riformulata la domanda finalizzata a rilevare la frequenza del consumo dei pasti insieme, in famiglia. Nella tabella 5.4 sono riportate le frequenze riferite al numero di pasti consumati insieme alla famiglia durante la settimana per le diverse classi di età.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Ogni giorno	52.9	53.7	50	52.5
La maggior parte dei giorni	36.3	39.1	41.1	38.5
Circa una volta alla settimana	6.83	4.9	6.6	6.1
Meno di una volta alla settimana	2.1	1.4	1.2	1.6
Mai	1.8	0.7	1	1.2

Poco più della metà dei ragazzi intervistati (52,5%) consuma quotidianamente i pasti in famiglia. Aggiungendo chi lo fa la maggior parte dei giorni, si rileva che circa il 90% delle famiglie lombarde ha la consuetudine di consumare i pasti insieme.

L'abitudine è riportata più frequentemente dalla fetta più giovane del campione. Si rilevano infatti delle differenze significative tra gli undicenni e le altre due fasce d'età.

#### CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Le linee guida nazionali e internazionali sulla sana alimentazione<sup>17</sup> consigliano di assumere 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura in quanto garantiscono l'apporto di acqua, fibre, vitamine e sali minerali, importanti per una sana alimentazione. Inoltre, diverse evidenze scientifiche suggeriscono che l'elevato consumo di fibre è associato a una riduzione del rischio di sviluppare patologie croniche invalidanti (diabete, cancro, dislipidemia, ecc.)<sup>28</sup>.

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

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

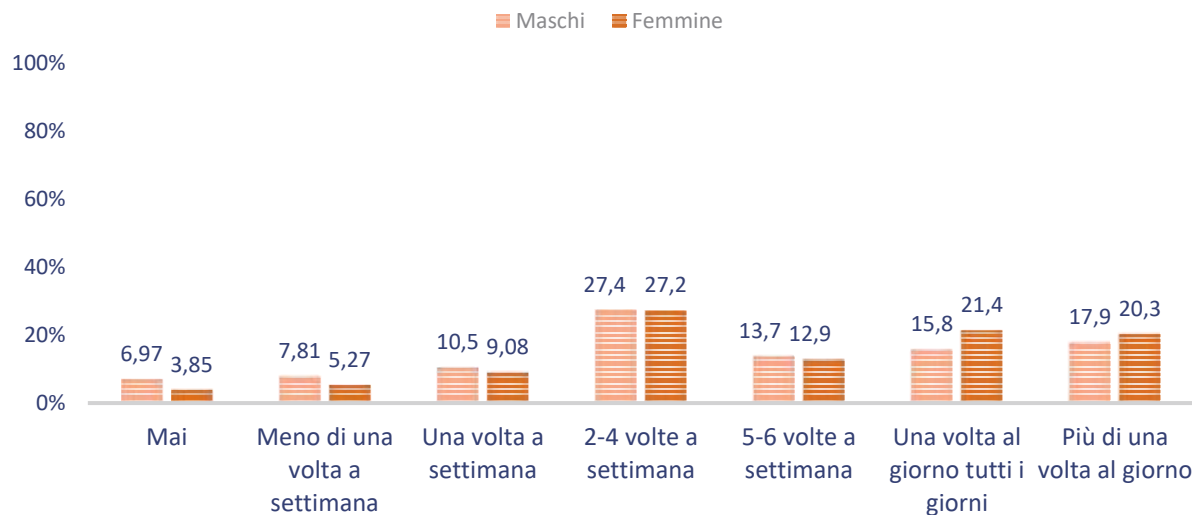
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	6.32	4.86	4.72	5.41
Meno di una volta a settimana	5.77	7.67	6.04	6.53
Una volta a settimana	8.61	10.6	10.4	9.78
Tra 2 e 4 giorni a settimana	27.1	27.5	27.2	27.3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13.1	13.8	12.9	13.3
Una volta al giorno tutti i giorni	19	17.8	19.2	18.6
Più di una volta al giorno	20.1	17.7	19.5	19.1

La metà del campione mangia frutta quasi tutti i giorni (il 19% più volte al giorno). Di contro il 12% non la mangia mai o quasi mai. Tra i due estremi si trova, verso il polo dei salutari chi la mangia almeno 2/4 giorni a settimana (il 27,3%) e, più vicino all'altro estremo, chi mangia frutta solo 1 volta a settimana (il 9,7%). Non si rilevano differenze significative tra le classi di età.

L'assunzione di frutta è invece influenzata dal genere ed è più frequente tra le ragazze. Ad esempio, mangia frutta tutti i giorni (una volta o più) il 41% delle ragazze contro il 33,7% dei maschi.

Nella figura 5.1 sono riportate le frequenze percentuali del consumo di frutta su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 5.2 Frequenza del consumo di frutta, per genere (%)



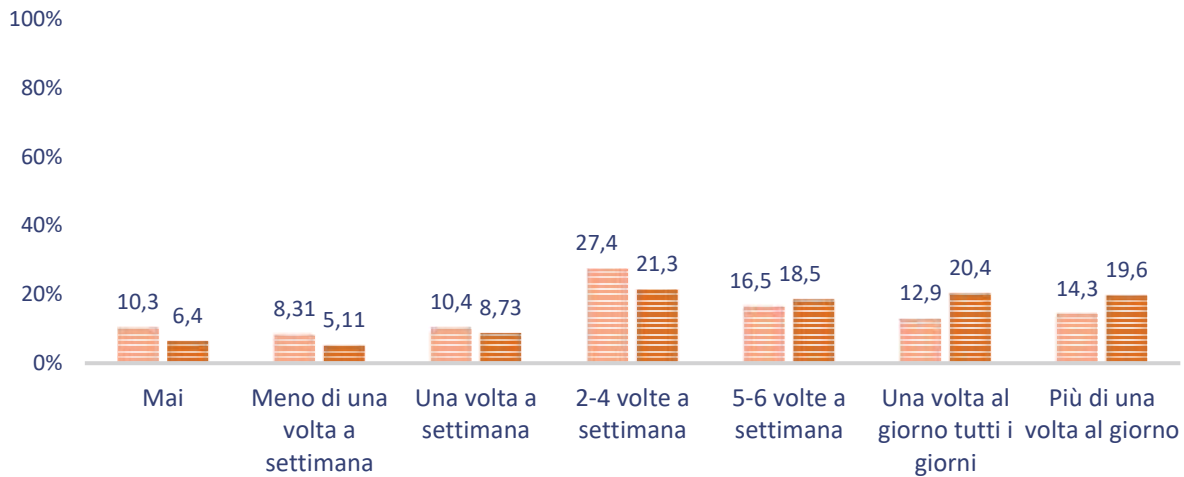
Anche per quanto riguarda la verdura, la metà del campione la mangia quasi tutti i giorni (anche se le proporzioni sono un po' diverse rispetto alla frutta e solo un terzo lo fa quotidianamente). Il 15% degli intervistati dichiara di non mangiarla mai o quasi mai. Se a questi ultimi si somma chi la mangia solo una volta a settimana si raggiunge quasi un quarto del campione che rappresenta una fetta preoccupante di chi non assume quasi verdure. Il restante quarto del campione la mangia 2/4 giorni a settimana. In generale si rilevano differenze significative tra le fasce d'età attraverso cui si evince che sono gli studenti della fascia d'età più elevata ad assumere maggiormente verdura nel corso della settimana rispetto alle due fasce più basse.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	11	7.51	5.16	8.35
Meno di una volta a settimana	7.7	6.31	5.6	6.7
Una volta a settimana	10.6	9.3	8.05	9.54
Tra 2 e 4 giorni a settimana	22.8	24.8	26.1	24.3
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15.3	19	18.8	17.5
Una volta al giorno tutti i giorni	14.6	17.8	18.3	16.6
Più di una volta al giorno	18	15.2	18	17

Nella figura 5.2 sono riportate le frequenze percentuali di consumo di verdura su base settimanale distinte per maschi e femmine.

Figura 5.2 Frequenza del consumo di verdura, per genere (%)



Come per la frutta, anche nel consumo di verdura le ragazze mostrano un comportamento significativamente più salutare rispetto ai propri compagni. Mangiano verdura tutti i giorni (anche più volte al giorno) il 40% delle femmine contro il 27,2% dei maschi.

#### 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 questi elementi<sup>29,30</sup>.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	4.13	2.39	3.32	3.3
Meno di una volta a settimana	9.45	7.33	7.6	8.23
Una volta a settimana	12.8	12.7	11.1	12.3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	28.4	30	28.8	29.1
Tra 5 e 6 giorni a settimana	15.5	15.5	19.1	16.4
Una volta al giorno tutti i giorni	15.1	17.3	14.1	15.7
Più di una volta al giorno	14.6	14.7	15.9	15

Complessivamente quasi un terzo degli intervistati consuma dolci, caramelle e cioccolato tutti i giorni o più volte al giorno. Sono circa l'11% quelli che non li mangiano mai o quasi mai. Non ci sono differenze significative tra le fasce d'età né tra maschi e femmine.



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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	15.5	11.7	15	14
Meno di una volta a settimana	22.6	20	24.4	22.1
Una volta a settimana	22.7	23.9	22.6	23.2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	18.3	24.7	20.7	21.2
Tra 5 e 6 giorni a settimana	7.5	8.2	5.94	7.4
Una volta al giorno tutti i giorni	5.3	4.6	4.2	4.8
Più di una volta al giorno	7.9	6.7	6.9	7.2

In generale il consumo settimanale di bevande zuccherate risulta minore rispetto al consumo di dolci. Il 36% non le beve mai o quasi mai contro il 12% circa di chi le assume tutti i giorni o più volte al giorno.

Sono i quindicenni a consumare meno bibite e si differenziano in modo significativo dai tredicenni che invece paiono essere quelli che le consumano più frequentemente. Il genere influisce in modo significativo e sono le ragazze ad avere un comportamento più sano. Le beve “mai o quasi mai” il 44% delle femmine contro il 27,8% dei maschi.

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

Il 23.6 % dei ragazzi mangia i legumi tra 2 e 4 giorni a settimana, mentre oltre un terzo dichiara di non assumerli mai o quasi mai.

Il consumo aumenta al crescere dell’età ed è significativamente più frequente tra le ragazze.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	22.8	16.3	14.9	18.5
Meno di una volta a settimana	16.8	19.5	16	17.6
Una volta a settimana	22.6	23.4	23.6	23.2
Tra 2 e 4 giorni a settimana	20.5	23.8	28.5	23.6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	8.7	9.95	11.1	9.7
Una volta al giorno tutti i giorni	5	4.63	3.9	4.6
Più di una volta al giorno	3.6	2.4	1.8	2.7

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

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

	11 anni (%)		13 anni (%)		15 anni (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Frutta	35.8	42.5	32.8	38.4	31.3	44.9
Verdura	28.1	37.1	26.7	39.6	26.2	44,6
Legumi	9.1	8	6.8	7.2	6.6	5.1
Cola o altre bibite zuccherate/gassate	14.8	11.8	14.6	8	16.7	6.8
Snack salati	15.8	19.4	17.4	19.8	17.3	16.7
Cereali (come corn flakes, muesli, ecc.)	15.8	14.6	17.3	15.2	15.6	12.1
Cereali (pane, pasta, riso)	41.4	47	57.3	53.7	63.1	58.1

Per frutta e verdura si rileva a tutte le età un consumo maggiore per le ragazze. In particolare, consumano frutta almeno una volta al giorno il 42,3% delle ragazze contro il 33,3% dei maschi. Il consumo di quotidiano di verdura aumenta con l'età ma la differenza di genere è ancora più marcata: il 40,7% delle ragazze contro il 27% dei maschi.

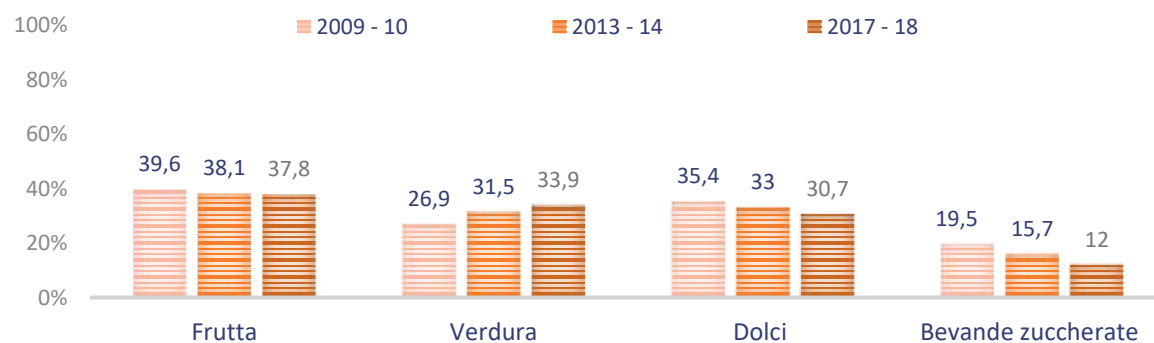
Per quanto riguarda le bibite zuccherate, a tutte le età si registra un consumo minore per le ragazze. In generale bevono quotidianamente bibite zuccherate l'8,8% delle femmine rispetto al 15,3% dei maschi. Sono i più giovani a berne di più. Il consumo quotidiano di tredicenni e quindicenni è simile

Non si rilevano differenze nel consumo di *snack* salati né per età né per sesso

#### CONFRONTO NEL TEMPO: FRUTTA, VERDURA, DOLCI, BEVANDE ZUCCHERATE

Per quanto riguarda i consumi alimentari (tutti i giorni o più volte al giorno) si registra un dato tendenzialmente stabile per la di frutta e un aumento del consumo di verdura. Confortante è il calo costante nel consumo quotidiano di dolci e quello particolarmente evidente delle bevande zuccherate.

Fig. A.5.2 Percentuale del consumo di alimenti ogni giorno - HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18



### STATO NUTRIZIONALE

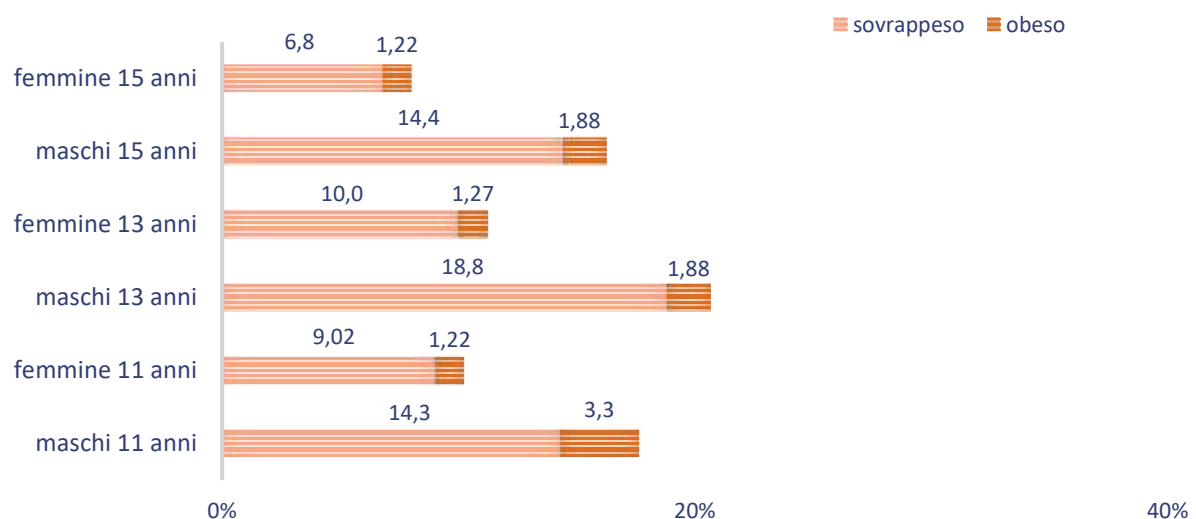
È stato chiesto ai ragazzi di dichiarare il proprio peso e altezza, così da poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC=kg/m<sup>2</sup>) e classificare i ragazzi in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. Tale classificazione è stata operata secondo le tavole di Cole 19-20, in modo separato per età e sesso. Nella tabella 5.11 sono riportate le frequenze riferite alle classi di età 11, 13 e 15 anni. La figura 5.4, evidenzia le distribuzioni percentuali del campione in relazione alla classe di IMC distinte per età (11, 13 e 15 anni) e per genere.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Sottopeso	4.31	1.8	2.5	2.9
Normopeso	81.6	81.9	85.7	82.7
Sovrappeso	11.8	14.7	10.2	12.5
Obeso	2.33	1.6	1.52	1.85

La maggior parte del campione (82,7 %) risulta normopeso. I ragazzi sottopeso sono il 2,96% e quelli sovrappeso il 12,5 %. Gli obesi sono l'1,85% del campione. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 2,33% degli undicenni all'1,6% e 1,52 % rispettivamente di tredicenni e quindicenni. I maschi appaiono più frequentemente in sovrappeso rispetto alle ragazze.

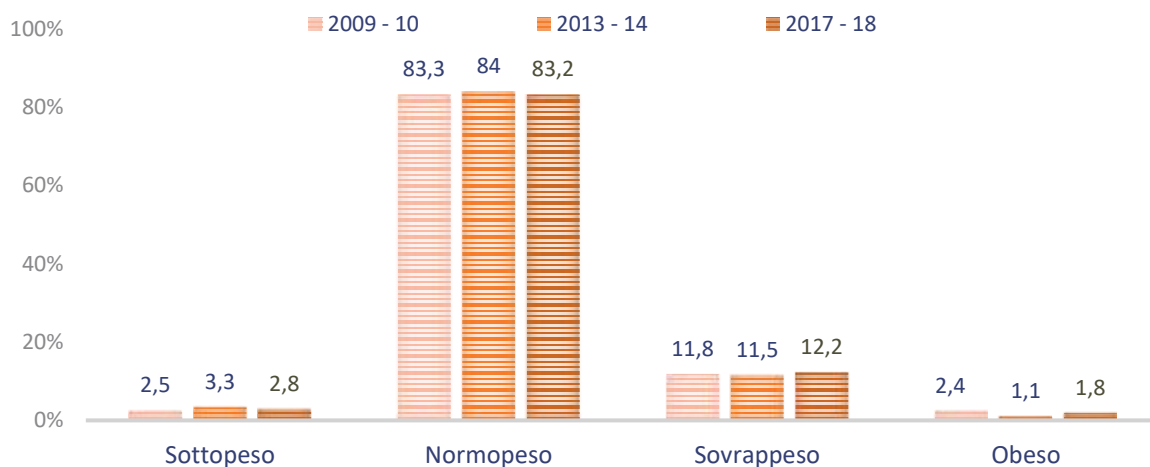
Figura 5.4 Frequenza sovrappeso e obesità per genere ed età (%)



CONFRONTO NEL TEMPO: INDICE DI MASSA CORPOREA

Confrontando le tre edizioni non si evidenziano cambiamenti rilevanti. Emerge una lieve riduzione di soggetti in condizione di sottopeso e normopeso e un lieve incremento di soggetti in sovrappeso e obesi

Fig. A.5.3 Indice di massa corporea  
HBCS 2009-10, 2013-14, 2017-18



INSODDISFAZIONE CORPOREA

Gli adolescenti spesso riportano dei sentimenti d’insoddisfazione corporea, intesa come un sentimento di scontentezza per forma, peso, altezza o altri aspetti del corpo, causato da una distorsione percettiva/affettiva o da dati oggettivi<sup>31</sup>. 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<sup>32</sup>.

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

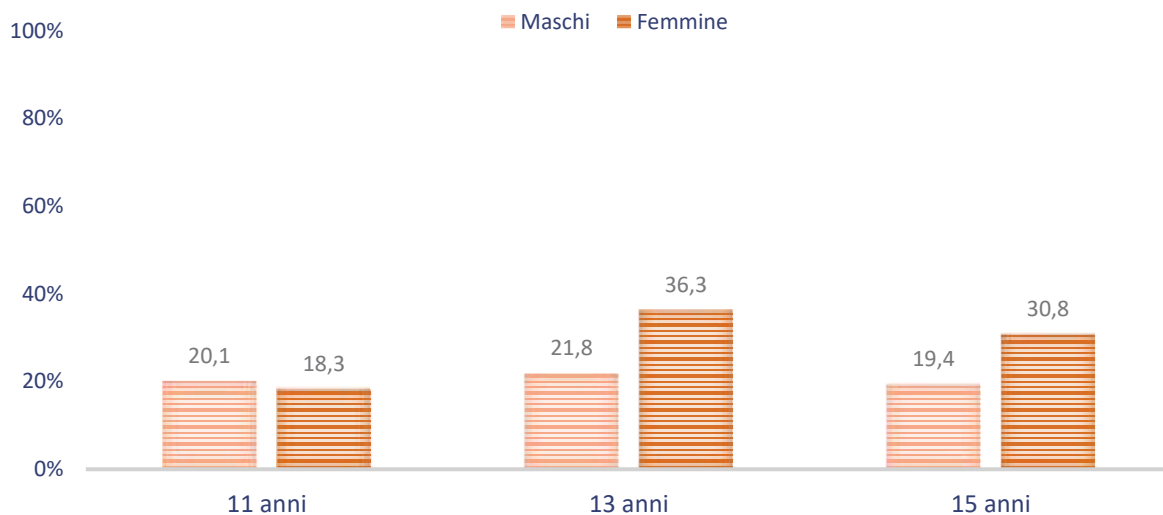
Tabella 5.12 “Pensi che il tuo corpo sia...”, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Decisamente troppo magro	2.13	2.07	1.33	1.9
Un po' troppo magro	13	11.1	12.3	12.1
Più o meno della taglia giusta	65.7	58	60.6	61.6
Un po' troppo grasso	16.8	24.8	23.7	21.4
Decisamente troppo grasso	2.4	4	2	2.9

La maggior parte dei ragazzi (61.6 %) si percepisce “Più o meno della taglia giusta”, il 14% “Un po’ o decisamente troppo magro” e circa il 24% “un po’ o decisamente troppo grasso”.

Nella figura 5.5 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.

**Figura 5.5** Frequenza di coloro che si sentono grassi o molto grassi, per età e genere (%)



La percezione di essere un po’ troppo grassi è maggiore a 13 e a 15 anni. Confrontando i generi si rileva che un numero maggiore di maschi si percepisce sottopeso mentre un numero maggiore di ragazze si percepisce sovrappeso. Questa differenza è particolarmente evidente a 13 e 15 anni mentre a 11 maschi e femmine hanno più o meno la stessa percezione corporea.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Sottopeso	2.7	0	3.7
Normopeso	13.2	20.5	20
Sovrappeso	54.5	63.4	62.6
Obeso	84.2	66.7	81.3

La maggior parte del campione dimostra di avere una percezione corretta: chi si ritiene “Un po’ troppo grasso” e “Decisamente troppo grasso” risulta effettivamente avere un IMC sovrappeso/obeso. Tuttavia una percentuale non trascurabile di ragazzi normo-peso o sottopeso, si considera troppo grasso.

Ai ragazzi è stato anche chiesto se, nel periodo in cui hanno compilato il questionario, fossero a dieta; in tabella 5.14 è possibile osservare quanto dichiarato.

Tabella 5.14 “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	54.6	43.1	38.8	46.6
No, ma dovrei perdere qualche chilo	19.6	28.1	26.4	24.4
No, perché dovrei mettere su qualche chilo	11.2	10.6	12.2	11.2
Sì	14.6	18.2	22.6	17.8

Il 46,6 % dei ragazzi dichiara di non essere a dieta al momento della rilevazione in quanto considera il proprio peso giusto. Il 24,4 % non è a dieta ma ritiene che dovrebbe fare qualcosa perché pensa che il suo peso sia eccessivo. Il 17,8% di loro è a dieta. L’adozione di una dieta aumenta con l’età ed è messa in pratica prevalentemente dalle ragazze (23%) rispetto ai maschi (13,8%). La percezione di “dover mettere su qualche chilo”, invece, è una caratteristica prevalentemente maschile (15,2% vs 7,8%).

#### IGIENE ORALE

L’abitudine di lavarsi i denti è essenziale per la prevenzione della carie dentale, la più diffusa delle patologie del cavo orale nei paesi industrializzati. In tabella 5.15 si evidenzia quanto riportato dai ragazzi.

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Più di una volta al giorno	74.1	75.9	77.3	75.5
Una volta al giorno	22	21.3	19.9	21.3
Almeno una volta alla settimana ma non tutti i giorni	2.4	2	2.2	2.2
Meno di una volta alla settimana	0.9	0.4	0.5	0.6
Mai	0.4	0.3	0.1	0.3

L’abitudine di lavarsi i denti è più frequente tra ragazze (83,2%) che tra maschi (68,1%), senza particolari differenze d’età (anche se l’abitudine quotidiana aumenta all’aumentare dell’età).

## IN SINTESI

L'alimentazione ha a che fare con cosa, quanto, quando, e con chi si mangia. Studiare questi comportamenti, quindi, significa osservare la frequenza con cui sono assunti gli alimenti (salutari e non), le abitudini legate alla prima colazione e agli spuntini fuori pasto, ma anche quali sono i contesti in cui gli studenti mangiano.

Sotto il profilo delle ricadute di salute, l'indice di massa corporea è un ottimo rivelatore della qualità delle abitudini alimentari di una persona (specie se associato all'analisi dell'attività fisica esercitata).

**Prima colazione:** Oltre il 60% del campione fa colazione ogni giorno, prima di andare a scuola. Quasi un quarto dichiara di non farla mai. L'abitudine quotidiana diminuisce con l'età. Le ragazze fanno significativamente colazione più raramente dei compagni maschi. Nei fine settimana mangiare la mattina è un comportamento più frequente, che riguarda circa i tre quarti del campione.

**Spuntini:** sono meno della metà i ragazzi che fanno uno spuntino sia la mattina sia il pomeriggio e la sua frequenza aumenta al crescere dell'età. Lo spuntino una volta al giorno (o a metà mattina o a metà pomeriggio) è leggermente più frequente ma con un andamento inverso (più abituale tra i più giovani).

**Confronto nel tempo per la prima colazione e spuntini:** Nel corso del tempo si assiste a un lieve e costante calo dell'abitudine alla prima colazione, prima di andare a scuola. Il doppio spuntino mostra un lieve recupero nell'ultima edizione ma resta un'abitudine che riguarda meno della metà del campione

**Pasti in famiglia:** le famiglie lombarde tendenzialmente consumano i pasti in famiglia. Considerando chi lo fa quotidianamente e chi lo fa "la maggior parte dei giorni" si raggiunge il 90%.

**Frutta:** Il 38% dei ragazzi mangia, almeno una volta al giorno tutti i giorni o più spesso, frutta. Il 12% dei ragazzi non la mangia mai o quasi mai. Questa abitudine non varia con l'età ma con il genere: i dati indicano che la frutta è un alimento preferito dalle ragazze.

**Verdura:** mangia la verdura, almeno una volta al giorno tutti i giorni o più spesso, un terzo del campione. Il 15% circa non la mangia mai o quasi mai. Sono i quindicenni a mangiarla più spesso e, come per la frutta, le ragazze mostrano un comportamento significativamente più sano.

**Dolci:** quasi un terzo del campione consuma dolci tutti i giorni o più volte al giorno. Sono circa l'11% quelli che invece non li mangiano mai o quasi mai. Non ci sono differenze d'età e genere.

**Bibite zuccherate:** le proporzioni si invertono rispetto ai dati rilevati per i dolci: il 12% beve bibite zuccherate tutti i giorni o più volte al giorno mentre poco più di un terzo non

le beve mai o quasi mai. I tredicenni sono quelli che le consumano più frequentemente e le ragazze quelle che lo fanno più raramente.

**Legumi:** Il 23.6 % del campione mangia legumi 2 e 4 giorni a settimana. Più di un terzo mai o quasi mai. Il consumo aumenta al crescere dell'età ed è significativamente più frequente nelle ragazze.

**Confronto nel tempo per gli alimenti assunti:** rispetto alle abitudini quotidiane, si rileva un dato stabile per la frutta, un aumento del consumo di verdura e un calo per dolci e bibite zuccherate.

**Stato nutrizionale:** La maggior parte del campione (82,7 %) è normopeso, il 2,96% sottopeso, il 12,5% sovrappeso, l'1,85% obesi. La percentuale di obesità diminuisce con l'aumentare dell'età, passando dal 2,33% degli undicenni all'1,6 % e 1,52 % rispettivamente di tredicenni e quindicenni. I più sovrappeso sono i tredicenni. I maschi appaiono più frequentemente in sovrappeso rispetto alle ragazze.

**Confronto nel tempo: stato nutrizionale:** i dati sono tendenzialmente stabili nel tempo. Si rileva solo una lievissima riduzione dei soggetti in sottopeso e normopeso e un lievissimo incremento di soggetti in sovrappeso e obesi.

**Insoddisfazione corporea:** la maggior parte dei ragazzi (oltre il 60%) si percepisce "Più o meno della taglia giusta", il 14% "un po'troppo magro" e circa un quarto "un po' troppo grasso". La percezione di essere sovrappeso è più frequente a 13 e 15 anni ed è una preoccupazione prevalentemente femminile. Confrontando l'IMC con la percezione del proprio corpo si trova una percentuale non trascurabile di ragazzi che pur essendo normopeso, si sentono troppo grassi.

Il 17,8% dei ragazzi si dichiara a dieta al momento della rilevazione. Un quarto non lo è ma ritiene che dovrebbe farla per via del peso eccessivo. La metà del campione circa non fa diete e ritiene di avere il peso giusto. Mettersi a dieta aumenta con l'età ed è una tendenza prevalentemente femminile. Al contrario i maschi vorrebbero mettere su qualche chilo.

**Igiene orale:** tre quarti del campione si lava i denti più volte al giorno. Sono le ragazze a farlo più frequentemente dei maschi.



## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- <sup>1</sup> World Health Organization. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014;
- <sup>2</sup> Willett WC, Stampfer MJ. Current evidence on healthy eating. *Annu Rev Public Health* 2013; 34: 77–95
- <sup>3</sup> Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). *PLoS One* 2017; 12: e0175149
- <sup>4</sup> 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)
- <sup>5</sup> Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35:83-103
- <sup>6</sup> Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann N Y Acad Sci*. 2017 Apr;1393(1):21-33
- <sup>7</sup> Centers for Disease Control and Prevention (2011). Morbidity and Mortality Weekly Report. <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6005.pdf>.
- <sup>8</sup> GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.
- <sup>9</sup> 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.
- <sup>10</sup> 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.*
- <sup>11</sup> 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.
- <sup>12</sup> 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
- <sup>13</sup> 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.
- <sup>14</sup> 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.
- <sup>15</sup> 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.
- <sup>16</sup> [https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy\\_diet\\_fact\\_sheet\\_394.pdf?ua=1](https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1)
- <sup>17</sup> 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](http://nut.entecra.it/648/linee_guida.html)).
- <sup>18</sup> Currie C., Samdal O., Boyce W., eds (2001). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh.
- <sup>19</sup> 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.
- <sup>20</sup> 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.
- <sup>21</sup> 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.
- <sup>22</sup> NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128 · 9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017; 390(10113):2627-42.

- 
- <sup>23</sup> 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.
- <sup>24</sup> Hoyland A., Dye L., Lawton C.L. (2009). A systematic review of the effect of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews*, 22:220-43.
- <sup>25</sup> 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.
- <sup>26</sup> 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.
- <sup>27</sup> 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.
- <sup>28</sup> Veronese N, Solmi M, Caruso MG, Giannelli G, Osella AR, Evangelou E, Maggi S, Fontana L, Stubbs B, Tzoulaki I. Dietary fiber and health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Am J Clin Nutr.* 2018 Mar 1;107(3):436-444.
- <sup>29</sup> 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.
- <sup>30</sup> 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.
- <sup>31</sup> Palmonari A. (a cura di) (2011), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna.
- <sup>32</sup> 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.

6. SOSTANZE

E

COMPORAMENTI  
D'ABUSO

## INTRODUZIONE

Questo capitolo affronta una delle tematiche maggiormente discusse in tema di promozione della salute in preadolescenza e adolescenza: i comportamenti a rischio. In questo periodo della vita, infatti, le relazioni sociali subiscono cambiamenti radicali, i pari acquisiscono sempre maggiore importanza e aumenta la probabilità di sperimentare e adottare comportamenti che possono avere conseguenze sulla salute. Fra questi l'uso di sostanze lecite, come il tabacco e l'alcol, o illecite quali la cannabis o altre sostanze psicoattive. Nell'ultima indagine, inoltre, sono stati inseriti, per i soli quindicenni, quesiti volti a 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 futura<sup>1</sup>. Da questo punto di vista, la fascia d'età dei teen-agers è considerata una finestra temporale particolarmente vulnerabile all'uso di sostanze a causa del fatto che il cervello si trova ancora in una fase di sviluppo e malleabilità (chiamata neuro plasticità) in cui alcune aree sono più mature di altre. La parte del cervello che processa il rinforzo ed il dolore, cruciali nell'assunzione di sostanze, matura prima della corteccia prefrontale responsabile del controllo delle emozioni e degli impulsi oltre che della presa di decisioni<sup>2</sup>.

In linea generale bisogna considerare che non c'è un unico fattore responsabile dell'uso delle sostanze psicoattive, ma una serie di fattori che interagiscono fra di loro. Sono infatti vari i fattori che possono influenzare l'assunzione di sostanze durante l'adolescenza inclusa la loro disponibilità nella comunità di residenza o nella scuola, o l'utilizzo da parte dei propri amici. Anche la famiglia sembra rivestire un ruolo importante: violenza, abuso, malattie psichiatriche e uso da parte dei genitori incrementano la probabilità di utilizzo da parte dei figli<sup>3-4</sup>. Infine, esistono delle vulnerabilità ereditarie che spesso si combinano con caratteristiche di personalità (es. impulsività o sensation seeking) o a condizioni come depressione, ansia e Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) che possono rendere più probabile l'uso di sostanze durante la fase adolescenziale<sup>5</sup>. I fenomeni di abuso, riconosciuti fra i comportamenti a rischio tipici dell'adolescenza, hanno sulla salute un impatto ampiamente documentato: da quelli immediati come la mortalità per incidenti a quelli a distanza nel tempo come le patologie tumorali. Fra i problemi correlati all'utilizzo di sostanze occorre però considerare anche quelli non sanitari: disordini familiari e sociali e problemi di ordine economico non solo individuali.

In accordo con il "*Global burden of disease, injuries and risk factors study*"- 2013<sup>6-7</sup>, l'uso di alcol e tabacco e secondariamente l'uso di sostanze illegali sono i principali

fattori di rischio per morti premature e morbilità, espressa in termini di anni di vita adattati alla disabilità (disability-adjusted life years, DALYs). La riduzione del consumo di sostanze è quindi, per l'OMS, fra gli obiettivi prioritari nel XXI secolo in tema di promozione della salute.

## FUMO

Nonostante siano da tempo ben note le conseguenze negative sulla salute sia a lungo, che a medio e breve termine, il consumo di tabacco rimane la principale causa di morte prevenibile, con costi enormi dovuti alle patologie ad essa correlate, se si tiene conto sia dei costi per i trattamenti sia di quelli legati alla perdita di produttività dovuta alle morti premature<sup>8</sup>. Dal momento che questo comportamento si instaura per lo più durante l'adolescenza, la valutazione della diffusione del fenomeno rappresenta un processo indispensabile per riuscire a definire politiche efficaci di salute pubblica volte sia a promuovere una cessazione precoce che, soprattutto per i più giovani, a prevenire l'inizio e l'instaurarsi della dipendenza<sup>9</sup>, in linea anche con quanto indicato a livello internazionale dalla Convenzione Quadro dell'OMS sul controllo del tabacco<sup>10</sup> che stabilisce obiettivi e principi a cui i governi devono adeguarsi.

Tali interventi risultano particolarmente complessi fra i giovani che, nonostante le conseguenze negative note legate al fumo, attribuiscono all'uso di tabacco una funzione sia tipo "regolatoria" del corpo come il controllo dell'umore o del peso, ma anche di tipo relazionale come l'appartenenza al gruppo o la sensazione di maturità e indipendenza<sup>11-12</sup>. A riguardo già da diversi anni, poiché è stata dimostrata l'inefficacia di interventi basati solo sulla trasmissione di informazioni, si stanno sviluppando programmi finalizzati a sviluppare e rafforzare le competenze dei giovani per fare fronte alle pressioni sociali<sup>13</sup>.

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

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	97.1	81.5	56.5	81.9
1-2 giorni	1.84	8.2	11.9	6.51
3-5 giorni	0.56	2.31	5.8	2.41
6-9 giorni	0.18	1.96	3.57	1.63
10-19 giorni	0.09	1.88	3.75	1.6
20-29 giorni	0	0.94	3.84	1.23
30 giorni o più	0.28	3.25	14.7	4.7

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

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	99.2	91.1	74.1	90.4
1-2 giorni	0.6	3.1	7.1	3
3-5 giorni	0.1	1.8	3.7	1.5
6-9 giorni	0	1.2	3.2	1.2
10-19 giorni	0	0.6	3.3	1
20-29 giorni	0	0.9	2.9	1
30 giorni o più	0.1	1.2	5.5	1.7

La maggior parte dei ragazzi intervistati (81,9%) ha dichiarato di non aver mai fumato nella propria vita ma la percentuale di non fumatori si riduce, con l'aumentare dell'età, passando dal 97,1% degli undicenni al 81,5% dei tredicenni, sino al 56,5% dei quindicenni. Nel 2018 l'avvicinamento alle sigarette non sembra essere una questione di genere. Non si registrano, infatti, differenze statisticamente significative tra maschi e femmine (nella vita).

L'andamento è simile anche per il consumo recente. La maggior parte degli intervistati (90,4%) non ha mai fumato negli ultimi 30 giorni ma la percentuale di chi si è acceso almeno una sigaretta cresce con l'età, passando dallo 0,8% degli undicenni al 25,9% dei quindicenni. Anche in questo caso non si evidenziano differenze significative per genere. In tabella 6.3 si può capire la differenza di genere e di età per quanto riguarda la quota di ragazzi che hanno dichiarato di fumare ogni giorno negli ultimi 30 giorni. Il consumo giornaliero aumenta in modo statisticamente significativo al crescere dell'età ma non si rilevano differenze significative per genere.

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

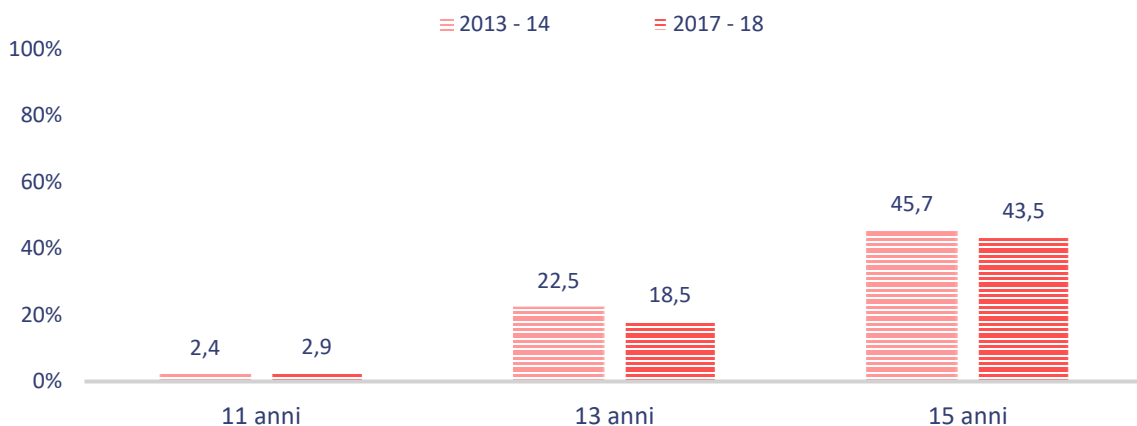
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Maschi	0.2	1.3	5.9	1.8
Femmine	0	1.1	5.1	1.6

### CONFRONTO NEL TEMPO: TABACCO

Confrontando i dati sul fumo di sigarette per età, a fronte di un dato stabile (e molto contenuto) a 11 anni, si registra una graduale riduzione del consumo di sigarette sia a 13 sia a 15 anni, passando da 22,5% a 18,5% per i primi e da 45,7% a 43,5% per i secondi. Confrontando il genere si rileva un lieve aumento per i maschi (da 19,6% a 21,1%) e una lieve diminuzione per le femmine (da 23,6% a 22,5%), assestando i dati su valori simili. Si annulla, in questo modo, la differenza per genere presente invece nell'edizione precedente.

Confrontando il dato dei fumatori abituali (tutti i giorni negli ultimi 30 gg), si rileva una riduzione evidente nel campione dei quindicenni, in cui i fumatori abituali passano da 10,4% a 5,5%)

*Figura A.5.1 Percentuale di fumo nella vita, per età - HBSC Lombardia 2013-14 e 2017-18*



## ALCOL

Nonostante negli ultimi decenni si sia registrata una riduzione del consumo di alcolici<sup>14</sup> e un aumento del numero di astinenti tra i quindicenni<sup>15</sup>, il consumo e l'abuso di alcol fra gli adolescenti è un fenomeno che non può essere sottovalutato anche perché è in questa età che si stabiliscono i modelli di consumo che saranno poi verosimilmente mantenuti nell'età adulta. Sembra infatti esistere un legame tra l'iniziazione in giovane età e l'abuso in età adulta<sup>16</sup>. Altri autori considerano invece il consumo di alcol da parte dei giovani una fase del percorso culturale dell'adolescenza, senza che questo diventi necessariamente un problema in grado di segnarli in età adulta<sup>17</sup>.

Una considerazione da fare è che, poiché l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 16 anni e in Italia vige il divieto (Legge 8.11.2012 n.189) di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, il consumo anche di una sola bevanda alcolica da parte di ragazzi minorenni rappresenta un comportamento a rischio nel consumo di alcol. Sebbene l'uso di alcolici sia recentemente diminuito in molti paesi, rimane la sostanza maggiormente utilizzata dai giovani dopo la scuola primaria, rendendo utile monitorarne i consumi, identificare i fattori ad essi associati e stabilire politiche utili a limitarli<sup>18</sup>.

Naturalmente tali politiche devono tener conto anche dei cambiamenti che negli ultimi anni si stanno osservando in merito al consumo di bevande alcoliche. Nel nostro Paese infatti, a fronte di una riduzione del consumo di vino durante i pasti, si registra un progressivo aumento di consumo di bevande alcoliche occasionale e al di fuori dei pasti. Nelle tabelle 6.4 e 6.5 è descritta la quota di ragazzi che ha bevuto alcol nella propria vita e negli ultimi 30 giorni.

Tabella 6.4 Frequenza del consumo di alcol nella vita, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	85.4	65.4	26.9	64.4
1-2 giorni	8.9	16.3	19.1	14
3-5 giorni	2.3	6.3	12.6	6.2
6-9 giorni	1.1	3.3	11	4.2
10-19 giorni	0.6	4.4	12.1	4.7
20-29 giorni	0.2	1.3	6.3	2
30 giorni o più	1.3	2.7	12.1	4.3

Tabella 6.5 Frequenza del consumo di alcol **negli ultimi 30 giorni**, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	94.7	82.5	48.7	79.6
1-2 giorni	3.8	12.1	29.5	12.8
3-5 giorni	0.7	2.8	12.9	4.3
6-9 giorni	0.4	1.8	6.4	2.3
10-19 giorni	0.1	0.4	1.5	0.5
20-29 giorni	1	0	0.3	0.1
30 giorni o più	0	0.2	0.6	0.2

La maggior parte dei ragazzi (il 64,4%) ha dichiarato di non aver “mai” bevuto alcol nella vita. Tale percentuale si riduce, però, con l’aumentare dell’età, passando dal 85,4% degli undicenni al 65,4% dei tredicenni, sino al 26,9% dei quindicenni

Oltre a una differenza (statisticamente significativa) per età, si assiste anche a una differenza per genere. Sono i maschi che, nella vita, dichiarano di aver consumato più alcolici delle femmine (43% contro 39.1%).

La stessa tendenza si conferma rispetto al consumo recente. Anche questo cresce con l’età e i maschi dichiarano di aver bevuto alcolici negli ultimi 30 gg più frequentemente delle femmine.

In tabella 6.6 si riporta il dettaglio dei consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche.

Tabella 6.6 Frequenza di consumi riferiti a specifiche bevande alcoliche (%)

	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente/Mai
Birra	0.5	3.9	3.9	91.7
Vino	0.5	2.3	3.3	93.8
Superalcolici	0.2	1.9	4.7	93.1
Alcolpops	0.6	1.5	4.1	93.8
Spritz	0.4	2.4	4.5	92.7
Altra bevanda alcolica	0.5	2.1	5.1	92.3

Per tutte le tipologie di alcolici prese in considerazione, si assiste a una crescita nella frequenza dei consumi all’aumento dell’età. La scelta degli alcolici varia però in base al genere:

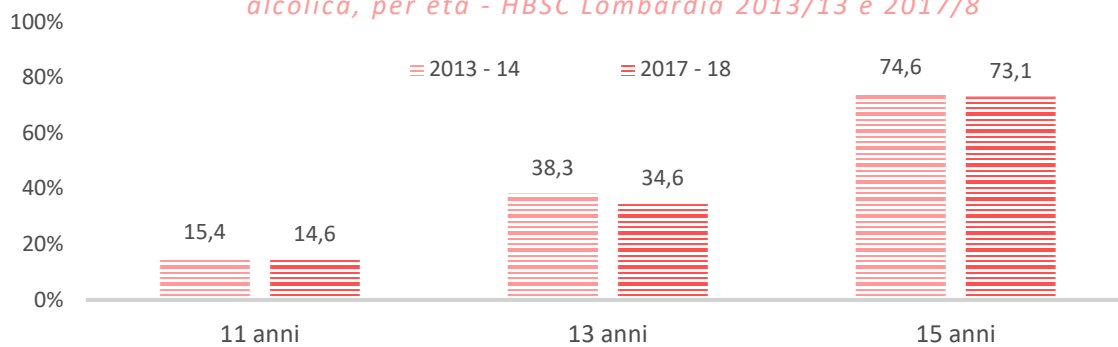
- Birra e vino: in generale sono preferiti dai maschi e questa differenza è più netta a 15 anni
- Superalcolici: in generale sono preferiti dalle ragazze e questa differenza è significativa a 15 anni
- Alcolpop: il consumo è più elevato da parte delle ragazze a ogni età.
- Aperitivi: il consumo cresce con l’età ma non ci sono differenze di genere.



### CONFRONTO NEL TEMPO: CONSUMO ALCOLICI

Il consumo di alcolici nella vita mostra una lieve diminuzione rispetto all'edizione 2013/2014 per tutte le fasce d'età, più evidente a 13 anni.

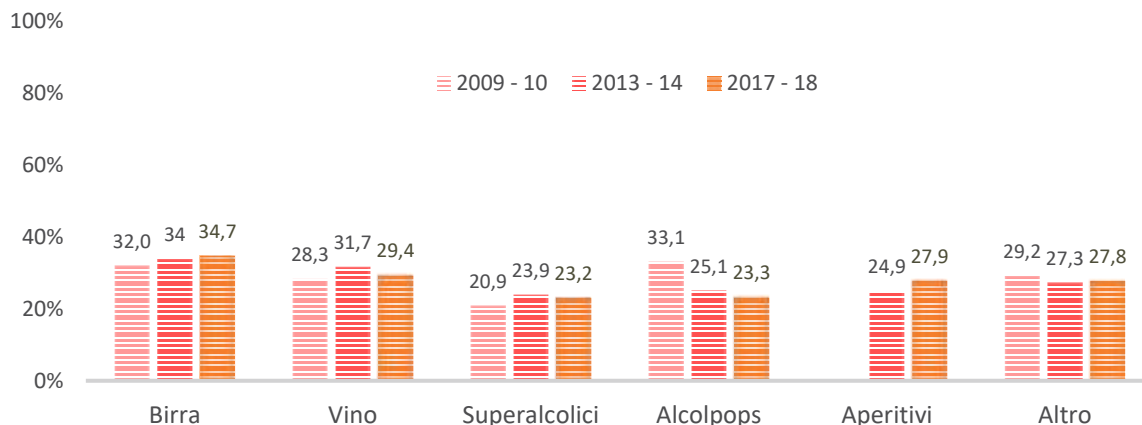
*Figura A.5.2 Percentuale di consumo di almeno una bevanda alcolica, per età - HBSC Lombardia 2013/13 e 2017/8*



Per quanto riguarda le tipologie di alcolici assunti, è possibile confrontare tre edizioni. Si rileva che:

- i consumi di birra e superalcolici, inizialmente cresciuti, si sono poi stabilizzati
- il consumo di vino, che nella rilevazione 2013/14 era cresciuto, è diminuito, tornando ai valori del 2009/2010
- il consumo di super alcolici rimane in linea con il dato 2013-14
- si conferma il trend discendente degli alcolpop
- cresce il consumo degli aperitivi (la cui rilevazione è stata introdotta solo nell'edizione precedente)

*Figura A.5.3 Percentuale di consumo di bevande alcoliche - HBSC lombardia 2009-10, 2013-14, 2017-18*



In Italia gli alcolici sono vietati ai minorenni per cui il loro consumo è già un elemento che può destare preoccupazione. Quando il consumo diventa abuso, la situazione è ulteriormente grave. Con abuso si fa riferimento alle ubriacature e al binge dinking. Il Binge Drinking, è 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<sup>19-20</sup>. A riguardo negli ultimi anni per contrastare tale fenomeno si stanno sviluppando strategie comunitarie come la Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (2014-2016)<sup>21</sup> 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<sup>22</sup>

HBSC ha da sempre indagato anche il fenomeno dell'ubriacatura. In tabella 6.7 si può osservare la frequenza con cui i ragazzi di 11, 13 e 15 anni dichiarano di adottare questo comportamento pericoloso.

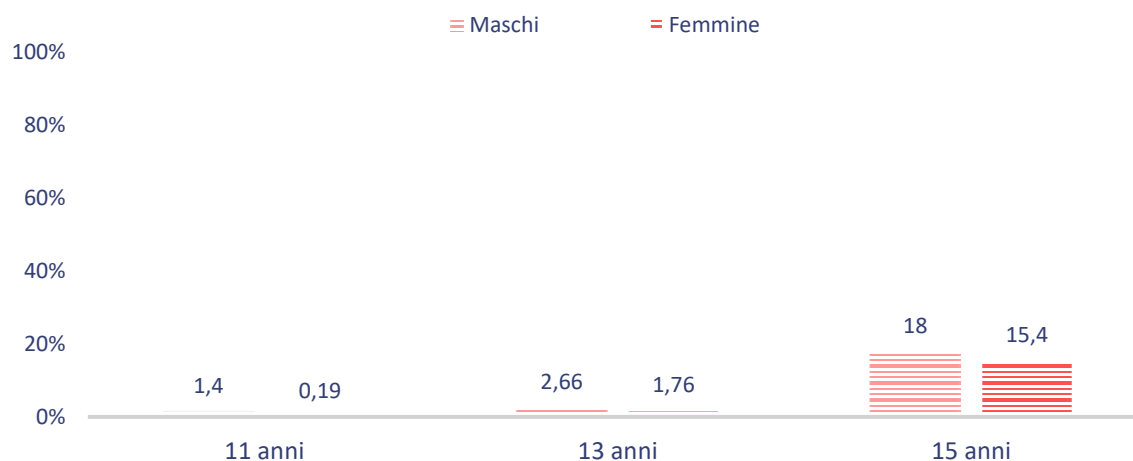
Tabella 6.7 Frequenza di ubriacatura nella vita, per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
No, mai	96.8	92.9	67.9
Si, una volta	2.39	4.8	15.5
Si, 2-3 volte	0.83	1.4	9.8
Si, 4-10 volte	0	0.4	4.5
Più di 10 volte	0	0.3	2.2

Il fenomeno dell'ubriacatura nella vita aumenta sensibilmente con l'aumentare dell'età, in particolare con il passaggio alla scuola secondaria di II grado ma non si rilevano differenze significative tra maschi e femmine.

Nella figura 6.1 sono riportate le differenze di genere ed età nella frequenza di coloro che mostrano un comportamento ulteriormente preoccupante, dichiarando di essersi ubriacati 2 volte o più nel corso della propria vita e quindi di essere andati oltre l'episodio occasionale.

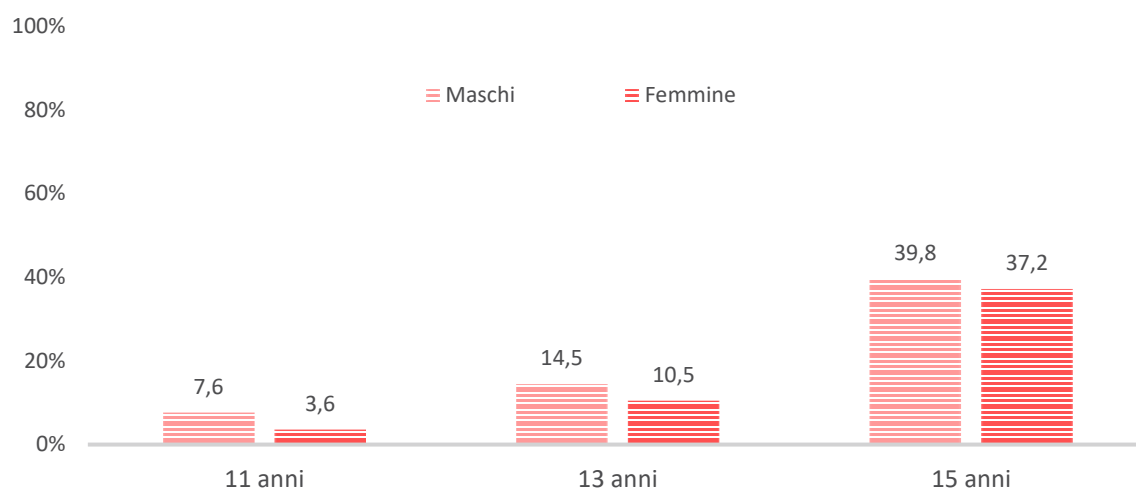
Figura 6.1 Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più, per età e genere (%)



Anche le ubriacature ripetute crescono con l'età ma in questo caso il comportamento è prevalentemente maschile.

Come già accennato, l'altro comportamento di abuso indagato è il Binge drinking. Nella figura 6.2 si evidenziano le differenze di genere nella frequenza di binge drinking.

*Figura 6.2 Frequenza di chi dichiara 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 (%)*



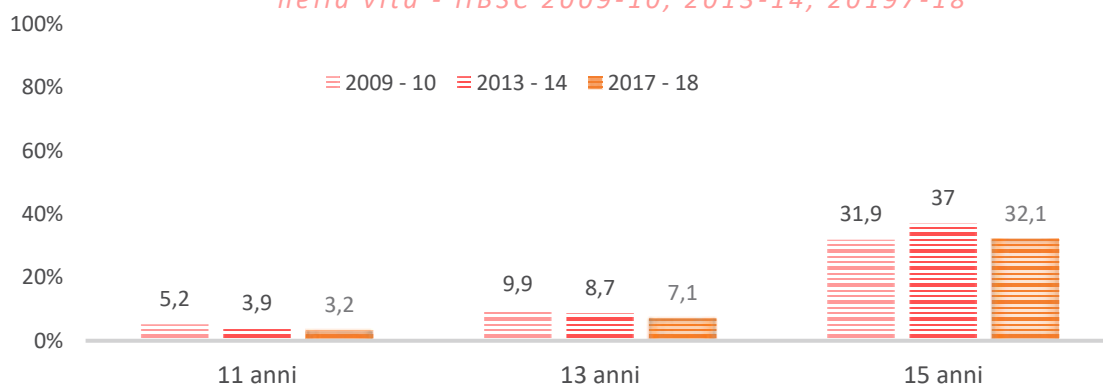
L'80% circa del campione dichiara di non aver mai bevuto, negli ultimi 12 mesi, 5 o più bicchierini di bevande alcoliche in una sola occasione.

Il binge drinking cresce con l'età ed è praticato più frequentemente dai maschi, in tutte le fasce d'età.

#### CONFRONTO NEL TEMPO: ABUSO ALCOLICI

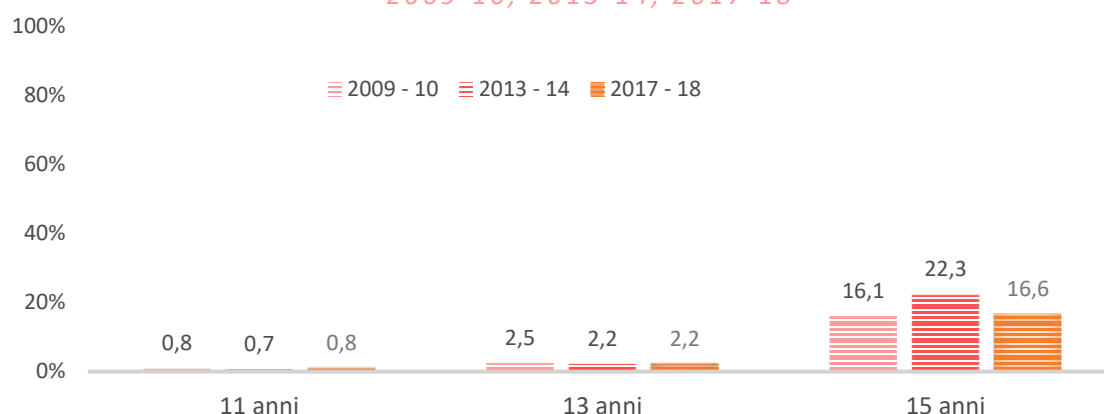
É possibile confrontare la frequenza di ubriacatura nel corso di tre edizioni. In generale si evidenzia, per undicenni e tredicenni, una riduzione rispetto ai valori rilevati nel 2009/10 e già presente nel 2013/14. Nei quindicenni, che invece avevano fatto registrare un incremento nel 2013/14, si assiste a un calo e a un ritorno a valori simili a quelli del 2009/10.

*Figura A.5.4 Percentuale di ubriacature almeno una volta nella vita - HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18*



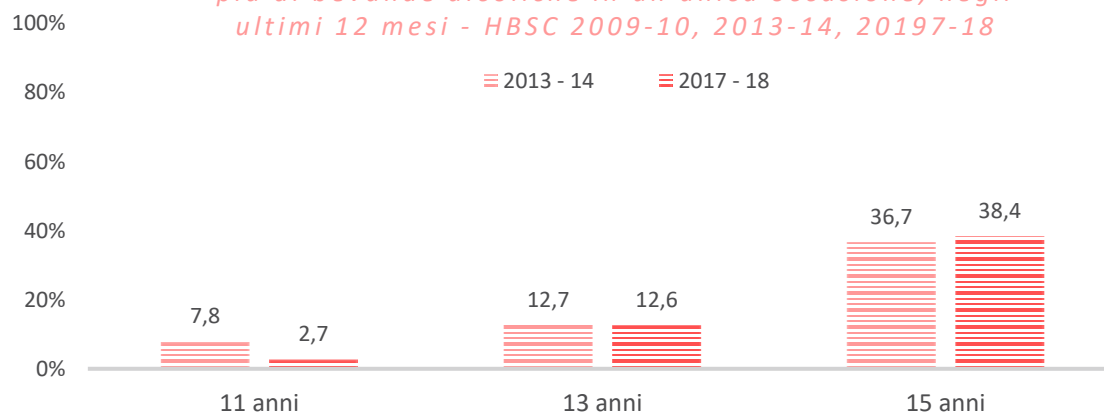
Questo andamento rispetto ai quindicenni è particolarmente evidente nel caso delle ubriacature ripetute

*Figura A.5.5 Percentuale ubriacature ripetute - HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18*



Il comportamento del *binge drinking* è confrontabile solo per le ultime due edizioni. La variazione si differenzia per le tre fasce di età. C'è una riduzione per gli undicenni, una situazione stabile per i tredicenni e un lieve aumento per i quindicenni.

*Figura A.5.6 soggetti che hanno consumato 5 bicchieri o più di bevande alcoliche in un'unica occasione, negli ultimi 12 mesi - HBSC 2009-10, 2013-14, 2017-18*



## CANNABIS E ALTRE DROGHE

L'uso di droghe quali la cannabis e, in generale, la sperimentazione di sostanze stupefacenti, sono fra i comportamenti a rischio maggiormente discussi quando si studia lo stato di salute degli adolescenti; questo perché, nonostante gli sforzi compiuti a sostegno delle attività di prevenzione rivolte ai giovani, la diffusione del fenomeno rimane preoccupante<sup>23-26</sup>.

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 a un parallelo abbassamento dell'età di iniziazione<sup>23</sup>. I danni derivanti dall'uso precoce di questa sostanza dipendono dal fatto che l'adolescenza è una fase in cui il cervello è ancora in fase di sviluppo. Un'esposizione intensa in questa fascia d'età può causare danni a lungo termine, a volte anche permanenti. Benchè gli studi non siano tutti concordi, alcuni mostrano che l'uso di cannabis in età adolescenziale è associata a un'alterazione della connettività cerebrale e a una riduzione del volume di alcune specifiche aree del cervello coinvolte nelle funzioni di memoria, apprendimento e controllo degli impulsi<sup>24</sup>.

A rendere la situazione più preoccupante contribuisce il fatto che negli ultimi anni siano comparse sul mercato nuove forme di cannabis, frutto di progressi compiuti nelle tecniche di coltivazione, estrazione e produzione. Si tratta di varietà ibride da cui si ottiene una cannabis più potente e che hanno cominciato a sostituire le varietà tradizionali<sup>25</sup>. L'uso precoce, inoltre, può indurre e amplificare comportamenti di sperimentazione delle droghe. In questo senso la cannabis (come alcol e tabacco) potrebbe avere un effetto gateway rispetto ad altre sostanze, classicamente percepite come maggiormente pericolose.

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, soprattutto al fine di indirizzare nuove politiche preventive e di controllo.

Regione Lombardia ha deciso di indagare il consumo di cannabis non solo tra i quindicenni ma anche tra i tredicenni. Il confronto permette di cogliere il momento di iniziazione a questa sostanza.

Nelle figure 6.3 e 6.4 è possibile percepire le differenze di genere nella frequenza rispettivamente di tredicenni e quindicenni che consumano cannabis.

*Figura 6.3 Frequenza dei quindicenni che hanno fumato cannabis nella vita, per genere (%) 13 anni*

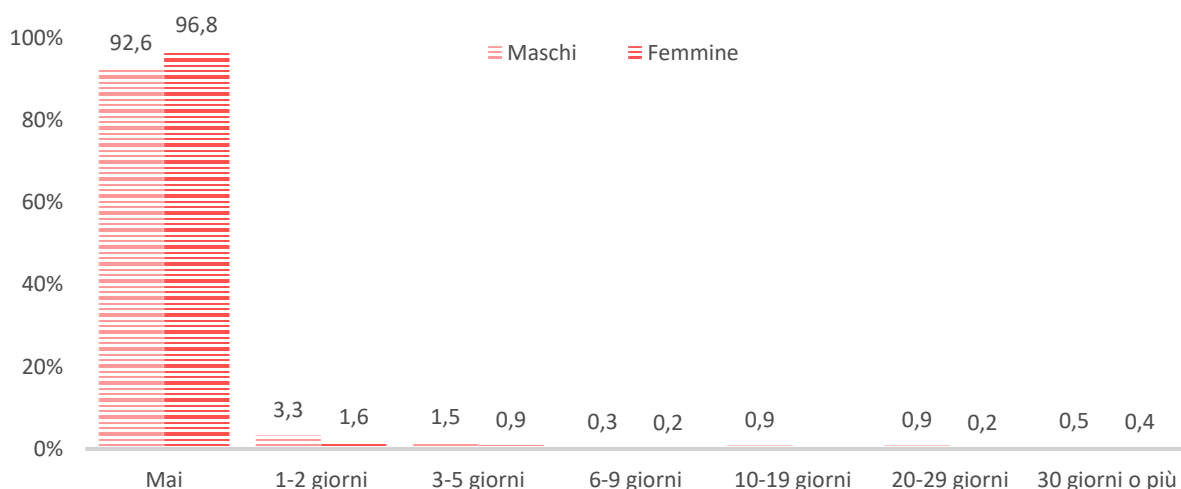
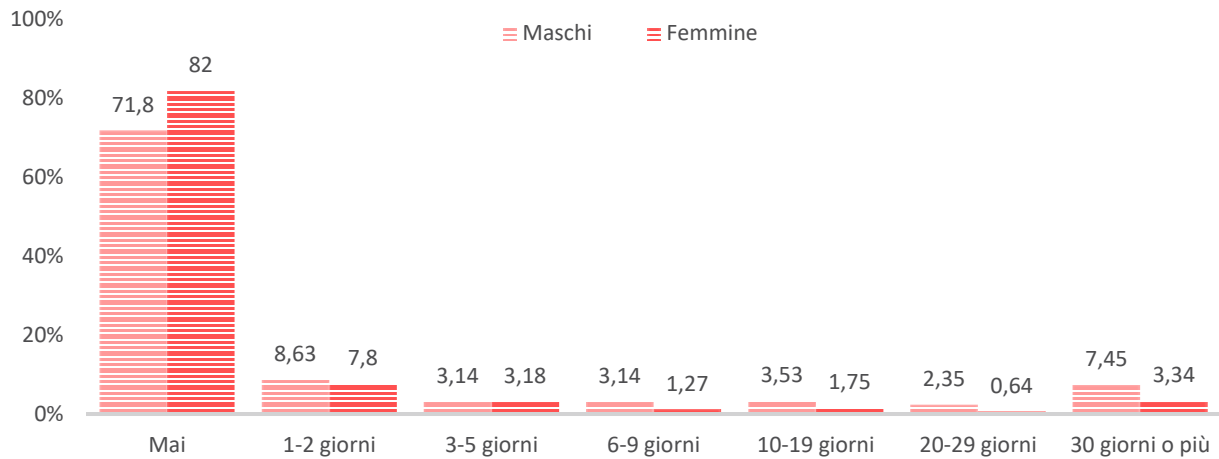


Figura 6.4 Frequenza dei **quindicenni** che hanno fumato cannabis nella vita, per genere (%)



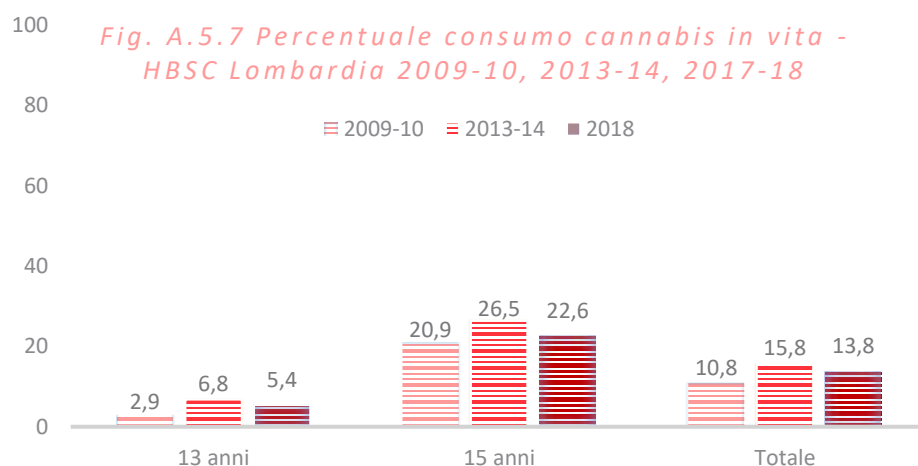
Ad entrambe le età, la maggioranza degli studenti non ha mai usato cannabis ma si rilevano differenze significative tra le due fasce. A 13 anni dichiara di aver usato cannabis, almeno un giorno nella vita, il 5,4% degli studenti mentre a 15 la percentuale sale al 22,6%.

A 13 anni il consumo è ancora sperimentale e l'ha utilizzata più di "uno o due giorni" il 2,8% del campione. A 15 anni questa percentuale sale a 14,4%. Chi dichiara di averla usata 30 giorni o più è lo 0,4% dei tredicenni e il 5,2% dei quindicenni.

Il consumo di cannabis varia per età e per genere. Cresce con l'età e la differenza tra maschi e femmine, già presente a 13 anni, si accentua in modo più evidente a 15 (maschi 28,2% e ragazze 18%). Sono i maschi a consumarla più frequentemente.

#### CONFRONTO NEL TEMPO: CANNABIS

Confrontando tre edizioni dello studio HBSC, in Lombardia si registra, dopo la crescita registrata nel 2013-14, un successivo calo che riporta i valori più vicini a quelli dell'edizione 2009-10 anche se lievemente più alti.



HBSC Lombardia ha indagato anche il consumo di altre droghe tra gli studenti di 15 anni. Sono state prese in considerazione una molteplicità di possibili sostanze illegali quali ecstasy, stimolanti, eroina/oppio/morfina, medicine per sballarsi, cocaina, colla/solventi/inalanti, LSD, funghi allucinogeni ketamina, GHB, popper, smart drugs, sostanze dopanti e antidolorifici per sballare. Per ognuna di queste droghe è stato chiesto ai ragazzi di dichiararne l'eventuale uso almeno 1 volta nella loro vita. I dati mostrano che il 6.3% dei quindicenni dichiara di aver fatto uso di almeno una delle sostanze sopra elencate (il dato è in linea con quello dell'edizione 2013-4). Le sostanze maggiormente utilizzate dagli adolescenti di 15 anni risultano essere le smart drugs (1.8%) le medicine per sballare (1.4%) e le sostanze dopanti (1.4%). Non ci sono differenze significative per genere.

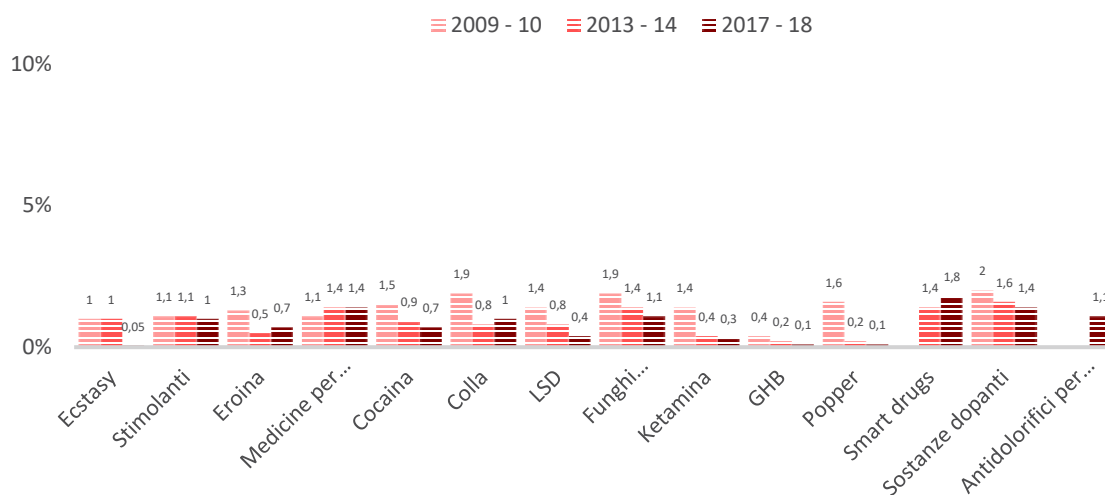
Tabella 6.8 Percentuale consumo di altre sostanze almeno una volta nella vita (solo 15 anni)

Smart drugs	1,8	Eroina	0,7
Sostanze dopanti	1,4	Cocaina	0,7
Medicine per sballare	1,4	Ecstasy	0,4
Funghi allucinogeni	1,1	LSD	0,4
Antidolorifici per sballare	1,1	Ketamina	0,3
Stimolanti	1	Popper	0,2
Colla	1	GHB	0,1

### CONFRONTO NEL TEMPO: ALTRE DROGHE

Le percentuali di consumo di altre sostanze sono troppo piccole per poter effettuare dei confronti nel tempo. Per completezza di informazione in figura A.5.7 sono riportate comunque le percentuali delle edizioni 2009-10, 2013-14 e 2017-18. Inoltre si precisa che nel 2009-10 ha dichiarato di consumare almeno una sostanza il 7.7% dei quindicenni, nel 2013-14, il 6.5% e nel e 2017-18 il 6,3%.

Figura A.5.7 Percentuale consumo di altre droghe nella vita, HBSC Lombardia 2009-10, 2013-14 e 2017-18(%)



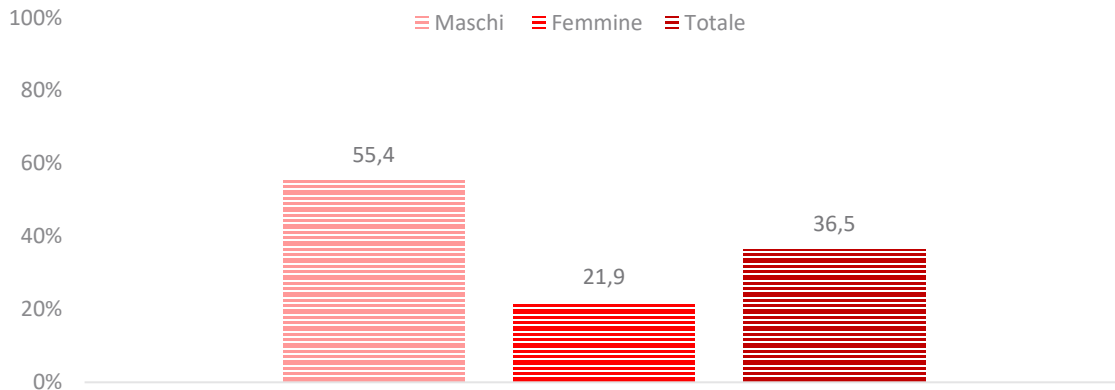
## GIOCO D'AZZARDO

Nonostante sia comunemente percepito come un'attività ricreativa, se praticato in modo eccessivo, il gioco d'azzardo (o gambling) può avere conseguenze negative sul fronte della salute, creando le condizioni per quello che viene definito Gioco d'azzardo problematico. In molti Paesi, tra cui l'Italia, il gioco d'azzardo è vietato ai minorenni. Malgrado ciò, nel corso degli ultimi anni si è registrato un marcato incremento di questo comportamento proprio tra i più giovani. Tali dati non possono passare inosservati a chiunque rivesta ruoli educativi e sia coinvolto nella progettazione di programmi preventivi e di promozione della salute. La diffusione del gioco d'azzardo fra gli adolescenti è stata riconosciuta come un'importante tematica di salute pubblica<sup>27-28</sup>. Gli adolescenti sono considerati un gruppo ad alto rischio di sviluppo di problemi correlati al gioco d'azzardo perché tendono a sottostimare i rischi legati al gioco e spesso falliscono nel richiedere forme di aiuto o di assistenza per problemi di gioco<sup>29</sup>. Come accade per gli adulti, anche in questa fascia di età la letteratura indica come quest'abitudine possa portare a diverse conseguenze negative, come per esempio comportamenti criminali, difficoltà scolastiche, compromissione delle relazioni sociali (per es. con genitori e amici), abuso di sostanze, depressione e persino suicidio<sup>30</sup>. D'altra parte, il gioco d'azzardo è diventato ormai, nonostante i divieti previsti per legge, una popolare forma di svago fra gli adolescenti, tanto che recenti dati raccolti in 33 Stati Europei dimostrano che il 23% degli studenti abbia dichiarato di aver giocato d'azzardo nell'ultimo anno (32% dei ragazzi vs 14% ragazze)<sup>27</sup>. Diverse ricerche sono state condotte allo scopo di capire quali fattori e in che modo essi agiscano sull'inizio, lo sviluppo e la cronicizzazione del problema del gioco d'azzardo fra i più giovani. Ulteriori studi sono tuttavia necessari per comprendere meglio il ruolo di aspetti legati alla società, variabili socio-economiche e dei media nell'influenzare valori, credenze e comportamenti rispetto a questo vizio. Le domande sul gioco d'azzardo inserite per la prima volta nell'indagine HBSC Italia del 2014 (e riproposte nella rilevazione 2018) sono volte a indagare sia l'esperienza dei ragazzi con scommesse e puntate di denaro nel corso della vita sia a valutare il loro grado di 'coinvolgimento', riuscendo a individuare la quota di ragazzi 'a rischio' di sviluppare problemi di gioco e quelli che già presentano 'seri problemi'.

Nell'ambito dell'indagine HBSC 2018 è stato chiesto ai ragazzi di 15 anni di indicare se hanno mai scommesso e/o giocato denaro nella loro vita. Nella figura 6.4 si riporta tale informazione per genere.



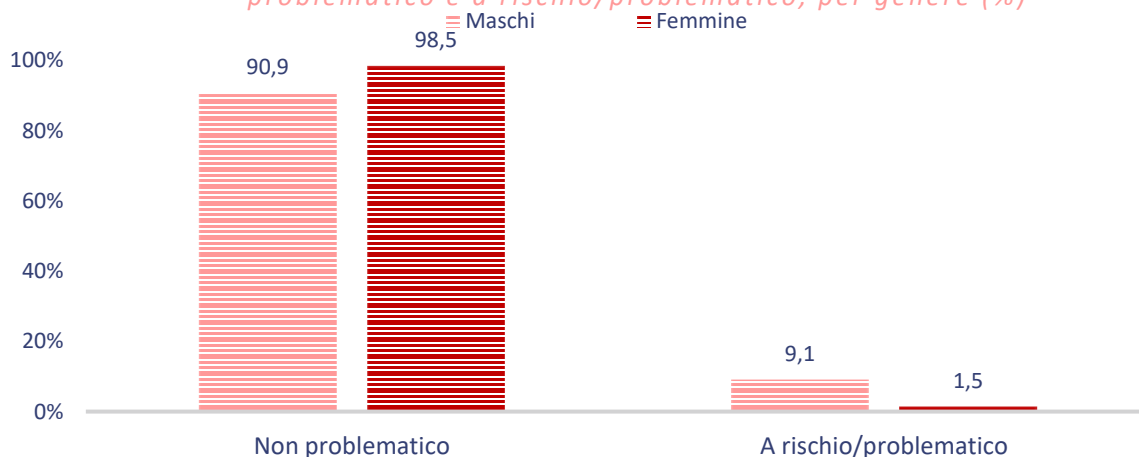
Figura 6.5 Frequenza di quindicenni che hanno scommesso denaro nella vita, per genere (%)



I dati raccolti indicano che oltre il 60% dei quindicenni lombardi non ha mai giocato denaro nella propria vita. Il 17,3% lo ha fatto una o due volte nella vita e il 19,3% ha giocato invece ripetutamente (almeno 3-5 volte o più). Giocare denaro è significativamente più frequente per i maschi che per le femmine.

La figura 6.6 mostra la percentuale di quindicenni con gioco d'azzardo a rischio e problematico.

Figura 6.6 Frequenza di quindicenni con gioco d'azzardo non problematico e a rischio/problematico, per genere (%)



Dalle risposte degli intervistati agli item della scala SOGS-RA (*South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents*) che il questionario HBSC ha proposto loro, emerge che la maggior parte degli studenti lombardi (95,2%) ha un comportamento di gioco non problematico. È il 4,8% di loro a mostrare un livello di gioco a rischio o, addirittura, problematico; sono i maschi, inoltre, ad essere maggiormente caratterizzati da esperienze di gioco a rischio/problematiche.

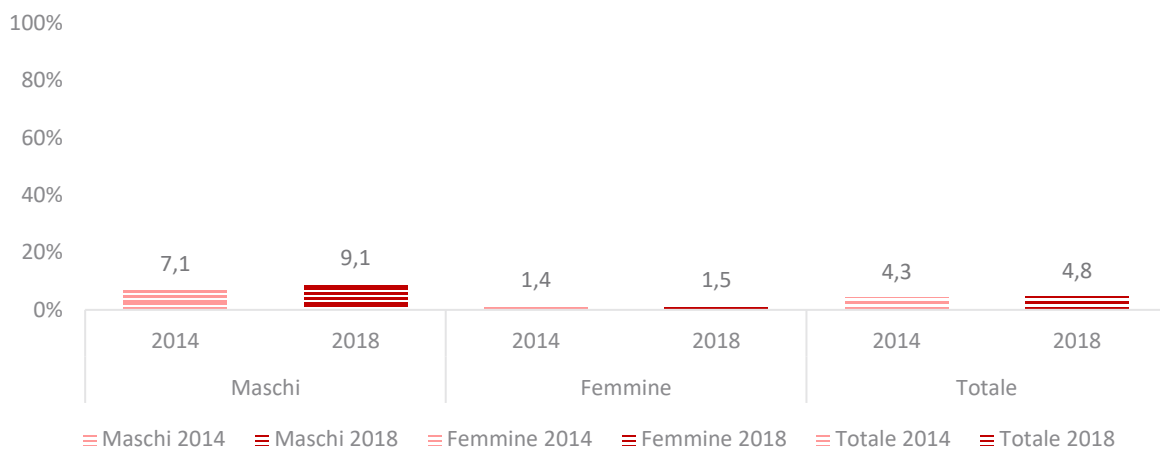
### CONFRONTO NEL TEMPO: GIOCO D'AZZARDO

Rispetto ai comportamenti di gioco d'azzardo è possibile mettere a confronto solo i dati raccolti nelle edizioni 2013-14 e 2017-18.

La percentuale di chi dichiara di aver giocato almeno una volta nella vita, scende dal 42,7% dell'edizione 2013-14 al 36,6% di quest'ultima edizione.

I dati relativi al gioco problematico e a rischio sono riportati nella figura A.5.8.

*Figura A.5.8 Percentuale gioco d'azzardo problematico/a rischio, per genere. HBSC Lombardia 2013-14 e 2017-18 (%)*



Confrontando il dato totale, la situazione mostra una sostanziale stabilità (dal 4,3% al 4,8%). L'aumento assume maggiore peso se si osservano i dati divisi per genere: mentre il dato relativo alle ragazze rimane stabile, la percentuale di gioco problematico/a rischio fra i maschi mostra un netto aumento, passando da 7,1% a 9,1%.

### IN SINTESI

Questo capitolo approfondisce il tema delle dipendenze da sostanze (tabacco, alcol, cannabis, doping e altre droghe) e da comportamenti (gioco d'azzardo). Questi comportamenti possono compromettere la salute e il benessere degli adolescenti.

**Tabacco:** l'81% dei ragazzi non ha mai fumato. Con l'età però cresce il numero di chi ha fumato almeno una sigaretta o più: sono il 2,9% a 11 anni, il 18,5% a 13 e il 43,9% a 15 anni. Non si registrano differenze di genere

**Confronto nel tempo sul consumo di tabacco:** il consumo a 11 anni rimane contenuto e stabile mentre, sia a 13 anni sia a 15 anni, si riduce il numero di chi dichiara di aver fumato. Si nota un aumento dei maschi fumatori e una riduzione delle femmine, annullando così la differenza di genere rilevata in precedenza. Evidente è anche la riduzione dei fumatori abituali (tutti i giorni negli ultimi 30 giorni) passata, nei quindicenni, da 10,4% a 5,5%.

**Alcol:** il 64,4% dei ragazzi non ha mai assunto alcol nella propria vita. Con l'età cresce il numero di chi ha bevuto almeno un bicchiere o più: sono, infatti, il 14,6% a 11 anni, il 34,6% a 13 anni e il 73,1% a 15 anni. Oltre la metà dei quindicenni ha bevuto alcolici nell'ultimo mese. I maschi bevono più delle femmine, sia nella vita sia negli ultimi 30 giorni.

**Consumo eccessivo di alcolici:** il 14% circa del campione si è ubriacato almeno una volta nella vita. L'esperienza è capitata a un terzo dei quindicenni.

Il fenomeno del binge drinking (assunzione di 5 o più bicchieri di alcolici in una sola occasione) riguarda circa il 20% del campione, aumenta con l'età ed è una pratica prevalentemente maschile.

**Confronto nel tempo per consumo e consumo eccessivo di alcolici:** Si rileva una lieve diminuzione generale del consumo di alcolici rispetto all'edizione 2013/2014, per tutte le fasce d'età. Si conferma il trend discendente delle ubriacature per undicenni e tredicenni. Buone notizie anche per i quindicenni: dopo l'impennata dell'edizione 2013/14, si assiste a un calo.

Il binge drinking si riduce a 11 anni, rimane stabile a 13 e cresce lievemente a 15 anni.

**Cannabis:** Il dato è rilevato solo per tredicenni e quindicenni. A entrambe le età, la maggioranza degli studenti non ha mai usato cannabis: a 13 anni lo ha fatto almeno un giorno nella vita o più il 5,4% degli studenti e a 15 anni il 22,6%. Il consumo aumenta con l'età, è prevalentemente maschile e questa differenza di genere si evidenzia in modo particolare a 15 anni.

**Confronto nel tempo sulla cannabis:** Dopo la crescita registrata nel 2013/14, l'ultima rilevazione riporta i tassi di consumo a valori simili (anche se lievemente più alti) dell'edizione 2009-10.

**Altre droghe:** Questo dato è rilevato solo tra i quindicenni. La maggior parte di loro non ha mai usato alcun'altra droga nella propria vita. Per "altra droga" si intende: ecstasy, stimolanti, eroina/oppio/morfina, medicine per sballarsi, cocaina, colla/solventi/inalanti, LSD, funghi allucinogeni ketamina, GHB, popper, smart drugs, sostanze dopanti e antidolorifici per sballare. Lo ha fatto il 6,3% del campione. Smart drugs, medicine per sballare e sostanze dopanti sono quelle più utilizzate anche se la percentuale resta, per ciascuna, inferiore all'1,8%. Non ci sono differenze significative per genere.

**Confronto nel tempo per "altre droghe":** le percentuali di consumo di queste sostanze sono troppo piccole per effettuare dei confronti. Si segnala però che diminuisce il numero totale di chi dichiara di averle provate o usate: si passa infatti dal 7,7% dei quindicenni nel 2009-10, al 6,5% nel 2013-14 e infine al 6,3% nell'ultima edizione.

**Gioco d'azzardo:** ha scommesso o giocato denaro, almeno una volta nella vita, il 36,5% degli studenti intervistati. Considerando che il gioco d'azzardo è vietato ai minorenni, ciò deve interrogare chi si occupa di salute pubblica ed educazione. Il gioco a rischio o problematico riguarda il 4,8% del campione. In entrambi i casi sono i maschi ad essere più coinvolti nel fenomeno.

**Confronto nel tempo per gioco d'azzardo:** a distanza di quattro anni si rileva una diminuzione del numero degli studenti che ha giocato almeno una volta nella vita, che passano dal 42,7% al 36,5% del campione. Il gioco problematico e a rischio del campione nella sua totalità passa dal 4,3% al 4,8% (stabile fra le femmine, in aumento dal 7,1% al 9,1% fra i maschi).

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- <sup>1</sup>National Institute on Drug Abuse: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/>
- <sup>2</sup>Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. (2004): Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A* 101:8174–8179.
- <sup>3</sup>Oliveira LMFT, Santos ARMD, Farah BQ, Ritti-Dias RM, Freitas CMSM, Diniz PRB. Influence of parental smoking on the use of alcohol and illicit drugs among adolescents. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 Jan 14;17(1):eAO4377.
- <sup>4</sup>Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC. Family-Based Interventions in Preventing Children and Adolescents from Using Tobacco: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Pediatr*. 2016 Jul;16(5):419-429.
- <sup>5</sup>Sussman, S.; Skara, S.; and Ames, S.L. Substance abuse among adolescents. *Substance Use & Misuse* 43(12–13):1802–1828, 2008.
- <sup>6</sup>Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, et al.,. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387(10036):2383-401.
- <sup>7</sup>GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, et al., Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-323.
- <sup>8</sup>WHO report on the global tobacco epidemic 2019. [https://www.who.int/tobacco/global\\_report/en/](https://www.who.int/tobacco/global_report/en/)
- <sup>9</sup>Cavallo F., Lemma P., Santinello M., Giacchi M. (a cura di) (2007), *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11-15 anni. II Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Padova: Cleup.
- <sup>10</sup>Framework Convention on Tobacco Control – FCTC. <https://www.who.int/fctc/en/>
- <sup>11</sup>Audrain-McGovern J., Rodriguez D., Rodgers K., Cuevas J., Sass J., Riley T. (2012). Reward expectations lead to smoking uptake among depressed adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 120: 181-189.
- <sup>12</sup> 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.
- <sup>13</sup>Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav*. 2004;31(6):702-19.
- <sup>14</sup>Looze Md, Raaijmakers Q, Bogt TT, Bendtsen P, Farhat T, Ferreira M, Godeau E, Kuntsche E, Molcho M, Pfoertner 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.
- <sup>15</sup>Vieno A, Altoè G, Kuntsche E, Elgar FJ. Do public expenditures on health and families relate to alcohol abstaining in adolescents? Multilevel study of adolescents in 24 countries. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S120-S128. <sup>16</sup>Poikolainen K., Tuulio-Henriksson A., Aalto-Setälä T., Marttunen M., Lönnqvist J. (2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year-old Finnish adolescents. *Alcohol and alcoholism*, 36: 85-88.
- <sup>17</sup>Engels R.C., Scholte R.H., Van Lieshout C.F., De Kemp R., Overbeek G.J. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31: 440–449.
- <sup>18</sup>Jo Inchley, Dorothy Currie, Alessio Vieno, Torbjørn Torsheim, Carina Ferreira-Borges, Martin M. Weber, Vivian Barnekow & João Breda. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014.
- <sup>19</sup>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking Levels Defined. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.
- <sup>20</sup>M. Stolle, PM. Sack e R. Thomasius, Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions., in *Dtsch Arztebl Int*, vol. 106, n° 19, maggio 2009, pp. 323–8.
- <sup>21</sup>Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016). [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014\\_2016\\_actionplan\\_youthdrinking\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf)
- <sup>22</sup>Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del

consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2018. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/2).

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

<sup>24</sup>NIDA (2020). What are marijuana's long-term effects on the brain? <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/what-are-marijuanas-long-term-effects-brain>. Ultima consultazione luglio 2020.

<sup>25</sup>EMCDDA (2019). Relazione europea sulla drog. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001ITN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ITN_PDF.pdf). Ultima consultazione luglio 2020

<sup>26</sup>Burdzovic Andreas J, Bretteville-Jensen AL. Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use. *Addiction*. 2017;112(11):1973-1982.

<sup>27</sup>Molinaro S, Benedetti E, Scalese M, Bastiani L, Fortunato L, Cerrai S, Canale N, Chomynova P, Elekes Z, Feijão F, Fotiou A, Kokkevi A, Kraus L, Rupšienė L, Monshouwer K, Nociar A, Strizek J, Urdih Lazar T. Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: first results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*. 2018;113(10):1862-1873.

<sup>28</sup>Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *J Gambl Stud*. 2017;33(2):397-424.

<sup>29</sup>Canale N, Vieno A, Ter Bogt T, Pastore M, Siciliano V, Molinaro S. Adolescent Gambling-Oriented Attitudes Mediate the Relationship Between Perceived Parental Knowledge and Adolescent Gambling: Implications for Prevention. *Prev Sci*. 2016;17(8):970-980.

<sup>30</sup>Blinn-Pike L, Worthy SL, Jonkman JN. Adolescent gambling: a review of an emerging field of research. *J Adolesc Health*. 2010;47(3):223-36

# 7. SALUTE E BENESSERE

## INTRODUZIONE

La creazione di condizioni che favoriscono la salute - intesa in termini positivi, come quella proposta dall'OMS in cui gli aspetti prettamenti fisici affiancano quelli sociali e quelli del benessere in senso più lato, in grado di consentire un migliore adattamento nei contesti di vita quotidiani, di studio e di lavoro<sup>1-3</sup> - nelle fasce più giovani della popolazione deve essere la priorità di ogni politica. Crescere in salute rappresenta una risorsa per raggiungere più alti livelli di soddisfazione e benessere nella vita a livello individuale ma anche per salvaguardare la collettività dalle pesanti ricadute di malattie e costi evitabili. Al contrario, proprio deprivazioni e deficit di salute in giovane età rischiano di avere effetti negativi in età adulta.

Il benessere può 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 salute<sup>4</sup>.

Valutare la salute a livello di popolazione non è certo compito di facile esecuzione<sup>5</sup> 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 adulto<sup>2-3</sup>. 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 nevrosi<sup>6</sup>.

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

- a) Percezione del proprio stato di salute (eccellente, buono, discreto, scadente);
- b) Percezione del proprio benessere (valutato su una scala da 0 a 10);

- c) Presenza e frequenza (ogni giorno, più di una volta a settimana, una volta a settimana, una volta al mese, raramente o mai) di alcuni sintomi che sembrano essere importanti indicatori di benessere/malessere, e che verranno descritti all'interno di questo capitolo;
- d) Consumo di farmaci (nessun farmaco nell'ultimo mese, un farmaco o più di un farmaco nell'ultimo mese).

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

### SALUTE PERCEPITA

Lo studio HBSC, come si è detto precedentemente, rivolge la propria attenzione a una popolazione prevalentemente sana che, sotto il profilo epidemiologico, presenta livelli molto bassi sia di morbosità che di mortalità. Questi ultimi indicatori, appropriati per descrivere il profilo di salute di una comunità nel suo complesso, hanno una ridotta capacità descrittiva in questa particolare fascia di età per la quale è invece più appropriato affidarsi alla percezione soggettiva del proprio stato di salute<sup>7</sup>. Studi recenti condotti nella popolazione adulta hanno dimostrato che percepire la propria salute come meno buona sia effettivamente correlato a una ridotta aspettativa di vita e hanno descritto una chiara relazione tra la salute percepita e quella misurata dai professionisti della sanità<sup>6-7</sup>. Sembra quindi che chiedere direttamente a una persona come si senta sia un modo affidabile per conoscere la sua condizione di salute. Anche per gli adolescenti la percezione dello stato di salute presenta un andamento coerente con la presenza/assenza di sintomi di ansietà e depressione<sup>8</sup> con il successo/insuccesso scolastico e con il vivere positivamente o meno l'esperienza scolastica e la qualità della comunicazione con i genitori<sup>9</sup>.

Nella tabella 7.1 sono riportate le frequenze percentuali relative alla valutazione del proprio stato di salute, per classe di età.

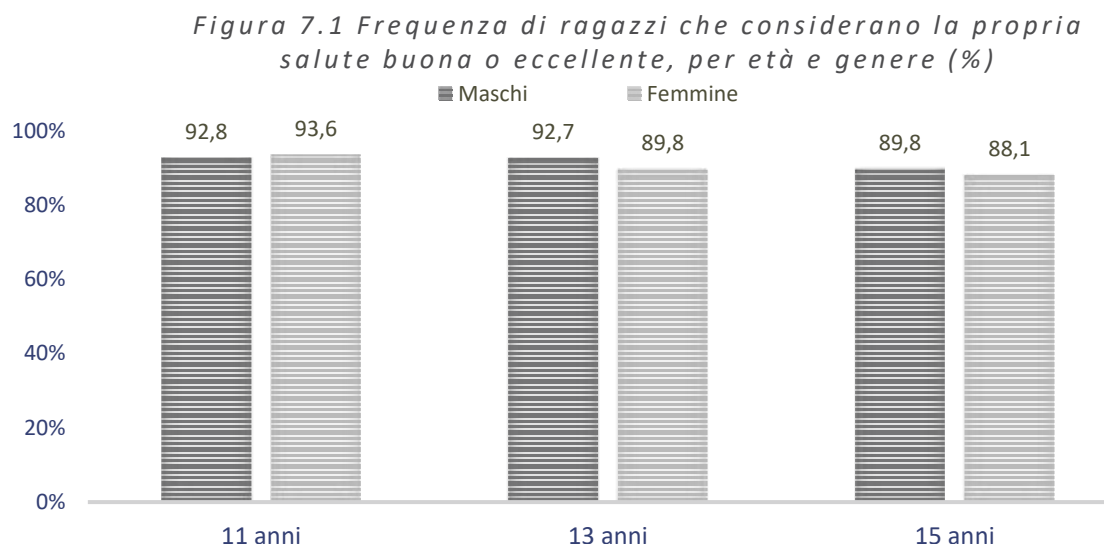
Tabella 7.1 "Diresti che la tua salute è..., per età" (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Eccellente	40.8	34.1	25.8	34.8
Buona	52.4	57.2	63	56.7
Discreta	6.15	8.17	10.1	7.82
Scadente	0.643	0.51	1.05	0.69

A conferma che HBSC si rivolge a una popolazione sana, i dati indicano che oltre il 90% ritiene di avere una salute buona o eccellente e solo lo 0,6% la considera scadente. La percezione di godere di ottima salute è più forte nella fascia dei più giovani e decresce con l'età (93,2% a 11 anni, 91,3% a 13 anni e 88,8% a 15 anni).



Nella Figura 7.1 sono riportate differenze tra maschi e femmine riguardo al giudizio “buona o eccellente” sul proprio stato di salute, per classe di età.



La percezione della propria salute, oltre a variare con l'età è influenzata anche dal genere: sono le ragazze ad avere una visione più negativa. Questa differenza di genere si acuisce nel corso degli anni: a 11 anni maschi e femmine hanno una percezione simile, crescendo questa percezione peggiora per entrambi ma in particolare per le ragazze.

In Lombardia è stato indagato anche il livello di Health Literacy. Con tale espressione si intende il livello di competenza nell'ottenere, gestire, comprendere e valutare le informazioni di salute e trarne indicazioni per come agire. Bassi livelli di Health Literacy possono avere conseguenze a livello individuale e della società. Chi possiede sarsa Health Literacy potrebbe avere problemi a interpretare informazioni correlate alla salute, potrebbe subire ospedalizzazioni più frequenti, fare un uso scorretto dei medicinali, raggiunger livelli di salute più scarsi con conseguente aumento della mortalità. Tutto ciò può determinane costi sanitari più elevati per tutta la società<sup>10</sup>.

Il livello di Health literacy posseduto è stato raccolto tra gli studenti di 13 e 15 anni. I dati sono riportati in tabella 7.2

Tabella 7.2 Livello di Health literacy, per genere ed età (%)

	13 anni		15 anni		Totale
	Maschi (%)	Femmine	Maschi (%)	Femmine (%)	
Basso	19,4	17,6	21,4	16,8	18,7
Medio	74,9	74,4	69,3	76,5	74,5
Alto	5,7	6	9,2	6,7	6,8

La maggior parte del campione (74,5%) si posiziona a un livello intermedio. Si rileva una percentuale non trascurabile (18,7%) di ragazzi che mostrano di possedere bassi livelli di Health Literacy. Livelli alti sono patrimonio solo dal 6,8% del campione. Non si rilevavano differenze significative per età e per genere.

### BENESSERE PERCEPITO

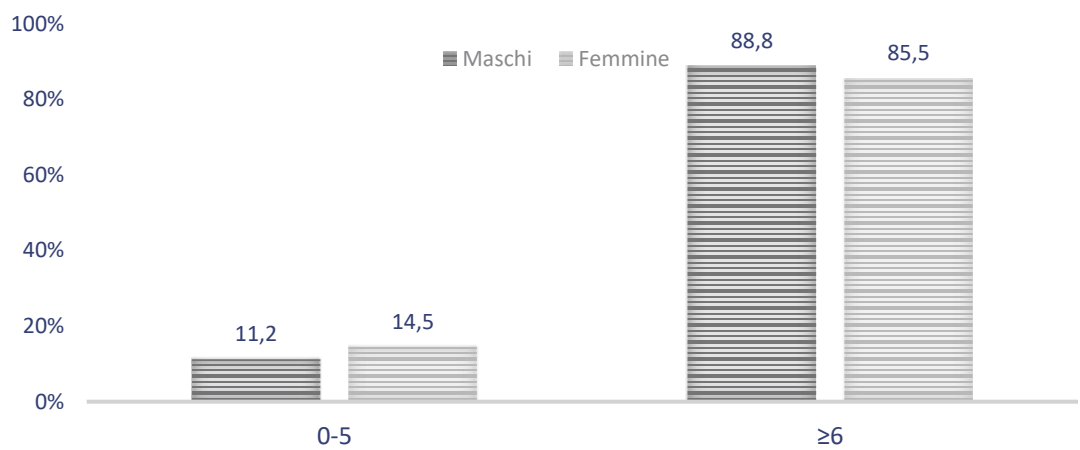
Un buono stato di salute è caratterizzato non solo dall'assenza di malattia ma anche dalla presenza di benessere, di cui la valutazione positiva di soddisfazione per la propria vita è considerato un importante aspetto<sup>6,9</sup>. Tra gli adolescenti un alto livello di soddisfazione per la propria vita si è dimostrato, infatti, associato al mancato uso di sostanze<sup>11</sup> e a più alti livelli di attività fisica<sup>12</sup>. Lo studio HBSC, per descrivere il benessere percepito, chiede ai ragazzi di dichiarare in quale posizione, su una scala tra 0 e 10, porrebbero il loro grado di soddisfazione per la vita: tale tecnica di misurazione (denominata scala di Cantril) si è rivelata efficace sia negli adulti che nei ragazzi<sup>13</sup>. Il giudizio espresso dai ragazzi riguardo alla percezione del proprio benessere è riportato in tabella 7.3 con raggruppamenti da 0 a 5 e maggiore/uguale a 6. Le percentuali riguardano i ragazzi di 11, 13 e 15 anni.

Tabella 7.3 "In generale, su che gradino della scala senti di trovarti in questo momento da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile)", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
0-5	12.6	12.9	13.3	12.9
≥6	87.4	87.1	86.7	87.1

Il valore più frequentemente indicato è 8, scelto dal 29,3% del campione. L'87% del campione dà un punteggio maggiore o uguale a 6 confermando lo stato di benessere generale dei ragazzi. Tale percezione positiva però cala in modo significativo al crescere dell'età. Nella Figura 7.2 le percentuali di percezione del benessere da parte dei ragazzi sono distinte tra maschi e femmine, con raggruppamenti 0-5 e ≥6.

Figura 7.2 Frequenza del benessere misurato su scala da 0 (= La peggior vita possibile) a 10 (= La miglior vita possibile) con raggruppamenti 0-5 e ≥6, per genere (%)

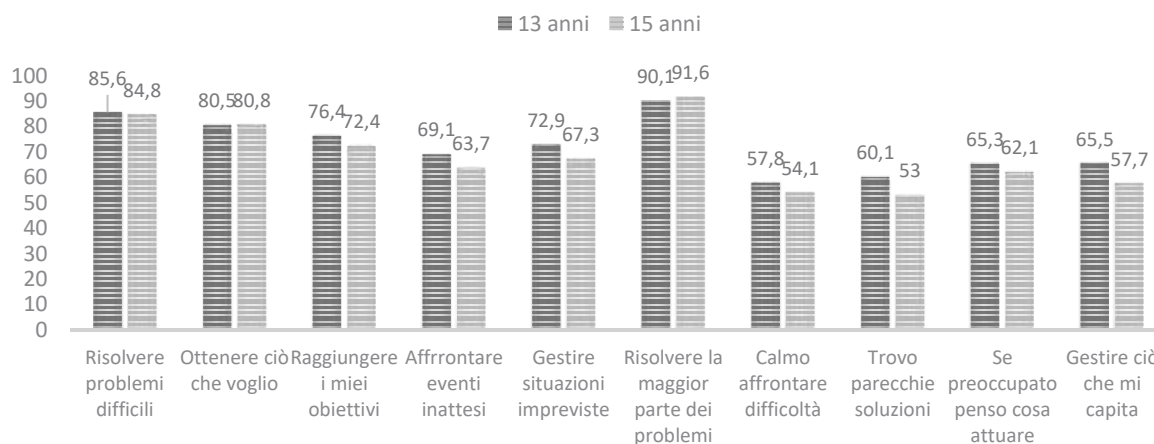


Si rileva anche un'influenza di genere che indica che sono le ragazze ad avere una percezione più negativa rispetto ai compagni maschi.

Per approfondire ulteriormente il tema del benessere psico-sociale, HBSC Lombardia ha indagato anche alcune risorse personali, sociali e del contesto. Queste rappresentano importanti fattori di protezione per tutti i comportamenti di salute e, infatti, molti interventi in ambito scolastico hanno l'obiettivo di rinforzarli.

Le risorse personali sono competenze individuali che permettono di affrontare e gestire le situazioni e le difficoltà della vita quotidiana. HBSC Lombardia ha indagato la percezione di autoefficacia che permette alle persone di fronteggiare eventi stressanti e di modificare comportamenti nocivi<sup>14, 15</sup>. Tale aspetto è stato rilevato attraverso la scala di Schwarzer e Jerusalem (1995)<sup>16</sup> che indaga la fiducia nella propria capacità di gestire un compito difficile o di affrontare le avversità nei diversi ambiti della vita. In Figura 7.3 sono riportate le risposte degli studenti di 13 e 15 anni.

Fig 7.3 percentuale di risposta "abbastanza vera", "decisamente vera" alla domanda inerente l'auto-efficacia generale, per età



Si nota come la maggior parte dei ragazzi si percepisca in grado di risolvere la maggior parte dei problemi che incontra nella vita quotidiana. Più difficile trovare soluzioni alternative e rimanere calmi.

L'autoefficacia pare essere influenzata dall'età e dal genere: i tredicenni riportano una media più alta rispetto ai quindicenni, a segnalare come il senso di autoefficacia diminuisca al crescere dell'età e le ragazze riportano valori più bassi rispetto ai coetanei maschi.

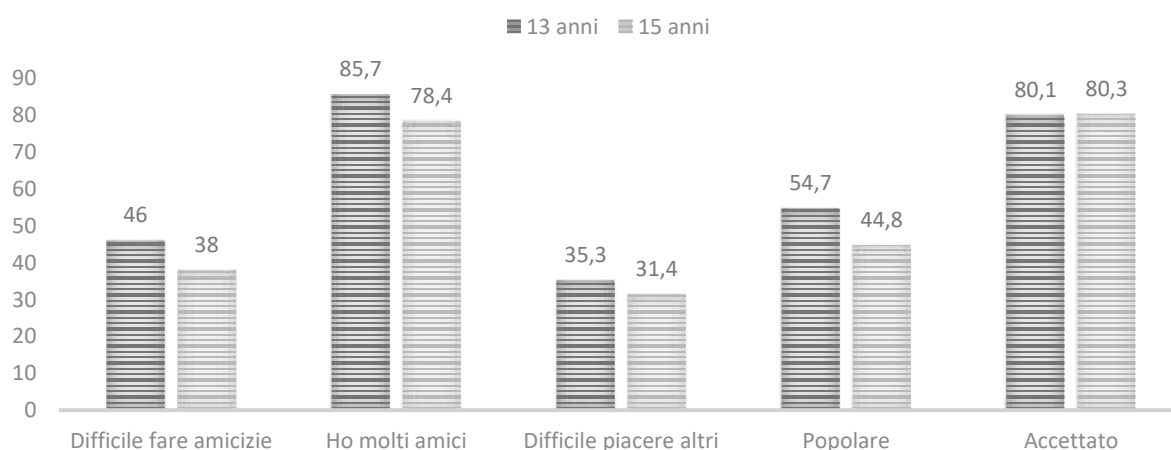
Altre risorse riguardano gli aspetti relazionali. HBSC Lombardia ha indagato le abilità sociali degli studenti attraverso 5 item riguardanti la facilità nel fare nuove amicizie, l'aver molti amici, essere una persona che piace facilmente, essere popolare tra i coetanei e sentirsi accettati dagli altri. Nella figura 7.4 sono riportate le risposte positive degli studenti di 13 e 15 anni.

Si evidenzia come gran parte dei giovani (82,1%) percepisca di avere molti amici e di sentirsi accettato dagli altri (80,3%). Circa la metà del campione si sente popolare, il 42% dichiara di fare fatica a stringere nuove amicizie e un terzo trova difficile piacere agli altri. In tutti gli item (tranne uno) i maschi dimostrano di sentirsi più sicuri delle

proprie abilità sociali rispetto alle coetanee. La capacità di fare amicizia, invece, pare non essere una questione di genere.

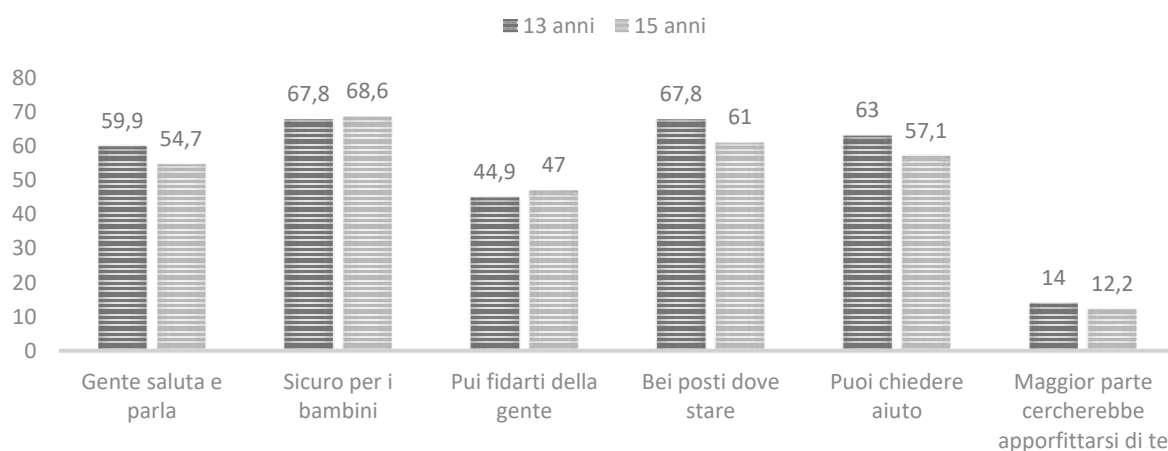
L'età influisce in modo non lineare sulle diverse componenti delle abilità sociali: crescendo i ragazzi si riconoscono maggiori capacità di fare nuove amicizie ma si riduce in loro, in modo significativo, la percezione di avere tanti amici e di essere popolari.

Figura 7.4 – percentuale di risposta “mi ci ritrovo abbastanza” e “mi ci ritrovo molto bene” alle domande inerenti le abilità sociali, per età



Infine, alcune risorse riguardano il contesto sociale in cui i preadolescenti e gli adolescenti vivono. HBSC Lombardia ha indagato il livello di capitale sociale percepito dai tredicenni e dai quindicenni nella propria zona di residenza<sup>17, 18</sup>: senso di sicurezza e fiducia nei confronti dei propri vicini, qualità della convivenza e presenza di luoghi dove trascorrere il tempo libero. In Figura 7.5 sono riportate le percentuali di risposta.

Figura 7.5 – percentuale di risposta “d'accordo” e “molto d'accordo” alle domande inerenti il capitale sociale, per età



La maggior parte degli intervistati è d'accordo o molto d'accordo con l'affermazione secondo cui il proprio quartiere sia sicuro per i bambini (68,2%), un bel posto dove stare (64,4%) e che potrebbe chiedere aiuto o un favore ai propri vicini (60%).

Calcolando un indice complessivo, si rileva che il 65% degli studenti percepisce un alto capitale sociale nella propria zona abitativa e circa il 30% dà una valutazione media. Il restante 5% percepisce un basso capitale sociale. Questa percezione è influenzata dall'età e peggiora crescendo ma, in questa edizione, non si rilevano differenze significative di genere.

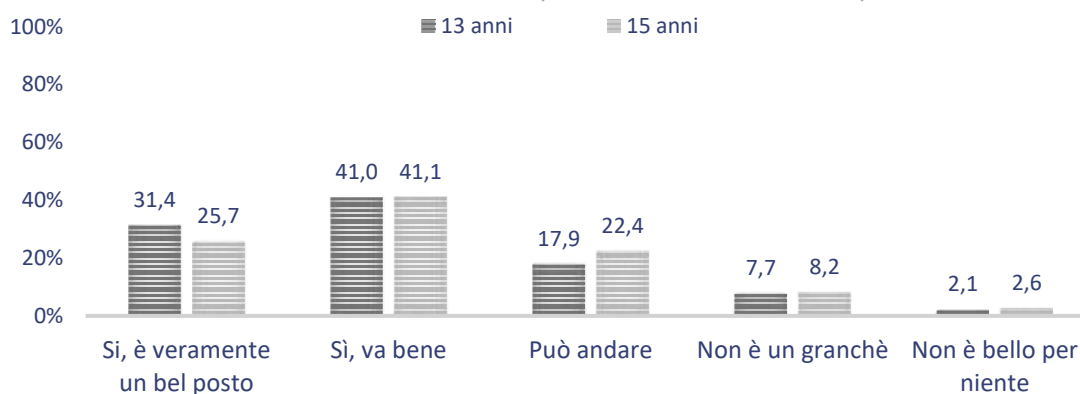
Gli ultimi indicatori utilizzati per descrivere il contesto ambientale in cui i ragazzi crescono, indaga quanto i ragazzi si sentano sicuri e quanto ritengano che il posto in cui abitano sia un bel posto in cui vivere.

Il 90% del campione si sente sicuro nella zona in cui vive (sempre o la maggior parte del tempo) contro il 9% che si sente insicuro. Maschi e femmine si comportano diversamente crescendo: i primi si sentono più sicuri mentre le ragazze più insicure.

Quasi il 70% valuta positivamente la gradevolezza (il 28,6% lo descrive come veramente un bel posto). Un 10% circa dà invece un giudizio negativo. Sono le ragazze ad avere un'opinione peggiore della propria zona di residenza e il giudizio peggiora con l'età.

Nella figura 7.6 sono riportate le risposte sul gradimento della propria zona abitativa.

Fig. 7.6 Percentuali di risposte all'item "Pensi che la zona in cui abiti sia un bel posto dove vivere?", per età



### SINTOMI FISICI E PSICOSOMATICI

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 a un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari<sup>19</sup>, si dimostra anche associata a un basso successo e a negative esperienze scolastiche<sup>20</sup>, tra le quali ritroviamo il bullismo attivo e subito e le cattive relazioni con i pari<sup>21</sup>. Tale quadro, confermato anche dall'uso di più sofisticate tecniche di analisi, sembra suggerire una relazione tra il riportare specifici sintomi di origine psicosomatica e situazioni di stress<sup>11</sup>. 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 a una validazione qualitativa che ha permesso di verificare che i ragazzi possiedono le capacità cognitive che permettono loro di comprendere e differenziare i concetti sui quali vengono interrogati e sono affidabili nel valutare e riportare i sintomi<sup>21</sup>. La tabella 7.4 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 7.4 “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 (%)

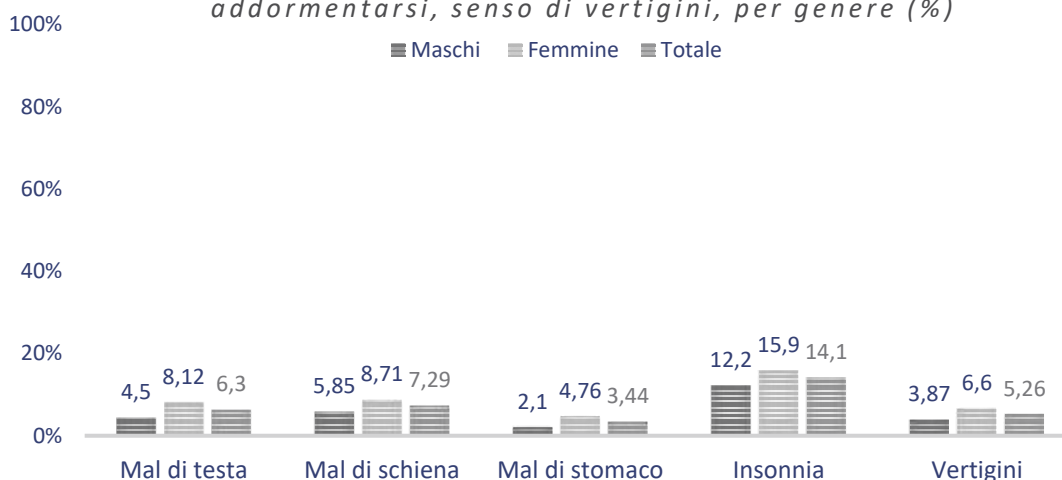
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Circa ogni giorno	35.1	35.3	34.7	35.1
Più di una volta a settimana	29.9	32.6	37.3	32.6
Circa una volta a settimana	17.9	17.8	17.6	17.8
Circa una volta al mese	14	12.7	9.4	12.5
Raramente o mai	3.2	1.5	0.9	2.06

La maggior parte degli studenti dichiara di aver accusato negli ultimi sei mesi almeno uno dei sintomi indagati. Per oltre l'80% di loro ciò è avvenuto con una frequenza almeno settimanale (oltre un terzo “tutti i giorni”). La frequenza aumenta con l'età: solo il 3,2% degli undicenni, l'1,5% dei tredicenni e lo 0,7% dei quindicenni afferma di non provare “mai”, o solo “raramente”, sintomi legati a disturbi fisici, umorali e comportamentali.

Precedenti studi hanno considerato questi sintomi come suddivisibili in due categorie distinte<sup>21-22</sup>: 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). Proprio questi ultimi sono i sintomi percepiti più frequentemente a cui di aggiunge l'insonnia.

Le Figure 7.5 e 7.6 evidenziano, rispettivamente, le frequenze di sintomi somatici e psicologici avvertiti dai ragazzi (maschi, femmine e totale) quotidianamente.

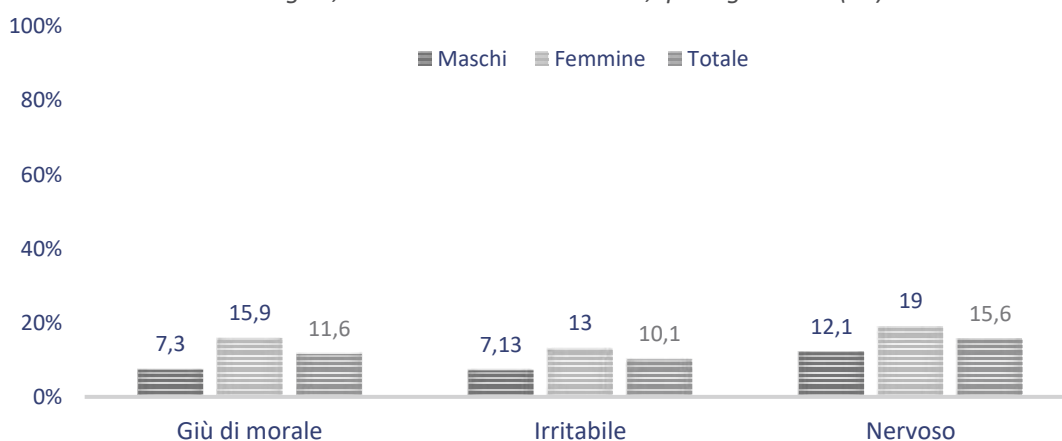
Figura 7.5 Frequenze di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra: mal di testa, mal di stomaco, mal di schiena, difficoltà ad addormentarsi, senso di vertigini, per genere (%)



Sono le ragazze ad accusare più frequentemente dei compagni maschi, in modo significativo, qualunque sintomo somatico indagato.

La frequenza di mal di testa e mal di schiena aumentano significativamente con l'età. Mal di testa e insonnia variano diversamente, nel corso del tempo, tra maschi e femmine: in entrambi i casi si registra un peggioramento solo per le ragazze, nel passaggio dagli 11 ai 13 anni.

Figura 7.6 Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire ogni giorno di almeno un sintomo tra sentirsi giù, irritabile e nervoso, per genere (%)



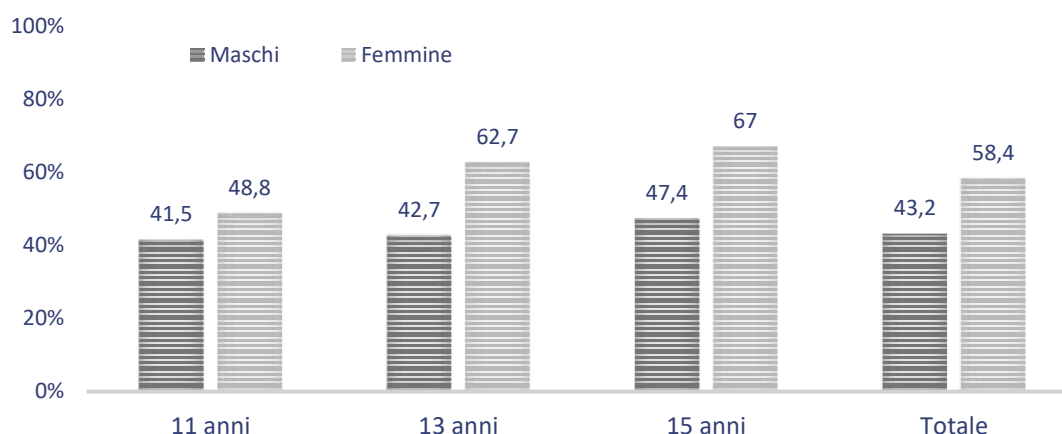
Sentirsi nervosi è il sintomo percepito più frequentemente, con una percentuale pari al 15,6% del campione.

Tutti i sintomi psicologici sono percepiti in modo significativamente più frequente dalle ragazze e aumentano con l'età. Si rileva anche un'interazione tra genere ed età: a 11 anni, infatti, la differenza nella frequenza della percezione dei sintomi psicologici tra

maschi e femmine è contenuta. Crescendo, sono le ragazze a percepire maggiormente la frequenza dei sintomi, soprattutto nel passaggio dagli 11 ai 13 anni.

La figura 7.7 mostra le percentuali, distinte per genere, dei ragazzi di 11, 12 e 13 anni che, almeno una volta a settimana, dichiarano di soffrire di due dei sintomi precedentemente esplicitati.

Figura 7.7 Frequenza di coloro che dichiarano di soffrire di almeno due sintomi per più > di una volta a settimana



### UTILIZZO DI FARMACI

Come già approfondito nella sezione precedente, l'esperienza soggettiva di sintomi è un indicatore di salute che spesso si associa a un maggior uso di farmaci e di servizi sanitari<sup>13</sup>. Nella popolazione adolescente l'analisi dell'uso di farmaci è relativamente nuova, introdotta infatti per la prima volta nel report 2010<sup>23</sup>. 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 7.5

Tabella 7.5 "Nell'ultimo mese hai preso medicine o farmaci (per almeno un sintomo)?", per età (%)

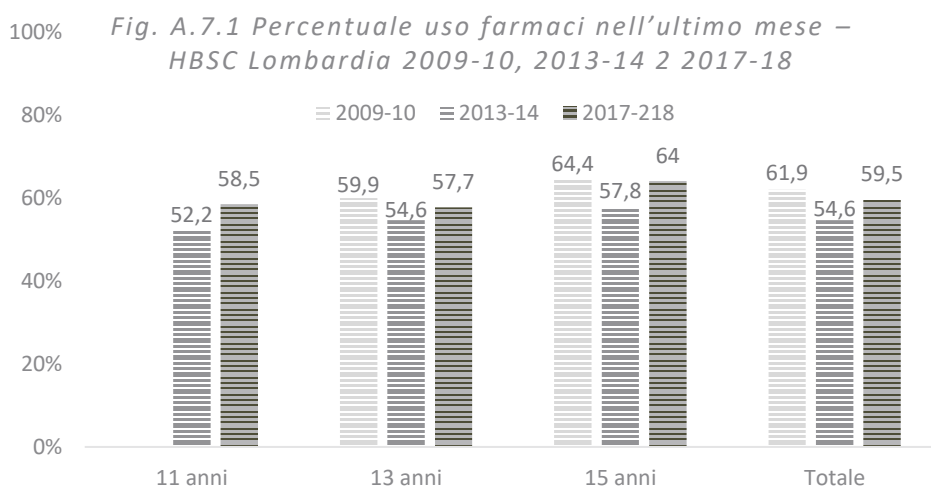
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
No	41.5	42.3	36	40.5
Si	58.5	57.7	64	59.5

Circa il 60% degli studenti dichiara di aver assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese. La percentuale aumenta gradualmente al crescere dell'età. Si rileva anche una differenza di genere e una percentuale più alta di ragazze (65,7%) dichiara di aver assunto almeno un farmaco rispetto alla percentuale di compagni maschi (54,2%).



### CONFRONTO TEMPO: FARMACI

Il confronto tra le tre edizioni mostra un andamento irregolare. Dopo il calo registrato nel 2013-14, nell'ultima edizione i consumi di farmaci tornano a salire in tutte le fasce di età.



### ABITUDINI SESSUALI

Il questionario HBSC rivolto ai ragazzi quindicenni contiene una sezione riguardante le abitudini sessuali e il tipo di contraccettivo utilizzato durante il rapporto sessuale. La tabella 7.6 mostra la frequenza di quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi.

Tabella 7.6 Frequenze di ragazzi quindicenni che dichiarano di aver avuto rapporti sessuali completi, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Si	13.9	13.1	13.5
No	86.1	86.9	86.5

I dati mostrano che è sessualmente attivo il 13.5 % dei quindicenni. Non ci sono differenze di genere.

La tabella 7.7 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 7.7 Frequenze percentuali del tipo di metodo contraccettivo utilizzato nell'ultimo rapporto sessuale, per genere (%)

	Maschi (%)	Femmine (%)	Totale (%)
Preservativo	70.3	72.4	71.4
Pillola	22.2	13.5	17.5
Coito interrotto	30.6	44.6	38.2
Altri metodi	8	4.29	6

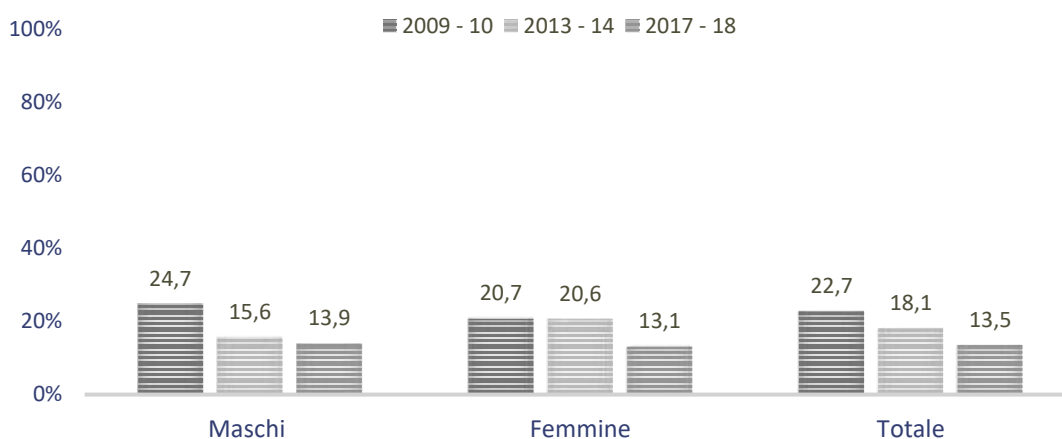
I dati raccolti mostrano che il 71% dei quindicenni sessualmente attivi ha usato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale. Non emergono differenze significative per genere. Il secondo metodo più utilizzato è il coito interrotto, rischioso sia per le gravidanze sia per le malattie a trasmissione sessuale. Lo dichiara il 38,2% del campione, prevalentemente le ragazze.

La pillola è dichiarata dal 17,5% del campione. Colpisce il fatto che sia riportato più frequentemente dai maschi (22,2% vs 13,5%). Le interpretazioni possono essere diverse: la pillola è un metodo generalmente utilizzato nelle relazioni stabili (non così frequenti a 15 anni) e a un'età più elevata. Si può ipotizzare che il 13% delle quindicenni intervistate effettivamente assuma la pillola (infatti l'opzione "non so" è pari a 0) mentre il dato dei maschi può dipendere dal fatto che frequentino partner più grandi o che credano, erroneamente, che le loro partner assumano la pillola. L'11% di loro risponde anche "non so".

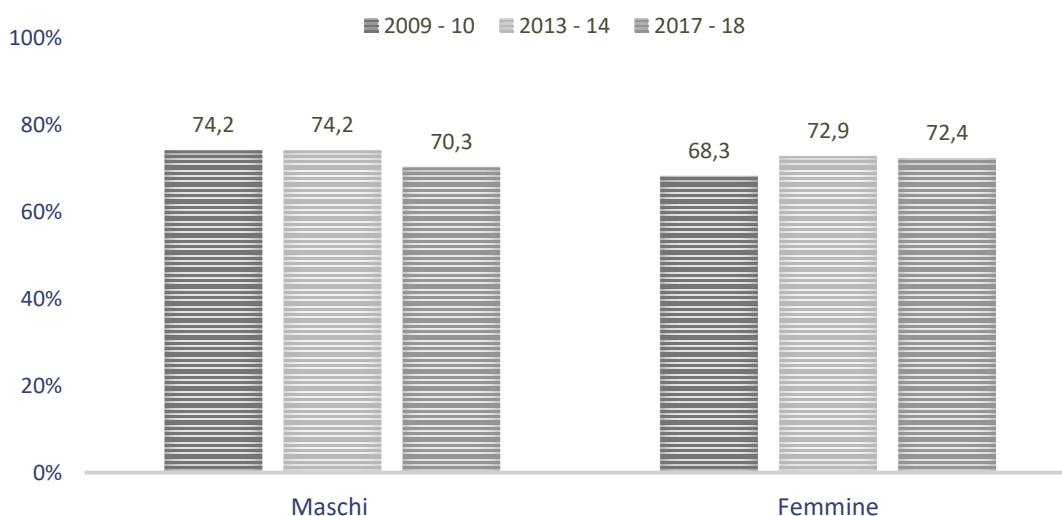
### CONFRONTO NEL TEMPO: ABITUDINI SESSUALI

Nel confronto delle tre edizioni, si conferma il trend calante dei quindicenni sessualmente attivi. Nell'ultima edizione è particolarmente evidente il cambiamento da parte delle ragazze che si allinea al cambiamento dei maschi già registrato nel 2013/2014. In generale l'uso del profilattico (registrato solo tra i quindicenni sessualmente attivi) mantiene livelli simili anche se si rileva un trend lievemente calante tra i maschi. Preoccupante che circa il 30% del campione sessualmente attivo dichiara di non usare questo metodo utile per la protezione dalle malattie sessualmente trasmissibili.

*Figura A.7.2 Percentuali rapporti nella vita, per genere  
HBSC Lombardia 2019-10, 2013-14, 2017-18*



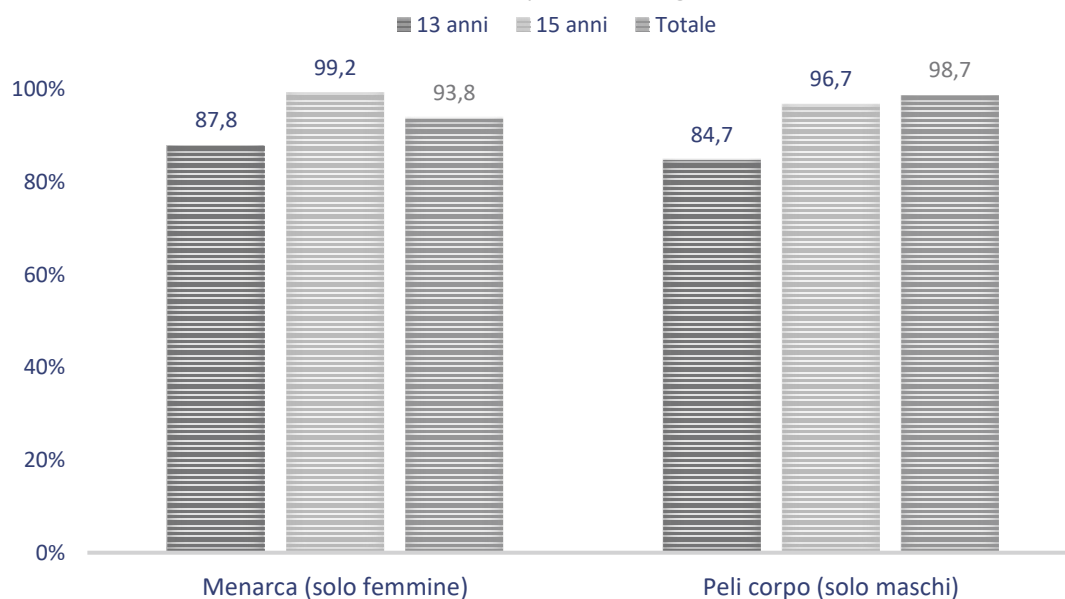
*Figura A.7.3 percentuali utilizzo profilattico (solo  
quindicenni sessualmente attivi), per genere  
HBSC lombardia 2019-10, 2013-14, 2017-18*



I dati sulle abitudini sessuali degli adolescenti vanno letti anche alla luce del loro sviluppo sessuale. Durante l'adolescenza vi è un'improvvisa accelerazione della crescita corporea che coinvolge il giovane nella sua totalità: lo sviluppo interessa i tessuti, lo scheletro, i muscoli, l'indice di massa corporea, nonché le proprietà cognitive. Tali cambiamenti comportano, inoltre, un notevole lavoro inerente la propria identità sessuale e l'adozione di un comportamento congruente rispetto alle aspettative che la propria società di riferimento si attende rispetto al genere<sup>24</sup>.

HBSC Lombardia ha indagato lo sviluppo fisico sia per le femmine sia per i maschi. Alle prime sono state chieste informazioni sul menarca, ai secondi sulla crescita dei peli sul corpo. Nella figura 7.8 sono riportate le percentuali delle studentesse di 13 e 15 anni che hanno già incominciato ad avere le mestruazioni e degli studenti se i peli sul corpo stanno crescendo o se sono già cresciuti del tutto. Si può notare che già a 13 anni la grande maggioranza degli studenti ha raggiunto queste importanti tappe di sviluppo sessuale.

Figura 7.8 Percentuali di risposta sullo sviluppo sessuale, per età e genere



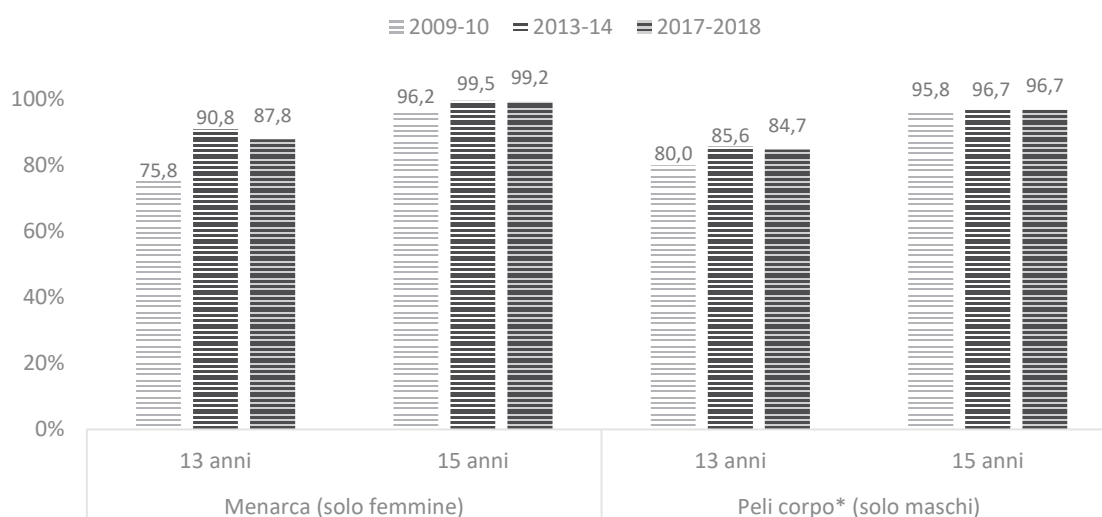
### CONFRONTO NEL TEMPO: MATURAZIONE SESSUALE

Il confronto nel tempo conferma una precocizzazione dello sviluppo sessuale a 13 anni, rispetto ai dati 2019-10 sia per i maschi sia per le ragazze anche se, per queste ultime, si registra una lieve flessione rispetto all'edizione precedente.

A 15 anni lo sviluppo sessuale è ormai raggiunto dalla quasi totalità delle ragazze (il dato è oltre il 99% nelle ultime due edizioni) e la maggioranza dei ragazzi (il dato è oltre il 96% nelle ultime due edizioni).

Nel leggere il confronto va ricordato che nell'edizione 2009-10 il questionario era stato somministrato all'inizio dell'anno scolastico mentre nelle ultime due in primavera inoltrata.

Fig. A.7.4 Percentuali di sviluppo sessuale  
HBSC Lombardia 2009-19, 2013-14, 2017-18



\*La risposta comprende le opzioni (mi stanno sicuramente crescendo + sembrano già essere cresciuti del tutto)

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

Tabella 7.7 "Negli ultimi 12 mesi, quante volte hai avuto infortuni per i quali hai dovuto ricorrere alle cure di un medico o di un/a infermiera?, per età (%)"

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Non negli ultimi 12 mesi	50.1	49.1	53.9	50.6
Una volta	27.8	27.6	26.2	27.4
Due volte	11.2	13.3	12.4	12.3
Tre volte	4.6	5.4	4	4.8
Quattro volte o più	6.2	4,5	3,4	4,9

La metà del campione dichiara di non aver mai avuto bisogno di cure mediche o infermieristiche a causa di un infortunio, negli ultimi 12 mesi, il 27% circa dichiara di averne avuto bisogno 1 volta mentre circa un quarto del campione è ricorso a cure mediche 2 volte. Ridotto, ma non trascurabile, il dato di chi si è rivolto a personale sanitario tre o più volte nel corso degli ultimi 12 mesi: il 10,8% dei tredicenni, il 10% dei tredicenni e il 7,4 dei quindicenni.

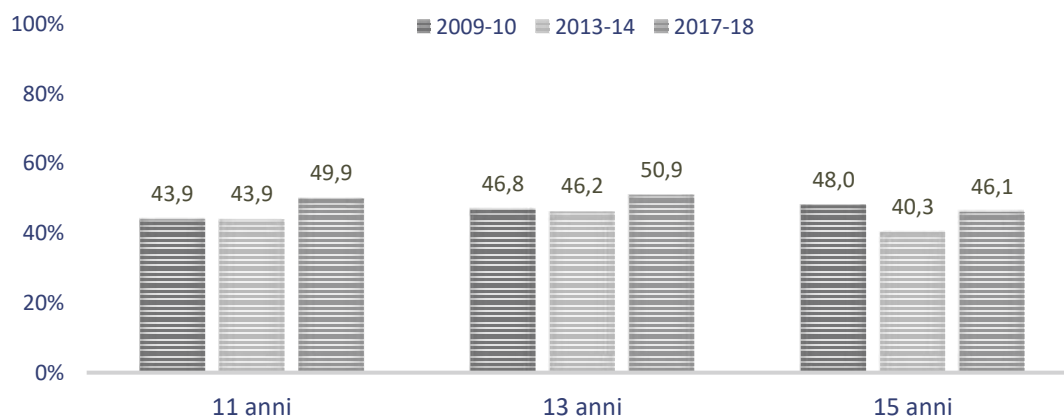
Si rileva una diminuzione degli infortuni al crescere dell'età, nel passaggio dalle scuole secondarie di I grado a quelle di II grado.

Emerge anche una differenza di genere che indica una maggiore frequenza di infortuni nei maschi: il 55% ha avuto almeno un infortunio rispetto al 43,1% delle ragazze.

### CONFRONTO NEL TEMPO: INFORTUNI

Il confronto negli anni rileva un aumento della frequenza degli infortuni per tutte le fasce d'età nell'edizione 2017-18 rispetto alle precedenti (tranne nella fascia dei quindicenni in cui l'aumento è relativo solo all'edizione precedente).

Fig. A.7.5 Percentuali di infortuni "almeno una volta, negli ultimi 12 mesi - HBSC Lombardia 2009-10, 2013-14, 2017-18



### RAPPORTO TRA PARI

Per indagare il rapporto dei ragazzi con i propri pari, sono state elaborate alcune domande volte a identificare il sostegno che i ragazzi ricevono dalla propria rete di coetanei. In tabella 7.9 è possibile capire quanto riportato dai ragazzi.

Tabella 7.9 Frequenza di ragazzi che dichiarano di essere "abbastanza d'accordo", "d'accordo" o "molto d'accordo" con le quattro affermazioni..., per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
I miei amici provano ad aiutarmi	73.4	75.8	76.2	75
Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	77	76	79.1	77.1
Ho amici con cui condividere gioie e dispiaceri	86.3	83.6	86.1	85.2
Posso davvero parlare dei miei problemi con i miei amici	70.7	74.2	79.2	74

Il quadro che emerge è sostanzialmente positivo: il 75% del campione ha amici che cercano di aiutarlo quando è in difficoltà, il 77% può contare su di loro quando le cose vanno male, oltre l'85% ha amici con cui condividere gioie e dispiaceri, il 74% sente di poter parlare con loro dei propri problemi. Non si rilevano particolari differenze tra le fasce d'età tranne che gli undicenni sentono più frequentemente di poter condividere i propri sentimenti (positivi e negativi) con gli amici rispetto ai tredicenni. I quindicenni percepiscono più spesso di poter parlare davvero con i propri amici dei propri problemi. Si rilevano invece differenze di genere. In tutte le dimensioni indagate le ragazze riportano percezioni significativamente più positive rispetto ai compagni.

### IN SINTESI

In questo capitolo la salute è esplorata a 360°, prendendo in considerazione tanto gli aspetti fisici quanto quelli psicologici e analizzando le risorse personali (autoefficacia e abilità sociali) e ambientali (il capitale sociale della propria zona abitativa), che possono influenzarne percezione ed evoluzione.

Oltre alla valutazione soggettiva della propria qualità di vita, si analizzano i sintomi percepiti, la tipologia e la frequenza dei farmaci assunti. Anche la maturazione sessuale fa parte dello sviluppo fisiologico degli adolescenti e, con essa, l'inizio dell'attività sessuale. Infine un altro aspetto legato alla salute e quello degli infortuni.

**Percezione salute:** oltre il 90% degli studenti intervistati valuta la propria salute buona o eccellente. Tale percezione peggiora con l'età, soprattutto per le ragazze.

**Soddisfazione di vita:** su una scala da 1 a 10 oltre la metà del campione indica un valore dall'8 in su. Una percezione negativa è riferita dal 13% circa dei ragazzi. Anche la soddisfazione di vita diminuisce con l'età e le ragazze riportano valori inferiori rispetto ai propri compagni.

**Risorse personali:** la maggior parte del campione si posiziona nella fascia media dell'autoefficacia e circa un terzo in quella alta. Come per le variabili analizzate in precedenza anche l'autoefficacia diminuisce con l'età e le ragazze riportano punteggi inferiori. Per quanto riguarda le abilità sociali, la maggior parte del campione dichiara di avere molti amici e di sentirsi accettato. Fare nuove amicizie è facile solo per la metà degli intervistati. Anche rispetto alle abilità sociali, sono le ragazze a ottenere punteggi peggiori.

**Risorse ambientali:** La maggior parte del campione (65%) percepisce un alto capitale sociale nella propria zona abitativa. Questa percezione peggiora con l'età ma in questa edizione, non si rilevano differenze significative di genere.

La maggior parte (90%) si sente sicuro nella zona in cui vive ma crescendo questa sicurezza cresce per i maschi mentre le ragazze si sentono più insicure. La maggior parte considera la sua zona un bel posto dove vivere ma ancora una volta il giudizio peggiora con l'età e le ragazze hanno un'opinione peggiore.

**Sintomi:** La maggior parte degli studenti dichiara di aver provato almeno un sintomo negli ultimi sei mesi e l'80% circa con frequenza settimanale. I sintomi analizzati possono essere divisi in somatici (mal di testa, mal di schiena, mal di stomaco ecc) e psicologici (irritabile, nervoso ecc). Tutti sono percepiti più frequentemente dalle ragazze e la maggior parte viene dichiarata con più frequenza al crescere dell'età. In generale i sintomi con una componente psicologica sono più frequenti di quelli somatici

**Farmaci:** oltre la metà degli studenti ha assunto almeno un farmaco nell'ultimo mese. L'uso aumenta con l'età e sono soprattutto le ragazze ad assumere farmaci.

**Confronto nel tempo:** dopo il calo registrato nel 2013-14, nell'ultima edizione i consumi di farmaci tornano a salire, in tutte le fasce di età.

**Sessualità:** A 15 anni la quasi totalità degli intervistati ha raggiunto la maturità sessuale (99,2% delle ragazze e 98,7% dei maschi). A 13 anni l'ha raggiunta l'87,8% delle ragazze e l'84,7% dei maschi. Il 13,5 % dei quindicenni è sessualmente attivo (senza particolari differenze di genere) e il 71% di loro ha utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale.

**Confronto nel tempo:** si conferma la precocizzazione dello sviluppo sessuale a 13 anni, rispetto ai dati 2019-10, sia per i maschi sia per le ragazze anche se, per queste ultime, si registra una lieve flessione rispetto all'edizione precedente. Va però segnalato che nell'edizione 2009-10 il questionario era stato somministrato a inizio anno scolastico mentre nelle ultime due in primavera. Contemporaneamente si conferma il trend calante dei quindicenni sessualmente attivi, soprattutto per le ragazze che la cui flessione si allinea a quella dei maschi già registrata nel 2013/2014. In generale l'uso del profilattico mantiene livelli simili con un trend lievemente calante tra i maschi.

**Infortuni:** Il campione si divide a metà tra chi, negli ultimi 12 mesi, ha avuto bisogno almeno una volta di cure mediche o infermieristiche a causa di un infortunio e chi no. Il numero degli infortuni diminuisce al crescere dell'età, soprattutto nel passaggio dalle scuole secondarie di I grado a quelle di II grado ed è più frequente tra i maschi.

**Confronto nel tempo:** rispetto alle edizioni precedenti, la frequenza degli infortuni è cresciuta per tutte le fasce d'età (tranne per i quindicenni, per i quali l'aumento è relativo solo all'edizione precedente).

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

<sup>1</sup>Herzlich C. (1973). Health and illness. London: Academic Press.

<sup>2</sup>World Health Organization (1998). Health promotion glossary. Geneva, WHO.

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

<sup>4</sup>P. Lemma. Promuovere salute. Principi e strategie. Il pensiero scientifico, 2018.

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

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

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

<sup>8</sup>De Matos M.G., Barrett P., Dadds M., Shortt A. (2003). Anxiety, depression and peer relationships during adolescence: results from the Portuguese National Health Behaviour in School-aged Children survey. European Journal



of Psychology of Education, 18:3-14.

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

<sup>10</sup>Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., Paakkari, L., (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children, *Scandinavian Journal of Public Health*, 44: 751–757

<sup>11</sup>Lemma, P., Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmasso, P., Charrier, L., Vieno, A., Lazzeri G, Cavallo, F. (2014). Well-being in 15-year-old adolescents: a matter of relationship with school. *Journal of Public Health*.

<sup>12</sup>Thome J., Espelage D.L. (2004) Relations among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5:337-51.

<sup>13</sup>Cantril H. (1965). The pattern of human concern. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

<sup>14</sup>Bandura, A (1992) Self Efficacy mechanism in psychobiological functioning, in R. Schwarzer (a cura di). *Self efficacy : Thought control of action*. Washington: Hemisphere, 3-38.

<sup>15</sup>Bandura, A (1997). *Autoefficacia: Teorie e applicazioni*. Edizioni Erickson, Trento.

<sup>16</sup>Schwarzer, R., Jerusalem, M., (1995). Generalized Self-Efficacy scale, in Weinam, J., Wright, S., Johnston, M., (a cura di). *Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and controo beliefs*, Windsor, Rnfrgramd: Nfer-Nelson, 35-37

<sup>17</sup>Donati, P., Colozzi, I., (2006). *Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale im Italia: luoghi e attori*. Milano: Fanco Angeli

<sup>18</sup>Vieno, A., Santinello, M., (2006). Il capitale sociale secondo un'ottica di Psicologia di comunità. *Giornale italiano di psicologia*, 3: 481-500

<sup>19</sup>Belmaker E (1985). Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1:1-2.

<sup>20</sup>Torsheim T., Wold B. (2001). School-related stress, school support, and somatic complaints: a general population study. *Journal of Adolescence Research*, 16:293-303.

<sup>21</sup>Haugland S., Wold B. (2001a). Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 24:611-24.

<sup>22</sup>Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aarø L.E., Woynarowska B. (2001b). Subjective health complaints in adolescence – a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11:4-10.

<sup>23</sup>Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): rapporto sui dati 2010*. Rome: IstitutoSuperiore di Sanità.

<sup>24</sup>Confalonieri, E., Grazzani Gavazzi, I., (2002). *Adolescenza e compiti di sviluppo*. Milano: Unicopli

# 8. SOCIAL MEDIA

## INTRODUZIONE

Nell'ultimo decennio, l'uso delle nuove tecnologie è diventato sempre più diffuso tra (pre)adolescenti e giovani in tutto il mondo. Per la maggior parte degli adolescenti europei e nordamericani, internet è disponibile 24 ore su 24 e, quindi, utilizzato per motivi diversi: giocare ai videogiochi online, ricercare informazioni, passare il tempo e stabilire e mantenere relazioni con gli altri attraverso l'uso dei social network<sup>1</sup>.

Come argomentano Gui e colleghi<sup>7</sup> il dibattito su opportunità e pericolosità del "sempre connessi" è amplificato da numerosi contributi accademici che evidenziano opportunità e rischi. Da un lato questi studi mostrano che un uso eccessivo e/o problematico delle nuove tecnologie può avere ripercussioni sulla salute psico-fisica dei più giovani in termini di maggiori livelli di ansia, depressione e sintomi fisici<sup>5,6</sup>. Significativi, a questo proposito, sono i contributi che descrivono la solitudine dei giovani iperconnessi<sup>8,9</sup>, e che mostrano i rischi neuropsicologici della vita online<sup>10</sup>, documentando il decremento del benessere degli adolescenti in relazione all'affermarsi dei media digitali<sup>11</sup>. D'altra parte, la letteratura scientifica sul tema indica che, quando limitato e responsabile, tale uso può avere un impatto positivo sul benessere dei ragazzi in termini di maggiore percezione di supporto sociale, connessione con i pari e impegno civico<sup>2-4</sup>. Ne è un esempio il testo di Shapiro<sup>12</sup>, che critica l'atteggiamento difensivo nei confronti della tecnologia usata dai minori. Analogamente, Gui e colleghi<sup>7</sup> fanno riferimento alla letteratura pedagogica e alla *Media Education*, evidenziando le potenzialità conoscitive e relazionali offerte dagli *smartphone* e dal loro uso<sup>13, 14</sup>, suggerendo che, più che sul pericolo degli strumenti in sé, sarebbe opportuno indagare in che modo essi sono usati a livello personale, scolastico e familiare.

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

## L'USO DEI SOCIAL MEDIA

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

Tabella 8.1 "Quante volte hai contatti online giornalieri o più volte al giorno con le seguenti persone", per età (%)

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Amici stretti	70.0	82.3	90.5	79.3
Amici di un gruppo allargato	48.9	58.6	59.7	55.0
Amici conosciuti tramite internet	11.4	19.4	15,7	15.3
Altre persone, non amici (esempio genitori, fratelli/sorelle, ecc.)	50.9	54.9	65.1	55.7

La maggior parte degli intervistati (79,3%) ha quotidianamente contatti on line con gli amici stretti. La frequenza aumenta gradualmente con l'età, passando da 70% a 11 anni e arrivando a poco più del 90% a 15. Il contatto giornaliero con amici appartenenti a un gruppo più allargato coinvolge poco più della metà del campione e, anche in questo caso, la frequenza aumenta con l'età.

Il contatto giornaliero con persone conosciute solo tramite internet coinvolge, invece, il 15% circa del campione. Sono gli undicenni ad avere significativamente un minor contatto on line con persone sconosciute.

Anche il contatto on line con i familiari interessa poco più della metà del campione e sono i quindicenni ad utilizzarlo più frequentemente.

Maschi e femmine si differenziano rispetto al contatto con gli amici stretti e con i familiari: in entrambi i casi sono le ragazze a riportare un uso più consistente.

Il contatto con gli estranei evidenzia una lieve interazione tra età e genere: a 11 e a 15 sono i maschi ad avere un maggior numero di contatti con estranei ma questa proporzione si inverte a 13 anni.

Nell'indagine HBSC 2018 sono state, inoltre, inserite per la prima volta alcune domande relative all'uso problematico dei social media con lo scopo di evidenziare la diffusione attuale di un fenomeno in continuo divenire. Nello specifico, ai ragazzi è stato chiesto di rispondere ad alcune domande volte a indagare la preferenza per le interazioni sociali online rispetto a quelle faccia a faccia<sup>15, 16</sup>. In tabella 8.2 sono riportate le risposte dei ragazzi.

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

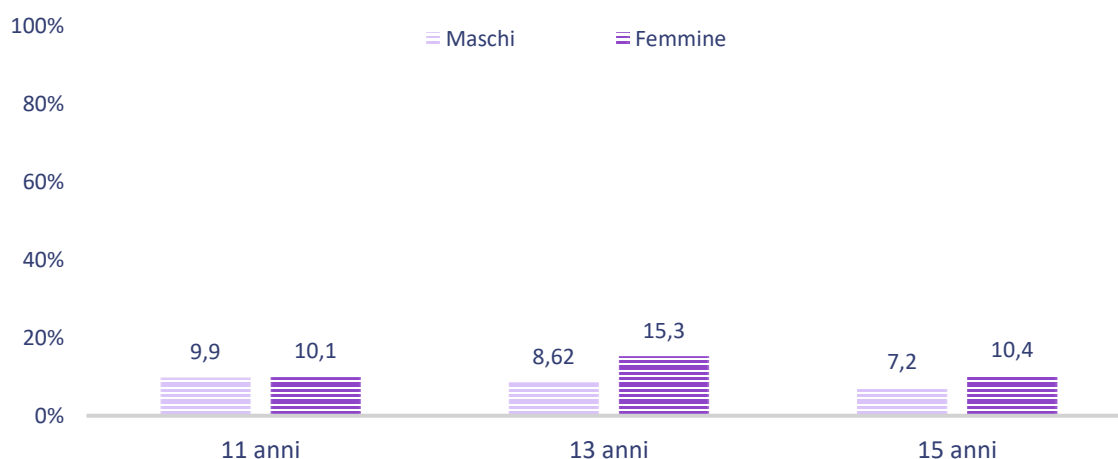
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
<i>"Su internet parlo più facilmente dei miei segreti, piuttosto che faccia a faccia"</i>	11,2	14,8	12	12,7
<i>"Su internet parlo più facilmente dei miei sentimenti più profondi piuttosto che in un incontro faccia a faccia"</i>	14,4	19,4	17,4	17,2
<i>"Su internet parlo più facilmente delle mie preoccupazioni piuttosto che in un incontro faccia a faccia"</i>	13,6	15,5	14,2	14,5

La maggioranza del campione non trova più facile svelare i propri segreti su internet (70,4%) o esprimere i propri sentimenti più profondi (66,8%) o parlare delle proprie preoccupazioni (69,1%). Di opinione diversa una minoranza del campione che invece trova più facile aprirsi su internet piuttosto che nell'interazione faccia a faccia. La percentuale varia, in modo contenuto, a seconda della tematica (12,7% nel caso di segreti, 17,2% nel caso di sentimenti profondi, 14,5% nel caso di preoccupazioni).

Si rilevano alcune differenze in base all'età: quando si tratta di segreti e sentimenti, i più grandi (tredicenni e quindicenni) dichiarano di aprirsi più facilmente rispetto agli undicenni. Nel caso delle preoccupazioni, la differenza è solo tra undicenni e tredicenni e sono questi ultimi ad aprirsi di più on line. Non si registrano differenze significative per genere.

Infine, gli indicatori della Social Media Disorder Scale<sup>17</sup> offrono una panoramica dei sintomi più frequenti dell'uso problematico dei social media. In questo modo è possibile osservare la prevalenza di ragazzi a rischio di sviluppare una problematicità legata dell'uso dei social media (cioè i ragazzi che hanno dichiarato di riconoscersi in 6 o più sintomi), figura 8.1.

*Figura 8.1 Frequenza di ragazzi che fanno uso problematico dei social media, per età e genere (%)*



Il 90% del campione accede ai social senza manifestare particolari rischi. L'uso problematico riguarda circa il 10% degli intervistati. Non è l'età a incidere in modo significativo su questo comportamento (anche se si rileva un utilizzo più problematico a 13 anni) ma il genere: sono infatti le ragazze a dichiarare un utilizzo più problematico (11,9% contro 8,6%). La differenza è più evidente a 13 anni.

#### IN SINTESI

**Contatti on line:** il 79% del campione ha contatti on line giornalieri con gli amici stretti, la metà con il gruppo di amicizie allargato e con i parenti (genitori, fratelli ecc), il 15% con persone conosciute solo tramite internet. In generale la frequenza aumenta con l'età. Quando ci sono differenze di genere, sono le ragazze ad avere contatti on line più frequenti. Per quanto riguarda i contatti con gli estranei, si segnala che gli undicenni sono il gruppo che ha il minor numero di contatti.

**Auto-apertura sui social:** La maggioranza del campione non trova più facile parlare di sé su internet. Si registra però che internet facilita il 12,7% del campione a parlare dei propri segreti, il 17,2% a manifestare i propri sentimenti profondi e il 14,5% a parlare delle proprie preoccupazioni). In generale questo comportamento è più contenuto tra i più giovani. Non si registrano differenze significative di genere.

**Uso problematico:** l'uso problematico interessa circa il 10% degli intervistati, prevalentemente ragazze. Non si rilevano differenze significative legate all'età anche se si rileva un utilizzo più problematico a 13 anni.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- <sup>1</sup>Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Billieux, J., & Pontes, H. M. (2016). The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addictive Behaviors*, 53, 193-195
- <sup>2</sup>Barry, C. T., Sidoti, C. L., Briggs, S. M., Reiter, S. R., & Lindsey, R. A. (2017). Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of adolescence*, 61, 1-11.
- <sup>3</sup>Lenzi, M., Vieno, A., Altoè, G., Scacchi, L., Perkins, D.D., Zukauskienė, R., & Santinello, M. (2015). Can Facebook informational use foster adolescent civic engagement? *American Journal of Community Psychology*, 55, 444–454.
- <sup>4</sup>Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2007). Preadolescents' and adolescents' online communication and their closeness to friends. *Developmental Psychology*, 43, 267-277.
- <sup>5</sup>Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada M.M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 15(226), 274-281.
- <sup>6</sup>Van 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
- <sup>7</sup>Gui, M., Gerosa, A., Losi, L. (2019). L'età dello smartphone. Benessere digitale. Università Bicocca. Ultima consultazione luglio 2020
- <sup>8</sup>Turkle, S. (2011). *Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. New York: Basic Books.
- <sup>9</sup>Turkle, S. (2016). *Reclaiming conversation: The power of talk in a digital age*. Penguin
- <sup>10</sup>Spitzer, M. (2013). *Demenza digitale: come la nuova tecnologia ci rende stupidi* (A. Petrelli, trad.) Corbaccio
- <sup>11</sup>Twenge, J. M. (2017). *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy-and Completely Unprepared for Adulthood-and What That Means for the Rest of Us*. Simon and Schuster.
- <sup>12</sup>Shapiro, J. (2019). *The New Childhood: Raising kids to thrive in a digitally connected world*. Hachette UK,
- <sup>13</sup>Pachler, N., Bachmair, B., Cook, J., & Kress, G. (eds.). (2010). *Mobile learning*. Structure Agency, Practices. New York, NY: Springer
- <sup>14</sup>Bachmair B. (2015), Editorial - Digital mobility. *Media educational endeavour in our disparate cultural development*, *Med. Media Education*, 2 (2015),.
- <sup>15</sup>Marino, C., Vieno, A., Altoè, G., & Spada, M. M. (2017). Factorial validity of the Problematic Facebook Use Scale for adolescents and young adults. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(1), 5–10.
- <sup>16</sup>Caplan, S. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089–1097.
- <sup>17</sup>Van den Eijnden, R.J.J.M., Lemmens, J.S., & Valkenburg, J.M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478